



Departamento de Sociologia

**Desigualdades na Vida e na Morte  
Saúde, Classes Sociais e Estilos de Vida**

Ricardo Jorge de Sousa Antunes

Tese especialmente elaborada para a obtenção do grau de  
**Doutor em Sociologia**

Orientador:  
**Doutor António Firmino da Costa**  
Professor Auxiliar  
ISCTE - Instituto Universitário de Lisboa

Novembro, 2011



## Agradecimentos

Em primeiro lugar quero manifestar a minha profunda gratidão ao Professor Doutor António Firmino da Costa, orientador deste trabalho de investigação, pela forma entusiástica, disponibilidade, sentido crítico e criatividade sociológica que serviram de constante estímulo à prossecução deste longo processo de trabalho.

Um conjunto de funcionários e profissionais de saúde das duas instituições hospitalares que acolheram este projecto foram indispensáveis com diversas contribuições na realização desta investigação. Destaco aqui os membros dos respectivos conselhos de administração hospitalares, as direcções de enfermagem e os responsáveis pelos arquivos hospitalares sem os quais não teria sido possível a realização do trabalho empírico.

Destaco a colaboração e apoio do CIES, nomeadamente do Professor Doutor Fernando Luís Machado e da extensa equipa de investigadores e colegas que contribuíram com a sua generosidade, mas também com o seu profissionalismo, para ultrapassar os constantes desafios cognitivos e pragmáticos designadamente Renato Carmo, Nuno Ferreira, Tiago Correia, Neide Jorge, Frederico Cantante e Elisabete Rodrigues. Uma palavra de agradecimento para Jorge de Sousa amigo de longa data com quem partilhei os momentos mais difíceis neste processo.

Um agradecimento especial aos professores Noémia Lopes e Carlos Miguel pela oportunidade dada na divulgação inicial deste trabalho ao nível da docência no domínio da sociologia da saúde.

Uma palavra final para o constante apoio de amigos e família, num agradecimento em especial dirigido para Maria João e para a minha filha Joana a quem dedico este trabalho.



## **Desigualdades na Vida e na Morte. Saúde, Classes Sociais e Estilos de Vida.**

**Resumo:** O presente estudo pretende analisar a relação entre a estrutura de classes sociais e as desigualdades na saúde, procurando explicar os mecanismos mediadores que convertem o social no biológico. Sustenta-se que as desigualdades inscritas na ordem social se traduzem numa incorporação individual da desigualdade sob a forma de disparidades perante a doença e a morte. No plano teórico recorre-se a contributos das áreas disciplinares da sociologia das classes sociais e da saúde e, da epidemiologia. A complexidade que caracteriza os fenómenos relacionados com a saúde e a doença implicam uma abordagem multidimensional onde interagem diversos factores como, as classes sociais, o género, as regiões, os recursos educacionais, as gerações, os comportamentos e estilos de vida, os tipos de doenças ou as causas de morte. A investigação é assente numa estratégia de tipo extensivo-quantitativo, tendo por base a informação presente nos processos hospitalares relativos aos óbitos ocorridos em 2004 e originários de duas instituições hospitalares, uma localizada em Lisboa e a outra em Beja. A totalidade dos processos analisados corresponde a um universo de 1935 óbitos.

**Palavras chave:** Saúde, classes sociais, desigualdades na saúde, estilos de vida, registos hospitalares, medicina, enfermagem.

## **Inequalities in Life and in Death. Health, Social Classes and Lifestyles.**

**Summary:** The main purpose of this research was to analyse the effects of the social structure on unequal patterns of morbidity and mortality in Portugal. The unequal distribution of the diseases and the causes of death in the social space reveal a structure of social inequalities based on the differentiated possibilities of accessing and using health resources. The data source was based on the analysis of individual hospital files of inpatients from two hospitals who died in 2004 ( $N = 1935$ ). Data were collected from these files on social and health dimensions so as to define each person's social class, health related lifestyle, life trajectory and illness trajectories. A theoretical framework based on social classes and health in the field of sociology and also epidemiology as well as both multiple correspondence analysis and cluster analysis were used to visualise the complex multidimensional social space of this

health inequality field. The results show that over the life course, individuals positioned in different social classes experience distinct health and disease trajectories.

**Key-words:** social classes, health inequalities, longevity, health lifestyles, hospital records, medicine, nurses.

## ÍNDICE

Índice de quadros e figuras.....xi

INTRODUÇÃO.....1

## PARTE I

### Capítulo 1

CLASSE SOCIAIS.....17

1.1 Classes sociais e as desigualdades sociais.....	17
<i>A tese da exploração e as classes sociais em Karl Marx.....</i>	19
<i>Classes e status em Max Weber.....</i>	24
<i>Estratificação social e as classes sociais.....</i>	27
<i>As classes e o espaço social em Pierre Bourdieu.....</i>	29
<i>Instrumentos de operacionalização das classes sociais – tipologia ACM.....</i>	35
1.2 Classes sociais e os estilos de vida.....	37
<i>O status e os estilos de vida.....</i>	38
<i>A análise do gosto e os estilos de vida.....</i>	40
<i>Os estilos de vida, o consumo e as identidades sociais.....</i>	45

### Capítulo 2

CONCEPÇÕES SOBRE A SAÚDE.....51

2.1 Sociologia da saúde.....	51
<i>A saúde como um espaço social. Concepção multidimensional da saúde.....</i>	53
2.2 Concepções históricas sobre a saúde e a doença.....	56
<i>A gestão colectiva das epidemias.....</i>	59
<i>O nascimento do hospital.....</i>	61
<i>A reforma de Nightingale e a enfermagem.....</i>	63
<i>A medicina social, a saúde pública, a medicalização e a reconfiguração do higienismo .....</i>	66
<i>Modelo biomédico - do final do século XIX até à actualidade.....</i>	74
<i>Limites e críticas à biomedicina e à medicalização das sociedades.....</i>	80

### Capítulo 3

DESIGUALDADES SOCIAIS E AS DESIGUALDADES NA SAÚDE.....85

3.1 Classes sociais e as desigualdades em saúde.....	85
3.2 Indicadores sobre a desigualdade em saúde. Mortalidade e morbilidade.....	95
3.3 Classificação Internacional de Doenças.....	99
3.4 Os estilos de vida relacionados com a saúde.....	103
<i>A saúde, os estilos de vida e o status.....</i>	106
<i>As conceptualizações dos estilos de vida na articulação entre os níveis da estrutura e da agência.....</i>	112

<b>CAPÍTULO 4</b>	
<b>POLÍTICAS DE SAÚDE EM PORTUGAL.....</b>	<b>115</b>
4.1 Do Início do Século XX até à Revolução de 74.....	116
<i>Reforma da Saúde de 1971.....</i>	123
<i>Os sistemas da Assistência Social e da Previdência.....</i>	125
4.2 Da Revolução de 74 até ao final do século XX.....	127
<i>Lei do Serviço Nacional de Saúde.....</i>	134
 <b>PARTE II</b>	
<b>Capítulo 5</b>	
<b>REGISTOS DE SAÚDE.....</b>	<b>145</b>
5.1 Relações sociais de observação implicadas na construção do objecto empírico.....	145
<i>Da definição do objecto empírico à construção de um objecto de estudo.....</i>	146
5.2 Registos de saúde na investigação sociológica.....	148
<i>Os registos e as instituições de saúde.....</i>	151
<i>Os registos e os modelos profissionais de medicina e de enfermagem.....</i>	156
<i>Os registos de saúde e a medicina.....</i>	157
<i>Os registos de saúde e a enfermagem.....</i>	162
5.2 Hipóteses de investigação sobre os registos de saúde.....	167
<b>Capítulo 6</b>	
<b>AS DIMENSÕES SOCIAIS NOS REGISTOS HOSPITALARES.....</b>	<b>171</b>
6.1 Caracterização do objecto empírico.....	171
<i>O registo de dimensões sociais por origens profissionais.....</i>	173
6.2 Índice de registo de dimensões sociais.....	178
<i>Índice de registo e os hospitais.....</i>	180
<i>Índice de registo e os serviços hospitalares.....</i>	183
<i>Índice de registo e os atributos dos indivíduos internados.....</i>	193
<i>O caso específico dos registos de enfermagem e os serviços hospitalares.....</i>	200
6.3 Registos de saúde em contexto hospitalar. Limitações e potencialidades.....	203
 <b>PARTE III</b>	
<b>Capítulo 7</b>	
<b>CARACTERIZAÇÃO SOCIAL.....</b>	<b>209</b>
7.1 Composição social do universo empírico.....	209
<i>Caracterização do universo de óbitos por classes sociais.....</i>	212
7.2 Indicadores de desigualdade de saúde de acordo com as origens hospitalares.....	224

<b>Capítulo 8</b>	
<b>CLASSE SOCIAIS E A DESIGUALDADE NA SAÚDE.....</b>	<b>235</b>
8.1 Classes sociais e a desigualdade na longevidade.....	235
<i>Classes sociais, causas de morte e longevidade.....</i>	239
<i>Classes sociais, longevidade e as origens hospitalares.....</i>	243
8.2 O género e as desigualdades na saúde.....	245
8.3 Classes sociais e os estilos de vida na saúde.....	252
<i>Tabagismo por classe social na população masculina.....</i>	253
<i>Alcoolismo e a redução do consumo de álcool.....</i>	256
<b>Capítulo 9</b>	
<b>ESPAÇO SOCIAL DA DESIGUALDADE EM SAÚDE.....</b>	<b>263</b>
9.1 Espaço social da desigualdade em saúde.....	263
9.2 Tipologia da incorporação da desigualdade social.....	269
<i>Cluster 1 – Óbitos prematuros.....</i>	271
<i>Cluster 2 – Alteração dos estilos de vida .....</i>	275
<i>Cluster 3 – Conservação dos estilos de vida.....</i>	277
<i>Cluster 4 – Cluster modal.....</i>	280
<i>Os operários industriais e o sector da construção civil e obras públicas.....</i>	282
<i>Portugal no contexto europeu das desigualdades em saúde.....</i>	284
<b>CONCLUSÃO.....</b>	<b>289</b>
<b>Fontes.....</b>	<b>297</b>
<b>Referências bibliográficas.....</b>	<b>299</b>



## **Índice de quadros e figuras**

### **Quadros**

Quadro 3.1 Classificação internacional de doenças (CID-10 <sup>a</sup> revisão). Grandes grupos de doenças.....	102
Quadro 4.1 Utilização de cuidados de saúde por sectores em Portugal, em 1987.....	137
Quadro 4.2 Distribuição do n.º de médicos e de enfermeiros no sector oficial público entre os centros de saúde e os hospitais de 1990-2000 .....	139
Quadro 5.1 Operacionalização das dimensões de análise dos registos de saúde hospitalares .....	169
Quadro 6.1 Índice de registo de dimensões sociais. Dimensões constituintes.....	178
Quadro 6.2 Frequência dos óbitos e a idade média dos óbitos por categoria de serviço hospitalar e por hospital de origem.....	187
Quadro 6.3 Quadro síntese dos valores das medidas de associação de Eta2 entre os índices de registo de médicos e enfermeiros e as variáveis de contexto de trabalho e os atributos individuais.....	197
Quadro 7.1 – Estrutura etária e sexual do universo dos óbitos no conjunto dos dois hospitais (N= 1935).....	210
Quadro 7.2 – Décadas referentes aos anos de nascimento do conjunto dos óbitos dos dois hospitais.....	211
Quadro 7.3 Frequência da informação válida para condição perante o trabalho.....	212
Quadro 7.4 Condição perante o trabalho por sexo e por hospital. (percentagens).....	213
Quadro 7.5 Frequência da informação válida para situação na profissão.....	214
Quadro 7.6 Situação na profissão por sexo e por hospital. (percentagens).....	214
Quadro 7.7 Frequência da informação válida para “Profissão”.....	216
Quadro 7.8 Frequências das profissões pelos grandes grupos CNP-94 por origem hospitalar (percentagens).....	216
Quadro 7.9 Matriz de construção do indicador socioprofissional individual de classe.....	218
Quadro 7.10 Frequência da informação válida para classe social.....	219
Quadro 7.11 Caracterização dos lugares de classe dos óbitos ocorridos por sexo no conjunto dos dois hospitais em 2004. (N=883).....	220
Quadro 7.12 Caracterização dos lugares de classe dos óbitos por sexo e por hospital (N=883)(%).....	220
Quadro 7.13 Indicadores de Saúde de 2004 para os distritos de Lisboa e Beja.....	225
Quadro 7.14 – Residência do universo de óbitos por origem hospitalar .....	226
Quadro 7.15 Caracterização do universo dos óbitos por escalões etários e longevidade média, nos dois hospitais.....	227
<i>Quadro 7.16 Frequência das causas de morte e a idade média dos óbitos por causa de morte referente ao hospital localizado em Lisboa.....</i>	230
<i>Quadro 7.17 Frequência das causas de morte e a idade média dos óbitos por causa de morte referente ao hospital localizado em Beja.....</i>	232

Quadro 8.1 Valores médios da longevidade segundo as principais causas de morte e a classe social no conjunto dos dois hospitais.....	240
Quadro 8.2 Tempos de procrastinação face ao EAM superiores ou iguais a quatro dias (N=46).....	242
Quadro 8.3 – Caracterização do universo dos óbitos por sexo, escalões etários e longevidade, nos dois hospitais em 2004.....	246
Quadro 8.4 Frequência da informação válida para o tabagismo e o consumo de álcool.....	252
Quadro 8.5 Tabagismo por classe social (N=674).....	253
Quadro 8.6 Histórico de tabagismo nos homens por classe social. Indivíduos que deixaram de fumar. Valores em percentagem. (N=428).....	254
Quadro 8.7 Indivíduos com historial de tabagismo por classe social que deixaram de fumar com idade <= a 65 anos (N=271).....	255
Quadro 8.8 Histórico de alcoolismo nos homens por classes social. Percentagens (N=674).....	256
Quadro 8.9 Redução do consumo de álcool nos homens por classe social (N=321).....	258
Quadro 9.1 Descrição das variáveis e categorias incluídas na análise de correspondências múltiplas (ACM) .....	264
Quadro 9.2 Distribuição dos valores próprios das primeiras 5 dimensões.....	265
Quadro 9.3 Cluster 1- Óbitos Prematuros – Indicadores de caracterização social.....	272
Quadro 9.4 Cluster 1- Óbitos Prematuros – Indicadores de saúde.....	273
Quadro 9.5 Cluster 2- Alteração dos estilos de vida – Indicadores de caracterização social.....	275
Quadro 9.6 Cluster 2- Alteração dos estilos de vida – Indicadores de saúde.....	277
Quadro 9.7 Cluster 3 - Estilos de vida estáveis – Indicadores de caracterização social.....	278
Quadro 9.8 Cluster 3- Alteração dos estilos de vida – Indicadores de saúde.....	279
Quadro 9.9 Cluster 4 – Cluster modal - Indicadores de caracterização social.....	280
Quadro 9.10 - Cluster 4 – Cluster modal – Indicadores de saúde.....	281

## **Figuras**

Figura 6.1 Frequências das ocorrências das dimensões sociais no conjunto dos dois hospitais (%).....	174
Figura 6.2 Índice de registo de dimensões sociais por origem profissional.....	179
Figura 6.3 Articulação entre o “índice de registo de dimensões sociais” e as duas instituições hospitalares.....	181
Figura 6.4 Índice de registo de dimensões sociais por origem profissional e por tipo de serviço no hospital em Beja.....	190
Figura 6.5 Índice de registo de dimensões sociais por origem profissional e por tipo de serviço no hospital em Lisboa.....	191
Figura 6.6 Índice de registo de dimensões sociais por sexo de acordo com as origens profissionais nos dois hospitais.....	195
Figura 6.7 Articulação entre os índices de registo e os escalões etários por origem profissional no conjunto dos dois hospitais.....	196
Figura 6.8 Síntese dos valores das medidas de associação de Eta <sup>2</sup> (%) entre os índices de registo de médicos e enfermeiros e as variáveis de contexto de trabalho e os atributos individuais.....	198
Figura 6.9 Articulação entre o índice de registo de enfermagem e os serviços por instituição hospitalar.....	200
Figura 8.1 Longevidade por classes sociais no conjunto dos dois hospitais (N=883).....	236
Figura 8.2 Relação da variação da longevidade e classes sociais de acordo com as origens hospitalares.....	244
Figura 8.3 Variação da longevidade de acordo com a articulação entre as classes sociais e o sexo. Universo constituído pelo conjunto dos óbitos dos dois hospitais. Homens (N=674) mulheres (N=209).....	249
Figura 8.4 Relação entre o tabagismo e hábitos alcoólicos nos homens.....	260
Figura 9.1 Configuração do Espaço Social da Desigualdade na Saúde.....	266
Figura 9.2 Localização dos Clusters no Espaço Social da Desigualdade na Saúde.....	270

## **INTRODUÇÃO**

A presente investigação procura analisar a relação entre a estrutura de classes sociais e as desigualdades na saúde, procurando explicar os mecanismos mediadores que convertem o social no biológico.

Assistiu-se durante o século XX, de uma maneira geral, a uma melhoria gradual das condições materiais de vida das populações e a avanços significativos nas ciências relacionadas com o campo da saúde em especial nos domínios da imunização, diagnóstico, tratamento e controle das doenças infecciosas. A conjugação destes factores levou a uma descida da mortalidade infantil e a um significativo aumento da esperança média de vida. Por outro lado, tem-se assistido a uma consciencialização mais esclarecida e a uma crescente visibilidade social relacionada com os problemas da desigualdade social, nomeadamente os que reflectem as desigualdades em saúde. Nas sociedades ocidentais, o aumento generalizado da escolarização associado a uma maior reflexividade cognitiva tem conduzido a um maior escrutínio das práticas sociais, políticas e profissionais. Como refere Capucha (2005) “a Europa enfrenta de facto um conjunto complexo de problemas morais, sociais, institucionais e políticos. Eles relacionam-se com a contradição entre os valores e as esperanças partilhadas pelas pessoas e as condições reais em que ainda vivem milhões de cidadãos, famílias e grupos pobres em pleno século XXI, por vezes chocantes e sempre intoleráveis” (2005: 27).

Fassin (1996) alerta para o facto de que as desigualdades perante a doença e a morte não poderem ser apenas equacionadas em termos de disparidades entre países pobres e ricos, evidenciando o paradoxo de que as desigualdades em saúde se têm acentuado nos países economicamente mais desenvolvidos, em simultâneo com um contexto de melhoramento global dos índices de saúde. Os contextos de aprofundamento de desigualdades sociais revelados, por exemplo, através do aumento das taxas de pobreza relativa conduzem, como refere Capucha (2005), a uma degradação do estado de saúde das populações e a uma diminuição real dos tempos de vida. Na verdade e apesar da melhoria global dos índices de saúde persistem profundas desigualdades, tanto a nível internacional como no contexto interno de cada país, que gradualmente adquirem um estatuto público de injustiça social,

configurando-se como contradições do próprio funcionamento das sociedades modernas. Como refere Fernandes (2007) “Após a conquista de anos de vida, procuramos agora compreender o que está associado às diferenças que observamos na capacidade de sobrevivência das populações” (2007: 420).

O ponto de partida para a ideia deste projecto de investigação surgiu há alguns anos, durante o exercício das funções profissionais de enfermagem num serviço de urgência de um hospital público. O serviço de urgência constitui um local privilegiado de observação pela multiplicidade de fenómenos sociais complexos que aí decorrem relacionados com a saúde, a doença e a morte. Como refere Peneff (2002), os serviços de urgência constituem um local que apresenta no mesmo espaço físico e temporal, uma grande heterogeneidade de universo populacional em que, lado a lado, é possível ver os indivíduos mais pobres e os que pertencem às classes mais altas. A diversidade de doenças e os múltiplos contextos de interacção entre a população e os diversos profissionais de saúde constituíram, na altura, um ponto de partida para uma série de interrogações que pretendia relacionar o observado ao nível da interacção com o observado a um nível mais estrutural.

