

CIES e-WORKING PAPER N.º 85/2010

Classes sociais e a desigualdade na saúde

RICARDO ANTUNES

CIES e-Working Papers (ISSN 1647-0893)

Av. das Forças Armadas, Edifício ISCTE, 1649-026 LISBOA, PORTUGAL, cies@iscte.pt

Ricardo Antunes é licenciado em Enfermagem e em Sociologia e encontra-se a frequentar o doutoramento em Sociologia no ISCTE-IUL, tendo recebido uma bolsa de doutoramento da FCT. Enquanto enfermeiro desenvolveu trabalho em diferentes contextos nacionais e internacionais (Angola, Timor-Leste, Iraque), nas áreas da saúde mental, doenças tropicais e formação em Enfermagem. É assistente de investigação no CIES, ISCTE-IUL, onde tem vindo a desenvolver trabalho nas áreas da Sociologia da Saúde e das Classes Sociais.
E-mail: riantunes2003@sapo.pt

Resumo

A presente investigação pretende analisar a relação entre a estrutura de classes sociais e as desigualdades na saúde, procurando explicar os mecanismos mediadores que convertem o social no biológico. Sustenta-se como hipótese central que as desigualdades inscritas na ordem social se traduzem numa incorporação individual da desigualdade sob a forma de disparidades perante a doença e a morte, ou seja, que as relações que os indivíduos têm com os seus corpos e sintomas, com os sistemas de saúde e com as possibilidades de tratamento são condicionadas pela posição e trajectória social. No plano teórico recorre-se a contributos das áreas disciplinares da sociologia das classes sociais, da sociologia da saúde e da epidemiologia. Projecto assente numa estratégia de investigação de tipo extensivo-quantitativo, tendo por base a informação presente nos processos clínicos individuais dos óbitos ocorridos em 2004, em duas instituições hospitalares, uma localizada em Lisboa e a outra em Beja (N = 1935).

Palavras-chave: classes sociais, desigualdade na saúde, doença, longevidade.

Abstract

The main objective in this investigation is to analyse the effects of the social structure on the unequal patterns of morbidity and mortality in Portugal. The unequal distribution of the diseases and the causes of death in the social space, reveals a structure of social inequalities based in the differentiated possibilities in the access and in the use of health resources. The research was placed in two different regions of Portugal: one, in an urban region, the Portuguese capital, Lisbon, and the other, in a poorer and rural region, Beja. The purpose was also to compare different social structures, under the hypothesis that the geographical inequalities in health are a reflex of social geographic inequalities. The empirical methodology was located on the individual level and was based on a complementary of quantitative and qualitative strategies. The main information was based on the analyses of the “Hospital Individual Clinical Files” of people who died in 2004 from two hospitals (N = 1935). In each clinical file social and health dimensions were collected. Life trajectories, as well as illness trajectories were built regarding each patient, to demonstrate in the end, that over the life course, individuals positioned in different social classes experience different health and diseases trajectories.

Key-words: social classes, health inequalities, disease, longevity.

1. Introdução

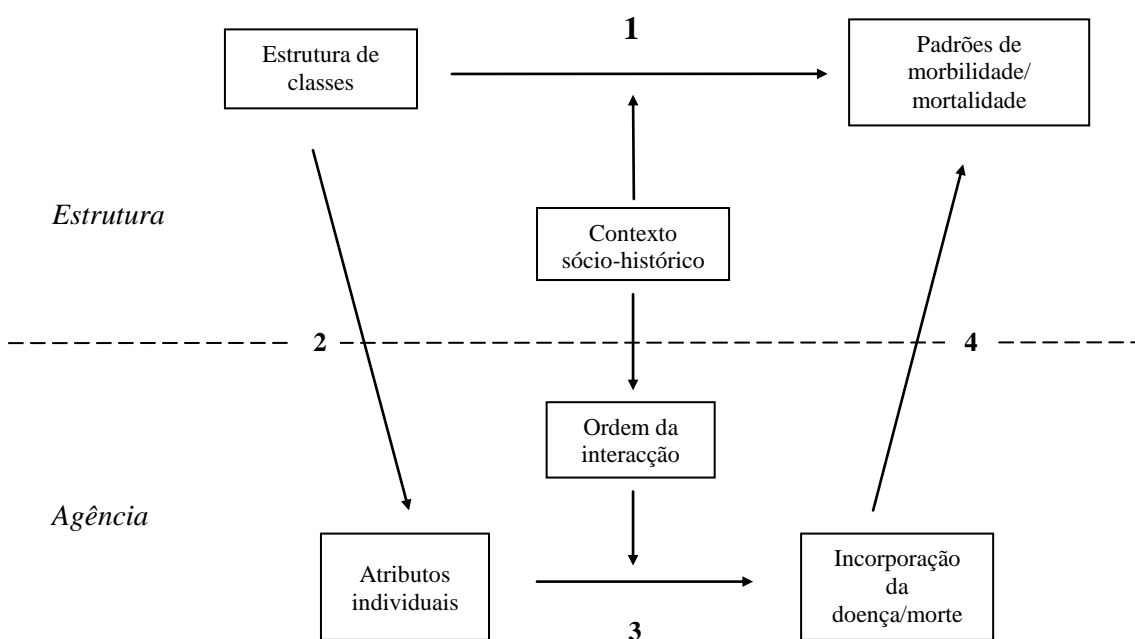
Assistiu-se durante o século XX a uma melhoria gradual das condições materiais de vida das populações e a avanços significativos nas ciências biomédicas, em especial nas formas de imunização, diagnóstico, tratamento e controlo das doenças infecciosas. A conjugação destes factores levou a uma expressiva descida das taxas de mortalidade infantil e a um significativo aumento da esperança média de vida. Contudo, e apesar da melhoria global dos índices de saúde, persistem ainda profundas desigualdades neste campo, que gradualmente adquiriram um estatuto público de injustiça social, configurando-se como paradoxos do próprio funcionamento das sociedades modernas. A massificação e o aumento da escolarização, associados a uma reflexividade cognitiva, conduziram a um maior escrutínio das práticas sociais, políticas e profissionais. Deste modo, assiste-se a uma consciencialização mais esclarecida e a uma crescente visibilidade social, relacionada com os problemas da desigualdade social, nomeadamente os que reflectem as desigualdades em saúde. Por outro lado, nas sociedades contemporâneas as desigualdades, distinções e diferenças sociais constituem-se, ainda, como sistemas estruturados da própria organização social. As estruturas de classes continuam a afirmar-se como um dos eixos fundamentais da estruturação das desigualdades sociais (Estanque e Mendes, 1998), reflectindo relações assimétricas de poder, associadas à distribuição desigual de recursos e de oportunidades (Almeida, Machado e Costa, 2006a; Costa, 1999).

A presente investigação procura analisar a relação entre a estrutura de classes sociais e as desigualdades na saúde, procurando expor e explicar os mecanismos mediadores que convertem o social no biológico. Sustenta-se como hipótese central que as desigualdades inscritas na ordem social se traduzem numa incorporação individual da desigualdade sob a forma de disparidades perante a doença e a morte, ou seja, que as relações que os indivíduos têm com os seus corpos e sintomas, com os sistemas de saúde e com as possibilidades de tratamento são condicionadas pela posição e trajectória social.

O modelo de análise que preside à presente investigação, apresentado na figura 1, traduz uma conjectura racional explicativa, que pretende dar conta da pluralidade de domínios analíticos, mas também do modo como se articulam e se estabelecem as

relações causais. A elaboração deste modelo e a sua tradução na forma de um diagrama baseou-se em contributos oriundos de Almeida, Machado e Costa (2006a), Abell (2002) e Coleman (1990).

Figura 1: Modelo de análise



O modelo tem por base uma premissa ontológica *realista*, assente na natureza estratificada da realidade social, em que cada estrato ou nível social possui diferentes propriedades emergentes. Premissa baseada num dualismo analítico, em que se procura identificar os mecanismos sociais que operam na articulação entre estrutura e agência (Archer, 1995). De uma forma esquemática, os padrões de desigualdade na doença e na morte são aqui considerados como “efeitos” situados num nível estrutural, cuja explicação e suas causas serão progressivamente procuradas retrocedendo a partir do canto superior direito do diagrama.

O domínio da sociologia da saúde agrupa um conjunto de perspectivas teóricas plurais, englobando, tradicionalmente, temas relacionados com a saúde, a doença e a medicina. A definição deste domínio tem sido atravessada por algumas controvérsias

teóricas,¹ contudo, a designação de *sociologia da saúde* reconhece que a ideia de saúde não exclui a ideia de doença, mas que não consagra a doença como um simples “negativo” de saúde. Esta perspectiva, como expõe Carapinheiro (2006: 9), consagra a doença como “produto humano, culturalmente variável e laboriosamente urdido na história das sociedades, de tal forma que as doenças se materializam também por estereótipos e estigmas, aceitação e rejeição, integração e desvio, liberdade e controlo e que a tudo isto não são alheios os modelos de desenvolvimento das sociedades contemporâneas, profundamente medicalizadas”.

Neste campo da investigação relativo à saúde, a mortalidade e a morbilidade têm constituído um conjunto de importantes indicadores mobilizados na avaliação das desigualdades. A publicação, em 1980, no Reino Unido, de um relatório de investigação que ficou conhecido como *Black Report*, constituiu um marco de referência na mobilização da mortalidade e das classes sociais como indicadores centrais na avaliação das desigualdades sociais no campo da saúde (Macintyre, 1994; Cabral, 2002; Cockerham, 2008).² No seguimento desta linha de investigação, o presente trabalho irá igualmente adoptar a informação respeitante à mortalidade, aqui mobilizada para a construção da longevidade e das causas de óbito enquanto indicadores centrais para avaliação da desigualdade em saúde.³

No domínio das classes sociais, a análise presente nesta investigação será baseada na tipologia classificatória de lugares de classe ACM.⁴ No plano operativo, a

¹ Sendo já clássica a inicial distinção efectuada por Robert Strauss (1957) entre sociologia *da* medicina e sociologia *na* medicina, passando por propostas de inclusão dos termos *doença*, *medicina* ou *medicinas* (Carapinheiro, 2006).

