

INSTITUTO SUPERIOR DE CIÊNCIAS DO TRABALHO E DA EMPRESA



DEPARTAMENTO DE SOCIOLOGIA

**DIFERENÇAS DE GÉNERO E DESIGUALDADES SOCIAIS
NA *SAÚDE E DOENÇA* EM PORTUGAL**

João Manuel Cabecinha Vintém

Tese submetida como requisito parcial para obtenção do grau de

Mestre em Família e Sociedade

Orientadora:

Professora Doutora Maria das Dores Guerreiro

Co-orientadora:

Professora Doutora Helena Carvalho

Dezembro, 2008

Agradecimentos

Dizer mil vezes obrigado é insuficiente para agradecer à Professora Doutora Maria das Dores Guerreiro e à Professora Doutora Helena Carvalho:

- pela atitude compreensiva face aos constrangimentos ocorridos logo no início da pesquisa, sobretudo no momento em que, por motivos alheios, foi necessário abandonar a intenção de analisar os dados do Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006 e optar por recorrer ao *European Social Survey – 2004*;
- pela preciosa orientação científica;
- pela dedicação e pelo empenho manifestados sempre que era procurada a segurança *daquela* palavra, *daquela* sugestão, *daquela* crítica, *daquela* comentário, elementos necessários ao prosseguimento desta tarefa;
- pela disponibilidade do atendimento;
- pelo estímulo constante e por todo o acompanhamento feito ao longo da pesquisa, sem os quais não teria sido possível levar a pesquisa a bom termo.

Quero também agradecer:

- à Jacinta, minha companheira e mãe dos meus filhos, a compreensão que teve ao ver-se privada do nosso tempo partilhado e pela sobrecarga de tarefas domésticas com que se confrontou sempre que precisei dedicar-me a este trabalho;
- ao meu filho João, de 21 anos, que me auxiliou na instalação de ferramentas informáticas necessárias à concretização desta minha tarefa e que me apoiou sempre que surgia este ou aquele bloqueio do equipamento;
- ao meu filho Daniel, de 9 anos, que algumas vezes não teve a companhia do pai e a participação em alguns momentos da sua vida escolar e de brincadeira.

Diferenças de género e desigualdades sociais na *saúde e doença* em Portugal

Resumo

O objectivo da pesquisa foi o de descrever, analisar e interpretar os dados do Inquérito Social Europeu (*European Social Survey-2004*), identificando e comparando as diferenças e desigualdades na *saúde e doença* entre i) homens e mulheres e ii) classes sociais, tanto nos homens como nas mulheres, com a finalidade de caracterizar em termos de género e socialmente a *saúde e doença* em Portugal (Continente), nomeadamente, na percepção de bem-estar perante a saúde, nas atitudes relativas a consumo de medicamentos e tratamentos, nos cuidados de saúde quanto ao comportamento perante a doença, à frequência de ida a consultas e à relação médico-paciente.

Definimos as seguintes hipóteses: 1) na *saúde e doença*, há diferenças entre as mulheres e os homens, mas também nas mulheres entre si e nos homens entre si, 2) a idade é um factor que influencia a *saúde e doença*, 3) as desigualdades sociais perante a saúde são explicadas em grande parte pelo grau de instrução, rendimento e classe social, apesar de as políticas sociais, familiares e de saúde estarem orientadas estrategicamente no sentido da igualdade.

Os resultados da pesquisa mostraram que, não obstante alguns terem evidenciado correlações de intensidade fraca, dos mesmos podemos concluir que, na *saúde e doença*, encontramos algumas diferenças de género e entre as classes sociais mais favorecidas e as mais desfavorecidas, tanto nos homens como nas mulheres, e que a idade, o rendimento e o nível de escolaridade são factores que influenciam, condicionam, também, a *saúde e doença*. Porém, salienta-se que os resultados a que chegámos evidenciam que essas diferenças e desigualdades não sobressaem de forma muito marcada, podendo aqui revelar-se alguma importância das políticas sociais, familiares e de saúde, orientadas estrategicamente no sentido da igualdade, as quais terão contribuído para reduzir as diferenças e desigualdades.

Palavras-chave: género; classe social; *saúde e doença*; percepção de bem-estar; atitudes; cuidados de saúde.

Gender differences and social inequalities on *health and illness* in Portugal

Abstract

The research goal was describe, analyze and expound data of European Social Survey-2004, identifying and comparing the differences and inequalities on health and illness between i) men and women and ii) social classes, with the purpose to characterize about gender and socially *health and illness* in Portugal (Mainland), specifically, the perception of well-being before health, the attitudes concerning medicines consumption and treatments, the health care related with illness behaviour, the visits to doctor and the relation doctor-patient.

We define the following hypotheses: 1) on *health and illness*, there are differences between men and women, but also on women between themselves and men themselves, 2) age is a factor which influences *health and illness*, 3) social inequalities on health are explained by education level, income and social class, in spite of health, familiar and social politics strategically oriented to equality.

In spite of the results with some poor correlations, we can conclude that on *health and illness* we find gender differences and also between social classes, both men and women, and age, income and education level are factors with influence on *health and illness* too. However, the research shows that differences and inequalities are not visible. So, we can see here some importance of health, familiar and social politics strategically oriented to equality, which possibly contribute to reduce differences and inequalities.

Keywords: gender; social class; *health and illness*; perception of well-being; attitudes; health care.

Índice

	Pág.
1. Introdução	8
2. Quadro teórico	
2.1. A sociedade da modernidade avançada: algumas considerações ..	12
2.2. O Estado e as políticas de saúde	23
2.3. Género	31
2.4. Género e saúde	43
2.5. Classe social	47
2.6. Género e classe	48
2.7. Estrutura de classes	51
2.8. Desigualdades sociais na saúde e doença	62
3. Objecto teórico-conceptual, hipóteses, dimensões e modelo de análise	67
4. Procedimentos metodológicos, sua justificação e campo empírico de observação	71
5. Resultados	
5.1. Caracterização da amostra	74
5.2. Percepção do bem-estar perante a saúde	81
5.3. Atitudes relativas a consumo de medicamentos e tratamentos	86
5.4. Cuidados de saúde	
5.4.1. Comportamento perante a doença	88
5.4.2. Frequência de ida a consultas	92
5.4.3. Relação médico-paciente	94

6. Conclusão	98
7. Bibliografia	103
Anexos (Lista)	112
I – Hipóteses operacionais e testes e coeficientes estatísticos aplicados	113
II – Matriz de construção do indicador socioprofissional individual de classe	121
III – Tabela de cálculo de construção do <i>Índice de bem-estar</i>	123
IV – Lista de perguntas utilizadas do Questionário do <i>European Social Survey – 2004</i>	125
V – Páginas do Questionário (11, 16, 17, 19, 20, 21, 22, 26, 31, 33, 35, 47)	128
VI – Quadros 25 a 52	129

Índice de Quadros

	Pág.
Quadro 1 – Distribuição da população pelas regiões de Portugal	74
Quadro 2 – Tipo de localidade de residência	74
Quadro 3 – Grupos de profissões por sexo	76
Quadro 4 – Relação salarial por sexo	77
Quadro 5 – Situação na profissão por sexo	77
Quadro 6 – Classe social por sexo	78
Quadro 7 – Idade por sexo	78
Quadro 8 – Anos de escolaridade por sexo	79
Quadro 9 – Rendimento mensal do agregado familiar por sexo	80
Quadro 10 – Autoavaliação do estado de saúde: associação com factores sociodemográficos	81
Quadro 11 – Percepção de bem-estar perante a saúde: associação com factores sociodemográficos	82
Quadro 12 – Índice de Bem-Estar segundo o sexo	83
Quadro 13 – Índice de Bem-Estar segundo a classe social	84
Quadro 14 – Índice de Bem-Estar segundo a classe social nas mulheres	84
Quadro 15 – Índice de Bem-Estar segundo a classe social nos homens	85
Quadro 16 – Índice de Bem-Estar segundo a classe social entre homens e mulheres	85
Quadro 17 – Atitudes relativas a consumo de medicamentos e tratamentos: associação com factores sociodemográficos	86
Quadro 18 – Uso da receita por Sexo	87
Quadro 19 – Pedido de conselho/tratamento sobre problema de saúde – sérias dificuldades em dormir (a quem?), segundo as médias de idade, anos de escolaridade e rendimento mensal familiar	88
Quadro 20 – Pedido de conselho/tratamento sobre problema de saúde – muitas dores nas costas (a quem?) por Sexo	89
Quadro 21 – Pedido de conselho/tratamento sobre problema de saúde - muitas dores nas costas (a quem?) segundo as médias de idade, anos de escolaridade e rendimento mensal familiar	90
Quadro 22 – Possibilidade de escolha do médico de família segundo as médias de idade, anos de escolaridade e rendimento mensal familiar	91
Quadro 23 – Frequência de ida a consultas: associação com factores sociodemográficos	92
Quadro 24 – Relação médico-paciente: associação com factores sociodemográficos	94 a 97
 Anexo VI	
Quadro 25 – Autoavaliação do estado de saúde por Sexo	130
Quadro 26 – Índice de bem-estar por Sexo	130
Quadro 27 – Recurso a medicamentos naturais por Sexo	131
Quadro 28 – Preocupação com efeitos secundários dos medicamentos por Sexo ..	131
Quadro 29 – Pedido de conselho/tratamento sobre problema de saúde – sérias dificuldades em dormir (a quem?) por Sexo	132
Quadro 30 – Possibilidade de escolha do médico de família por Sexo	132

Quadro 31 – Frequência de ida a consultas médicas, nos últimos 12 meses, por sexo	133
Quadro 32 – Opinião sobre o médico como mero ‘passador’ de receitas por Sexo	134
Quadro 33 – Opinião sobre seguir indicações médicas por Sexo	134
Quadro 34 – Opinião sobre desapontamento com médico (sair sem receita) por sexo	135
Quadro 35 – Opinião sobre a frequência com que os médicos escondem a verdade aos seus pacientes por Sexo	136
Quadro 36 – Opinião sobre a frequência com que os médicos de família tratam os pacientes como seus iguais por Sexo	136
Quadro 37 – Opinião sobre a frequência com que os médicos usam linguagem imperceptível por Sexo	137
Quadro 38 – Autoavaliação do estado de saúde por Classe Social	138
Quadro 39 – Índice de bem-estar por Classe Social	139
Quadro 40 – Recurso a medicamentos naturais por Classe Social	140
Quadro 41 – Preocupação com efeitos secundários dos medicamentos por Classe Social	141
Quadro 42 – Uso da receita por Classe Social	142
Quadro 43 – Pedido de conselho/tratamento sobre problema de saúde – sérias dificuldades em dormir (a quem?) por Classe Social	143
Quadro 44 – Pedido de conselho/tratamento sobre problema de saúde – muitas dores nas costas (a quem?) por Classe Social	144
Quadro 45 – Possibilidade de escolha do médico de família por Classe Social	145
Quadro 46 – Frequência de ida a consultas médicas, nos últimos 12 meses, por Classe Social	146
Quadro 47 – Opinião sobre o médico como mero ‘passador’ de receitas por Classe Social	147
Quadro 48 – Opinião sobre seguir indicações médicas por Classe Social	148
Quadro 49 – Opinião sobre desapontamento com médico (sair sem receita) por Classe Social	149
Quadro 50 – Opinião sobre a frequência com que os médicos escondem a verdade aos seus pacientes por Classe Social	150
Quadro 51 – Opinião sobre a frequência com que os médicos de família tratam os pacientes como seus iguais por Classe Social	151
Quadro 52 – Opinião sobre a frequência com que os médicos usam linguagem imperceptível por Classe Social	152

1. Introdução

O estudo que se pretende realizar tem como objectivo descrever, analisar e interpretar os dados do *European Social Survey-2004*, comparando as diferenças e desigualdades na saúde e doença entre homens e mulheres e entre classes sociais, tanto nos homens como nas mulheres, com a finalidade de caracterizar quanto ao género e socialmente a *saúde e doença* em Portugal (Continental), nomeadamente na percepção de bem-estar perante a saúde, nas atitudes relativas ao consumo de medicamentos e tratamentos, nos cuidados de saúde quanto ao comportamento perante a doença, à frequência de ida a consultas e à relação médico-paciente.

A ideia inicial da pesquisa surgiu de um conjunto de perguntas que constituíram a preocupação fundamental e às quais se tentará dar resposta. Vejamos, então: em que medida existem diferenças de género e desigualdades sociais na *saúde e doença* dos(as) portugueses(as), nomeadamente: na percepção de bem-estar perante a saúde; nas atitudes relativas a consumo de medicamentos e tratamentos; nos cuidados de saúde quanto i) ao comportamento perante a doença, ii) à frequência de consultas e iii) à opinião sobre a relação médico-paciente? Na *saúde e doença* que diferenças e desigualdades existem entre homens e mulheres? Na *saúde e doença* há diferenças e desigualdades entre as mulheres de classes sociais mais favorecidas e as de classes sociais mais desfavorecidas e entre os homens de classes sociais mais favorecidas e os de classes sociais mais desfavorecidas?

As perguntas que acabámos de mencionar enquadram-se em duas problemáticas centrais, designadamente, as questões do género e das classes sociais. É nossa intenção desenvolver uma articulação entre estas problemáticas e a da *saúde e doença*, especificamente no que concerne aos aspectos das diferenças e desigualdades existentes na realidade portuguesa. Porquê diferenças e desigualdades e *saúde e doença* e não apenas diferenças e apenas saúde? Ao longo deste trabalho, irão sendo referidas as expressões «diferenças» e «desigualdades» para qualificar uma mesma coisa, pois há a intenção de desenvolver a pesquisa em torno da ideia de que às diferenças entre homens e mulheres e às diferenças entre classes sociais estão associadas, respectivamente, desigualdades entre homens e mulheres e desigualdades entre classes sociais. Por sua vez, no que concerne à *saúde e doença*, parece-nos que uma não pode estar dissociada da outra. Se se atentar na definição sobejamente conhecida que a Organização Mundial de Saúde dá, a saúde é descrita como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não meramente a

ausência de doença ou enfermidade” (Last, 1988: 96). Por sua vez, a doença pode ser entendida como um outro estado dos indivíduos, agora de disfunção de ordem fisiológica, psicológica ou social com repercussões no estado de saúde (Last, 1988: 71). Nesta ordem de ideias, *saúde* e *doença* ligam-se mutuamente a factores de ordem individual (física e psicológica), mas também de ordem colectiva (cultural, social e ambiental), factores esses que as influenciam. No contexto da *saúde e doença*, tem ainda sentido falar em idade e corpo. O corpo biológico implica construções sociais e a sua evolução ao longo do percurso de vida dos indivíduos também é geradora de assimetrias.

Afigura-se pertinente fazer agora uma breve referência ao instrumento que se utilizará nesta análise das relações entre grupos sociais e a *saúde e doença*. O Inquérito Social Europeu (*European Social Survey*) é um instrumento de medida que visa recolher informação relativa à opinião dos europeus, a sua evolução ao longo do tempo e concernente a diversos temas, a saber: confiança nas instituições, atitude face à comunicação social ou à imigração, a participação política e cívica, a religiosidade, as questões familiares, de segurança e do trabalho e ainda o sentimento de bem-estar e a saúde e doença. Este inquérito social europeu é aplicado de dois em dois anos, em diversos países europeus. Em 2004 foi aplicado em Portugal e em mais 25 países europeus. A unidade de análise foi o indivíduo e o universo era constituído por todas as pessoas com 15 e mais anos residentes em unidades de alojamento familiar, excluindo-se, assim, as pessoas institucionalizadas. O número de indivíduos a inquirir em Portugal era de 3094, no entanto, apenas se conseguiu realizar entrevistas a 2052, aos quais foi aplicado o questionário, através de entrevistas face a face, em suporte de papel. O trabalho de campo realizou-se entre 15-10-2004 e 17-03-2005, em Portugal Continental. A selecção dos indivíduos em cada unidade de alojamento seguiu o método “último aniversário”. Os elementos observáveis na análise serão os indivíduos (homens e mulheres) inquiridos no ESS-2004. Neste caso, tratar-se-á: 1) da população com 15 e mais anos; 2) da população que referiu ter uma profissão (ou já ter tido), para que seja possível proceder à classificação da classe social (conjugando as variáveis ‘profissão’ e ‘situação na profissão’).

Nesta versão de 2004 foi incluído no questionário um módulo de perguntas sobre saúde e doença, das quais, recordamos, três temas são aqui objecto de interesse: percepção de bem-estar perante a saúde; atitudes relativas a consumo de medicamentos e tratamentos; cuidados de saúde quanto i) ao comportamento perante a doença, ii) à frequência de consultas e iii) à opinião sobre a relação médico-paciente.

Na exposição a desenvolver no capítulo seguinte ir-se-ão abordar as perspectivas teóricas e prestar atenção às pesquisas desenvolvidas, a nível nacional e também internacional, em torno das problemáticas que interessam para este estudo. Assim, iniciar-se-á dando alguma atenção ao enquadramento nos processos sociais da sociedade da modernidade avançada. Aqui, discutir-se-ão também as questões da dominação masculina e dos direitos das mulheres. O género, marcador das diferenças sociais entre os homens e as mulheres, será amplamente discutido. Tentar-se-á dar uma visão dos contributos da psicologia social relativamente a esta problemática. O modelo dos papéis sexuais, o modelo da assimetria simbólica, o modelo estruturalista e o modelo de género como ordem social, são aqui abordados fazendo-se emergir a questão das desigualdades inerentes ao género. O corpo socializado, ou melhor, os corpos (masculino e feminino) também serão abordados em ligação com a questão das identidades masculina e feminina e a sua relação com os comportamentos perante a saúde e a doença.

Elemento transversal a vários domínios da sociedade, a classe social, será objecto de discussão. No entanto, antes de se passar à questão da operacionalização da estrutura de classes, conferir-se-á uma especial atenção à relação entre género e classe. Quanto à operacionalização do conceito de classe, tecem-se considerações em torno dos aspectos concernentes à profissão, situação na profissão, nível de escolaridade, rendimento – elementos importantes na distinção dos indivíduos na sociedade. Abordamos a problemática das desigualdades sociais perante a *saúde e doença*, não esquecendo de fazer referência a um marco importante nesta questão como o foi o *Black Report*, mas também se discute por que razão as políticas de promoção não têm tido efeito na redução efectiva das desigualdades sociais na saúde. Um aspecto que é ainda alvo de atenção é o da relação entre o envelhecimento biológico e o envelhecimento social, com base num princípio segundo o qual a idade deve ser encarada não apenas como atributo biológico, mas portadora de significados sociais.

Por último, a fim de dar conta do pano de fundo de todas estas dimensões, a questão do Estado, das políticas sociais, das políticas familiares e das políticas de saúde serão desenvolvidas tendo em conta, não apenas a dimensão abstracta de Estado, mas, sobretudo, a sua dimensão institucional. Avançam-se ainda algumas considerações relativas à questão tão premente nas sociedades ocidentais de hoje que é a do Estado-Providência *versus* Sociedade-Providência. No que concerne às políticas sociais, familiares e de saúde, apresenta-se uma descrição histórica da sua evolução, sabendo-se que essa

perspectiva ajuda a compreender as medidas tomadas ao longo do tempo em diferentes conjunturas políticas, económicas, sociais e culturais, com repercussões nas atitudes e práticas dos indivíduos. Termina-se discutindo por que razão se mantêm ainda algumas desigualdades sociais, apesar de essas mesmas políticas nas últimas décadas apontarem no sentido da igualdade.

Salienta-se que, apesar de a sequência da exposição ter estas linhas de demarcação, elas não são rígidas, pois ao longo do enquadramento teórico entrecruzam-se as várias questões aqui referidas enquadradas em diversas perspectivas. O objecto de preocupação central desta pesquisa será a análise da relação que os grupos sociais estabelecem com a saúde e a doença, recorrendo: 1) a dimensões conceptuais importantes, tais como, o género e as classes sociais; 2) a alguns dos dados do Inquérito Social Europeu.

Realça-se ainda que um dos pontos que se considerou pertinente foi a necessidade de *olhar* sociologicamente para um instrumento de recolha de informação tão importante como é o *European Social Survey* – neste caso, o seu Módulo “Saúde” – e pelo desafio que se encontrou na sugestão avançada num estudo sobre *saúde e doença* em Portugal, anteriormente realizado: “Graças a estudos sociológicos como este, podem surgir novas linhas de análise que, juntamente com outras fontes de informação, sirvam para melhorar o conhecimento dos factores sociais que determinam a saúde da população.” (Cabral *et alli*, 2002: 24).

2. Quadro teórico

2.1. A sociedade da modernidade avançada: algumas considerações

Os anos 70 do século XX, nas sociedades ocidentais europeias, caracterizaram-se por mudanças no plano dos indicadores demográficos, mudanças essas acompanhadas ao nível sociológico pela apresentação de novas teorias e novas propostas de pesquisa. Os resultados das pesquisas evidenciam conclusões diferentes das até aí apresentadas. Assiste-se à constatação de 1) uma subida nos divórcios, 2) uma descida da nupcialidade, 3) um aumento dos nascimentos fora do casamento, 4) um aumento das uniões de facto, 5) um aumento da taxa de actividade feminina, 6) uma descida do casamento católico, 7) uma descida da natalidade, 8) um aumento da esperança de vida.

Quase diríamos que, necessariamente, associadas a estas mudanças estiveram transformações na organização da vida familiar, isto é, também as estruturas familiares sofreram transformações. A subida nos divórcios, descida da nupcialidade, o aumento dos nascimentos fora do casamento e o aumento das uniões de facto mostram que o casamento passa de uma instituição de segurança para uma lógica mais sentimental. O aumento da taxa de actividade feminina vai ter uma importância grande no aumento dos divórcios, mas a par também se assiste a situações de recasamento (com novas configurações na estrutura familiar). Com a descida da natalidade assistimos à presença nas sociedades de mais casais sem filhos durante uma fase do seu ciclo de vida e com o aumento da esperança média de vida assistimos também ao aumento de pessoas a viverem sós. Face a estas mudanças, surgem pesquisas sociológicas que pretendem explicar tais transformações através da análise das suas causas. Dum vasto conjunto de investigadores, podemos destacar Andrée Michel, Christine Delphy, Martine Chaudron e Jean Kellerhals, entre muitos outros.

Andrée Michel desenvolveu as suas pesquisas em torno da questão da «satisfação conjugal» chegando a conclusões que contradizem de certa forma as posições de Parsons, relativamente ao equilíbrio entre os papéis instrumental (do homem) e expressivo (da mulher). Michel, nas suas propostas feministas, avança que a satisfação conjugal é maior quando as mulheres trabalham fora de casa porque fazem menos trabalho doméstico e têm maior poder de decisão, dado a sua participação no rendimento familiar; a satisfação conjugal é maior quando há partilha das tarefas instrumentais e expressivas; há um mal-estar na mulher exclusivamente doméstica. Nas suas análises inclui também a variável filhos na satisfação conjugal, referindo que a sua existência interfere na relação conjugal mais positiva ou mais negativa de acordo com a idade das crianças.

A este respeito, Anália Torres sustenta: “... o facto de tanto homens como mulheres desempenharem o papel instrumental na família é um factor positivo para a percepção que as mulheres têm de si próprias, da relação conjugal e da sua autoridade no contexto familiar” (Torres, 2001: 62). Por sua vez, Christine Delphy aponta as desvantagens que geram desigualdades entre os homens e as mulheres, isto é, aquilo que alguns autores designaram de «desigualdades de género», problemática que desenvolveremos mais adiante. Para C. Delphy, por um lado, à mulher doméstica não lhe é reconhecido socialmente o trabalho não pago que ela desenvolve em casa; por outro, a mulher que trabalha é duplamente sacrificada – acumulando o trabalho fora de casa e a produção doméstica (Cf. Torres, 2001: 66-67).

De salientar que esta situação, muitas vezes, tem repercussões ao nível, por exemplo, da saúde mental das próprias mulheres. Luísa Portugal adverte que este esforço exigido à mulher, “com compensações financeiras muitas vezes inferiores à dos seus colegas masculinos, sem valorização do trabalho doméstico não remunerado, a exigência de que se deve moldar a estereótipos de beleza, sensualidade e erotismo, projectados do exterior, são causa de situações de stresse, angústia e sofrimento, com manifestações externas variadas, como depressão, alterações comportamentais e outras” (Portugal, 1999: 119). Martine Chaudron também aborda as questões da relação trabalho-família e mostra como a divisão social e sexual do trabalho interfere no contexto familiar. Na sua perspectiva, no seio da família efectua-se «trocas de trabalho» que acabam por ser desiguais, dado que à mulher também lhe é inculcido um papel predominante na dimensão reprodutiva familiar. A esfera do trabalho e a esfera familiar são assim utilizadas para mostrar o que se passa no seio das estruturas familiares, evidenciando, porém, a influência de um contexto económico capitalista. M. Chaudron, “... não só sublinha a ideia de que as determinações sociais não param à porta da família, como afirma a especificidade do que nela ocorre”, sublinha Anália Torres (2001: 100).

Por último, neste contexto, referiremos a proposta de Jean Kellerhals, o qual sustenta que, apesar de haver diferentes tipos de família, tem-se evidenciado um modelo «modernista» onde há uma centralidade nos indivíduos, sendo estes que escolhem os modos de organização da vida familiar e conjugal: “não decorrem simplesmente e de forma mecânica das determinações sociais de nível macro as lógicas que governam as práticas sociais referentes à família e ao casamento ... (evidencia-se também uma)

autonomia relativa, normas culturais específicas, que assumem contornos particulares ao regular a vida familiar” (Torres, 2001: 77).

José Pacheco, em relação à questão das estruturas familiares, mas introduzindo nas suas considerações a dimensão sexual, refere: “A evolução das estruturas familiares, na sociedade moderna, revela-se bastante complexa. ... parece-nos exagerado que se considere que ocorreram progressos no sentido da sua destruição quando, paralelamente, se encontram registos que indiciam o seu fortalecimento”. O autor considera que esta situação tem alguma relação com o facto de se assistir, ainda que lentamente, à valorização da ‘vida privada’ pelos homens. Aqui, “o sexo surge como uma vertente valorizada e incorporada [na] família relacional, na medida em que é através dele que as unidades familiares se instituem” (Pacheco, 1998: 21).

Salientamos que o facto de aqui se ter exposto estas diferentes perspectivas tem a ver com o facto de evidenciar que as «interacções na família» e as «estruturas familiares» não se podem de alguma forma dissociar. Uma têm a ver com as outras. Verificamos, então, que associado às mudanças nas interacções familiares está também o surgimento de novas estruturas familiares. Saraceno e Naldini dizem que surgem novos tipos de família: “as chamadas famílias unipessoais, precisamente, em consequência de um mais acentuado envelhecimento da população ..., mas também da maior presença de pessoas que vivem sozinhas em idades jovens ou médias (neste segundo caso igualmente em consequência da ruptura do casamento); as famílias monoparentais, especialmente aquelas com um progenitor (geralmente a mãe) não viúvo e filhos menores, após ruptura do casamento ou, mais raramente, da procriação fora do casamento; as famílias reconstituídas; os casais não casados” (Saraceno e Naldini, 2003: 71). Neste sentido, diremos também que o avanço da modernidade, mesmo em Portugal, não será alheio a estas mudanças (Guerreiro, 2003: 1-4). Tal como afirma Anthony Giddens: “Podem existir diferenças de pormenor entre uma sociedade e outra, mas em quase todo o mundo industrializado se verificam as mesmas tendências. Só uma minoria vive agora de acordo com aquilo a que poderíamos chamar a família-padrão dos anos 50, isto é, pai e mãe a viverem juntos com os filhos do matrimónio, em que a mulher é dona de casa a tempo inteiro e o marido ganha o sustento da família” (Giddens, 2000: 62).

Quanto à realidade portuguesa, por sua vez, Maria das Dores Guerreiro focaliza a sua observação nas situações daquilo que se tem vindo a designar por «famílias unipessoais» (Saraceno e Naldini, 2003: 71) e na comparação que faz entre 1991 e 2001

constata: o número de unidades domésticas de pessoas sós aumentou sendo maioritariamente constituído por pessoas idosas; o aumento da população jovem nos mono-residentes; destacam-se as mulheres viúvas com baixos níveis de escolaridade e já fora do mercado de trabalho; por último, nas idades jovens evidencia-se o sexo feminino com escolaridade elevada e com inserção na vida profissional. Também esta autora descreve a distribuição regional das pessoas sós (Cf. Guerreiro, 2003: 33-48). Segundo a mesma autora, estas tendências configuram já a inserção “num quadro global de modernidade avançada, onde sobretudo a partir de meados do século XX se foram introduzindo mudanças nos valores e nas práticas, reconfigurando relações sociais e familiares, transformando os aspectos íntimos da vida pessoal, valorizando as identidades individuais” (Guerreiro, 2003: 48).

O envelhecimento da estrutura etária (resultante do declínio da natalidade e da fecundidade e do aumento da esperança média de vida), as alterações na morfologia dos agregados familiares, a autonomização, o viver em cidades urbanisticamente compartimentadas, o afastamento físico e até social da família de origem – nalguns casos até as duas famílias de origem, se pensarmos nas famílias em que ocorreu divórcio –, o sacrifício do tempo dedicado à família de procriação em favor do tempo profissional, são factores das condições objectivas de vida que, não eliminando, dificultam as relações e solidariedades intergeracionais (Cf. Almeida *et alli*, 1994: 111; Costa, 2002: 30-31).

Desenvolvendo um pouco mais esta linha de pensamento, diremos que, à luz das propostas sobre a **sociedade da modernidade avançada**, a evolução das estruturas domésticas em Portugal evidencia uma cada vez maior tendência para os processos de privatização da vida familiar – no sentido de a família cada vez mais se organizar economicamente (e afectivamente, sublinhamos) junto de um conjunto de pessoas reduzido – bem como de individualização – processo de autonomia pessoal, no sentido que lhe dá Ulrich Beck, como libertação das formas sociais da sociedade industrial. Note-se o que Beck sustenta: “With the extension of the dynamic of individualization into the family, forms of living together begin to change *radically*. ... Among the family relationships which are becoming interchangeable, the autonomy of the male and female *individual biography* separates inside and outside the family” (Beck, 1992: 114-115).

Não podemos deixar de salientar aqui mais uma vez a importância teórica das posições de Durkheim a este respeito, sociólogo que já na sua época (fins do século XIX) vislumbrava a valorização do indivíduo e a redução da importância do património

económico. Para Durkheim, o indivíduo passou a assumir uma capacidade de afirmação e de autonomia económica e social que o libertava do grupo familiar enquanto unidade de produção económica.

As transformações associadas à evolução da família tornam-na hoje em dia um lugar de «produção de identidade». François de Singly, enquadrando a sua posição na proposta de Giddens, afirma: “Dada a concepção da individualidade moderna, ... é a família (como forma mais habitual de criação e manutenção de laços privados, afectivos) que assume em grande medida [a] função específica da revelação das identidades latentes. ... [A família] opera, através das relações [familiares] um ambiente tal que o eu se pode realizar na sua tripla busca: a descoberta dos seus recursos, a unidade e a estabilidade” (Singly, 2000: 23). A esta separação entre o individual e o colectivo estiveram associadas transformações que, de acordo com Faith Robertson Elliot, assentaram em grandes mudanças estruturais nos padrões das famílias contemporâneas, designadamente: a separação entre sexo e casamento, a reconstrução do casamento (com recomposições familiares), a separação entre parentalidade e casamento, o desafio das mulheres à divisão sexual do trabalho (Cf. Elliot, 1996: 12-34).

Nesta linha de análise, enquadram-se também novas formas do pensamento antropológico que enfatizam a importância dos indivíduos, seja em que tipo de sociedade for: “Abordar as relações familiares da perspectiva da antropologia interpretativa implica pensar os indivíduos como pessoas e não exclusivamente como parentes ... como agentes sociais que actuam tanto na esfera social como na esfera familiar de acordo com a sua interioridade (social e culturalmente moldada) e com os seus interesses pessoais e não apenas como seres integrados em redes de parentesco e que só actuam de acordo com a lógica destas” (Lima, 1993: 93).

Põe-se aqui, então, a questão da modernidade e da individualização nas sociedades ocidentais dos nossos dias, que pretendemos agora desenvolver um pouco. Num quadro social de modernidade avançada, ou tardia (designações propostas por Anthony Giddens), as novas formas familiares “mais do que fazerem perigar a existência da família, evidenciam a sua dinâmica e capacidade de reinvenção de modelos e significados, mas onde a democraticidade das relações conjugais e parentais são norma, do mesmo modo que a realização e o bem-estar de cada um dos indivíduos que constituem um determinado agregado doméstico tem primazia sobre os interesses do colectivo familiar” (Guerreiro, 2002: 2). A democraticidade das relações conjugais e parentais de que nos fala Maria das

Dores Guerreiro é uma das características das sociedades ocidentais actuais que se tem vindo a evidenciar crescentemente. François de Singly, relativamente à paternidade, dá-nos um exemplo muito paradigmático desta evolução. Segundo este autor, passou-se da fase do «pai-elevador» para o «pai-cavalo». Por um lado, na primeira fase da família moderna do Ocidente – século XVIII até meados do século XX – destacou-se o pai que “levanta o filho nos braços acima da cabeça” (reconhecimento da autoridade paterna a par da criança-rei e com a mãe ao lado como mulher no lar) e assistiu-se à valorização da diferenciação sexual e da divisão do trabalho entre homens e mulheres. Por outro lado, na segunda fase – a partir dos anos 50-60 do século XX – sobressai o «pai-cavalo» (coloca-se ao nível da criança e aceita uma posição de proximidade afectiva com o filho), o qual caracteriza um período onde a “afeição e a diferenciação sexual deixam de coincidir ou, em todo o caso, bastante menos” (Cf. Singly, 2000: 210-212).

Por seu lado, Anthony Giddens adverte para o facto de a ocorrência destas transformações não ter a ver propriamente com «permissividade», mas antes como a “ênfase posta na intimidade a substituir o autoritarismo paterno” (Giddens, 1996: 69). Segundo este autor, a questão da intimidade enquanto afirmação do *self* – enquadrada num contexto de modernidade – deve ser vista numa perspectiva de articulação entre as instituições sociais e a acção dos indivíduos, enquanto agentes sociais, isto é, a compreensão da modernidade só se concretizará mediante a ligação dos agentes sociais e das suas acções e interacções com a dimensão estrutural.

Anthony Giddens considera que o discurso da modernidade é o “discurso da interpretação reflexiva de nós próprios emergente do cisma radical que separou as nossas vidas da vida das gerações anteriores. Esta descontinuidade é intensiva e extensiva. É intensiva porque a natureza da nossa vida do dia-a-dia é profundamente diferente da vida do dia-a-dia da maioria das pessoas na história humana anterior. É extensiva devido ao facto de sermos os primeiros seres humanos que vivem numa sociedade global, na qual existe um conjunto de interconexões articulando as íntimas texturas da vida do dia-a-dia com transformações operando a uma escala verdadeiramente mundial” (Giddens, 1988: 238). Esta forma de entender a sociedade da modernidade avançada, pressupõe então um processo «reflexivo», tanto da sociedade sobre si própria (reflexividade estrutural) como do indivíduo sobre si próprio (autoreflexividade). Neste pensamento radica a ideia de auto-confrontação com as práticas sociais, devendo haver um reconhecimento da “especificidade da *agency* humana, isto é, no reconhecimento de que os seres humanos são

dotados de inteligibilidade sobre os contextos da acção e competentes, ainda que de forma limitada e desigual, para alterarem esses contextos”, como muito bem nos diz Rui Pena Pires, a respeito da posição teórica de Giddens (Pires, 1988: 232).

Neste contexto, refira-se que na família, enquanto espaço de relações interindividuais específicas, a «biografia individual» assume uma importância crescente, isto é, poderíamos dizer que, quando a «agência» – enquanto capacidade de decisão para a escolha – emerge, os indivíduos libertam-se e fazem escolhas que influenciam, por exemplo, as dinâmicas familiares. Estas por vezes provocam alterações na morfologia das estruturas domésticas. Segundo Giddens, tem-se vindo a assistir, sobretudo nas sociedades ocidentais, àquilo a que ele chama de «relação pura», ou seja, o tipo de relação conjugal (e até parental) tradicional (caracterizada pela desigualdade) tem dado lugar a um tipo de relação entre iguais (onde cada indivíduo tem os mesmos direitos e obrigações). Na sua aceção, esta «relação pura» - assente no ‘emocional’, na intimidade e na confiança mútua – permite a cada indivíduo afirmar a sua identidade e por consequência a permanência das relações (Cf. Giddens, 2000: 64-65; 1996: 39). No entanto, isto não quer dizer que esteja aqui subentendido que todos estes processos ocorrem sem tensões e sem rupturas. O que se pretende dizer é que a procura desta «relação pura» por parte de cada indivíduo confere à instituição ‘família’ um carácter de permanência na sociedade – ainda que com uma diversidade de estruturas consequentes de dinâmicas internas. Tomando como exemplo o caso do divórcio, poderemos dizer que as tensões e a ruptura conjugal numa determinada família pode encaminhar no sentido de se constituírem, a partir de um agregado, dois agregados domésticos: o primeiro com um dos membros do casal e o segundo com outro dos membros do casal e os filhos. Recorrendo a uma ‘imagem’ utilizada por este autor, diríamos que a família – enquanto «instituição incrustada» (Giddens, 2000: 29) na sociedade – tem mantido a ‘carapaça exterior’ (ela continua sendo ‘família’), mas tem sofrido profundas modificações no seu interior.