Num nível mais estrutural, os indicadores de saúde revelavam uma situação paradoxal: se, por um lado, os indicadores como a *taxa de mortalidade perinatal*<sup>1</sup> posicionavam Portugal nos lugares cimeiros, no contexto da União Europeia a 15<sup>2</sup>, por outro lado, os indicadores referentes à mortalidade por tuberculose o posicionam de forma persistente nos últimos lugares à escala europeia (Giraldes, 1996; DGS, 2003). Este tipo de padrões internos de desigualdade perante a doença e a morte constituem-se, também, como importantes indicadores de desenvolvimento global de um país.

Tendo ainda presente a memória inicial do contexto do serviço de urgência, a questão de partida pretendia, por um lado, perceber se seria possível estabelecer uma relação entre a diversidade de pessoas que recorriam ao serviço de urgência e a informação que decorria dos dados estatísticos mais agregados e, por outro, pretendia-se igualmente perceber que

---

<sup>1</sup> n.º de óbitos fetais de 28 ou mais semanas de gestação e óbitos de nados-vivos com menos de 7 dias de idade, observados no período de um ano civil e referido ao número de nados-vivos e fetos mortos de 28 ou mais semanas durante o mesmo período (habitualmente expresso em relação a 1000nados-vivos e fetos mortos de 28 ou mais semanas) (DGS, 2003: 59)

<sup>2</sup> Tendo como referência o conjunto de 15 países que integravam a União Europeia no ano de 2000, e apenas no que se refere as taxas de mortalidade perinatal, Portugal surge em 3º lugar, sendo que o 1º lugar é ocupado pela Finlândia (DGS, 2003: 39).

características sociais poderiam diferenciar este universo populacional segundo as doenças e as causas de morte.

Como seria possível explicar que a doença e a morte ocorreriam de forma diferenciada, segundo dimensões sociais? Forçosamente a construção de um projecto de investigação deste tipo implicaria, à partida, uma ruptura com algumas perspectivas dominantes que iria implicar, necessariamente, a incorporação neste trabalho, como refere Nunes (1976), de um *imperativo desmistificador*<sup>3</sup>.

Como refere Silva (2001), os princípios da pesquisa científica social colocam em causa algumas das mais arreigadas concepções e preconceitos, sendo neste sentido que se torna imperativo uma ruptura com algumas formas de produção de conhecimento. Em primeiro lugar, destacam-se algumas concepções que reflectem um nível de conhecimento prático e que podemos arrumar num grande domínio denominado de *senso-comum*: o nível das representações mais imediatas e espontâneas (Silva, 2001). Ao nível da saúde algumas destas concepções e representações traduzem-se, por vezes, nalguns aforismos populares conferindo, por exemplo, um elevado grau de democratização à morte, do tipo: *a morte não escolhe ricos ou pobres* ou então, que *na morte todos são iguais*. Como já referia Durkheim (1897/2001), “o objecto das pesquisas não pode ser constituído pelos grupos de factos já organizados aos quais correspondem as palavras da língua corrente. O investigador é forçado a construir, ele próprio, os grupos que quer estudar, de modo a conferir-lhes a homogeneidade e a especificidade necessárias para poderem ser tratados cientificamente” (1897/2001: 19-20).

Ainda neste domínio, relativo às formas de produção de conhecimento, destacam-se, em segundo lugar e como refere Silva (2001), as concepções mais trabalhadas e eruditas enquadradas em *formações ideológicas-doutrinárias*. Estas concepções englobam, por exemplo, o discurso e a prática da medicina ou da enfermagem. Como analisa Carapinheiro (1998), o carácter natural e biológico dos fenómenos relacionados com a saúde, a doença e a morte parecem encerrar uma racionalidade intrínseca à sua própria natureza, que de tão evidente parecem escapar às condicionantes sociais e quase parecem dispensar a necessidade de uma abordagem suplementar à desenvolvida pelas ciências médicas (1998: 35). Ainda neste domínio das *formações ideológicas-doutrinárias* podemos igualmente considerar as concepções do discurso político e ideológico centrado na constatação recorrente de um sistema de saúde que garante o tratamento igualitário e o acesso universal das populações.

---

<sup>3</sup> Uma das características da sociologia, como refere Sedas Nunes (1976), que melhor se ajusta ao espírito da era moderna é a interiorização na sua prática científica de um imperativo desmistificador.

Com efeito e como sustenta Fassin (1996), fazendo eco das análises anteriores de Parsons (1951/1984), os fenómenos relacionados com a saúde, a doença e a morte, bem mais do que realidades derivadas de definições biológicas ou médicas surgem, simultaneamente, como noções situadas em espaços sociais, definidas pelas relações entre o corpo biológico e o corpo social (Fassin, 1996).

Na produção sociológica, a doença é considerada também como um facto social que incorpora uma multiplicidade de dimensões, em que a sua compreensão e inteligibilidade é procurada e relacionada noutros factos sociais, numa tradição sociológica e num posicionamento epistemológico que remonta aos trabalhos pioneiros de Durkheim (1897/2001) sobre o estudo do suicídio. Para Parsons (1951/1984) a doença define-se biológica e socialmente, o estar doente constitui-se igualmente como um papel social e não apenas como uma condição bio-fisiológica. A doença é percepcionada como uma dimensão socialmente construída e que, como tal, incorpora uma pluralidade de significações e conotações que veiculam uma determinada representação do mundo e da ordem social (Ferreira, 2000: 107).

A partir da década de 70 do século XX, como refere Carapinheiro (1986), reconhece-se que o controle da doença não repousa apenas sob os processos médicos e medicalizantes. O modelo monocausal da doença é gradualmente substituído por um modelo multi-causal, sugerindo que causas biológicas da doença se articulam com outras causas integradoras de dimensões sociais, culturais ou ambientais (Carapinheiro, 1986). De forma progressiva, as dimensões sociais e culturais passam a ser consideradas como relevantes no processo de realização do diagnóstico clínico e no esquema terapêutico adoptado (Bury, 1997).

Neste sentido, o presente trabalho procura trazer nova produção de conhecimento teórico e substantivo para o estudo das desigualdades na saúde em Portugal, em que se procura igualmente articular, de forma complementar, uma análise relativa aos domínios das profissões de medicina e de enfermagem, no domínio mais específico relativo à produção e elaboração dos registos de saúde em contexto hospitalar.

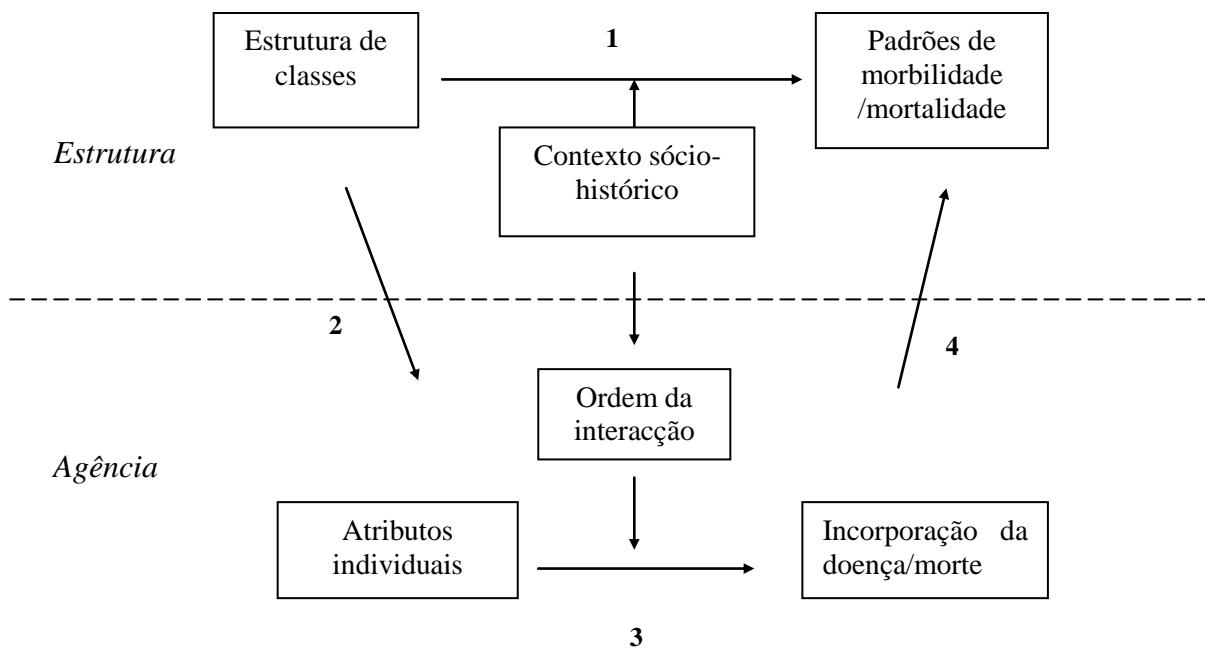
O presente trabalho baseia-se numa concepção de investigação empírica, teoricamente orientada, o que significa uma concepção que supõe, do princípio ao fim, o comando conceptual e problematizador da teoria (Costa, 1999: 7). No plano teórico recorre-se a contributos das áreas disciplinares da sociologia das classes sociais, da sociologia da saúde e da epidemiologia. De forma sintética refira-se que a investigação assenta de forma central o seu enquadramento teórico e a consequente construção do objecto de estudo em duas principais dimensões analíticas: as classes sociais e as desigualdades na saúde. Nesta

articulação procura-se explicar os mecanismos mediadores que convertem o social no biológico sustentando-se, como hipótese central, que as desigualdades inscritas na ordem social se traduzem numa incorporação individual da desigualdade sob a forma de disparidades perante a doença, a morte e os estilos de vida relacionados com a saúde, ou seja, que as relações que os indivíduos têm com os seus corpos e sintomas, com os sistemas de saúde e com as possibilidades de tratamento são condicionadas pela posição e trajectória social.

### *Modelo de análise*

Foi delineado um modelo de análise orientador da investigação que, no fundo, traduz uma conjectura racional explicativa que pretende dar conta da pluralidade de domínios analíticos, mas também do modo como se articulam e se pretendem estabelecer um conjunto de relações causais. A elaboração deste modelo e a sua tradução na forma do diagrama, como se apresenta na Figura, baseou-se em contributos oriundos de Coleman (1990) e Almeida, Costa e Machado (2006).

Figura – Modelo de análise da investigação



O presente modelo de análise tem por base uma premissa ontológica realista assente na natureza estratificada da realidade social, em que cada estrato ou nível social possuem diferentes propriedades emergentes. Esta premissa tem por base um dualismo analítico, em

que se procura identificar os mecanismos sociais que se operam na articulação entre estrutura e agência (Archer, 1995). De uma forma esquemática, os padrões de desigualdade na doença e na morte são aqui considerados como *efeitos* situados num nível estrutural cuja explicação e suas causas serão progressivamente procuradas retrocedendo a partir do canto superior direito do diagrama. As setas identificadas numericamente pretendem significar quatro tipos genéricos de relações causais:

1. Relações de nível estrutural, que implicam a articulação entre a estrutura de classes sociais e os padrões de desigualdade na doença e na morte. Esta relação é mediada pelos efeitos de um contexto estrutural socio-histórico mais geral, num domínio que inclui os modelos de estado e a emergência do desenvolvimento do Estado Providência e do Serviço Nacional de Saúde.
2. Relações entre o nível da estrutura e o nível da agência, que implicam considerar os efeitos decorrentes entre a estrutura de classes e os atributos sociais individuais.
3. Relações localizadas ao nível da agência, que implicam uma relação de causalidade entre os atributos sociais individuais e a incorporação da doença e morte. Esta relação é aqui mediada pelos efeitos da ordem da interacção, em que são considerados os profissionais de saúde e os contextos hospitalares. Considera-se aqui, também, uma articulação causal com o contexto sócio-histórico.
4. Relações entre o nível da agência e o nível da estrutura, que implicam considerar os efeitos de composição, que se traduzem em padrões de desigualdade nas doenças e na morte, geradores de efeitos emergentes a níveis supra-individuais de constituição das relações sociais.

O estabelecimento de cada uma destas relações implica considerar as propriedades sociais ou os mecanismos internos (Archer, 1995) que caracterizam cada domínio:

*Estrutura das classes sociais:* domínio em que se considera as classes sociais como contextos sociais ou seja, como propriedades sociais resultantes da estrutura relacional de posições diferenciadas e assimétricas onde os agentes se distribuem posicionalmente segundo os diferentes tipos de recursos.

*Atributos sociais individuais:* domínio em que se perspectiva as classes sociais como atributos sociais individuais, ou seja, como o conjunto de propriedades sociais dos indivíduos, que inclui o plano das disposições internas, bem como, as propriedades relativas a recursos socioeconómicos e socioeducacionais (Almeida, Costa e Machado, 2006: 71).

*Incorporação da doença/morte:* domínio em que se considera a incorporação individual da doença e a trajectória da doença e da morte. Este domínio permite, por um lado, considerar

os elementos de estruturação da identidade social do doente como propriedades sociais resultantes da relação do indivíduo com a doença, que engloba as representações sociais, a percepção de sintomas e as experiências subjectivas e objectivas da doença (Carapinheiro, 1986: 4) e, por outro lado, considera os elementos de reflexividade, das escolhas racionais e dos condicionamentos sociais relativos aos recursos de saúde.

*Ordem da Interacção:* domínio em que importa considerar as propriedades sociais resultantes das dimensões especificamente interaccionais e contextuais com o objectivo de complementar as dimensões estruturais e dispositionais (Costa, 2007: 22). Estas propriedades sociais resultam da interacção do indivíduo com os diferentes profissionais de saúde, nos diferentes contextos organizacionais que englobam aqui, genericamente, os serviços de saúde. Neste domínio, as dimensões analíticas incluem o modo como, de forma diferencial, os médicos estabelecem os diagnósticos das doenças e causas de morte nos diferentes contextos de interacção.

*Contexto sócio-histórico:* domínio que considera as propriedades sociais situadas em níveis analíticos estruturais e sistémicos decorrentes da implementação de um modelo de Estado de Providência e da criação do Serviço Nacional de Saúde. Contextos estruturais que permitem uma análise diacrónica associada à introdução de novas formas institucionais de organização social, que encerram novos valores e normas e que remetem igualmente para processos de mudança legislativa, no plano mais estrito das políticas de saúde, que produzem efeitos relevantes nas profissões de saúde, nos serviços de saúde e no acesso da população aos cuidados de saúde.

*Padrões de morbilidade/mortalidade:* domínio em que se considera os padrões de desigualdade na doença e na morte como propriedades sociais decorrentes do conjunto de doenças e causas de morte que tipificam a sociedade em contextos histórico-sociais precisos, através da sua distribuição pelo espaço social, dos sistemas de valorização social das doenças e da diversidade dos seus usos sociais (Carapinheiro, 1986). Estes padrões de desigualdade das doenças e causas de morte no espaço social podem ser reveladores de sistemas estruturados de desigualdades sociais, nomeadamente, de relações sociais associadas à distribuição desigual e acesso diferenciado a recursos.

No essencial, o modelo de análise elaborado relaciona duas dimensões analíticas conceptuais: as classes sociais e as desigualdades na saúde, que por sua vez se encontram articuladas em duas dimensões analíticas ontológicas: a estrutura e a agência.

### *Metodologia de investigação. Delimitação do campo empírico*

Este trabalho segue uma estratégia de investigação central de tipo extensivo-quantitativo tendo por base a informação presente nos processos de internamento hospitalar referente aos óbitos ocorridos em 2004, em duas instituições hospitalares, uma localizada em Lisboa e a outra em Beja.

A definição e a delimitação do que constituiu o universo empírico estiveram, naturalmente, subordinadas a um conjunto de critérios de ordem teórica e metodológica, mas também de ordem pragmática. Estes critérios poderão ser sintetizados na seguinte tríade orientadora: 1) delimitação espaço-temporal localizada na contemporaneidade e em Portugal; 2) possibilidade de construção de indicadores de desigualdade na saúde e de indicadores socioprofissionais de classe; 3) possibilidade de inclusão de dimensões relativas à avaliação das desigualdades regionais em saúde.

*Contemporaneidade e delimitação nacional* – Pretendeu-se, em primeiro lugar, que os resultados da investigação fossem circunscritos espacialmente ao território nacional e que reflectissem, temporalmente, a contemporaneidade. Optou-se ainda por restringir este critério ao espaço continental português e temporalmente circunscrito apenas a um ano civil;

*Indicadores de desigualdade na saúde* - A análise das desigualdades em saúde privilegiou, sobretudo, as dimensões relativas à mortalidade (assimetrias na longevidade, esperanças de vida, causas de óbito) em detrimento das dimensões relativas à morbilidade e às representações sociais sobre os fenómenos relacionados com a saúde. Neste sentido, o universo empírico foi circunscrito ao universo de óbitos ocorridos em território nacional.

*Indicadores socioprofissionais* – A análise das desigualdades sociais privilegiou um enquadramento teórico baseado nas classes sociais, o que implicou a necessidade de ter acesso a um conjunto de informação sobre as profissões e sobre o histórico profissional dos indivíduos que maioritariamente se encontrariam em situação de reforma.

*Desigualdades regionais em saúde* - Presidiu igualmente um objectivo de comparação de desigualdades regionais no campo da saúde e, neste sentido, o universo de óbitos seleccionado teve origem em diferentes regiões do país, numa delimitação territorial situada ao nível de diferentes distritos. Por razões de ordem prática o critério estabelecido foi o de comparar apenas dois distritos.

Definidos os critérios gerais que delimitaram o universo empírico, a posterior selecção do objecto empírico foi igualmente orientada de forma central por dois níveis de critérios. Em primeiro lugar a investigação foi situada num nível de análise individual e, em segundo lugar,

o objecto empírico teria que ter a presença simultânea de informação sobre as dimensões de saúde e sobre as dimensões sociais relativas a cada indivíduo.

*Nível de análise individual* – Pretendeu-se que a recolha da informação empírica sobre os óbitos se situasse a um nível individual e não a um nível de resultados já agrupados estatisticamente, cujos critérios de agregação não poderiam ser nem seleccionados nem controlados pelo decurso da investigação;

*Dimensões sociais e de saúde* – Finalmente, as fontes de informação sobre estes óbitos teriam que garantir a presença simultânea de informação sobre as dimensões de saúde e sobre as dimensões sociais para cada individuo em análise. Nas dimensões sociais, era imprescindível a garantia da presença de informação sobre o historial relativo aos atributos socioprofissionais dos óbitos analisados.

A procura de um objecto empírico que pudesse reunir os critérios atrás descritos - que de forma resumida poderia ser definido pela procura de um objecto que reflectindo temporalmente a contemporaneidade reunisse de forma individual a informação sobre as dimensões sociais e sobre as dimensões de saúde e que, simultaneamente, permitisse posteriores comparações regionais - recaiu, finalmente, na escolha dos processos e registo de saúde referentes aos óbitos ocorridos em situação de internamento hospitalar. Os processos de registo de internamento hospitalar dos óbitos reuniam, à partida, num só objecto o cumprimento dos vários critérios elencados, com a possibilidade de se poderem localizar em diferentes regiões do país. Assim, ficou deste modo definido que a recolha empírica seria baseada na leitura e análise da informação presente nos processos de internamento hospitalar referentes aos óbitos ocorridos no período de um ano civil, que correspondesse o mais possível à contemporaneidade e, que, simultaneamente, tivessem origem em duas instituições hospitalares, localizadas em dois distritos do país.

Relativamente às instituições hospitalares onde se procedeu à consulta dos processos de internamento pretendeu-se, por um lado, que estas instituições correspondessem a hospitais públicos, por apresentarem à partida uma maior cobertura populacional que possibilitasse por essa via uma maior probabilidade de diversidade de caracterização social dos indivíduos e, por outro lado, que estas instituições hospitalares não correspondessem a hospitais especializados pois pretendeu-se, igualmente, abranger uma maior diversidade de situações clínicas, diagnósticos e causas de óbito entre o universo estudado. Quanto à selecção das localizações destes dois hospitais, as suas áreas de abrangência geográfica corresponderam a duas regiões que eram bem distintas entre si, ao nível das suas composições sociais e ao nível dos indicadores de saúde. Este último critério, de delimitação empírica, tinha como base o

estabelecimento de uma hipótese secundária sustentada no pressuposto de que as disparidades geográficas em saúde constituem-se em, grande medida, como um reflexo da desigualdade social regional, ou seja, que é a estrutura de classes sociais que explica as desigualdades regionais em saúde.

