



ÁREA TEMÁTICA: Família e Género

Desigualdades de género e sociais na saúde e doença em Portugal

– Uma análise do Módulo “Saúde” do *European Social Survey-2004* –

VINTÉM, João Manuel
Licenciatura em Sociologia
ISCTE
jmvintem@mail.pt

GUERREIRO, Maria das Dores
Doutoramento em Sociologia
ISCTE
maria.guerreiro@iscte.pt

▪
CARVALHO, Helena
Doutoramento em Sociologia
ISCTE
helena.carvalho@iscte.pt

▪

Resumo

Apresentam-se alguns resultados do Inquérito Social Europeu – *European Social Survey-2004* – relativos à autoavaliação do estado de saúde, ao sentimento de bem-estar e à frequência de ida a consultas médicas da população inquirida em Portugal Continental, com 15 e mais anos.

Reflecte-se sobre i) a maneira como é percebido o estado de saúde pelo próprio, ii) como é qualificado o sentimento de bem-estar, iii) com que frequência se recorre a cuidados de saúde (através da ida a consultas médicas) e a sua articulação com o género e as classes sociais.

Os resultados revelam a importância do género e das classes sociais, enquanto factores distintivos, na forma como cada pessoa avalia, positiva ou negativamente, o seu próprio estado de saúde, como afirma o seu sentimento de bem-estar e no número de vezes que recorre ao médico para resolver um problema de saúde. Evidenciam-se algumas das assimetrias existentes na saúde e doença, em Portugal Continental, entre homens e mulheres e entre classes sociais.

Palavras-chave: género; classes sociais; saúde e doença.





1. Introdução

O teor desta comunicação enquadra-se em duas problemáticas centrais, designadamente, a questão do «género» e a das «classes sociais». É nossa intenção desenvolver uma análise sobre o modo como as problemáticas do género e das classes sociais se articulam com percepções de *saúde e doença*, especificamente no que concerne aos aspectos das diferenças/desigualdades existentes na realidade portuguesa, recorrendo a alguns dados do Inquérito Social Europeu.

Mas, porquê «desigualdades» e «*saúde e doença*» e não apenas «diferenças» e apenas «saúde»?

Ao longo desta exposição, será privilegiada a expressão desigualdades dado que é nosso entender que 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.

O género, marcador das diferenças sociais entre os homens e as mulheres, será aqui discutido, emergindo a questão das desigualdades a ele inerentes.

Um outro elemento transversal a vários domínios da sociedade é o das classes sociais, aqui também objecto de apresentação. Quanto à operacionalização do conceito de classe, incidiremos sobretudo nos aspectos concernentes à profissão e situação na profissão, não sendo alvo desta análise o nível de escolaridade e o rendimento – ainda que elementos importantes na distinção dos indivíduos na sociedade.

Em síntese, o objecto de preocupação central desta comunicação será a apresentação de uma breve análise de três dimensões que elegemos, recorrendo aos dados do *European Social Survey-2004*: a autoavaliação do estado de saúde; o sentimento de bem-estar; a ida a consultas médicas. Cada uma destas dimensões será analisada em relação com o género e com as classes sociais.

Género

É sobejamente conhecido que é, 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.

Não pretendendo aqui sermos exaustivos, obviamente, vejamos apenas como alguns desses autores definem «género» – conceito este que, apesar de já ter algumas décadas, ainda hoje é objecto de acesas discussões.



Saraceno e Naldini, sinalizando a origem científica do termo «género» nos estudos de investigadoras feministas norte-americanas, 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 também 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 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, 2002: 1).

As investigações académicas centradas no estudo das mulheres tiveram também 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’.

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).

Por último, e sabendo que estes autores citados não esgotam o número dos que têm incidido a sua reflexão a respeito da questão de género, atentemos ainda no que António Marques e Lúcia Amâncio frisam: “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).

Importa agora lembrar que, ao falar de género, não se está apenas num plano de diferenças, mas também de desigualdades. E relacionando esta questão do género com a saúde, vejamos que 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 mais altos (Cabral *et alli*, 2002: 56). Convém aqui referir que a 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 (Cf. Last, 1988: 132; 71).