² O relatório *Black Report* surge na sequência de um estudo, encomendado pelo governo britânico a um grupo de trabalho, que pretendia investigar as relações entre as classes sociais e as desigualdades na saúde. Esta investigação centrou a sua análise na relação entre os indicadores socioocupacionais e a mortalidade (Towsend e Davidson, 1990). A mortalidade tem sido, desde o século XIX, o indicador mais usado quando se pretende caracterizar diferenças entre populações ou entre subgrupos populacionais (Macintyre, 1994; Cabral, 2002).

³ Existem diversos indicadores em saúde relacionados com a mortalidade, como as taxas de mortalidade, as tábuas de mortalidade, as esperanças médias de vida e a longevidade. Este trabalho, por questões metodológicas, adopta o indicador longevidade, que corresponde ao número de anos que cada pessoa viveu.

⁴ A tipologia ACM, cuja sigla remete para a génese da autoria (Almeida, Costa e Machado), é já representativa, a nível nacional, de uma relevante e importante acumulação cognitiva, sustentada por um enquadramento teórico e metodológico que tem vindo a ser testado há cerca de duas décadas em diversos programas de investigação empírica. Referências que sintetizam este percurso teórico/empírico podem ser

tipologia ACM baseia-se no indicador socioprofissional de lugares de classe, que permite combinar de maneira sintética uma multiplicidade de dimensões essenciais da estruturação das relações sociais de classe contemporâneas (Costa *et al.*, 2000). Trata-se de fazer convergir articuladamente um conjunto de variáveis base, de modo a construir uma nova variável ou indicador compósito, sintético e polivalente. Indicador construído com base em duas variáveis principais – *profissão* e *situação na profissão* –, complementado com a dimensão *condição perante o trabalho* (Costa, 1999). A mobilização e articulação destes indicadores culminam numa tipologia de classes sociais constituída por sete categorias:

- *empresários, dirigentes e profissionais liberais* (EDL);
- *profissionais técnicos e de enquadramento* (PTE);
- *trabalhadores independentes* (TI);
- *agricultores independentes* (AI);
- *empregados executantes* (EE);
- *operários* (O);
- *e assalariados agrícolas* (AA).⁵

encontradas em Almeida (1981), Costa (1999), Costa *et al.* (2000), Costa, Machado e Almeida (2002), Almeida, Machado e Costa (2006a).

⁵ A tipologia ACM é igualmente apresentada pelos autores numa versão em inglês, que poderá ser encontrada em Costa, Machado e Almeida (2002) e Almeida, Machado e Costa (2006b).

2. Metodologia

O presente projecto baseia-se numa concepção de investigação empírica teoricamente orientada. Concepção que supõe, do princípio ao fim, o comando conceptual e problematizador da teoria (Costa, 1999). Decorrente da definição do objecto de estudo, foi delineada uma estratégia de investigação de tipo extensivo/quantitativo. No plano empírico, a recolha de informação teve como base a leitura dos processos clínicos individuais dos óbitos ocorridos em 2004 e oriundos de dois hospitais, um localizado em Lisboa e o outro localizado em Beja. A escolha da localização dos hospitais baseou-se num critério que permitisse dar conta das heterogeneidades regionais ao nível das composições sociais e dos indicadores de saúde, de modo a sustentar hipótese secundária baseada no pressuposto de que as disparidades geográficas em saúde são um reflexo da desigualdade social, ou seja, que é a estrutura de classes sociais das diferentes regiões que explica as desigualdades regionais em saúde.

Após um inicial e longo período caracterizado pelos pedidos formais de autorização, dirigidos a diversos hospitais na região de Lisboa e do Alentejo, e que envolveram reuniões com os vários representantes das administrações, conselhos de ética e enfermeiros-directores, duas instituições hospitalares mostraram a total disponibilidade para acolher o desenvolvimento desta investigação. O trabalho de campo referente à leitura dos processos clínicos decorreu entre Março de 2008 e Abril de 2009. A vasta informação individual, presente em cada processo, foi seleccionada de acordo com uma grelha previamente construída e organizada nas diversas dimensões conceptuais, indicadores e categorias. Informação que posteriormente foi maioritariamente objecto de codificação e informatização com recurso ao *software* SPSS. A totalidade dos processos analisados correspondeu a um universo de 1935 óbitos, sendo 991 casos oriundos do hospital situado em Beja e 944 casos do hospital situado em Lisboa.

Em que consistem os processos clínicos dos utentes que se encontram em internamento hospitalar? De uma forma resumida, cada processo é constituído por um conjunto de registos individualizados, oriundos dos diferentes profissionais de saúde, sendo contudo maioritariamente elaborados pelos profissionais de medicina e de

enfermagem.⁶ No caso específico dos processos clínicos referentes aos óbitos, estes eram em muitos casos acompanhados pela acumulação dos vários internamentos anteriores e de consultas realizadas durante as últimas fases das trajectórias de vida. Os registos presentes nestes processos hospitalares são organizados de forma tendencialmente diacrónica, sob um formato próximo do diário, e que traduz e informa, de forma mais ou menos exaustiva, o quotidiano de cada pessoa durante o seu internamento. Informação que incide maioritariamente sobre a evolução da doença, esquemas terapêuticos, sinais vitais, padrões de sono, alimentação, eliminação, ou sinais vitais, mas que, por outro lado, permite igualmente dar conta de dimensões relacionadas com as histórias e as trajectórias de vida e de doença, bem como de um conjunto de comportamentos relacionados com a saúde e estilos de vida de cada indivíduo. De forma sucinta, a análise destes registos pretendia visualizar o conjunto multidimensional de relações sociais que cada pessoa “transporta” para os diversos contextos de internamento hospitalar.

Os processos clínicos constituem um objecto empírico potencialmente rico, em termos informativos, mas que revela um conjunto de limitações associadas. Em primeiro lugar, porque este objecto empírico constitui já um objecto previamente elaborado, maioritariamente por profissionais de medicina e de enfermagem, cuja génese englobou processos de recolha de informação com a intervenção de diversas técnicas de observação. Processos e técnicas de observação e registo que se constituem como outras tantas relações qualificadas do ponto de vista social, ocorridas e situadas em determinados contextos e que, neste sentido, devem também ser perspectivadas como parte integrante do objecto de conhecimento. Um confronto necessário, na medida em que o significado da informação recolhida implica uma interpretação articulada com as iniciais relações sociais de observação (Costa, 1999; Pinto, 2001) e com os seus efeitos, consequentemente implicados no restante processo de investigação. Neste sentido, as limitações referentes à utilização deste objecto empírico, podem-se enquadrar nos seguintes pontos:

⁶ Com menor peso, encontra-se também informação oriunda da psicologia, serviço social ou dos serviços administrativos. Normalmente, cada processo inclui uma série de exames – radiografias, TAC, ECG – e análises laboratoriais. Pode-se encontrar igualmente registos de transferências de outros hospitais, centros de saúde, lares, ou ainda do INEM, bombeiros, PSP ou GNR.

i) utilização de uma informação que foi originalmente produzida por agentes sociais externos ao campo da sociologia, com objetivos próprios e decorrentes da especificidade das suas práticas e dos seus diferentes modelos teóricos e profissionais;

ii) dispersão e heterogeneidade, em termos quantitativos e qualitativos, do tipo de informação presente;

iii) *deficit* de informação sobre algumas das dimensões conceptuais estruturantes do quadro teórico. Por exemplo, a informação disponível no conjunto total dos processos clínicos possibilitou uma definição dos lugares de classe em apenas 45% dos indivíduos.

Por outro lado, as potencialidades relacionadas com a utilização deste objecto empírico decorrem, essencialmente, do conjunto de informação individual relativo ao campo da saúde, que inclui igualmente algumas dimensões sociais, de onde se destaca a possibilidade de produzir conhecimento sobre:

i) dimensões sociais respeitantes a um universo populacional pouco habitual nos estudos oriundos da sociologia das classes sociais, ou seja, o universo dos reformados e dos idosos;

ii) a possibilidade de reconstituir algumas das dimensões das trajectórias individuais relativas ao último período do ciclo de vida; e, finalmente,

iii) a oportunidade de produzir um conhecimento suplementar sobre as profissões de saúde no contexto hospitalar.

3. Caracterização do universo

A complexidade que caracteriza os fenómenos relacionados com a saúde implica necessariamente uma abordagem multidimensional onde interagem diversos factores. Contudo, o próximo conjunto de informação, que irá incidir na caracterização do universo de óbitos, será analisado e interpretado tendo em conta a prévia opção teórica que confere maior centralidade, embora não exclusiva, às classes sociais.

Uma primeira caracterização sociodemográfica do universo de óbitos, como se apresenta no quadro 1, permite constatar que, em ambos os hospitais, o sexo masculino constituiu a categoria que registou o maior número de óbitos e que, simultaneamente, registou, em valores médios, uma menor longevidade. Em Lisboa, as mulheres viveram, em média, mais 5,7 anos que os homens, e em Beja este hiato é de 6,5 anos.

Quadro 1 – Caracterização do universo dos óbitos por sexo, escalões etários e longevidade, nos dois hospitais em 2004.

		Hospital Beja				Hospital Lisboa			
		Masculino		Feminino		Masculino		Feminino	
		N	%	N	%	N	%	N	%
Escalões etários	< 65	103	19,8	30	6,4	136	25,7	47	11,4
	65 – 74	187	35,9	80	17,0	150	28,3	91	22,1
	75 – 79	93	17,9	91	19,4	89	16,8	80	19,5
	80 – 84	73	14,0	109	23,2	89	16,8	73	17,8
	>= 85	65	12,5	160	34,0	66	12,5	120	29,2
Total		521	100	470	100	530	100	411	100
Longevidade média	(em anos)	73,2		79,7		72,5		78,2	

Fonte: Antunes (2009). Dados recolhidos no âmbito da investigação: *Classes Sociais e a Desigualdade na Saúde*.