Pretende-se com isto dizer, também, que a modernidade tem duas faces: uma de oportunidades que se abrem ao indivíduo, mas outra de riscos e de incertezas – ambas impulsionadoras da reconstrução das identidades pessoais. Na sua obra *Modernidade e Identidade Pessoal*, A. Giddens refere: “Num universo social pós-tradicional, abre-se a qualquer momento aos indivíduos e aos colectivos um leque indefinido de potenciais cursos de acção (com os seus riscos concomitantes)” (Giddens, 1994: 26). Há autores que sublinham, entretanto, que estes aspectos da individualização não se restringem apenas a

processos de autonomia pessoal, mas também consideram que num quadro de globalização, a individualização é uma «fatalidade» da qual não há fuga. Por sua vez, ela é geradora de desigualdade, dado que a repartição dos aspectos positivos e negativos ocorre de forma desigual nos diferentes grupos e espaços sociais (Hespanha, 2002: 24-28).

A este respeito, considera-se também de interesse o seguinte exemplo relativo à questão muito actual da solidão: “Conquistou-se um espaço longe do forte controlo ecológico dos vizinhos e da parentela, o indivíduo encontra-se livre daqueles constrangimentos, com possibilidade de contactos a qualquer hora e para virtualmente qualquer lugar à face do globo e, todavia, continuam a existir solidão e isolamento” (Teixeira, 2001: 33). Na vida social da modernidade avançada, por um lado, há como que uma imposição do global, mas, por outro, os indivíduos deparam-se com novas possibilidades de afirmação da sua identidade pessoal. A riqueza da posição teórica de Giddens, a nosso ver, situa-se na complementaridade entre o plano global e o plano individual – reconhecendo-se os condicionalismos globais, mas reconhecendo-se também aos indivíduos capacidade de autonomia e de iniciativa para contrariar os aspectos negativos desse impacte: “... as circunstâncias sociais não são separáveis da vida pessoal, e tão pouco são apenas um ambiente exterior a elas. Na luta com os problemas individuais, os indivíduos contribuem activamente para a reconstrução do universo de actividade social que os rodeia” (Giddens, 1994: 11). Pode apontar-se, como exemplo, o ressurgir de movimentos defensores das tradições (Giddens, 2000). Na opinião de Anália Torres, Giddens “admite que os indivíduos têm maior capacidade de intervenção na construção da sua própria identidade através da auto-reflexividade e do conjunto de informações disponibilizadas, nomeadamente, a partir das ciências sociais. Verificando-se a erosão dos quadros normativos rígidos que definem um padrão de comportamento ajustado a papéis fixos ou imutáveis, os actores sociais, nomeadamente no quadro da conjugalidade ou da família, dotam-se de maior margem de manobra no cumprimento dessas normas que passam cada vez mais a ser também redefiníveis, ajustáveis e negociáveis” (Torres, 2001: 95).

Para outros autores, como Ulrich Beck, as sociedades de «modernização reflexiva» como sociedades de risco e de incertezas que são, proporcionam, por um lado, uma multiplicidade de opções aos indivíduos, mas, por outro, provocam perdas de confiança e de segurança nos indivíduos. Por um lado, permitem um impulso para a auto-realização, mas, por outro, geram também instabilidade (Cf. Giddens, 1994: 25). Por exemplo, no caso

do «acasalamento» - na expressão de José Pacheco – as uniões de facto manifestam uma tendência para ser modelo predominante, associado a contextos em que as relações afectivas e sexuais se caracterizam pela transitoriedade. Mas, esta situação, pelas incertezas que provoca, pode, por sua vez, evoluir para um retorno a «fórmulas matrimoniais clássicas» (Cf. Pacheco, 1998: 280).

Vejam agora como Ulrich Beck define o «risco»: “*Risk may be defined as systematic way of dealing with hazards and insecurities induced and introduced by modernization itself.* Risks, as opposed to older dangers, are consequences which relate to the threatening force of modernization and to its globalization of doubt” (Beck, 1992: 21). Vivemos, pois, numa sociedade de risco associada a incertezas. Segundo Giddens, a primeira característica da civilização industrial da era moderna foi o risco na forma da tentativa de se desligar do passado. O capitalismo moderno destaca-se das formas tradicionais agrícolas e rurais de organização económica, e até mesmo social, assumindo o risco de mudar numa perspectiva de futuro ainda que incerto.

No seguimento deste quadro histórico, as sociedades actuais confrontam-se com os aspectos positivos e negativos do risco – por um lado, a dinâmica estimuladora inicial e, por outro, as eventuais perdas). Mas também com dois tipos de risco – o exterior (“que nos chega de fora, das imposições da tradição ou da natureza” (Giddens, 2000: 35) e o provocado por nós. Muito claramente, este autor dá-nos um exemplo preciso relativamente à relação família/risco: “Falemos, a título de exemplo, do casamento e da família, instituições que estão a sofrer transformações profundas em todos os países industrializados e, em certa medida, noutras partes do mundo. Há duas ou três gerações, quando as pessoas se casavam sabiam o que estavam a fazer. O casamento era, em grande parte, regulado pela tradição e pelos costumes, tinha semelhanças com um estado da natureza, o que de resto continua a ser verdadeiro em muitos países. Contudo, onde as formas tradicionais de fazer as coisas se estão a diluir, há a sensação de que as pessoas não sabem o que estão a fazer; e isto porque o casamento e a família são instituições profundamente alteradas. Por isso, os indivíduos estão a partir do zero, como os pioneiros. Nestas condições, quer eles tenham ou não consciência disso, começam a pensar mais e mais em termos de risco. Têm de se confrontar com futuros cada vez mais abertos do que no passado, com todas as oportunidades e incertezas que eles comportam” (Giddens, 2000: 37).

É verdade que, historicamente, parece ter havido nas sociedades ocidentais, uma passagem da «família múltipla de parentes» para a «família conjugal moderna», movimento histórico-social designado por «processo de contracção progressiva» (Cf. Vasconcelos, 2002: 507). Outro aspecto a reter é o do reconhecimento de que o núcleo familiar, tendencialmente, tem vindo a confinar-se ao espaço doméstico. Contudo, não é necessariamente obrigatório pensá-lo como desprovido de laços familiares mais alargados, utilizados ou não, conforme as circunstâncias. Nas sociedades modernas ocidentais, apesar das distâncias geográficas entre os elementos da família, as relações de parentesco asseguram ainda de forma assinalável as interações familiares. Vemos assim que as diferentes respostas remetem para diferentes necessidades impostas pelas condições da organização da vida familiar. Segundo Maria Engrácia Leandro, “a abertura das mentalidades e os avanços científicos medicinais, farmacológicos e técnicos concederam aos casais em geral e à mulher em particular as condições para controlarem a fecundidade e poderem decidir, desta maneira, do número de filhos e da ocasião do seu nascimento” (Leandro, 2001: 73).

Estas alterações associadas às transformações sociais e culturais em geral – das quais consideramos de interesse 1) o declínio da necessidade de os filhos integrarem as economias empresariais familiares, 2) a crescente integração das mulheres no mercado de trabalho associada à lenta participação dos homens nas tarefas domésticas, 3) a cada vez maior tendência para que cada um dos membros do casal se realize pessoalmente e 4) o maior interesse e investimento em poucos filhos enquanto elementos fulcrais da «afectividade familiar» – traduziram-se numa marcada descida da taxa de fecundidade, com evidentes repercussões nas estruturas familiares. Relativamente à segunda alteração referida, afigura-se pertinente sublinhar o seguinte: na realidade portuguesa, é um facto que as taxas de actividade feminina aumentaram imenso, em todos os níveis etários compreendidos entre os 25 e os 54 anos de idade (Cf. Almeida e Wall, 2001: 304); no entanto, quando se passa para o plano do ‘privado’ a situação é diferente, ou seja, subsiste um contraste entre o «ideal» e a «prática». Quer dizer, se a adesão a um «modelo simétrico de família» (segundo o qual homens e mulheres devem trabalhar fora de casa e partilhar ambos as tarefas domésticas e os cuidados com os filhos) é significativa, a sua prática tem outra dimensão. Anália Torres destaca ainda que se verifica significativamente uma incorporação do «modelo assimétrico atenuado» (caracterizado por a mulher dever ter um trabalho menos absorvente do que os homens para se ocuparem mais da casa e dos filhos) e

do «modelo de assimetria tradicional», definido por competir aos homens as actividades no exterior – o *papel instrumental* – e às mulheres a responsabilidade do papel doméstico e os cuidados com os filhos – *dimensão expressiva* (Cf. Torres, 1999: 86-87).

Note-se que este contraste entre «ideal» e «prática» tem a sua evidência científica nos resultados do *Inquérito à Ocupação do Tempo – 1999*, no qual se constata claramente que os homens estão bastante ausentes das tarefas domésticas, sendo estas um «domínio largamente feminizado» (Cf. Perista, 2002: 453). Sobre esta questão consideramos de interesse a opinião de Michael Kimmel. Contra a ideologia do século XIX, que impôs uma separação das esferas da vida dos indivíduos ‘aprisionando’ as mulheres em casa e ‘exilando’ os homens dela, este autor sugere que as mulheres e os homens não precisam sacrificar as suas próprias identidades e auto-imagem, pois “gender equality in the family does not require a large ‘dose of androgyny’, nor do I prescribe, ..., that ‘men become more like women’. Just as it is possible for women to enter the workplace without becoming ‘masculinized’, it is also possible for men to return home from their long exile without becoming ‘feminized’. If present trends continue, it seems inevitable that men will be doing an increasing amount of what used to be called ‘women’s work’ inside the home, just as women are doing an increasingly amount of what used to be called ‘men’s work’ outside it” (Kimmel, 2000: 148). No entanto, em Portugal, a realidade é ainda bem diferente. O enraizamento de determinadas crenças nas diferenças entre os sexos, também incorporadas ainda por determinados grupos de mulheres, levanta obstáculos à eliminação das desigualdades conjugais na família: “... uma mudança das relações entre homens e mulheres passará por uma tomada de consciência, por parte das mulheres, da necessidade de partilhar com os homens, quer as responsabilidades na sociedade, quer as responsabilidades na família” (Poeschl e Silva, 2001: 111). Nesta ordem de ideias, parece poder afirmar-se que os homens têm começado a ocupar-se mais da casa e a ir mais vezes com os filhos ao médico e as mulheres a resolver mais vezes problemas do foro administrativo e fiscal.

Não podemos também deixar de aqui referir as mudanças que historicamente foram ocorrendo no que respeita aos direitos das mulheres e que contribuíram para a sua afirmação num contexto de «dominação masculina», no qual é legitimada uma relação desigual inscrita numa natureza biológica que é ela *própria uma construção social naturalizada* (Bourdieu, 1999: 20). Anália Torres, ainda que no âmbito de pesquisas sobre as rupturas conjugais, o divórcio e as mudanças familiares, especifica que “aumentaram as

margens de autonomia e liberdade individual no plano da vida privada, a sexualidade e a relação com o corpo passaram a ser encaradas de forma diferente. Assistiu-se ainda à transformação, provavelmente das mais radicais deste século [XX], do estatuto social das mulheres” (Torres, 1999: 72).

As mudanças na família não eliminaram, assim, todas as desigualdades entre os sexos. Como referem Oliveira *et alli*, a mulher foi claramente excluída até da *Declaração Universal dos Direitos do Homem* (1948). Apenas em 1979, sublinhe-se, as Nações Unidas viriam a promover a *Declaração para a Eliminação de todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres*, reafirmando-se em 1993 na *Conferência de Viena sobre os Direitos Humanos* os direitos das mulheres (Cf. Oliveira *et alli*, 2003: 1131-1134). Repare-se que ia longe a ideia de a mulher ser livre e igual ao homem em direitos, ideia essa já defendida em 1791 por Olimpia de Gouges ao criar a alternativa *Déclaration des Droits de la Femme et de la Citoyenne* (Cf. Idem). Joan Scott, a este propósito, viria mesmo a salientar a existência de um «paradoxo da modernidade», pois com a Revolução Francesa tinha-se atingido a liberdade, mas que não era aplicada às mulheres (Scott, 1998).

2.2. O Estado e as políticas de saúde

Mas, vejamos agora como algumas questões se articulam com o contexto das políticas de saúde delineadas pelo Estado. Em Portugal, nas últimas quatro décadas tem-se assistido ao envelhecimento progressivo da estrutura etária – mais indivíduos nas idades mais avançadas e menos indivíduos com idades mais jovens. O declínio da natalidade e da fecundidade – o número médio de filhos por mulher em idade de procriar apresenta níveis muito baixos (índice sintético de fecundidade – 1,5) – associado a um aumento da esperança média de vida (72,6 para os homens e 79,7 para as mulheres, em 2000, segundo dados do Instituto Nacional de Estatística) com consequências no índice de dependência dos idosos ¹ – 12,7 em 1960 e 22,6 em 1999 – (Cf. Costa, 2002: 29-31) induz o **Estado** – não em sentido abstracto, mas na sua dimensão institucional, enquanto organização política responsável pela preservação e garantia da sobrevivência da sociedade – a regular estes processos demográficos.

De salientar que, segundo Juan Mozzicafreddo, o ‘Estado’ não se pode dissociar do ‘sistema político’: “... quando se fala de Estado, em termos de interpretação corrente na sociedade, ... [entende-se] como um conjunto de aparelhos, instituições e regras que

¹ Este índice é definido pela relação entre a população com 65 e mais anos e a população em idade activa (15-64 anos) por cada 100 indivíduos.

determina uma certa unidade [e o sistema político] é perspectivado como um conjunto de poderes, valores e comportamentos inscritos nas instituições políticas e nas relações sociais”. Mas, para este autor, “existe uma estreita relação, política, cultural e institucional entre estas duas dimensões da política, relação que se torna cada vez mais estrutural à medida que se consolida a sistema democrático de governo das sociedades” (Mozzicafreddo, 1998: 246). Sob este ponto de vista, o Estado – como instituição de planeamento e de manutenção da ordem do sistema e face ao «problema social» do envelhecimento demográfico – sustentado em argumentos de bem-estar para todos, característico de um Estado-Providência, promove, muitas vezes incentivos no sentido de apoiar as famílias. Contudo, estes incentivos de um Estado-Providência mitigado, com alguma frequência, não são suficientes para estimular a iniciativa dos indivíduos – enquanto cidadãos que se pretende mobilizar para a concretização de determinadas medidas políticas.

Vejamos, então: face ao envelhecimento demográfico, no “plano socioeconómico e político, a questão mais pertinente do futuro”², no Ocidente, parece vir a radicar-se na necessidade que os governos já hoje começam a experimentar, de garantir a injeção de sangue novo” desenvolvendo “políticas pró-natalistas, levando a que o comportamento reprodutivo volte a estar na ordem do dia” (Pacheco, 1998: 280). No entanto, estas questões da fecundidade para terem impacto necessitam da adesão, da envolvência dos indivíduos e para isso há que desenvolver condições de vida que permitam essa adesão. Por isso, muitas vezes, estas medidas políticas fracassam. Ou seja, as políticas, no que concerne aos objectivos, distinguem-se pela autonomia e privacidade, pluralidade de modalidades, igualdade entre homens e mulheres, protecção da maternidade e paternidade, conciliação família – trabalho, assumpção da redistribuição vertical, mas mantendo a universalidade, implementação de um modelo misto nos serviços de apoio às famílias repartido pelo Estado, 3º sector e mercado. Relativamente aos instrumentos, a legislação produzida assenta numa política de subsídios com maior atenção aos prestadores de cuidados, à conciliação vida familiar / trabalho, à participação dos homens na vida privada, assiste-se também à expansão dos serviços de apoio para cuidar de crianças e idosos.

No entanto, apesar deste conjunto de medidas, muitas vezes as políticas sociais, porque dirigidas apenas à dimensão subsidiária sem contrapartidas sociais, não contribuíram para a erradicação, e mesmo redução, das situações de exclusão social (Cf.

² Assinale-se que esta obra foi editada em 1998.

Rodrigues *et alli*, 1999: 39-67). Esta disparidade entre medidas e realidade social leva alguns autores que analisam a questão do Estado a avançar que a resolução para a persistência destes fenómenos passa por uma redefinição do papel do Estado incidindo-se mais na implicação dos parceiros sociais enquanto interlocutores da sociedade civil (Cf. Mozzicafreddo, 1994: 11-40). Na Europa, os modelos de políticas familiares seguidos caracterizam-se pela diversidade, questão que acaba por pôr algumas reservas a um modelo social europeu de produção de bem-estar social. Assim, na sequência das propostas de Gosta Esping-Andersen – regime social-democrata (nórdico), regime conservador-católico (Europa Central), regime liberal (Reino Unido) – outros autores desenvolveram tipologias de classificação dos sistemas de *Welfare State*, dado que aquele continha algumas lacunas não englobando outros países da Europa, nomeadamente do Sul (discussão detalhada em Silva, 2002: 25-59).

Temos, assim, os seguintes modelos: França, pró-natalista; Alemanha, pró-tradicional; Escandinávia, igualitário; Reino Unido, familiar, mas não interventivo; Europa do Sul, fraco ou rudimentar. Portugal pode ser considerado como seguidor de políticas que combinam medidas pró-natalistas, igualitárias, mas também próximas dos países da sua área geográfica do sul da Europa (Cf. Segalen, 1999: 315-317; Saraceno e Naldini, 2003: 335-343; Commaille e Singly, 1997: 318-322). Refira-se que a opção por um ou outro tipo de políticas num ou noutro dado momento histórico, necessariamente terá repercussões ao nível das estruturas familiares – mais extensas ou mais nucleares, com mais filhos ou não, mais pessoas idosa a viverem sozinhas ou junto dos filhos (Saraceno e Naldini, 2003: 367-368). Saliente-se ainda que, para Commaille e Singly, estes modelos não são mais do que «ideais-tipo», havendo que ter em conta a complexidade das diversas configurações nacionais e as especificidades locais. Para além disto, existe uma preocupação geral em desenvolver um novo modelo europeu assente a) num «novo contrato social» ao nível da inclusão social através do emprego – “El pacto o contrato social implica un pacto sobre el empleo, como garantía básica de los derechos sociales en un marco democrático (condición política y económica de su viabilidad) teniendo en cuenta el condicionante de la globalización económica” (Cabrero, 1997: 21) –, b) na partilha de responsabilidades de género através da mudança de atitudes – “Todos los países europeos a lo largo de los años 70 y 80 muestran una tendencia hacia la potenciación de roles igualitarios para hombres y mujeres, alejándose así del modelo de roles tradicionales” (Dex, 1997: 284) – e c) na necessidade de um novo contrato geracional, com equidade intra e intergeracional – “Na

sua relação com o Estado, a família impôs-se não só com a sua estrutura de relações de género, ... mas também com a força das relações intergeracionais específicas (entre pais e filhos e entre filhos e pais) e de parentesco (inter e intrageracionais) ” (Saraceno e Naldini, 2003: 344).

Relativamente a este último aspecto, Giovanni B. Sgritta designa-o como a «questão das gerações». Para este autor, as condições demográficas actuais, configuradas num quadro de mais indivíduos em idades mais avançadas e menos indivíduos em idades mais jovens (pormenor já aqui mencionado), contêm as premissas de um possível conflito de gerações no futuro. No entanto, esta questão tem duas faces: por um lado, esta mudança demográfica será causa provável de conflito; por outro, pode revelar-se como impulsionadora da tomada de medidas que equilibrem a repartição assimétrica, por estes dois grupos de idade, dos recursos disponíveis e fazendo intervir também outros actores – instituições de solidariedade pública e privadas – e redefinem os modelos de repartição dos bens colectivos (Cf. Sgritta, 1997: 201-203). Nesta ordem de ideias, há como que uma passagem do Estado-Providência para o que alguns autores chamam de Sociedade-Providência, enquanto substituta das obrigações estatais. Boaventura de Sousa Santos formula-a da seguinte forma: “Entendo por sociedade-providência as redes de relações de interconhecimento, de reconhecimento mútuo e de entreajuda baseadas em laços de parentesco e de vizinhança, através das quais pequenos grupos sociais trocam bens e serviços numa base não mercantil e com uma lógica de reciprocidade semelhante à da relação de dom estudada por Marcel Mauss” (Santos, 1995: i).

Face à crise do Estado-Providência – e no caso de Portugal ele nunca atingiu um pleno desenvolvimento – emergem, então, as «solidariedades primárias», interiores e exteriores aos agregados domésticos. Refira-se, no entanto que, de acordo com Pedro Vasconcelos, as redes de entreajuda, na realidade portuguesa, centram-se sobretudo em redes de parentesco restritas e feminizadas (Cf. Vasconcelos, 2002). Esta emergência de uma articulação entre Estado-Providência e Sociedade-Providência – que, em contextos difíceis de economia, evidencia situações de desequilíbrio entre as obrigações sociais do Estado e as estratégias de recurso substitutivo daquelas – tem levado alguns autores a enquadrá-la na existência de contradições “entre as práticas discursivas e as práticas governativas dos sucessivos governos desde a Revolução de 1974. As políticas de família revelam-se uma área de forte retórica mas de escassa acção política, sendo que um traço

interessante desta tendência é a convergência entre governos de esquerda e de direita” (Portugal, 2000: 96).

Apontam-se ainda dois exemplos sintomáticos. Um da discrepância entre o domínio jurídico e a prática, o outro da importância dos recursos informais – ambos já aqui referidos, mas que se considera pertinente referir novamente neste contexto. O primeiro, relativo ao «paradoxo» da situação das mulheres em Portugal, as quais se confrontam com uma igualdade de oportunidades, mas uma desigualdade de resultados, no que toca à questão da segregação do emprego em função do sexo (Ferreira, 1999). O segundo, concernente a uma pesquisa efectuada junto de uma comunidade peri-urbana de Coimbra sobre a articulação entre cuidados de saúde primários e hospitalares e a sua relação com as famílias, no qual uma das conclusões é a utilização por parte dos utentes dos sistema de saúde português de recursos informais, facto que por si só acaba por ter um efeito desbloqueador dos obstáculos organizativos do próprio sistema de saúde (Carapinheiro e Hespanha, 1997). Desta vez é Teresa Joaquim que nos diz: “Esta sociedade-providência, sendo em grande parte sustentada pelas mulheres, possibilita assim uma permanência das funções que lhe foram historicamente atribuídas” (Joaquim, 1999: 17).

O que se tem afirmado nos últimos parágrafos evidencia a existência de uma alternativa às limitações e insuficiências do Estado-Providência – a sociedade-providência. Mas, vejamos agora como se desenvolveu aquele em Portugal, nomeadamente ao nível das **políticas de saúde**. Recorre-se à sua evolução histórica a fim de as contextualizar. Antes, porém, parece adequado recorrer à definição do que são os Cuidados de Saúde Primários. Os Cuidados de Saúde Primários são “os cuidados de saúde essenciais e universalmente acessíveis a todos os indivíduos e a todas as famílias da comunidade, tendo por vocação tratar dos principais problemas de saúde dessa comunidade e englobando acções de promoção da saúde, de prevenção, de cuidados curativos, de reabilitação ou de fim de vida. Exigem e fomentam a auto-responsabilização, a autonomia e a participação activa da comunidade e do indivíduo no planeamento, organização, funcionamento e controlo dos cuidados de saúde, tirando o maior partido possível dos recursos locais, nacionais e internacionais e desenvolvendo a capacidade participativa das comunidades” (Biscaia *et alli*, 2006: 21). Uma última observação. A conceptualização do sistema de saúde português enquadra-se precisamente em princípios sistémicos, numa acepção que diríamos enquadrável na teoria de Talcott Parsons, pois todas as partes estão interligadas e deverão contribuir para a «homeostasia», o equilíbrio do sistema. De certa forma, neste conceito de

Cuidados de Saúde Primários, está delineada uma lógica, segundo a qual pode dizer-se que a saúde é entendida como “a capacidade de desempenhar papéis sociais e, logicamente, a doença é um desvio (não voluntário) dessa competência social de integração no sistema, cooperando para a sua funcionalidade” (Silva, 2004: 22; Cf. também Carapinheiro, 1986: 16).

É, então, em torno deste elemento-chave de um sistema de saúde que se faz uma retrospectiva do que ocorreu no sistema de saúde português nos últimos 60 anos – retrospectiva esta que se segue de perto com a obra já citada (Biscaia *et alli*, 2006: 41-52). Os autores identificam seis períodos neste percurso histórico dos Cuidados de Saúde Primários: 1945-1967; 1968-1973; 1974-1984; 1985-1994; 1995-2001; 2002-2005.

No período de 1945-1967, o Estado reconhece algumas responsabilidades na saúde. Nesta época correspondente a uma fase consistente do Estado Novo, as políticas de saúde são, de alguma maneira, semelhantes às políticas sociais anteriormente descritas neste trabalho. Assim, há um pendor assistencialista e complementar da assistência à doença por parte das famílias e instituições privadas ou religiosas. Não havia uma universalidade da prestação de cuidados, o que excluía certos sectores da sociedade, como por exemplo os agricultores. Contudo, seriam criadas as «Caixas de Previdência» - instituições sectoriais e de carácter corporativo. A intervenção do Estado viria a crescer, porém, de forma cautelosa – repare-se que o esforço da Guerra Colonial consumia cerca de metade da despesa pública, enquanto o sector da saúde se ficava por 1% do Produto Interno Bruto.

O período 1968-1973 caracterizou-se pela emergência dos cuidados de saúde primários. Ao longo da «Primavera Marcelista» surgiram novos actores no domínio da saúde. Assistiu-se ao alargamento da Previdência aos agricultores e criou-se uma instituição para os funcionários públicos, a ADSE³, legislou-se no sentido de organizar a estrutura hospitalar estatal e particular. Já no início da década de 70, assistiu-se a um esforço de organização de todos os serviços de saúde e foram lançados os pilares de um serviço nacional de saúde – reconhecendo-se o carácter universal da prestação de cuidados a cargo do Estado – e criaram-se os «Centros de Saúde de 1ª Geração».

De 1974 a 1984 os Cuidados de Saúde Primários consolidaram-se. A revolução de Abril de 1974, à qual estavam subjacentes princípios de liberdade e de garantia de direitos

³ Saliente-se um pormenor com bastante interesse simbólico. O regime político actual é diferente do de então, no entanto, esta instituição, cuja designação é *Direcção-Geral de Protecção Social aos Funcionários e Agentes da Administração Pública* (totalmente desconhecida e não utilizada na linguagem corrente), continua a utilizar entre parêntesis o acrónimo ADSE, termo por que é amplamente conhecida e que significa *Assistência na Doença aos Servidores do Estado* (sublinhado nosso).

sociais, viria a contribuir para a transformação do sector da saúde em Portugal. Ao criar-se o «serviço médico à periferia» permitiu-se que a prestação de cuidados de saúde, inserida numa política de proximidade, atingisse zonas do país que até aí não eram abrangidas pela assistência médica. A Constituição de 1976 consagra no artigo 64º o princípio da protecção da saúde de todos e através de um Serviço Nacional de Saúde, que, apesar de ser aprovado em 1979, nunca chegaria a ser aplicado na sua totalidade e na forma em que foi planeado. Regulamentam-se carreiras profissionais da saúde para o pessoal médico e de enfermagem. Reestruturam-se diversos serviços centrais e consolida-se o Serviço Nacional de Saúde. É neste período que se promove a Clínica Geral, enquanto especialidade adequada à assistência médica familiar nos que viriam a ser conhecidos como os «Centros de Saúde de 2ª Geração». A despesa com este sector atinge os 3,2% do Produto Interno Bruto ⁴.

Entre 1985 e 1994, período de estabilidade política, privilegiou-se a «gestão dos serviços». Tanto a nível internacional como nacional verificava-se uma tendência para a necessidade de uma contenção de custos. A procura crescente dos serviços de saúde por parte da população, até a nível hospitalar, obriga à produção de legislação que permita ao Estado gerir e controlar melhor a actividade sanitária, através de instrumentos de cariz financeiro. Um pormenor importante: a «saúde gratuita» da Constituição de 1976 passa a «tendencialmente gratuita» através de uma revisão constitucional (1989). O Serviço Nacional de Saúde sofre uma reestruturação, da qual, em 1990, nasce a Lei de Bases da Saúde. A partir daqui a saúde passa a ter uma responsabilidade partilhada entre o Estado, os indivíduos e as instituições sociais e ainda as privadas. Salienta-se que este tipo de medidas se enquadrava em decisões políticas que privilegiavam os processos de privatização. Juan Mozzicafreddo sublinha na altura: “Na verdade, a redefinição do papel do Estado vai, na evolução recente, no sentido de operar uma relativa desregulamentação e privatização dos sectores públicos” Mozzicafreddo, 1992: 84).

Por sua vez, o período 1995-2001 caracteriza-se pela atenção dada à «gestão do sistema». Há uma inversão política com a passagem do poder de governos de orientação neo-liberal para um de cariz socialista. Foi delineada uma estratégia de médio prazo (1998-2002), na qual eram estabelecidas metas, com base nos indicadores existentes sobre o estado de saúde da população portuguesa, foi elaborada uma Carta dos Equipamentos de Saúde, desenvolveram-se projectos no sentido de reorganizar a gestão e a actividade

⁴ Salienta-se que os períodos que vão desde a «Primavera Marcelista» até meados da década de 80 são também analisados por Graça Carapinheiro e Margarida Gameiro Pinto, numa perspectiva diacrónica e em articulação com as dimensões política e económica (Cf. Carapinheiro, 1987).

clínica nos Centros de Saúde e introduziram-se novas técnicas de gestão hospitalar mais flexíveis. Em finais de 90, elabora-se legislação que constitui a base para a criação dos «Centros de Saúde de 3ª geração» integrados numa filosofia de «sistema local de saúde», segundo a qual se confere a estas instituições autonomia. Numa linha de descentralização também, são criados os Centros Regionais de Saúde Pública com intervenção ao nível do planeamento de estratégias regionais e da avaliação, vigilância e monitorização da saúde a nível regional. Refira-se, por último que as despesas em saúde atingiam os 4,6% do Produto Interno Bruto (1997).

De 2002 a 2005, período de nova alteração política, a coligação conservadora legislou num sentido inverso ao anteriormente traçado. A gestão hospitalar enquadra-se numa filosofia empresarial, é lançado o *Plano Nacional de Saúde 2004-2010* – instrumento de alguma forma consensual e que viria a ser continuado por um governo socialista, novamente no poder – e os cuidados de saúde primários são alvo de atenção com a finalidade de retirar competências aos centros de saúde, no entanto, contrariamente ao Plano Nacional de Saúde, a orientação para os Centros de Saúde irá assentar numa filosofia radicalmente diferente, reforçando-se a importância que estes organismos têm na proximidade com as populações.

Feita esta breve passagem pelos contextos político e económico, objectivos, actores e instrumentos das políticas de saúde em Portugal, põe-se agora uma questão: E actualmente? Temos um *Plano Nacional de Saúde 2004-2010* que enquadra as estratégias da saúde a curto e médio prazo, no qual são reconhecidas as necessidades de reorientar o sistema de saúde no sentido de uma integração entre a rede hospitalar, os cuidados prestados pelos centros de saúde e os indivíduos e famílias, aos quais se exige participação. Temos um Orçamento Geral do Estado consentâneo com uma conjuntura económica difícil, o que afecta necessariamente a esfera privada dessas mesmas famílias. Temos uma Constituição que apela à gestão descentralizada do Serviço Nacional de Saúde de forma a estar mais perto dos indivíduos e das famílias. Por todas estas considerações anteriores constata-se que a responsabilidade da prestação de cuidados de saúde foi, ao longo do tempo histórico-social apresentado, de contornos bem diversos. A relação Família-Estado, umas vezes assumiu situações de desresponsabilização deste, outras de regulação, outras de forte intervenção e ainda outras de compromisso. Parece que actualmente estamos numa situação deste último tipo.

António Correia de Campos, em 1991, enquanto académico, dizia, em relação às medidas necessárias para reformar o sistema de saúde, as quais integravam a complementaridade entre o sector público e o sector privado: “O desenvolvimento separado de cada modelo, sem que um parasite o outro, constituirá a fórmula social adequada à transição económica que Portugal vive e que, ainda não lhe permitindo dispor de um desenvolvido *Welfare State*, já não lhe consente um sistema em que as injustiças e desigualdades rompem quotidianamente uma frágil construção teórica da universalidade” (Campos, 1991: 26). António Correia de Campos, em 2005, enquanto Ministro da Saúde, no prefácio da obra de Biscaia *et alli* referida, dizia: “A leitura do livro retempera os que só olham a saúde pela despesa pública, pela ruptura orçamental ou pelos conflitos corporativos. Há mais vida na saúde. Regressar aos cuidados essenciais, investir na promoção da saúde e na prevenção da doença, olhar ao enriquecimento dos recursos humanos, ensaiar a avaliação e abrir a senda à investigação, são o «back to essentials» de que andamos necessitados. O livro é oportuno nas ideias e no tempo, nas vésperas de importantes reformas (estratégicas?) nos cuidados de saúde primários e nos cuidados a dependentes e idosos” (Campos, 2005: 18).

Como se verifica, tanto num momento histórico como noutro são explicitadas as desigualdades sociais existentes na sociedade portuguesa no domínio da *saúde e doença*. Também no *Plano Nacional de Saúde 2004-2010* se reconhece ser necessário “desenvolver estratégias de atenção particular aos socialmente excluídos” e “desenvolver estratégias que promovam a redução das desigualdades em saúde”. Refere-se ainda que “para actuar eficazmente sobre este problema serão desenvolvidas diversas medidas” entre as quais está o estudo da situação “caracterizando os casos de desigualdade em saúde” (Ministério da Saúde/Direcção-Geral da Saúde, 2004: 100). Coloca-se então uma pergunta: havendo em Portugal políticas sociais, familiares e de saúde orientadas estrategicamente no sentido da igualdade, em que medida continuará a haver assimetrias na *saúde e doença*, entre os homens e as mulheres e entre as classes sociais, tanto nos homens como nas mulheres, nas diversas regiões de Portugal Continental?

2.3. Género

Actualmente, a noção constitucional de família determina a igualdade de género, contudo, nem sempre assim foi. A Constituição de 1933 afirmava o primado da família sobre o indivíduo, desenvolvia a noção corporativa de família e evidenciava o papel dominado da

mulher. Por sua vez, a Constituição de 1976 (corporizando os ideais democráticos subjacentes à Revolução ocorrida em 25 de Abril de 1974) já consagrava princípios muito diferentes associados à liberdade e a novas formas de encarar a vida familiar – o artigo 1º sobre a dignidade da pessoa humana (sublinhado nosso), o artigo 26º - reserva da vida privada e familiar e os artigos 36º - família, casamento e filiação, 67º - família e 68º - paternidade e maternidade). No entanto, avançar-se-ia um pouco mais na revisão de 1997 promovendo-se o fim da discriminação e explicitando-se uma posição pro-activa para a igualdade. O artigo 109º consagra o princípio da participação de mulheres e homens e o artigo 59º a conciliação da vida profissional e familiar. No âmbito da legislação internacional, destacamos, por exemplo, ao nível do direito comunitário, o Tratado de Roma (1957), a legislação sobre a igualdade de remuneração (1975), a igualdade de tratamento entre homens e mulheres (1976), a igualdade no acesso ao emprego, saúde, habitação e segurança social (1979). O Tratado de Amesterdão (1997) propunha a igualdade entre homens e mulheres e a eliminação das desigualdades.

Constata-se, então, que o Direito tem acompanhado os movimentos sociais de reivindicação de direitos iguais entre homens e mulheres, com a finalidade de se passar do campo jurídico para o campo mais alargado do dia-a-dia dos indivíduos. É Manuela Silva que nos diz: “Foi no século XX que ganharam expressão os movimentos pela emancipação das mulheres no plano da igualdade de direitos e de oportunidades. E foi já no último quartel deste século que se desenvolveram os conceitos de género e de igualdade de género e, mais recentemente, ganhou alcance político o reconhecimento da importância da paridade na construção de uma real cidadania e de uma democracia sustentável” (Silva, 1999: 11).

É, então, sobretudo a partir dos anos 70 do século XX que tomam notoriedade e se desenvolvem frequentemente estudos sobre «género». Esta *categoria* surge como elemento distintivo de «sexo». O género é produzido socialmente, atravessando toda a actividade humana, ou seja, o princípio da transversalidade é inerente ao género, como se depreende do que nos dizem os muitos investigadores que têm dedicado as suas reflexões em torno desta questão. Antes mesmo de começarmos a ver o que nos dizem alguns autores sobre o que é o «género», afigura-se pertinente fazer uma breve observação que uma afirmação de Peter Worsley suscitou. Diz o autor: “Mesmo um facto tão evidente como as diferenças de sexo não traz consigo, «naturalmente», um conjunto diferenciado de comportamentos masculinos e femininos” (Worsley, 1977: 27). A este propósito, regista-se

então: aquando do nascimento de uma criança, quando se sabe o sexo de um bebé, inicia-se desde logo um processo de construção de género, ou seja, os serviços de saúde de algumas maternidades ainda hoje mantêm a prática de colocar pulseiras de identificação dos bebés – de cor rosa se for menina e de cor azul se for menino. O acto administrativo, mas também simbólico, de colocação da pulseira marca desde logo posteriores distinções sociais entre o masculino e o feminino. Vejamos o que nos dizem alguns autores quanto à definição de género – conceito que, apesar de já ter algumas décadas, ainda hoje é objecto de acesas discussões.

Judith Lorber, parte desde logo do pressuposto de que género é um *constructo* social e considera “*gender* as a set of oppositional relationships that sustain and are sustained by institutionalized patterns of behaviour” (Lorber e Farrell, 1991: 355). Kimmel, articulando diferença e desigualdade afirma expressivamente: “Gender is nor simply a system of classification by which biological males and biological females are sorted, separated, and socialized into equivalent sex roles. Gender also expresses the universal inequality between women and men. When we speak about gender we also speak about hierarchy, power, and inequality, not simply difference” (Kimmel, 2000: 1). Saraceno e Naldini, sinalizando a origem científica do termo «género» nos estudos de investigadoras feministas norte-americanas, também salientam a dimensão construtivista do conceito: “a partir da existência de dois sexos, cada sociedade constrói regras e percursos mais ou menos obrigatórios, que regulam os destinos individuais dos pertencentes aos dois sexos e às relações entre si. Ao mesmo tempo elabora modelos de interpretação da realidade que atribuem valores e significados diversos, e geralmente desiguais, das experiências e actividades atribuídas aos dois sexos” (Saraceno e Naldini, 2003: 92).