Ao nível das dimensões sociais, que serviram de base para uma primeira avaliação referente às diferentes assimetrias regionais que, por sua vez, estavam associadas à localização dos dois hospitais, foram construídos indicadores sócio-demográficos e socioprofissionais dos vários distritos do país, tendo por base as estatísticas e a informação originária dos Censos de 2001. Sendo certo que o universo empírico remetia, seguramente, para uma população maioritariamente idosa e reformada, privilegiou-se a análise de informação sobre as dimensões sociais regionais que incidissem, preferencialmente, sobre as populações localizadas nas faixas etárias acima dos 50 anos. No outro pólo, o da avaliação das desigualdades regionais ao nível das dimensões de saúde, mobilizou-se sobretudo os indicadores de mortalidade por distrito, com base nas estatísticas oficiais oriundas da direcção geral de saúde (DGS, 2006<sup>a</sup>, 2006b).

O confronto entre estas dimensões e indicadores e as regiões permitiu concluir pela delimitação de duas regiões, que cumpriam os critérios exigidos e que, na sua comparação, apresentavam não só diferenças ao nível dos indicadores de saúde mas que apresentavam, sobretudo, diferenças muito significativas ao nível da composição socioprofissional. Ficou assim definido que a comparação regional teria que ser realizada entre por um lado a região de Lisboa e, por outro, a região do Alentejo ou a região de Trás-os-Montes. Por questões práticas, relacionadas com a proximidade geográfica, optou-se pela comparação entre a região de Lisboa e a região do Alentejo.

Definido e delimitado o campo de análise empírica procedeu-se posteriormente à elaboração dos pedidos formais de autorização à realização da investigação, que foram dirigidos a diversos hospitais localizados em Lisboa e no Alentejo, com a exposição dos objectivos de investigação e com a solicitação expressa de requerer a permissão de leitura e consulta dos processos hospitalares dos óbitos. Esta fase inicial foi longa e constituída por avanços e recuos, sabendo-se à partida que não iria constituir um processo fácil.

A maioria destes pedidos envolveu posteriores reuniões com representantes das administrações hospitalares, conselhos de ética e enfermeiros directores. Finalmente, três instituições hospitalares que cumpriam os critérios previamente estabelecidos demonstraram a total disponibilidade para acolher o desenvolvimento desta investigação. Destas, concluiu-se pela escolha de um hospital localizado em Beja e a de um outro localizado em Lisboa.

Importa referir que através de algumas destas reuniões e respostas escritas aos pedidos de investigação foi-se percebendo que o facto de o investigador ser simultaneamente enfermeiro constituiu um factor decisivo para a permissão da realização da consulta directa destes processos hospitalares.

O passo seguinte implicou que temporalmente o universo de óbitos em análise reflectisse, o mais possível, o critério da contemporaneidade, mas também e no sentido de se poder cumprir pressupostos de comparabilidade o ano seleccionado teria que corresponder ao mesmo em ambos os hospitais. De acordo com a informação das respectivas direcções hospitalares, o conjunto dos óbitos ocorridos no ano de 2004 surgiu como o ano mais recente, em que a organização dos processos já permitia a sua consulta e leitura de forma mais acessível e sistematizada.

### *Técnicas de recolha de informação*

A estratégia de investigação adoptada, de tipo extensiva/quantitativa, implica, como refere Costa (1999), a construção de instrumentos de recolha de informação estandardizados que possibilitem a medida segundo parâmetros homogéneos e que permitam uma aplicação extensiva a todos os elementos do universo considerados (1999: 9).

A disponibilidade concedida pelas respectivas administrações hospitalares permitiu antever que se poderia proceder a uma primeira consulta dos processos hospitalares antes da aplicação definitiva de um instrumento de recolha de informação estandardizado. Neste sentido, e como à partida era desconhecido o tipo de informação contida nos processos hospitalares, elaborou-se, numa primeira fase, um modelo de recolha de informação provisório constituído por uma grelha orientadora da recolha de informação, de cariz mais aberto, mas tendo por base as dimensões conceptuais e os domínios analíticos decorrentes do quadro teórico. A aplicação desta grelha tinha como objectivo a verificação da operacionalidade empírica das dimensões conceptuais teóricas tendo sido confrontada e testada numa primeira amostra constituída por 80 processos de óbitos ocorridos em 2004, que foram aleatoriamente seleccionados. Esta primeira leitura e análise da informação permitiu a reformulação de indicadores e categorias construindo-se, posteriormente, uma nova e definitiva grelha de recolha de informação que foi aplicada de igual forma nas duas instituições hospitalares seleccionadas.

Esta grelha final ficou assim constituída, na sua grande maioria, por variáveis baseadas em opções categoriais fechadas, que incluíam também, mas em menor número, variáveis

numéricas tendo, finalmente, sido reservado ainda um pequeno conjunto de variáveis *abertas* que permitiram a inclusão de informação em texto.

O trabalho de campo referente à consulta e leitura dos processos hospitalares teve a duração de cerca de quinze meses, tendo decorrido entre Março de 2008 e Maio de 2009. Após este processo de leitura e análise de conteúdo dos registos referentes aos processos disponibilizados em cada hospital, o largo volume de informação qualitativa e quantitativa resultante, foi maioritariamente objecto de codificação e informatização com recurso ao software SPSS.

A totalidade dos processos analisados correspondeu a um universo populacional de 1935 óbitos, sendo 991 casos oriundos do hospital situado em Beja e 944 casos oriundos do hospital situado em Lisboa. Importa referir que a população de óbitos que foi possível ser analisada através dos processos disponibilizados em cada uma das instituições hospitalares, não correspondeu à totalidade dos óbitos ocorridos nessas mesmas duas instituições. Em 2004 o total de óbitos ocorridos no hospital localizado em Beja foi de 1292 e no hospital em Lisboa de 1126. Nem todos os processos se encontravam acessíveis e algumas das situações de óbito não tinham passado pelas fases de internamento hospitalar.

Em termos de organização formal, o presente trabalho encontra-se dividido em três grandes partes. A primeira parte é no essencial dedicada ao desenvolvimento do percurso de construção e análise teórica; a segunda parte incide sobre as questões metodológicas que, por sua vez, implicaram um tratamento analítico centrado nos registos de saúde hospitalares enquanto objecto empírico e objecto de estudo e, finalmente, a terceira parte é constituída por uma análise empírica dos resultados da investigação, com base nas duas dimensões conceptuais centrais a este trabalho: as desigualdades na saúde em articulação com as classes sociais.

A primeira parte é constituída por três capítulos. No capítulo 1 são apresentadas e discutidas as perspectivas teóricas sobre as classes sociais, enquanto dimensão central de estruturação das desigualdades sociais, onde são mobilizados os contributos dos autores clássicos como Marx e Weber na sua articulação com autores mais contemporâneos como Bourdieu. Simultaneamente, é apresentada uma discussão sobre os modelos de estratificação e das classes sociais e, igualmente, sobre as relações do poder e do exercício do poder. São expostos os instrumentos teóricos e metodológicos seleccionados para a operacionalização da dimensão referente às classes sociais, que é baseada na tipologia de classes ACM. Finalmente, apresenta-se um enquadramento teórico sobre os estilos de vida em articulação com as classes sociais. O capítulo 2 é dedicado às concepções sobre os fenómenos da saúde e da doença,

privilegiando-se uma contextualização histórica alargada e articulada em três dimensões: os processos de profissionalização da medicina e da enfermagem e respectivos modelos dominantes em cada uma destas profissões; a saúde pública e a epidemiologia e finalmente o desenvolvimento das instituições hospitalares. O capítulo 3 focaliza sobretudo as temáticas e os contributos teórico-empíricos sobre as desigualdades sociais na saúde através das classes sociais e dos estilos de vida relacionados com a saúde. Pretende-se, por isso, neste capítulo situar, por um lado, a problemática teórica dos estilos de vida no campo da sociologia de uma forma mais geral e, por outro, problematizar a relativa autonomização da noção dos estilos de vida na saúde, que se tem vindo a operar dentro de um enquadramento mais específico situado na sociologia da saúde. Serão também apresentados e discutidos os principais indicadores sobre as desigualdades em saúde. Finalmente, o capítulo 4 encerra esta primeira parte com uma análise teórico-empírica mais centrada num contexto sócio-histórico sobre as políticas de saúde em Portugal, durante o século XX, em que se recorre de forma mais central à análise de fontes documentais relacionadas com a legislação portuguesa no domínio da saúde.

A segunda parte é organizada em dois capítulos. Decorrente do objecto empírico seleccionado, que consistiu nos processos de saúde hospitalares, optou-se por dedicar uma análise de âmbito mais específico aos seus elementos constituintes e sobre as implicações das relações sociais de observação envolvidas na construção deste objecto em análise. Neste sentido e decorrente da exigência da especificação dos diversos elementos que caracterizam a prática científica, como referem Almeida e Pinto (1990), optou-se por conferir um maior grau de autonomia a esta segunda parte do trabalho, que finalizou na construção de um novo objecto de estudo complementar à investigação. Este objecto de estudo encontra-se, neste sentido, estruturado segundo as relações sociais implicadas na elaboração dos registo de saúde em contexto hospitalar. Assim, surge um primeiro capítulo (capítulo 5), de âmbito mais teórico, que é dedicado à produção sociológica sobre os registo de saúde, num enquadramento que privilegia as articulações com as profissões de medicina e de enfermagem e os contextos hospitalares onde são produzidos estes registo. São igualmente definidas as hipóteses orientadoras desta parte mais específica da investigação e apresentadas as respectivas dimensões e variáveis. Um segundo capítulo (capítulo 6) constituinte desta segunda parte dedica-se à discussão e análise dos resultados empíricos sobre a produção dos registo de saúde elaborados por médicos e enfermeiros em contexto hospitalar.

Finalmente, a terceira parte reúne três capítulos dedicados à análise e discussão dos resultados empíricos, onde se retomam as dimensões referentes às desigualdades sociais na saúde. O primeiro destes capítulos, o capítulo 7, inicia esta análise através de uma

caracterização dos protagonistas sociais e da sua inserção temporal e geográfica, o que permitiu a elaboração de uma análise de acordo com as desigualdades regionais referentes aos locais de inserção dos hospitais em análise. O capítulo 8 é centrado nas análises sobre as desigualdades na saúde em articulação com as classes sociais, o género e os estilos de vida relacionados com a saúde. Finalmente, o capítulo 9 apresenta uma análise de âmbito multidimensional centrado numa concepção das desigualdades em saúde traduzida por um espaço social diferenciado.

## **PARTE I**



# **Capítulo 1**

## **CLASSE SOCIAIS**

### **1.1 Classes sociais e as desigualdades sociais**

A sociologia das classes sociais constitui, reconhecidamente, um dos domínios centrais em que se alicerçou o desenvolvimento da própria sociologia. Domínio que integra um vasto leque de resultados de produção teórica e de investigação empírica acumulado, constituindo um campo teórico pluriparadigmático, atravessado por polémicas e problemáticas intensas, em que coexistem diversos quadros teóricos e opções metodológicas (Costa; 1999: 208).

Nas sociedades contemporâneas as desigualdades, distinções e diferenças sociais constituem-se como sistemas estruturados da própria organização social. Se, por um lado, as estruturas de classes sociais constituem-se como elementos fundamentais da ordem social - ordem social definida aqui não em termos normativos mas em termos morfológicos, enquanto padronização da vida social (Pires, 2003) - por outro, reflectem igualmente relações assimétricas de poder associadas à distribuição desigual de recursos e de oportunidades (Almeida, *et al* 2000; Costa, 1999). As estruturas de classes, entendidas como sistemas estruturados de desigualdades sociais, reflectem relações assimétricas de poder alicerçadas na distribuição desigual de recursos, afirmando-se como um dos eixos fundamentais da estruturação das desigualdades sociais (Estanque e Mendes, 1998).

Neste sentido, reafirma-se o pressuposto, como refere Queiroz (2005), “de que a problemática das classes sociais delimita relações e processos sociais que continuam a constituir a base em que mais profundamente enraízam as desigualdades sociais” (2005: 9).

Historicamente e, como analisa Scott (1996), o discurso baseado nas classes sociais constituiu uma resposta às novas condições da modernidade, fortemente associadas ao desenvolvimento e expansão do capitalismo. Nas palavras de Capucha (2005) “a modernidade nasceu na era das revoluções, de um conjunto de rupturas históricas produzidas a uma velocidade até então desconhecida (2005: 17).

Etimologicamente a palavra *classe* deriva do termo latino *classis* que, segundo Silva (2009), era já utilizado no século VI a. C. para designar uma forma de classificar os cidadãos, com o objectivo genérico de organizar os contingentes relativos ao serviço militar, tendo por base a capacidade tributária relacionada com o sustento do exército. Segundo Scott (1996), o termo latino *classis* surge pela primeira vez na língua inglesa integrado nos textos históricos do século XVI, para descrever a diferenciação política e económica entre os cidadãos da Roma Antiga.

Durante o período referente à Idade Média a terminologia *classe* foi, contudo, substituída pela de estado (*estate*) ou ordem, que servia o propósito de designar as três ordens sociais vigentes na época: a nobreza, o clero e o povo (Silva, 2009). Terá sido apenas no século XVIII que na Inglaterra o termo *classe* seria usado para descrever, não as épocas historicamente mais longínquas, mas as divisões sociais contemporâneas do século XVIII da sociedade inglesa (Scott, 1996). Como também refere Silva (2009), no campo das ciências económicas e sociais, só com os fisiocratas e, posteriormente, com os liberais, é que o termo *classe* surge aplicado à população humana. Segundo Scott (1996) esta mudança, na mobilização mais generalizada à população do termo *classe*, terá sido inspirada, em grande parte, pelo sucesso científico associado à incorporação da terminologia referente às *classificações* e às *classes* oriundas da biologia e da geologia.

Durante o século XVIII a classificação social, na perspectiva dos economistas clássicos e políticos, passa a apresentar-se como um requisito indispensável na investigação das mudanças económicas emergentes. Hobbes e Locke, segundo analisa Scott (1996), empregam termos como *rank*, *order*, ou *class*, para se referirem a categorias de indivíduos com características económicas semelhantes (1996: 10). Em 1766, no trabalho de Adam Smith, as classes eram claramente perspectivadas como elementos integrados na estrutura económica das sociedades modernas (Scott, 1996). Silva (2009) refere que esta inicial conceptualização da estrutura de classes, a dos economistas clássicos, apresentava-se num modelo baseado em três categorias de classe: os *proprietários-rentistas*, os *assalariados* e os *empresários*. Em França, a classificação de Quesnay, por seu turno, remetia igualmente para um modelo de classes tripartido, constituído por agrupamentos de categorias sociais diferenciado em *classe produtiva*, *classe dos proprietários* e *classes estéreis* (Silva, 2009).

O termo classe já não corresponde mais a uma terminologia histórica, difundindo-se por toda a Europa, acompanhando uma mudança semântica que fica associada ao desenvolvimento da modernidade. Em França, a transição para a modernidade capitalista, foi vista como uma mudança de uma sociedade de *États* para uma sociedade de *Classes* e na

Alemanha foi vista como uma transição de uma sociedade organizada por *Stände* para uma de *Klassen*<sup>4</sup> (Scott, 1996: 12).

O uso do termo classe, agora mais bem incorporado no discurso da política e da economia do final do século XVIII, passa a reflectir sobretudo uma tentativa de descrever e de identificar as novas forças sociais que emergiam num cenário de radical mudança, que é acompanhado por novas formas de divisão e organização social, desigualdade social e de novos movimentos de acção colectiva. Contudo, as classes sociais, que surgiam enquanto uma nova terminologia moderna e que vinha em substituição das antigas classificações, passa a servir o propósito de não apenas designar as diferenças de base económica mas, e de forma simultânea, passam a articular a estas diferenças económicas, como analisa Scott (1996), julgamentos morais de status e de prestígio e, neste sentido, a linguagem das classes torna-se assim fortemente associada a conotações morais (1996: 14). Surgem neste sentido, por exemplo, as designações de *classes perigosas*, que se referiam às camadas mais pobres da sociedade (Capucha, 2005: 17).

No plano da teorização social a emergência de uma nova ordem social caracterizada por novas formas de desigualdade social e assimetrias de base económica constituíram, na sociologia, os elementos centrais geradores das primeiras propostas de teorização sobre as classes sociais patentes nas obras clássicas de Marx e de Weber. Propostas de teorização que parecem não terem perdido pertinência actual se atendermos, como refere Queiroz (2005), à frequência com que são retomadas e desenvolvidas na contemporaneidade a propósito da produção social de desigualdades (2005: 37).

#### *A tese da exploração e as classes sociais em Karl Marx*

O enquadramento teórico que serve de suporte à análise das classes sociais em Marx remete para objectivos que vão para além de uma mera tentativa de descrição das diferenças sociais e das relações de distribuição de recursos pelas diferentes classes de indivíduos, como o entendiam os economistas clássicos. Em Marx, e na posterior tradição marxista, a análise das classes serve o propósito central de desocultar os mecanismos sociais de *exploração* que

---

4 Segundo Scott (1996) Marx inicialmente terá seguido a terminologia de Hegel e adoptado o termo *Stand*. Após a sua estadia em Paris, onde esteve em contacto com o pensamento socialista da época, Marx, na crítica a Hegel, usa preferencialmente o termo *Klasse* em substituição do de *Stand* (Scott, 1996: 54).

servem de base à diferenciação e à desigualdade social. Para a compreensão destas relações sociais de exploração é necessário, segundo Marx, dar um sentido prioritário ao exame das *relações de produção* sobre o exame das *relações de distribuição*, sendo estas últimas as que serviam de base aos pressupostos analíticos característicos dos economistas clássicos liberais.

Neste sentido, um dos conceitos centrais na obra de Marx é, como tal, o conceito de *produção*. Segundo Marx a visão materialista da história parte do princípio de que a produção e a troca dos seus produtos constituem a base e o fundamento da organização social. Assim, o primeiro acto histórico, que caracteriza o ser humano, é constituído, segundo Marx e Engels (1846/2001), pela *produção* da própria vida material ou seja, pela produção dos meios de vida para a satisfação das necessidades relacionadas com o comer, beber, habitação ou vestuário. Como irá referir mais tarde Engels (1880/2001): “a divisão social em classes ou estados (*Stände*), é regulada pelo que se produz como se produz e como o produzido é trocado” (1880/2001: 113). A produção e o modo como ela é realizada reflectem, mais do que uma forma de sobrevivência humana, uma determinada forma de actividade e de expressão da vida dos indivíduos que é consubstanciada em determinados modos de vida. Neste sentido, Marx e Engels (1846/2001) referem que “aquilo que os indivíduos são depende, portanto, das condições materiais da sua produção” (1846/2001: 15) e, neste sentido, os diferentes modos de produção têm que ser historicamente situados pois resultam de relações sociais concretas que são características ou dominantes em cada época e em cada sociedade. A história é percepcionada como uma sucessão de gerações, em que “cada uma das quais explora os materiais, capitais, forças de produção, que lhes são legadas por todas as que a precederam” (Marx e Engels, 1846/2001: 31).

Uma das dimensões mais importantes da teoria marxista do social, como sustenta Almeida (1986), resume-se na tese de que o modo de produção da vida material domina em geral o desenvolvimento da vida social, política e intelectual (1986: 78). Como referem Marx e Engels (1846/2001): “aquilo que os indivíduos são depende das condições materiais da sua produção” acrescentando que “a produção das ideias, representações da consciência está a princípio directamente entrelaçada com a actividade material” (1846/2001: 18).

A totalidade das relações sociais que se encontram implicadas na produção formam uma estrutura económica que é entendida como a base real da sociedade, sobre a qual, como refere Marx (1857/2001) “se ergue uma superestrutura jurídica e política, e à qual correspondem formas de consciência social” (1857/2001: 73). O modo de produção, que é sempre entendido por Marx como um sistema de relações sociais, constitui assim o princípio

de explicação do predomínio das estruturas ideológicas ou políticas em certas épocas históricas (Almeida, 1986).