Sobressai daqui uma primeira desigualdade, vastamente documentada, tendo por base a diferença sexual. No domínio da saúde, as desigualdades entre homens e mulheres tendem a ser explicadas maioritariamente pelo seu fundamento biológico de diferenciação sexual, cabendo ao sexo feminino uma aparente predisposição natural explicativa para a maior longevidade. Como analisa Silva (2001), uma das formas mais usuais de explicar os factos sociais é a mobilização de uma interpretação de tipo

naturalista. Apesar das condicionantes biológicas inerentes à diferença sexual, esta diferenciação tende a ser naturalizada e por isso também tendencialmente esvaziada das suas componentes sociais. Como expõe Cabral (2002), até meados do século XIX, os dados serão indicativos de que os homens poderiam registar uma esperança média de vida superior às das mulheres. O que significa que, para a compreensão das desigualdades relacionadas com o género, é necessário separar analiticamente as dimensões “sexo” e “género”. A primeira enquanto condição biológica e a segunda enquanto construção e condição social, fonte de atitudes, identidades e comportamentos diferenciados (Cabral, 2002; Cockerham, 2008).

O quadro 1 revela ainda que o conjunto dos óbitos masculinos e femininos oriundos do hospital localizado em Lisboa regista, em média, uma longevidade ligeiramente inferior em relação ao total de óbitos oriundos do hospital em Beja. A análise das frequências das *mortes prematuras*, ou seja, das mortes que ocorrem em idades inferiores a 65 anos, revela que 25,7% dos óbitos masculinos oriundos do hospital de Lisboa se inserem nesta categoria. O conjunto destes indicadores, numa primeira leitura, aparenta traduzir uma desigualdade regional, que colocaria a situação da região de Lisboa numa posição ligeiramente inferior à situação de Beja. Contudo, o confronto com as estatísticas oficiais de saúde, para o mesmo ano de 2004, e que reflectem as diferenças por distrito (DGS, 2006), traduz uma situação inversa dos dados aqui apresentados. Tomando como unidade de observação territorial o distrito, Lisboa, para além de apresentar os melhores rácios nos recursos de saúde por população, apresenta igualmente melhores resultados ao nível dos restantes indicadores de saúde. Como se mostra no quadro 2, o distrito de Lisboa apresenta esperanças médias de vida superiores ao distrito de Beja e, simultaneamente, taxas de mortalidade padronizadas pela idade com valores inferiores aos registados em Beja.⁷

⁷ A fórmula do cálculo das *taxas de mortalidade padronizadas pela idade* permite eliminar o efeito *idade*, possibilitando a comparação de taxas de mortalidade entre regiões e populações com diferentes composições etárias.

Quadro 2 – Indicadores de saúde de 2004 para os distritos de Lisboa e Beja

	Distrito de Lisboa	Distrito de Beja
População	2 203 500	156 409
Médicos por 1000 habitantes	4,9	1,6
Enfermeiros por 1000 habitantes	4,8	3,2
Centros de saúde	45	14
Hospitais	17	2
Esperança de vida à nascença (em anos)	78,2	77,1
Taxas de mortalidade padronizadas pela idade	635,3	730,3

Fonte: DGS (2006b), *Risco de Morrer em Portugal 2004*, e DGS (2006a), *Portugal Saúde: Indicadores Básicos 2004*.

As diferenças entre os resultados que de alguma forma seriam previamente esperados, decorrentes da informação presente ao nível do distrito, e os resultados que realmente foram observados no presente estudo encontram justificação na metodologia adoptada que, por um lado, circunscreve o universo empírico ao conjunto dos óbitos ocorridos em duas instituições hospitalares e, por outro, e não menos importante, porque as duas instituições hospitalares apresentam diferentes características. No domínio das classificações hospitalares, a instituição localizada em Beja correspondia a um *hospital distrital*, enquanto que a localizada em Lisboa correspondia a um *hospital central*.⁸ De forma sumária, esta classificação institucional implicava que um hospital central tenderia a incorporar recursos tecnológicos mais raros e diferenciados do que um hospital distrital e que, deste modo, asseguraria também a oferta de um maior número de especialidades médicas. Estas diferenças implicavam, na prática, a transferência de doentes com patologias mais complexas ou mais raras, dos hospitais distritais para os centrais. Entre as várias situações clínicas resultantes destas transferências inter-hospitalares, destacam-se as situações de cirurgias relativas a transplantes de órgãos ou a complicações neurológicas resultantes de acidentes de viação ocorridos em automóveis ou motorizadas. Relativamente a este último tipo de acidentes, ou seja, com motociclos ou motorizadas, constata-se uma forte presença de indivíduos mais jovens, constituindo estes uma das principais causas de morbilidade e de mortalidade entre os

⁸ Esta classificação institucional hospitalar presente em 2004 foi entretanto alterada.

jovens em Portugal (DGS, 2006a). Por outro lado, o hospital localizado em Lisboa apresenta ainda algumas características específicas que podem ajudar de forma complementar a interpretar a menor longevidade da população aqui analisada. Esta instituição hospitalar tem tradicionalmente associados serviços de infecciologia e unidades de transplante hepático. Actualmente, os serviços de infecciologia registam um grande número de patologias relacionadas com a infecção pelo HIV-sida, infecções relacionadas com o HIV-sida e doenças hepáticas, o que, como se pode observar no quadro 3, resulta num conjunto de patologias a que estão associadas longevidades mais reduzidas.

O quadro 3 apresenta as frequências das principais causas de morte por doença e os valores médios de longevidade ocorridos no conjunto dos dois hospitais, tendo por base o agrupamento das doenças segundo a 10ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID 10 – DGS, 2006a). O conjunto dos *tumores malignos*, que podem ser igualmente designados por *cancros* ou *neoplasias*, e as *doenças cerebrovasculares*, de onde se destacam os *acidentes vasculares cerebrais* (AVC), representam as mais frequentes causas de morte. As doenças cardíacas apresentam-se em duas categorias: *doenças isquémicas do coração* e *outras doenças cardíacas*. Estas últimas englobam um conjunto de patologias, de onde se destaca a *insuficiência cardíaca congestiva* (ICC) como a mais frequente. ICC que reflecte um quadro de situações clínicas de instalação insidiosa e bastante mais prolongada no tempo, e que são essencialmente decorrentes do processo de envelhecimento das células do músculo e sistema cardíaco. É por isso uma causa de óbito localizada nas faixas etárias mais altas e associada, por isso, aos valores mais elevados de longevidade, em média óbitos ocorridos aos 83 anos. Por outro lado, os *enfartes agudos do miocárdio* (EAM), que se encontram inseridos nas *doenças isquémicas do coração*, correspondem a situações clínicas de instalação súbita e grave, que ocorrem em escalões etários mais baixos, e que, por isso, surgem com valores de longevidade inferiores, em média de 74,6 anos. Nas restantes causas de óbito destacam-se as patologias associadas às infecções pelo *HIV-sida* e as *cirroses hepáticas*, conjunto de doenças que, apesar de menos frequente, apresenta, em contrapartida, as mais baixas longevidades. Decorrente da associação entre as causas de óbito por doença e a longevidade, que apresenta um valor de $\eta^2 = 42,2\%$, os diferentes tipos de doenças que constituem as causas dos óbitos apresentam-se como um importante factor explicativo na variação da longevidade.

Quadro 3 – Frequência das causas de morte e longevidade no conjunto dos dois hospitais

Causes de morte	N	%	Longevidade (anos/média)
Acidentes cerebrovasculares	349	20,7	78,8
Outras doenças cardíacas	222	13,1	83,0
Doenças isquémicas do coração	188	11,1	74,6
Diabetes	109	6,4	76,4
Cancro do pulmão	70	4,1	69,9
Cancro do estômago	59	3,5	70,4
HIV-sida	57	3,4	42,4
Cirrose hepática	57	3,4	58,8
Outros cancros	269	17,1	73,5
Outras causas	301	18,2	77,3

Fonte: Antunes (2009). Dados recolhidos no âmbito da investigação:
Classes Sociais e a Desigualdade na Saúde.

4. Longevidade, género e classes sociais

A próxima análise pretende estudar a relação entre a variação na longevidade, equacionada como variável dependente, e o sexo e as classes sociais, equacionados enquanto variáveis independentes. Importa, contudo, iniciar este percurso através da clarificação da composição social referente ao universo dos óbitos ocorridos nas duas instituições hospitalares. Decorrente das limitações anteriormente referidas e que se encontram associadas às características específicas deste objecto empírico, será previamente apresentado um primeiro quadro informativo, com os valores absolutos e respectivas frequências da informação que foi considerada válida para cada variável.

Quadro 4 – Frequência da informação válida para *condição perante o trabalho*

	N	%
Condição perante o trabalho	1465	77,3
S/ inf. sobre cond. p/ trabalho	470	22,7
Total	1935	100

Quadro 5 – Condição perante o trabalho por sexo e por hospital (percentagens)

	Hospital de Lisboa			Hospital de Beja		
	M/F	M	F	M/F	M	F
Exercem profissão	8,8	9,9	6,6	7,7	10,9	3,2
Desempregados	2,6	2,9	3,0	2,2	2,7	1,5
Domésticas	9,9	0,0	38,3	24,4	0,0	64,8
Reformados	76,1	84,0	49,8	63,3	83,6	29,3
Reformados por doença	2,6	3,2	2,3	2,2	2,9	1,2
Total	100	100	100	100	100	100

Fonte: Antunes (2009). Dados recolhidos no âmbito da investigação: *Classes Sociais e a Desigualdade na Saúde*.

Relativamente às taxas de actividade feminina, o quadro 5 revela que em Beja apenas 35,2% do universo feminino exercia ou tinha exercido uma profissão. Os restantes 64,8% desta população inserem-se na categoria de *domésticas*. Em Lisboa a

situação é praticamente a inversa. Cenário revelador de taxas de actividade femininas que em Lisboa são historicamente mais elevadas do que em Beja.