Para Anne Cova, o género – que nos recorda ter sido introduzido nos Estados Unidos da América nos anos 70 – constitui uma “categoria social, cultural, política e histórica ... [que] implica que a diferenciação homens/mulheres seja social e cultural e não simplesmente biológica” (Cova, 1998: 157-158). Para Robert Connell: “*Gender is the structure of social relations that centres on the reproductive arena, and the set of practices (governed by this structure) that bring reproductive distinctions between bodies into social processes.* To put it informally, gender concerns the way human society deals with human bodies, and the many consequences of that ‘dealing’ in our personal lives and our collective fate” (Connell, 1987: 10). Para Anália Torres *et alli*, a distinção entre sexo –

variável observável – e género – conceito – é fundamental, considerando que este último “remete para a diferenciação das categorias sociais do masculino e do feminino, diferenciação social essa que, partindo das diferenças biológicas existentes entre homens e mulheres, se constitui como ideologia ou construção cultural que define, para contextos sociais específicos, os comportamentos e atitudes adequadas ao feminino e ao masculino”. (Torres, Brites, Mendes e Lapa, 2004: 1).

No domínio antropológico também se desenvolveu o interesse por este tema: “The last two decades in anthropological research have seen an overwhelming interest in gender and the meaning of gender for the understanding of cultural systems. ... The anthropological study of gender started as a study of women. ... Central to our discussion is the challenge of androcentrism (and of ethnocentrism) and its implications for anthropological analysis. ... The development of a feminist anthropology has been a process of many phases. The main transitions can perhaps briefly be stated as follows: the ‘discovery’ of male bias; making women visible; and the emergence of gender relations on a basic conceptual premise” (Howell e Melhuss, 1993: 38-51). As investigações académicas centradas no estudo das mulheres tiveram o mérito de mostrar que o género é também ele condicionador da posição social dos indivíduos, tal como a classe, a profissão, a escolaridade, a idade, a etnia, a religião. O género, enquanto instrumento analítico que apela ao social e cultural introduz no campo das Ciências Sociais a noção de uma distinção entre o ‘biológico’ e o ‘social’.

Quanto à relação entre ‘sexo’ e ‘género’, Teresa Joaquim coloca-os mesmo em pólos opostos referindo que “para além da noção de variabilidade de género, historicamente constituída, o sexo, que era visto como o pólo fixo, em oposição à variabilidade do género, pode inscrever-se nesse trabalho realizado pelas ciências humanas ‘de produzir uma oposição subordinada entre a ‘mulher’ e ‘os homens’” (Le Dœuf, 1989: 63) ” (Joaquim, 2001: 81). Neste sentido, também Almeida *et alli* observam: “Para desfazer equívocos, diversos autores, de início sobretudo autoras, começaram a utilizar a distinção entre género e sexo. Por diferenças de sexo entendem-se, nesta lógica, as que se referem às diferenças físicas e biológicas. Neste sentido, o sexo distingue homens e mulheres, distinção geneticamente determinada e universal. Por diferenças de género entendem-se as que se referem às dimensões psicológicas, sociais e culturais, que distinguem, de forma variável, o masculino do feminino” (Almeida et alli, 1994: 154; cf. também Leandro, 2001: 225).

Um aspecto que importa realçar é o de que a visibilidade do «género» está associada ao feminismo. Enquanto movimento social, o feminismo remonta ao século XIX (Estados Unidos da América) e baseava-se na defesa dos direitos das mulheres, no âmbito da discriminação que sofriam a nível familiar, laboral e político. As reivindicações baseavam-se no direito ao voto, à educação, à igualdade de remuneração. Apesar de ganhar nova força a partir da década de 60 do século XX e também uma década depois na Europa, já nos anos 40, a investigadora Jessie Bernard chamava a atenção para o facto de a organização da sociedade não permitir a igualdade entre homens e mulheres. Posteriormente (anos 80), viria a desenvolver, na sua obra *The Future of Marriage*, a ideia de que o casamento era uma instituição veiculadora de desigualdade nas relações sociais entre os sexos. Segundo a sua posição, a ideologia dominante masculina subjugava a mulher.

Também Robert Connell nos recorda que o «feminismo radical» ou «feminismo revolucionário» (conhecido também por «feminismo cultural») dos anos 60 operaria uma desvinculação de outros movimentos sociais reivindicativos de direitos, iniciando um percurso autónomo no contexto intelectual: “By the mid-1970s, however, a gender-specific view had come to prominence in the United States and Britain. This view sharply separated gender struggles from others, or saw the oppression of women as the root of all social inequality“ (Connell, 1987: 126). De salientar que Conceição Nogueira é mais exaustiva e precisa quando aborda este tema. Enquanto Connell faz referência aos movimentos feministas dando a ideia de haver quase como que uma justaposição entre eles, a autora portuguesa identifica quatro tipos – socialista, liberal, radical e cultural – que se distinguem entre si, fundamentalmente, pela diferente importância dada às “diferenças sexuais, à sua natureza e às suas origens“ bem como às “diversas definições de feminilidade“ e “diferentes definições das relações entre os sexos“ e, por último, porque são movimentos de intervenção, diferentes soluções (Nogueira, 2001: 146-151).

É, pois, na evolução dos diversos contextos históricos e cívicos, mas também nos contextos científicos – nomeadamente na Antropologia, Psicologia e Sociologia – em que os movimentos feministas vão marcando posição que vai tomando forma a concretização de objectivos com a finalidade de se desenvolver a igualdade de oportunidades para homens e mulheres, abandonando-se o referente masculino como o único para os dois sexos.

Mas, no desenvolvimento do conhecimento científico social, nem sempre foi assim. Parece-nos adequado lembrar aqui que Talcott Parsons (sociólogo) e Robert Bales (psicólogo) nos anos 50 (século XX) desenvolveram estudos – enquadrados numa abordagem estrutural-funcionalista – sobre os papéis sexuais (*sex-role*) do homem e da mulher na família. Segundo João Oliveira e Lígia Amâncio, que recorrem a Vivian Burr, o ‘papel’ é entendido como “o conjunto de comportamentos, deveres e expectativas, ligados a uma posição na hierarquia social” (Oliveira e Amâncio, 2002: 45). Os investigadores americanos referidos fundamentavam-se em pressupostos que viriam a ser considerados como possuindo características excessivamente androcêntricas e etnocêntricas, aspecto este já atrás referido. A sua linha de pensamento radicava nas diferenças de comportamentos de homens e mulheres e entendia-se os papéis sexuais como fazendo parte intrínseca da socialização dos indivíduos (Cf. Amâncio, 1998: 10-11). Por sua vez, as suas pesquisas centraram-se sobretudo na família branca de classe média e na separação entre o ‘campo instrumental’, destinado aos homens, e o ‘campo expressivo’, da competência das mulheres.

Está aqui subjacente uma ideia de complementaridade dos dois papéis assente na evidência da distinção biológica entre mulher e homem, essencial ao bom funcionamento do subsistema familiar e ao equilíbrio do sistema social. No entanto, destacamos que, na mesma época, outras pesquisas davam conta de algumas divergências com as propostas parsonianas: “There are accounts of family life in the mid-twentieth century which point to divergences from this conjugal family norm and doubts about its efficacy. For example, Kinsey’s studies of sexual behaviour in the USA in the 1940s and early 1950s provide clear evidence of departures from conventional sexual morality ... various community studies ... point to occupational, class and ethnic variations in family patterns and suggest that the home-centred husband and father was by no means a universal feature of family life. ... there were anxieties about the general direction of change in family life: anxieties that extended family ties were being weakened, that welfare responsibilities formerly entrusted to ‘the family’ were being usurped by the state, and that parental, and in particular paternal, authority was being eroded” (Elliot, 1996: 8).

De salientar, porém, que esta orientação científica para a diferenciação dos papéis entre os sexos enquanto imbuída de complementaridade, foi dando lugar a propostas que acentuavam sobretudo a existência de uma diferenciação à qual estava associada desigualdade.

A análise das questões de género (masculino e feminino) teve também no conhecimento antropológico um contributo pela especificidade das propostas que se sustentam na comparação das diferentes culturas. Almeida *et alli*, relativamente ao caso português, referem que também a Psicologia Social teve um papel importante ao pôr em evidência as assimetrias nos atributos designados por ambos os sexos em relação aos estereótipos masculinos e femininos. Enquanto aos primeiros se associam atributos que caracterizam a «pessoa» (coragem, força, independência, objectividade, racionalidade), já aos segundos são associadas características particularizadas – afectuosidade, beleza (Cf. Almeida, 1994: 158). Parafraseando Martine Segalen, diremos que a divisão sexual dos papéis ‘está de pedra e cal’. Apesar de alguma evolução, continua a haver uma divisão dos domínios do poder entre mulheres e homens (Cf. Segalen, 1999: 268-269).

As propostas aqui mencionadas remetem para o desenvolvimento teórico-conceptual que tem vindo a sobressair, nomeadamente a partir dos anos 70-80 do século XX na psicologia social suíça (com destaque para Willem Doise) sobre as representações ligadas ao sexo (biológico) e a sua relação com a construção das identidades feminina e masculina. António Marques e Lígia Amâncio frisam que “o que é biologicamente diferente em cada sexo não explica nem determina linear e necessariamente as diferenças de personalidade, de funções cognitivas ou de comportamentos sociais dos homens e das mulheres” (Marques e Amâncio, 2004: 202). Em Portugal, Lígia Amâncio tem desenvolvido literatura e pesquisas em torno da perspectiva da «assimetria simbólica» (Cf. Amâncio, 2006). Neste contexto conceptual, os processos de «construção social das diferenças entre os sexos» fazem sobressair a assimetria das representações do masculino e do feminino, havendo, porém, uma dominância simbólica do masculino.

Reiterando um pouco o que já se disse anteriormente, os atributos masculinos são uma referência simbólica tanto para os homens como para as mulheres, enquanto os atributos femininos são um referente apenas para as mulheres. Evidencia-se, assim, uma desigualdade estrutural nas relações entre os sexos. Enquanto os homens estão associados de forma independente no contexto, as mulheres são seres sexualmente marcados no contexto familiar-emocional. Lígia Amâncio, com base em duas pesquisas que efectuou sobre estereótipos masculino e feminino, concluiu: “Mesmo reconhecendo o papel do sexo enquanto factor estruturante destas concepções, a sua organização socio-cognitiva só integra a natureza no feminino reservando, assim, para as mulheres, uma permanente marca de diferença, enquanto que a dominância simbólica do masculino se traduz ainda na

extensão dos seus significados para além do grupo concreto dos homens” (Amâncio, 1993: 138).

No domínio das representações sociais, enquanto ideias, conhecimentos e construção de valores partilhados pela sociedade, às mulheres é-lhes reservada a valorização da dimensão afectiva (esfera privada familiar), enquanto aos homens é-lhes facultada uma «multiplicidade de papéis». Lígia Amâncio, através da conceptualização da «assimetria simbólica» evidencia que nas representações de género existe uma hierarquização social entre mulheres e homens, hierarquização essa de subalternidade das mulheres. Em *Masculino e Feminino: a construção social da diferença*, na análise que faz do «pensamento social sobre a diferenciação entre o masculino e o feminino», a autora sintetiza com pertinência: “A dominância do masculino não é uma propriedade dos homens, mas é uma propriedade da concepção do seu modo de ser na medida em que se confunde com a concepção dominante de pessoa, ao nível de um modelo de comportamento. É por isso que quando situamos os indivíduos em contextos públicos, como os do trabalho, os homens afirmam a sua distintividade de forma relativamente consistente, mas as mulheres fazem-no sob certas conduções: a de que este comportamento não implique uma ruptura com o modo de ser feminino e a de que ele não subverta a natureza da relação entre os sexos” (Amâncio, 1994: 180). Esta ainda existente dependência simbólica das mulheres da «esfera privada» leva esta autora e João Oliveira – nas conclusões de um estudo em que aplicaram um inquérito por questionário junto de mulheres assalariadas, incidindo sobre as «representações de si, do trabalho e do salário» – a considerarem que, devido à incorporação de normas dominantes, o ‘trabalho’ não foi elemento libertador da condição dominada das mulheres, apresentando-se antes como uma «liberdade condicional» (Oliveira e Amâncio, 2002: 56-59). Ou seja, a realidade social evidencia que: há mais mulheres activas, mas são elas também que ainda detêm a maior parte do trabalho doméstico, muitas vezes em acumulação; as mulheres votam, mas são desproporcionalmente eleitas; as mulheres gerem organizações, mas não têm acesso igual a cargos de topo; as mulheres estão em maioria a estudar na universidade, mas ocupam lugares de remuneração inferior aos homens.

É Giddens que nos assegura: “A divisão sexual do trabalho continua substancialmente intacta e em casa e no trabalho, em muitos contextos das sociedades modernas, os homens estão largamente relutantes em largar as rédeas do poder” (Giddens, 1996: 91). Diremos que, face a esta realidade, a par da igualdade formal não existe,

totalmente, uma igualdade na prática. Daí que, Virgínia Ferreira, relativamente à questão dos efeitos da acção do estado na segregação do emprego em função do sexo, insista em que “valeria a pena medir a eficácia dos resultados das acções e não tanto das oportunidades criadas, já que, em vez da igualdade de oportunidades, deveríamos procurar atingir a igualdade de resultados” (Ferreira, 1999: 175). Esta autora desenvolve também esta tese quando analisa aquilo que chama de «paradoxos» da situação das mulheres em Portugal – elevados índices de inserção no mercado de trabalho *versus* menor partilha masculina nas tarefas domésticas; feminização dos sistemas de ensino, formação e emprego *versus* baixa participação na vida pública e política (Cf. Ferreira, 1998/1999; também Machado e Costa, 1998: 28-31).

Este tipo de situações ocorre noutros contextos e em diversos países europeus. Maria das Dores Guerreiro, ainda quanto à realidade portuguesa, no âmbito da conciliação entre a vida profissional e a vida familiar indica: “São as mulheres quem mais continua a encarregar-se dos afazeres domésticos e familiares mesmo quando integradas no mercado de trabalho, verificando-se uma forte tendência para dar primazia à carreira profissional do homem no casal. São as mães quem, por exemplo, mais do que os pais, faltam ao emprego quando os filhos têm problemas de saúde que requerem a prestação de cuidados por parte de uma pessoa adulta, o que se reflecte negativamente nos processos de progressão das carreiras profissionais femininas” (Guerreiro, 2002: 6). Relativamente a esta questão e recorrendo mais uma vez aos resultados do *Inquérito à Ocupação do Tempo – 1999*, veja-se, por exemplo, a discrepante predominância feminina na realização de prestação de cuidados do âmbito da *saúde e doença*, designadamente ‘levar os filhos ao médico’ (69% - mulheres; 31% - homens) e ‘cuidar de pessoas adultas dependentes’ (74,2% - mulheres; 25,8% - homens) (Cf. Perista, 2002: 461). Quanto a outras realidades, Chiara Saraceno ao comentar uma situação francesa, mas considerando-a também enquadrável em Itália, refere: “... na situação italiana, onde a presença das mulheres nos lugares de decisão económica e política se verifica a um nível mínimo estável no tempo, não obstante o facto de, desde há pelo menos 20 anos, os diferenciais de instrução terem sido colmatados e, entre as gerações mais novas, as mulheres terem mais sucesso do que os homens em todas as áreas de estudo” (Saraceno, 2004: 27).

Por último, referenciamos o caso espanhol. Mercedes Alcañiz, esclarece que em Espanha “la tendencia es progresiva en la incorporación de las mujeres al trabajo remunerado, pero la contribución de los hombres en la esfera privada sigue siendo mínima

pese a la que las nuevas geraciones van comenzando a concienciarse de la igualdad *dentro y fuera* ” para o que sugere a necessidade de alteração de mentalidades através de uma “ruptura con los pares esfera privada=mujer y esfera pública=hombre, desconstruyendo la adjudicación sexual atribuida a dichas esferas o ámbitos sociales” (Alcañiz, 2004: 67).

Então, podemos assim dizer que o género tornou-se parte da «ordem social» (Connell), na qual os homens são indivíduos (pessoas) e as mulheres uma categoria sexuada (Cf. Amâncio, 2006: 41). Para Connell, as organizações – sejam elas uma escola, uma fábrica, um serviço, uma associação – têm um padrão de práticas, harmonizadas, àcerca do género, aos quais chama de «regimes de género». Por sua vez, estes regimes existentes nas organizações, são parte integrante de padrões mais alargados – a «ordem de género» de toda a sociedade, isto é, a estrutura das relações sociais estável e duradoura (Cf. Connell, 1987, 53-55). A regularidade social aqui subjacente é a de que as ‘relações de poder’ entre mulheres e homens configuram uma relação de opressão do grupo dos homens sobre o grupo das mulheres. Connell articula esta posição com a noção de ‘poder patriarcal’ desenvolvido nos anos 70 pelo movimento *Women’s Liberation*. Por outro lado, recorre à perspectiva de Foucault sobre o que designou de ‘poder disperso’. Connell afirma que no pensamento de Foucault “power is widely dispersed, and operates intimately and diffusely. Especially it operates discursively. Through the ways we talk, write and conceptualize” (Connell, 1987, 59) ⁵. Connell considera as duas abordagens importantes para compreender as relações de género, tanto num contexto de poder organizado (poder institucional) como difuso (poder discursivo), ao longo da história - “*everything about gender is historical*” (Connell, 1987, 68). Segundo este autor, as relações sociais de género têm vindo a alterar-se ao longo do tempo (historicidade de género) e apresentam diferenças transculturais, no entanto, isso não quer dizer que a «ordem de género» não permaneça estável e duradoura, mesmo que se assista a ajustamentos nos «regimes de género» que a compõem.

Não se pode deixar de encontrar aqui alguma semelhança com o que Pierre Bourdieu apelidou de «permanência na e pela mudança» quando refere que a estrutura se perpetua. Este sociólogo baseado em exemplos concretos, adverte que “a igualdade formal entre os homens e as mulheres tende a dissimular que, mantendo-se todas as outras coisas

⁵ No campo da investigação portuguesa, Conceição Nogueira também enfatiza a importância da teoria de Foucault na visibilidade que dá à questão do poder exercido através da linguagem e construído em interação, gerando grupos dominantes, por um lado, mas dando aos dominados uma possibilidade de resistência, utilizando também o discurso como forma de contestação (Cf. Nogueira, 2001: 104).

iguais, as mulheres continuam a ocupar posições menos favorecidas” (Bourdieu, 1999: 79-80). Também as propostas de Lígia Amâncio sobre a «assimetria simbólica», enquanto desigualdade estrutural nas relações entre os sexos, apontam no sentido de haver ainda resistências à mudança. Observa a autora: “Se muitos dos estudos [...] apontam para processos de recomposição das representações que passam, por exemplo, pela emergência de novas imagens de mulher, ou novas formas de sexismo, o que se torna também evidente é que o princípio regulador da assimetria simbólica parece resistir incólume a estes processos de mudança” (Amâncio, 2002: 69). De referir que Conceição Nogueira menciona o surgimento de um movimento ideológico regressivo e conservador – o *backlash* – que tenta: pôr em causa o feminismo e veicular imagens anti-feministas – *backlash* alternativo defensivo; regressar aos papéis tradicionais – *backlash* regressivo; pressupor que a igualdade plena já foi atingida – o *backlash* reactivo. É o caso, por exemplo, de movimentos pró-vida, movimentos masculinistas e movimentos familistas que partilham a ideia de que os movimentos feministas contribuem para uma “disrupção nos papéis tradicionais da vida familiar” (Cf. Nogueira, 2001: 143-146).

Importa agora realçar que, ao falar de género, não se está apenas num plano de diferenças, mas também de desigualdades. Como refere Michael Kimmel, relativamente à construção social das «relações de género», é necessário compreender “what is really different between women and men, and what is not really different but only seems to be, as well as the ways in which gender difference is the product of, and not the cause of, gender inequality. We are gendered people living gendered lives in a gendered society ...”. E, com alguma ironia, salienta: ... “but we do actually live on the same planet. (In fact it may be that only on this planet would such differences make a difference.)” (Kimmel, 2000: 107). Por sua vez, em Manuel Villaverde Cabral *et alli* encontra-se uma referência à pertinência de abordar a relação entre género e saúde pelo facto de a esperança média de vida das mulheres ser superior à dos homens, apesar de aquelas terem índices de morbilidade ⁶ mais altos (Cabral *et alli*, 2002: 56). Porém, um aspecto mais relevante será o de ir um pouco mais além, não remetendo as análises apenas “sobre as diferenças socioeconómicas de saúde, por um lado, e os trabalhos sobre as diferenças de género, por outro”, pressupondo-se nesta afirmação a sugestão de “avaliar o impacto das desigualdades socioeconómicas

⁶ Morbilidade é definida como qualquer desvio, subjectivo ou objectivo, de um bem estar físico ou psicológico. Em termos mais simples pode englobar desde estados de indisposição (conceito comportamental) ou mal-estar (conceito respeitante a experiências subjectivas) até à doença (conceito biológico, médico). Esta muitas vezes também é designada por enfermidade. (Cf. Last, 1988: 132; 71).

sobre o género”, prestando atenção às desigualdades sociais entre os homens e às desigualdades sociais entre as mulheres.

Sustentamos aqui um pouco a ideia de que muitas vezes há mais diferenças nas mulheres entre si e nos homens entre si do que entre mulheres e homens. Concerteza, mulheres e homens são diferentes, mas, como nos refere Michael S. Kimmel, “women and men are more alike than they are different” (Kimmel, 2000: xi). Destaque-se a este respeito ainda a posição de alguns autores, ainda que exclusiva da situação das mulheres: “Mas, mesmo se, em relação às mulheres, se podem considerar factores biológicos comuns, ..., percebemos, na leitura dos dados, na atenção aos sintomas, às causas de mortalidade, aos estilos de vida, que o estado de saúde é atravessado por factores sociais, pela maternidade, pelo estado civil, pelo grau de instrução, pela classe social, que vão pois criar diferenças reais entre as mulheres: elas não são um grupo homogéneo com características comuns.” (Joaquim, 1999: 10). Nesta linha de pensamento, afirmar-se-á também que o grupo dos homens não apresenta características de homogeneidade.

Mas esta questão da desigualdade não se encontra apenas no campo das representações sociais, no campo das práticas e no campo dos valores, mas ela também toma importância ao nível do ‘biológico’, ou seja, salienta-se assim uma dimensão que encara o «corpo» como um fenómeno que é “simultaneously biological and social” (Shilling, 1993: 100) e que se transforma e desenvolve ao longo da vida dos indivíduos. O corpo é assim perspectivado como entidade afectada por factores sociais, no entanto, não reduzido a eles. O corpo também não pode deixar de ser entendido como entidade integrada numa sociedade de modernidade reflexiva avançada que se caracteriza por processos de individualização que conferem aos indivíduos capacidades de auto-confrontação e de escolhas. Diz-nos ainda Shilling: “... the position of the body within contemporary popular culture reflects an unprecedented *individualization* of the body. ... there is a tendency for people in high modernity to place ever more importance on the body as constitutive of the self” (Shilling, 1993: 1, 3).

Vejamos ainda o que nos diz Pierre Bourdieu: “A sociedade existe sob duas formas inseparáveis: de um lado as instituições que podem revestir a forma de coisas físicas, monumentos, livros, instrumentos, etc.; do outro, as disposições adquiridas, as maneiras duradouras de ser ou de fazer que encarnam nos corpos [...]. O corpo socializado (o que se chama indivíduo ou pessoa) não se opõe à sociedade: é uma das suas formas de existência” (Bourdieu, 1980: 29, citado em Silva, 1986: 41). É neste sentido também que as

perspectivas antropológicas entendem o corpo: “O corpo é um reflexo da sociedade da sociedade, não sendo possível conceber processos exclusivamente biológicos, instrumentais ou estéticos no comportamento humano. Ao corpo se aplicam sentimentos, discursos, e práticas que estão na base de nossa vida social” (Ferreira, 1998: 101).

É ponto assente que encontramos diferenças biológicas entre homens e mulheres, salvo algumas exceções, no entanto, essas ‘propriedades naturais’ do «corpo» também são elas próprias geradoras de desigualdade. É ainda Pierre Bourdieu que adianta: “O mundo social constrói o corpo como realidade sexuada e como depositário de princípios de visão e de divisão sexuanes” (Bourdieu, 1999: 9). Abordando o contexto da relação corpo/sociedade, especificamente a da «modernidade avançada» (Giddens), Chris Shilling argumenta: “The ways in which we perceive, categorize and value women’s and men’s bodies are undoubtedly important in legitimizing and reproducing social inequalities. However, gendered images and practices can also become embodied. ... this embodiment can itself serve to *justify and legitimize the original categories* in ways which oppress women as ‘the weaker sex’” (Shilling, 1993: 111-112). Este autor chama a atenção para a importância social que o corpo assume, enquanto produto de uma evolução influenciada por processos biológicos e sociais e como não sendo apenas afectado pelas relações sociais, mas também como sendo ele próprio gerador da construção das relações sociais. Na sua acepção, o «corpo» é um elemento central na construção da identidade pessoal, mas também na construção e manutenção de desigualdades sociais.

Robert Connell analisa também esta relação do corpo com o ‘social’. Refere: “The bodies are interconnected through social practices, the things people do in daily life. Bodies are both objects of social practice and agents in social practice. The same bodies, at the same time, are both” (Connell, 1987: 47).

2.4. Género e Saúde

Temos, então, dois «corpos» - homem e mulher. Mas, este facto nem sempre teve esta evidência. Até mesmo na Medicina houve um modelo de dominância masculina ou de «masculinidade hegemónica», como o designou R. W. Connell. Diz Luísa Ferreira da Silva: “Na saúde, a humanidade foi até há muito recentemente (vejam-se os tratados de medicina) encarada como um corpo típico – o masculino – igual nos dois sexos, à excepção das dissemelhanças visíveis no corpo da mulher. O conhecimento da diferente realidade hormonal, por exemplo, pouco ou nada influenciava o raciocínio médico que,

frequentemente, nega a existência, por exemplo, de mal-estar e/ou dores associados ao ciclo menstrual, numa atitude de real incapacidade etnocentrista (até há poucos anos, a prática da medicina era quase exclusiva dos homens) de perceber que o ciclo menstrual não é apenas fisiológico ao nível do aparelho reprodutivo mas que ele é vivenciado na globalidade do corpo feminino e na percepção que dele tem a mulher” (Silva, 1999: 31).

Contudo, registamos que ocorreram alterações e actualmente a Psicologia, a Sociologia e outras Ciências Sociais permitem que se perceba a saúde como âmbito não exclusivamente médico. Na própria Medicina, e também em áreas a ela relacionadas, tem-se analisado a *saúde e doença* de forma multidisciplinar, nomeadamente no caso da Saúde Pública. Também neste âmbito da saúde – tema objecto deste trabalho – assistimos à distinção de papéis sexuais, mediante os processos de socialização. A construção social do feminino e do masculino remetia – e ainda hoje remete, ainda que de forma mais atenuada – para as distinções entre rapazes e raparigas: “Na cultura ocidental, as mulheres foram definidas pela função materna, tendo essa definição durante séculos impedido – e ainda hoje dificultando – o acesso a outras esferas de acção, obrigando-as a ficarem do lado do sensível, do cuidado do corpo, do trabalho das mãos sobre um corpo que nasce para o tornar humano” (Joaquim, 1999: 8).

Nesta ordem de ideias, esta socialização de género, bidireccionada, tem vindo a ser considerada como factor condicionante das diferenças na *saúde e doença* entre mulheres e homens. Assim, assumem grande relevância, entre muitas outras, questões como 1) a esperança média de vida dos homens é assinalavelmente inferior à das mulheres, 2) a mortalidade masculina é superior à das mulheres (destaque para a causa ‘acidentes’ para a população até 45 anos), 3) as mortalidades por cancro do pulmão e por cancro com causas hepáticas crónicas e cirrose do fígado são consideravelmente maiores nos homens, 4) as mulheres consomem menos tabaco e álcool, 5) as mulheres têm uma maior morbidade do que os homens e 6) a auto-apreciação do estado de saúde apresenta percentagens mais altas entre as mulheres na consideração do estado de saúde como mau ou muito mau (Cf. Silva, 1999; também Valente, Dias e Garcia, 1999: 74-94 e Santana e Vaz, 1999: 149-150). Especificamente em relação à origem de diferentes patologias causadoras de morte prematura, a Organização Mundial de Saúde, num relatório datado de 2000, concluiu que o tabagismo, o álcool e os riscos profissionais eram os factores de risco com mais evidência nos homens (Cf. Prazeres, 2004: 128).

Esta evidência científica sugere a alguns autores que os comportamentos de risco mais frequentes nos homens (hábitos tabágicos e de consumo de álcool, condução automóvel perigosa, por exemplo) e o maior sofrimento de doença das mulheres (maior morbidade declarada, maior número médio de dias de internamento, mais consultas médicas, mais consumo de medicamentos, por exemplo) têm uma forte relação com os processos de socialização, isto é, especificamente as aprendizagens sociais adquiridas na infância (Cf. Silva, 2004: 60-61). As identidades feminina e masculina vão-se construindo ao longo do processo de crescimento. Uma socialização associada a estereótipos de masculinidade é mais geradora de atitudes e comportamentos de risco e a estilos de vida menos saudáveis. Ana Rita Laranjeira assinala: “Num estudo desenvolvido por Bertakis (2000), o autor alertou para o facto das percepções de saúde e as crenças acerca da saúde e da doença poderem constituir uma ameaça ao bem-estar dos homens. Entre estas crenças destaca-se a associação da doença à incapacidade e inactividade, características que se opõem às definições do modelo de virilidade ” (Laranjeira, 2004: 60).

Alguns autores têm uma perspectiva diferente do conceito de masculinidade, dissociando-o da sua dimensão de ‘dominância’. Manuel Villaverde Cabral *et alli* sustentam que: “a masculinidade não significa apenas privilégio, como a perspectiva feminista aponta: é também sinónimo de maior vulnerabilidade a situações de risco, às quais os homens não prestam atenção ou não sabem responder; por outro lado, as mulheres expõem-se menos a condutas de risco e procuram com mais frequência os cuidados médicos” (Cabral *et alli*, 2002: 56-57). Não tendo a intenção de desenvolver aqui uma discussão em torno desta divergência de posições – perspectiva feminista *versus* perspectiva não feminista – parece no entanto pertinente salientar que talvez não se trate propriamente de ‘maior vulnerabilidade’ e por isso pergunta-se: a maior exposição dos homens a condutas de risco não terá na sua génese, precisamente, a ‘afirmação da masculinidade’ por via dos condicionamentos sociais?

Mas, retomemos a nossa linha de exposição. Constata-se, então, que, biologicamente, as mulheres são mais doentes e os homens morrem mais. A esta (aparente) contradição poderemos fazer corresponder uma explicação que entre em linha de conta com os factores socio-culturais. Como nos refere Luísa Ferreira da Silva, esta contradição “pode representar, pelo contrário, uma relação de continuidade com as menores taxas de mortalidade na medida em que pode residir precisamente na maior atenção dada pelas mulheres à vivência corporal, a razão de viverem durante mais tempo. A superior

representação das mulheres nas estatísticas de doença declarada representará, nesta hipótese, não tanto um maior grau de doença, mas apenas uma atitude mais activa de gestão da sua saúde que actuará como medida preventiva de doença mais grave e terá efeitos na redução da mortalidade” (Silva, 1999: 33). Podemos até dizer, não apenas da gestão da sua saúde, mas, também a da sua família. A este respeito, não podemos deixar de fazer referência ao estudo que Graça Carapinheiro e Maria José Hespanha desenvolveram junto de uma comunidade peri-urbana de Coimbra sobre a articulação entre cuidados de saúde primários e hospitalares e a sua relação com as famílias (Carapinheiro e Hespanha, 1997). Para além de outras conclusões, é destacada a importância da mulher na gestão da saúde familiar: “The brief portrait we have made of this community and its families shows how important women are, not only in their work, but also in managing their families, and particularly the family budget and ... the health of family members.” Mais adiante, a autora acrescenta: “In taking on the role of principal communicators of the periodic illnesses of their family members to the health professionals, the women in these families seek simultaneously to ensure that the circumstances of those illnesses are faithfully reported, and to reassert their strategic position as managers of the family’s well-being” (Carapinheiro, 2003: 9-11).

Outro aspecto que interessa salientar tem a ver com a «representação colectiva» que se tem da mulher e também do homem. Enquanto ao estereótipo masculino está associada a imagem de força, coragem e virilidade, o estereótipo feminino incorpora características como se frágil, ser maternal e sensível. Recordamos aqui a pesquisa de Lúcia Amâncio sobre os processos de construção social das diferenças entre os sexos (Amâncio, 1993: 133). Podemos, então, afirmar que todos estes processos de interiorização simbólica marcam fortemente a relação de homens e mulheres com o binómio *saúde/doença*. Consideramos de grande importância – e por isso irá ser alvo de atenção na nossa pesquisa – estes aspectos relativos às diferenças entre mulheres e homens na *saúde e doença*, que, como vimos, têm uma relação com os processos de socialização, caracterizados por aprendizagens que encontram suporte na dicotomia homem/mulher, ou seja, numa divisão de ‘papéis sexuais’.

No entanto, uma outra preocupação deste trabalho incidirá sobre as diferenças, ou melhor, as desigualdades sociais existentes em cada um dos grupos em causa – homens, entre si; mulheres, entre si. Até porque cada um destes grupos não é um grupo homogéneo com características comuns, se tivermos em conta outros factores que não o da relação

(desigual) entre mulheres e homens. Relativamente a esta questão e tomando como referência as mulheres, Bourdieu refere: “Por um lado, seja qual for a sua posição no espaço social, as mulheres têm em comum o facto de estarem *separadas dos homens por um coeficiente simbólico negativo* ...: há qualquer coisa de comum, apesar da imensidão da distância, entre a mulher dirigente de empresa ... e a mulher operária não-qualificada da metalurgia Por outro lado, apesar das experiências específicas que as aproximam ..., as mulheres permanecem *separadas umas das outras* por diferenças económicas e culturais que afectam entre outras coisas a sua maneira objectiva e subjectiva de sofrerem e experimentarem a dominação masculina” (Bourdieu, 1999: 81). Partilhando esta ideia de Pierre Bourdieu, aproveitamo-la para referir que as mulheres também permanecem separadas umas das outras quando falamos, por exemplo, relativamente a outro contexto – o da *saúde e doença*. O que consideramos pertinente saber é – com base no que evidenciam os dados do Inquérito Social Europeu – até que ponto a classe social está presente em diversos domínios, tais como: percepção de bem-estar perante a saúde; atitudes relativas a consumo de medicamentos e tratamentos; cuidados de saúde quanto i) ao comportamento perante a doença, ii) à frequência de consultas e iii) à opinião sobre a relação médico-paciente. Tanto para mulheres como para homens.

Com a devida modéstia, também se considera que vão de encontro ao objectivo deste trabalho as considerações de Maria do Céu Cunha Rego no preâmbulo de uma revista dedicada aos estudos sobre as mulheres onde refere que “... parece evidenciar-se indispensável uma abordagem sistemática da situação das mulheres e dos homens face à vida e às relações sociais como pressuposto para a análise e o aprofundamento de diversas áreas do conhecimento”, com a finalidade de destacar a transversalização do género (Rêgo, 2002: 6). Para alguns autores, as categorias ‘feminino e ‘masculino, enquanto categorias construídas socialmente, muitas vezes, tendem a ocultar as diferenças (desigualdades) intra-categorias.

2.5. Classe Social

Considera-se, então, ajustado desenvolver algumas considerações em torno da problemática da «desigualdade social». Já aqui se salientou que a divisão sexual constitui ela própria uma forma de desigualdade. Contudo, há um outro conceito (tal como a etnia e a idade, por exemplo, bem como o género, já abordado neste trabalho) fortemente associado à ideia de desigualdade. Trata-se do conceito de «**classe**» - *constructo* social que

define um conjunto de indivíduos que estão ligados por características e ações similares quando influenciados por condições sociais semelhantes.

Uma questão que se coloca desde já é a de se saber até que ponto, numa sociedade que se configura globalizada e individualizada, tem pertinência falar de classes? Elas existem? Com suporte nas palavras de Elísio Estanque, dir-se-á que sim: “... estamos em crer que a crescente fragmentação das estruturas de classe não é necessariamente sinónimo de morte da classe enquanto variável explicativa das desigualdades sociais do nosso tempo ... [e] enquanto expressão do antagonismo de interesses fundados na distribuição desigual de recursos” (Estanque, 1997: 123).