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 ser frágil e sensível. Podemos, então, afirmar que todos estes processos de interiorização simbólica marcarão fortemente a relação de homens e mulheres com o binómio *saúde/doença*.



Classe social

Desenvolvamos, agora, 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) 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 acções 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*, por sua vez, a fim de darem conta do percurso histórico e sociológico deste conceito referem o contributo que sociólogos importantes deram no desenvolvimento teórico-conceptual 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 estabelecerá 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 essas 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 trajetórias 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).

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 referir que este tema tem uma importância crucial dado ter a ver com a opção metodológica aqui seguida.

De entre as várias possibilidades que a investigação sociológica tem para classificar a classe social dos indivíduos, sobressai, muitas vezes, o rendimento, mas também a escolaridade (nível mais elevado completado) bem como a profissão, a situação na profissão (trabalhadores por conta de outrem, por conta própria, etc.) e a condição perante o trabalho (activos, ex-activos).

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).

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, Fernando Luís Machado, António Firmino da Costa e Elísio Estanque, entre outros. São as propostas destes autores que agora se



apresentam sucintamente, por constituírem base da análise 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).

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 bairro (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, 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 socioprofissional (as CSP [Classificação Socio-Profissional] como ‘variáveis independentes’)” (Lima *et alli*, 1991: 44).

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. Porém, refira-se que a componente desenvolvida nesta comunicação não engloba uma análise que integre a idade e a escolaridade.

Mas, vejamos com um pouco mais de detalhe este aspecto seguindo a proposta de António Firmino da Costa (1999), a qual foi por nós adoptada.

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 estatuto profissional.

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-conceptual e operacional consistente, considera-se plenamente adequada à análise que se pretendeu concretizar (Cf. Costa, 1999: 230).



2. Metodologia

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 três temas são aqui objecto de interesse: autoavaliação do estado de saúde, sentimento de bem-estar, frequência de ida a consultas.

A pergunta concebida para recolher informação sobre a auto-percepção do estado de saúde é a seguinte: “*Como avalia a sua saúde em geral?*”. As alternativas de resposta são: “*Muito boa, Boa, Razoável, Má, Muito má*”. Neste caso procedeu-se a uma recodificação da variável agregando as alternativas de resposta, tendo o seguinte resultado: “*Muito boa ou boa, Razoável, Má ou muito má*”.

Quanto ao sentimento de bem-estar, utilizaram-se cinco perguntas, as quais são antecedidas pela seguinte introdução: “*Vou ler-lhe algumas frases sobre a forma como se pode ter sentido ultimamente. Diga-me, por favor, com que frequência essas frases se aplicam à forma como se sentiu nas últimas duas semanas.*”. As frases foram: *Senti-me alegre e bem disposto(a); Senti-me calmo(a) e repousado(a); Senti-me activo(a) e energético(a); Acordei fresco(a) e descansado(a); O meu dia-a-dia foi cheio de coisas interessantes.* A escala proposta foi: *Sempre, A maior parte das vezes, Mais de metade das vezes, Menos de metade das vezes, Algumas vezes, Nunca.* Salienta-se que, a partir desta escala, procedeu-se à construção de um índice de bem-estar para cada indivíduo, através do seguinte processo: 1) somando os valores dos 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’.

A pergunta sobre a frequência de ida a consultas apresentava a seguinte formulação: *Nos últimos 12 meses/no último ano, quantas vezes foi ao médico por causa de um problema de saúde pessoal? Pense nas idas a qualquer médico, quer tenha sido a especialistas, quer ao clínico geral/médico de família.*, tendo como alternativas de resposta *Nunca, Uma ou duas vezes, 3 a 5 vezes, 6 a 10 vezes, Mais de 10 vezes.*

Quanto à classe social, foi efectuada uma operacionalização recorrendo à recodificação da variável profissão (inicialmente codificada com 4 dígitos) para a agregar em grandes grupos de profissões e à criação de uma nova variável composta a partir do cruzamento da pergunta *Qual é/era a designação da sua profissão principal?* com a pergunta *Na sua profissão principal é/era ... 1) Trabalhador por conta de outrem, 2) Trabalhador por conta própria, 3) Trabalhador no negócio ou empresa da família.* Adicionalmente utilizou-



se a pergunta *Quantos empregados tem/tinha?* para classificar os padrões. De referir que, aquando da construção da variável classe social, foram utilizados os grandes grupos de profissões (1º dígito) da Classificação Nacional de Profissões – versão 1994. Deste cruzamento resultaram 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).