Na obra *O Capital*, cuja primeira publicação data de 1867, Marx (1867/2001) expõe as teses centrais do desenvolvimento das relações sociais de produção características do modo de produção capitalista, que resultam de um processo de desenvolvimento histórico e que, por isso, não constituem categorias universais ou eternas. O conceito de capital em Marx é já claramente entendido como um recurso relacional. Apesar de conferir maior centralidade hierárquica aos recursos de ordem material ou económica, estes deverão ser interpretados em articulação relacional com outras dimensões da ordem social. Como sustenta Marx (1867/2001) “o dinheiro e a mercadoria não são desde o inicio capital, nem tão-pouco os meios de produção de vida” (1867/2001:78).

A expansão da manufatura e do comércio a nível mundial e o consequente surgimento nos mercados europeus de maior afluxo de recursos, como o ouro e a prata americana, aceleraram a acumulação do capital móvel possibilitando, desta forma, a criação de bases para a futura formação da grande burguesia (Marx, 1867/2001). Paralelamente, a introdução da tecnologia agrícola, que garante a base da agricultura capitalista, e a supremacia da produção industrial trazem consigo a supremacia comercial e a separação entre o campo e a cidade. Os acontecimentos que transformaram os pequenos camponeses, que anteriormente trabalhavam para si próprios, em operários assalariados e que, deste modo, transformaram os seus modos de vida e de trabalho em elementos materiais do capital surge, segundo Marx (1867/2001), em articulação com a expropriação das terras agrícolas e da consequente expulsão de uma parte do povo do campo, que “deixam livres os camponeses para o capital industrial” (1867/2001: 100). O desenvolvimento posterior da tecnologia mecânica, a criação da grande indústria e a consequente divisão do trabalho, contribuíram por seu turno para a expansão da propriedade privada. Nas palavras de Marx (1867/2001) “a relação de capital pressupõe o divórcio entre os trabalhadores e a propriedade das condições de realização do trabalho” (1867/2001: 78).

Fica claro que, segundo o pensamento de Marx, a divisão do trabalho não remete para uma simples diferenciação de funções ou competências mas implica, acima de tudo, uma estratificação hierarquizada e desigual da sociedade. Como referem Marx e Engels (1846/2001) “com a divisão do trabalho está ao mesmo tempo dada também a repartição e precisamente a repartição desigual, tanto quantitativa como qualitativa, do trabalho e dos seus produtos” (1846/2001: 27). As diferentes fases de desenvolvimento da divisão do trabalho

correspondem a outras tantas formas de propriedade privada: “divisão do trabalho e propriedade privada são expressões idênticas” (Marx e Engels, 1846/2001: 27)

Ainda no plano da análise dos clássicos, Durkheim, na sua obra *Divisão Social do Trabalho* (1893/1984), apesar de demonstrar a sua indignação sobre o carácter injusto da distribuição da riqueza, ao referir que “enquanto houver ricos e pobres por nascimento, não poderá haver contrato justo, nem uma justa repartição das condições sociais” (1893/1984: 40), Durkheim (1893/1984) apresenta, contudo, um modelo que perspectiva a divisão social do trabalho como uma das bases fundamentais de uma nova ordem social. Nas palavras de Durkheim (1893/1984), e em sentido oposto às teses de Marx, a função da “divisão do trabalho deve ter um carácter moral, porque a necessidade de ordem, de harmonia, de solidariedade social, passam geralmente por ser morais” (1893/1984: 79).

Voltando à tradição marxista, a base para a divisão social do trabalho é sustentada na propriedade privada das terras ou do capital, a que Marx denomina de *meios de produção*. Paralelamente, e ainda seguindo uma terminologia de Marx, as *forças produtivas* referem-se às reais condições materiais e técnicas de produção, onde se desenrolam os processos de trabalho que, como refere Almeida (1986), definem o modo como a força-de-trabalho se exerce sobre certos meios de produção no processo de transformação da natureza: “as relações de produção e a divisão social do trabalho constituem, assim, uma matriz de complexos efeitos no conjunto do espaço social (1986: 81).

Subjaz a ideia central em Marx de que as desigualdades baseiam-se, como referem Estanque e Mendes (1997), num “elo causal que liga de maneira antagónica os grupos humanos uns aos outros, de tal modo que uns obtêm vantagens a expensas de outros” (1997: 21). Nas palavras de Marx (1867/2001): “o ponto de partida do desenvolvimento que gera tanto o operário assalariado como o capitalista foi a servidão do trabalhador” (1867/2001: 79). Na tradição marxista as classes sociais existem em todas as sociedades onde as relações da propriedade privada dos meios de produção e a divisão do trabalho apresentam um enquadramento legal.

Em Marx os direitos de propriedade dos meios de produção geram um modelo de produção e uma estrutura de classes sociais tendencialmente polarizada em duas classes sociais. Num pólo é situado a classe capitalista, representada pela burguesia detentora dos meios privados de produção, com capacidade de contratação de mão-de-obra trabalhadora, sendo que, no outro pólo, situa-se a classe dos proletários, representados pelos trabalhadores assalariados desapossados de propriedade que apenas apresentam a sua força de trabalho como recurso. Estas relações de classes mantêm-se em conflito social endémico, no que se

refere à distribuição dos frutos da produção industrial e que, em última instância, se encontrará sempre associado à repartição da mais-valia decorrente da exploração do trabalho humano e fonte de todo o valor (Queiroz, 2005: 38). Esta visão de conflito e de luta de classes associadas à tradição marxista, só é possível porque neste enquadramento, como analisa Queiroz (2005), “as classes são concebidas como grupos visíveis e capazes de construir a sua própria história colectiva” (2005: 38). Neste sentido, e neste modelo de classes sociais baseado na tese da exploração, o poder torna-se em Marx um instrumento fundamental para a análise que fundamenta as desigualdades e a divisão em classes sociais. A relação entre os recursos materiais e a aquisição do poder é em Marx uma relação circular. O monopólio dos recursos escassos pela classe capitalista pode induzir a obediência entre aqueles que precisam e que não têm acesso aos recursos, precisamente porque o controlo sobre os recursos económicos e materiais permite o acesso e o controlo sobre outro tipo de recursos como os políticos, os sociais e os ideológicos. A ideologia, entendida como o conjunto das ideias e valores da classe dominante, é a expressão ideal das relações materiais dominantes oriundas da classe que concentra o poder material dominante na sociedade, ou seja, “a classe que tem à sua disposição os meios para a produção material dispõe assim, ao mesmo tempo, dos meios para a produção espiritual” (Marx e Engels, 1846/2001: 39). Desta forma Marx sustenta que o poder tende a tornar-se bastante concentrado e confinado a uma classe dominante, sendo embora esta, por norma, minoritária numa sociedade.

Apesar de Marx apresentar, tendencialmente, um modelo polarizado em duas classes sociais - a burguesia e o proletariado - o autor introduz uma terceira categoria de classe que denomina de pequena burguesia. Esta classe social é então localizada numa posição social intermédia mas que reflecte o que o autor considera como uma situação contraditória de classe. Uma situação contraditória no sentido em que a pequena burguesia constitui-se como uma classe que também é detentora dos meios de produção, apesar de que esta propriedade dos meios se situe numa escala mais pequena, mas que contudo e simultaneamente, não apresenta capacidade de contratação de trabalho como a classe da burguesia. A par desta localização intermédia, outras formas de divisão podem decorrer dos próprios processos de desenvolvimento dos modelos de produção e que, segundo Marx, podem dar lugar a diferentes fracções de classe, no interior da própria burguesia ou da pequena burguesia, de acordo com o desenvolvimento e expansão da divisão social do trabalho.

### *Classes e status em Max Weber*

Colocar Marx e Weber em pólos opostos e antagónicos é, como sustenta Queiroz (2005), um pouco enganador pois o conceito de classe partilha, nestes dois autores, um número importante de traços (2005: 38).

As obras de Weber e de Marx encontram-se fortemente ancoradas numa análise histórica e comparativa, de várias configurações sociais, expondo a natureza complexa da articulação entre a ordem económica e a estrutura social. Este sentido histórico serve, em ambos os autores, como forma de situar a explicação sobre as profundas mudanças sociais que decorrem, em grande medida, do desenvolvimento do processo de industrialização e da emergência da ordem económica capitalista e dos seus efeitos e condicionalismos na vida dos indivíduos. Weber reconhece que a liberdade individual para agir se encontra condicionada e limitada nas sociedades modernas capitalistas. Na sua obra *A Ética Protestante e o Espírito do Capitalismo*, publicada em 1905, Weber assinala que “a ordem económica capitalista dos nossos dias é um universo de grandes proporções, que os indivíduos encontram ao nascer, e que constitui para cada um deles, pelo menos enquanto indivíduo, um contexto que não se pode modificar e onde se terá de viver” (Weber, 1905/2001: 39).

Tal como em Marx, também em Weber é salientado a importância dos factores materiais associados à emergência do capitalismo e nas consequentes desigualdades de poder numa sociedade. Contudo, Weber (1905/2001) enfatiza a natureza complexa da articulação entre a ordem económica e as outras dimensões da organização e estruturas sociais. As práticas religiosas constituem um bom exemplo em Weber dessa complexa articulação, como sustenta Giddens (2000), de modalidades de acção humana que não sendo de carácter económico são, contudo, relevantes para a acção económica.

Neste sentido, Weber demonstra nesta obra a importância da dimensão religiosa na explicação da emergência do capitalismo ocidental. Ou seja, Weber fornece um poderoso exemplo da forma como um fenómeno cultural influencia a acção social, ao mesmo tempo que refuta alguma das teses marxistas, que perspectivam a produção e os factores económicos como as principais condições de mudança histórica. (Turner, Beeghley e Powers, 1995). Weber não pretendia estabelecer um modelo monocausal explicativo e alternativo sobre a emergência da ordem social capitalista mas, ao invés, enfatizar a multidimensionalidade e a existência de causalidades probabilísticas, parciais e possivelmente reversíveis (Almeida, 1986). Sobre esta obra de Weber, na análise de Almeida (1986), “o que importava mostrar era a afinidade de certos universos de pensamento ético-religiosos com sistemas de atitudes e

motivações de um outro plano – o da economia-, uns e outros ligados ao conjunto das actividades caracterizadoras do capitalismo” (1986: 51).

Scott (1996) sustenta que Weber pretendia clarificar o que considerava como central no desenvolvimento nas sociedades ocidentais do seu tempo, ou seja, a passagem das sociedades organizadas e diferenciadas por status (*stande*), características da época medieval, para as sociedades de classes (*klassen*), características da época moderna. As noções de *stande* e *klassen* envolviam diferentes padrões de autoridade e de distribuição de poder. Deste modo, Weber apresenta uma concepção pluricausal sobre a forma como os recursos podem ser mobilizados, argumentando que nas sociedades contemporâneas existe um sistema de distribuição de diferenciados recursos e de diferentes formas de poder. Neste sentido e contrariamente a Marx, Weber (1922/2001) não reconhece o predomínio hierárquico dos recursos económicos: “nem toda a dominação se serve de recursos económicos. E muito menos ainda existem motivos económicos subjacentes a toda a dominação” (Weber, 1922/2001: 681).

Weber assenta a explicação da diferenciação do poder em três dimensões ou *ordens* de organização hierarquizada do social. Segundo a perspectiva teórica de Weber (1922/2001), a ordem social apresenta uma configuração estratificada que terá de ser apreendida através da análise dos fenómenos da divisão do poder e da distribuição desigual de recursos. Segundo Weber, “constituem fenómenos de divisão do poder no seio de uma comunidade as classes, os status e os partidos” (Weber, 1922/2001: 738). Deste modo, Weber (1922/2001) caracteriza a distribuição do poder numa *ordem económica* que se encontra na origem das *classes*, numa *ordem social* que se encontra na origem do *status* e, finalmente, numa *ordem política* que se encontra na origem da formação dos *partidos*. Classes, status e partidos, como refere Silva (2009), “tais eixos de diferenciação social, não obstante remeterem para campos diferentes, não constituem contudo, compartimentos estanques nem espaços de contraste absoluto, podendo mesmo ser reversíveis, mutuamente convertíveis, e até sobrepor-se, como reconhece Weber” (Silva, 2009: 62).

Neste modelo de estratificação social, duas dimensões apresentadas sob a forma de ideais tipo surgem de forma mais central: *classes* e *status*. Estas duas dimensões que apesar de conceptualmente distintas designam igualmente fenómenos que, segundo Weber, estruturam desiguais oportunidades ou possibilidades de vida (*Lebensschicksal*).

O status tem por base a distinção, o prestígio social ou, na terminologia de Weber, a *honra* social. A pertença a um determinado grupo de status ou posição social é igualmente considerada como um recurso que produz efeitos nas desiguais oportunidades de vida dos

indivíduos. Associado aos diferentes status e posicionamentos sociais encontram-se manifestações congruentes de estilos de vida. Os estilos de vida expressam uma diferenciação de situações de status e permitem a localização dos indivíduos ou de grupos de indivíduos em determinados status. Se, por um lado, a diferenciação social com base nas classes se baseia nas relações de produção e posse de bens, por outro, a diferenciação por status relaciona-se com os princípios de consumo de bens. No que se refere ao enquadramento sobre as classes sociais, o sentido original conferido por Weber não se afasta muito da perspectiva teórica exposta por Marx. Também em Weber as classes sociais se referem *grosso modo* às desiguais oportunidades ou possibilidades de vida dos indivíduos tendo por base as desiguais situações de distribuição de poder ancoradas na propriedade e nos recursos económicos. Contudo, um dos conceitos centrais na obra de Weber, que sustenta o enquadramento teórico referente à análise das classes sociais, não é tanto o conceito de produção, como em Marx, mas sim o de mercado.

Segundo Weber as classes não se referem a comunidades ou a grupos específicos mas assemelham-se mais a agregados estatísticos que correspondem à semelhança das situações dos indivíduos face ao mercado. Na perspectiva weberiana, como refere Queiroz (2005) “as classes não formam comunidades vivas pelo simples facto de os indivíduos que as integram estarem sujeitos aos mesmos condicionalismos de mercado. Com efeito, não estando necessariamente providas do sentimento da identidade colectiva, as classes podem não corresponder a mais do que um nome que é atribuído pelo analista da realidade social” (2005: 37).

As classes sociais reflectem realidades de situações semelhantes no plano da *ordem económica* e designam “realidades de situações de interesse típicas iguais ou semelhantes, nas quais o indivíduo, de par com muitos, se encontra” (Weber, 1922/2001: 730). Por classe deve entender-se todo o agregado de pessoas que se encontra numa mesma situação de classe e por situação de classe deve entender-se “a possibilidade típica em termos de abastecimento de bens, ou situação de vida, que no seio de uma dada ordem económica, decorre da amplitude e da natureza do poder de disposição sobre bens ou qualificações para o desempenho de serviços, e da sua natureza específica para obtenção de rendimentos ou proventos” (Weber, 1922/2001: 729).

A análise de Weber que sustenta a diferenciação das situações de classe mantém contudo o critério das relações de propriedade. Como em Marx, também em Weber (1922/2001) “a posse e a ausência de posse constituem, pois, as categorias fundamentais de todas as situações de classe”. Deste modo, as “classes de propriedade positivamente

privilegiadas” correspondem aos que vivem dos seus rendimentos, enquanto as “classes de propriedade negativamente privilegiadas” correspondem aos não livres, aos endividados ou aos pobres (1922/2001: 730-731). Segundo Weber (1922/2001) a classe representa uma dimensão ancorada nos “interesses económicos de posse de bens e de aquisição de proventos”, mas que se encontra sujeita “aos condicionamentos do mercado de bens ou de trabalho” (1922/2001: 730-731). O conceito de propriedade é contudo mais amplo do que em Marx, sendo que em Weber a noção de propriedade conduz às diferenciadas *possibilidades de mercado* e referem-se a todas as formas de recursos estratégicos que os indivíduos podem mobilizar para o momento da troca. Neste sentido, o trabalhador assalariado não se encontra completamente excluído das relações de mercado e possui igualmente possibilidades de acção porque possui propriedade, sendo que a sua propriedade se radica aqui na força de trabalho.

### *Estratificação social e classes sociais*

O modelo de tradição marxista baseado nas relações sociais de produção, que remete para um modelo tripartido de classes correspondentes às três situações na profissão, foi durante o século XX contemplado com outras dimensões teóricas. Como analisa Costa (1999) a indispensabilidade de contemplar outras dimensões iniciou-se desde logo com “as chamadas de atenção de Weber para a importância das qualificações profissionais como recursos valorizáveis no mercado. Continuou nas tentativas funcionalistas clássicas para fazer das hierarquias de prestígio profissional parâmetros privilegiados de análise sociológica. E prolongou-se até à produção teórica recente mais elaborada, dos neo-marxistas Poulantzas e Wright, ou dos neo-weberianos Goldthorpe e Parkin, ou dos mais dificilmente catalogáveis Giddens e Bourdieu” (Costa, 1999: 204-5).

A perspectiva teórica de Weber serviu de inspiração, sobretudo no âmbito da sociologia norte-americana, de forma mais explícita ou implícita e a partir da segunda metade do século XX para o desenvolvimento das concepções de estratificação social (Almeida, 1986). Este enquadramento teórico, inspirado em Weber, inaugurou uma tradição teórica, a da *estratificação social*, que se foi formando em certo sentido por oposição à tradição das classes sociais.

As concepção de estratificação social, cuja metáfora geológica a que recorre de maior rigidez de sobreposição sólida e vertical de estratos bem definidos, tende a ser interpretada em termos de maior imobilismo social face às teorias de mudança de base classista de Marx. Recorde-se que segundo Weber os diferenciais de poder, a divisão do trabalho, as

desigualdades sociais ou a dominação, não conduzem necessariamente a processos de lutas de classe ou de revoluções de classe (Weber, 1922/2001: 731).

Segundo Silva (2009), o conceito de estratificação social “comporta um conjunto de critérios de ordem predominantemente descritiva: hierarquizar os indivíduos segundo uma escala social em função de um ou vários critérios operacionalizáveis” ou de outro modo e como refere Almeida (1986) “a denotação mais frequente do sistema de estratificação é a de um *continuum* hierarquizado de posições sociais, analisável dinamicamente em termos de relações interindividuais” (1986: 48). A conceptualização das classes sociais aparece definida como um conjunto de situações qualitativamente distintas, analisável em termos de relações sociais tendencialmente contraditórias (Almeida, 1986: 48) que, segundo Silva (2009), detém um “alcance analítico mais teórico e dinâmico, permitindo simultaneamente fazer uma leitura das condições sociais, económicas e políticas que estruturam cada formação social e revelar as contradições sociais nas relações de produção-exploração e dominação de umas classes sobre outras” (2009: 27).

Ao nível das explicações sobre a origem e a reprodução das desigualdades sociais a problemática da estratificação não deixa de se afastar da das classes sociais em alguns pontos importantes. Segundo Almeida (1986) enquanto as teorias ancoradas no modelo de estratificação social “tendem a considerar tais desigualdades globalmente funcionais para a sobrevivência de diversos tipos de sociedade, mesmo quando reconhecem a disfuncionalidade de alguma das suas dimensões radicadas em capacidades individuais distintas, para a perspectiva das classes elas surgem como efeitos de configurações históricas específicas, irredutíveis a explicações exteriores aos processos sociais colectivos dessas mesmas configurações” (1986: 47-8). Se, por um lado, e como analisa Almeida (1986), as teorizações que marcaram as análises da estratificação social, sobretudo a partir da segunda metade do século XX e no âmbito da sociologia norte-americana, recolhem em Weber de forma explícita ou implícita o essencial da sua inspiração, por outro lado, é igualmente verdade que estas teorias se constituíram apenas em torno de uma das três dimensões proposta por Weber, ou seja, em torno da dimensão referente ao status social. Contudo, “a tradição weberiana veio pôr em primeiro plano, em todo o caso, o problema da pluridimensionalidade da estratificação” (Almeida, 1986: 63).