Almeida *et alli*, a fim de darem conta do percurso histórico e sociológico deste conceito referem o contributo que sociólogos importantes deram no desenvolvimento teórico-conceitual desta problemática. Segundo estes autores, a proposta teórica de Marx baseou-se na análise das relações de exploração de uma classe proprietária – a burguesia – sobre uma classe assalariada – o proletariado. Já Max Weber estabeleceria o pressuposto da existência, não de relações de exploração, mas de relações de competição entre os indivíduos, com recursos de propriedade, força de trabalho ou qualificações profissionais, relações geradoras de diversas situações de classe. A perspectiva de Erik Olin Wright apresenta também uma ‘matriz multidimensional’ que engloba diversos lugares de classe intermédios. Para Pierre Bourdieu a pertença de classe depende da ‘posse diferencial’ entre os diversos tipos de capital – económico (propriedade e rendimentos), cultural (níveis de escolaridade e de cultura), social (relações e influência) ou simbólico (prestígio) – de acordo com o seu volume e formas de combinação associados às trajectórias sociais dos indivíduos (Cf. Almeida *et alli*, 1994: 134-136). Assim, chegam à seguinte definição de «classe social», ou melhor, de «classes»: “são categorias sociais cujos membros, em virtude de serem portadores de montantes e tipos de recursos semelhantes, tendem a ter condições de existência semelhantes e a desenvolver afinidades nas suas práticas e representações sociais, ou seja, naquilo que fazem e naquilo que pensam. Falar de estrutura de classes é falar, então, de sistemas duradouros de diferenças, a esses vários níveis, entre indivíduos que ocupam distintos lugares de classe” (idem: 136).

2.6. Género e Classe

Não abandonando ainda o tema do género, há alguns autores, sobretudo autoras, que têm desenvolvido as suas análises em torno da relação **género e classe**. Anália Torres (2001)

faz referência a um artigo de Anne Phillips – *Classing the women and gendering the class* – que analisa a relação entre género e classe na história inglesa, desde o século XIX até ao pós-2ª Guerra Mundial, nomeadamente, na relação das mulheres de diferentes classes sociais (classes médias e classes trabalhadoras) com o mercado de trabalho. Segundo refere Anália Torres, Anne Phillips mostra como as mulheres de classes trabalhadoras estão mais próximas dos homens das classes trabalhadoras do que das mulheres das classes médias, apesar de haver algum esbatimento desta situação depois da 2ª Grande Guerra. (Cf. Torres, 2001: 104).

Nesta ordem de ideias, adequa-se referir: “... na realidade, rapazes e raparigas, mulheres e homens são mais parecidos do que diferentes, mas como Rubin (1975) diz, as sociedades impõem-lhes um ‘tabu da semelhança’. Juntamente com raça, etnicidade e classe social as *categorias de género* constituem estatutos cultural e socialmente institucionalizados” (Lorber e Farrel, citados em Torres, 2001: 104). Uma outra autora que tem desenvolvido discussão teórica sobre esta relação entre género e classe é Rosemary Crompton. Esta autora assinala que para se falar sobre a questão da posição de classe das mulheres é necessário enquadrá-la e associá-la às posições feministas desenvolvidas a partir das décadas de 60-70 (século XX). De acordo com Crompton, a investigação feminista – já referida mais atrás – criticou as teorias de classe propostas por Marx e Weber (e sobretudo também as teorias entretanto desenvolvidas, como foi o caso de J. Goldthorpe), dado que as suas análises do ‘social’ não tomavam em consideração o género. As críticas feministas assentavam no pressuposto de que não fazia sentido, por exemplo, classificar a posição social da mulher pela posição social do «chefe de família» masculino (o *male breadwinner*), tendo em conta o progressivo aumento da integração das mulheres no mercado de trabalho (Cf. Crompton, 1994: 125; cf. também Costa, 1999: 236-237).

No entanto, é de salientar que a posição de Goldthorpe era determinada pelo facto de ele próprio considerar que, apesar de as mulheres casadas estarem cada vez mais no mercado de trabalho, elas ocupavam postos de trabalho com características inferiores às dos homens (Cf. Vallet, 2002: 87). É ainda este autor que nos chama a atenção para o trabalho de Christine Delphy (cujas propostas já foram mencionadas neste trabalho anteriormente), investigadora que em França se destacou pelas críticas feitas à «abordagem convencional» das questões do homem como ‘chefe de família’ com um ‘papel instrumental’ e a mulher com o ‘papel expressivo’ (perspectiva parsoniana) e ainda às posteriores posições da sociologia anglo-saxónica dos anos 60 e 70 (século XX), que

entendiam adequado considerar a posição das mulheres como «periférica em relação ao sistema de classes» (o caso de Giddens, 1973) e a posição profissional dos homens como mais importante do que a das mulheres para caracterizar a estrutura de classe (para Westergard e Resler, 1975). De acordo com Vallet, Christine Delphy teve o mérito de evidenciar aquilo que a designada abordagem convencional ocultava: “l’attribution à la femme mariée de la position sociale de son époux traduit bien sa situation de dépendance au sein du couple, mais, en utilisant cette attribution d’une position dérivée pour affirmer la communauté de classe entre mari et femme (postulat selon lequel la famille est constitué de membres de rang équivalent) l’approche conventionnelle occulte le fondement même de cette pratique, c’est-à-dire l’inégalité fondamentale du mari et de la femme au sein du couple” (Vallet, 2002: 84-85).

Estas críticas, hoje em dia, também se ajustam, pois, face à precariedade do emprego há muitas situações em que é a mulher o sustento da família (perguntar-se-á: a ‘female breadwinner?’). Mas, Rosemary Crompton também nos dá conta da evolução de Goldthorpe, o qual viria mais tarde a optar por uma classificação da posição de classe determinada por quem detivesse a ocupação dominante em termos materiais, fosse a mulher ou o homem. Registe-se que, muitas vezes, as opções tomadas nas investigações estão elas próprias inseridas em contextos históricos e culturais específicos que também enquadram os processos de investigação. Atente-se que, tal como já referido, Vallet *justificou* a posição de Goldthorpe associando-a ao facto de as mulheres ocuparem postos de trabalho inferiores.

A este respeito ainda, refira-se que Crompton abordou esta problemática enquadrando-a precisamente na «viragem cultural» que ocorreu no feminismo, tendendo tradicionalmente a associar o género apenas à sexualidade, não tomando em atenção a questão da classe social. Faz referência inclusive ao pendor destas investigações para analisar o modo como se estrutura a diferença sexual, em vez de procurarem “explicações estruturais para as desigualdades (diferenças) entre homens e mulheres” e alerta ainda que “não devemos esquecer que *as estruturas têm a sua importância* e que têm um impacto diferencial tanto sobre os homens como sobre as mulheres” (Crompton, 1997: 36-38). Posteriormente, Crompton defenderia que “ ‘class’ is primarily an economic concept (ie. ‘class’ situations are primarily determined by the workings of markets and production in a capitalist society), whereas ‘gender’ primarily reflects normative/cultural constructions”, no entanto, dado que as alterações culturais têm implicações económicas, considera que “a

class perspective remains essential if we are to satisfactorily understand and analyse the consequences of changes in the gender division of labour, and in women's employment patterns in particular" (Crompton, 2003: 22).

Consideramos estas posições com bastante interesse para a linha de análise seguida neste trabalho, nomeadamente na questão da *saúde e doença*. O que se pretende dizer é que a perspectiva de classe afigura-se importante para a análise das desigualdades na saúde entre as mulheres e para a análise das desigualdades na saúde entre os homens. Na sociedade, a desigualdade – ela própria configuradora de diferença, como é sublinhado por vários autores – assenta no facto de alguns indivíduos e grupos sociais se encontrarem em situações mais vantajosas do que outros. Assim, será ajustado dizer que esta ideia se aplica também ao domínio da saúde. Manuel Villaverde Cabral *et alli* afirmam: “É importante sublinhar que, apesar das diferenças entre as tradições disciplinares, é comum o reconhecimento de que as desigualdades perante a saúde são explicadas, em boa medida, pela «classe social»” (Cabral *et alli*, 2002 : 43).

Salienta-se que Maria Amália Nunes numa pesquisa qualitativa sobre a influência de factores sociais e familiares na auto-percepção da saúde das mulheres abordou as diferenças (desigualdades) entre mulheres de diferentes classes. Nesta investigação a autora chegou a algumas conclusões, das quais realçamos: i) “A auto-avaliação do estado de saúde da mulher tende a mostrar-se associada à classe social de pertença da mesma, com mulheres de classes sociais menos favorecidas a avaliarem de forma mais negativa o seu estado de saúde”; ii) “As representações de saúde e doença tendem a variar com a classe social. Representações de saúde associadas a um estado positivo, a um equilíbrio, predominam na classe social média alta, onde o estado de saúde é avaliado também de forma mais positiva; na classe média baixa, onde os estados de saúde tendem a ser avaliados de forma mais negativa, predominam concepções de saúde em que a mesma tem sobretudo uma função instrumental, «a saúde – instrumento»“(Nunes, 2007: 168).

2.7. Estrutura de classes

Um outro aspecto central no quadro conceptual de «classe» prende-se com a forma como se pode medir, classificar (operacionalizar) a «**estrutura de classes**» - entendida como a divisão da população entre grupos desigualmente recompensados. De entre as várias possibilidades que a investigação sociológica tem para classificar a classe social dos indivíduos, sobressaem, por exemplo, o rendimento, a profissão, a situação na profissão

(trabalhadores por conta de outrem, por conta própria, etc.), a condição perante o trabalho (activos, ex-activos) e a escolaridade (nível mais elevado completado).

Relativamente ao rendimento, não é pacífica a sua utilização, apesar de ter sido bastante utilizado nos EUA e Canadá e posteriormente alargado à Europa durante os anos 80 do século passado. Algumas investigações desenvolvidas nestes países concluíram que o rendimento – muitas vezes, também associado a outras condições materiais (número de pessoas por alojamento ou quarto, posse de carro(s), posse de habitação(ões) – é um factor preditivo do estado de saúde das populações. Maria do Rosário Giraldes e Villaverde Cabral *et alli* descrevem um número alargado dessas investigações que se sustentam na análise da relação da *saúde e doença* com o rendimento (Cf. Giraldes, 1998: 43-44; Cabral *et alli*, 2002: 45-46). Duma maneira geral, as investigações concluem que a mortalidade e a morbilidade descem à medida que se sobe no rendimento.

Porém, para ultrapassar um pouco este determinismo, já nos anos 90 (século XX), passou a considerar-se um outro indicador de saúde importante – a auto-avaliação do estado de saúde – que viria a evidenciar a relevância de outros factores que não apenas o rendimento. Assim, factores de ordem psico-social, e não apenas materiais, passam a ser tidos em consideração, abandonando-se o modelo exclusivamente ligado ao «rendimento absoluto». Passa-se a ter também em atenção outros factores – relações de vizinhança, estatuto ocupacional, condições de trabalho (Cf. Stronks *et alli*, 1996) – cuja importância foi tida em conta: “Nos últimos anos levou mesmo ao aparecimento de uma interpretação «neomaterialista» da relação entre desigualdade de rendimento e saúde, cujos autores consideram, no entanto, compatível com a tese do «ambiente psico-social»” (Cabral *et alli*, 2002: 47).

Um pormenor que não é de somenos importância na relativização que é necessário ter em conta, prende-se com o facto de em inquéritos de saúde a informação ser dada pelos próprios indivíduos. Aliás, este procedimento – o recurso a inquéritos de *self-report* (morbilidade declarada) em alternativa a inquéritos de observação clínica (de custos elevadíssimos) – tem opositores e defensores (Cf. Stronks, 1996: 669; Giraldes, 1996a). Por um lado, apontam-se as limitações desta técnica salientando aspectos como a percepção leiga do indivíduo, a dependência da sua memória e a ocultação de certas condições com origem na não aceitação do seu estado de doença. Mas, por outro, realçam-se as potencialidades da informação ser dada pela própria pessoa, não dependendo exclusivamente das definições profissionais de doença e valorizando a opinião dos

indivíduos, para além de se poder captar informação dos indivíduos que não recorrem aos serviços de saúde (Cf. Ferreira e Lemos, 1987). Por isto, há muitos países que aplicam tanto os inquéritos de saúde com recolha por entrevista face-a-face como os inquéritos de observação clínica para alcançar um conhecimento alargado da saúde das populações.

Refira-se ainda que a oposição à recolha de informação por inquéritos de saúde junto das populações enraíza-se em princípios que remetem para as questões do “poder médico como poder dominante, do saber médico como saber central, do saber da enfermagem como saber periférico e do saber do doente como saber profano”. Ora, os inquéritos de saúde enquanto reconhecedores do indivíduo como «doente informador privilegiado», de certa forma, põem em causa modelos que sustentam uma concepção dos indivíduos enquanto exclusivamente portadores de «culturas leigas» “destituídas de expressão, desapossadas de acção, expurgadas de sentido social e objectificadas em corpos inertes e passivos” (Carapinheiro, 2005: 397).

A este respeito diga-se ainda que nas sociedades modernas se tem assistido a fenómenos que vão pondo em causa a «dominância médica» ao nível das estratégias de recurso. Assim, as relações dos «leigos» com o «sistema pericial» (Giddens, 1994: 27) médico tomam configurações diversas – de confiança, por um lado, de dúvida, por outro. Deste modo, o recurso a outros «sistemas periciais», isto é, às «medicinas paralelas» afirma-se, tanto na continuidade tradicional – através das «medicinas populares» (Pereira, 1993) – como na mudança para o «exótico» – as «medicinas alternativas» (Sharma, 1995; Cant: 1999). Por sua vez, o acesso à informação (saber profissional) por parte dos «leigos» estimula o crescimento do fenómeno da automedicação (Lopes, 2001). *The last days of Doctor Power*. É assim que Gareth Williams, Jonathan Gabe e David Kelleher designam o processo de perda progressiva do poder médico. Estes autores destacam: “In the last two decades the position of the medical profession appears to have changed. The corporate power of medicine has been increasingly challenged and doctors, high priests of modern society, have become increasingly embattled as their position as experts has been challenged from inside and outside the health care arena” (Kelleher *et alli*, 1996: xiii).

Retomando a linha de reflexão sobre a questão da informação declarada em inquéritos de saúde, no caso específico do rendimento, alguns opositores do *self-report* salientam que, muitas vezes, há uma tendência para os inquiridos ocultarem os valores reais do rendimento com o conseqüente viés na análise. Por um lado, considera-se que assiste alguma razão nestas críticas, mas, por outro, não se pode deixar de conferir também

potencialidades a este indicador. Porém, num plano de complementaridade com outros. É o que passamos, então, a ver.

Como sublinha uma das autoras que temos vindo a seguir, nas sociedades modernas industriais (e também fortemente terciárias), a estrutura de classe está interrelacionada com a estrutura de emprego (Cf. Crompton, 1994: 73). Rosemary Crompton dá também conta de que as propostas teóricas de Goldthorpe (de inspiração weberiana) e de Wright (neo-marxista) tiveram uma grande importância no debate das classes sociais, apesar de não terem em atenção outros factores, tais como a etnia, particularidades nacionais e o género (aspecto já referido). Diz-nos Crompton: “No obstante, existe en las ciencias sociales el difundido supuesto de la que «classe» se define de acuerdo con la estructura ocupacional, de modo que la «estructura de clases» y la «estructura ocupacional» suelen considerarse sinónimos” (Crompton, 1994: 105-106; cf. também Costa, 1999: 224). Salienta-se que Erik Olin Wright viria, no entanto, a desenvolver algum trabalho teórico e empírico relativamente às dimensões género e, também, raça (Cf. Wright, 1997: 5-21). Refira-se adicionalmente que a investigação de carácter feminista acabaria por começar a colmatar estas lacunas. Atente-se, por exemplo, na obra editada por Judith Lorber e Susan A. Farrell – *The social construction of gender* – onde as questões «raça» e «classe» já assumem uma importância teórica e empírica na produção científica social norte-americana. (Lorber e Farrell, 1991).

Articulando agora a problemática da estrutura de classes com o âmbito da *saúde e doença*, recorreremos mais uma vez a Cabral *et alli* que salientam também a importância que o «trabalho» assume no contexto das desigualdades. Por um lado, porque é determinante para o lugar social de cada indivíduo, o qual está “fortemente correlacionado com o rendimento, a escolaridade, a habitação e com as redes de sociabilidade”. Por outro, porque as condições e a organização do trabalho repercutem-se na saúde/doença dos indivíduos (Cabral *et alli*, 2002: 47). Daí que a «profissão» seja, como nos diz Peter Worsley, um «indicador satisfatório» e largamente utilizado para a análise das classes sociais: “Dada uma certa profissão de um indivíduo, podemos calcular razoavelmente a probabilidade do tipo de rendimento, do nível de ensino, de habitação, ideias, políticas, etc., pois que estas características tendem a estar correlacionadas” (Worsley, 1977: 396-397). Parece, no entanto, que esta afirmação é um tanto ou quanto simplista – e o próprio autor mais adiante adverte para a ocultação que uma classificação deste tipo pode suscitar, designadamente, ao nível subjectivo, ou seja, a consciência de classe de cada indivíduo. Por esse facto,

muitas investigações introduzem o «auto-posicionamento social» como forma de complementar a análise. Outro aspecto relativo às limitações da associação classe/profissão é o facto de esta por si só não dar conta da dimensão «propriedade», a qual configura uma desigualdade básica (Cf. Worsley, 1977: 404).⁷

Em Portugal, tem havido uma discussão teórica assinalável e produção empírica desenvolvida em torno da realidade social. São de destacar os trabalhos de João Ferreira de Almeida e outros, Fernando Luís Machado e outros, António Firmino da Costa e Elísio Estanque. São as propostas destes autores que agora se apresentam por constituírem base da pesquisa que se pretende levar a cabo, nomeadamente no âmbito das «classes sociais».

João Ferreira de Almeida e outros, numa investigação sobre as questões da classe social de origem dos estudantes das licenciaturas de uma instituição universitária, operacionalizaram o conceito de classe através de uma matriz que tem na sua base duas variáveis primárias principais: a profissão (profissões científicas, pessoal administrativo, agricultores, etc.) e a situação na profissão (patrões, isolados, assalariados). Deste modo, cruzando os grupos de profissões com a situação na profissão, os autores criaram uma «matriz dos lugares de classe dos indivíduos» e a partir do lugar de classe de cada indivíduo (homem e mulher) construíram uma nova «matriz dos lugares de classe dos grupos domésticos». Referem ainda a importância de recorrer a variáveis adicionais de «caracterização social», a saber: escolaridade, escalão etário e sexo (Cf. Almeida *et alli*, 1988). Esta proposta seria actualizada numa investigação, também desenvolvida no contexto universitário e sobre as origens sociais, mas agora também sobre as oportunidades de acesso ao ensino universitário e as orientações de vida dos estudantes (Cf. Machado *et alli*, 2003).

Por sua vez, António Firmino da Costa já tinha desenvolvido uma discussão teórica do quadro conceptual das classes sociais a par da sua aplicação empírica na análise da realidade social do Bairro de Alfama, em Lisboa, designadamente sobre as classes sociais e trajectórias de mobilidade social da população desse bairro⁸ (Cf. Costa, 1999: 189-245). Retomando a questão «profissão e situação na profissão», refira-se que Pedro Lima, António Pedro Dores e Firmino da Costa, para além de outras potencialidades, destacam a importância que uma classificação socioprofissional tem para a análise de práticas, valores e opiniões: “É assim que os inquéritos e sondagens sobre atitudes políticas ou religiosas,

⁷ Mais adiante veremos que a ‘situação na profissão’ é um bom indicador complementar da ‘profissão’.

⁸ Refira-se que neste trabalho será apenas seguida a proposta na componente de «classes sociais».

sobre as preferências e os comportamentos de consumo, sobre os valores e as práticas do quotidiano, utilizam já em muitos casos como variável-chave de interpretação dos resultados (a par de outras como o sexo, a idade, a escolaridade ou o tipo de habitat) precisamente a profissão ou, mais agregadamente, o lugar ocupado na estrutura sócio-profissional (as CSP [Classificação Socio-Profissional] como “variáveis independentes”)” (Lima *et alli*, 1991: 44). O artigo referido teve na sua origem um trabalho relativo à necessária adaptação da versão da CNP – Classificação Nacional de Profissões então existente (CNP-80) à Classificação Internacional Tipo de Profissões (CIPT-88), com a finalidade de ser utilizada no tratamento de dados estatísticos dos Censos de 1991. Desta conversão resultaria uma CNP com uma nova filosofia.

A construção de um indicador socioprofissional tendo como variáveis ‘profissão’ e ‘situação na profissão’ e utilizando-se complementarmente outras variáveis como a idade, o sexo e a escolaridade afigura-se então extremamente operacional. No entanto, não se pode ver, por exemplo, na idade e no sexo apenas “atributos de ordem biológica, desprovidos de espessura social” (Costa, 1999: 198). O que se pretende dizer é que os procedimentos operacionais em torno da profissão, situação na profissão, idade, sexo e escolaridade têm articulação com dimensões teóricas e metodológicas. António Costa *et alli* assinalam, precisamente, que este tipo de operacionalização tem ‘pontos de contacto’ com as propostas teóricas de John Goldthorpe, Gosta Esping-Anderson e Erik Olin Wright. Estes autores referem que: “Por comparação com o de Goldthorpe, este modelo tem um carácter de uma segmentação tipológica teoricamente alicerçado, e não meramente descritiva. ... Quanto à comparação com a tipologia de Esping-Andersen, as vantagens radicam basicamente na multidimensionalidade do indicador socioprofissional Em relação às propostas de Wright, as vantagens da tipologia aqui utilizada têm a ver, sobretudo, com uma maior desagregação das categorias assalariadas de base, questão importante em vários planos” (Costa *et alli*, 2000: 22-24).

O *indicador socioprofissional de classe* utilizado no modelo da equipa de investigadores portuguesa permite que seja aplicado tanto a nível individual como familiar, abrange situações de pluriactividade, podendo também ser desdobrado ou agregado categorialmente. Mas, vejamos com um pouco mais de detalhe este aspecto seguindo a proposta de António Firmino da Costa (1999), a qual será adoptada nesta pesquisa. Aludindo ao caso específico da ‘situação na profissão’, Firmino da Costa assinala: “As diferentes situações na profissão dão conta de clivagens importantes na estruturação das

relações sociais e são, por si próprias, reveladoras de homogeneidades e heterogeneidades quanto à localização no espaço social ...” (Costa, 1999: 204). Associada à ‘situação na profissão’ está, então, a ‘profissão’, a qual permite dar conta – adicionalmente à situação de se ser trabalhador por conta de outrem, trabalhador por conta própria, trabalhador por conta própria como empregador, trabalhador para uma pessoa de família sem receber ou até mesmo outra situação mais excepcional – de dimensões conceptuais que Firmino da Costa reputa essenciais e que são inerentes à construção da tipologia da Classificação Nacional de Profissões – os recursos qualificacionais, a autoridade organizacional e o status profissional⁹.

Tomando, então, como fundamento que a matriz resultante do cruzamento das ‘variáveis primárias’ profissão e situação na profissão (e que dá origem à ‘variável derivada’ *indicador socioprofissional de classe*), comporta um suporte teórico-conceitual e operacional consistente, considera-se plenamente adequada à pesquisa que se pretende concretizar (Cf. Costa, 1999: 230). Um outro aspecto relevante mencionado pelo investigador que se tem vindo a seguir é o de qual a unidade mais adequada para analisar as classes sociais – o ‘indivíduo’ ou o ‘grupo doméstico’. Não se deixa de dar razão a Ana Nunes de Almeida ao afirmar que “considerar o grupo doméstico (e não o indivíduo) a unidade de análise e o ponto de partida para o estudo da classe é um princípio cuja pertinência teórica e fecundidade metodológica já têm sido demonstradas pela recente produção sociológica (entre outras, a portuguesa)” (Almeida, 1992: 29).

Maria das Dores Guerreiro também realça a pertinência da articulação entre famílias e classes sociais quando investigou o caso das famílias de pequenos empresários em Portugal (Guerreiro, 1992). Concorde-se igualmente com a vantagem de classificar o lugar de classe de crianças, estudantes, mulheres que sempre foram donas de casa ou de indivíduos que nunca tiveram emprego, através da categoria social do grupo doméstico (Cf. Almeida et alli, 1988: 11-44; Costa, 1999: 235). No entanto, considerando que a categorização social do grupo doméstico, quando um e outro indivíduo pertencem a lugares de classe diferentes, levanta alguns problemas de classificação, tomando-se como critério a maior importância do lugar de classe, por exemplo, do membro do sexo masculino ou a do elemento que contribui com maior volume de recursos, opta-se pela

⁹ Refira-se que no Inquérito Social Europeu, a fim de se obter uma informação precisa, complementarmente à designação da profissão referida pelo informante, solicita-se, através de uma pergunta aberta, uma descrição detalhada das tarefas desempenhadas. Com este procedimento visa-se atingir o cumprimento de requisitos de qualidade aquando do processo de codificação das profissões.

construção de um *indicador socioprofissional individual de classe*, cuja construção é explicada no capítulo relativo aos procedimentos metodológicos (vide também o quadro com a matriz de construção do indicador no Anexo?). Parece, pois, que, optar apenas pelo homem (predominantemente o representante da família) seria redutor. Hoje em dia, também há mulheres representantes da família e cada vez mais o estatuto social da mulher assume relevância.

Acrescenta-se ainda que, por um lado, o Inquérito Social Europeu é um instrumento de recolha junto das famílias, no entanto, o questionário é dirigido apenas a um dos membros da família residente em determinada unidade de alojamento, indivíduo esse escolhido pelo designado método do «último aniversário». Por outro, considera-se de grande consistência as propostas que aqui têm vindo a ser referidas respeitantes à cada vez maior importância dos indivíduos enquanto agentes das suas próprias atitudes e comportamentos¹⁰.

Neste contexto, parece adequado que a linha de reflexão da pesquisa enverede, não só pelas diferenças entre homens e mulheres, mas, também, por um lado, pela análise das assimetrias sociais entre os homens e, por outro, as assimetrias sociais entre as mulheres. Consideramos vir de encontro a esta posição a referência que Anália Torres (2001) faz do artigo de Anne Phillips – já aqui referido. Sublinha a investigadora portuguesa: “[Anne Phillips] mostra então como as posições relativas das mulheres, muito embora pelos efeitos de género sejam sempre socialmente dominadas e inferiores às dos homens, se podem distanciar entre si pelos efeitos de classe” (Torres, 2001: 104). Menciona-se também a referência que Villaverde Cabral *et alli* fazem à posição de outra autora (E. Annandale) a este respeito, no âmbito da *saúde e doença*: “a procura de diferenças de mortalidade e morbidade entre homens e mulheres pode muitas vezes amplificar as diferenças encontradas, tornando invisíveis as similitudes existentes entre uns e outros e menosprezando o impacto de outras variáveis decisivas” (Cabral *et alli*, 2002: 60). Acrescentar-se-á, por exemplo, a classe social. Por último, recorda-se aqui a afirmação de Kimmel, já referida neste trabalho, sobre o facto de se considerar que muitas vezes há mais diferenças no grupo das mulheres do que entre homens e mulheres. Perguntar-se-á: não ocorrerá o mesmo no grupo dos homens? Relembramos a observação que se fez sobre a

¹⁰ Sofia Aboim e Karin Wall sublinham precisamente a este propósito: Com a ideia de privatização dos comportamentos familiares “chama-se a atenção para a maior autonomia do privado face o público, por um lado, e para o centramento no indivíduo e na sua realização pessoal, processo histórico que alguns autores entendem como «individualização»” (Aboim e Wall, 2002: 475).

posição de Rosemary Crompton onde já se tinha encontrado também suporte para a importância da perspectiva de classe na compreensão da realidade social.

Outro aspecto importante – como já foi salientado – é a escolaridade, ou melhor, como o designa Firmino da Costa - *indicador socioeducacional*¹¹. Este indicador é de grande validade operatória, pois, combinado com a classe permite evidenciar o tipo de composição social e o peso de cada estrato relativamente ao capital cultural. A questão da escolaridade toma também uma importância fulcral no campo da saúde e doença. Cabral *et alli*, assinalam também esta variável como integrando fortes potencialidades explicativas: “Aliás, a escolaridade revela muitas vezes maior capacidade na explicação das desigualdades de mortalidade e morbilidade do que o rendimento ou a ocupação. Alguns autores atribuem esta situação ao facto de ser normalmente mais fácil medir de forma rigorosa a escolaridade do inquirido do que a ocupação e o rendimento. Seja como for, mesmo que haja alguma dimensão técnica na importância assumida pela variável «escolaridade», ela deve ser analisada a par daquelas” (Cabral *et alli*, 2002: 49). Em vários estudos, o nível educacional é bastante utilizado a nível internacional (de que é exemplo, entre tantos outros, a investigação holandesa já aqui mencionada – Stronks *et alli*, 1996), mas também nacional.

Em Portugal, Maria do Rosário Giraldes, na década de 90 do século passado, produziu alguns estudos de análise das desigualdades socioeconómicas na saúde, inclusive, recorrendo a dados do Inquérito Nacional de Saúde (Giraldes, 1996a, 1996b, 1998). Ainda que utilizando apenas a variável ‘alteração ao estado de saúde’ em dois casos e o ‘consumo de tabaco’ noutro, a autora demonstrou a associação existente entre a morbilidade e o nível socioeconómico da população portuguesa. Contudo, Rosário Giraldes recorreu exclusivamente aos ‘anos de escolaridade’ como indicador socioeconómico, o que, por si só, como se tem vindo a expôr pode apresentar algumas limitações. No entanto, o nível de escolaridade, pode ser bastante útil quando a ele se tem de recorrer. Como já aqui se referiu, a opção tomada para a operacionalização do conceito de classe foi a de conjugar ‘profissão’ e ‘situação na profissão’. Assim, a fim de abranger também os indivíduos que não têm ou nunca tiveram uma profissão, a escolaridade é um bom recurso, quando não se tem, por exemplo, informação socioprofissional da família de origem. Esta variável é uma

¹¹ Repare-se no pormenor do autor quando acrescenta a dimensão social à componente educativa, parecendo que lhe quer conferir características que vão para além do âmbito formal e institucional dos graus de ensino, isto é, parece fazer sobressair a ideia de que aos capitais escolares não estão apenas associados patamares educacionais, mas também clivagens que se evidenciam na estrutura social.

boa alternativa ao indicador socioprofissional individual de classe no caso, por exemplo, das donas de casa ou dos estudantes.

Um dos autores que nas suas análises da sociedade privilegiou a questão da importância da educação – enquanto capital cultural dos indivíduos – foi Pierre Bourdieu. Este autor, com um trabalho assinalável na problemática das classes, afirmava a existência de uma forte relação entre as «estruturas sociais» e as «práticas sociais», entre o lugar na produção e a reprodução da vida quotidiana (Cf. Almeida *et alli*, 1994: 145). Por sua vez, essa relação é mediada por princípios, saberes e valores incorporados nos indivíduos, ou seja, por aquilo que o sociólogo francês designou de *habitus*. Com este conceito, Bourdieu pretendia escapar de certa maneira a visões deterministas da relação dos indivíduos com a sociedade dando relevância a uma dimensão de subjectividade nas práticas sociais. Como observa Rosemary Crompton, “como consecuencia de estas diferentes dotaciones [os capitais cultural, económico, social e simbólico], las clases individuales desarrollan y ocupan un *habitus* similar: «entendido como un sistema de disposiciones compartido por todos los individuos que son productos de los mismos condicionamientos» ([Bourdieu], 1987: 762)” (Crompton, 1994: 214).

A proposta deste autor vem também de encontro a algumas considerações feitas anteriormente, ou seja, uma análise das classes sociais não se pode restringir à estrutura ocupacional. Entre a estrutura social de classes e as práticas sociais há um «espaço» onde se manifestam várias características mediadoras. Se uma profissão traduz a posição do agente social nas relações de produção e estas determinam o acesso a posições e à produção de uma classe determinada de *habitus*, ela é apenas uma variável que não define por si só uma classe. Nas extensas, mas precisas, palavras do próprio, “une classe ou une fraction de classe est définie non seulement par sa position dans les rapports de production telle qu’elle peut être repérée à travers des indices comme la profession, les revenus ou même le niveau d’instruction, mais aussi par un certain sex-ratio, une distribution déterminée dans l’espace géographique (qui n’est jamais neutre socialement) et par tout un ensemble de *caractéristiques auxiliaires* qui, au titre d’exigences tacites, peuvent fonctionner comme des principes de sélection ou d’exclusion réels sans jamais être formellement énoncées (c’est le cas par exemple de l’appartenance ethnique ou du sexe); nombre de critères officiels servent en effet de masque à des critères cachés, le fait d’exiger un diplôme déterminé pouvant être une manière d’exiger en fait une origine sociale déterminée” (Bourdieu, 1979: 113).

Por sua vez, Firmino da Costa sintetiza estas questões afirmando: “O que os agentes sociais pensam, dizem e fazem depende em grande medida – embora não exclusivamente, nem sempre do mesmo modo ou com a mesma intensidade – de um conjunto de propriedades sociais que os caracterizam. E que os situam, uns em relação aos outros, em posições sociais distintas, com desiguais recursos e poderes, oportunidades e disposições. A situação socioprofissional e o nível de escolaridade são dois desses parâmetros de caracterização social, dos mais importantes nas sociedades contemporâneas. Mas pode também referir-se o sexo, a idade, a etnia ou o meio social em que se vive, entre outros” (Costa, 1992: 83). Vemos aqui, então, que a questão da cultura, enquanto conjunto de princípios (explícitos e implícitos), regras e significados transmitidos intergeracionalmente, também é um elemento de distinção social entre os indivíduos dos diversos estratos sociais. Assim, consegue-se entender melhor as questões ligadas à *saúde e doença* se se tiver em conta os factores de ordem cultural. Cecil G. Helman afirma: “[Uma] explicação multifatorial para as doenças é, de um modo geral, mais útil do que a postulação de uma simples relação de causa/efeito entre um fator de risco e um tipo de doença. [...] Tanto os sociólogos quanto os antropólogos têm realizado contribuições importantes para que se compreenda a relação desses factores complexos com as doenças. Eles ressaltam que variáveis tais como classe social, posição econômica, gênero, eventos de vida, crenças e práticas culturais podem estar correlacionadas com a incidência e a distribuição de determinadas doenças” (Helman, 1994: 264). Como nos diz a antropóloga Jaqueline Ferreira: “A noção de saúde e doença é também uma construção social, pois o indivíduo é doente segundo a classificação da sua sociedade e de acordo com critérios e modalidades que ela fixa. Isto implica que o saber médico também está intimamente articulado como o social, uma vez que ele constrói um diagnóstico tomando como ponto de partida as sensações desagradáveis descritas pelos pacientes, ao que chamamos de *sintomas*, e através de aspectos constatados objetivamente pelo médico, o que é chamado de *sinais*” (Ferreira, 1998: 103).

De salientar que hoje em dia também a Epidemiologia abarca todos os fenómenos relacionados com a saúde das populações. De uma ciência exclusivamente preocupada com as doenças infecciosas passou a interessar-se também pelos factores determinantes da saúde, não num plano da saúde individual, mas da saúde dos grupos de pessoas. Assim, a observação das “relações da doença (ou outro problema de saúde) com características básicas dessas populações, tais como sexo, idade, raça, residência, ocupação e classe social

(ou socioeconómica) e ainda com a localização geográfica (e a distribuição temporal dos problemas em estudo)” (Last, 1988: 77-78). Esta multiplicidade de características é necessária numa análise no âmbito da problemática da *saúde e doença*.

2.8. Desigualdades sociais na saúde e doença

Um marco de referência da questão das **desigualdades sociais na saúde e doença** é o designado *Black Report*. Este relatório encomendado, em finais dos anos 70 do século passado, por um governo trabalhista – na sequência da constatação de que, apesar do bem-estar social do pós-guerra nas décadas de 50 e 60 e do modelo de serviço de saúde implementado, as desigualdades mantinham-se – viria a não ter utilidade prática nas mudanças do sistema de saúde britânico por ter coincidido com a mudança política para um governo conservador. Marcou, no entanto, o debate público sobre as desigualdades sociais perante a saúde e impulsionou a comunidade científica para a investigação neste domínio (Cf. Morgan *et alli*, 1993: 208-234; Bury, 1997: 54-66; Cabral *et alli*, 2002: 40-55; também Silva, 2004: 61; 73-77).

O *Black Report* viria a sofrer algumas críticas, não pelos seus resultados globais – evidência de que as desigualdades sociais atingem sobremaneira as classes mais desfavorecidas –, mas pela sua metodologia ¹². Assim, em síntese e seguindo as explanações de Morgan *et alli*, Bury, Cabral *et alli* e Luísa Ferreira da Silva, nas obras mencionadas, refere-se: a) criticava-se o facto de as suas explicações assentarem no artifício – a classificação de classe remetia exclusivamente para a posição ocupacional, a qual era registada por um funcionário que não seguia critérios objectivos, e os diagnósticos médicos foram considerados com viés por traduzirem sobretudo a cultura dos serviços (refira-se que actualmente já são seguidos critérios mais aperfeiçoados neste tipo de registos); b) outro aspecto criticado tinha a ver com as explicações materialistas de carácter estrutural, baseadas na relação determinista da classe social com os rendimentos e outras condições de vida, tais como a habitação, condições de trabalho, pior alimentação, omitindo que a existência dessas mesmas más condições tinha também um peso importante, não só numa má utilização dos serviços de saúde, mas também numa relação mais distante dos profissionais com ‘estes’ doentes; c) a explicação da *selecção social*, ocultava que, em vez de ser a vida desfavorecida socialmente que influencia a saúde,

¹² Saliente-se, porém, que este relatório, apesar de ter as limitações de ordem metodológica apontadas, teve o grande mérito de despoletar o aperfeiçoamento da análise das desigualdades sociais na *saúde e doença* dos indivíduos.

muitas vezes é a saúde que influencia a vida social do indivíduos não lhes permitindo ter acesso a oportunidades; d) por último, alguns comportamentos prejudiciais à saúde (fumar, beber, não fazer exercício físico, por exemplo) foram atribuídos a causas culturais – a ‘maneira de ser, agir e pensar’ dos mais pobres, por exemplo, enquanto manifestação de uma «cultura de pobreza» (Almeida *et alli*, 1994: 167) –, causas essas nas quais se sustentam as atitudes e comportamentos dos indivíduos (há aqui implícita como que uma responsabilidade individual exclusiva), esquecendo-se que os estilos de vida estão intrinsecamente ligados a factores estruturais – as condições sociais da existência humana.