A análise privilegiada nesta comunicação será uma análise de carácter descritivo (frequências), apresentando-se cruzamentos de algumas variáveis dependentes com a variável sexo e com a variável classe social. A fonte de informação dos resultados foi a base de dados do inquérito social europeu – o *European Social Survey-2004* – e para o tratamento estatístico recorreu-se ao programa informático *SPSS 15.0 for Windows*.

3. Resultados e discussão

Género

Vejam, então, o que nos dizem os dados recolhidos – vide Quadro 1 (anexo). Em termos globais, tanto nos homens, como nas mulheres, assistimos a uma escolha positiva da *autoavaliação do estado de saúde* (57,9% dos homens e 46,2% das mulheres fizeram uma autoavaliação muito boa ou boa). Apesar disso, salienta-se que, no que concerne ao grupo das mulheres, estas 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).

Nesta ordem de ideias, podemos afirmar que a relação das mulheres com a *saúde e doença* assume aqui uma relevância que remete para questões de género, enquanto marcador das diferenças sociais entre os homens e as mulheres. Ou seja, as diferenças entre homens e mulheres, para além do aspecto biológico, terão também explicações de ordem sociocultural.

É reconhecido que, no contexto das estatísticas da morbilidade, numa maneira geral, as mulheres evidenciam sofrer de mais doença, independentemente da idade (Cabral *et alli*, 2002). A este facto associa-se a maior preocupação por parte das mulheres quanto à sua vivência corporal, com origem na distinção dos papéis sexuais mediante os processos de socialização, nos quais se transmite – mais às raparigas do que aos rapazes – uma maior importância a dar aos aspectos do corpo e à percepção de sintomas.

Assim, por um lado, as representações sociais que existem em relação à mulher, relacionam-na com uma imagem estereotipada de fragilidade, contribuindo para a interiorização de uma auto-imagem com repercussões no domínio da *saúde e doença* individual das mulheres (Silva, 1999). Por outro, por via dos condicionamentos sociais, aos homens está associado um estereótipo de afirmação da masculinidade que contribui muitas vezes para uma maior ocultação do estado de mal-estar e até mesmo de doença.

Nesta linha de interpretação, podemos também constatar que, relativamente ao *índice de bem-estar* (vide Quadro 2, em anexo), as mulheres apresentam valores percentuais mais elevados do que os homens nos níveis mais próximos da ausência de bem-estar – os valores 4, 5 e 6 revelam, respectivamente, 24,7%, 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.



Relembre-se que para a construção deste índice de bem-estar foram utilizadas cinco perguntas que remetiam para situações que correspondiam a expressões, tais como “*Senti-me alegre e bem disposto(a); Senti-me calmo(a) e repousado(a); Senti-me activo(a) e energético(a); Acordei fresco(a) e descansado(a); O meu dia-a-dia foi cheio de coisas interessantes*”. As frequências aqui evidenciadas mostram, então, que as mulheres tendem a ter um sentimento de bem-estar com bastante menos frequência do que os homens.

Poderíamos aqui sugerir uma relação destes resultados com o que a realidade social evidencia: 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; as mulheres faltam mais ao emprego para acompanhar os filhos a consultas médicas (69% - mulheres; 31% - homens), as mulheres sobressaem quando é necessário prestar cuidados a pessoas adultas dependentes (74,2% - mulheres; 25,8% - homens). Refere-se que estes resultados são do Inquérito à Ocupação do Tempo/1999 (Cf. Perista, 2002: 461).

Relativamente à *frequência da ida a consultas médicas, nos últimos 12 meses*, verificamos, no Quadro 3 (anexo), 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, verificamos que, entre as mulheres, 23,7% foram ao médico 6 e mais vezes, enquanto nos homens esse valor foi de 11,7%.

Mais uma vez, estes dados sugerem que também no campo da saúde assistimos à distinção de papéis sexuais, mediante os processos de socialização. A construção social do feminino e do masculino ainda hoje remete, embora de forma mais atenuada, para as distinções entre rapazes e raparigas, como já aqui se sublinhou: “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.