Actualmente, e segundo a análise de Costa (1999), as produções teóricas e os desenvolvimentos de pesquisa revelam maior integração reutilizando de forma mais complementar os contributos dos diferentes teóricos clássicos, apesar de se manter a distinção entre alguns autores, em se apresentarem uns como neo-marxistas e outros como neo-

weberianos e de preferencialmente uns adoptarem uma terminologia das classes sociais e outros da estratificação social (1999: 218)<sup>5</sup>.

### *As classes e o espaço social em Pierre Bourdieu*

As principais versões contemporâneas da sociologia das classes sociais integram elementos de raiz marxista e de raiz weberiana e insistem na análise multidimensional das relações de classe (Costa, 1999: 211). Nesta linha de orientação teórica Bourdieu apresenta um tipo de estratégica de síntese pois convoca o contributo e a interpretação de consagrados teóricos como Marx, Weber e Durkheim.

Em Bourdieu o conceito de classe social afasta-se num primeiro momento da perspectiva marxista, no sentido em que classe não significa um grupo mobilizado com objectivos comuns e em posição contraditória e conflitual relativamente a uma outra classe. As classes sociais em Bourdieu, num sentido mais próximo a Weber, referem-se a classes de posições sociais, que resultam de uma decisão teórica. Neste sentido e nas palavras de Bourdieu (2001) as classes sociais “existem de certo modo em estado virtual” (2001: 11), correspondendo a uma delimitação ou a um recorte de um conjunto tendencialmente homogéneo de indivíduos porque ocupam posições semelhantes num espaço social diferenciado.

O enquadramento teórico que sustenta a análise das classes em Bourdieu (2002, 2005) é baseado numa concepção multidimensional ampla e relacional. No entanto, o conceito de classe social, na sua génesis sociológica, sempre pressupõe uma concepção relacional e multidimensional. Coloca-se então a questão, como refere Almeida (1981), de se saber quais as dimensões que devem ser retidas como pertinentes para caracterizar os vários conjuntos de condições sociais de existência que conduzem aos vários lugares de classe.

Em Bourdieu as classes sociais correspondem a um conjunto de posições num espaço social diferenciado. O argumento central é de que há diferentes recursos ou *capitais* que se encontram distribuídos de modo desigual na sociedade. O conceito de capital é aqui definido

<sup>5</sup> Costa (1999) exemplifica esta complementaridade: “neo-weberianos assumidos, como Parkin, criticam os estudos de estratificação até então correntes, salientam a importância do conceito de exploração e consideram a distribuição desigual de propriedade económica uma das mais importantes dimensões das dinâmicas de classes nas sociedades actuais, aspectos estes que não destoam das concepções de Marx. Neo-marxistas igualmente declarados, como Wright, incorporam, bem no centro dos seus quadros teóricos, dimensões analíticas como a autoridade burocrática ou as qualificações técnicas, salientadas inicialmente por Weber” (Costa, 1999: 218).

por um conjunto de posses relationalmente situadas, sob a forma de um recurso que representa riqueza, um poder ou uma *energia social* (Bourdieu, 2002). O capital é entendido como um recurso relacional que em Bourdieu, tal como em Marx, é passível de ser acumulado e que tende a reproduzir-se, o que faz com que “o capital tenda para o capital e que a estrutura social tenda a perpetuar-se” (Bourdieu, 2001: 21).

Contudo, Bourdieu e numa orientação agora próxima a Weber amplia o significado do conceito de *capital*, que engloba não só os recursos económicos e materiais, mas igualmente outros tipos de recursos como os educacionais, os sociais ou os simbólicos. Deste modo, Bourdieu ao longo da sua produção teórica distingue diferentes tipos de capital, de onde se destaca o capital económico, o capital cultural, o capital simbólico e o capital social.

Estas diferentes formas de capital são transmutáveis e convertíveis entre si, sendo que, Bourdieu parece considerar o capital económico como a mais eficiente forma de recurso e de poder. Se, por um lado, o capital económico apresenta maior capacidade de reconversão em outros tipos de capital como por exemplo, a reconversão do capital económico em capital cultural, através do investimento que o dinheiro permite no acesso a uma educação privilegiada (Scott, 1995: 218), por outro lado, o capital económico apresenta-se como uma garantia mais sólida na capacidade de transmissibilidade geracional através dos processos de herança e consolidação de património, face aos restantes tipos de capital (Waters, 1994: 199).

A desigual distribuição do volume destes diferentes tipos de capital numa determinada sociedade ou espaço social constitui o princípio gerador de uma estrutura de posições sociais diferenciadas. Deste modo, o espaço social está construído de tal maneira que os indivíduos ou os grupos se distribuem nele segundo o volume e os tipos de capitais que dispõem. Ou seja, a desigual distribuição do volume destes diferentes tipos de capital constituem o princípio de diferenciação de lugares de classe que estrutura o espaço social. O espaço social configura-se em Bourdieu, enquanto uma topologia estruturada de posições relativas, umas em relação a outras, dotadas de diferentes espécies e volumes de capital.

Esta estrutura, definida em termos topográficos como um *espaço social* e entendida como uma ordem externa, apresenta um correspondente numa ordem interna e incorporada: o *habitus*. Segundo Bourdieu, o meio social estruturado produz um conjunto de disposições internas, que se encontram inscritas nos corpos e nas mentes que, ao longo das trajectórias de vida dos indivíduos se constituem como estruturas incorporadas ancoradas nos hábitos e nas competências.

Bourdieu (2002) mobiliza deste modo o conceito de *habitus* para explicitar esta estrutura internalizada definindo-o como um sistema de disposições duradouras e

transponíveis que, integrando todas as experiências passadas, funciona a cada momento como uma matriz de percepções, de apreciações e de acções. Como salienta Casanova (2004), as noções de habitus nasceram da vontade de lembrar que a par da norma expressa e explícita ou do cálculo racional existem outros princípios geradores das práticas.

As condições sociais são interiorizadas e incorporadas, convertidas em disposições que geram percepções e práticas dotadas de sentido e que permitem, deste modo, produzir, reproduzir e transformar as estruturas externas. Esta dimensão mais do que interiorizada cognitivamente ela é entendida como uma dimensão incorporada ou seja, uma dimensão inscrita nos corpos que tende a fixar posturas, gestos, formas de pensar, sentir e agir (Bourdieu, 2002).

O *habitus* é o resultado incorporado do lugar de classe, consequência de um posicionamento relacional e da trajectória individual do agente, que implica que *habitus* “duradouramente submetidos aos mesmos condicionamentos, e portanto colocados nas mesmas condições materiais de existência” (Bourdieu; 2002 182) resultem em *habitus* semelhantes. A identidade das condições e condicionamentos sociais de existência tende a produzir sistemas de disposições (*habitus*) *parcialmente* comuns o que por sua vez reflectem agentes sociais que ocupam as mesmas classes de posições num espaço social considerado (Bourdieu 2002: 182). O que legitima também, como refere Pinto (1985), o poder falar-se em “*habitus de classe*” (Pinto, 1985: 61). As classes sociais em Bourdieu são então classes de posições sociais, que por sua vez resultam de uma decisão teórica que corresponde à delimitação ou ao recorte de um conjunto tendencialmente homogéneo de indivíduos, porque ocupam posições semelhantes no espaço social.

É nesta condição que Bourdieu afirma, como analisa Pinto (1985), que as práticas podem ser objectivamente reguladas e regulares sem de modo algum serem o produto de obediência a regras, objectivamente adaptadas à sua finalidade e sem terem de supor a perspectivação consciente dos fins e o domínio (maitrise) expresso das operações necessárias para as atingir (Pinto, 1985: 61). Como sustenta Almeida (1981) “é a durabilidade<sup>6</sup> do conjunto de lugares, cada um deles produtor de condicionalismos específicos dotados de relativa homogeneidade, que permite a inteligibilidade dos processos sociais” (1981: 369).

---

<sup>6</sup> Como sustenta Almeida (1981) “Durabilidade não significa, contudo, imobilismo. A existência de lugares sociais contraditórios está na origem da dialéctica das forças sociais, que, por sua vez, transforma continuamente as regras do jogo definidas por esses lugares” (1981: 369).

Apesar de no plano estrutural se verificar esta *tendência* na concordância entre as classes de posições sociais e as classes de *habitus*, no plano da análise individual os *habitus* apresentam propriedades que se poderão de designar como de singulares ou individualizadas. Ou seja, propriedades que resultam de uma série cronologicamente ordenada de estruturas num processo cumulativo *único* que acompanha cada indivíduo ao longo da sua trajectória de vida. Com efeito, a vida quotidiana mesmo na sua dimensão mais rotineira é constituída por situações novas e imprevistas. Segundo Bourdieu (2002), o modo de geração das práticas não é mecânico, mas pelo contrário é o produto de uma relação dialéctica que se estabelece entre uma situação e o *habitus* (2002: 167) que, por sua vez, é explorada pela dimensão relacional activa, criativa e improvisadora do *habitus*, sendo que daí resulte uma relativa parte de indeterminação, abertura e incerteza própria do sistema de disposições (Casanova, 1995: 52).

A análise de classes sociais implica não só um enquadramento sobre a distribuição assimétrica de recursos mas também das relações assimétricas de poder e do exercício do poder. As relações assimétricas de poder e a distribuição diferenciada de recursos e oportunidades condicionam as condições de existência das pessoas, das suas práticas individuais e das suas formas de acção colectiva, bem como, em sentido complementar, a acção individual e colectiva dos protagonistas sociais contribui para reproduzir ou transformar as relações assimétricas de poderes e as distribuições desiguais de recursos e oportunidades (Costa *et al.*, 2000: 10-34). Se a principal tradição na análise do poder se encontra sobretudo focada nos exercícios episódicos do poder que um agente tem sobre outro, uma segunda corrente de investigação surge associada às capacidades dispositionais para agir (Scott, 2001: 6). Neste sentido a análise do poder não se encontra limitada à intervenção de um agente na interacção com o outro, mas envolve igualmente a existência de constrangimentos estruturais e duradouros sobre as acções. Este tipo de análise de cariz mais estrutural implica o estudo das condições que viabilizam o exercício do poder. Nesta dimensão analítica o poder é perspectivado como uma função do volume de recursos que é possível mobilizar para agir. Deste modo, a análise do poder e das estruturas de poder baseiam-se numa específica relação da distribuição desigual dos recursos numa sociedade. Como sustenta Waters (1994), o poder pode ser explicado pela distribuição de recursos tão diversos como a propriedade ou o *status*.

Clegg (1989) defende que se deve pensar o poder como um fenómeno que apenas pode ser apreendido relationalmente não constituindo um bem em si, no sentido em que os indivíduos o possuem como sendo proprietários de algo (1989: 207). Esta perspectiva de cariz mais estruturalista analisa o poder como uma propriedade colectiva e difusa dos sistemas ou

de campos de relações sociais em que determinados actores se encontram localizados. É como refere Scott (2001) uma visão do poder de soma não zero (2001: 9).

O campo do poder segundo Bourdieu (2001) é “o espaço das relações de força entre as diferentes espécies de capital” (2001: 33). O espaço social é constituído por agentes sociais que ocupam lugares diferenciados e que, por isso, têm acesso a diferenciados recursos ou capitais. Os conflitos de poder e de dominação no interior do campo desenvolvem-se a partir destas posições e consoante os modos diferenciados de percepção e de acção dos diferentes *habitus*. Dominação que, como em Weber (1922/2001), se exerce através dos diferentes tipos de poder com o objectivo de assegurar a reprodução do exercício de dominação enquanto exercício legítimo.

Em Marx a relação entre os recursos materiais e a aquisição do poder é uma relação circular, quanto mais recursos materiais mais se pode controlar os outros recursos e consequentemente, como sustenta Waters (1994), quanto mais se pode controlar, mais recursos materiais se pode obter. Bourdieu apresenta uma concepção pluricausal sobre o modo como os diferentes recursos do poder podem ser mobilizados. Esta concepção segue um legado próximo a Weber (1922/2001) que defendia que “nem toda a dominação se serve de recursos económicos” (1922/2001: 681-684).

Sendo o campo social constituído por agentes sociais que ocupam lugares numa estrutura hierarquizada, e que por isso têm acesso a diferenciados recursos ou capitais, os conflitos de poder e de dominação no interior do campo desenvolvem-se a partir destas posições e consoante os modos diferenciados de percepção e de acção dos diferentes *habitus*. Dominação que se exerce através dos diferentes tipos de poder com o objectivo de assegurar a reprodução do exercício de dominação enquanto exercício legítimo. Recorde-se que esta problemática constituía um tema central em Weber na análise do poder. O principal interesse em Weber radica-se nas formas de poder que aparentemente se encontram ancoradas no consentimento do governado. Este consentimento é definido como dominação em que “toda a relação autêntica de dominação comporta um mínimo determinado de vontade de obedecer” (Weber, 1922/2001: 681). Weber defende que um sistema de dominação que se sedimenta numa institucionalizada duração do exercício do poder não consegue estabilidade ao longo do tempo a não ser que quem obedece aceite e reconheça a legitimidade do que ordena, isto, sem que seja necessário o permanente recurso à coerção. Weber acrescenta ainda que o poder institucionalizado baseia-se não apenas na obediência mas no dever da obediência. O

comando tem que ser aceite como uma norma válida que é partilhada pelos que mandam e pelos que obedecem (Waters, 1994: 223).<sup>7</sup>

Segundo Bourdieu (1989) os sistemas simbólicos cumprem uma função instrumental de imposição ou de legitimação da dominação, que asseguram deste modo a dominação de uma classe sobre outra contribuindo assim, segundo a expressão de Weber, para a “domesticação dos dominados” (Bourdieu, 1989: 11). Segundo Scott (2001), a partilha de sentidos cognitivos, mas também de valores, formam as bases em que intrinsecamente as razões para a acção podem ser apresentadas aos outros e observadas como moralmente ou emocionalmente apropriadas (Scott, 2001: 13-15).

Para Bourdieu (1989), as ideologias constituem um produto colectivo e colectivamente apropriado, mas que no entanto servem interesses particulares, e que tendem a ser apresentados como interesses universais ou seja comuns ao conjunto do grupo (1989: 10).

Bourdieu apresenta uma concepção mais estruturalista e que tende a privilegiar a reprodução social. A homologia relativa entre posições e *habitus* apresenta, por um lado, um caminho explicativo das formas como se legitima a desigualdade e a sua reprodução social e, por outro lado, ao perspectivar um campo social multidimensional, diferenciado e hierarquizado permite explicar como estas posições desiguais são incorporadas pelos agentes. Contudo, no plano das disposições internas - o *habitus* - o autor sustenta uma concepção fortemente sistémica destas disposições que “objectivamente concertadas” geram práticas com um carácter sistemático, unificado e regular (Bourdieu; 2002: 176). Lahire (2002) critica sobretudo em Bourdieu esta visão *apriorística* ancorada no carácter fortemente sistémico do património das disposições incorporadas. Lahire (2002) ao invés propõe que se avalie o grau de homogeneidade mas também de heterogeneidade do património das disposições incorporadas. Esta perspectiva possibilita compreender o porquê de habitus oriundos de posições semelhantes no espaço social apresentarem expressões de disposições heterogéneas e até contraditórias (Lahire, 2002: 25-26). Nesta linha de pensamento Costa (2007) propõe uma revisão do peso esmagador atribuído por Bourdieu à primeira socialização na construção dos sistemas de disposições salientando que sobre a unicidade do habitus “o conceito ganha em recolocar-se, já não como constante, mas como variável” (2007: 26)<sup>8</sup>.

---

<sup>7</sup> Desta forma Weber desenha três tipos de dominação legítima: a tradicional, a carismática e a racional-legal que apresentam um paralelo com os três tipos de acção social definidos por Weber: o tradicional, o afectivo e o racional. (Weber, 1922/2001).

<sup>8</sup> Segundo Costa (1999), o que se pretendia num plano teórico mais geral, era superar certas limitações da teoria da prática de Bourdieu, com o propósito de complementar o conceito de sistemas de

### *Instrumentos de operacionalização das classes sociais – tipologia ACM*

Em Portugal os trabalhos pioneiros que analisam a estrutura social portuguesa, tendo por base um enquadramento de classes sociais ou de estratificação social, foram produzidos num contexto de um regime político em que as ciências sociais, de um modo geral, ainda davam os primeiros passos e estavam simultaneamente sujeitas à acção repressiva e conservadora deste regime (Estanque e Mendes, 1997: 39). Estes iniciais estudos incidiram maioritariamente nos domínios rurais destacando-se, segundo Silva (2009) e Estanque e Mendes (1997), os trabalhos pioneiros de Nunes (1964), Nunes e Miranda (1969), estes como coordenadores do Gabinete de Investigações Sociais (GIS), Godinho (1971), H. Barros (1972) e Cutileiro (1971/2004).

Será contudo a partir do início da década de oitenta do século XX que a equipa formada por João Ferreira de Almeida, António Firmino da Costa e Fernando Luís Machado, como referem Estanque e Mendes (1997), “mais contribuirá para o aprofundamento teórico e empírico da problemática das classes e da estratificação em Portugal” (1997: 42). Neste conjunto de autores, para além das publicações individuais<sup>9</sup>, destacam-se sobretudo os trabalhos desenvolvidas em equipa no âmbito de investigações sobre os estudantes universitários portugueses (Almeida, Costa e Machado, 1988; Machado, Costa e Almeida, 1989; Costa, Machado e Almeida, 1990).

As suas análises assentam num enquadramento complementar de ancoragem, por um lado, nos autores clássicos como Karl Marx e Max Weber e, por outro, em autores de maior proximidade contemporânea como Pierre Bourdieu, Erik Olin Wright e Anthony Giddens. O conjunto do trabalho desta equipe surge igualmente com uma proposta de tipologia de classes sociais baseada em dimensões socioprofissionais.

A análise de classes adoptada na presente nesta investigação é baseada na tipologia classificatória de lugares de classe ACM. Esta tipologia cujo acrônimo remete para a gênese da autoria Almeida, Costa e Machado é já representativa, a nível nacional, de uma relevante e importante acumulação cognitiva, sustentada por um enquadramento teórico e metodológico

---

disposições, com a exploração analítica centrada no conceito de *quadros de interacção* (1999; 300). Nesta concepção, a pluralidade do habitus decorre da pluralidade das experiências socializadoras, e esta, em grande medida, da pluralidade de contextos de interacção significativos (Costa, 2007; 23).

<sup>9</sup> Publicações referentes a artigos, em que se destacam Almeida (1981) e livros resultantes das teses de doutoramento de Almeida (1986), Costa (1999) e Machado (2002).

que tem vindo a ser testado há cerca de duas décadas em diversos programas de investigação empírica.

No plano operatório a tipologia ACM baseia-se no indicador socioprofissional de lugares de classe que permite combinar de maneira sintética diversas dimensões essenciais da estruturação das relações sociais de classe contemporâneas (Almeida *et al*, 2000). Trata-se de fazer convergir articuladamente um conjunto de variáveis base, de modo a construir uma nova variável sintética e polivalente entendida como um indicador compósito. Indicador construído com base em duas variáveis principais: *profissão* e *situação na profissão* (Costa *et al*, 1991).

A variável *profissão* é operacionalizada de acordo com os conjuntos profissionais tendo por base a Classificação Nacional de Profissões (CNP 94, 2001) remete para dimensões conceptuais referentes a recursos qualificacionais, bem como referentes as dimensões de autoridade organizacional e a status profissional (Costa, 1999: 206).

A *situação na profissão* é constituída por três categorias: *empregador*, *trabalhador por conta própria* e *trabalhador por conta de outrem*. Variável que operacionaliza dimensões analíticas de raiz mais marxista referente às posições nas relações de produção (Lima, Dores e Costa, 1991) e que evoca um modelo tripartido de classes sociais com as correspondências entre a burguesia como a classe empregadora, a pequena burguesia que representa o trabalhador independente e o proletariado como a classe assalariada, representada pelos trabalhadores por conta de outrem. Como sustenta Costa (1999), esta dimensão referente à *situação na profissão* tem-se mantido actual e é reveladora de um importante enquadramento que tem vindo a ser mobilizado, enquanto indicador, de forma mais alargada tanto na operacionalização de diversos quadros teóricos, como incorporado de forma frequente pelos aparelhos estatísticos institucionais, nas suas operações habituais de caracterização das populações (1999: 204).