É Luísa Ferreira da Silva que nos diz: “Além do mais, o modo de vida saudável no sentido de hábitos que as pessoas podem deliberadamente adoptar, é mais susceptível de influenciar a saúde das pessoas que têm boas condições materiais de vida do que a saúde daqueles que vivem em habitações húmidas e sem saneamento, que têm profissões muito sujeitas a riscos e com baixos salários. Não só se lhes torna mais difícil fazer as escolhas saudáveis (praticar exercício físico regular, alimentar-se com alimentos frescos e variado, beber e fumar menos), como essas escolhas dificilmente podem compensar os riscos derivados da sua condição sócio-económica” (Silva, 2004: 77). Por isto mesmo, parece que as campanhas de promoção da saúde dirigidas aos indivíduos no sentido de terem estilos de vida saudáveis sem serem acompanhadas de transformações nas condições materiais de vida dos mesmos não terão os efeitos positivos que à partida são delineados ¹³. Stronks *et alli* propõem, inclusive: “Policies promoting healthy behaviour should in any case be supplemented with measures which aim at a reduction of material inequalities” (1996: 671). Refira-se que o conceito de «promoção da saúde» teve na sua origem uma base de ordem económica (a contenção de custos no sistema de saúde) e de racionalização organizativa dos serviços de saúde do Canadá, em 1974. Assim, a prevenção da doença mediante a adopção de «estilos de vida saudáveis» por parte dos indivíduos originaria uma redução no recurso aos serviços de saúde com a consequente redução de custos (Cf. Carapinheiro, 2000: 262).

Não se pode esquecer, no entanto, que os comportamentos de prevenção das doenças – como, por exemplo, seguir uma boa dieta alimentar, não fumar ou praticar exercício físico – e a utilização de serviços de prestação de cuidados de saúde – como, por

¹³ A necessidade de criar condições estruturais – económicas, sociais e culturais – que contribuam para a saúde dos indivíduos é inclusive reconhecida como direito no artigo 64º da Constituição da República Portuguesa.

exemplo, a procura da medicina preventiva, o consumo de cuidados médicos privados ou a atenção dada a sintomas – são práticas quotidianas dos indivíduos que dependem de escolhas, de capacidade económica ou de disponibilidade, ou seja, dependem das diferentes posses de capital económico, capital social, capital cultural e capital simbólico, que, em larga medida, estão ligados aos estilos de vida diferentes que marcam as desigualdades dos diferentes grupos sociais – tanto nas mulheres como nos homens. Como salienta Luísa Ferreira da Silva: “É assim que se compreende que a razoabilidade das práticas de promoção da saúde e de prevenção da doença que parecem normais às pessoas dos grupos sociais que vivem com um sentimento de estabilidade assegurada, caia por terra face às lógicas populares” (Silva, 2005: 13).

A nível internacional – através da *Conferência de Alma-Ata*, em 1978, e na sua continuidade a *Carta de Ottawa*, em 1986, e a *Carta de Ljubljana*, em 1996 – e também a nível nacional – através da incorporação de princípios consagrados internacionalmente na *Estratégia de Saúde para o virar do século (1998-2002)* e no *Plano Nacional de Saúde 2004-2010* – afirmam-se as perspectivas que abandonam uma filosofia assente na «responsabilização individual e exclusiva dos doentes» e propõe-se uma nova abordagem da *saúde e doença* assente na responsabilização partilhada entre os indivíduos, a decisão política e a adequação dos serviços de saúde, tendo em conta os determinantes socioeconómicos e socioculturais. Contudo, também aqui, entre o plano dos princípios e o plano da prática ainda se verifica uma grande distância, ela própria reconhecida pelas instituições (Cf. Silva, 2004: 25-27; Ministério da Saúde/Direcção-Geral da Saúde, 2004 – especificamente o capítulo “Estratégias para a gestão da mudança” – Volume II: 97-179). Repare-se que o abandono de um paradigma que encarava a doença como um desvio e se responsabilizava os indivíduos pela sua condição – visão estrutural-funcionalista desenvolvida por Talcott Parsons na década de 50 do século passado e que se enquadrava num contexto social de legitimação do poder médico (Cf. Morgan *et alli*, 1993: 45-48; Silva, 2004: 21-23) – em direcção a outro onde se privilegia uma relação médico-doente mutuamente participada, evidencia uma transformação assaz radical.

Assim, no último quartel do século XX assiste-se ao assumir da importância da *negociação* enquanto elemento de aproximação entre médico e doente. Contudo, também aqui se pode dizer que, mesmo nesta dimensão relacional, apesar das medidas tomadas no âmbito das políticas de formação do pessoal ligado à saúde voltadas para o interesse dos cidadãos, na prática, estão presentes níveis de negociação diferentes segundo a classe

social. Alguns estudos têm dado conta do “tratamento diferencial, por parte dos profissionais, das pessoas das diferentes classes sociais” (Silva, 2004: 75). Contudo, no caso da população portuguesa, há um outro aspecto que é necessário ter em conta. Por razões de ordem cultural – provavelmente relacionadas com constrangimentos ancestrais de ordem institucional – ainda se verifica uma grande passividade individual e comunitária na relação com os serviços de saúde (Cf. Silva, 2002: 275)

A este respeito, detenhamo-nos num exemplo da realidade espanhola: Maria Angeles Durán referencia os dados de um inquérito efectuado em 1980 junto da população espanhola, no qual as respostas a uma pergunta de opinião sobre o tratamento dado pelos médicos aos seus doentes apresentavam os seguintes valores – 48% referiam que os médicos «tratam melhor os ricos» e 26% referiram que «tratam todos igualmente» (Cf. Durán, 1983: 154-155). De referir que o *European Social Survey-2004* também tem algumas perguntas que remetem para a relação médico-paciente e que serão objecto da nossa análise em termos de classe social. Esta questão das desigualdades sociais em saúde acaba por ser bastante abrangente e global dada a acentuada estratificação das sociedades. O caso das pesquisas referidas por Durán (1983), Stronks *et alli* (1996), Krieger *et alli* (1997) e por Giraldes (1998) disso são exemplo. Todas elas evidenciam a desigualdade de classe social no âmbito da *saúde e doença*.

Mas, há um outro aspecto que assume importância no contexto da *saúde e doença*. Trata-se da **idade**. Esta «construção abstracta e normativa», pode então ser definida de acordo com várias dimensões. Temos, então: uma idade cronológica – tempo entre o nascimento e o momento presente; uma idade jurídica – idade perante a qual o idoso assume certos direitos e deveres (que pode não corresponder à realidade biopsíquica); uma idade física e biológica – tem em conta o ritmo a que cada um envelhece (órgãos e funções vitais vão envelhecendo); uma idade psicoafectiva – reflecte a personalidade e que não tem limites cronológicos (um idoso pode não se sentir como tal); uma idade social – sucessão de papéis que a sociedade atribui (Cf. Pimentel, 2001: 52-53). Precisamente, já se tinha aqui destacado também que a «idade» deve ser entendida como variável classificatória não apenas de atributos biológicos, mas também como portadora de significados sociais. “É evidente que a *idade* é um factor determinante na *alteração do estado de saúde*”, como refere Rosário Giraldes (1996a: 24), mas o “passar da «idade» determina no corpo humano um envelhecimento biológico que condiciona de forma mais ou menos marcada o «envelhecimento social» dos indivíduos” (Cabral *et alli*, 2002: 61).

A relação com a sociedade não se vive da mesma maneira ao longo do nosso *percurso de vida*. Ser criança, ser adolescente, ser adulto, ser idoso não é a mesma coisa para todos os indivíduos. Deste modo, verifica-se que o envelhecimento biológico e o envelhecimento social têm uma forte relação com a questão das desigualdades sociais. Vejamos: a morbilidade, o recurso aos serviços de saúde (públicos ou privados), as despesas com a saúde não são os mesmos nos diferentes grupos sociais – tanto nos homens como nas mulheres – ao longo do percurso de vida dos indivíduos. As desigualdades sociais assumem, assim, contornos de caracterização das “diferenças de saúde entre grupos sociais, diferenças que reproduzem a divisão entre ricos e pobres, favorecidos e desfavorecidos pelo sistema social, independentemente das diferenças individuais, hereditárias, fisiológicas e psicológicas” (Silva, 2004: 57).

O envelhecimento biológico origina doenças nos indivíduos, encaminha-os para a necessária prestação de cuidados e gera custos terapêuticos, mas com graduações diferentes, segundo o seu posicionamento social. Geralmente, a menores rendimentos, menor escolaridade e ocupações profissionais com características manuais correspondem níveis de morbilidade mais altos. No entanto, muitas vezes até, à morbilidade alta não correspondem despesas com a saúde também altas, se se tiver em conta as classes mais desfavorecidas. Cabral *et alli* realçam: “A velhice parece não significar mais do que o prolongamento das trajectórias de vida inigualitária, existindo por isso um envelhecimento diferencial, como se os colocados no topo da hierarquia envelhecessem mais tarde do que os da base” (Cabral *et alli*, 2002: 66).

Assim, recorrendo a alguns dados do Inquérito Social Europeu e comparando as diferenças e desigualdades na *saúde e doença* entre homens e mulheres e as diferenças e desigualdades na *saúde e doença* entre classes sociais, tanto nos homens como nas mulheres, espera-se chegar a conclusões que possam dar um pequeno contributo para a caracterização das desigualdades de género e sociais na *saúde e doença* da população portuguesa, residente no Continente.

3. Objecto teórico-conceitual, hipóteses, dimensões e modelo de análise

O conjunto de preocupações analíticas, em termos gerais, centra-se, fundamentalmente: nas propostas em torno do conceito de género; nas propostas teórico-empíricas das classes sociais; por último, nas propostas desenvolvidas no âmbito das desigualdades sociais perante a saúde. Esta pesquisa tem como objectivo, como já se salientou oportunamente, descrever, analisar e interpretar os dados do Inquérito Social Europeu (*European Social Survey – 2004*), identificando e comparando as diferenças e desigualdades na *saúde e doença* entre i) homens e mulheres e ii) classes sociais, tanto nos homens como nas mulheres, com a finalidade de caracterizar em termos de género e socialmente a *saúde e doença* em Portugal (Continente), nomeadamente na percepção de bem-estar perante a saúde, nas atitudes relativas a consumo de medicamentos e tratamentos, nos cuidados de saúde quanto ao comportamento perante a doença, à frequência a ida a consultas e à relação médico-paciente.

O ponto de partida da pesquisa remete para um conjunto de perguntas que a estruturam e às quais se pretende dar resposta. Assim: em que medida existem diferenças e desigualdades de género e diferenças e desigualdades sociais na *saúde e doença* dos(as) portugueses(as), nomeadamente: na percepção de bem-estar perante a saúde; nas atitudes relativas a consumo de medicamentos e tratamentos; nos cuidados de saúde quanto i) ao comportamento perante a doença, ii) à frequência de consultas e iii) à opinião sobre a relação médico-paciente? Isto é: na *saúde e doença* que diferenças existem entre homens e mulheres? na *saúde e doença* há diferenças e desigualdades entre as mulheres de classes sociais mais favorecidas e as de classes sociais mais desfavorecidas e entre os homens de classes sociais mais favorecidas e os de classes sociais mais desfavorecidas?

Com base nestas preocupações, apresentam-se, então, as hipóteses da pesquisa. Tendo como pressupostos que: 1) na *saúde e doença*, há diferenças entre as mulheres e os homens, mas também nas mulheres entre si e nos homens entre si, 2) que as mulheres apresentam índices de morbidade mais altos, 3) que a idade é um factor que influencia a saúde e doença, 4) que as desigualdades sociais perante a saúde são explicadas em grande parte pelo grau de instrução, rendimento e classe social, espera-se encontrar assimetrias nas atitudes e opiniões perante a *saúde e doença* 1) entre homens e mulheres e 2) entre classes sociais, tanto nos homens como nas mulheres, em Portugal (Continente), apesar de as políticas sociais, familiares e de saúde estarem orientadas estrategicamente no sentido da

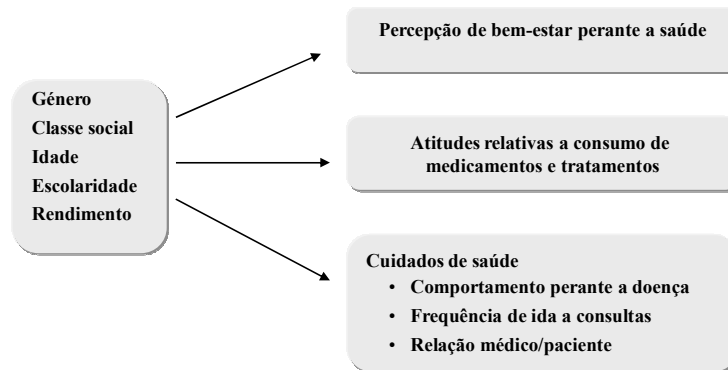
igualdade. Refira-se que, a partir destas hipóteses gerais, foi elaborado um conjunto de hipóteses operacionais (vide Anexo I) que orientaram os procedimentos estatísticos produzidos.

Modelo de análise

Conceitos		Dimensões		Indicadores		Variáveis / Perguntas	
Gênero	Homens / Mulheres			Sexo			F2
<i>Designalidade social</i>	Classe social Educação Rendimento familiar do agregado familiar			Idade Profissão principal x Situação na profissão Anos de escolaridade completos Escala de rendimento			F3 F22 x F12 F7 F32
<i>Saúde e doença</i> <i>Percepção do bem-estar perante a saúde</i>	- Autoavaliação do estado de saúde - Sensações de bem-estar			- Opinião sobre a própria saúde - Frequência nas últimas duas semanas: - Alegre e bem disposto; - Calmo e repousado; - Activo e energético - Fresco e descansado; - Cheio de coisas interessantes			C7 G1; G2; G3 G4; G5
<i>Atitudes relativas a consumo de medicamentos e tratamentos</i>	- Recurso a medicamentos naturais - Preocupação com efeitos secundários dos medicamentos - Uso da receita			- Frequência do uso - Frequência da procuração - Tipo de uso			D6 D7 D9
<i>Cuidados de saúde</i>	<i>Comportamento perante a doença</i> - Pedido de conselho/tratamento sobre problema de saúde – sérias dificuldades em dormir (a quem?) - Pedido de conselho/tratamento sobre problema de saúde – muitas dores nas costas (a quem?) - Possibilidade de escolha do médico de família			- Opção escolhida - Opção escolhida - Opção escolhida			D14 D15 D16
	<i>Ida a consultas</i>			Número de vezes nos últimos 12 meses			D18
	<i>Relação médico-paciente</i>			Opinião sobre cuidados de saúde (concordância): - Médico como mero ‘passador’ de receitas - Seguir indicações médicas - Desapontamento com médico (sair sem receita)			D22 D23 D24
				Opinião sobre a atitude dos médicos (frequência): - Médicos escondem a verdade - Médicos tratam pacientes como iguais - Médicos usam linguagem imperceptível			D25 D26 D30

Esquema geral do modelo de análise

Modelo de análise



4. Procedimentos metodológicos, sua justificação e campo empírico de observação

Tendo em conta que a finalidade da pesquisa é caracterizar em termos de género e socialmente a *saúde e doença* em Portugal (Continente), considera-se pertinente o recurso a dados obtidos por uma metodologia quantitativa (método de medida ou análise extensiva) e pela técnica de investigação do inquérito por questionário (aplicado a uma amostra probabilística representativa da população portuguesa). A quantificação dos comportamentos sociais que o inquérito por questionário possibilita, ao comparar comportamentos de grupos ou de indivíduos, permite encontrar e perceber o significado de comportamentos colectivos. No caso de se pretender fazer extrapolações (generalizações) a partir de dados da amostra utilizam-se cálculos estatísticos apropriados – processo designado por «inferência». Como refere Marinús Pires de Lima, nas análises extensivas, “a pesquisa incide directamente sobre um subconjunto ou uma parte definida das mesmas – a amostra –, considerada representativa, de modo a generalizar posteriormente ao conjunto da população as conclusões obtidas mediante o exame da amostra” (Lima, 1981: 16). Outros autores também sustentam que o inquérito por questionário é uma técnica adequada quando se pretende “interrogar indivíduos tendo em vista uma generalização” (Ghiglione e Matalon, 2001: 15).

Refira-se que o facto de o Inquérito Social Europeu ser um instrumento de medida aplicado junto de uma amostra da população portuguesa, a afirmação de Virgínia Ferreira parece aqui apropriada: “O inquérito continua, ..., a ser o único instrumento que permite detectar a presença e a intensidade de certas características e práticas de vastos conjuntos de indivíduos em níveis adequados de eficácia e eficiência. Desse modo, continua a ser fecundo na exploração dos fenómenos e, por seu intermédio, é possível entrever ligações e interpretações antes insuspeitadas.” (Ferreira, em Silva e Pinto, 1986: 193).

Os elementos observáveis na nossa pesquisa foram os indivíduos (homens e mulheres) inquiridos no Inquérito Social Europeu, entre 15-10-2004 e 17-03-2005, com 15 e mais anos de idade, residentes em unidades de alojamento familiar do território português continental, seleccionados pelo método “último aniversário”. O Inquérito foi aplicado em Portugal e em mais 25 países europeus, sendo 3094 o número de indivíduos a inquirir em Portugal e foram conseguidas 2052 entrevistas. A aplicação do questionário foi realizada através de entrevistas face a face com registo em suporte de papel. Outros elementos

observáveis da pesquisa foram os 1558 indivíduos que referiram ter uma profissão (ou já ter tido), para a classificação da classe social, conjugando as variáveis ‘profissão’ e situação na profissão’. Neste contexto ainda, não podemos deixar de destacar a adequação, que consideramos pertinente, entre a «biografia individual» – elemento que assume bastante importância na sociedade actual – e os elementos observáveis desta pesquisa – os indivíduos respondentes do inquérito. Ou seja, um instrumento de recolha de informação deste tipo permite aos indivíduos, por si próprios, informarem sobre a sua condição de *saúde e doença*, sobre as suas atitudes e as suas práticas neste domínio. Recorde-se o que dissemos na discussão do quadro teórico, relativamente ao facto de, em contexto de sociedade de modernidade avançada, os indivíduos serem agentes das suas próprias atitudes e comportamentos.

Salienta-se que as variáveis utilizadas na análise foram variáveis, predominantemente, qualitativas (vide Anexos IV e V). A fim de alcançar uma análise mais harmonizada, foi necessário recodificar variáveis. Por exemplo: idade (pergunta F3, página 26 do Questionário), agrupando os valores em categorias; anos de escolaridade completos (pergunta F7, página 29 do Questionário), agrupando os valores em categorias; actividade profissional – Classificação Nacional de Profissões – CNP1994-ISCO88 (pergunta F22, página 33 do Questionário), agrupando as profissões em 12 grandes grupos de profissões; rendimento líquido mensal do agregado familiar (pergunta F32, página 35 do Questionário), substituindo cada classe pelo respectivo centro de classe; autoavaliação do estado de saúde (pergunta C7, página 11 do Questionário), agregando categorias; recurso a medicamentos naturais - frequência (pergunta D6, página 16 do Questionário), agregando categorias; preocupação com efeitos secundários dos medicamentos – frequência (pergunta D7, página 16 do Questionário), agregando categorias; uso da receita (pergunta D9, página 17 do Questionário), agregando categorias; pedido de conselho/tratamento sobre problema de saúde – sérias dificuldades em dormir - a quem? (pergunta D14, página 18 do Questionário), agregando categorias; pedido de conselho/tratamento sobre problema de saúde – muitas dores nas costas - a quem? (pergunta D15, página 20 do Questionário, agregando categorias);

Foram também criadas novas variáveis. Por exemplo: 1) situação na profissão, construída a partir da variável “relação salarial” (F12, página 31 do Questionário) e da variável “quantos empregados tem/tinha” (F13, página 31 do Questionário), para distinguir padrões, trabalhadores por conta própria e trabalhadores familiares, trabalhadores por conta

de outrem, categorias necessárias para a construção da variável classe social; 2) classe social, construída a partir do cruzamento da variável “grupos de profissões”, entretanto obtida a partir da actividade profissional (F22, já referida) com a variável “situação na profissão”, atrás mencionada; destes procedimentos resultaram as 7 categorias – EDL (Empresários, Dirigentes e Profissionais Liberais), PTE (Profissionais Técnicos e de Enquadramento), TI (Trabalhadores Independentes), AI (Agricultores Independentes), EE (Empregados Executantes), O (Operários) e AA (Assalariados Agrícolas e das Pescas) – propostas por Firmino da Costa, já aqui oportunamente abordadas no enquadramento teórico (vide também o quadro com a matriz de construção do indicador socioprofissional individual de classe no Anexo II); 3) classe social das mulheres, aplicando os mesmos procedimentos atrás referidos, mas apenas ao sexo feminino; 4) classe social dos homens, aplicando os mesmos procedimentos atrás referidos, mas apenas ao sexo masculino; 5) índice de bem-estar, construído com base nas perguntas G1 a G5, página 47 do Questionário, aplicando uma fórmula de cálculo (vide Anexo III), sendo, posteriormente, feita uma recodificação para obter os valores da escala agrupados entre o valor 1 (bem-estar máximo) e o valor 6 (ausência de bem-estar).

Foi desenvolvida uma análise bivariada, utilizando-se o *SPSS for Windows – versão 15.0*: recorreu-se aos testes estatísticos de Kruskal-Wallis, Mann-Whitney e Qui-quadrado; para identificar associações utilizaram-se os coeficientes de correlação *R* de Pearson, *Rho* de Spearman, *Eta* e *V* de Cramer.

Por último, referimos que se juntam também as páginas do questionário do *ESS-2004* que contêm as perguntas utilizadas na análise (Anexo V).

5. Resultados

5.1. Caracterização da amostra

Os quadros que passamos a apresentar visam dar uma breve caracterização da amostra, e como se disse anteriormente, representativa da população portuguesa, não institucionalizada, com 15 e mais anos. O número de inquiridos distribuiu-se em cada uma das regiões de Portugal Continental da forma apresentada no Quadro 1. Como seria expectável, as Regiões Norte e Lisboa e Vale do Tejo são as mais representadas.

Quadro 1 - Distribuição da população pelas regiões de Portugal

	N	%
Norte	832	40,6
Centro	365	17,8
Lisboa e Vale do Tejo	685	33,4
Alentejo	106	5,2
Algarve	64	3,1
Total	2052	100,0

Quanto à localização da residência, cerca de 60% residiam em zonas urbanas e os restantes em zona rural (Quadro 2).

Quadro 2 – Tipo de localidade de residência

	N	%
Uma grande cidade	404	19,8
Subúrbios ou arredores de uma grande cidade	291	14,2
Vila ou pequena cidade	536	26,2
Aldeia	800	39,2
Casa ou quinta isolada no campo	12	,6
Total	2043	100,0

Relativamente à variável sexo, 41,6% eram do sexo masculino e 58,4% do sexo feminino.

O Quadro 3 apresenta a distribuição dos/as inquiridos/as pela profissão.

Assim, em primeiro lugar figuram os operários, artífices e trabalhadores similares (17,6%) e 16,6% pertencem ao grupo profissional do pessoal dos serviços e vendedores. Os trabalhadores não qualificados dos serviços e comércio são 11,4% e os operadores de instalações e máquinas e trabalhadores de montagem, 10,7%.

Seguem-se, também por ordem decrescente, o pessoal administrativo e similares (10,4%), os quadros superiores e dirigentes (10,2%), as profissões intelectuais e científicas (7,9%), os técnicos e profissionais de nível intermédio (6,7%).

Por último, os agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura e pescas (4,4%), os trabalhadores não qualificados da agricultura e pescas (2,7%), os trabalhadores não qualificados da construção, indústria e transportes (1,1%), os membros das forças armadas (0,3%).

Quanto à sua distribuição por sexo, constata-se a existência de frequências mais elevadas nas mulheres do que nos homens nos seguintes casos:

- profissões intelectuais e científicas (diferença de 3,3%);
- pessoal administrativo e similares (diferença de 4,2%),
- pessoal dos serviços e vendedores (diferença de 11,5%),
- trabalhadores não qualificados dos serviços e comércio (diferença de 11,7%).

A predominância está reservada aos homens nos seguintes grupos profissionais:

- operários, artífices e trabalhadores similares (13,8% de diferença);
- quadros superiores e dirigentes (6,1% de diferença);
- os operadores de instalações e máquinas e trabalhadores de montagem, com 3,9% de diferença;
- agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura e pescas (diferença de 2,9%);
- técnicos e profissionais de nível intermédio (diferença de 2,5%);
- trabalhadores não qualificados da construção, indústria e transportes (diferença de 2,1%);
- membros das forças armadas, com uma diferença de 0,3%.

Quadro 3 – Grupos de profissões por sexo

		Sexo		Total
		Homens	Mulheres	
Quadros Superiores (Adm. Pública, Empresas) e Dirigentes	N	97	62	159
	% segundo Sexo	13,5	7,4	10,2
Profissões intelectuais e científicas	N	44	79	123
	% segundo Sexo	6,1	9,4	7,9
Técnicos e profissionais - Nível intermédio	N	62	43	105
	% segundo Sexo	8,6	5,1	6,7
Pessoal administrativo e similares	N	59	104	163
	% segundo Sexo	8,2	12,4	10,4
Pessoal dos serviços e vendedores	N	75	184	259
	% segundo Sexo	10,4	21,9	16,6
Agricultores e trabalhos qualificados da Agricultura e Pescas	N	43	26	69
	% segundo Sexo	6,0	3,1	4,4
Operários, artífices e trabalhadores similares	N	180	94	274
	% segundo Sexo	25,0	11,2	17,6
Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores de montagem	N	92	75	167
	% segundo Sexo	12,8	8,9	10,7
Membros das Forças Armadas	N	3	1	4
	% segundo Sexo	,4	,1	,3
Trabalhadores não qualificados dos serviços e comércio	N	37	141	178
	% segundo Sexo	5,1	16,8	11,4
Trabalhadores não qualificados da agricultura e pescas	N	12	30	42
	% segundo Sexo	1,7	3,6	2,7
Trabalhadores não qualificados da construção, indústria e transportes	N	16	1	17
	% segundo Sexo	2,2	,1	1,1
Total	N	720	840	1560
	% segundo Sexo	100,0	100,0	100,0

No que concerne ao tipo de relação salarial (Quadro 4), são predominantes os trabalhadores por conta de outrem, destacando-se as mulheres com 85,3% (homens, 76,4%). Contrariamente, os homens apresentam uma frequência mais elevada nos trabalhadores por conta própria (23,6%), enquanto nas mulheres a percentagem foi de 13,6.

Salienta-se aqui que estas percentagens confirmam teorias que evidenciam haver menos mulheres em lugares dirigentes (Guerreiro, 1992). Os dois próximos quadros são também disso exemplo.

Quadro 4 – Relação salarial por sexo

		Sexo		Total
		Homens	Mulheres	
Trabalhador por conta de outrém	N	557	727	1284
	% segundo Sexo	76,4%	85,3%	81,2%
Trabalhador por conta própria	N	172	116	288
	% segundo Sexo	23,6%	13,6%	18,2%
Trabalhador no negócio da família	N	0	9	9
	% segundo Sexo	,0%	1,1%	,6%
Total	N	729	852	1581
	% segundo Sexo	100,0%	100,0%	100,0%

Relativamente à situação na profissão (Quadro 5), os homens prevalecem como patrões (9,7%; enquanto nas mulheres essa percentagem desce para 2,7%).

Quadro 5 – Situação na profissão por sexo

		Sexo		Total
		Homens	Mulheres	
Patrões	N	69	23	92
	% segundo Sexo	9,7	2,7	5,9
Trab. p/ conta própria e Trab. fam.	N	89	96	185
	% segundo Sexo	12,4	11,3	11,9
Trabalhadores por conta de outrem	N	557	727	1284
	% segundo Sexo	77,9	85,9	82,3
Total	N	715	846	1561
	% segundo Sexo	100,0	100,0	100,0

Observando agora uma das variáveis importantes neste estudo, a classe social (Quadro 6), verificamos que é nos empregados executantes que existe a maior discrepância (48,1% nas mulheres e 21,7% nos homens).

Por sua vez, os homens destacam-se no grupo dos operários (37,3% e 18,7%, nas mulheres). Empresários, dirigentes e profissionais liberais também apresentam uma frequência maior (14,9%) relativamente às mulheres (8,5%). Os profissionais técnicos e de enquadramento evidenciam uma diferença bastante diminuta (homens: 14,4%; mulheres:

13,6%), assim como os trabalhadores independentes, os agricultores independentes e os assalariados agrícolas e das pescas.

Quadro 6 – Classe social por sexo

		Sexo		Total
		Homens	Mulheres	
EDL - Empresários, Dirigentes e Profissionais Liberais	N	104	71	175
	% segundo Sexo	14,9	8,5	11,4
PTE - Profissionais Técnicos e de Enquadramento	N	101	113	214
	% segundo Sexo	14,4	13,6	14,0
TI - Trabalhadores Independentes	N	29	35	64
	% segundo Sexo	4,1	4,2	4,2
AI - Agricultores Independentes	N	36	18	54
	% segundo Sexo	5,2	2,2	3,5
EE - Empregados Executantes	N	152	401	553
	% segundo Sexo	21,7	48,1	36,1
O - Operários	N	261	156	417
	% segundo Sexo	37,3	18,7	27,2
AA - Assalariados Agrícolas e das Pescas	N	16	39	55
	% segundo Sexo	2,3	4,7	3,6
Total	N	699	833	1532
	% segundo Sexo	100,0	100,0	100,0

Vejamos, agora, a idade.

Quadro 7 – Idade por sexo

		Sexo		Total
		Homens	Mulheres	
15 a 24 anos	N	154	135	289
	% segundo Sexo	18,1	11,3	14,1
25 a 34 anos	N	139	203	342
	% segundo Sexo	16,4	16,9	16,7
35 a 44 anos	N	146	209	355
	% segundo Sexo	17,2	17,4	17,3
45 a 54 anos	N	110	179	289
	% segundo Sexo	12,9	14,9	14,1
55 a 64 anos	N	109	177	286
	% segundo Sexo	12,8	14,8	14,0
65 anos ou mais	N	192	295	487
	% segundo Sexo	22,6	24,6	23,8
Total	N	850	1198	2048
	% segundo Sexo	100,0	100,0	100,0

O Quadro 7 evidencia, então, que a estrutura etária dos inquiridos evidencia uma discrepância entre sexos mais acentuada no grupo etário dos 15 aos 24 anos. Nos outros níveis verificou-se um maior equilíbrio.

Quanto à escolaridade (Quadro 8), destaca-se uma maior predominância das mulheres (15,1%) no nível com menos de 4 anos de escolaridade (7,3%, nos homens). Também mais mulheres com 4 anos de escolaridade (32%), mas os homens com uma percentagem próxima (31,2). Nos níveis seguintes, os homens têm frequências superiores à das mulheres.

Salienta-se também que, em termos gerais, mais de 50% dos inquiridos estão incluídos em níveis de escolaridade baixos (57,2% até 6 anos de escolaridade).

Quadro 8 – Anos de escolaridade por sexo

		Sexo		Total
		Homens	Mulheres	
Menos de 4 anos de escolaridade	N	62	180	242
	% segundo Sexo	7,3	15,1	11,9
4 anos de escolaridade	N	264	380	644
	% segundo Sexo	31,2	32,0	31,6
5 a 6 anos de escolaridade	N	116	162	278
	% segundo Sexo	13,7	13,6	13,7
7 a 9 anos de escolaridade	N	143	162	305
	% segundo Sexo	16,9	13,6	15,0
10 a 12 anos de escolaridade	N	147	180	327
	% segundo Sexo	17,4	15,1	16,1
13 e mais anos de escolaridade	N	115	125	240
	% segundo Sexo	13,6	10,5	11,8
Total	N	847	1189	2036
	% segundo Sexo	100,0	100,0	100,0

No que respeita ao rendimento mensal do agregado familiar declarado pelos/as inquiridos/as (Quadro 9), constata-se que não existem discrepâncias muito evidentes entre mulheres e homens.

De referir que a prestação de informação relativa a rendimentos, muitas vezes, suscita muitas reservas, facto que também ocorreu na recolha de dados deste inquérito, verificando-se que apenas 54,6% facultou esta informação.

Quadro 9 – Rendimento mensal do agregado familiar por sexo

		Sexo		Total
		Homens	Mulheres	
Menos de €150	N	11	23	34
	% segundo Sexo	2,5	3,4	3,0
€150 a menos de €300	N	31	71	102
	% segundo Sexo	7,0	10,5	9,1
€300 a menos de €500	N	75	128	203
	% segundo Sexo	16,8	18,9	18,1
€500 a menos de €1000	N	155	208	363
	% segundo Sexo	34,8	30,7	32,3
€1000 a menos de €1500	N	82	119	201
	% segundo Sexo	18,4	17,6	17,9
€1500 a menos de €2000	N	32	51	83
	% segundo Sexo	7,2	7,5	7,4
€2000 a menos de €2500	N	16	26	42
	% segundo Sexo	3,6	3,8	3,7
€2500 a menos de €3000	N	14	11	25
	% segundo Sexo	3,1	1,6	2,2
€3000 a menos de €5000	N	9	12	21
	% segundo Sexo	2,0	1,8	1,9
€5000 a menos de €7500	N	7	18	25
	% segundo Sexo	1,6	2,7	2,2
€7500 ou mais	N	14	10	24
	% segundo Sexo	3,1	1,5	2,1
Total	N	446	677	1123
	% segundo Sexo	100,0	100,0	100,0

Aqui, para além do factor idade a explicar os diferenciais de rendimentos, temos o fenómeno da segregação sexual do mercado de trabalho, conhecido em Portugal e noutros países, que mostra haver rendimentos mais altos para os homens com mais idade ou inferiores qualificações. É comum haver mulheres mais qualificadas que homens a ganhar menos (Guerreiro, 2000).

5.2. Percepção do bem-estar perante a saúde

A idade e as habilitações são os factores mais relevantes para explicar a autoavaliação que os indivíduos fazem do estado de saúde (Quadro 10), embora em sentidos inversos. Quanto mais idosos pior a avaliação do seu estado de saúde¹⁴ (Rho= 0,493) e melhor se as habilitações são mais elevadas (Rho=-0,456). Este é também o tipo de relação que existe com o rendimento embora com uma intensidade fraca (Rho= -0,326).

Quadro 10 – Autoavaliação do estado de saúde: associação com factores sociodemográficos
(coeficiente *Rho de Spearman*)

Variáveis explicativas	Autoavaliação do estado de saúde
Idade	0,493***
Anos de escolaridade completos	- 0,456***
Rendimento familiar mensal	- 0,326***
Sexo ¹⁵	0,126***
Classe social ¹⁶	0,188***

*** $p < 0,001$

No caso de sexo e classe social, verificamos que existem correlações fracas. Ainda assim julga-se pertinente sistematizar algumas tendências. Em termos globais (vide Quadro 25 no Anexo VI), tanto no sexo masculino, como no sexo feminino, assistimos a uma autoavaliação positiva do estado de saúde (57,9% dos homens e 46,2% das mulheres fizeram uma autoavaliação muito boa ou boa). Não obstante, salienta-se que as mulheres manifestaram uma tendência para considerar o seu estado de saúde de forma positiva em menor percentagem do que os homens e, paralelamente, de forma negativa, em maior percentagem – 17,1% das mulheres e 10,4% dos homens fizeram uma autoavaliação má ou muito má.

Quanto à classe social (vide Quadro 38 no Anexo VI), destaca-se que as categorias sociais com autoavaliação positiva (muito boa ou boa) com frequências abaixo dos 50% são os operários (46,4%), os agricultores independentes (35,2%) e os assalariados agrícolas e das pescas (apenas 18,2%). Por sua vez, as outras categorias apresentam os seguintes resultados: profissionais técnicos e de enquadramento (64,0%), trabalhadores independentes (54,7%), empresários, dirigentes e profissionais liberais (51,7%),

¹⁴ Recorde-se que a escala de autoavaliação do estado de saúde é decrescente: 1: muito boa ou boa; 2: razoável; 3: má ou muito má.

¹⁵ Foi calculado o coeficiente V de Cramer.

¹⁶ Foi calculado o coeficiente V de Cramer.

empregados executantes (51,4%). No pólo oposto, verifica-se também o mesmo tipo de discrepâncias, constatando assim, por um lado, 52,7% dos assalariados agrícolas e das pescas a considerarem a sua saúde em geral má ou muito má, tal como 24,1% dos agricultores independentes e 16,3% dos operários. Por outro lado, com percentagens inferiores, assinalamos 15,6% dos trabalhadores independentes, 11,3% dos empregados executantes, 10,9% dos empresários, dirigentes e profissionais liberais e apenas 5,6% dos profissionais técnicos e de enquadramento, os quais também fizeram uma autoavaliação negativa do estado de saúde.

Antes de prestar atenção ao Quadro seguinte, importa lembrar que o índice de bem-estar varia entre o valor 1 (bem-estar máximo) e o valor 6 (ausência de bem-estar)¹⁷.

Quadro 11 – Percepção de bem-estar perante a saúde: associação com factores sociodemográficos (coeficiente *R de Pearson*)

Variáveis explicativas	Índice de bem-estar
Idade	0,375***
Anos de escolaridade completos	- 0,328***
Rendimento familiar mensal	0,084**
Sexo ¹⁸	0,154***
Classe social ¹⁹	0,226***

** $p < 0,01$ *** $p < 0,001$

Centrando a atenção no índice de bem-estar, é de realçar a influência do avançar da idade no aumento do valor do índice de bem-estar, o que configura proximidade com a ausência deste. Quanto à escolaridade, o sentido é inverso, ou seja, quanto mais anos de escolaridade os indivíduos possuem, menor é o valor do índice de bem-estar (bem-estar máximo=1).