Quadro 6 – Frequência da informação válida para *classe social*

	N	%
Classe social	883	45,6
S/ inf. de classe soc.	1052	54,4
Total	1935	100

O quadro 6 traduz a informação disponível no conjunto total dos processos clínicos que possibilitou uma definição dos lugares de classe, tendo por base o indicador socioprofissional individual. Relativamente ao expressivo número de mulheres domésticas, não foi possível de obter, de forma sistemática, informação suficiente sobre os atributos socioprofissionais do cônjuge masculino que possibilitasse a construção de indicadores socioprofissionais familiares de classe.

Quadro 7 – Caracterização dos lugares de classe dos óbitos ocorridos nos dois hospitais em 2004 (percentagens)

	Hospital de Lisboa			Hospital de Beja		
	M/F	M	F	M/F	M	F
Empresários, dirigentes e profissionais liberais (EDL)	9,2	10,2	6,5	5,2	7,6	2,8
Profissionais técnicos e de enquadramento (PTE)	15,7	15,2	17,2	3,6	3,4	3,9
Trabalhadores independentes (TI)	6,2	6,4	5,9	4,8	5,3	3,3
Agricultores independentes (AI)	–	–	–	4,9	6,1	2,4
Empregados executantes (EE)	36,4	28,5	44,7	29,6	18,6	40,8
Operários (O)	27,7	34,6	20,8	19,5	23,9	15,9
Assalariados agrícolas (AA)	5,0	5,1	4,9	32,4	35,1	29,8
Total	100	100	100	100	100	100

Fonte: Antunes (2009). Dados recolhidos no âmbito da investigação: *Classes Sociais e Desigualdade na Saúde*.

A informação presente no conjunto dos quadros até aqui apresentados permite salientar, por um lado, as baixas taxas de actividade feminina e, por outro, o significativo peso do sector agrícola. Dois fenómenos sociais que têm que ser historicamente situados e interpretados. Neste sentido, importa por isso realçar que esta composição social, por se reportar a uma população com uma média de idades acima dos 70 anos, e cujo nascimento, recorde-se, ocorre nas primeiras décadas do século XX, acaba por reflectir uma estrutura de classes sociais de uma população que, quando economicamente activa se situaria maioritariamente entre as décadas de 1950 e 1970. Por se reportar, em grande parte, a esse tempo, verificam-se, em especial nos dados originários do hospital situado em Beja, taxas de actividade femininas mais baixas e um sector agrícola com uma grande expressividade. Como se pode verificar no quadro 7, em Beja o sector primário ocupa uma posição maioritária, de onde se destaca a categoria dos *assalariados agrícolas* (AA), que constituem cerca de 32% deste universo.⁹ Categoria que contempla o vasto conjunto dos *trabalhadores rurais*, que engloba as ocupações profissionais ligadas à execução por conta de outrem de diferentes tarefas agrícolas, como descreve Madureira (2002). Actualmente, e tendo por base os dados estatísticos referentes aos Censos 2001, a composição social ao nível do distrito de Beja é claramente diferente, com a categoria dos AA a representar apenas cerca de 3,5% da população activa.

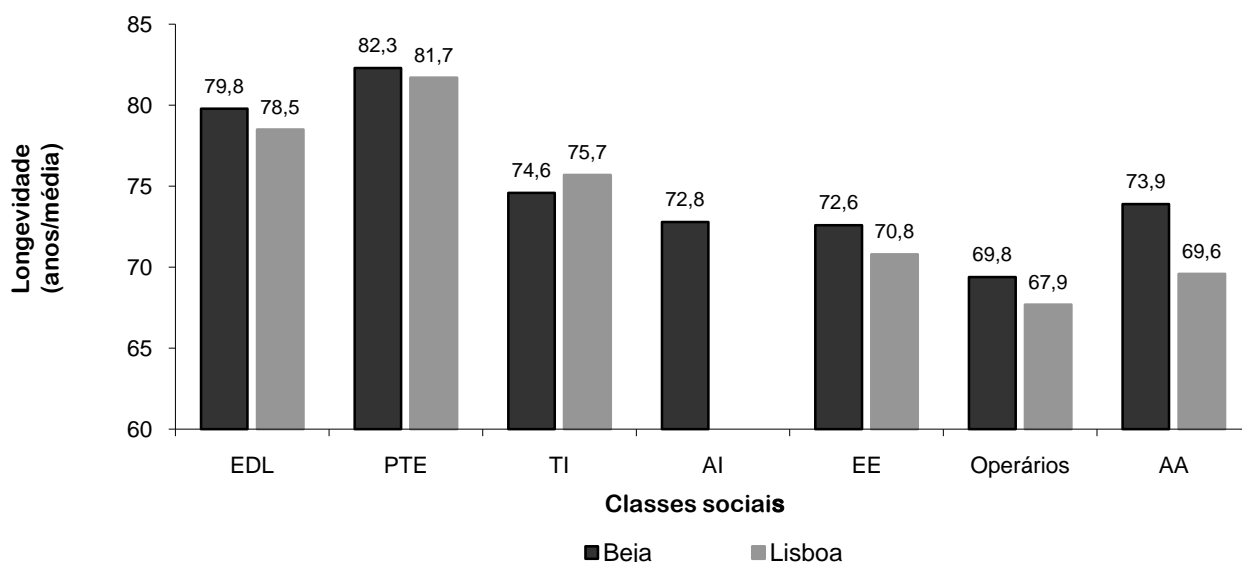
Por outro lado, o universo dos óbitos oriundos do hospital localizado em Lisboa, ainda segundo o quadro 7, evidencia um peso significativamente maior na categoria dos PTE, com 15,7%, em comparação com os 3,6% registados em Beja. Apesar de a categoria dos PTE englobar apenas assalariados, ela reflecte um conjunto destes que nas organizações ocupam posições de autoridade hierárquica de nível médio ou superior, e simultaneamente reflecte uma população com níveis de qualificação escolar mais elevados. O quadro 7 apresenta ainda uma composição reveladora de significativas assimetrias e desigualdades sociais em ambos os universos. Ou seja, uma composição social em que as classes assalariadas de base – empregados executantes (EE), operários (O) e assalariados agrícolas (AA) – representam a maioria do universo em análise, constituindo cerca de 70% em Lisboa, e sendo ainda mais acentuada em Beja, onde

⁹ Tradução de um tempo histórico que reinvoca a obra antropológica de Cutileiro (2004 [1971]), *Ricos e Pobres no Alentejo*, sobre uma freguesia rural alentejana dos meados dos anos 60 do século XX. Um sistema de estratificação social assente numa profunda assimetria, relacionada com a propriedade agrícola e meios de produção, entre por um lado os latifundiários, minoritários mas com elevada concentração da propriedade e, por outro, os assalariados agrícolas, despojados de propriedade que e constituíam a grande maioria da população activa

representam cerca de 80%. Categorias que, apesar de partilharem a condição de assalariados de base, apresentam características diferenciadoras ao nível do género. Tanto em Beja como em Lisboa, a categoria dos empregados executantes é maioritariamente feminina, enquanto que a categoria dos operários é maioritariamente masculina.

A figura 2 expõe graficamente a variação na longevidade em articulação com as classes sociais por instituição hospitalar de origem.

Figura 2 – Relação da variação da longevidade e classes sociais de acordo com as origens hospitalares



Fonte: Antunes (2009). Dados recolhidos no âmbito da investigação: *Classes Sociais e a Desigualdade na Saúde*.

A relação entre a hierarquia socioprofissional e o aumento da longevidade encontra-se amplamente documentada em diversos estudos internacionais (Cockerham, 2008). Contudo, como a figura 2 permite salientar, neste estudo esta relação não é linear. Apesar de tendencialmente as categorias que concentram maiores recursos económicos, culturais e técnicos, como os EDL e os PTE, apresentarem em média uma longevidade superior ao conjunto das categorias assalariadas de base, as maiores desigualdades na longevidade evidenciam-se não entre os extremos desta composição social, mas entre os PTE e os operários. Os PTE apresentam os valores em média mais elevados, com 82,3 anos em Beja e 81,7 anos em Lisboa. Em claro contraste com os