A mobilização destes indicadores culmina na elaboração de uma tipologia de classes constituída por sete categorias: empresários, dirigentes e profissionais liberais (EDL); profissionais técnicos e de enquadramento (PTE); trabalhadores independentes (TI); agricultores independentes (AI); empregados executantes (EE); operários (O) e assalariados agrícolas (AA)<sup>10</sup>.

---

<sup>10</sup> A tipologia ACM é igualmente desenvolvida e apresentada, pelos autores, numa versão em inglês que poderá ser encontrada em Costa *et al* (2002).

## **1.2 Classes sociais e os estilos de vida**

Na literatura sociológica o conceito de estilos de vida é amplamente referenciado ao domínio das classes sociais e da estratificação social. Na bibliografia contemporânea a utilização da terminologia estilos de vida tende a ser, em grande parte, tributária de uma perspectiva teórica clássica exposta por Weber na sua obra de referência *Economia e Sociedade* editada em 1922.

Apesar da centralidade desta obra, uma revisão bibliográfica sobre este conceito terá que fazer referência a trabalhos anteriormente publicados à obra de Weber, até porque não terá sido o sociólogo alemão o primeiro a utilizar o conceito na literatura sociológica (Rodrigues, 2008). Neste sentido, não se poderá omitir os contributos teóricos anteriores que se encontram presentes nas obras de Marx, Veblen e Simmel.

Os contributos de Marx podem ser situados em especial no que concerne à relação entre o modo de produção e a definição de determinados modos de vida, entendidos enquanto formas de expressão da vida (Marx, 1846/2001), num enquadramento teórico que tem sustentado algumas posteriores análises entre as classes sociais e os estilos de vida.

Será igualmente necessária a inclusão dos contributos teóricos presentes na obra de Veblen (1899/2001), *The Theory of the Leisure Class* de 1899, onde o autor sustenta uma análise entre os modos de expressão da vida e do status social em articulação com as práticas de consumo. Nesta obra centenária, mas que ainda ecoa na contemporaneidade, Veblen (1899/2001) confere especial relevância às formas individuais de competição pela diferenciação e distinção de status tendo por base um conjunto de estratégias de consumo, de valorização e de acumulação pecuniária.

Finalmente, e nesta pequena resenha bibliográfica, é obrigatório incluir a obra de Simmel (1907/2004) *A Filosofia do Dinheiro*, em que o autor introduz de forma mais explícita o conceito de *estilo de vida*, num enquadramento teórico que permite dar conta das formas de individualização inseridas num contexto de crescente diferenciação social, característicos da modernidade, num enquadramento que será posteriormente mobilizado por Giddens.

Contudo e como já referenciado é a obra de Weber, *Economia e Sociedade*, aquela que surge como um marco fundador na conceptualização dos estilos de vida. A justificação para esta centralidade decorre seguramente do prestígio associada a esta obra maior da sociologia, mas poderá ser igualmente explicada, em grande parte, pela clara distinção conceptual operada por Weber (1922/2001) entre classes e status. Com efeito, o conceito de estilos de vida em Weber revela-se como fundamental num enquadramento teórico que sustenta, por um

lado, a distinção conceptual entre o status e as classes e, por outro, permite uma articulação entre estes dois domínios, embora de forma mais implícita do que explícita.

### *O status e os estilos de vida*

O status encontra-se associado ao prestígio e à distinção social operada entre os indivíduos ou grupos numa determinada *ordem social*. Na definição de status, Weber (1922/2001) salienta que:

Em oposição à “situação de classe”, determinada por motivos puramente económicos, designaremos por “situação de status” toda a componente típica do destino vital<sup>11</sup> dos homens condicionada por uma estimação social específica, positiva ou negativa, da “honra” (1922/2001: 743).

O status refere-se, como nas classes, às diferentes possibilidades de vida dos indivíduos – ou destino vital (no original alemão *Lebensschicksal*) - mas agora tendo por base uma perspectiva diferenciadora de base mais simbólica que material. As situações de status são alicerçadas numa avaliação da honra social ou seja, alicerçada em convenções sociais ou tradições que se operam em julgamentos de prestígio, positivo ou negativo, de determinadas práticas, estilos de condutas ou modos de vida. Neste sentido, a pertença de um indivíduo ao um determinado grupo de status ou a localização de um indivíduo num determinado status social é sempre subjectivamente determinada (Turner, 2003: 211).

Associados aos diferentes status encontram-se manifestações congruentes de estilos de vida que, por sua vez, são representativos destas diferenciadas situações de status. Nas palavras de Weber: “toda a estilização da vida, quaisquer que sejam as suas manifestações, ou têm a sua origem num status ou é conservada por um status” (Weber, 1922/2001: 748). Os estilos de vida são por isso alvo de avaliações e julgamentos valorativos e servem igualmente o propósito de localizar socialmente, quer seja de forma positiva ou negativa, a pertença de um determinado indivíduo ou grupo de indivíduos a um determinado status social.

---

<sup>11</sup> O significado de oportunidades ou possibilidades de vida surge normalmente na tradução inglesa como *life chances*. Por vezes, como é o caso neste excerto, Weber emprega o termo alemão *Lebensschicksal*, que literalmente significa *destino vital*, como surge na tradução de Braga da Cruz (Weber, 1922/2001: 743), contudo, Scott (1996) prefere manter a tradução em *life chances*, em vez de *life fate* ou *life destiny* (1996: 248), para o qual o significado de *destino vital* remete.

Weber (1922/2001) refere que a situação de status expressa-se com frequência na apropriação monopolista de possibilidades de aquisição privilegiadas. Como são o exemplo de estilos de vida resultantes de formas convencionadas associadas a prerrogativas honoríficas no sentido positivo do prestígio social, como os privilégios no uso de determinado traje, na permissão de inclusão de determinados alimentos tabu nas refeições, no acesso ao porte de armas ou na prática de actividades não lucrativas ou artísticas através, por exemplo, da prática de determinados instrumentos musicais.

Neste sentido, se a estratificação social com base nas classes baseia-se nas relações de produção e na aquisição de bens, a estratificação por status relaciona-se com os princípios de consumo de bens, representados por específicos estilos de vida (Weber, 1922/2001).

Este sistema de classificação, com base no prestígio social, engloba não só os princípios relativos ao consumo de bens, mas inclui igualmente um sistema de classificação baseado quer nos diferentes tipos de ocupações profissionais quer nos privilégios resultantes da educação. Segundo Weber (1922/2001), verifica-se de uma forma muito geral que entre os grupos privilegiados pelo status se opera uma desqualificação de status, por exemplo, relativamente ao trabalho físico comum (1922/2001: 748).

A concordância dos estilos de vida, entre os indivíduos representantes de uma determinada situação de status, é acompanhada por uma estrutura que promove uma real interacção, de dimensão mais comunitária, entre os indivíduos com vista a aproximar, - mesmo no sentido da aproximação presencial nos mesmos espaços físicos - os semelhantes de status, os *pares*, em grupos de referência ou grupos de status. Por isso Weber refere que o status, ao contrário das classes, refere-se por norma a um nível mais comunitário, apesar de se apresentarem, geralmente, como comunidades de carácter amorfo (idem: 743).

A um determinado grupo de status é associado um conjunto de práticas e atitudes distintivas de aceitação, rejeição ou exclusão, que formam específicos e reconhecidos estilos de vida em detrimento de outros estilos de vida associados a outros grupos de status. Neste sentido, a formação e a reprodução dos grupos de status é necessariamente assente em estratégias operadas pela distinção e exclusivismo que une ao mesmo tempo que exclui. São por isso exemplos práticos das manifestações do fechamento social em status as práticas de *comensalismo*, referentes às regras de co-presença na partilha dos actos de refeição e o *connubium* operado através das restrições e regras associadas ao planeamento dos casamentos, que surgem com o propósito central de garantir uma descendência geracional que reproduza as mesmas situações de status.

Como reconhece Weber, as convenções simbólicas e os julgamentos valorativos que sustentam e orientam um conjunto de práticas associadas aos estilos de vida atrás descritos (educação formal, vestuário, alimentação, arte, instrumentos musicais) bem como as situações de *connubium* e de *comensalismo* implicam, necessariamente, uma sustentação material e económica por parte dos indivíduos. Como refere o autor, “a possibilidade de um estilo de vida próprio de um status costuma, por natureza, ser co-condicionado por factores económicos”(idem: 747). Ainda nesta mesma linha de argumentação, que articula status e classes, Weber refere que “a posse de propriedade alcança com extraordinária regularidade, embora nem sempre, valor de status”(Weber, 1922/2001: 743).

Segundo Scott (2007), Weber procurou integrar os contributos da proposta de Marx das classes sociais, de base económica, numa visão mais abrangente da estratificação social reconhecendo no entanto que as relações de classe coexistem com as relações de status. Isto significa, igualmente, que Weber ao localizar a distinção entre classe e status no plano conceptual não exclui que no plano empírico se possa verificar que, por exemplo, o prestígio social possa se encontrar dependente do poder de natureza económica.

### *A análise do gosto e os estilos de vida*

Os legados de Marx, Weber e Veblen encontram na obra de Bourdieu uma das principais propostas de articulação entre, por um lado, as classes sociais e os grupos de status (Pereira, 2005: 51)<sup>12</sup> e, por outro, uma articulação entre as classes sociais e a relação entre os estilos de vida e os padrões de consumo (DiMaggio, 2001).

Como já referido, e segundo uma interpretação que segue o legado de Weber, a expressão e a manifestação dos diferentes e diferenciadores estilos de vida por parte dos indivíduos não são independentes dos recursos que os mesmos indivíduos dispõem. Em Bourdieu, tal como em Marx e depois em Weber, os recursos são reconceptualizados em *capital*.

O espaço social configura-se em Bourdieu enquanto uma topologia estruturada de posições relativas, umas em relação a outras, dotadas de diferentes espécies e volumes de capital. Como anteriormente referido, esta estrutura definida em termos topográficos como

---

<sup>12</sup> Para Bourdieu importa reconhecer que a importância que a maior ou menor centralidade conferida às classes ou aos grupos de status, resulta da multidimensionalidade do real social, mas também, das opções teóricas que poderão acentuar quer as dimensões mais económicas quer as dimensões mais simbólicas.

um *espaço social* e entendida como uma ordem externa apresenta um correspondente numa ordem interna e incorporada: o *habitus*.

Como se manifesta esta estrutura internalizada conceptualizada em *habitus*? Segundo Bourdieu (2005), e como o expõe na sua obra *La Distinction* publicada em 1979, a análise do *gosto* surge como uma das formas possíveis de expressão do *habitus*. Exposto de outra forma, o *gosto* surge como uma das dimensões, entre outras, que permite operacionalizar o conceito de *habitus*. O *gosto*, esse fenómeno aparentemente inocente, naturalizado e subjectivamente pessoal revela em Bourdieu uma surpreendente capacidade heurística que permite articular a triangulação: *habitus*, classes sociais e estilos de vida. Importa referir, em primeiro lugar, que o *gosto* define-se quer através das práticas dos indivíduos como igualmente e de forma complementar através da propriedade de bens dos indivíduos. No plano das práticas, o gosto expressa-se na forma como os indivíduos manifestam as suas preferências em determinados alimentos, mas também no modo como confeccionam as suas refeições, nos desportos que praticam ou nas músicas que seleccionam ouvir. Na propriedade de bens, o *gosto* manifesta-se através da posse de determinados recursos e bens como as roupas, os móveis, o tipo de habitação, as peças de arte, etc.

É este conjunto de práticas e de posse de bens que, de uma forma integrada, surgem como manifestações de estilos de vida diferenciados. Neste sentido, o *gosto* é entendido enquanto forma geradora que está na origem do estilo de vida. Apesar da noção de *gosto* estar fortemente associado a um domínio individual e subjectivo “*de gustibus non est disputandum*” (Bourdieu, 2005: 56), a análise dos padrões de *gosto*, que permite revelar diferenciadas e distintivas formas de estilos de vida, não se encontra, contudo, de forma aleatoriamente distribuída no espaço social, mas pelo contrário é reveladora de padrões de afinidades de estilo, organizados de acordo com os diferentes tipos e volumes de capital que os indivíduos dispõem. Volume e tipo de capitais que, por sua vez, expressam conjuntos diferenciados de posições ou de classes sociais.

Bourdieu ajuda-nos a reconhecer que as práticas associadas aos estilos de vida podem ser integradas nos comportamentos rotineiros e que podem ser accionadas de um modo mais ou menos não consciente assim que estabilizadas no *habitus* (Cockerham, 2005).

Este conjunto de práticas e propriedade podem apresentar-se em determinadas épocas como sinais de distinção e noutras épocas como sinais de vulgaridade<sup>13</sup>. Bourdieu (2001)

---

<sup>13</sup> Como adianta Bourdieu (2001) :“Uma prática inicialmente nobre pode ser abandonada pelos nobres, quando é adoptada por uma fracção crescente dos burgueses e dos pequeno-burgueses, ou até das

refere que em cada momento e em cada sociedade somos confrontados “com um conjunto de posições sociais que se une por uma relação de homologia a um conjunto de actividades (a prática do golfe ou do piano) ou de bens (uma residência secundária ou um quadro de um mestre), eles próprios relationalmente caracterizados” (2001: 6).

É segundo esta fórmula que o autor enuncia a condição de uma leitura adequada da análise da relação entre as classes sociais (ou seja as classes de posições definidas relationalmente no espaço social), as classes de *habitus* (ou seja a delimitação de conjuntos relativamente homogéneos de sistemas de disposições) e as afinidades nos estilos de vida (as orientações que surgem de forma “concertada” nas escolhas referentes a vários domínios desde a gastronomia, o lazer, o desporto ou a música).

Em Bourdieu a génesis dos estilos de vida encontra-se enraizada no posicionamento social dos indivíduos de acordo com o volume e estrutura dos capitais que dispõem. O que um operário come e sobretudo a sua forma de comer, os seus consumos, o desporto e a forma como o pratica, ou as suas opiniões e a expressão das suas orientações políticas, diferem sistematicamente dos consumos ou das práticas correspondentes, por exemplo, de um patrão industrial. Os estilos de vida, enquanto produto do *habitus*, são percepcionados e avaliados de acordo com o posicionamento dos agentes sociais e das consequentes distâncias e proximidades entre os agentes, uns em relação a outros, num espaço social. Deste modo, um mesmo comportamento ou a posse de um determinado bem pode parecer distinto a um indivíduo, mas pretensioso ou exibicionista a outro ou ainda vulgar a um terceiro (Bourdieu, 1979). Com efeito, os estilos de vida podem ser entendidos enquanto formas de *estimulações simbólicas* que, segundo Bourdieu (2002), são convencionais e condicionais, como em Weber, mas que, contudo, apenas agem ou produzem efeitos na “condição de se lhes depararem agentes condicionados para as perceber” (2002: 164).

Em *La Distinction*, Bourdieu (2005) revela que à medida que se sobe na hierarquia social verifica-se um maior distanciamento, objectivo, relativamente às necessidades mais básicas (Bourdieu, 2005: 55-56). Com efeito, à medida que se sobe na hierarquia social os estilos de vida tornam-se no que Weber designava por uma *estilização da vida*, ou seja, uma concepção que dá a primazia da forma sobre a função ou da maneira sobre a matéria. Neste sentido, a investigação desenvolvida por Bourdieu (2005) em *La Distinction* revela que

---

classes populares (foi o caso em França do boxe, praticado com gosto pelos aristocratas de fins do século XIX); inversamente, uma prática de início popular pode a certo momento ser retomada pelos nobres” (2001: 6).

enquanto os operários dão maior importância às características da força muscular do corpo e por associação preferem comidas mais fortes, os indivíduos posicionados nas classes mais altas são, por outro lado, mais atentos à forma do corpo e à comida mais saudável e leve (*light*) com baixas calorias (Idem, 2005). Neste sentido, e como exposto em *La Distinction*, os indivíduos localizados em classes com maiores volumes de capital encontram-se especialmente ansiosos relativamente à aparência e à forma corporal. Verifica-se por isso nestas classes uma frequência mais intensa em ginásios e maiores preocupações com a cultura da forma física, que englobam também outras práticas orientadas para a saúde como o jogging ou o andar a pé (Bourdieu, 2005: 213-214).

Bourdieu apresenta uma perspectiva de relativa homologia entre o espaço social das classes sociais e o espaço social dos estilos de vida. Para além desta perspectiva, estruturalmente genética, Bourdieu destaca simultaneamente as propriedades dos estilos de vida enquanto sistemas de classificação das próprias práticas, “o gosto classifica e simultaneamente classifica o classificador” (Bourdieu, 2005: 5). Neste sentido, os *habitus* não asseguram apenas o domínio (*maîtrise*) da prática enquanto geradores de práticas menos conscientes e quase automáticas, que por sua vez têm efeitos na geração de estilos de vida tendencialmente não reflexivos, mas o *habitus*, segundo Bourdieu, assegura igualmente uma *maîtrise* simbólica da prática, ou seja, um domínio, que é produto da construção cognitiva, gerador de representações sociais sobre essas práticas. Como o expõe na obra *Esquisse d'une théorie de la pratique* de 1972:

“se é certo que as práticas produzidas pelo habitus, as maneiras de andar, de falar, de comer, os gostos e as repulsas, etc., apresentam todas as propriedades dos comportamentos instintivos, e em particular o automatismo, continua a ser verdade que numa forma de consciência parcelar, lacunar, descontínua acompanha sempre as práticas seja sob a forma desse mínimo de vigilância que é indispensável para controlar o funcionamento dos automatismos, quer sob a forma de discursos destinados a racionalizá-los” (Bourdieu, 2002: 200).

Como analisa Pinto (2007), na *maîtrise* simbólica da prática: “é pressuposta uma relação com a prática mediada por operadores simbólicos e, eventualmente, formas discursivas mais ou menos elaboradas que por vezes se constituem numa espécie de parateorias sobre o social” (2007: 33). Os estilos de vida tornam-se verdadeiros sistemas de símbolos e de signos que são interpretados e qualificados socialmente seja no plano estético como no plano ético como distintos, elegantes, puros, bons, vulgares, modestos, etc.

(Bourdieu, 2005). Nas palavras de Bourdieu (1989) “o espaço social e as diferenças que nele se desenham espontaneamente tendem a funcionar simbolicamente como espaço dos estilos de vida ou como conjunto de *Standes*, isto é, de grupos caracterizados por estilos de vida diferentes” (1989: 144).

Não só os padrões de estilos de vida são diferentes consoante os posicionamentos sociais, como simultaneamente, são objecto de uma classificação hierarquizada. Bourdieu, como refere Costa (1999), “integra na análise a problemática estratificacional das hierarquias de prestígio associadas aos estilos de vida, reconstruída sob a égide do conceito de distinção” (Costa, 1999: 219). Os estilos de vida, enquanto formas de expressar as hierarquias relativas às divisões sociais, constituem-se também enquanto princípios ideológicos de visão e de divisão do mundo social que, desta forma, organizam a imagem de uma ordem social com as suas diferenciações, distinções e classificações apresentadas de forma *naturalizada*.