Também aqui se afigura de interesse discutir um pouco os resultados do índice de bem-estar por sexo e classe, dando alguma atenção aos Quadros 26 e 39 apresentados no Anexo VI.

É possível também constatar que, relativamente ao índice de bem-estar, as mulheres apresentam valores percentuais mais elevados do que os homens nos níveis que se associam a ausência de bem-estar – os valores 4, 5 e 6 revelam, respectivamente, 24,7%,

¹⁷ Vide o Anexo III – Tabela de cálculo de construção do *Índice de bem-estar*.

¹⁸ Foi calculado o coeficiente Eta.

¹⁹ Foi calculado o coeficiente Eta.

14,6% e 3,2%. Por sua vez, nos homens, estes mesmos valores da escala do índice de bem-estar, apresentam as seguintes percentagens: 19,0%, 9,8% e 1,2%.

De forma análoga, os valores próximos do bem-estar máximo (1, 2 e 3) evidenciam também a discrepância entre homens e mulheres. Respectivamente, 6,0%, 29,1% e 34,8%, nos homens, e 2,2%, 23,0% e 32,4%, nas mulheres, com quase três vezes mais homens a assinalarem bem-estar máximo.

No que concerne à classe social, verifica-se uma concentração nos valores 4, 5 e 6 bastante acentuada nos assalariados agrícolas e das pescas, sinal do seu diminuto sentimento de bem-estar (no total, 81,1%). Por sua vez, as frequências mais elevadas ligadas a bem-estar, valores 1, 2 e 3 do índice, encontram-se nas categorias sociais dos profissionais técnicos e de enquadramento (74,7%) e dos empresários, dirigentes e profissionais liberais (67,3%). Veja-se ainda que os agricultores independentes se dividem nas suas avaliações negativas ou positivas, apresentando uma percentagem superior (55,5%) nos valores 4, 5 e 6 (ainda que não muito discrepante dos valores correspondentes a um sentimento de bem-estar). Quanto aos operários, evidencia-se uma frequência mais elevada nos valores de bem-estar (60,7%), assim como nos empregados executantes (61,2%) e nos trabalhadores independentes (67,7%).

Há a constatar também, através do Quadro 12, que, apesar de as mulheres não diferirem muito dos homens, ainda assim apresentam um valor médio superior, o que as coloca mais próximas da ausência de bem-estar (média=3,37).

Quadro 12 – Índice de Bem-Estar segundo o sexo

Sexo	Média	Desvio-padrão	Eta
Homens	3,02	1,07	0,154
Mulheres	3,37	1,12	

No que diz respeito à classe social (Quadro 13), verificamos que com menor bem-estar estão os assalariados agrícolas e das pescas (AA) (média=4,24), reflectindo também a menor dispersão (desvio-padrão=0,99).

De salientar que os profissionais técnicos e de enquadramento (PTE) e os empresários, dirigentes e profissionais liberais (EDL) são os que apresentam valores médios mais baixos (respectivamente, média=2,86 e média=3,13), sendo os que estão mais

próximos do bem-estar máximo, porventura porque detêm mais recursos para enfrentar e resolver problemas de saúde (e das suas vidas pessoais) e também porque são detentores de mais capacidades cognitivas para compreender e melhor gerir dificuldades.

Quadro 13 – Índice de Bem-Estar segundo a classe social

Classe Social	Média	Desvio-padrão	Eta
EDL – Empresários, Dirigentes e Profissionais Liberais	3,13	1,01	0,226
PTE – Profissionais Técnicos e de Enquadramento	2,86	1,08	
TI – Trabalhadores Independentes	3,22	1,10	
AI – Agricultores Independentes	3,66	1,11	
EE – Empregados Executantes	3,24	1,16	
O – Operários	3,34	1,07	
AA – Assalariados Agrícolas e das Pescas	4,24	0,99	

Sendo um elemento relevante nesta pesquisa, vejam-se os resultados no âmbito da classe social, mas agora, entre cada um dos grupos – mulheres, entre si, e homens, entre si.

Também aqui a situação é semelhante (vide Quadro 14): as assalariadas agrícolas (AA) encontram-se mais próximas da ausência de bem-estar (média=4,34; desvio-padrão=0,92); as empresárias, dirigentes e profissionais liberais (EDL) e as profissionais técnicas e de enquadramento (PTE) estão mais próximas do bem-estar máximo – respectivamente, médias=3,25 e 2,98.

Quadro 14 – Índice de Bem-Estar segundo a classe social nas mulheres

Classe Social	Média	Desvio-padrão	Eta
EDL – Empresárias, Dirigentes e Profissionais Liberais	3,25	1,06	0,231
PTE – Profissionais Técnicas e de Enquadramento	2,98	1,09	
TI – Trabalhadoras Independentes	3,46	1,13	
AI – Agricultoras Independentes	3,59	1,36	
EE – Empregadas Executantes	3,36	1,16	
O – Operárias	3,52	1,11	
AA – Assalariadas Agrícolas e das Pescas	4,34	0,92	

Quanto ao sexo masculino, mais uma vez, há semelhanças (vide Quadro 15): os assalariados agrícolas e das pescas (AA) apresentam uma média=3,97, os empresários, dirigentes e profissionais liberais – EDL – apresentam uma média de 3,06 e os

profissionais técnicos e de enquadramento – PTE – são os que se encontram também mais próximos do bem-estar máximo (média=2,74).

Quadro 15 – Índice de Bem-Estar segundo a classe social nos homens

Classe Social	Média	Desvio-padrão	Eta
EDL – Empresários, Dirigentes e Profissionais Liberais	3,06	0,96	0,242
PTE – Profissionais Técnicos e de Enquadramento	2,74	1,06	
TI – Trabalhadores Independentes	2,92	1,00	
AI – Agricultores Independentes	3,70	0,99	
EE – Empregados Executantes	2,94	1,12	
O – Operários	3,23	1,03	
AA – Assalariados Agrícolas e das Pescas	3,97	1,15	

Fazendo agora uma comparação por sexos (Quadro 16), nota-se que as mulheres, em todas as categorias, com a exceção de agricultores/as independentes (AI), apresentam valores de índice de bem-estar superiores aos dos homens, ficando assim mais próximas da ausência de bem-estar.

O quadro seguinte sintetiza esta situação.

Quadro 16 – Índice de Bem-Estar segundo a classe social entre homens e mulheres

Classe Social	Homens Média	Mulheres Média
EDL – Empresários/as, Dirigentes e Profissionais Liberais	3,06	3,25
PTE – Profissionais Técnicos/as e de Enquadramento	2,74	2,98
TI – Trabalhadores/as Independentes	2,92	3,46
AI – Agricultores/as Independentes	3,70	3,59
EE – Empregados/as Executantes	2,94	3,36
O – Operários/as	3,23	3,52
AA – Assalariados/as Agrícolas e das Pescas	3,97	4,34

5.3. Atitudes relativas a consumo de medicamentos e tratamentos

Da análise relacional entre os factores sociodemográficos relevantes nesta pesquisa e algumas atitudes relativas a consumo de medicamentos e tratamentos, é de referir que, duma maneira geral, a associação é fraca (Quadro 17).

Quadro 17 – Atitudes relativas a consumo de medicamentos e tratamentos: associação com factores sociodemográficos
(coeficiente *Rho de Spearman*)

Variáveis explicativas	Recurso a medicamentos naturais	Preocupação com efeitos secundários dos medicamentos
Idade	n.s.	- 0,049*
Anos de escolaridade completos	0,048*	0,168***
Rendimento familiar mensal	0,113***	0,080*
Sexo ²⁰	0,069*	n.s.
Classe social ²¹	0,098**	0,128***

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$ *** $p < 0,001$ n.s. = não significativo

Na preocupação com os efeitos secundários dos medicamentos, verifica-se que ela aumenta nos indivíduos com habilitações literárias elevadas, embora seja de intensidade fraca ($Rho=0,168$)²².

Enquanto o sexo não apresenta associação significativa, o rendimento e a classe apresentam associação, ainda que fraca, com a preocupação com os efeitos secundários dos medicamentos. Os indivíduos com maiores rendimentos têm essa preocupação mais frequentemente ($Rho=0,080$), o que acontece também com os indivíduos de classes sociais mais desfavorecidas.

Ainda nesta componente das atitudes, atente-se no que fizeram os indivíduos com a receita, na última vez que o médico lhes receitou um medicamento que nunca tinham usado (Quadro 18).

²⁰ Foi calculado o coeficiente V de Cramer.

²¹ Foi calculado o coeficiente V de Cramer.

²² A escala desta variável, após recodificação, é a seguinte: Nunca ou raramente; Algumas vezes; Aproximadamente metade das vezes; A maior parte das vezes; Sempre ou quase sempre.

Quadro 18 – Uso da receita por Sexo

		Sexo		Total
		Homens	Mulheres	
Não fui à farmácia aviar a receita	N	12	4	16
	% segundo Sexo	1,4	,3	,8
Aviei a receita mas não tomei o medicamento	N	11	8	19
	% segundo Sexo	1,3	,7	,9
Usei o medicamento, mas não da forma como foi receitado	N	37	58	95
	% segundo Sexo	4,4	4,9	4,7
Usei o medicamento tal como foi receitado	N	744	1083	1827
	% segundo Sexo	87,7	90,6	89,4
Outras respostas	N	44	42	86
	% segundo Sexo	5,2	3,5	4,2
Total	N	848	1195	2043
	% segundo Sexo	100,0	100,0	100,0

Da análise da estrutura da relação (estatisticamente significativa) pode observar-se uma maior percentagem de mulheres a usar o medicamento tal como foi receitado pelo médico.

5.4. Cuidados de saúde

5.4.1. Comportamento perante a doença

Obteve-se uma relação estatisticamente significativa entre os três factores – idade, anos de escolaridade e rendimento – e a iniciativa de pedir conselho/tratamento para resolver um problema de saúde relacionado com dificuldades em dormir²³.

Quadro 19 - Pedido de conselho/tratamento sobre problema de saúde – sérias dificuldades em dormir (a quem?), segundo as médias de idade, anos de escolaridade e rendimento mensal familiar

	Idade	Anos de escolaridade	Rendimento mensal
	Média	Média	Média
Ninguém	45,5	8,3	913,6
Amigos ou familiares	35,4	8,1	1097,0
Farmacêutico	47,5	6,6	1556,6
Médico	48,4	7,1	1286,5
Enfermeiro/a	48,0	6,4	1677,8
Outras respostas	50,0	9,4	786,7
Total	47,5	7,3	1235,3

Observando os resultados do Quadro 19, verificamos que são em média os mais jovens quem mais recorre aos amigos ou familiares para pedir conselho ou tratamento quando se tem dificuldades em dormir (média=35,4 anos). Por sua vez, os indivíduos com mais idade recorrem aos técnicos mais diferenciados: enfermeiro (média=48,0) e médico (média=48,4).

Relativamente aos anos de escolaridade observa-se que os indivíduos com mais anos de escolaridade ou não pedem conselho ou fazem-no a amigos/familiares (respectivamente média=8,3 e média=8,1). Os indivíduos com menos anos de escolaridade estão dependentes dos técnicos diferenciados: farmacêutico (média=6,6) e enfermeiro (média=6,4).

²³ K-W Idade (5) = 38,865; $p < 0,001$;
K-W Anos escolaridade (5) = 25,170; $p < 0,001$;
K-W Rendimento (5) = 18,853; $p = 0,002$.

Quanto ao rendimento mensal do agregado familiar, verifica-se que são os indivíduos com médias de rendimentos mais altos que recorrem aos técnicos diferenciados: enfermeiro (média=1677,8) e farmacêutico (média=1556,6).

Quadro 20 – Pedido de conselho/tratamento sobre problema de saúde – muitas dores nas costas (a quem?) por Sexo

		Sexo		Total
		Homens	Mulheres	
Ninguém	N	98	121	219
	% segundo Sexo	11,5	10,2	10,7
Amigos ou familiares	N	20	27	47
	% segundo Sexo	2,4	2,3	2,3
Farmacêutico	N	26	70	96
	% segundo Sexo	3,1	5,9	4,7
Médico	N	686	958	1644
	% segundo Sexo	80,7	80,4	80,5
Enfermeiro/a	N	11	7	18
	% segundo Sexo	1,3	,6	,9
Outras respostas	N	9	9	18
	% segundo Sexo	1,1	,8	,9
Total	N	850	1192	2042
	% segundo Sexo	100,0	100,0	100,0

$$\chi^2(5) = 12,590; p = 0,028$$

No que concerne à relação entre o pedido de conselho/tratamento sobre um problema de saúde relativo a dores nas costas e o sexo (Quadro 20), constatamos haver uma relação estatisticamente significativa ($p < 0,05$). Mas porque a relação é muito fraca (V de Cramer=0,081) apenas se podem indicar algumas tendências ténues. Há mais homens a não solicitar ajuda que mulheres (11,5% dos homens não recorre a ninguém *versus* 10,2%, nas mulheres). As mulheres recorrem mais do que eles aos farmacêuticos (respectivamente, 5,9% e 3,1%).

Vejamos ainda relativamente a este problema, no âmbito do comportamento perante a doença, mas, agora, analisando-o com outros factores sociodemográficos (Quadro 21).

Quadro 21 - Pedido de conselho/tratamento sobre problema de saúde - muitas dores nas costas (a quem?) segundo as médias de idade, anos de escolaridade e rendimento mensal familiar

	Idade	Anos de escolaridade	Rendimento mensal
	Média	Média	Média
Ninguém	45,6	8,0	945,3
Amigos ou familiares	28,9	9,1	1198,6
Farmacêutico	45,6	6,8	1493,8
Médico	48,3	7,2	1244,9
Enfermeiro/a	43,2	6,8	1051,7
Outras respostas	49,2	8,6	3195,5
Total	47,4	7,3	1233,0

Também aqui, são em média os mais jovens que mais recorrem aos amigos ou familiares para pedir conselho ou tratamento quando se tem muitas dores nas costas (média=28,9 anos). Os indivíduos com mais idade recorrem sobretudo ao médico (média=48,3). De realçar que, quer os que recorrem ao farmacêutico, quer os que não recorrem a ninguém têm a mesma média (45,6). Constata-se que existe relação significativa entre a idade e a iniciativa de pedir conselho/tratamento para resolver um problema de saúde relacionado com muitas dores nas costas²⁴.

No que se refere à influência dos anos de escolaridade (também com efeito significativo²⁵) salienta-se que os indivíduos com mais anos de escolaridade ou pedem conselhos a amigos e familiares ou não o fazem a ninguém (respectivamente, média=9,1 e 8,0). Os menos escolarizados estão mais dependentes dos técnicos diferenciados: médico (média=7,2); farmacêutico e enfermeiro (médias=6,8).

Quanto ao rendimento mensal do agregado familiar, verifica-se que são os indivíduos integrados em famílias com médias de rendimentos mais altos que recorrem ao farmacêutico e médico (respectivamente, média=1493,8 e média=1244,9). Existe uma relação estatisticamente significativa ($p < 0,05$)²⁶.

²⁴ K-W Idade (5) = 54,350; $p < 0,001$.

²⁵ K-W Anos escolaridade (5) = 25,245; $p < 0,001$.

²⁶ K-W Rendim (5) = 11,343; $p = 0,045$.

Na possibilidade de escolha do médico de família, dos três factores – idade, anos de escolaridade e rendimento – apenas o primeiro apresenta efeito estatisticamente significativo²⁷.

Quadro 22 - Possibilidade de escolha do médico de família segundo as médias de idade, anos de escolaridade e rendimento mensal familiar

	Idade	Anos de escolaridade	Rendimento mensal
	Média	Média	Média
Teve possibilidade de escolha	49,7	7,4	1239,0
Não teve possibilidade de escolha	46,2	7,2	1219,8
Total	47,7	7,3	1226,8

Destaca-se então, apenas, que os indivíduos mais idosos (média=49,7) tiveram possibilidade de escolha do médico de família. Neste caso, o valor da média é superior à média total.

²⁷ M-W Z_{Idade} = -4,383; $p < 0,001$;
M-W Z_{Anos escolaridade} = -0,309; n.s.;
M-W Z_{Rendimento} = -1,807; n.s.

5.4.2. Frequência de ida a consultas

Todos os factores sociodemográficos apresentam uma relação estatisticamente significativa com a frequência de ida a consultas, nos últimos 12 meses, motivada por problemas de saúde pessoal²⁸ (Quadro 23).

Quadro 23 – Frequência de ida a consultas: associação com factores sociodemográficos (coeficiente *Rho de Spearman*)

Variáveis explicativas	Frequência de ida a consultas
Idade	0,306***
Anos de escolaridade completos	-0,249***
Rendimento familiar mensal	-0,207***
Sexo ²⁹	0,190***
Classe social ³⁰	0,095***

*** $p < 0,001$

Quanto ao efeito da idade pode concluir-se que existe uma relação directamente proporcional com o número de vezes que se vai a consultas ($Rho=0,306$). Ocorre uma situação inversa com o rendimento familiar mensal, ou seja, a rendimentos elevados corresponde uma diminuição na ida a consultas ($Rho=-0,207$) e também vai no mesmo sentido o efeito da escolaridade ($Rho=-0,249$).

Apesar de mais fracas, mas, ainda assim, também é significativa a associação entre os factores sexo e classe social e a frequência de ida a consultas. No que se refere às diferenças entre homens e mulheres pôde concluir-se (Quadro 31 no Anexo VI) que é entre as mulheres que há um recurso mais frequente ao médico para resolver um problema de saúde – apenas 11,2% das mulheres nunca foi ao médico nos últimos 12 meses, enquanto nos homens esse valor foi de 19,7%. No que concerne ao número de vezes, entre as mulheres, 23,7% foram ao médico 6 e mais vezes, enquanto nos homens esse valor foi de 11,7%.

Relativamente à frequência de ida a consultas médicas, nos últimos 12 meses, por classe social (vide Quadro 46 no Anexo VI), constatamos que cerca de 40% dos

²⁸ A escala desta variável é: Nunca; Uma ou duas vezes; 3-5 vezes; 6-10 vezes; Mais de 10 vezes.

²⁹ Foi calculado o coeficiente V de Cramer.

³⁰ Foi calculado o coeficiente V de Cramer.

assalariados agrícolas e das pescas recorreu ao médico 6 e mais vezes, enquanto nas outras categorias sociais essas frequências foram: 17,8%, nos operários; 17,5%, nos empregados executantes e 17,3%, nos agricultores independentes; por sua vez, também recorreram ao médico 6 e mais vezes, para resolver um problema de saúde pessoal, 15,7% dos profissionais técnicos e de enquadramento, 12,8%, dos empresários, dirigentes e profissionais liberais, e, por último, 11% dos trabalhadores independentes. Destaca-se, assim, nestas três categorias sociais uma concentração na resposta “uma ou duas vezes” – respectivamente, 48,6%, 46,8% e 42,2%. Na situação de nunca ter recorrido a este tipo de cuidados de saúde nos últimos 12 meses, verifica-se, mais uma vez, uma distanciação dos assalariados agrícolas e das pescas (7,5%) em relação às outras categorias sociais, cujos valores variam entre 13,8% nos empregados executantes e 23,1% nos agricultores independentes.

5.4.3. Relação médico-paciente

Opinião sobre cuidados de saúde

No âmbito da relação médico-paciente, encontramos relações não significativas entre algumas das variáveis explicativas e as três variáveis dependentes em análise³¹.

Quadro 24 – Relação médico-paciente: associação com factores sociodemográficos (coeficiente *Rho de Spearman*)

Variáveis explicativas	Médico como mero ‘passador’ de receitas
Idade	-0,079***
Anos de escolaridade completos	0,091***
Rendimento familiar mensal	n.s.
Sexo ³²	n.s.
Classe social ³³	0,087**

** $p < 0,01$ *** $p < 0,001$ n.s. = não significativo

Variáveis explicativas	Seguir indicações médicas
Idade	n.s.
Anos de escolaridade completos	n.s.
Rendimento familiar mensal	0,089**
Sexo ³⁴	n.s.
Classe social ³⁵	0,101***

** $p < 0,01$ *** $p < 0,001$ n.s. = não significativo

Variáveis explicativas	Desapontamento com médico (sair sem receita)
Idade	-0,102***
Anos de escolaridade completos	0,142***
Rendimento familiar mensal	n.s.
Sexo ³⁶	n.s.
Classe social ³⁷	0,108***

*** $p < 0,001$ n.s. = não significativo

³¹ A escala de qualquer uma das variáveis é: Concorda totalmente; Concorda; Nem concorda nem discorda; Discorda; Discorda totalmente.

³² Foi calculado o coeficiente V de Cramer.

³³ Foi calculado o coeficiente V de Cramer.

³⁴ Foi calculado o coeficiente V de Cramer.

³⁵ Foi calculado o coeficiente V de Cramer.

³⁶ Foi calculado o coeficiente V de Cramer.

³⁷ Foi calculado o coeficiente V de Cramer.

Observando então o Quadro 24, no que respeita à opinião que se tem relativamente à situação *Quando as pessoas têm a certeza do medicamento que precisam, o seu médico devia simplesmente passar-lhes a receita*, isto é, considerar o médico como mero ‘passador’ de receitas, verificamos que as pessoas mais idosas tendem a concordar com a afirmação. Situação contrária, encontramos-la quanto aos anos de escolaridade – ao aumento dos anos de escolaridade corresponde uma discordância com a afirmação. Quanto à classe social, são as classes mais desfavorecidas que referem discordância.

Relativamente à afirmação *O melhor é seguir as indicações dos médicos*, constatamos que são os indivíduos com rendimentos familiares mais elevados que discordam da afirmação. Quanto à classe social são os mais favorecidos que concordam.

Por último, a afirmação *Sinto-me um pouco desapontado(a) quando saio do consultório médico sem uma receita* evidencia significância estatística nos casos dos anos de escolaridade, da idade e da classe social. Assim: os indivíduos com habilitações mais elevadas não sentem desapontamento quando saem do consultório sem receita; o mesmo não se passa com as pessoas mais idosas, ou seja, estas tendem a concordar com a afirmação; os indivíduos de classes sociais mais desfavorecidas discordam, não sentindo, assim, desapontamento com o médico se não lhes for passada receita.

Ainda na relação médico-paciente e continuando a utilizar o coeficiente *Rho de Spearman*, atentemos nas seguintes afirmações: *Os médicos escondem toda a verdade aos seus pacientes, Os médicos clínicos gerais/médicos de família tratam os pacientes como seus iguais, Os médicos usam palavras ou expressões que os pacientes têm dificuldade em entender*³⁸.

Opinião sobre a atitude dos médicos

Variáveis explicativas	Médicos escondem a verdade
Idade	n.s.
Anos de escolaridade completos	-0,067**
Rendimento familiar mensal	-0,051*
Sexo ³⁹	0,074*
Classe social ⁴⁰	0,102***

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$ *** $p < 0,001$ n.s. = não significativo

³⁸ A escala de qualquer uma das variáveis é: Nunca ou raramente; Algumas vezes; Aproximadamente metade das vezes; A maior parte das vezes; Sempre ou quase sempre.

³⁹ Foi calculado o coeficiente V de Cramer.

⁴⁰ Foi calculado o coeficiente V de Cramer.

Os indivíduos com habilitações mais elevadas consideram que os médicos escondem a verdade com pouca frequência. O mesmo se passa com os indivíduos de rendimentos familiares mais elevados. Quanto ao sexo e classe social, apesar de termos em atenção que as correlações são muito baixas, verificamos que são as mulheres a considerar que os médicos escondem a verdade com muita frequência, o que também ocorre nas classes sociais mais desfavorecidas. E não ocorre relação significativa com a idade.

Quanto à afirmação *Os médicos clínicos gerais/médicos de família tratam os pacientes como seus iguais*, verifica-se não haver relação estatisticamente significativa, excepto na relação entre a classe social e a variável dependente em análise, apresentando no entanto, um valor p muito próximo de 0,05.

Variáveis explicativas	Médicos tratam pacientes como iguais
Idade	n.s.
Anos de escolaridade completos	n.s.
Rendimento familiar mensal	n.s.
Sexo ⁴¹	n.s.
Classe social ⁴²	0,078*

* $p < 0,05$ n.s. = não significativo

O próximo quadro mostra a relação entre as variáveis explicativas que temos vindo a utilizar e a afirmação relativa à opinião sobre a frequência com que *Os médicos usam palavras ou expressões que os pacientes têm dificuldade em entender*. Deste modo, reparamos que a idade e o sexo não apresentam relação estatisticamente significativa. Quanto aos anos de escolaridade, salienta-se que os indivíduos com habilitações elevadas referem que o uso de linguagem imperceptível é pouco frequente nos médicos. O mesmo ocorre com os indivíduos com rendimento mensal familiar mais elevado. Já na classe social, verificamos que as classes sociais mais desfavorecidas tendem a afirmar que os médicos usam linguagem imperceptível frequentemente.

⁴¹ Foi calculado o coeficiente V de Cramer.

⁴² Foi calculado o coeficiente V de Cramer.

Variáveis explicativas	Médicos usam linguagem imperceptível
Idade	n.s.
Anos de escolaridade completos	-0,114***
Rendimento familiar mensal	-0,059*
Sexo ⁴³	n.s.
Classe social ⁴⁴	0,110***

* $p < 0,05$ *** $p < 0,001$ n.s. = não significativo

⁴³ Foi calculado o coeficiente V de Cramer.

⁴⁴ Foi calculado o coeficiente V de Cramer.

6. Conclusão

A análise dos dados do Módulo “Saúde” do *European Social Survey-2004* aqui apresentada mostra que, não obstante alguns resultados da pesquisa terem evidenciado correlações de intensidade fraca, dos mesmos podemos concluir que, na *saúde e doença*, encontramos algumas diferenças de gênero e entre as classes sociais mais favorecidas e as mais desfavorecidas, tanto nos homens como nas mulheres, e que a idade, o rendimento e o nível de escolaridade são factores que influenciam, condicionam, também, a *saúde e doença*. Porém, salienta-se que os resultados a que chegámos evidenciam que essas diferenças e desigualdades não sobressaem de forma muito marcada.

Isto é, destacamos que a percepção de bem-estar perante a saúde, as atitudes relativas a consumo de medicamentos e tratamentos, os cuidados de saúde quanto ao comportamento perante a doença, à frequência de consultas e à opinião sobre a relação médico-paciente, são indicadores adequados para o entendimento das questões ligadas à saúde, não podendo, no entanto, ser dissociados das questões de gênero e classe social bem como da idade, escolaridade e rendimento. Todos estes factores têm um papel importante na distinção entre os indivíduos. Todavia, não queremos deixar de referir o seguinte: não se veja nesta posição algum determinismo, pois, por vezes, sabemos que é a saúde, ou melhor, a doença que se assume como factor que influencia, por exemplo, a posição social dos indivíduos.

Os resultados aqui identificados sugerem-nos o que passamos a expôr.

Relativamente à percepção de bem-estar perante a saúde, nomeadamente, quanto à autoavaliação do estado de saúde, o gênero afirma-se como factor importante na maneira como cada pessoa avalia o seu próprio estado de saúde, ou seja, há uma tendência para as mulheres subestimarem a apreciação positiva da sua saúde, contrariamente aos homens, os quais tendem a privilegiar essa mesma apreciação positiva. Nas classes sociais mais desfavorecidas existe uma tendência em geral para autoavaliar negativamente o próprio estado de saúde. Por sua vez, estas mesmas condições sociais de existência mais difíceis sugerem que nestas categorias sociais haja uma maior propensão para a doença, com repercussões na maneira como se faz essa avaliação. Os indivíduos mais idosos avaliam pior a sua situação de saúde. Contrariamente, avaliam-na melhor os indivíduos com níveis de instrução mais elevados. Quanto ao rendimento, não obstante a intensidade fraca

identificada, tal avaliação é mais positiva quando feita por indivíduos com maiores rendimentos.

No que concerne ao sentimento de bem-estar, medido pelo índice de bem-estar, construído especificamente para esta pesquisa, constatamos que, pelas suas desiguais condições sociais de vivência do seu cotidiano, as mulheres tendem a declarar sentimentos de bem-estar com menos frequência do que os homens. Constatamos também que as mulheres assinalaram em média um valor superior na escala do índice de bem-estar, ficando, assim, mais próximas da ausência de bem-estar. Por sua vez, relativamente às classes sociais, as mais desfavorecidas tendem a apresentar um sentimento de bem-estar menos frequentemente. Também aqui, a condições sociais de existência mais difíceis está associada maior propensão para a doença, com repercussões na maneira como se afirma o sentimento de bem-estar. Concluimos ainda que há uma maior proximidade da ausência de bem-estar no caso da categoria “assalariados/as agrícolas e das pescas”. Por outro lado, na de “empresários/as, dirigentes e profissionais liberais” bem como na de “profissionais técnicos/as e de enquadramento” encontra-se uma maior proximidade do bem-estar máximo. Em termos comparativos, as mulheres, em todas as categorias sociais (com exceção da categoria “agricultores/as independentes”), em média, estão mais próximas da ausência de bem-estar do que os homens. De realçar que os indivíduos mais idosos apresentam também uma maior proximidade da ausência de bem-estar. Em sentido inverso, aos indivíduos com mais anos de escolaridade correspondem valores próximos do bem-estar máximo.

Prestando agora atenção à relação entre os factores sociodemográficos e algumas atitudes relativas a consumo de medicamentos e tratamentos, salientamos que são os indivíduos com rendimentos superiores aqueles que recorrem mais frequentemente ao uso de medicamentos naturais quando têm um problema de saúde. Situação semelhante ocorre quanto à preocupação com os efeitos secundários dos medicamentos. Concluimos também que essa mesma preocupação não apresenta distinção entre homens e mulheres, aumenta nos indivíduos com habilitações literárias elevadas, diminui à medida que se avança na idade e é mais frequente nas classes sociais mais desfavorecidas. Relativamente ao uso da receita de um medicamento nunca tomado, destaca-se que são as mulheres a referir mais frequentemente que usam o medicamento tal como foi receitado pelo médico.

Quanto aos cuidados de saúde, designadamente, no que respeita ao comportamento perante a doença e tendo como referência os indicadores escolhidos na pesquisa,

afirmaremos que, são em média os mais jovens que mais recorrem aos amigos ou familiares para pedir conselho ou tratamento quando se tem sérias dificuldades em dormir, mas quem recorre aos técnicos mais diferenciados (médico ou enfermeiro) são as pessoas idosas. Conclui-se também que os indivíduos com mais anos de escolaridade tendem a fazer esse pedido a amigos ou familiares ou nem chegam a pedir conselho. Os de habilitações literárias mais baixas estão dependentes dos técnicos diferenciados. O mesmo se passa com os indivíduos com médias de rendimentos mais elevados. As diferenças entre homens e mulheres não são muito evidentes no que respeita ao pedido de conselho ou tratamento quando se trata de ter “muitas dores nas costas”. Contudo, é de realçar que, face a este problema de saúde, os homens tendem mais frequentemente a não recorrer a ninguém. Por sua vez, também neste problema de saúde específico, são os mais jovens quem mais recorre aos amigos ou familiares e os mais idosos ao médico. Também aos técnicos mais diferenciados recorrem mais os indivíduos com habilitações literárias mais baixas e os de rendimentos mais elevados. No que concerne à possibilidade de escolha do médico de família, conclui-se que não há distinção nos diversos factores sociodemográficos, sendo apenas de salientar que os indivíduos mais idosos tiveram possibilidade de escolha.

Ainda no âmbito dos cuidados de saúde, mas agora no recurso a consultas médicas, é de salientar que as mulheres evidenciam mais elevadas frequências na ida a consultas médicas. Refira-se a propósito como nos nossos dias vão vigorando ideias, crenças e percepções da saúde e da doença que associam esta a incapacidade e a inactividade, características que se opõem ao modelo de virilidade. No que respeita às classes sociais, as mais desfavorecidas apresentam uma tendência para declarar com mais frequência a ida a consultas, denotando uma maior necessidade de recurso ao saber médico para resolver os problemas de saúde. Verificámos que os idosos vão com mais frequência a consultas. O contrário se constata nos indivíduos com mais anos de escolaridade e nos que possuem rendimentos mais elevados.

Por último, mas ainda no contexto dos cuidados de saúde, quanto à relação médico-paciente, os resultados da pesquisa apresentaram relações estatisticamente não significativas com os factores sociodemográficos. Porém, podemos concluir que as pessoas mais idosas tendem a considerar o médico como mero ‘passador’ de receitas, quando há a certeza do medicamento de que se precisa. Com opinião diferente, encontramos as pessoas com mais anos de escolaridade e as que se enquadram nas classes sociais mais

desfavorecidas. Quanto à afirmação «o melhor é seguir as indicações dos médicos», os indivíduos com rendimentos familiares mais elevados discordam e quanto à classe social são os mais favorecidos que com ela concordam. É possível concluir também que os indivíduos com habilitações mais elevadas, bem como os das classes sociais mais desfavorecidas, não sentem desapontamento quando saem do consultório médico sem receita. Contrariamente, as pessoas idosas sentem-no.

Na relação médico-paciente, um indicador pertinente é a opinião sobre a atitude dos médicos. Assim, os indivíduos com habilitações mais elevadas e os que possuem rendimentos familiares elevados consideram que os médicos escondem toda a verdade aos seus pacientes com pouca frequência. Podemos ainda concluir que são as mulheres, mas também as classes sociais mais desfavorecidas, a mais considerar que os médicos escondem a verdade. Na relação entre os factores sociodemográficos seleccionados para esta pesquisa e o indicador «os médicos tratam os seus pacientes como iguais», os resultados não evidenciaram significância estatística, não permitindo assim apresentar conclusões. Por último, sublinhamos que os indivíduos com habilitações elevadas referem que o uso de linguagem imperceptível é pouco frequente nos médicos. O mesmo se conclui no caso dos indivíduos com rendimento mensal familiar elevado. Já na classe social, concluímos que as classes sociais mais desfavorecidas tendem a afirmar que os médicos usam frequentemente uma linguagem imperceptível.

Cabe aqui lembrar a pergunta: havendo em Portugal políticas sociais, familiares e de saúde orientadas estrategicamente no sentido da igualdade, em que medida continuará a haver assimetrias na saúde e doença, entre os homens e as mulheres e entre as classes sociais, tanto nos homens como nas mulheres, nas diversas regiões de Portugal Continental?

Face às considerações conclusivas apresentadas, poderemos afirmar que as diferenças entre homens e mulheres não se evidenciaram em todos os indicadores escolhidos. O mesmo se conclui se tivermos em conta as distinções de classe, a idade, o grau de instrução e o rendimento. Estas conclusões não podem ser dissociadas do facto de as dimensões analisadas na pesquisa abrangerem uma área restrita do enorme contexto que é a saúde/doença.

Os resultados da análise efectuada aos dados do *European Social Survey-2004*, designadamente, quanto à autoavaliação do estado de saúde, às sensações de bem-estar, ao recurso a medicamentos naturais, à preocupação com efeitos secundários dos

medicamentos, ao uso da receita, ao comportamento perante a doença (pedido de conselho e tratamento devido a dificuldades em dormir, dores nas costas, possibilidade de escolha do médico de família), à ida a consultas, à relação médico-paciente (opinião sobre cuidados de saúde, opinião sobre a atitude dos médicos) ilustram que há na realidade social portuguesa uma configuração de cenários na *saúde e doença* não tão desiguais como se esperava.

Concluimos, assim, que, tendo os resultados de um inquérito a potencialidade de evidenciar tendências, a caracterização que a análise dos dados do *European Social Survey-2004* permitiu, relativamente às desigualdades de género e sociais na *saúde e doença* da população portuguesa, residente no Continente, aponta para uma redução dessas diferenças e desigualdades.

Neste contexto, consideraremos que as políticas sociais, familiares e de saúde, orientadas estrategicamente no sentido da igualdade, terão contribuído para que ao nível da relação dos indivíduos com a *saúde e doença* haja algum lugar para essa mesma igualdade. No entanto, não podemos terminar sem deixar de reconhecer que outro tipo de análise, mais qualitativa, poderá colher informação com mais profundidade sobre as diferenças e desigualdades de género e sociais que ainda permanecem nas sociedades da modernidade avançada. Nestas mesmas sociedades, o indivíduo – homem ou mulher, duma classe ou de outra – assume uma importância crescente, esbatendo papéis fixos ou imutáveis, mas onde também ainda não se extinguiram completamente certas práticas. Recordamos que no desenvolvimento deste trabalho, já tínhamos mencionado: i) serem ainda as mães quem, mais do que os pais, falta ao emprego quando os filhos estão doentes; ii) ser difícil fazer escolhas saudáveis quando as condições materiais de vida não o permitem.