As evidências científicas sugerem a alguns autores que os comportamentos de risco mais frequentes nos homens (hábitos de tabagismo e de consumo de álcool, condução automóvel perigosa, por exemplo) e o maior sofrimento de doença das mulheres (maior morbilidade 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). Adicionalmente, os resultados apresentados demonstram uma atitude mais activa de gestão da saúde por parte das mulheres.

Classe social

Preste-se agora atenção às mesmas variáveis dependentes (autoavaliação do estado de saúde, índice de bem-estar e frequência de ida a consultas médicas), mas, agora, interpretando-as com o recurso à classe social.

Quanto à *autoavaliação do estado de saúde* (Quadro 4, em anexo), destacamos que as categorias sociais que fazem uma 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%), empregados executantes (51,4%).



No pólo oposto, verificamos também o mesmo tipo de discrepâncias. Constatamos assim que, por um lado, 52,7% dos assalariados agrícolas e das pescas considera a sua saúde em geral má ou muito má, 24,1% dos agricultores independentes e 16,3% dos operários. Por outro, com percentagens inferiores, assinalamos que 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 também fizeram uma autoavaliação negativa do estado de saúde.

Afigura-se, então, aqui, pertinente lembrar a importância conferida por Manuel Villaverde Cabral *et alli* à articulação da problemática da estrutura de classes com a *saúde e doença*. Salientam 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 possamos entender que, tendencialmente, as classes sociais mais desfavorecidas apresentem uma maior predisposição para autoavaliar negativamente o seu estado de saúde.

No que concerne ao *índice de bem-estar*, lembramos que o valor 1 corresponde ao bem-estar máximo e o valor 6 a ausência de bem-estar. Observando o Quadro 5, verifica-se uma concentração nos valores 4, 5 e 6 bastante acentuada nos assalariados agrícolas e das pescas (no total, 81,1%). Por sua vez, constatamos que as frequências mais elevadas ligadas aos 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%). Vejamos ainda que os agricultores independentes apresentam 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 1, 2 e 3 (60,7%), assim como no empregados executantes (61,2%) e nos trabalhadores independentes (67,7%).

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. Mais uma vez, recorramos a Manuel Villaverde Cabral *et alli*: “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».” (Cf. Cabral *et alli*, 2002: 43). Sublinhamos, então, que os resultados apresentados mostram uma assinalável tendência para que o sentimento de bem-estar esteja associado às classes sociais mais favorecidas.

Por último, relativamente à *frequência de ida a consultas médicas, nos últimos 12 meses*, por classe social (vide Quadro 6, em anexo), constatamos que cerca de 40% dos 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.

O recurso a cuidados de saúde medido pela ida a consultas médicas, com a finalidade de resolver um problema de saúde, evidencia também algumas discrepâncias de classe, ou seja, as frequências mais elevadas encontram-se sobretudo nas categorias dos empregados executantes, operários e assalariados.

Antes de expormos algumas notas conclusivas, uma breve consideração: não foi objecto desta comunicação, mas parece-nos haver alguma pertinência numa análise centrada nas classes sociais, dentro



de cada grupo de *per si*, isto é, será interessante proceder a uma análise de classes dentro de cada grupo – entre as mulheres de diferentes classes, por um lado, e, por outro, entre os homens de diferentes classes para que possamos verificar que tipos de desigualdades existem intra-grupos.

4. Conclusão

Em conclusão, salientamos que a autoavaliação do estado de saúde, o sentimento de bem-estar e a ida a consultas médicas enquanto indicadores adequados para o entendimento das questões ligadas à saúde, não podem ser dissociados das questões de género e de classes sociais.

Tanto o género como as classes sociais têm um papel importante na distinção entre os indivíduos. Prestando atenção aos resultados que apresentámos anteriormente, constatamos então que o género e as classes sociais são elementos que condicionam a saúde. Não queremos, no entanto, 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 emerge como factor que influencia a posição social dos indivíduos.

Porém, não podemos também deixar de assinalar que o género impõe-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.