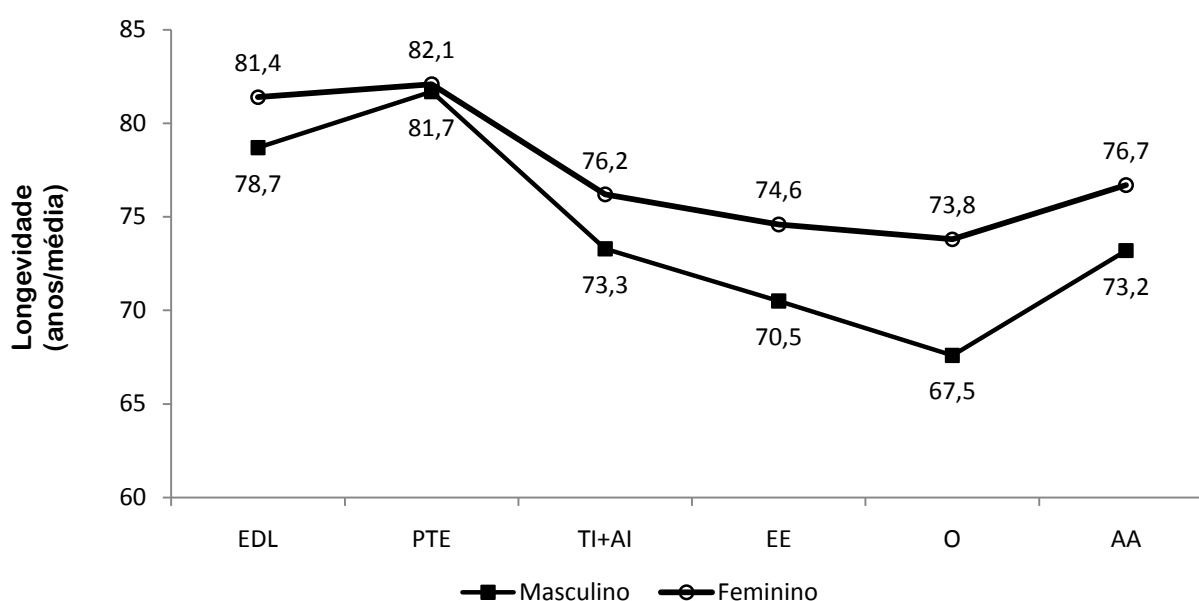
valores mais baixos verificados na categoria dos operários, com 69,8 anos em Beja e 67,9 anos em Lisboa. A diferença de médias entre estas duas categorias revela uma importante desigualdade na variação da longevidade, em média de 13,8 anos em Lisboa e de 11,5 anos em Beja. Por outro lado, os EDL, apesar de constituírem uma população cujo poder económico, institucional e profissional engloba posições de privilégio na estrutura das classes sociais (Almeida, Machado e Costa, 2006a), apresentam, aqui e em média, uma longevidade inferior à dos PTE. Em sintonia com resultados de outras investigações, este estudo revelou igualmente níveis de escolaridade nos EDL consideravelmente mais baixos do que nos PTE.¹⁰ Ainda que, e de forma objectiva, se verifique a presença de pouca informação nos processos clínicos, sobretudo sobre os níveis de escolaridade da população englobada na categoria dos PTE, as profissões destes indivíduos, que incluíam professores do ensino primário, secundário e universitário, advogados, engenheiros e enfermeiros, entre outras, permite inferir que se trata de uma população que, no seu conjunto, apresenta níveis de escolaridade relativos mais elevados em comparação com as restantes classes sociais. Ainda no domínio dos recursos escolares, e no que diz respeito à categoria dos EDL, verificou-se que a informação disponível sobre a escolaridade incluía um alargado número de pessoas sem escolarização ou apenas com a antiga “4.ª classe”. Esta característica diferenciadora pode significar que, se por um lado, maiores recursos económicos traduzem um aumento do poder de compra e facilitam o acesso a uma maior diversidade de bens e de outros recursos, por outro lado, maiores níveis de escolaridade, como analisa Prus (2007), permitem uma maior aquisição e melhor interpretação da informação relacionada com a saúde, que deste modo se traduz em ganhos na longevidade. Finalmente, a figura 2 ainda revela que, apesar das assimetrias verificadas ao nível das composições sociais originárias de cada hospital, as classes sociais surgem como que tendencialmente transversais relativamente aos seus contextos de origem. Ou seja, as diferentes classes sociais, por si só, são mais explicativas da desigualdade na longevidade do que os diferentes contextos hospitalares de origem. A associação entre a longevidade e as classes sociais é mais forte ($\eta^2 = 12,3\%$) do que a associação entre a longevidade e a origem hospitalar ($\eta^2 = 0,7\%$).¹¹

¹⁰ A baixa qualificação escolar dos EDL portugueses encontra-se documentada em Almeida, Machado e Costa (2006a), Costa, Machado e Almeida (2002) e Ávila (2007).

¹¹ A associação entre a variação na longevidade e a interação entre classes sociais e origem hospitalar é praticamente nula ($\eta^2 = 0,3\%$).

O próximo conjunto de dados, que originou a figura 3, pretende relacionar a variação da longevidade com as classes sociais, mas agora com a introdução da variável sexo. Os dados que serviram de base à elaboração deste gráfico reportam-se ao somatório dos casos das duas instituições hospitalares. A opção de juntar os dois universos serviu o propósito de alcançar uma maior expressividade numérica nas classes sociais respeitantes ao universo feminino. Também por este facto se uniram as categorias dos AI e TI.¹²

Figura 3 – Variação da longevidade de acordo com a articulação entre as classes sociais e o sexo. Universo constituído pelo conjunto dos óbitos dos dois hospitais



Fonte: Antunes (2009). Dados recolhidos no âmbito da investigação *Classes Sociais e a Desigualdade na Saúde*.

A leitura da figura 3 permite constatar a continuidade de um semelhante padrão de desigualdade na variação da longevidade por classes sociais, mas que agora se replica de forma semelhante em ambos os sexos. Padrão semelhante mas que permite, contudo, salientar a existência de efeitos específicos entre o género e as categorias socioprofissionais, nos casos particulares dos PTE e dos operários. No caso dos PTE, as diferenças na variação da longevidade entre os sexos são praticamente anuladas, enquanto que na categoria dos operários esta diferença é acentuada. No conjunto dos

¹² A opção de juntar os dois universos de óbitos também teve em conta a análise que revelou que a origem hospitalar, por si só, não representou neste estudo um importante factor explicativo.

dois hospitais, os homens operários viveram em média menos 6,3 anos do que as mulheres operárias. Nas restantes categorias, a diferença de médias entre homens e mulheres é praticamente constante, sendo que as mulheres viveram em média aproximadamente mais três anos do que os homens. Estes dados revelam, no que diz respeito ao tempo médio de vida das pessoas, que os efeitos associados ao género encontram a sua maior expressividade na categoria dos operários. Por outro lado, a categoria dos PTE apresenta características de maior independência ou maior transversalidade, quer relativamente ao género quer relativamente aos contextos referentes às origens hospitalares, como se pode verificar nas figuras 2 e 3.

Tendo em conta, ainda, a centralidade conferida às classes sociais, o quadro 8 apresenta os valores médios de longevidade que resultam do cruzamento entre as causas de morte mais frequentes e as classes sociais. De forma sucinta, este quadro 8 revela que para iguais causas de morte a longevidade varia de acordo com as classes sociais. No conjunto das causas de óbito por EAM, AVC e cancro, as classes sociais dos EE, operários e AA registam em média longevidades inferiores aos PTE e EDL. Um padrão de desigualdade que se mantém muito semelhante nas várias causas de morte, mantendo-se, contudo, as maiores diferenças entre os PTE e os operários. Situação mais evidente nos EAM, em que a sobrevida registada na população inserida nos PTE é de 12,4 anos relativamente aos operários.

Quadro 8 – Valores médios da longevidade segundo causa de morte e classe social no conjunto dos dois hospitais

Classe social	Longevidade segundo causa do óbito (anos/média)		
	EAM	AVC	Cancro
EDL	77,3	80,2	75,2
PTE	80,8	84,8	78,1
TI + AI	74,8	78,8	75,2
EE	74,1	77,3	70
O	68,4	75,1	68,3
AA	73,7	76,2	71,1

Fonte: Antunes (2009). Dados recolhidos no âmbito da investigação: *Classes Sociais e a Desigualdade na Saúde*.

5. Espaço social da desigualdade em saúde

A complexidade que tem vindo a caracterizar este campo de desigualdade em saúde aproxima-se seguramente de um espaço multidimensional, onde interagem diversos factores, como as condições materiais de vida, o género, as regiões, os comportamentos relacionados com a saúde, os estilos de vida, a escolaridade, os tipos de doenças ou as causas de morte. Trata-se claramente de uma situação de pesquisa empírica, cuja configuração complexa, similar a tantos outros campos de investigação sobre o real, solicita uma abordagem multifacetada e relacional sobre o objecto de estudo (Carvalho, 2008). No sentido de operacionalizar a estruturalidade multidimensional envolvida neste espaço de desigualdade em saúde, sempre tendo como referência o confinamento ao universo de óbitos ocorridos nas duas instituições hospitalares seleccionadas, procedeu-se a uma análise de correspondência múltiplas (ACM). O quadro 9 apresenta o conjunto final de variáveis que foram incluídas na ACM. Conjunto de indicadores que resultaram de um processo de análise durante o qual foram experimentadas diversas soluções de introdução de variáveis e de agrupamento e composição de categorias. Processo que culminou na selecção final deste conjunto de variáveis, que permitiram uma caracterização multidimensional de um espaço estruturado das desigualdades em saúde. Devido ao peso significativo do que se considerou como sendo as “não respostas”, que nesta investigação reflecte a ausência de informação nos registos analisados, considerou-se pertinente a inclusão de categorias que identificassem esta ausência de informação em algumas das variáveis em análise. Pretendeu-se, assim, identificar a localização da desigual distribuição da informação, que tem sido igualmente estruturante na configuração topográfica que traduz este espaço de desigualdade.

Quadro 9 – Descrição das variáveis e categorias

Variáveis	Categorias
Sexo	Masculino
	Feminino
Classe social	EDL
	PTE
	TI
	AI
	EE
	Operários
	AA S/ inf. de classe
Condição p/ trabalho	Exerce profissão
	Doméstica
	Reformado
Causa do óbito	Neoplasia do pulmão
	EAM
	AVC
	Diabetes
	ICC Outras causas de óbito
Hábitos tabágicos	Nunca fumou
	Deixou de fumar
	Fuma 1 maço / dia
	Fuma >= 2 maços / dia
	S/ inf. sobre fumar
Hábitos alcoólicos	Reduz álcool
	Alcoolismo
	S/ inf. sobre álcool
Padrão alimentação	S/ alteração da dieta
	Alteração da dieta
Escalões etários	< 65
	65 – 74
	75 – 84
	>= 85

A definição do número de dimensões a serem consideradas na ACM baseou-se na análise comparativa dos valores da inércia de cada dimensão, como se apresenta no quadro 10. Seleccionaram-se as duas primeiras dimensões, por apresentarem valores que se destacaram no conjunto das cinco primeiras.