7. Bibliografia

- Aboim, Sofia (2003), “Evolução das estruturas domésticas (Dossiê «Famílias no censo 2001: caracterização e evolução das estruturas domésticas em Portugal)»”, *Sociologia, Problemas e práticas*, nº 43, Lisboa, CIES
- Alcañiz, Mercedes (2004), “Conciliación entre las esferas pública y privada - ¿Hacia un nuevo modelo en el sistema de géneros?””, *Sociologia, Problemas e práticas*, nº 44, Lisboa, CIES
- Almeida, Ana Nunes de (1992), “Meio social, família e classes operárias”, *Sociologia, Problemas e práticas*, nº 11, Lisboa, CIES
- Almeida, Ana Nunes de (2002), “Novos padrões e outros cenários para a fecundidade em Portugal”, *Análise Social*, Vol. XXXVII (163), Lisboa, ICS-UL (Número especial dedicado ao tema «Famílias»)
- Almeida, João Ferreira de (coord.), Fernando Luís Machado, Luís Capucha e Anália Cardoso Torres (1994), *Introdução à Sociologia*, Lisboa, Universidade Aberta
- Almeida, João Ferreira de, António Firmino da Costa e Fernando Luís Machado (1988), “Famílias, Estudantes e Universidade – Painéis de observação sociográfica”, *Sociologia, Problemas e práticas*, nº 4, Lisboa, CIES
- Almeida; Ana Nunes de e Karin Wall (2001), “Família e quotidiano: movimentos e sinais de mudança”, in J. M. Brandão de Brito (coord.), *O País em Revolução*, Lisboa, Editorial Notícias
- Amâncio, Lígia (1993), “Género: representações e identidades. Análise das representações do masculino e do feminino e sua articulação com as identidades”, *Sociologia, Problemas e práticas*, nº 14, Lisboa, CIES
- Amâncio, Lígia (1994), *Masculino e Feminino – a construção social da diferença*, Porto, Edições Afrontamento
- Amâncio, Lígia (1998), “Género e ciência no percurso da Psicologia Social”, in Maria Beatriz Nizza da Silva e Anne Cova (org.), *Estudos sobre as Mulheres*, Lisboa, Universidade Aberta
- Amâncio, Lígia (2002), “O género na psicologia social em Portugal”, *ex æquo*, nº 6, Oeiras, Celta Editora
- Amâncio, Lígia (2006), “Men as individuals, women as a sexed category: implications of symbolic asymmetry for feminist practice and feminist psychology”, *Feminism & Psychology*, vol. 16(1), 36-44, London, Sage (documento electrónico: <http://fap.sagepub.com>)
- Beck, Ulrich (1992), *Risk society: towards a new modernity*, London, Sage Publications
- Biscaia, André Rosa, José Nunes Martins, Mário Fernando Loureiro Carreira, Inês Fronteira Gonçalves, Ana Rita Antunes e Paulo Ferrinho (2006), *Cuidados de Saúde Primários em Portugal. Reformar para novos sucessos*, Almargem do Bispo, Padrões Culturais Editora
- Bourdieu, Pierre (1979), *La distinction – critique sociale du jugement*, Paris, Éditions Minit
- Bourdieu, Pierre (1980), *Questions de Sociologie*, Paris, Minit
- Bourdieu, Pierre (1999), *A dominação masculina*, Oeiras, Celta Editora

- Bozon, Michel (2002), “Sexualité et genre”, in Jacqueline Laufer, Catherine Marry e Margaret Maurani, (dir.), *Masculin- Féminin: questions pour les sciences de l’homme*, Presses Universitaires de France, Paris
- Bryman, Alan e Duncan Cramer (2003), *Análise de dados em Ciências Sociais, Introdução às Técnicas Utilizando o SPSS para Windows*, Oeiras, Celta Editora, 3ª ed.
- Bury, Michael (1997), *Health and Illness in a changing society*, London/New York, Routledge
- Cabral, Manuel Villaverde (Coordenador), Pedro Alcântara da Silva e Hugo Mendes (2002), *Saúde e doença em Portugal*, Lisboa, Imprensa de Ciências Sociais.
- Cabrero, Gregorio Rodriguez (1997), “Por un nuevo contrato social: el desarrollo de la reforma social en el ámbito de la Unión Europea”, in Luis Moreno, (org.), *Unión Europea y Estado del Bienestar*, Madrid, Consejo Superior de Investigaciones Científicas, Instituto de Estudios Sociales Avanzados
- Campos, A. Correia de (1991), “Estado-providência, perspectivas e financiamento: o caso da saúde”, *Sociologia, Problemas e práticas*, nº 9, Lisboa, CIES
- Cant, Sarah e Ursula Sharma (1999), *A new medical pluralism? Alternative medicine, doctors, patients and the state*, London, Routledge.
- Carapinheiro, Graça (1986), “A saúde no contexto da sociologia”, *Sociologia, Problemas e práticas*, nº 1, Lisboa, CIES
- Carapinheiro, Graça (2003), “Family and health in Portugal”, *Relatório Final - European Observatory on the Social Situation, Demography and the Family*, Lisboa, ISCTE (documento gentilmente cedido pela autora)
- Carapinheiro, Graça (2005), “Do bio-poder ao poder médico”, in *Estudos do Século XX*, nº 5
- Carapinheiro, Graça e Margarida Gameiro Pinto (1987), “Políticas de saúde num país em mudança”, *Sociologia, Problemas e práticas*, nº 3, Lisboa, CIES
- Carapinheiro, Graça e Maria José Hespanha (1997), “A articulação entre cuidados primários e cuidados hospitalares: uma análise sociológica”, *Relatório de Pesquisa*, Coimbra, Centro de Estudos Sociais
- Carapinheiro, Graça e Soraya Côrtes (2000), “Conflitualidade e mudanças face a novos cenários globais: o caso dos sistemas de saúde português e brasileiro”, *Revista Crítica de Ciências Sociais*, nº 57/58, Coimbra, CES
- Carvalho, Helena (2004), *Análise Multivariada de Dados Qualitativos, Utilização da HOMALS com o SPSS*, Lisboa, Edições Sílabo.
- Commaille, Jacques e François de Singly (1997), “L’avenir politique de la question familiale en Europe”, in Jacques Commaille e François de Singly, (dir.), *La question familiale en Europe*, Paris/Montréal, L’Harmattan
- Connell, R. W. (1987), *Gender and power*, Cambridge, Polity Press
- Costa, António Firmino da (1992), *(O que é) Sociologia*, Lisboa, Difusão Cultural
- Costa, António Firmino da (1999), *Sociedade de Bairro: dinâmicas sociais de identidade cultural*, Oeiras, Celta Editora.

- Costa, António Firmino da, Rosário Mauritti, Susana da Cruz Martins, Fernando Luís Machado, João Ferreira de Almeida (2000), “Classes sociais na Europa”, *Sociologia, Problemas e práticas*, nº 34, Lisboa, CIES
- Costa, Joaquim Torres (2002), *Sociedade Portuguesa Contemporânea*, Lisboa, Universidade Aberta
- Cova, Anne (1998), “O conceito de feminismo numa perspectiva histórica”, in Maria Beatriz Nizza da Silva e Anne Cova (org.), *Estudos sobre as Mulheres*, Lisboa, Universidade Aberta
- Crompton, Rosemary (1994), *Clase y estratificación: una introducción a los debates actuales*, Madrid, Tecnos
- Crompton, Rosemary (1997), “Diferença sexual e análise de classes”, *Revista Crítica de Ciências Sociais*, nº 49, Coimbra, CES
- Crompton, Rosemary (2003), “Class and gender beyond the "cultural turn"”, *Sociologia, Problemas e práticas*, nº 42, Lisboa, CIES
- Dex, Shirley (1997), “La participación laboral femenina en Europa”, in Luis Moreno, (org.), *Unión Europea y Estado del Bienestar*, Madrid, Consejo Superior de Investigaciones Científicas, Instituto de Estudios Sociales Avanzados
- Dúran Maria Angeles (1983), *Desigualdad social y enfermedad*, Madrid, Editorial Tecnos
- Elliot, Faith Robertson (1996), *Gender, family and society*, New York, Palgrave
- Estanque, Elísio (1997), “As classes sociais na sociedade portuguesa: um estudo apoiado no modelo de Erik Olin Wright”, *Revista Crítica de Ciências Sociais*, nº 49, Coimbra, CES
- Estanque, Elísio e José Manuel Mendes (1997), “Análise de classes e mobilidade social em Portugal: um breve balanço crítico”, *Revista Crítica de Ciências Sociais*, nº 52/53, Coimbra, CES
- Ferreira, Jaqueline (1998), “O corpo sócio” in Paulo César Alves e Maria Cecília de Souza Minayo (organ.), *Saúde e Doença – Um olhar antropológico*, Rio de Janeiro, Editora Fiocruz
- Ferreira, Virgínia (1986), “O Inquérito por Questionário na Construção de Dados Sociológicos” em Augusto Santos Silva e José Madureira Pinto (orgs.), *Metodologia das Ciências Sociais*, Porto, Edições Afrontamento
- Ferreira, Virgínia (1998/1999), “Os paradoxos da situação das mulheres em Portugal”, *Revista Crítica de Ciências Sociais*, nº 52/53, Coimbra, CES
- Ferreira, Virgínia (1999), “As acções positivas e a segregação do emprego em Portugal”, in Maria Beatriz Nizza da Silva e Anne Cova (org.), *As Mulheres e o Estado*, Lisboa, Universidade Aberta
- Ferreira, Virgínia e J. Bernardo de Lemos (1987), “A saúde dos números: análise dos inquéritos de saúde em Portugal”, *Revista Crítica de Ciências Sociais*, nº 23, Coimbra, CES
- Foddy, William (1996), *Como perguntar - teoria e prática da construção de perguntas em entrevistas e questionários*, Oeiras, Celta Editora.
- Fox, Nick J. (1999) “Os tempos dos cuidados de saúde: poder, controlo e resistência”, *Sociologia, Problemas e práticas*, nº 29, Lisboa, CIES

- Ghiglione, Rodolphe e Benjamin Matalon, (2001), *O Inquérito-teoria e prática*, Oeiras, Celta Editora
- Giddens, Anthony (1988), “Dimensões da Modernidade”, *Sociologia, Problemas e práticas*, nº 4, Lisboa, CIES
- Giddens, Anthony (1994), *Modernidade e Identidade Pessoal*, Oeiras, Celta Editora
- Giddens, Anthony (1996), *Transformações da intimidade – sexualidade, amor e erotismo nas sociedades modernas*, Oeiras, Celta Editora
- Giddens, Anthony (2000), *O mundo na era da globalização*, Lisboa, Editorial Presença
- Giraldes, Maria do Rosário (1990), *Equidade e despesa em saúde*, Lisboa, Editorial Estampa
- Giraldes, Maria do Rosário (1994), “Política económica e política social – suas articulações”, *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, Volume 12, nº 1, Lisboa, Escola Nacional de Saúde Pública
- Giraldes, Maria do Rosário (1996a), “Morbilidade e nível sócio-económico”, *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, Volume 14, nº 1, Lisboa, Escola Nacional de Saúde Pública
- Giraldes, Maria do Rosário (1996b), “Estilos de vida e nível sócio-económico: o exemplo do consumo de tabaco em Portugal”, *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, Volume 14, nº 2, Lisboa, Escola Nacional de Saúde Pública
- Giraldes, Maria do Rosário (1996c), *Desigualdades socioeconómicas e seu impacte na saúde*, Lisboa, Editorial Estampa
- Giraldes, Maria do Rosário (1998), “Morbilidade declarada no INS 1995/96. Que respostas? – Uma abordagem realizada numa perspectiva de equidade”, *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, Volume 16, nº 1, Lisboa, Escola Nacional de Saúde Pública
- Guerreiro, Maria das Dores (1992), “Famílias de empresários e trajectórias sociais”, *Sociologia, Problemas e práticas*, nº 11, Lisboa, CIES
- Guerreiro, Maria das Dores (2000), “Conciliação entre vida profissional e familiar - Apresentação”, in Comissão de Coordenação do Fundo Social Europeu, *Conciliação entre a vida familiar e profissional*, Lisboa, Ministério do Trabalho e da Solidariedade
- Guerreiro, Maria das Dores (2001), “Novos conceitos de família”, *Revista Pretextos*, nº 6, Lisboa, Instituto para o Desenvolvimento Social/Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social
- Guerreiro, Maria das Dores (2003), “Pessoas sós: múltiplas realidades (Dossiê «Famílias no censo 2001: caracterização e evolução das estruturas domésticas em Portugal»)”, *Sociologia, Problemas e práticas*, nº 43, Lisboa, CIES
- Guerreiro, Maria das Dores (2002), “A família no século XXI – temas em debate”, documento de trabalho para a *Revista Pretextos*, Lisboa, Instituto para o Desenvolvimento Social/Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social (documento em formato electrónico gentilmente cedido pela autora)
- Helman, Cecil G. (1994), *Cultura, Saúde e Doença*, Porto Alegre, Editora Artes Médicas Sul
- Hespanha, Pedro (2002), “Individualização, fragmentação e risco social nas sociedades globalizadas”, *Revista Crítica de Ciências Sociais*, nº 63, Coimbra, CES

- Howell, Signe e Marit Melhuss (1993), “The study of kinship; the study of person; a study of gender?”, in Teresa del Valle (Ed.), *Gendered Anthropology*, London, Routledge
- Joaquim, Teresa (1999), “Panorama geral da situação das mulheres em Portugal nos últimos 25 anos”, in AA.VV, *A saúde da mulher em Portugal*, Lisboa, Direcção-Geral da Saúde
- Joaquim, Teresa (2001), “Os estudos sobre as mulheres em filosofia”, *ex æquo*, nº 5, Oeiras, Celta Editora
- Kelleher, David, Jonathan Gabe e Gareth Williams (1996), “Understanding medical dominance in the modern world”, in Jonathan Gabe, David Kelleher e Gareth Williams (ed.), *Challenging Medicine*, New York, Routledge
- Kimmel, Michael S. (2000) *Gendered Society*, New York, Oxford University Press
- Krieger, N., D. R. Williams e N. E. Moss (1997), “Measuring social class in US Public Health Research: Concepts, methodologies and Guidelines”, *Annual Review of Public Health*, nº 18
- Laranjeira, Ana Rita (2004), “Não és homem não és nada: masculinidade e comportamentos de risco”, in Lígia Amâncio (org.), *Aprender a ser Homem*, Lisboa, Livros Horizonte
- Last, John (1988), *Um dicionário de Epidemiologia*, New York/Oxford/Toronto, Oxford University Press (tradução da responsabilidade do Ministério da Saúde – Departamento de Estudos e Planeamento da Saúde (1995)
- Laufer, Jacqueline, Catherine Marry e Margaret Maruani (2001), *Masculin-féminin : questions pour les sciences de l'homme*, Paris, Presses Universitaires de France
- Leandro, Maria Engrácia (2001), *Sociologia da Família nas Sociedades Contemporâneas*, Lisboa, Universidade Aberta
- Lima, Pedro, António Pedro Dores e António Firmino da Costa (1991), “Classificações de profissões nos Censos 91”, *Sociologia, Problemas e práticas*, nº 10, Lisboa, CIES
- Lima, Antónia Pedroso de (1993), “A importância das emoções: novos caminhos no estudo do parentesco e da família” in Xavier Roigé i Ventura (coord.), *Perspectivas en el estudio del parentesco y la Familia*, Actas del VI Congreso de Antropología, Tenerife, Asociación Canaria de Antropología
- Lima, Marinús Pires de (1981), *Inquérito sociológico : problemas de metodologia*, Lisboa, Editorial Presença
- Lopes, Noémia Mendes (2001), “Automedicação: algumas reflexões sociológicas”, *Sociologia, Problemas e práticas*, nº 37, Lisboa, CIES
- Lorber, Judith e Susan A. Farrell (1991), *The social construction of gender*, California, Sage Publications
- Machado, Fernando Luís e António Firmino da Costa (1998), “Processos de uma modernidade inacabada: mudanças estruturais e mobilidade social”, in José Manuel Leite Viegas e António Firmino da Costa (org.), *Portugal, que Modernidade?*, Oeiras, Celta Editora
- Machado, Fernando Luís, António Firmino da Costa, Rosário Mauritti, Susana da Cruz Martins, José Luís Casanova e João Ferreira de Almeida (2003), “Classes sociais e estudantes universitários: origens, oportunidades e orientações”, *Revista Crítica de Ciências Sociais*, nº 66, Coimbra, CES

- Maroco, João (2003), *Análise Estatística com utilização do SPSS*, Lisboa, Edições Sílabo.
- Maroco, João e Regina Bispo (2003), *Estatística aplicada às ciências sociais e humanas*, Lisboa, Climepsi Editores.
- Marques, António Manuel e Lígia Amâncio (2004), “Medicina e masculinidade: da predominância numérica à dominação simbólica”, in Jorge Vala, Margarida Garrido e Paulo Alcobia (org.), *Percursos da investigação em Psicologia Social e Organizacional*, Lisboa, Edições Colibri
- Ministério da Saúde/Direcção-Geral da Saúde (2004), *Plano Nacional de Saúde 2004-2010: Mais saúde para todos*, Volume I: Prioridades; Volume II: Orientações estratégicas, Lisboa, Direcção-Geral da Saúde
- Morgan, Myfanwy, Michael Calnan e Nick Manning (1993), *Sociological approaches to health and medicine*, London/New York, Routledge
- Mozzicafreddo, Juan (1992), “O Estado-Providência em Portugal: estratégias contraditórias”, *Sociologia, Problemas e práticas*, nº 12, Lisboa, CIES
- Mozzicafreddo, Juan (1994), “O Estado-Providência em transição”, *Sociologia, Problemas e práticas*, nº 16, Lisboa, CIES
- Mozzicafreddo, Juan (1998), “Estado, modernidade e cidadania”, in José Manuel Leite Viegas e António Firmino da Costa (org.), *Portugal, que Modernidade?*, Oeiras, Celta Editora
- Nogueira, Conceição (2001), *Um novo olhar sobre as relações sociais de género. Feminismo e perspectivas críticas na Psicologia Social*, Lisboa, Fundação Calouste Gulbenkian/Fundação para a Ciência e Tecnologia
- Nunes, Maria Amália (2007), *Auto-percepção da saúde das mulheres: a influência de factores sociais e familiares*, [Texto policopiado], Tese de mestrado em Família e Sociedade, Lisboa, Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa
- Pires, Rui Pena (1988), “A teoria da estruturação de Anthony Giddens”, *Sociologia, Problemas e práticas*, nº 4, Lisboa, CIES
- Oliveira, João Manuel de e Lígia Amâncio (2002), “Liberdades condicionais – o conceito de papel sexual revisitado”, *Sociologia, Problemas e práticas*, nº 40, Lisboa, CIES
- Oliveira, João Manuel de, Lígia Amâncio, Ricardo Rodrigues e Sílvia Fouto (2003) “Representações sociais dos direitos das mulheres na legislação internacional e portuguesa”, in *Actas da III Jornada Internacional e 1ª Conferência Brasileira em Representações Sociais*, [CD-Rom], 1131-1152, Rio de Janeiro, Universidade Federal do Rio de Janeiro (Ficheiro oca016881)
- Pacheco, José (1997), “Introdução” in *Sexualidade na População Portuguesa* (Trabalho de Investigação - documento de trabalho policopiado cedido pelo autor)
- Pacheco, José (1998), *O tempo e o sexo*, Lisboa, Livros Horizonte
- Pereira, Luís Silva (1993), “Medicinas paralelas e prática social”, *Sociologia, Problemas e práticas*, nº 14, Lisboa, CIES
- Perista, Heloísa (2002), “Os tempos das mulheres e os tempos dos homens”, *Análise Social*, Vol. XXXVII (163), Lisboa, ICS-UL (Número especial dedicado ao tema «Famílias»)
- Pimentel, Luísa (2001), *O lugar do idoso na família – contextos e trajectórias*, Coimbra, Contextos Editora

- Poeschl, Gabrielle e Aurora Silva (2001), “Efeitos das crenças nas diferenças entre sexos na percepção e no julgamento das práticas familiares”, *Psicologia*, Volume XV, nº 1, Lisboa, Associação Portuguesa de Psicologia (Número especial dedicado ao tema «Sexo e género»)
- Portugal, Luísa (1999), “Promoção da saúde e prevenção da doença”, in AA.VV, *A saúde da mulher em Portugal*, Lisboa, Direcção-Geral da Saúde
- Portugal, Sílvia (2000), “Retórica e acção governativa na área das políticas de família desde 1974”, *Revista Crítica de Ciências Sociais*, nº 56, Coimbra, CES
- Prazeres, Vasco (2004), “Tratar da vida e do corpo: masculinidades e políticas de saúde”, in Lígia Amâncio (org.), *Aprender a ser Homem*, Lisboa, Livros Horizonte
- Rêgo, Maria do Céu da Cunha (2002), “Estudos sobre a igualdade entre mulheres e homens”, *ex æquo*, nº 6, Oeiras, Celta Editora
- Reis, Elizabeth (1997), *Estatística Multivariada Aplicada*, Lisboa, Sílabo.
- Reis, Elizabeth (1998), *Estatística Descritiva*, Lisboa, Sílabo, 4ª ed.
- Reis, Elizabeth, Paulo Melo, Rosa Andrade e Teresa Calapez (1997), *Estatística Aplicada*, vols. 1 e 2, Lisboa, Sílabo, 3ª ed.
- Rodrigues, Eduardo Vítor, Florbela Samagaio, Hélder Ferreira, Maria Manuela Mendes e Susana Januário (1999), “Políticas sociais e exclusão social”, *Sociologia, Problemas e práticas*, nº 31, Lisboa, CIES
- Santana, Paula e Artur Vaz, (1999), “Os serviços de saúde e as mulheres”, in AA.VV, *A saúde da mulher em Portugal*, Lisboa, Direcção-Geral da Saúde
- Santos, Boaventura de Sousa (1995) “Sociedade-Providência ou Autoritarismo Social?”, *Revista Crítica de Ciências Sociais*, nº 42, Coimbra, CES, i-vii
- Saraceno, Chiara (2004), “A igualdade difícil – mulheres no mercado de trabalho em Itália e a questão não resolvida da conciliação”, *Sociologia, Problemas e práticas*, nº 44, Lisboa, CIES
- Saraceno, Chiara e Manuela Naldini (2003), *Sociologia da Família*, Lisboa, Editorial Estampa
- Scott, Joan (1998), *La citoyenne paradoxale. Les féministes françaises et les droits de l’homme*, Paris. Albin Michel (1996), tradução francesa de *Only Paradoxes to Offer*, Cambridge, Mass, Harvard University Press
- Segalen, Martine (1999), *Sociologia da Família*, Lisboa, Terramar
- Sgritta, Giovanni B. (1997), “Solidarité étatique versus solidarité familiale. La question des générations”, in Jacques Commaille e François de Singly, (dir.), *La question familiale en Europe*, Paris/Montréal, L’Harmattan, pp. 201-220
- Sharma, Ursula (1995), *Complementary Medicine Today: Practitioners and Patients*, London, Routledge (revised edition).
- Shilling, Chris (1993), *The body and social theory*, London, Sage Publications
- Silva, Augusto Santos e José Madureira Pinto (orgs.) (1986), *Metodologia das Ciências Sociais*, Porto, Edições Afrontamento.
- Silva, Luísa Ferreira da (1999), “Saúde das Mulheres – O género, determinante cultural de saúde”, *Revista de Epidemiologia*, Vol. 13 (Supl. 5): 31-34, Lisboa, Arquivos de Medicina

- Silva, Luísa Ferreira da (2002), “Intervenção comunitária em saúde” in Luísa Ferreira da Silva (organ.), *Promoção da Saúde*, Lisboa, Universidade Aberta
- Silva, Luísa Ferreira da (2004), *Sócio-Antropologia da Saúde – Sociedade, Cultura e Saúde/Doença*, Lisboa, Universidade Aberta
- Silva, Luísa Ferreira da (2005), *Saúde/Doença é questão de cultura: atitudes e comportamentos de saúde materna nas mulheres ciganas em Portugal*, Porto/Lisboa, Alto Comissariado para a Imigração e Minorias Étnicas
- Silva, Luísa Ferreira da, Fátima Alves, Ester Vaz, Cristina Vieira, Aleksandra Berg, Tânia Silva, Fátima Sousa, Clementina Braga, Rudolph van den Hoven e Maria José Guerra (2004), “Vivências de saúde e bem-estar”, in *Actas do V Congresso Português de Sociologia – Sociedades contemporâneas. Reflexividade e Acção*, Braga, Associação Portuguesa de Sociologia
- Silva, Manuela (1999), *A Igualdade de Género – Caminhos e atalhos para uma sociedade inclusiva*, Lisboa, Comissão para a Igualdade e para os Direitos das Mulheres, Cadernos Condição Feminina
- Singly, François de (2000), *O Eu, o Casal e a Família*, Lisboa, Publicações D. Quixote
- Stronks, Katien, H. Dyke van de Mheen, Casper W. N. Looman e Johan P. Mackenbach (1996), “Behavioural and structural factors in the explanation of socio-economic inequalities in health: an empirical analysis”, *Sociology of Health & Illness*, Volume 18, nº 5, Oxford/Cambridge, Blackwell Publishers
- Teixeira, Elsa Guedes (2001), “Solidão, a busca do outro na era do eu: estudo sobre sociabilidades na modernidade tardia”, *Sociologia, Problemas e práticas*, nº 35, Lisboa, CIES
- Torres, Anália (2001), *Sociologia do Casamento – a família e a questão feminina*, Oeiras, Celta Editora
- Torres, Anália (1999) “Aumento do divórcio, mudanças na família e transformações sociais”, in *Actas dos V Cursos Internacionais de Verão de Cascais*, (6 a 11 de Julho de 1998), Volume 4, Cascais, Câmara Municipal de Cascais
- Torres, Anália, Rui Brites, Rita Mendes e Tiago Lapa (2004), “Atitudes e valores dos Europeus: a perspectiva do género – Elementos para uma análise transversal – European Social Survey – 2002”, in *Actas do V Congresso Português de Sociologia – Sociedades contemporâneas. Reflexividade e Acção*, Braga, Associação Portuguesa de Sociologia
- Valente, Paula, Carlos Matias Dias e Ana Cristina Garcia (1999), “Evolução epidemiológica da saúde da mulher em Portugal”, in AA.VV, *A saúde da mulher em Portugal*, Lisboa, Direcção-Geral da Saúde
- Vallet, Louis-André (2002), “Stratification et mobilité sociales: la place des femmes”, in Jacqueline Laufer, Catherine Marry e Margaret Maurani, (dir.), *Masculin-Féminin: questions pour les sciences de l’homme*, Paris, Presses Universitaires de France
- Vasconcelos, Pedro (2002), “Redes de Apoio Familiar e desigualdade social: estratégias de classe”, *Análise Social*, Vol. XXXVII (163), Lisboa, ICS-UL (Número especial dedicado ao tema «Famílias»)
- Worsley, Peter (1977), *Introdução à Sociologia*, Lisboa, Publicações Dom Quixote

Wright, Erik Olin (1997), “Um menu conceptual para o estudo das conexões entre a classe e a diferença sexual”, *Revista Crítica de Ciências Sociais*, nº 49, Coimbra, CES

ANEXOS

- I – Hipóteses operacionais e testes e coeficientes estatísticos aplicados**
- II – Matriz de construção do indicador socioprofissional individual de classe**
- III – Tabela de cálculo de construção do *Índice de bem-estar***
- IV – Lista de perguntas utilizadas do Questionário do *European Social Survey – 2004***
- V – Páginas do questionário (11, 16, 17, 19, 20, 21, 22, 26, 31, 33, 35, 47)**
- VI – Quadros 25 a 52**

I – Hipóteses operacionais e testes e coeficientes estatísticos aplicados

Hipóteses	Coeficientes e testes estatísticos
<p align="center">Percepção de bem-estar perante a saúde</p> <p>Autoavaliação do estado de saúde Há diferenças entre as mulheres e os homens no modo como autoavaliam o seu estado de saúde A classe social, tanto dos homens como das mulheres, influencia (está relacionada com) a autoavaliação do estado de saúde A idade é um factor que influencia (está relacionado com) a autoavaliação do estado de saúde A escolaridade influencia (está relacionada com) a autoavaliação do estado de saúde O rendimento influencia (está relacionado com) a autoavaliação do estado de saúde</p> <p>Sensações de bem-estar Há diferenças entre as mulheres e os homens nas sensações de bem-estar A classe social, tanto dos homens como das mulheres, influencia (está relacionada com) as sensações de bem-estar A idade é um factor que influencia (está relacionado com) as sensações de bem-estar A escolaridade influencia (está relacionada com) as sensações de bem-estar O rendimento influencia (está relacionado com) as sensações de bem-estar</p>	<p>Coeficiente V de Cramer Coeficiente V de Cramer Coeficiente Rho de Spearman Coeficiente Rho de Spearman Coeficiente Rho de Spearman</p> <p>Coeficiente Eta Coeficiente Eta Coeficiente R de Pearson Coeficiente R de Pearson Coeficiente R de Pearson</p>

Atitudes relativas a consumo de medicamentos e tratamentos

Recurso a medicamentos naturais

Há diferenças entre as mulheres e os homens no recurso a medicamentos naturais

A classe social, tanto dos homens como das mulheres, influencia (está relacionada com) o recurso a medicamentos naturais

A idade é um factor que influencia (está relacionado com) o recurso a medicamentos naturais

A escolaridade influencia (está relacionada com) o recurso a medicamentos naturais

O rendimento influencia (está relacionado com) o recurso a medicamentos naturais

Preocupação com efeitos secundários dos medicamentos (frequência)

Há diferenças entre as mulheres e os homens na preocupação com os efeitos secundários dos medicamentos

A classe social, tanto dos homens como das mulheres, influencia (está relacionada com) a preocupação com os efeitos secundários dos medicamentos

A idade é um factor que influencia (está relacionado com) a preocupação com os efeitos secundários dos medicamentos

A escolaridade influencia (está relacionada com) a preocupação com os efeitos secundários dos medicamentos

O rendimento influencia (está relacionado com) a preocupação com os efeitos secundários dos medicamentos

Uso da receita

Há diferenças entre as mulheres e os homens no uso da receita

A classe social, tanto dos homens como das mulheres, influencia (está relacionada com) o uso da receita

A idade é um factor que influencia (está relacionado com) o uso da receita

A escolaridade influencia (está relacionada com) o uso da receita

O rendimento influencia (está relacionado com) o uso da receita

Coefficiente V de Cramer

Coefficiente V de Cramer

Coefficiente Rho de Spearman

Coefficiente Rho de Spearman

Coefficiente Rho de Spearman

Coefficiente V de Cramer

Coefficiente V de Cramer

Coefficiente Rho de Spearman

Coefficiente Rho de Spearman

Coefficiente Rho de Spearman

Teste do Qui-quadrado

Teste do Qui-quadrado

Teste de Kruskal-Wallis

Teste de Kruskal-Wallis

Teste de Kruskal-Wallis

Cuidados de saúde – comportamento perante a doença

Pedido de conselho/tratamento sobre problema de saúde – sérias dificuldades em dormir (a quem?)

Há diferenças entre as mulheres e os homens nas opções tomadas quanto ao pedido de conselho para resolver o problema de saúde ‘sérias dificuldades em dormir’
A classe social, tanto dos homens como das mulheres, influencia (está relacionada com) as opções tomadas quanto ao pedido de conselho para resolver o problema de saúde ‘sérias dificuldades em dormir’
A idade é um factor que influencia (está relacionado com) as opções tomadas quanto ao pedido de conselho para resolver o problema de saúde ‘sérias dificuldades em dormir’
A escolaridade influencia (está relacionada com) as opções tomadas quanto ao pedido de conselho para resolver o problema de saúde ‘sérias dificuldades em dormir’
O rendimento influencia (está relacionado com) as opções tomadas quanto ao pedido de conselho para resolver o problema de saúde ‘sérias dificuldades em dormir’

Teste do Qui-quadrado

Teste do Qui-quadrado

Teste de Kruskal-Wallis

Teste de Kruskal-Wallis

Teste de Kruskal-Wallis

Pedido de conselho/tratamento sobre problema de saúde – muitas dores nas costas (a quem?)

Há diferenças entre as mulheres e os homens nas opções tomadas quanto ao pedido de conselho para resolver o problema de saúde ‘muitas dores nas costas’
O rendimento influencia (está relacionado com) as opções tomadas quanto ao pedido de conselho para resolver o problema de saúde ‘muitas dores nas costas’
A idade é um factor que influencia (está relacionado com) as opções tomadas quanto ao pedido de conselho para resolver o problema de saúde ‘muitas dores nas costas’
A escolaridade influencia (está relacionada com) as opções tomadas quanto ao pedido de conselho para resolver o problema de saúde ‘muitas dores nas costas’
A classe social, tanto dos homens como das mulheres, influencia (está relacionada com) as opções tomadas quanto ao pedido de conselho para resolver o problema de saúde ‘muitas dores nas costas’

Teste do Qui-quadrado

Teste do Qui-quadrado

Teste de Kruskal-Wallis

Teste de Kruskal-Wallis

Teste de Kruskal-Wallis

Possibilidade de escolha do médico de família

- Há diferenças entre as mulheres e os homens na possibilidade de escolha do médico de família
- A classe social, tanto dos homens como das mulheres, influencia (está relacionada com) a possibilidade de escolha do médico de família
- A idade é um factor que influencia (está relacionado com) a possibilidade de escolha do médico de família
- A escolaridade influencia (está relacionada com) a possibilidade de escolha do médico de família
- O rendimento influencia (está relacionado com) a possibilidade de escolha do médico de família

Cuidados de saúde – frequência de ida a consultas

Número de consultas (últimos 12 meses)

- Há diferenças entre as mulheres e os homens na frequência de ida a consultas
- A classe social, tanto dos homens como das mulheres, influencia (está relacionada com) a frequência de ida a consultas
- A idade é um factor que influencia (está relacionado com) a frequência de ida a consultas
- A escolaridade influencia (está relacionada com) a frequência de ida a consultas
- O rendimento influencia (está relacionado com) a frequência de ida a consultas

Teste do Qui-quadrado
Teste do Qui-quadrado

Teste de Mann-Whitney
Teste de Mann-Whitney
Teste de Mann-Whitney

Coefficiente V de Cramer
Coefficiente V de Cramer

Coefficiente Rho de Spearman
Coefficiente Rho de Spearman
Coefficiente Rho de Spearman

Cuidados de saúde – relação médico-paciente

Opinião sobre cuidados de saúde

Médico como mero ‘passador’ de receitas

Há diferenças entre as mulheres e os homens na opinião quanto à consideração do médico como mero ‘passador’ de receitas

A classe social, tanto dos homens como das mulheres, influencia (está relacionada com) a opinião quanto à consideração do médico como mero ‘passador’ de receitas

A idade é um factor que influencia (está relacionado com) a opinião quanto à consideração do médico como mero ‘passador’ de receitas

A escolaridade influencia (está relacionada com) a opinião quanto à consideração do médico como mero ‘passador’ de receitas

O rendimento influencia (está relacionado com) a opinião quanto à consideração do médico como mero ‘passador’ de receitas

Seguir indicações médicas

Há diferenças entre as mulheres e os homens na opinião relativa ao seguimento das indicações médicas

A classe social, tanto dos homens como das mulheres, influencia (está relacionada com) a opinião relativa ao seguimento das indicações médicas

A idade é um factor que influencia (está relacionado com) a opinião relativa ao seguimento das indicações médicas

A escolaridade influencia (está relacionada com) a opinião relativa ao seguimento das indicações médicas

O rendimento influencia (está relacionado com) a opinião relativa ao seguimento das indicações médicas

Coefficiente V de Cramer

Coefficiente V de Cramer

Coefficiente Rho de Spearman

Coefficiente Rho de Spearman

Coefficiente Rho de Spearman

Coefficiente V de Cramer

Coefficiente V de Cramer

Coefficiente Rho de Spearman

Coefficiente Rho de Spearman

Coefficiente Rho de Spearman

Desapontamento com médico (sair sem receita)

O rendimento influencia (está relacionado com) a opinião quanto ao desapontamento com o médico (sair sem receita)

A classe social, tanto dos homens como das mulheres, influencia (está relacionada com) a opinião quanto ao desapontamento com o médico (sair sem receita)

A idade é um factor que influencia (está relacionado com) a opinião quanto ao desapontamento com o médico (sair sem receita)

A escolaridade influencia (está relacionada com) a opinião quanto ao desapontamento com o médico (sair sem receita)

Há diferenças entre as mulheres e os homens na opinião quanto ao desapontamento com o médico (sair sem receita)

Opinião sobre a atitude dos médicos

Médicos escondem a verdade

Há diferenças entre as mulheres e os homens na opinião sobre os médicos esconderem a verdade

A classe social, tanto dos homens como das mulheres, influencia (está relacionada com) a opinião sobre os médicos esconderem a verdade

A idade é um factor que influencia (está relacionado com) a opinião sobre os médicos esconderem a verdade

O rendimento influencia (está relacionado com) a opinião sobre os médicos esconderem a verdade

A escolaridade influencia (está relacionada com) a opinião sobre os médicos esconderem a verdade

Coefficiente V de Cramer

Coefficiente V de Cramer

Coefficiente Rho de Spearman

Coefficiente Rho de Spearman

Coefficiente Rho de Spearman

Coefficiente V de Cramer

Coefficiente V de Cramer

Coefficiente Rho de Spearman

Coefficiente Rho de Spearman

Coefficiente Rho de Spearman

Médicos tratam os pacientes como iguais

Há diferenças entre as mulheres e os homens na opinião sobre os médicos tratarem os pacientes como iguais
A classe social, tanto dos homens como das mulheres, influencia (está relacionada com) a opinião sobre os médicos tratarem os pacientes como iguais
A idade é um factor que influencia (está relacionado com) a opinião sobre os médicos tratarem os pacientes como iguais
A escolaridade influencia (está relacionada com) a opinião sobre os médicos tratarem os pacientes como iguais
O rendimento influencia (está relacionado com) a opinião sobre os médicos tratarem os pacientes como iguais

Médicos usam linguagem imperceptível

Há diferenças entre as mulheres e os homens na opinião sobre os médicos usarem uma linguagem imperceptível
A classe social, tanto dos homens como das mulheres, influencia (está relacionada com) a opinião sobre os médicos usarem uma linguagem imperceptível
A idade é um factor que influencia (está relacionado com) a opinião sobre os médicos usarem uma linguagem imperceptível
A escolaridade influencia (está relacionada com) a opinião sobre os médicos usarem uma linguagem imperceptível
O rendimento influencia (está relacionado com) a opinião sobre os médicos usarem uma linguagem imperceptível

Coefficiente V de Cramer

Coefficiente V de Cramer

Coefficiente Rho de Spearman

Coefficiente Rho de Spearman

Coefficiente Rho de Spearman

Coefficiente V de Cramer

Coefficiente V de Cramer

Coefficiente Rho de Spearman

Coefficiente Rho de Spearman

Coefficiente Rho de Spearman

II – Matriz de construção do indicador socioprofissional individual de classe

MATRIZ DE CONSTRUÇÃO DO INDICADOR SOCIOPROFISSIONAL INDIVIDUAL DE CLASSE

Profissões (grandes grupos/CNP 94)	Situação na profissão		
	Patrões	Trabalhadores por conta própria (+Trab. fam.)	Trabalhadores por conta de outrem (+M.a.c.+Out.)
1 Quadros sup. da adm. pública, dirigentes e quadros sup. de empresa	EDL	EDL	EDL
2 Especialistas das profissões intelectuais e científicas	EDL	EDL	PTE
3 Técnicos e profissionais de nível intermédio	EDL	EDL	PTE
4 Pessoal administrativo e similares	EDL	TI	EE
5 Pessoal dos serviços e vendedores	EDL	TI	EE
6 Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura e pescas	EDL	AI	AA
7 Operários, artífices e trabalhadores similares	EDL	TI	O
8 Operadores de instalações e máquinas e trab. de montagem	EDL	TI	O
9.1 Trabalhadores não qualificados dos serviços e comércio	EDL	TI	EE
9.2 Trabalhadores não qualificados da agricultura e pesca	EDL	AI	AA
9.3 Trabalhadores não qualificados da construção, indústria e transportes	EDL	TI	O

EDL – Empresários, Dirigentes e Profissionais Liberais

PTE – Profissionais Técnicos e de Enquadramento

TI – Trabalhadores Independentes

AI – Agricultores Independentes

EE – Empregados Executantes

O – Operários

AA – Assalariados Agrícolas

Retirado de: Costa, 1999: 230

III - Tabela de cálculo de construção do *Índice de bem-estar*

CONSTRUÇÃO DO ÍNDICE DE BEM-ESTAR

O Índice de Bem-Estar é obtido:

1. somando os valores do códigos das respostas às 5 perguntas do questionário;
 2. calculando a média dos valores de cada pergunta (dividindo o resultado da soma pelo número de perguntas).
- Assim, ao valor 1 corresponderá 'Bem-Estar máximo' e ao valor 6 corresponderá 'Ausência de Bem-Estar'.