Constatámos uma situação semelhante ainda no que concerne ao sentimento de bem-estar. Ou seja, pelas suas desiguais condições sociais de vivência do seu quotidiano, as mulheres tendem a declarar sentimentos de bem-estar com menos frequência do que os homens.

Quanto aos cuidados de saúde, nomeadamente, o recurso a consultas médicas, é de salientar que várias fontes de informação e por aquilo que também aqui se expôs relativamente ao ESS-2004, as mulheres evidenciaram mais elevadas frequências na ida a consultas médicas. Refira-se que ainda 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.

Relativamente às classes sociais, verificámos, com maior evidência numas dimensões que noutras, mas, dizíamos, constatámos a existência de discrepâncias na maneira como em cada categoria social se autoavalia o seu estado de saúde, como se qualifica o sentimento de bem-estar e em que medida se utilizam os cuidados de saúde através do recurso a consultas médicas.

Vemos, por exemplo, as classes sociais mais desfavorecidas com uma clara tendência para autoavaliar negativamente o seu estado de saúde, a ter um sentimento de bem-estar menos frequentemente e a declarar com mais frequência a ida a consultas. As condições sociais de existência mais difíceis sugerem então que nestas categorias sociais haja uma maior propensão para a doença com repercussões na maneira como se avalia o próprio estado de saúde, como se afirma o sentimento de bem-estar e como se evidencia uma maior necessidade de recurso ao saber médico para resolver esses problemas de saúde.

Finalizando, afirmaremos que, apesar de abrangerem uma área restrita do enorme contexto que é a saúde/doença, estas três dimensões aqui apresentadas – autoavaliação do estado de saúde, sentimento de bem-estar e recurso a consultas médicas – ilustram que há na realidade social portuguesa uma configuração de cenários desiguais na saúde e doença, tanto entre homens e mulheres como nas diferentes classes sociais.



Bibliografia

- 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
- 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
- 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.
- Cabral, Manuel Villaverde (Coordenador), Pedro Alcântara da Silva e Hugo Mendes (2002), *Saúde e doença em Portugal*, Lisboa, Imprensa de Ciências Sociais.
- Carapinheiro, Graça (1986), "A saúde no contexto da sociologia", *Sociologia, Problemas e práticas*, nº 1, Lisboa, CIES
- Carapinheiro, Graça (2005), "Do bio-poder ao poder médico", in *Estudos do Século XX*, nº 5
- Carvalho, Helena (2004), *Análise Multivariada de Dados Qualitativos*, Utilização da HOMALS com o SPSS, Lisboa, Edições Sílabo.
- 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
- 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
- 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
- Giddens, Anthony (2000), *O mundo na era da globalização*, Lisboa, Editorial Presença
- 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
- 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
- Lorber, Judith e Susan A. Farrell (1991), *The social construction of gender*, California, Sage Publications
- 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.
- 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
- 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»)
- Reis, Elizabeth (1998), *Estatística Descritiva*, Lisboa, Sílabo, 4ª ed.
- Saraceno, Chiara e Manuela Naldini (2003), *Sociologia da Família*, Lisboa, Editorial Estampa
- 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 (2004), *Sócio-Antropologia da Saúde – Sociedade, Cultura e Saúde/Doença*, Lisboa, Universidade Aberta
- 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
- Worsley, Peter (1977), *Introdução à Sociologia*, Lisboa, Publicações Dom Quixote



ANEXO

Quadro 1

Autoavaliação do estado de saúde por sexo

		Sexo			
		Homens	Mulheres	Total	
Autoavaliação do estado de saúde	Muito boa ou boa	Nº	493	553	1046
		%	57,9	46,2	51,0
	Razoável	Nº	270	439	709
		%	31,7	36,7	34,6
	Má ou muito má	Nº	89	205	294
		%	10,4	17,1	14,3
Total		Nº	852	1197	2049
		%	100,0	100,0	100,0

Fonte: ESS-2004

Quadro 2

Índice de Bem-Estar por sexo

		Sexo			
		Homens	Mulheres	Total	
Índice de Bem-Estar	1	Nº	51	26	77
	(Máx.)	%	6,0	2,2	3,8
	2	Nº	246	273	519
		%	29,1	23,0	25,5
	3	Nº	294	385	679
		%	34,8	32,4	33,4
	4	Nº	160	294	454
		%	19,0	24,7	22,3
	5	Nº	83	173	256
		%	9,8	14,6	12,6
	6	Nº	10	38	48
	(Mín.)	%	1,2	3,2	2,4
Total		Nº	844	1189	2033
		%	100,0	100,0	100,0