Quadro 10 – Distribuição dos valores próprios das primeiras cinco dimensões

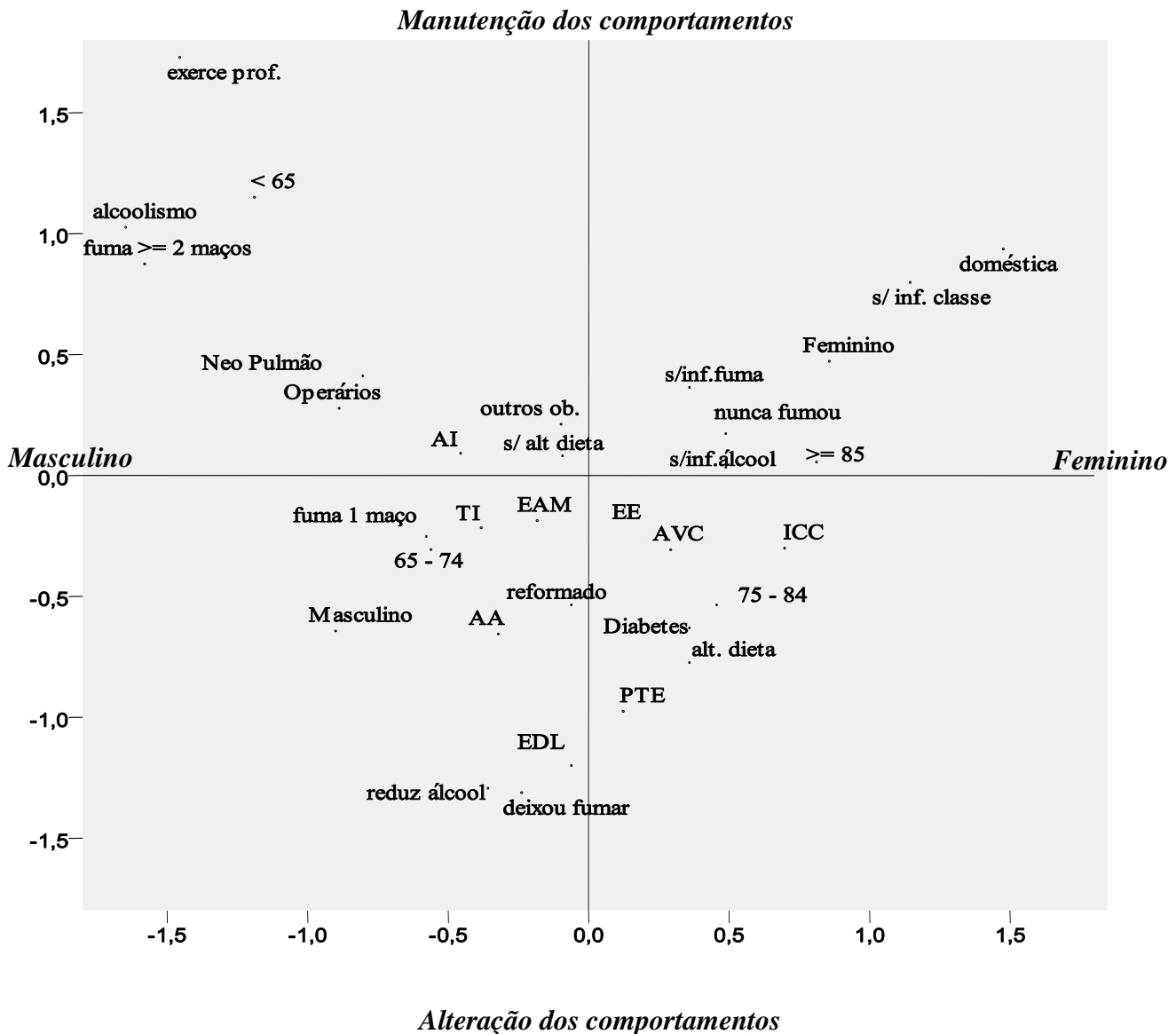
Dimensão	<i>Eigen value</i>	Inércia
1	3,113	0,445
2	2,108	0,301
3	1,484	0,212
4	1,282	0,183
5	1,215	0,174

A designação destas duas primeiras dimensões mais determinantes foi baseada na interpretação decorrente da visualização das categorias neste espaço bidimensional, como se apresenta na figura 4.

A análise da configuração topográfica, traduzida na figura 4, foi ancorada, como expõe Carvalho (2008), em dois vectores analíticos portadores de lógicas complementares. Um primeiro vector, que privilegiou uma *lógica dimensional*, e que procurou identificar os principais eixos ou dimensões estruturantes deste espaço, e um segundo vector, que privilegiou uma *lógica grupal-tipológica*, baseada na análise da interdependência registada entre as categorias, e que procurou identificar e definir grupos com perfis tendencialmente homogéneos (Carvalho, 2008).

A análise topográfica da figura 4 e a interpretação que privilegiou uma primeira lógica dimensional sustentam o que se passará a designar como o *espaço social da desigualdade em saúde*.

Figura 4 – Configuração do espaço social da desigualdade na saúde



Foram identificadas duas dimensões que procuraram reconhecer os principais eixos estruturantes deste espaço topográfico. A primeira dimensão, orientada segundo o eixo horizontal, estabelece uma diferenciação clara por gênero, mas que acompanha igualmente uma diferenciação relativa à longevidade, aqui expressa em escalões etários. A segunda dimensão, correspondente ao eixo vertical, apresenta-se estruturada segundo diferenciados perfis de comportamentos e estilos de vida. A orientação da distribuição das categorias referentes ao tabagismo e hábitos alcoólicos tende a privilegiar as alterações dos comportamentos associados a estes consumos. É sobretudo a visualização da oposição entre, por um lado, a persistência de comportamentos de risco, associados

aqui a níveis mais elevados de tabagismo e alcoolismo e, por outro lado, a mudança destes comportamentos com a redução do consumo de álcool e o cessar dos consumos tabágicos, que estrutura esta segunda dimensão. Dimensão que é igualmente acompanhada por uma diferenciação social, relativa quer à condição perante o trabalho, quer à estrutura de classes sociais.

Uma preliminar análise deste *espaço social* permite realçar que é no lado feminino que se concentram as categorias reveladoras de maior ausência de informação, relativamente às classes sociais, ao tabagismo e aos hábitos alcoólicos. Este facto exige uma complementar análise articulada com a informação empírica, sobretudo referente às frequências dos comportamentos associados ao álcool e ao tabaco. Os registos elaborados pelos profissionais de saúde, em contexto hospitalar, revelam uma prática observacional orientada mais por referência à doença e aos “comportamentos de risco” (consumo de álcool ou de tabaco) do que por referência aos “comportamentos saudáveis” (pouca informação sobre pessoas sem hábitos relacionados com o tabaco ou álcool ou sobre a prática de exercício físico). Do total dos processos analisados, em apenas 8,2% surge informação sobre indivíduos que nunca fumaram e somente em 1,2% dos registos surge informação sobre a ausência de hábitos de consumo de bebidas alcoólicas. Apesar deste *deficit* de informação, a leitura gráfica da figura 4 permite constatar que as categorias “nunca fumou” e “sem informação sobre fumar” se encontram próximas. Esta leitura pode levantar a hipótese de que a ausência de informação tende a corresponder à ausência do comportamento em questão. Deste modo, o género feminino encontra-se mais associado à ausência de hábitos relacionados com o tabaco e à provável ausência de consumo de bebidas alcoólicas. Relativamente ao restante conjunto das categorias localizadas nos quadrantes femininos, elas documentam, de uma forma sucinta, a centralidade da categoria das *domésticas*, a presença de escalões etários mais elevados, reveladores de maior longevidade, e finalmente, a presença de causas de óbito associadas às doenças crónicas e de evolução mais prolongada, como a insuficiência cardíaca congestiva (ICC) ou os acidentes vasculares cerebrais (AVC).

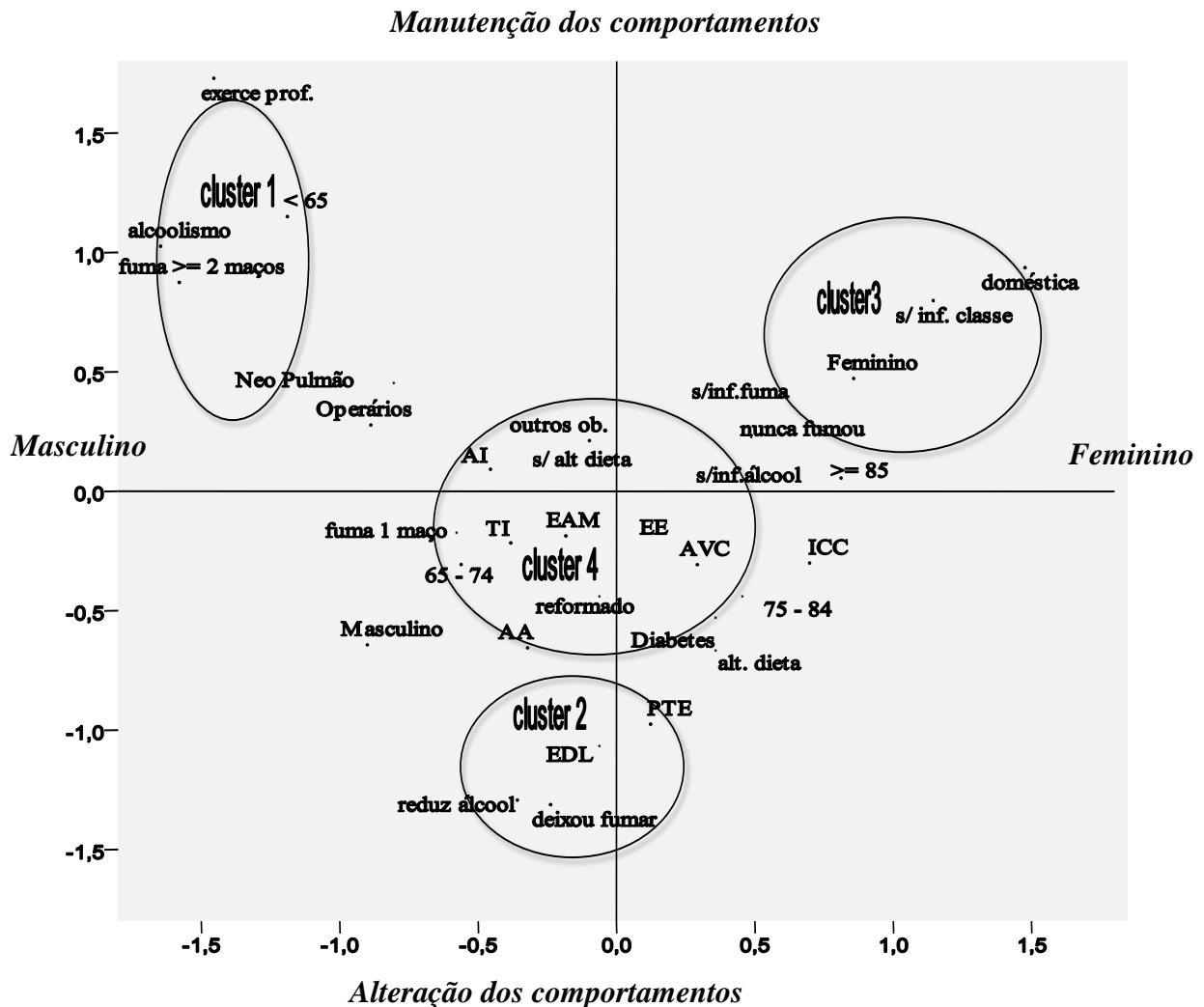
Analisando agora os quadrantes no lado do género masculino, verifica-se, por contraste, uma maior constelação de pontos, que traduz uma maior presença de informação, quer sobre os atributos socioprofissionais, quer sobre os comportamentos relacionados com a saúde. É no lado masculino que se localizam os escalões etários