Apesar deste conjunto de classificações e diferenciações sociais surgir de forma naturalizada, os sistemas de classificações simbólicos são objecto de intensas lutas, que passam nomeadamente pela imposição dos legítimos estilos de vida numa determinada ordem social. Como refere Bourdieu (1989) o poder simbólico é um poder de construção da própria realidade, que supõe um certo conformismo lógico do mundo e que, por isso, tende a estabelecer uma ordem gnoseológica do mundo social (1989: 9). Estes sistemas de divisão e de classificação social são ancorados em sistemas de dominação, onde a posição ocupada nas lutas de classificação depende da posição ocupada na estrutura de classes (Bourdieu, 2005: 484). As classes dominantes, cujo poder assenta no capital económico, constituem o lugar de uma luta pela hierarquia dos princípios de hierarquização e têm como objectivo impor a legitimidade da sua dominação através da sua própria produção simbólica (Bourdieu: 1989: 12). São por isso sistemas que englobam formas objectivas e institucionalizadas de classificação como, por exemplo, o sistema educativo. Contudo, os sistemas de classificação e de divisão não se baseiam numa taxonomia explícita de princípios, mas pelo contrário, a arte de se comportar *comme il faut* e a adequação do estilo de vida individual à posição social, num espaço social diferenciado e hierarquizado, é produto de um sentido prático gerado pelo *habitus* e assim, o sentido dos limites que definem estas divisões implica o esquecimento ou a não consciência destes mesmos limites (Bourdieu, 2005: 471). Como refere Bourdieu (1989): “A ideologia não aparece e não se assume como tal, e é esse desconhecimento ou não-reconhecimento que lhe vem a sua eficácia simbólica (1989:48). Segundo Pinto (2000) “lutas de classes e lutas de classificações não são, como Pierre Bourdieu vem, desde há muito, referindo, fenómenos independentes” (2000: 11).

Em resumo, os estilos de vida são entendidos enquanto formas reconhecíveis socialmente de um conjunto de práticas, de consumos e de posse de bens, que são simultaneamente qualificados e classificados, positiva ou negativamente, do ponto de vista social e, por isso, enquadradas numa hierarquia social (estética e ética), de acordo com a posição que os indivíduos ocupam na estrutura social num dado momento histórico e num determinado espaço social.

### *Os estilos de vida, o consumo e as identidades sociais*

Featherstone (1991) apresenta um enquadramento teórico sobre os estilos de vida que, apesar de ter como ponto de partida uma orientação que o autor reconhece como próxima a Bourdieu segue, contudo, uma análise que privilegia sobretudo as dimensões associadas ao consumo, num enquadramento teórico que situa a contemporaneidade numa perspectiva pós moderna, como se reflecte no próprio título da sua obra, editada em 1991, *Consumer Culture and Postmodernism*.

Featherstone (1991) emprega o termo de cultura de consumo para enfatizar as dimensões não só económicas mas sobretudo simbólicas e comunicacionais associadas ao consumo, que passam por uma composição dos bens, roupas, práticas, experiências, aparência e disposições corporais que, segundo o autor, são centrais para compreensão das sociedades contemporâneas. Neste sentido, o autor realça a necessidade de uma conceptualização dos estilos de vida num entendimento próximo do que se poderia denominar de *performances individuais*, que reconhece a centralidade da sua articulação com a cultura de consumo. Featherstone (1991) refere que “enquanto o termo [estilo de vida] apresenta um significado sociológico ainda restrito, por referência às distintivas estilizações de vida associadas a específicos grupos de status, na cultura de consumo contemporânea, os estilos de vida estão conotados com a individualidade, a auto-expressão e a auto-consciência estilística” (Featherstone, 1991: 83).

A análise de Giddens (1994, 2007) sobre os estilos de vida, presente em especial na obra *Modernidade e Identidade Pessoal*, publicada em 1991, pretende conferir uma diferente perspectiva associada aos estilos de vida que reconhece ser “muitas vezes pensada apenas em termos de um consumismo superficial [...] veiculada por revistas vistosas e imagens publicitárias” (1994: 72).

Os estilos de vida, segundo Giddens, não devem ser entendidos apenas em termos de consumo mas, ao invés, devem-se referir aos hábitos e orientações que as pessoas seguem na

sua vida diária e na forma como isso se relaciona com a consciência que os indivíduos têm de si mesmos, com os seus objectivos e aspirações (Giddens, 2007: 171). Neste sentido, Giddens apresenta uma proposta conceptual dos estilos de vida mais difusa e alargada às várias dimensões da vida quotidiana e, portanto, numa formulação conceptual menos restrita e menos dependente geneticamente dos grupos de status, tal como se situava o sentido original proposto por Weber. Por outro lado, a génesis dos estilos de vida em Giddens tem por referência central, não um espaço social diferenciado como em Bourdieu, mas o contexto da modernidade, como ordem social mais global e globalizante.

Giddens (1994) pretende relevar dos estilos de vida, e até de forma mais transversal as dimensões relativas às desigualdades sociais, a sua componente formadora das identidades individuais, tendo por pano de fundo um contexto de análise mais global do mundo social contemporâneo, a que o autor localiza e denomina como uma *modernidade tardia*. Neste sentido, e em síntese, em Giddens a localização dos estilos de vida não se encontra, pelo menos de forma tão central, referenciada ao problema sociológico da estratificação e das classes sociais como acontece em Weber ou em Bourdieu mas sim, referenciada ao problema sociológico da ordem social. Segundo Giddens (1994) o mundo social contemporâneo encontra-se emerso numa nova ordem, a modernidade tardia, que apresenta contornos específicos que se traduzem, genericamente, na intensificação de algumas das propriedades que já caracterizavam a modernidade. É de salientar que Giddens não alude a uma ruptura total com os parâmetros que definem a modernidade e, por isso, não fala de pós-modernidade enquanto cenário de uma nova ordem social.

Segundo Giddens (1994) a vida social moderna caracteriza-se por processos de profunda reorganização do tempo e do espaço. A intensificação da diferenciação institucional, a que Giddens denomina de *descontextualização*, é uma das características deste processo de dinamismo espaço-temporal que, por sua vez, se radica em dois tipos de mecanismos de descontextualização: as *garantias simbólicas* e os *sistemas periciais* (Giddens, 1994: 17).

As *garantias simbólicas* têm como exemplo central o dinheiro que, enquanto meio de troca associado a um valor padrão, é intercambiável ao longo de uma pluralidade de contextos. Os *sistemas periciais* utilizam modos de conhecimento de validade transconstitucional e, deste modo, penetram virtualmente em todos os aspectos da vida social. Os sistemas periciais englobam áreas de especialização tecnológica e do conhecimento e, por isso, englobam não só o cientista, o técnico ou o engenheiro como também o médico ou o terapeuta (Giddens, 1994: 17).

O contexto de modernidade tardia é ainda caracterizado por um ceticismo generalizado. Giddens (1994) fala de uma cultura de risco, não porque a vida hoje em dia seja mais arriscada do que outrora, como refere: “a preocupação com o risco na vida social moderna não tem nada que ver directamente com a real prevalência de perigos que constituem uma ameaça para a vida” (1994:102) mas porque o conceito de risco faz parte integrante do modo como tanto os actores leigos como os especialistas dos sistemas periciais organizam o mundo.

A noção de risco incorpora as formas referentes ao planeamento da vida, que naturalmente dizem respeito a acontecimentos localizados no futuro mas que têm, contudo, importantes implicações nas práticas quotidianas situadas no presente, pelo que Giddens (1994) refere que “a colonização do futuro apresenta novos cenários de risco, alguns deles organizados institucionalmente” (1994: 104).

A antiga segurança, que decorria das certezas oriundas da tradição e do hábito não foi, na modernidade, substituída pela certeza do conhecimento racional (Giddens, 1994). Pelo contrário, o abandono das certezas, que constitui como que um primado do conhecimento científico dá lugar ao invés, à dúvida metodológica do conhecimento racional. Este contexto social, que acelera a fractura com o enquadramento protector que tinha por referência a comunidade e a ordem tradicional, confronta o indivíduo com uma nova e crescente diversidade de escolhas. Em jeito de aforismo Giddens (1994) refere que “não temos outra escolha senão escolher” (1994: 73). Um contexto social que não é isento de paradoxos no sentido em que se, por um lado, confronta o indivíduo com uma pluralidade de escolhas, por outro, e de forma simultânea e paradoxal oferece pouca ajuda no respeitante à orientação de quais as opções que devem ser seleccionadas.

Perante este cenário social de multiplicidade, aparentemente caótica, de escolhas, Giddens (1994) refere que uma das consequências que tendem a advir deste facto “diz respeito à primazia do estilo de vida e o carácter inevitável que assume para o agente individual” (1994: 72). Urge aqui perceber o estatuto tão central, conferido por Giddens, aos estilos de vida nestes cenários característicos da contemporaneidade situada na modernidade tardia.

Um estilo de vida, em Giddens, implica um conjunto relativamente coerente de hábitos e orientações que os indivíduos seguem na sua vida diária. Ou seja, os estilos de vida em Giddens, tal como se verificava em Bourdieu, constituem-se também enquanto práticas rotinizadas presentes na vida do dia-a-dia. Assim, as pequenas decisões com que os indivíduos diariamente se deparam relacionadas com o que vestir, com o modo de agir ou

com o que comer contribuem para a formação de rotinas e hábitos. Perante o cenário atrás descrito, de ceticismo e de risco, Giddens releva dos indivíduos as suas competências e capacidades cognitivas e reflexivas. Como já referia Giddens (2003) em *A Constituição da Sociedade*, publicada em 1984: “Todos os seres humanos são agentes cognoscitivos. Isso significa que todos os actores sociais possuem um considerável conhecimento das condições e consequências do que fazem em suas vidas quotidianas” (Giddens, 2003: 331).

A capacidade reflexiva encontra-se de forma crónica envolvida nos contextos de actividade social e, por isso, deve ser entendida não só como um atributo relativo à auto-consciência mas também “como o carácter monitorado do fluxo contínuo da vida social” (Giddens, 2003: 3). Esta capacidade de monitorização reflexiva da conduta refere-se ao carácter *intencional* do comportamento humano (Giddens, 2000: 16). Contudo, esta intencionalidade não implica, em Giddens, objectivos conscientemente definidos e, deste modo, Giddens (2003) distingue a *consciência prática*, que consiste num conhecimento mais prático e tácito, mas que não implica a expressão directa das acções ou dos motivos da acção, da *consciência discursiva* que significa “ser capaz de por coisas em palavras” (Giddens, 2003: 52).

A *consciência prática*, a *consciência discursiva* e finalmente o *inconsciente* constituem as três camadas de cognição que formam, segundo Giddens (2003), uma interpretação de um modelo que implica uma lógica de estratificação do agente humano.

A dimensão cognitiva não pretende ter a pretensão de *a priori* especificar todas as situações que um indivíduo poderá enfrentar mas proporciona, contudo, uma capacidade genérica de acção perante um conjunto indeterminado de circunstâncias sociais e de simultaneamente as influenciar (Giddens, 2003: 26). A consciência prática é organizadora do ambiente externo e fornece modos de orientação ao nível da prática quotidiana. Perante uma nova ordem de multiplicidade de escolhas, e agora sem as âncoras estabilizadoras de uma herança tradicional, a consciência prática e o sentido de continuidade, que se traduz e se expressa nas rotinas, é central para conferir um sentimento de previsibilidade, de confiança e de segurança aos indivíduos. Como destaca Giddens (2003) “a rotinização é vital para os mecanismos psicológicos por meio dos quais um senso de confiança ou de segurança ontológica é sustentado nas actividades quotidianas da vida social” (Giddens, 2003: xxvi).

Em contextos de incerteza e de variedade de escolhas a confiança “é fundamental para a criação de um casulo protector” (Giddens, 1994: 3). Como sustenta Giddens (2003), “no desempenho de rotinas os agentes alimentam um sentimento de segurança ontológica” (Giddens, 2003: 232). Por outro lado, e porque “a auto-identidade torna-se problemática na

modernidade” (Giddens, 1994: 30), os estilos de vida, mais do que formas de diferenciação e de distinção, surgem como uma importante dimensão da construção e reconstrução da identidade individual. Segundo Giddens (1994):

“Um estilo de vida pode ser definido como um conjunto mais ou menos integrado de práticas que um indivíduo adopta, não só porque essas práticas satisfazem necessidades utilitárias, mas também porque dão forma material a uma narrativa particular de auto-identidade” (1994: 73).

A definição dos estilos de vida diz respeito, seguramente, ao confronto do indivíduo com uma complexa diversidade de escolhas e decisões, contudo, este confronto não se situa somente no plano sobre o *como agir* mas, simultaneamente, no plano identitário do sobre *quem ser*. Como refere Giddens (1994), e aqui numa análise próxima a Bourdieu, “uma pessoa que esteja dedicada a um dado estilo de vida encararia naturalmente certas opções como fora da sua maneira de ser” (Giddens, 1994: 74). Acrescentado que “uma vez que os indivíduos se movem tipicamente entre diferentes ambientes e locais no decurso da vida quotidiana poderão sentir-se desconfortáveis nos cenários que de algum modo questionem o seu estilo de vida” (idem: 74). Neste sentido, em Giddens, também se verifica um ajustamento dos indivíduos via estilos de vida a diferentes localizações num espaço social. Os estilos de vida exprimem e “ligam-se characteristicamente a ambientes de acção específicos” (Giddens, 1994: 74). Contrariamente a Bourdieu, que apresenta um modelo de características mais holísticas ou sistémicas do indivíduo, Giddens (2003) defende um modelo de estratificação do agente. Em conformidade com este tipo de modelo, Giddens defende que numa ordem social que engloba uma pluralização de mundos de vida, em cenários muito diversos e até segmentados, as escolhas e actividades de estilo de vida tendem com grande frequência a serem igualmente segmentadas para o próprio indivíduo. O autor refere que para um mesmo indivíduo “os modos de acção seguidos num contexto poderão variar mais ou menos substancialmente em relação aos adoptados noutros contextos” (Giddens, 1994: 74).

Giddens perspectiva, por isso, várias possibilidades de estilos de vida na mesma pessoa e é neste sentido que fala de segmentos, que denomina de sectores de estilos de vida: “um sector de estilo de vida diz respeito a uma «fatia» do espaço-tempo no total das actividades de um indivíduo, dentro da qual é levado a cabo um conjunto relativamente consistente e ordenado de práticas. Os sectores de estilo de vida são aspectos da regionalização das actividades” (Giddens, 1994: 75).

Em resumo, os estilos de vida, enquanto um conjunto de práticas rotinizadas baseadas em processos cognitivos que envolvem diferentes graus de consciência prática, mas também

discursiva, conferem um sentido de pertença e de unidade que conecta as opções individuais a uma ordem social multidimensional. É, sobretudo, neste sentido que os estilos de vida recolhem, em Giddens, as suas características e propriedades que promovem a estabilidade da identidade individual fornecendo novas âncoras de referência social num contexto de modernidade tardia.

Contudo, e apesar da centralidade conferida à agência humana, Giddens (1994), reconhece que quer a multiplicidade de escolhas quer a consciência dessas escolhas não têm que estar disponíveis ou acessíveis do mesmo modo a todos os indivíduos. As desigualdades sociais baseadas nas classes sociais ou no género reflectem diferentes hipóteses de vida que, por sua vez, condicionam as escolhas de estilos de vida (Giddens, 1994). Porém, o sentido inverso também é verdadeiro, ou seja “as escolhas de estilo de vida são frequentemente usadas de modo activo para reforçar a distribuição das hipóteses de vida (Giddens, 1994: 77). Esta descrição serve de forma exemplar para situar, na teoria da estruturação de Giddens (2003), o teorema da dualidade da estrutura, onde “o dualismo indivíduo e sociedade é reconcebido como dualidade agência e estrutura” (Giddens, 2003: 191). Se, por um lado, estrutura e acção se pressupõem uma à outra, onde a estrutura é perspectivada simultaneamente como condição e como resultado da acção, por outro lado, da estrutura são relevadas não só as suas características e efeitos na limitação e condicionamento da acção mas também as características e propriedades de capacitação da acção.

## **Capítulo 2**

### **CONCEPÇÕES SOBRE A SAÚDE**

#### **2.1 Sociologia da saúde**

O domínio da sociologia da saúde agrupa um conjunto de perspectivas teóricas plurais sendo que a sua delimitação teórica, o seu campo de acção ao nível empírico, bem como a sua própria designação têm servido de palco a um conjunto de problemáticas que, como refere Carapinheiro (2006), remetem em primeira instância “para as circunstâncias sociais, políticas e as condições intelectuais e teóricas que antecederam e nas quais se forjou este projecto de especialização sociológica e, em segunda instância, para os percursos accidentados da sua institucionalização académica e científica, em contextos sociais marcados por diferentes tradições sociológicas” (2006:7).

A própria definição sobre a designação deste domínio tem sido atravessada por controvérsias teóricas e encontra-se actualmente ainda longe de abranger um consenso. Sendo já clássica a inicial distinção efectuada por Strauss (1957) entre sociologia *da* medicina e sociologia *na* medicina, a designação deste domínio tem assistido a um conjunto de outras propostas de formulação que têm passado pela inclusão ou pela combinação dos termos *saúde, doença, medicina ou medicinas* (Carapinheiro, 2006: 7-9).

A nível nacional, apesar da designação de *sociologia da saúde* não constituir actualmente a única formulação presente, ver por exemplo as propostas de Cabral, Silva e Mendes (2002) e Cabral e Silva (2009) que recorrem à designação de *sociologia da saúde e da doença*, é, contudo, a forma institucional mais frequentemente usada, ao nível da produção académica em sociologia (Antunes e Correia, 2009). Segundo a interpretação de Carapinheiro (2006) a designação de *sociologia da saúde* assenta num reconhecimento mais abrangente que remete para a assumpção de que a ideia de saúde não exclui a ideia de doença e que, simultaneamente, não consagra a doença como um negativo de saúde (2006: 9).

No plano histórico, o inicial desenvolvimento do domínio de uma sociologia da saúde localiza-se primeiramente na sociologia americana, numa tradição que se mantém ainda hoje sob a designação de *medical sociology*, ou seja, de sociologia da medicina. Nos Estados

Unidos o primeiro uso do termo *medical sociology* surge em 1894, num artigo publicado sob a autoria de um médico, Charles McIntire, numa revista originária do campo médico, intitulada de *Bulletin of the American Academy of Medicine* (Cokerham, 2008). Esta inicial designação e delimitação do domínio remetiam, no essencial, para uma orientação direcionada para o estudo das especificidades das relações internas da profissão e do trabalho médico e das suas relações externas com a sociedade (Cokerham, 2008: 34).

O domínio da sociologia da saúde americana era, por isso, caracterizado por ter um percurso de relativa autonomia em relação à própria sociologia. Na verdade, a influência e o crédito dos contributos e do reconhecimento deste domínio eram mais originários da medicina do que propriamente da sociologia (Cokerham, 2008). Contudo, importa frisar que o significado de autonomia aqui utilizado refere-se mais a uma lógica de separação da sociologia do que propriamente a uma real independência na construção científica ou na autonomia de decisão sobre as agendas de investigação. Como refere Cabral, Silva e Mendes (2002) a atenção desta disciplina “centrava-se na profissão médica e nos locais onde os médicos exerciam a sua actividade, ou seja, o hospital, o qual constituía, simultaneamente, a instituição onde podiam encontrar-se os indivíduos que padeciam de patologias agudas” (2002: 27).

Este conjunto de factores ajudam explicar a popularidade da designação de *medical sociology* e, sobretudo, como analisou Strauss (1957), ajudam a perceber a visão de uma concepção, muito corrente na altura, de sociologia *na* medicina, ou seja, de perspectivar os contributos desta sociologia como subsidiaria ou mesmo dependente da medicina. Curiosamente, e na sequência do que tem sido referido, a solicitação dos contributos deste domínio sociológico não eram situados no plano de uma análise mais teórica e mais demorada, cujas consequências da produção do conhecimento só seriam observadas num prazo temporal mais alargado, mas eram sobretudo vistas como uma forma útil para a resolução de problemas práticos ocorridos no interior das instituições hospitalares.

Neste sentido, o domínio da sociologia da saúde carecia de um corpo teórico que pudesse consubstanciar um real grau de autonomia no plano científico. A primeira perspectiva sociológica que desenvolveu uma análise teórica própria sobre os fenómenos da saúde e a da doença foi a do funcionalismo norte-americano, ancorada sobretudo sob os escritos de Parsons, durante as décadas de cinquenta e de sessenta do século XX. É sobretudo através da obra de Parsons, que a então designada *sociologia da medicina*, se tornou numa área disciplinar reconhecida pelo campo académico sociológico (Cokerham, 2008).