Fonte: ESS-2004

**Quadro 3****Frequência de ida a consultas médicas, nos últimos 12 meses, por sexo**

		Sexo				
		Homens	Mulheres	Total		
Frequência de ida a consultas (nos últimos 12 meses)	Nunca	Nº	163	130	293	
		%	19,7	11,2	14,8	
	Uma ou duas vezes	Nº	380	444	824	
		%	46,0	38,4	41,6	
	3-5 vezes	Nº	186	308	494	
		%	22,5	26,6	24,9	
	6-10 vezes	Nº	48	152	200	
		%	5,8	13,1	10,1	
	Mais de 10 vezes	Nº	49	123	172	
		%	5,9	10,6	8,7	
	Total		Nº	826	1157	1983
			%	100,0	100,0	100,0

Fonte: ESS-2004

Quadro 4**Autoavaliação do estado de saúde por classe social**

		Classe Social							Total		
		EDL - Empresários, Dirigentes e Profissionais Liberais	PTE - Profissionais Técnicos e de Enquadramento	T1 - Trabalhadores Independentes	AI - Agricultores Independentes	EE - Empregados Executantes	O - Operários	AA - Assalariados Agrícolas e das Pescas			
Autoavaliação do estado de saúde	Muito boa ou boa	Nº	90	137	35	19	283	193	10	767	
		%	51,7	64,0	54,7	35,2	51,4	46,4	18,2	50,2	
	Razoável	Nº	65	65	19	22	206	155	16	548	
		%	37,4	30,4	29,7	40,7	37,4	37,3	29,1	35,9	
	Má ou muito má	Nº	19	12	10	13	62	68	29	213	
		%	10,9	5,6	15,6	24,1	11,3	16,3	52,7	13,9	
	Total		Nº	174	214	64	54	551	416	55	1528
			%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: ESS-2004



Quadro 5

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		
Índice de Bem-Estar	1	Nº	5	18	1	0	25	14	1	64
	(Máx.)	%	2,9	8,5	1,6	,0	4,5	3,4	1,9	4,2
	2	Nº	47	69	17	11	142	74	3	363
		%	27,0	32,4	27,4	20,4	25,8	17,9	5,7	23,9
	3	Nº	65	72	24	13	170	165	6	515
		%	37,4	33,8	38,7	24,1	30,9	39,9	11,3	33,9
	4	Nº	42	31	12	16	120	93	22	336
		%	24,1	14,6	19,4	29,6	21,8	22,5	41,5	22,1
	5	Nº	9	20	7	12	80	58	15	201
		%	5,2	9,4	11,3	22,2	14,5	14,0	28,3	13,2
	6	Nº	6	3	1	2	14	10	6	42
	(Mín.)	%	3,4	1,4	1,6	3,7	2,5	2,4	11,3	2,8
	Total	Nº	174	213	62	54	551	414	53	1521
		%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: ESS-2004

Quadro 6

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		
Frequência de ida a consultas (nos últimos 12 meses)	Nunca	Nº	26	36	11	12	74	58	4	221
		%	15,2	17,1	17,2	23,1	13,8	14,3	7,5	14,8
	Uma ou duas vezes	Nº	80	102	27	20	217	169	9	624
		%	46,8	48,6	42,2	38,5	40,3	41,6	17,0	41,8
	3-5 vezes	Nº	43	39	19	11	153	107	19	391
		%	25,1	18,6	29,7	21,2	28,4	26,4	35,8	26,2
	6-10 vezes	Nº	10	24	1	4	51	40	10	140
		%	5,8	11,4	1,6	7,7	9,5	9,9	18,9	9,4
	Mais de 10 vezes	Nº	12	9	6	5	43	32	11	118
		%	7,0	4,3	9,4	9,6	8,0	7,9	20,8	7,9
	Total	Nº	171	210	64	52	538	406	53	1494
		%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: ESS-2004