reveladores de menor longevidade e onde se opera uma maior diferenciação respeitante aos estilos de vida e aos perfis de comportamento relacionados com a saúde. A orientação da distribuição das categorias referentes ao tabagismo, hábitos alcoólicos e dieta permite visualizar a oposição entre, por um lado, a persistência de comportamentos associados a estas práticas e, por outro, a alteração do conjunto destes comportamentos, explicitados aqui na redução do consumo de álcool, no cessar do tabagismo e na alteração dos padrões alimentares. A orientação da projecção destas categorias não se apresenta de forma aleatória, pois acompanha a distribuição das categorias das variáveis *condição perante o trabalho e classe social*. Deste modo, a categoria dos *reformados* encontra-se mais próxima do pólo referente às alterações dos comportamentos, sugerindo que as alterações dos estilos de vida, nomeadamente na passagem da condição de “activo” para “reformado”, são igualmente acompanhadas por importantes mudanças nos comportamentos relativos à saúde. Por outro lado, são sobretudo as classes sociais que concentram maiores recursos económicos e culturais, como os empresários dirigentes e profissionais liberais (EDL) e os profissionais técnicos e de enquadramento (PTE), que se encontram mais próximas da alteração dos comportamentos e da consequente adopção de estilos vida mais saudáveis. Por contraste, os consumos mais elevados de bebidas alcoólicas e o acentuado tabagismo – igual ou superior a 40 cigarros por dia – encontram-se mais próximos da categoria dos operários. Relativamente às doenças e às causas de óbito, verifica-se que é a diabetes a situação clínica que se encontra mais próxima das categorias referentes às alterações dos comportamentos. A diabetes apresenta um quadro clínico cujas alterações relacionadas com os níveis de açúcar no sangue requerem uma maior vigilância individual, suscitando alterações nos hábitos alimentares e alcoólicos, e igualmente a redução do consumo de tabaco, como forma de prevenção de sequelas mais graves. Pelo contrário, situações clínicas acompanhadas de prognósticos associados a uma maior dificuldade relativamente ao tratamento e à cura, como neste estudo se verificou entre os casos dos cancros do pulmão ou do estômago, constituíram um conjunto de patologias que tendencialmente suscitaram menores alterações dos comportamentos.

6. Tipologia da incorporação da desigualdade social

Uma segunda interpretação procurou identificar, no *espaço social de desigualdade na saúde*, associações específicas entre as categorias, numa *lógica grupal-tipológica*. Neste sentido, procedeu-se a uma análise de *clusters*, com recurso ao SPSS, e após a leitura dos coeficientes e o confronto com a informação empírica, conclui-se pela selecção de quatro *clusters* ou grupos. Os quatro grupos assim definidos foram posteriormente projectados no *espaço social*, como se apresenta na figura 5. Cada um destes *clusters* foi posteriormente objecto de cruzamento com as variáveis *estado civil* e *coabitação*.

Figura 5 – Localização dos *clusters* no espaço social da desigualdade na saúde



O primeiro grupo (*cluster 1*), caracterizado pelos *óbitos prematuros*, corresponde a uma população cujo óbito ocorreu ainda em idade activa. Uma população maioritariamente masculina (85%), em que 53,4% ainda exerciam uma profissão. Verificam-se aqui fortes associações com as situações clínicas de alcoolismo e tabagismo, com consumos iguais ou superiores a dois maços por dia e, igualmente, com causas de óbito relacionadas com as *neoplasias do pulmão e do estômago*. A *cirrose hepática* e as infecções pelo *HIV-sida* constituem o outro grupo de causas de óbito igualmente pertencentes a este grupo. Tendo em conta a distribuição das categorias socioprofissionais, inseridas no *cluster dos óbitos prematuros*, 43,6% referem-se à classe social dos *operários*. Este facto será por isso objecto de uma análise mais detalhada e organizada em três pontos, que pretende explicar a ocorrência dos valores de longevidade mais baixos entre a população inserida na categoria dos *operários*:

1) O cruzamento entre as classes sociais e as causas de morte revela que as doenças que registam menor longevidade se encontram mais associadas ao sexo masculino e à categoria dos *operários*. Como anteriormente exposto no quadro 3, a *cirrose hepática* regista em média a ocorrência do óbito aos 58,8 anos de idade. Os estilos de vida associados a consumos mais elevados de bebidas alcoólicas e ao tabagismo encontram-se maioritariamente associados ao sexo masculino e à categoria dos *operários*. Os registos ainda informam que o consumo de álcool e tabaco nestas populações se inicia mais cedo do que nas outras classes sociais. Os efeitos cumulativos e a interacção entre estes factores ao longo dos percursos de vida têm como consequência a precoce instalação de doenças e a consequente redução da longevidade.

2) As causas de óbito associadas às infecções pelo *HIV-sida* registam uma média de idades de 42,4 anos. Do total de óbitos registados pelo *HIV-sida*, cerca de 90% tinham origem associada à toxicoddependência endovenosa. Apesar da pouca informação relativa às dimensões socioocupacionais referentes a esta população, os registos indicam que uma parte dela tende a encontrar formas de trabalho precário, mas mais associado aos sectores da construção civil e obras públicas. O que reflecte um conjunto de ocupações profissionais que se encontram inseridas na categoria dos *operários*.

3) Relativamente à contribuição para as causas de óbito fora do quadro das doenças, verifica-se que os acidentes de trabalho, apesar de globalmente se constituírem também como um fenómeno pouco frequente, concentram-se maioritariamente no grupo de profissões associadas à construção civil, obras públicas e transportes. Os acidentes de

trabalho, de forma directa, como principal causa do óbito, ou de forma mais indirecta, através de sequelas sobretudo ao nível de fracturas graves, constituem um importante factor na explicação dos óbitos ocorridos em faixas etárias mais jovens, na população inserida na categoria dos *operários*.

O cruzamento deste primeiro *cluster* com a variável *estado civil* releva que 68% dos casos correspondem a indivíduos que se encontravam casados, 15,8% a solteiros, 15,9% a divorciados e os restantes 4% a viúvos.

No pólo masculino oposto, surge um segundo grupo (*cluster 2*), caracterizado pela *adopção de comportamentos saudáveis*. Um universo em que 96,8% se refere ao sexo masculino, mas que, contrariamente ao *cluster* anterior, apresenta longevidades mais elevadas, com valores em média de 78,2 anos. Uma população constituída na sua totalidade por reformados, em que 58,3% dos indivíduos apresentam um historial de hábitos tabágicos. Contudo, a característica diferenciadora deste grupo é o facto de cerca de 70% destes fumadores terem deixado de fumar, sobretudo entre os 60 e os 70 anos de idade. Característica que foi igualmente acompanhada, em 47% dos indivíduos, da redução do consumo do álcool. A visualização gráfica permite constatar que se trata de reformados localizados nas classes mais altas – EDL e PTE –, mas que são sobretudo os EDL que se encontram mais próximos de se constituírem como os ex-fumadores, sendo igualmente estes os que reduziram mais os consumos de bebidas alcoólicas. Finalmente, este é um grupo constituído por um conjunto populacional cujo óbito ocorreu quando 65,8% ainda se encontravam casados e cerca de 15% já residiam num lar.

Num outro pólo, surge um terceiro grupo (*cluster 3*), caracterizado pelos *estilos de vida mais estáveis*. Universo populacional 100% feminino, com os valores mais elevados de longevidade, em média 81,3 anos de vida. Maioritariamente constituído por domésticas (83,1%), com um historial de hábitos saudáveis, apresentando consumos de álcool e de tabaco residuais, abaixo dos 4%. O grupo de doenças responsáveis pelos óbitos apresenta um conjunto de patologias mais associadas ao envelhecimento e simultaneamente de evolução mais prolongada. Constitui igualmente, como já se fez referência, um grupo onde pontua a ausência de informação, em especial no que diz respeito aos atributos socioprofissionais. Para além de ser um *cluster* feminino, é igualmente aquele onde se regista a maior percentagem de viuvez (67,2%). Deste conjunto, cerca de metade vivia, de forma mais permanente ou episódica, com os

familiares. Mais de 90% destes familiares eram filhos. Esta associação à coabitação com familiares é mais forte na região de Beja do que em Lisboa. Do total da população inserida neste *cluster*, cerca de um quarto residia num lar. Aqui a situação é ligeiramente inversa, com um pouco mais de população a residir em lares em Lisboa do que em Beja.