Exemplo:

	Sempre	A maior Parte das vezes	Mais de metade das vezes	Menos de metade das vezes	Algumas vezes	Nunca	(Recusa)	(NS)	(NR)
G1	1	2	3	4	5	6	7	8	9
G2	1	2	3	4	5	6	7	8	9
G3	1	2	3	4	5	6	7	8	9
G4	1	2	3	4	5	6	7	8	9
G5	1	2	3	4	5	6	7	8	9

Escala do Índice de Bem-Estar

1 – Bem-Estar Máximo; 6 – Ausência de Bem-Estar

1-----| 6

	Inquirido nº 1	Inquirido nº 2	Inquirido nº 3
G1 = 1 ; G2 = 1; G3 = 1; G4 = 1; G5 = 1	G1 = 2 ; G2 = 3; G3 = 4; G4 = 2; G5 = 5	G1 = 6 ; G2 = 6; G3 = 6; G4 = 6; G5 = 6	
Aplicação do cálculo do índice de bem-estar 1. 1 + 1 + 1 + 1 + 1 = 5 2. 5:5 = 1	Aplicação do cálculo do índice de bem-estar 3. 2 + 3 + 4 + 2 + 5 = 16 4. 16:5 = 3,2	Aplicação do cálculo do índice de bem-estar 5. 6 + 6 + 6 + 6 + 6 = 30 6. 30:5 = 6	
Score no índice de bem-estar do inquirido nº 1 – 1	Score no índice de bem-estar do inquirido nº 2 – 3,2	Score no índice de bem-estar do inquirido nº 3 – 6	

IV – Lista de perguntas utilizadas do Questionário do *European Social Survey* – 2004

Variáveis independentes

Caracterização sociodemográfica

Posição – Designação da variável

F2 – Sexo

Homens; Mulheres

F3 – Ano de nascimento (a partir desta variável construiu-se a variável idade)

F7 – Anos de escolaridade completos

F12 – Relação salarial

Trabalhador por conta de outrem; Trabalhador por conta própria; Trabalhador no negócio da família

F22 – Actividade profissional, ISCO88 (com)

F32 – Rendimento líquido do agregado familiar

Variáveis dependentes

Percepção de bem-estar perante a saúde

Posição – Designação da variável

C7 – Avaliação subjectiva do estado de saúde

Muito boa; Boa; Razoável; Má; Muito má

G1 – Senti-me alegre e bem-disposto(a)

Sempre; A maior parte das vezes; Mais de metade das vezes; Menos de metade das vezes; Algumas vezes; Nunca

G2 – Senti-me calmo(a) e repousado(a)

Sempre; A maior parte das vezes; Mais de metade das vezes; Menos de metade das vezes; Algumas vezes; Nunca

G3 – Senti-me activo(a) e energético(a)

Sempre; A maior parte das vezes; Mais de metade das vezes; Menos de metade das vezes; Algumas vezes; Nunca

G4 – Acordei fresco(a) e descansado(a)

Sempre; A maior parte das vezes; Mais de metade das vezes; Menos de metade das vezes; Algumas vezes; Nunca

G5 – O meu dia-a-dia foi cheio de coisas interessantes

Sempre; A maior parte das vezes; Mais de metade das vezes; Menos de metade das vezes; Algumas vezes; Nunca

Atitudes relativas a consumo de medicamentos e tratamentos

Posição – Designação da variável

D6 – Frequência com que usa medicamentos naturais (quando tem um problema de saúde)

Nunca ou raramente; Algumas vezes; Aproximadamente metade das vezes;
A maior parte das vezes; Sempre ou quase sempre; (Não tem problemas de saúde)

D7 – Quando lhe receitam um medicamento, com que frequência se preocupa com os efeitos secundários

Nunca ou raramente; Algumas vezes; Aproximadamente metade das vezes;
A maior parte das vezes; Sempre ou quase sempre; (Não usa medicamentos por receita)

D9 – Na última vez que o médico lhe receitou um medicamento que nunca tinha usado, o que fez com a receita

Não fui à farmácia aviar a receita; Aviei a receita mas não tomei o medicamento;
Usei o medicamento, mas não da forma como foi receitado; Usei o medicamento tal como foi receitado; Não me lembro da última vez que o médico receitou um medicamento; (Nunca tive uma receita passada pelo médico); Outra resposta

Cuidados de saúde – comportamento perante a doença

Posição – Designação da variável

D14 – Imagine agora que tinha sérias dificuldades em dormir. Se resolvesse pedir conselho ou tratamento a alguém, qual das seguintes opções escolheria em primeiro lugar?

Ninguém; Amigos ou familiares; Farmacêutico; Médico; Enfermeiro/a; Consultava a internet; Linha telefónica de apoio médico; Outro técnico de saúde

D15 – Se estivesse com muitas dores nas costas? Se resolvesse pedir conselho ou tratamento a alguém, qual das seguintes opções escolheria em primeiro lugar?

Ninguém; Amigos ou familiares; Farmacêutico; Médico; Enfermeiro/a; Consultava a internet; Linha telefónica de apoio médico; Outro técnico de saúde

D16 – Possibilidade de escolha do médico de família

Teve possibilidade de escolha; Não teve possibilidade de escolha

Cuidados de saúde – frequência de ida a consultas

Posição – Designação da variável

D18 – Nos últimos 12 meses/no último ano, quantas vezes foi ao médico por causa de um problema de saúde pessoal?

Nunca; Uma ou duas vezes; 3-5 vezes; 6-10 vezes; Mais de 10 vezes

Cuidados de saúde – relação médico-paciente

Posição – Designação da variável

D22 – Quando as pessoas têm a certeza do medicamento que precisam, o seu médico devia simplesmente passar-lhes a receita

Concorda totalmente; Concorda; Nem concorda nem discorda; Discorda; Discorda totalmente

D23 – O melhor é seguir as indicações dos médicos

Concorda totalmente; Concorda; Nem concorda nem discorda; Discorda; Discorda totalmente

D24 – Sinto-me um pouco desapontado(a) quando saio do consultório médico sem uma receita

Concorda totalmente; Concorda; Nem concorda nem discorda; Discorda; Discorda totalmente

D25 – Os médicos escondem toda a verdade aos seus pacientes

Nunca ou raramente; Algumas vezes; Aproximadamente metade das vezes;
A maior parte das vezes; Sempre ou quase sempre

D26 – Os médicos clínicos gerais/médicos de família tratam os pacientes como seus iguais

Nunca ou raramente; Algumas vezes; Aproximadamente metade das vezes;
A maior parte das vezes; Sempre ou quase sempre

D30 – Os médicos usam palavras ou expressões que os pacientes têm dificuldade em entender

Nunca ou raramente; Algumas vezes; Aproximadamente metade das vezes;
A maior parte das vezes; Sempre ou quase sempre

V - Páginas do questionário (11, 16, 17, 19, 20, 21, 22, 26, 31, 33, 35, 47)

VI – Quadros 25 a 52

Percepção de bem-estar perante a saúde

Quadro 25 – Autoavaliação do estado de saúde por Sexo

		Sexo		Total
		Homens	Mulheres	
Muito boa ou boa	N	493	553	1046
	% segundo Sexo	57,9	46,2	51,0
Razoável	N	270	439	709
	% segundo Sexo	31,7	36,7	34,6
Má ou muito má	N	89	205	294
	% segundo Sexo	10,4	17,1	14,3
Total	N	852	1197	2049
	% segundo Sexo	100,0	100,0	100,0

Quadro 26 – Índice de bem-estar por Sexo

		Sexo		Total
		Homens	Mulheres	
1 (Máx.)	N	51	26	77
	% segundo Sexo	6,0	2,2	3,8
2	N	246	273	519
	% segundo Sexo	29,1	23,0	25,5
3	N	294	385	679
	% segundo Sexo	34,8	32,4	33,4
4	N	160	294	454
	% segundo Sexo	19,0	24,7	22,3
5	N	83	173	256
	% segundo Sexo	9,8	14,6	12,6
6 (Mín.)	N	10	38	48
	% segundo Sexo	1,2	3,2	2,4
Total	N	844	1189	2033
	% segundo Sexo	100,0	100,0	100,0

Atitudes relativas a consumo de medicamentos e tratamentos

Quadro 27 – Recurso a medicamentos naturais por Sexo

		Sexo		Total
		Homens	Mulheres	
Nunca ou raramente	N	543	693	1236
	% segundo Sexo	64,2	58,1	60,6
Algumas vezes	N	228	367	595
	% segundo Sexo	27,0	30,8	29,2
Aproximadamente metade das vezes	N	24	55	79
	% segundo Sexo	2,8	4,6	3,9
Quase sempre ou sempre	N	51	77	128
	% segundo Sexo	6,0	6,5	6,3
Total	N	846	1192	2038
	% segundo Sexo	100,0	100,0	100,0

Quadro 28 – Preocupação com efeitos secundários dos medicamentos por Sexo

		Sexo		Total
		Homens	Mulheres	
Nunca ou raramente	N	153	204	357
	% segundo Sexo	18,1	17,1	17,5
Algumas vezes	N	220	274	494
	% segundo Sexo	26,0	23,0	24,2
Aproximadamente metade das vezes	N	44	80	124
	% segundo Sexo	5,2	6,7	6,1
A maior parte das vezes	N	162	259	421
	% segundo Sexo	19,1	21,7	20,7
Sempre ou quase sempre	N	267	375	642
	% segundo Sexo	31,6	31,5	31,5
Total	N	846	1192	2038
	% segundo Sexo	100,0	100,0	100,0

Cuidados de saúde – Comportamento perante a doença

Quadro 29 – Pedido de conselho/tratamento sobre problema de saúde – sérias dificuldades em dormir (a quem?) por Sexo

		Sexo		
		Homens	Mulheres	Total
Ninguém	N	134	191	325
	% segundo Sexo	15,9	16,0	15,9
Amigos ou familiares	N	29	42	71
	% segundo Sexo	3,4	3,5	3,5
Farmacêutico	N	43	82	125
	% segundo Sexo	5,1	6,9	6,1
Médico	N	628	872	1500
	% segundo Sexo	74,4	72,9	73,5
Enfermeiro/a	N	6	3	9
	% segundo Sexo	,7	,3	,4
Outras respostas	N	4	6	10
	% segundo Sexo	,5	,5	,5
Total	N	844	1196	2040
	% segundo Sexo	100,0	100,0	100,0

$\chi^2(5) = 5,049$; n.s.

Quadro 30 – Possibilidade de escolha do médico de família por Sexo

		Sexo		
		Homens	Mulheres	Total
Teve possibilidade de escolha	N	317	496	813
	% segundo Sexo	38,9	42,9	41,2
Não teve possibilidade de escolha	N	497	661	1158
	% segundo Sexo	61,1	57,1	58,8
Total	N	814	1157	1971
	% segundo Sexo	100,0	100,0	100,0

$\chi^2(1) = 3,039$; n.s.

Frequência de ida a consultas

Quadro 31 – Frequência de ida a consultas médicas, nos últimos 12 meses, por Sexo

		Sexo		Total
		Homens	Mulheres	
Nunca	N	163	130	293
	% segundo Sexo	19,7	11,2	14,8
Uma ou duas vezes	N	380	444	824
	% segundo Sexo	46,0	38,4	41,6
3-5 vezes	N	186	308	494
	% segundo Sexo	22,5	26,6	24,9
6-10 vezes	N	48	152	200
	% segundo Sexo	5,8	13,1	10,1
Mais de 10 vezes	N	49	123	172
	% segundo Sexo	5,9	10,6	8,7
Total	N	826	1157	1983
	% segundo Sexo	100,0	100,0	100,0

Relação médico-paciente
Opinião sobre cuidados de saúde

Quadro 32 – Opinião sobre o médico como mero ‘passador’ de receitas por Sexo

		Sexo		
		Homens	Mulheres	Total
Concorda totalmente	N	33	64	97
	% segundo Sexo	3,9	5,5	4,9
Concorda	N	144	246	390
	% segundo Sexo	17,1	21,2	19,5
Nem concorda nem discorda	N	121	156	277
	% segundo Sexo	14,4	13,5	13,9
Discorda	N	321	402	723
	% segundo Sexo	38,2	34,7	36,2
Discorda totalmente	N	222	291	513
	% segundo Sexo	26,4	25,1	25,7
Total	N	841	1159	2000
	% segundo Sexo	100,0	100,0	100,0

Quadro 33 – Opinião sobre seguir indicações médicas por Sexo

		Sexo		
		Homens	Mulheres	Total
Concorda totalmente	N	295	423	718
	% segundo Sexo	34,8	35,4	35,1
Concorda	N	464	629	1093
	% segundo Sexo	54,7	52,6	53,5
Nem concorda nem discorda	N	71	112	183
	% segundo Sexo	8,4	9,4	9,0
Discorda	N	18	29	47
	% segundo Sexo	2,1	2,4	2,3
Discorda totalmente	N	0	3	3
	% segundo Sexo	,0	,3	,1
Total	N	848	1196	2044
	% segundo Sexo	100,0	100,0	100,0

Quadro 34 – Opinião sobre desapontamento com médico (sair sem receita) por Sexo

		Sexo		Total
		Homens	Mulheres	
Concorda totalmente	N	9	22	31
	% segundo Sexo	1,1	1,9	1,5
Concorda	N	90	145	235
	% segundo Sexo	10,7	12,3	11,7
Nem concorda nem discorda	N	134	208	342
	% segundo Sexo	16,0	17,7	17,0
Discorda	N	330	430	760
	% segundo Sexo	39,3	36,6	37,7
Discorda totalmente	N	276	370	646
	% segundo Sexo	32,9	31,5	32,1
Total	N	839	1175	2014
	% segundo Sexo	100,0	100,0	100,0

Relação médico-paciente
Opinião sobre a atitude dos médicos

Quadro 35 – Opinião sobre a frequência com que os médicos escondem a verdade aos seus pacientes por Sexo

		Sexo		Total
		Homens	Mulheres	
Nunca ou raramente	N	224	377	601
	% segundo Sexo	27,6	32,8	30,6
Algumas vezes	N	424	516	940
	% segundo Sexo	52,2	44,9	47,9
Aproximadamente metade das vezes	N	88	145	233
	% segundo Sexo	10,8	12,6	11,9
A maior parte das vezes	N	55	81	136
	% segundo Sexo	6,8	7,0	6,9
Sempre ou quase sempre	N	22	30	52
	% segundo Sexo	2,7	2,6	2,7
Total	N	813	1149	1962
	% segundo Sexo	100,0	100,0	100,0

Quadro 36 – Opinião sobre a frequência com que os médicos de família tratam os pacientes como seus iguais por Sexo

		Sexo		Total
		Homens	Mulheres	
Nunca ou raramente	N	79	118	197
	% segundo Sexo	9,6	10,1	9,9
Algumas vezes	N	284	417	701
	% segundo Sexo	34,5	35,7	35,2
Aproximadamente metade das vezes	N	138	213	351
	% segundo Sexo	16,8	18,3	17,6
A maior parte das vezes	N	166	247	413
	% segundo Sexo	20,2	21,2	20,8
Sempre ou quase sempre	N	156	172	328
	% segundo Sexo	19,0	14,7	16,5
Total	N	823	1167	1990
	% segundo Sexo	100,0	100,0	100,0

Quadro 37 – Opinião sobre a frequência com que os médicos usam linguagem imperceptível por Sexo

		Sexo		Total
		Homens	Mulheres	
Nunca ou raramente	N	95	141	236
	% segundo Sexo	11,4	12,0	11,8
Algumas vezes	N	411	545	956
	% segundo Sexo	49,5	46,3	47,7
Aproximadamente metade das vezes	N	155	245	400
	% segundo Sexo	18,7	20,8	19,9
A maior parte das vezes	N	111	155	266
	% segundo Sexo	13,4	13,2	13,3
Sempre ou quase sempre	N	58	90	148
	% segundo Sexo	7,0	7,7	7,4
Total	N	830	1176	2006
	% segundo Sexo	100,0	100,0	100,0

Percepção de bem-estar perante a saúde

Quadro 38 – Autoavaliação do estado de saúde por Classe Social

	Classe Social							Total
	EDL - Empresários, Dirigentes e Profissionais Liberais	PTE - Profissionais Técnicos e de Enquadramento	TI - Trabalhadores Independentes	AI - Agricultores Independentes	EE - Empregados Executantes	O - Operários	AA - Assalariados Agrícolas e das Pescas	
Muito boa ou boa	N	137	35	19	283	193	10	767
	% segundo Classe Social	51,7	64,0	54,7	35,2	51,4	46,4	18,2
Razoável	N	65	65	19	22	206	155	548
	% segundo Classe Social	37,4	30,4	29,7	40,7	37,4	37,3	29,1
Má ou muito má	N	12	10	13	62	68	29	213
	% segundo Classe Social	10,9	5,6	15,6	24,1	11,3	16,3	13,9
Total	N	174	214	64	54	551	416	1528
	% segundo Classe Social	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Quadro 39 – Índice de bem-estar por Classe Social

		Classe Social							Total
		EDL - Empresários, Dirigentes e Profissionais Liberais	PTE - Profissionais Técnicos e de Enquadramento	TI - Trabalhadores Independentes	AI - Agricultores Independentes	EE - Empregados Executantes	O - Operários	AA - Assalariados Agricultores e das Pescas	Total
1	N	5	18	1	0	25	14	1	64
(Máx.)	% segundo Classe Social	2,9	8,5	1,6	,0	4,5	3,4	1,9	4,2
2	N	47	69	17	11	142	74	3	363
	% segundo Classe Social	27,0	32,4	27,4	20,4	25,8	17,9	5,7	23,9
3	N	65	72	24	13	170	165	6	515
	% segundo Classe Social	37,4	33,8	38,7	24,1	30,9	39,9	11,3	33,9
4	N	42	31	12	16	120	93	22	336
	% segundo Classe Social	24,1	14,6	19,4	29,6	21,8	22,5	41,5	22,1
5	N	9	20	7	12	80	58	15	201
	% segundo Classe Social	5,2	9,4	11,3	22,2	14,5	14,0	28,3	13,2
6	N	6	3	1	2	14	10	6	42
(Mín.)	% segundo Classe Social	3,4	1,4	1,6	3,7	2,5	2,4	11,3	2,8
Total	N	174	213	62	54	551	414	53	1521
	% segundo Classe Social	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Atitudes relativas a consumo de medicamentos e tratamentos

Quadro 40 – Recurso a medicamentos naturais por Classe Social

	Classe Social								Total
	EDL - Empresários, Dirigentes e Profissionais Liberais	PTE - Profissionais Técnicos e de Enquadramento	TI - Trabalhadores Independentes	AI - Agricultores Independentes	EE - Empregados Executantes	O - Operários	AA - Assalariados Agrícolas e das Pescas		
Nunca ou raramente	N	104	37	32	316	273	34	895	
% segundo Classe Social		49,3	58,7	59,3	57,2	66,3	65,4	59,0	
Algumas vezes	N	84	16	21	169	103	12	448	
% segundo Classe Social		39,8	25,4	38,9	30,6	25,0	23,1	29,5	
Aproximadamente metade das vezes	N	9	5	0	23	12	5	67	
% segundo Classe Social		4,3	7,9	0	4,2	2,9	9,6	4,4	
Quase sempre ou sempre	N	14	5	1	44	24	1	107	
% segundo Classe Social		6,6	7,9	1,9	8,0	5,8	1,9	7,1	
Total	N	211	63	54	552	412	52	1517	
% segundo Classe Social		100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	

Quadro 41 – Preocupação com efeitos secundários dos medicamentos por Classe Social

	Classe Social								Total
	EDL - Empresários, Dirigentes e Profissionais Liberais	PTE - Profissionais Técnicos e de Enquadramento	TI - Trabalhadores Independentes	AI - Agricultores Independentes	EE - Empregados Executantes	O - Operários	AA - Assalariados Agrícolas e das Pescas		
Nunca ou raramente	N	17	19	6	15	78	80	17	232
% segundo Classe Social		9,8	8,9	9,5	27,8	14,1	19,4	32,7	15,2
Algumas vezes	N	30	39	24	14	129	118	11	365
% segundo Classe Social		17,2	18,2	38,1	25,9	23,3	28,6	21,2	24,0
Aproximadamente metade das vezes	N	10	6	2	1	33	31	3	86
% segundo Classe Social		5,7	2,8	3,2	1,9	6,0	7,5	5,8	5,6
A maior parte das vezes	N	39	44	16	7	121	91	7	325
% segundo Classe Social		22,4	20,6	25,4	13,0	21,8	22,0	13,5	21,3
Sempre ou quase sempre	N	78	106	15	17	193	93	14	516
% segundo Classe Social		44,8	49,5	23,8	31,5	34,8	22,5	26,9	33,9
Total	N	174	214	63	54	554	413	52	1524
% segundo Classe Social		100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Quadro 42 – Uso da receita por Classe Social

	Classe Social							Total
	EDL - Empresários, Dirigentes e Profissionais Liberais	PTE - Profissionais Técnicos e de Enquadramento	TI - Trabalhadores Independentes	AI - Agricultores Independentes	EE - Empregados Executantes	O - Operários	AA - Assalariados Agricultores e das Pescas	
Não fui à farmácia aviar a receita	N 0	1	0	0	0	5	3	10
% segundo Classe Social	,0	,5	,0	,0	,0	,9	,7	,7
Aviei a receita mas não tomei o medicamento	N 1	0	0	0	0	2	8	11
% segundo Classe Social	,6	,0	,0	,0	,0	,4	,9	,7
Usei o medicamento, mas não da forma como foi receitado	N 7	5	2	3	3	19	31	72
% segundo Classe Social	4,0	2,4	3,1	5,6	3,4	7,5	9,4	4,7
Usei o medicamento tal como foi receitado	N 159	193	58	49	508	354	44	1365
% segundo Classe Social	91,9	91,0	90,6	90,7	92,2	85,1	83,0	89,6
Outras respostas	N 6	13	4	2	17	20	3	65
% segundo Classe Social	3,5	6,1	6,3	3,7	3,1	4,8	5,7	4,3
Total	N 173	212	64	54	551	416	53	1523
% segundo Classe Social	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Sem condições de aplicabilidade do χ^2

Cuidados de saúde – Comportamento perante a doença

Quadro 43 – Pedido de conselho/tratamento sobre problema de saúde – sérias dificuldades em dormir (a quem?) por Classe Social

	Classe Social							Total
	EDL - Empresários, Dirigentes e Profissionais Liberais	PTE - Profissionais Técnicos e de Enquadramento	TI - Trabalhadores Independentes	AI - Agricultores Independentes	EE - Empregados Executantes	O - Operários	AA - Assalariados Agricultoras e das Pescas	
Ninguém	N 24	46	14	3	109	56	8	260
% segundo Classe Social	14,0	21,5	21,9	5,7	19,7	13,6	14,5	17,1
Amigos ou familiares	N 7	3	1	2	12	11	1	37
% segundo Classe Social	4,1	1,4	1,6	3,8	2,2	2,7	1,8	2,4
Farmacêutico	N 6	10	3	1	39	33	3	95
% segundo Classe Social	3,5	4,7	4,7	1,9	7,1	8,0	5,5	6,2
Médico	N 130	153	44	47	390	306	43	1113
% segundo Classe Social	75,6	71,5	68,8	88,7	70,5	74,1	78,2	73,0
Enfermeiro/a	N 1	1	1	0	2	3	0	8
% segundo Classe Social	,6	,5	1,6	,0	,4	,7	,0	,5
Outras respostas	N 4	1	1	0	1	4	0	11
% segundo Classe Social	2,3	,5	1,6	,0	,2	1,0	,0	,7
Total	N 172	214	64	53	553	413	55	1524
% segundo Classe Social	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Sem condições de aplicabilidade do χ^2

Quadro 44 – Pedido de conselho/tratamento sobre problema de saúde – muitas dores nas costas (a quem?) por Classe Social

	Classe Social							Total
	EDL - Empresários, Dirigentes e Profissionais Liberais	PTE - Profissionais Técnicos e de Enquadramento	TI - Trabalhadores Independentes	AI - Agricultores Independentes	EE - Empregados Executantes	O - Operários	AA - Assalariados Agricultores e das Pescas	
Ninguém	N 18	28	9	0	70	49	4	178
	% segundo Classe Social 10,3	13,3	14,5	,0	12,7	11,8	7,4	11,7
Amigos ou familiares	N 4	4	0	0	9	3	0	20
	% segundo Classe Social 2,3	1,9	,0	,0	1,6	,7	,0	1,3
Farmacêutico	N 3	4	3	0	39	20	3	72
	% segundo Classe Social 1,7	1,9	4,8	,0	7,1	4,8	5,6	4,7
Médico	N 146	172	48	53	429	331	46	1225
	% segundo Classe Social 83,4	81,5	77,4	98,1	77,6	79,6	85,2	80,3
Enfermeiro/a	N 2	1	1	0	4	9	0	17
	% segundo Classe Social 1,1	,5	1,6	,0	,7	2,2	,0	1,1
Outras respostas	N 2	2	1	1	2	4	1	13
	% segundo Classe Social 1,1	,9	1,6	1,9	,4	1,0	1,9	,9
Total	N 175	211	62	54	553	416	54	1525
	% segundo Classe Social 100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Sem condições de aplicabilidade do χ^2

Quadro 45 – Possibilidade de escolha do médico de família por Classe Social

		Classe Social								
		EDL - Empresários, Dirigentes e Profissionais Liberais	PTE - Profissionais Técnicos e de Enquadramento	TI - Trabalhadores Independentes	AI - Agricultores Independentes	EE - Empregados Executantes	O - Operários	AA - Assalariados Agricultores e das Pescas	Total	
Teve possibilidade de escolha	N	78	90	33	20	225	143	22	611	
	% segundo Classe Social	46,4	45,5	51,6	37,0	41,9	35,4	43,1	41,4	
Não teve possibilidade de escolha	N	90	108	31	34	312	261	29	865	
	% segundo Classe Social	53,6	54,5	48,4	63,0	58,1	64,6	56,9	58,6	
Total	N	168	198	64	54	537	404	51	1476	
	% segundo Classe Social	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	

$\chi^2(6) = 12,363; n.s.$

Frequência de ida a consultas

Quadro 46 – Frequência de ida a consultas médicas, nos últimos 12 meses, por Classe Social

	Classe Social							Total
	EDL - Empresários, Dirigentes e Profissionais Liberais	PTE - Profissionais Técnicos e de Enquadramento	TI - Trabalhadores Independentes	AI - Agricultores Independentes	EE - Empregados Executantes	O - Operários	AA - Assalariados Agricultores e das Pescas	
Nunca	N 26	36	11	12	74	58	4	221
	% segundo Classe Social	17,1	17,2	23,1	13,8	14,3	7,5	14,8
Uma ou duas vezes	N 80	102	27	20	217	169	9	624
	% segundo Classe Social	48,6	42,2	38,5	40,3	41,6	17,0	41,8
3-5 vezes	N 43	39	19	11	153	107	19	391
	% segundo Classe Social	25,1	18,6	29,7	21,2	28,4	35,8	26,2
6-10 vezes	N 10	24	1	4	51	40	10	140
	% segundo Classe Social	5,8	11,4	1,6	7,7	9,5	18,9	9,4
Mais de 10 vezes	N 12	9	6	5	43	32	11	118
	% segundo Classe Social	7,0	4,3	9,4	8,0	7,9	20,8	7,9
Total	N 171	210	64	52	538	406	53	1494
	% segundo Classe Social	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Relação médico-paciente
Opinião sobre cuidados de saúde

Quadro 47 – Opinião sobre o médico como mero ‘passador’ de receitas por Classe Social

	Classe Social							Total	
	EDL - Empresários, Dirigentes e Profissionais Liberais	PTE - Profissionais Técnicos e de Enquadramento	TI - Trabalhadores Independentes	AI - Agricultores Independentes	EE - Empregados Executantes	O - Operários	AA - Assalariados Agrícolas e das Pescas		
Concorda totalmente	N	12	11	1	1	29	20	1	75
	% segundo Classe Social	6,9	5,2	1,6	1,9	5,3	4,9	2,1	5,0
Concorda	N	26	37	6	6	124	94	10	303
	% segundo Classe Social	14,9	17,5	9,5	11,1	22,8	23,0	21,3	20,2
Nem concorda nem discorda	N	14	19	8	14	72	65	9	201
	% segundo Classe Social	8,0	9,0	12,7	25,9	13,2	15,9	19,1	13,4
Discorda	N	71	83	29	15	175	136	13	522
	% segundo Classe Social	40,8	39,3	46,0	27,8	32,2	33,3	27,7	34,8
Discorda totalmente	N	51	61	19	18	144	93	14	400
	% segundo Classe Social	29,3	28,9	30,2	33,3	26,5	22,8	29,8	26,6
Total	N	174	211	63	54	544	408	47	1501
	% segundo Classe Social	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Quadro 48 – Opinião sobre seguir indicações médicas por Classe Social

		Classe Social							
		EDL - Empresários, Dirigentes e Profissionais Liberais	PTE - Profissionais Técnicos e de Enquadramento	TI - Trabalhadores Independentes	AI - Agricultores Independentes	EE - Empregados Executantes	O - Operários	AA - Assalariados Agricultores e das Pescas	Total
Concorda totalmente	N	62	77	30	23	217	146	7	562
	% segundo Classe Social	35,6	36,3	47,6	43,4	39,4	34,9	13,0	36,9
Concorda	N	100	121	31	19	291	209	41	812
	% segundo Classe Social	57,5	57,1	49,2	35,8	52,8	50,0	75,9	53,2
Nem concorda nem discorda	N	10	13	1	10	35	42	4	115
	% segundo Classe Social	5,7	6,1	1,6	18,9	6,4	10,0	7,4	7,5
Discorda	N	2	1	1	1	8	19	2	34
	% segundo Classe Social	1,1	,5	1,6	1,9	1,5	4,5	3,7	2,2
Discorda totalmente	N	0	0	0	0	0	2	0	2
	% segundo Classe Social	,0	,0	,0	,0	,0	,5	,0	,1
Total	N	174	212	63	53	551	418	54	1525
	% segundo Classe Social	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Quadro 49 – Opinião sobre desapontamento com médico (sair sem receita) por Classe Social

	Classe Social							Total
	EDL - Empresários, Dirigentes e Profissionais Liberais	PTE - Profissionais Técnicos e de Enquadramento	TI - Trabalhadores Independentes	AI - Agricultores Independentes	EE - Empregados Executantes	O - Operários	AA - Assalariados Agricultores e das Pescas	
Concorda totalmente	N 1	1	0	0	10	8	3	23
% segundo Classe Social	,6	,5	,0	,0	1,8	2,0	6,0	1,5
Concorda	N 10	20	6	10	82	45	6	179
% segundo Classe Social	5,7	9,5	9,7	18,5	15,0	11,0	12,0	11,9
Nem concorda nem discorda	N 29	22	7	11	78	77	21	245
% segundo Classe Social	16,6	10,4	11,3	20,4	14,2	18,8	42,0	16,2
Discorda	N 66	85	28	15	206	137	12	549
% segundo Classe Social	37,7	40,3	45,2	27,8	37,6	33,5	24,0	36,4
Discorda totalmente	N 69	83	21	18	172	142	8	513
% segundo Classe Social	39,4	39,3	33,9	33,3	31,4	34,7	16,0	34,0
Total	N 175	211	62	54	548	409	50	1509
% segundo Classe Social	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Relação médico-paciente
Opinião sobre a atitude dos médicos

Quadro 50 – Opinião sobre a frequência com que os médicos escondem a verdade aos seus pacientes por Classe Social

	Classe Social							Total
	EDL - Empresários, Dirigentes e Profissionais Liberais	PTE - Profissionais Técnicos e de Enquadramento	TI - Trabalhadores Independentes	AI - Agricultores Independentes	EE - Empregados Executantes	O - Operários	AA - Assalariados Agrícolas e das Pescas	
Nunca ou raramente	N 67	72	24	19	176	93	11	462
% segundo Classe Social	39,9	35,5	38,1	38,0	32,9	23,4	23,4	31,6
Algumas vezes	N 77	104	27	16	253	198	25	700
% segundo Classe Social	45,8	51,2	42,9	32,0	47,3	49,7	53,2	47,8
Aproximadamente metade das vezes	N 9	16	6	12	55	54	6	158
% segundo Classe Social	5,4	7,9	9,5	24,0	10,3	13,6	12,8	10,8
A maior parte das vezes	N 7	9	3	2	44	38	5	108
% segundo Classe Social	4,2	4,4	4,8	4,0	8,2	9,5	10,6	7,4
Sempre ou quase sempre	N 8	2	3	1	7	15	0	36
% segundo Classe Social	4,8	1,0	4,8	2,0	1,3	3,8	,0	2,5
Total	N 168	203	63	50	535	398	47	1464
% segundo Classe Social	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Quadro 51 – Opinião sobre a frequência com que os médicos de família tratam os pacientes como seus iguais por Classe Social

	Classe Social							Total
	EDL - Empresários, Dirigentes e Profissionais Liberais	PTE - Profissionais Técnicos e de Enquadramento	TI - Trabalhadores Independentes	AI - Agricultores Independentes	EE - Empregados Executantes	O - Operários	AA - Assalariados Agricultores e das Pescas	
Nunca ou raramente	N 19	20	5	1	70	39	4	158
% segundo Classe Social	11,0	9,6	8,1	1,9	12,8	9,7	8,0	10,6
Algumas vezes	N 63	76	26	15	191	122	28	521
% segundo Classe Social	36,6	36,5	41,9	28,8	34,9	30,4	56,0	34,9
Aproximadamente metade das vezes	N 22	36	7	7	89	85	7	253
% segundo Classe Social	12,8	17,3	11,3	13,5	16,3	21,2	14,0	17,0
A maior parte das vezes	N 37	40	13	15	107	93	5	310
% segundo Classe Social	21,5	19,2	21,0	28,8	19,6	23,2	10,0	20,8
Sempre ou quase sempre	N 31	36	11	14	90	62	6	250
% segundo Classe Social	18,0	17,3	17,7	26,9	16,5	15,5	12,0	16,8
Total	N 172	208	62	52	547	401	50	1492
% segundo Classe Social	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Quadro 52 – Opinião sobre a frequência com que os médicos usam linguagem imperceptível por Classe Social

	Classe Social							Total
	EDL - Empresários, Dirigentes e Profissionais Liberais	PTE - Profissionais Técnicos e de Enquadramento	TI - Trabalhadores Independentes	AI - Agricultores Independentes	EE - Empregados Executantes	O - Operários	AA - Assalariados Agricultores e das Pescas	
Nunca ou raramente	N 15	38	4	1	71	48	2	179
% segundo Classe Social	8,8	18,0	6,3	1,9	13,1	11,8	3,9	12,0
Algumas vezes	N 83	119	33	22	275	181	17	730
% segundo Classe Social	48,5	56,4	51,6	42,3	50,7	44,6	33,3	48,8
Aproximadamente metade das vezes	N 40	24	15	16	83	91	10	279
% segundo Classe Social	23,4	11,4	23,4	30,8	15,3	22,4	19,6	18,6
A maior parte das vezes	N 24	25	5	11	67	55	15	202
% segundo Classe Social	14,0	11,8	7,8	21,2	12,4	13,5	29,4	13,5
Sempre ou quase sempre	N 9	5	7	2	46	31	7	107
% segundo Classe Social	5,3	2,4	10,9	3,8	8,5	7,6	13,7	7,1
Total	N 171	211	64	52	542	406	51	1497
% segundo Classe Social	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0