Finalmente, um quarto grupo (*cluster* 4), localizado de forma mais central neste *espaço social*, reflecte um conjunto com maior expressividade numérica, sendo igualmente o mais equilibrado na relação entre os sexos, apesar dos 62,1% pertencerem ao sexo masculino. Apresenta uma longevidade média de 76 anos. Partilha algumas das características com o grupo dos estilos de vida mais estáveis, nomeadamente num historial dos comportamentos associados aos consumos de tabaco e álcool que, não sendo residuais, apresentam valores baixos, de cerca de 7 e 8% respectivamente. Contudo, a característica que o diferencia do anterior *cluster* é o facto de se tratar de uma população de reformados (97%). Trata-se de um grupo com comportamentos relacionados com a saúde mais estáveis, mas cujas alterações nos estilos de vida se encontram associadas à passagem da população activa para a não activa. As categorias socioprofissionais destes reformados distribuem-se de forma mais equitativa, sendo contudo de realçar distribuições mais densas nas categorias dos trabalhadores independentes – AI e TI –, mas em especial uma maior concentração nas categorias relativas ao assalariado de base: EE, operários e AA. Cerca de 40% destes óbitos referem-se a pessoas viúvas, sendo que, deste conjunto, cerca de 40% viviam com familiares e, finalmente, cerca de 20% residiam num lar.

7. Conclusão

Os dez anos compreendidos entre as faixas etárias dos 60 aos 70 anos de idade constituíram, neste estudo, um período onde se registaram importantes alterações nos comportamentos e estilos de vida. A presente investigação incluiu uma série de indicadores com o objectivo de recolher informação sobre o quotidiano das pessoas neste período de transição. É durante este período que se muda de uma trajectória associada a uma posição economicamente activa para a condição de reformado. Passa-se mais tempo em casa, normalmente em frente ao televisor, e iniciam-se as visitas aos centros de dia ou lares. É também durante este período que se instalam as primeiras doenças de intensidade mais preocupante e debilitante. Registam-se, por exemplo, com maior frequência as quedas no domicílio ou na via pública, que originam fracturas ósseas e consequentes internamentos hospitalares e intervenções cirúrgicas. Este fenómeno, de visibilidade aparentemente reduzida, constituiu neste estudo a mais importante causa de óbito fora do quadro das doenças. Situação mais frequente em Lisboa do que em Beja, na realidade, as quedas no domicílio ou na via pública não constituíam, por norma, a causa directa do óbito. Contudo, as suas consequências a curto, médio ou longo prazo eram susceptíveis de originar casos de parcial ou total imobilidade, que propiciavam a instalação de situações clínicas graves, que finalmente se poderiam constituir como uma primeira causa do óbito.

É nesta faixa etária que a utilização dos serviços de saúde, hospitais, centros de saúde, consultórios, centros de fisioterapia, farmácias, etc., passa a constituir uma nova dimensão nos estilos de vida das pessoas. É igualmente durante este período que se registam as grandes alterações dos comportamentos individuais, em especial no sexo masculino, como a redução do consumo de bebidas alcoólicas, o abandono dos hábitos tabágicos e as alterações nas dietas alimentares. É, finalmente, um período frequentemente marcado pelo falecimento do cônjuge. Agora, é sobretudo no universo feminino que ocorrem as alterações mais profundas nos seus quotidianos, pois são as mulheres que ficam viúvas mais cedo e que durante mais tempo permanecem nesta situação. As relações familiares próximas constituem nestes contextos um importante laço e recurso social.

Nos diversos domínios analíticos seleccionados, que englobaram o género, as origens hospitalares, a longevidade, as doenças e causas do óbito e, finalmente, os perfis de comportamentos relacionados com a saúde, a análise centrada nas classes sociais foi

revelando um padrão de desigualdade no campo da saúde bastante semelhante, de onde sobressai uma assimetria tendencialmente bipolarizada entre as categorias dos PTE e dos operários. Tendo em conta o conjunto das classes sociais, mantém-se esta tendência assimétrica, mas de forma mais esbatida, entre, por um lado, as classes que reúnem maiores recursos – EDL e PTE –, onde se verificam as maiores longevidades e a adopção mais precoce de comportamentos saudáveis e, por outro lado, as classes assalariadas de base – EE, operários e AA –, onde se registam menores tempos de vida e consumos de tabaco e álcool mais elevados. Padrão de desigualdade que obriga ao reconhecimento da importância que as relações assimétricas de poderes e as distribuições desiguais de recursos e oportunidades têm na estruturação de diferenciadas e desiguais condições de existência e trajectórias de vida. Relações implicadas, por um lado, nas condições materiais de vida, na alimentação, no acesso aos diferentes tipos de recursos de saúde, nas condições e grau de exposição a factores de risco no trabalho ou no conforto e nas condições de segurança habitacionais. Por outro lado, relações sociais que condicionam e estruturam diferenciados valores, comportamentos e práticas individuais quotidianas. Comportamentos e valores que se reflectem nas relações que os indivíduos têm com os seus corpos e sintomas, e que se podem traduzir no tabagismo, no consumo de álcool, no tipo de padrão alimentar, nas práticas desportivas, na aquisição e interpretação da informação relacionada com a educação para a saúde ou na alteração dos comportamentos de risco e na consequente adopção de comportamentos saudáveis.

Referências bibliográficas

- Abell, Peter (2002), “Teoria sociológica e teoria da escolha racional”, em Bryan S. Turner (org.), *Teoria Social*, Lisboa, Difel, pp. 255-277.
- Almeida, João F. (1981), “Alguns problemas de teoria das classes sociais”, *Revista Crítica de Ciências Sociais*, n.º 7/8, pp. 361-388.
- Almeida, J., F. Machado, e A. Costa (2006a), “Classes sociais e valores em contexto europeu”, em J. Vala e A. Torres (orgs.), *Contextos e Atitudes Sociais na Europa*, Lisboa, Imprensa de Ciências Sociais.
- Almeida, J., F. Machado, e A. Costa (2006b), “Social classes and values in Europe”, *Portuguese Journal of Social Science*, vol. 5, n.º 2, pp. 95-117.
- Antunes, Ricardo (2009), “Social class and health inequalities in Portugal”, em *Full Papers of the 9th Conference of European Sociological Association*, Lisboa.
- Archer, Margaret (1995), *Realist Social Theory: The Morphogenetic Approach*, Cambridge, Cambridge University Press.
- Ávila, Patrícia (2007), “Literacia e desigualdades sociais na sociedade do conhecimento”, em Costa, Machado e Ávila (orgs.) (2007), *Portugal no Contexto Europeu*, vol. II – *Sociedade e Conhecimento*, Oeiras, Celta.
- Cabral, Manuel Villaverde (org.) (2002), *Saúde e Doença em Portugal*, Lisboa, Imprensa de Ciências Sociais.
- Carapinheiro, Graça (org.) (2006), *Sociologia da Saúde: Estudos e Perspectivas*, Coimbra, Pé de Página.
- Carvalho, Helena (2008), *Análise Multivariada de Dados Qualitativos*, Lisboa, Sílabo.
- Cockerham, William (2008), *Social Causes, Health and Disease*, Cambridge, Polity Press.
- Coleman, James S. (1990), “Metatheory: explanation in social science”, em James S. Coleman, *Foundations of Social Theory*, Cambridge, MA, Belknap Press, pp. 1-13.
- Costa, António Firmino da (1999), *Sociedade de Bairro*, Oeiras, Celta.
- Costa, António Firmino da, et al. (2000), “Classes sociais na Europa”, *Sociologia, Problemas e Práticas*, n.º 34, pp. 9-43.
- Costa, A., F. Machado, e J. Almeida (2002), “Social classes in Europe”, *Portuguese Journal of Social Science*, vol. 1, n.º 1, pp. 5-39.
- Cutileiro, José (2004 [1971]), *Ricos e Pobres no Alentejo*, Lisboa, Livros Horizonte.

- DGS (2006a), *Portugal Saúde: Indicadores Básicos 2004*, Lisboa, Direcção-Geral de Saúde.
- DGS (2006b), *Risco de Morrer em Portugal: 2004*, Lisboa, Direcção-Geral de Saúde.
- Drever, F., e M. Whitehead (1997), *Health Inequalities Decennial Supplement*, Londres, Office for National Statistics.
- Estanque, Elísio, e José M. Mendes (1998), *Classes e Desigualdades Sociais em Portugal*, Porto, Afrontamento.
- Fassin, Didier (1996), *L'Espace Politique de la Santé*, Paris, Presses Universitaires de France.
- Lima, P., A. Dores, e A. Costa (1991), "Classificações de profissões nos Censos 91", *Sociologia, Problemas e Práticas*, n.º 10, pp. 43-66.
- Macintyre, Sally (1994), "A review of indicators of 'health' used in research on socio-economic differentials in health in Europe", em Andreas Mielck e Maria R. Giraldes (orgs.), *Health Inequalities: Discussion in Western European Countries*, Nova Iorque, Waxmann.
- Madureira, Nuno (2002) (coord.), *História do Trabalho e das Ocupações*, vol. III – *A Agricultura: Dicionário*, Oeiras, Celta.
- Martikainen, P., et al. (2001), "Change in male and female life expectancy by social class: decomposition by age and cause of death in Finland 1971-95", *Epidemiol Community Health*, n.º 55, pp. 494-499.
- Morgan, Myfanwy (org.) (1991), *Sociological Approaches to Health and Medicine*, Londres, Routledge,
- Pinto, José Madureira (2001), "Ciências e progresso: convicções de um sociólogo", *Cadernos de Ciências Sociais*, n.º 21-22, pp. 33-69.
- Prus, Steven (2007), "Age, SES, and health: a population level analysis of health inequalities over the lifecourse", *Sociology of Health & Illness*, vol. 29, n.º 2, pp. 275-295.
- Silva, Augusto (2001), "A ruptura com o senso comum nas ciências sociais", em Silva e Pinto (orgs.), *Metodologia das Ciências Sociais*, Porto, Afrontamento.
- Strauss, Robert (1957), "The nature and status of medical sociology", em *American Sociological Review*, n.º 22, pp. 200-204.
- Townsend, P., e N. Davidson (1990), *Inequalities in Health: The Black Report*, Harmondsworth, Penguin Books.