Na sua obra, *The Social System*, Parsons (1951/1984) elabora a sua teoria baseando-se nos contributos de Durkheim e Weber e, neste sentido, passa a integrar na sociologia da saúde um corpo e uma tradição teórica que até então se encontravam ausentes.

Segundo a tradição estruturo-funcionalista de Parsons (1951/1984) a saúde é enquadrada também como um valor fundamental, que se encontra integrado num sistema mais amplo de valores que caracterizam as sociedades contemporâneas. Releva-se nesta perspectiva de Parsons a importância que os estados de saúde das populações desempenhavam no funcionamento geral do sistema social como um todo. Um óptimo nível de saúde na população, como um todo, era vista, segundo Parsons (1951/1984), como um pré-requisito para o bom funcionamento das modernas sociedades. Também num nível analítico mais micro da explicação da acção social a saúde era concebida como uma das pré-condições para a acção. O grande contributo de Parsons mantém-se para a sociologia da saúde e deverá ser localizado na defesa da tese de que a produção de conhecimento sobre a saúde e a doença ter que ser enquadrado na condição de se adoptar a perspectiva de que estes fenómenos são constituídos e parcialmente definidos por processos biológicos, mas que são igualmente parcialmente definidos por processos sociais.

Este posicionamento epistemológico marca e percorre o domínio da sociologia da saúde até à contemporaneidade, marcando presença mesmo nas diferentes abordagens e tradições sociológicas. A actualidade deste pressuposto é exemplificada através de um pequeno excerto de Carapinheiro (2006) que sustenta que no domínio da sociologia da saúde:

“a saúde e a doença são entendidas como designações sociais que não dependem, senão parcialmente, de processos biológicos e fisiológicos, ou seja, são predominantemente encaradas como entidades sociais, culturais, morais, políticas, éticas estéticas, perspectivadas nos planos das culturas, representações e práticas que lhes dão significado e sentido, das experiências subjectivas e objectivas que moldam as circunstâncias de as viver, e dos modos de acção e de regulação que circunscrevem as suas formas de institucionalização” (2006: 8).

#### *A saúde como um espaço social. Concepção multidimensional da saúde*

Os fenómenos relativos à saúde mais do que uma realidade derivada de definições biológicas, médicas ou até filosóficas emergem simultaneamente como uma noção e como um espaço definido pelas relações entre o corpo físico e o corpo social (Fassin, 1996). Uma relação cultural, política e historicamente construída na qual se sedimentam os significados

elaborados tanto pelo senso comum como pelo conhecimento erudito e pericial e que, deste modo, evocam um espaço social multidimensional onde se desenrolam lutas e conflitos e que coloca em relação um conjunto de agentes que aí se posicionam como profissionais de saúde, doentes, administradores ou políticos, que envolve lutas entre agentes que, por sua vez, desenvolvem estratégias para impor as suas visões diferentes do que é social e politicamente tratado como um problema de saúde (Ferreira, 2007; Fassin, 1996).

A saúde é por isso uma noção multidimensional e um valor plural que também se encontra num mercado regido por leis e mecanismos de concorrência e regulado pelas relações entre os profissionais de saúde, o público leigo e o Estado. É um produto do discurso médico e institucional e, ao mesmo tempo, é uma realidade do senso-comum (Fassin, 1996: 38).

Uma revisão bibliográfica no domínio da sociologia que procure uma interpretação sobre a noção de saúde permite concluir que não existe uma forma simples nem óbvia de definir este fenómeno (Blaxter, 1990; Bury, 1997; Cockerham, 2008).

Desde a antiguidade clássica grega que a saúde é entendida como o normal e a doença como o desvio (Dubos, 1993). Saúde e doença têm surgido, assim, como os dois lados de uma mesma moeda, numa relação dicotómica que se naturalizou ao longo do tempo. Contudo, entre a saúde e a doença não existe uma pura simetria ou uma simples figura alternativa. Como refere Radley (1993), os mundos da doença e da saúde não poderão ser completamente separados porque se constituem enquanto dimensões que informam cada uma das partes (1993: 2). Se, por um lado, a ideia de saúde não exclui a ideia de doença (Carapinheiro, 2006) por outro, e como salienta Fassin (1996), a saúde e a doença situam-se em níveis diferentes de interpretação, sendo que a saúde não pode ser reduzida à sua simples oposição à doença. Como refere Carapinheiro (2006), a doença não surge como o mero *negativo* de saúde, ou nas palavras de Fassin (1996), a saúde não poderá ser entendida como o *inverso* da doença mas ao invés, o seu entendimento deverá situar-se mais como o seu *anverso*. Ou seja, para Fassin (1996), a saúde recobre uma maior amplitude de significação no mundo social surgindo como uma noção mais lata, mais abstracta e mais indefinida do que a ideia de doença.

Relativamente as dicotomias saúde e doença, cuja lógica se estende e se reifica em dicotomias assentes nos pólos do normal e do desvio, em que a saúde surge como o equivalente do normal e a doença como o equivalente do desvio, Canguilhem (1984) defende a tese, mais complexa, de que, por exemplo, o ser saudável e o ser normal não se constituem como simples equivalentes, até porque, no suposto outro pólo, o patológico, este estado pode até ser considerado como uma espécie de normal. Na mesma lógica de argumentação Blaxter

(1990) defende ser perfeitamente possível enquadrar o estatuto de saudável com a co-existência, por exemplo, de doenças crónicas ou de incapacidades. Para Canguilhem (1984) o estar saudável não é somente ser normal numa dada situação, mas também estar ou ser normativo nessa situação.

No plano das representações sociais a definição de saúde surge de forma bastante lata e multidimensional numa paleta de significados que surgem associados ora às dimensões de normalidade, de equilíbrio e de ausência de doença ora associado à noção de reserva, recurso ou capital, ligado aqui à capacidade para o desempenho de tarefas quotidianas e à prossecução de objectivos de vida (Vagero, 1995; Blaxter, 1990).

Como refere Vagero (1995) a saúde é consistentemente reportada como um valor humano e como um recurso fundamental quando às pessoas lhes é questionado sobre as dimensões mais importantes nas suas vidas. Na verdade, a noção de saúde integrou na vida moderna o dever de saúde (Herzlich e Pирerret, 1991) como um recurso que o indivíduo deve promover. Como refere Ferreira: “A extensão da noção de saúde pode tornar legítima qualquer forma de intervenção, médica ou não, para promover a saúde que se afirma como um valor fundamental das sociedades modernas” (Ferreira, 2007).

O termo de saúde, segundo Fassin (1996), descreve um espaço social mais extenso que o da própria doença ou o da medicina: “à forma elementar do evento que constitui a doença, deve-se opor a realidade complexa da saúde como noção culturalmente determinada e como um espaço politicamente estruturado” (Fassin, 1996:34).

Segundo Stacey (2003), as concepções dominantes sobre a saúde que são originárias do campo médico, quer da área da medicina clínica como do domínio da epidemiologia, apresentam uma abordagem teórica, tendo por referência central a oposição à doença. Na medicina clínica o significado de saúde remete para o estado de ausência de doença ou morte e, de forma similar, na epidemiologia o estado de saúde de, por exemplo, uma nação é medida através de uma série de quadros e indicadores que referem a incidência da doença entre as populações ou a frequência com que morrem, em relação com diversas condições.

A primeira tentativa institucional mais famosa de ir para além do modelo convencional da doença é provavelmente a definição da Organização Mundial de Saúde (OMS), patente na inaugural constituição de 1946, que estabelece uma visão de saúde com um significado abrangente e multidimensional: “A saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença e enfermidade” acrescentado que “a saúde de todos povos é essencial para conseguir a paz e a segurança e depende da mais estreita cooperação dos indivíduos e dos Estados” (OMS, 2000).

Stacey (1993) refere que uma definição deste tipo pode ser usada como um estado ideal ou como um objectivo geral que oriente as pessoas em vez de uma possibilidade empírica. Como refere Silva (2008), a saúde como *bem-estar* é uma expressão que tem vindo a ganhar um importante significado na promoção da saúde. Se, por um lado, esta maior abrangência na definição de saúde permite descentrar o discurso por referência única à doença e salientar uma concepção positiva e multidimensional, por outro, a operacionalização de um tão abrangente conceito corre o risco de englobar praticamente todas as actividades humanas, num equivalente próximo da noção de felicidade (Bury, 1997; Blaxter, 1990). Se a definição de saúde proposta pela OMS em 1946 comporta, por um lado, uma concepção positiva e multidimensional da saúde, por outro, estabelece a saúde como um direito e a obrigação política de assegurar a cada indivíduo as melhores condições de vida possíveis (Ferreira, 2007). Deste modo, a ideia de desigualdade perante a saúde, a doença ou a morte é, como referem Cabral, Silva e Mendes (2002), compreendida a partir da ideia de direito à saúde.

## **2.2 Concepções históricas sobre a saúde e a doença**

As concepções sobre a saúde e a doença, presente nas sociedades ocidentais, apresentam um longínquo enraizamento histórico que remonta aos modelos de pensamento da antiguidade clássica grega, numa concepção de saúde enquanto um equivalente próximo das noções de higiene, de harmonia e de equilíbrio. Na antiguidade clássica a palavra grega *hygeia* remetia para um significado mais próximo da noção actual de saúde (Dubos, 1993). Esta noção tinha um correspondente simbólico, presente na iconografia grega, em que a imagem de Hygeia era representada por uma divindade feminina que olhava pela saúde de Atenas. Hygeia defendia as virtudes de um ambiente agradável como condição para o desenvolvimento de uma vida saudável, simbolizando, igualmente, a noção de saúde como um atributo positivo. Esta mitologia era baseada na crença de que os humanos poderiam se manter de boa saúde se vivessem de forma harmoniosa e de acordo com a razão, num ideal de *mens sana in corpore sano* (Dubos, 1993). Ainda na mitologia grega Asclepius, representado como figura masculina, surge como o símbolo mítico do primeiro médico que teria auferido uma considerável reputação nas artes da cura através do hábil manejo da faca aliado ao seu conhecimento de plantas curativas. Para os seguidores de Asclepius o papel principal da medicina baseia-se no tratamento da doença e na recuperação da saúde, através da correcção das imperfeições ou acidentes ocorridos quer no nascimento quer nas trajectórias de vida (Dubos, 1993: 7).

Na mitologia grega, a figura de Hygeia é constantemente relegada para uma localização subalterna relativamente a de Asclepius o que, segundo Dubos (1993), pode ser considerado como um exemplo capaz de simbolizar as contínuas oscilações e lutas históricas entre duas perspectivas de conceber os fenómenos relativos à saúde, à doença e à medicina.

Fora do quadro das concepções mitológicas, Hipócrates (460-377 anos a. C.), conceituado médico grego, apresentava uma perspectiva holística de equilíbrio e de harmonia entre uma natureza do ser humano e uma natureza exterior envolvente próxima do ideal de Hygeia. Hipócrates defendia uma concepção de saúde baseada na ideia de uma combinação harmoniosa dos quatro humores internos ou sucos vitais que constituíam a base da natureza humana. Estes sucos vitais eram constituídos pelo sangue, fleuma ou pituita, bílis amarela e bílis negra (Ferreira, 1990) que eram originários respectivamente do coração, cérebro, fígados e baço (Freidson, 1978). As qualidades destes humores internos apresentavam um *continuum* com a natureza externa, como refere Sousa (1996) “o sangue quente e húmido como o ar; a fleuma, fria e húmida como a água; a bílis amarela, quente e seca como o fogo; a bílis negra, fria e seca como a terra” (1996: 59). Segundo Fassin, (1996) os tratados de Hipócrates privilegiam os domínios da anatomia, fisiologia e patologia cuja orientação remete, contudo, já para uma prática médica individual. O exercício da medicina é na sua génesis essencialmente privado, sendo realizado de forma itinerante sob a forma de consultas privadas efectuadas nos domicílios pertencentes, maioritariamente, às populações das classes mais abastadas.

Cerca de cinco séculos após a era de Hipócrates, Galeno de Pergamo (131-210 anos d. C.), médico romano, elabora uma importante síntese da medicina grega e hipocrática que irá perdurar como uma matriz de referência da medicina até ao século XIX. A medicina clássica grega apresenta através dos escritos de Hipócrates e Galeno uma concepção de saúde que corresponde à noção de equilíbrio e harmonia, enquanto a doença, por outro lado, corresponderia quer a uma mistura defeituosa quer a um desequilíbrio dos humores na sua relação com a natureza (Freidson, 1978; Blaxter 1990). Como Hipócrates, também Galeno reconhece a força curativa da natureza.

A extensão do império romano e o desenvolvimento de aglomerados urbanos de maior densidade populacional, aliado a uma nova concepção de reforço do Estado legitimou e conduziu ao desenvolvimento de medidas e dispositivos de saúde pública (Fassin, 1996). Na cidade de Roma a gestão sanitária passa a fazer parte integrante do governo da cidade e são os tratados de urbanismo que revelam uma primeira preocupação que integra um saber no domínio da higiene pública (Fassin, 1996). O paralelo entre a Grécia e Roma é instrutivo na

medida em que fica patente que os tratados gregos correspondem a tratados de medicina redigidos por médicos, enquanto que as principais obras e textos romanos são autênticos domínios de saúde pública, em que os seus autores são arquitectos e administradores (Fassin, 1996: 225).

As obras de Hipócrates e de Galeno deram origem à fundação de importantes escolas de pensamento e de modelos teóricos e práticos no domínio da medicina de que se destacam, pela sua influência duradoura, os modelos *aérista* e *higienista*. Modelos de pensamento cuja influência dominante se prolongou, sem grandes modificações, por mais de um milénio e meio até meados do século XIX (Ferreira, 1990; Fabre, 1998). A doutrina *aérista* era baseada na tese central de que o ar corresponde ao principal meio de transmissão das substâncias nocivas (substâncias apelidadas de miasmas ou elementos contagiosos), sendo que a causa natural das epidemias resultaria, por isso, da corrupção do ar ou do que era designado, também, como uma infecção atmosférica (Fabre, 1998). Segundo Fabre (1998) a história das epidemias permite dar conta das evoluções semânticas em torno das noções de saúde e de doença, mas também das noções de contágio e de infecção, que perseguem a sua influência actual nas medidas de prevenção e de promoção da saúde.

Os modelos aérista e higienista foram relegando para a heterodoxia outras formas de conceber a transmissão de doenças. Em 1546 e contrariamente à doutrina dominante aérista Fracastoro, médico de Verona, publica em Veneza uma obra onde defende o princípio do *contagium vivum* em duas das principais doenças da época, a peste e a sífilis. Segundo Fracastoro o contágio ocorre, não porque o ar se encontre corrompido ou infectado mas sim através de partículas vivas que são, contudo, invisíveis e imperceptíveis aos nossos sentidos (Fabre, 1998: 118). A palavra contágio, que surge no inicio do século XIV, provém do latim *tangere* que remete para o significado de toque. Como refere Fabre (1998) a gestação deste novo conceito, que defende a tese da possibilidade de contágio ocorrer através do contacto entre os indivíduos, em que o indivíduo é o próprio agente de transmissão e onde o tocar é contaminar, será particularmente longa sendo, contudo, suportada apenas por uma pequena fracção isolada do corpo médico.

Na transição para o século XVII um mercador de tecidos holandês, Van Leeuwenhoek (1632-1723), que usava as suas lentes para observar as fibras e os tecidos, constrói uma série de microscópios que lhe permitiram observar a presença de microrganismos invisíveis ao olho humano a que apelidou de *animunculos*. Na verdade, através dos seus desenhos e descrições identificam-se, actualmente, estes agentes como sendo bactérias e protozoários (Freitas, 1998). No entanto, à época, as suas descobertas foram comunicadas à *Royal Society* de

Londres que não reconheceu a validade científica na causa e transmissão das doenças (Freitas, 1998). Como refere Fabre (1998), os médicos e as faculdades mantinham-se maioritariamente presos à escola hipocrática recusando, por isso, as novas teses que iam no sentido da defesa da teoria contagionista e do princípio do *contagium vivum*.

### *A gestão colectiva das epidemias*

As concepções sobre a saúde e a doença e os modos como se preconizam as formas de transmissão e a classificação das doenças e das epidemias sempre estiveram envoltas em lutas entre agentes, com posicionamentos localizados entre os domínios da saúde e do político.

A partir do século XVIII os representantes da escola aérista, de um lado, e os da escola contagionista, do outro, opõem-se vigorosamente. Contudo, e curiosamente, em ambos os lados os seus protagonistas se reclamavam como os herdeiros dos legados de Hipócrates e de Galeno (Fabre, 1998).

Face ao surgimento de uma epidemia a adopção de um modelo de pendor mais contagionista ou mais higienista apresentava diferentes consequências ao nível da ordem social e da gestão colectiva das doenças (Fassin, 1996). Assim, as teses contagionistas apontavam, por seu lado, para a defesa de medidas de isolamento, que implicavam o encerramento de fronteiras, a proibição da imigração, as quarentenas e a imposição de restrições comerciais com o exterior. Face a este tipo de modelo assistiu-se à emergência de estruturas administrativas e sanitárias preventivas coordenadas pelo poder central, nomeadamente sob a forma de conselhos de saúde, cordões sanitários, quarentenas e lazaretos (Ferreira, 2007: 61).

As teses aéristas, por outro lado, situavam-se numa visão anti-contagionista sendo contrárias às medidas de isolamento e de quarentenas, e preconizavam ao invés, os princípios de harmonia e purificação do ar, defendendo como forma de impedir a expansão das doenças epidémicas o uso de perfumes, bálsamos e misturas à base de fluidos que deveriam ser usados para desinfetar os bens e as pessoas (Fabre, 1998: 191).

Em França, no ano de 1722, Philippe Hecquet na obra *Traité de la Peste*, como descreve Fabre (1998), reforça a tese de que todos os médicos reputados deveriam afirmar a não contagiosidade da peste, no sentido de evitar os pânicos e os êxodos maciços das populações, que seriam prejudiciais quer no plano social quer no fortalecimento da propagação das doenças. Segundo Hecquet (Fabre, 1998) as teses contagionistas deveriam ser veemente combatidas pois tinham uma série de efeitos perversos no plano social, pela

desordem social que provocavam e pela consequente dificuldade no restabelecimento da ordem pública, no plano económico pelo isolamento dos países, através do encerramento dos portos comerciais que estas teses preconizavam, que tinham como efeito nefasto e imediato o declínio das relações comerciais externas e, finalmente, no estrito plano médico, a defesa destas teses contagionistas, ao provocarem as situações de pânico, suscitavam a nível orgânico e fisiológico interno a perturbação dos humores que por sua vez iriam predispor o indivíduo à peste (1998: 81-82).

Ainda segundo Fabre (1998), no século XVIII, Chicoyneau, um reputado médico francês, defende em Montpellier a tese de que se poderia prevenir a peste simplesmente através do optimismo. Na realidade, os fenómenos colectivos de pânico e de medo constituíam as situações mais temidas que a todo o custo deveriam ser evitadas. O medo era, nesta época, considerado como um agente ou um vector de propagação da peste (Fabre, 1998).

Não é apenas oriunda da esfera da medicina que as concepções sobre a saúde e a doença produziram um significativo impacto no pensamento e na ordem social. Nos domínios do pensamento filosófico, literatura ou ensaio, localizam-se igualmente concepções sobre estes fenómenos que tiveram um significativo impacto nos modelos de pensamento europeu e nos próprios modelos médicos. Como salienta Dubos (1993), o século XVIII mostrou-se particularmente receptivo ao credo de que todos os problemas do ser humano encontrariam solução numa ideia de retorno à natureza.

Destaca-se neste campo, pela sua influência mais duradoura, o papel de Rousseau (1755/1985), principalmente através da sua obra *Discours sur l'Origine et les Fondements de l'Inégalité Parmi les Hommes*, que defende a tese de um regresso ao estado natural. Rousseau defende uma concepção de que o ser humano localizado no seu anterior estado natural, não apenas era bom como também era saudável e, neste sentido, as causas dos males, ou seja, a corrupção mental e física dos seres humanos e o surgimento das doenças tinham que ser procuradas no modelo de civilização vigente. No estado de natureza pura, argumenta Rousseau (1755/1985), “o ser humano não necessita de remédios e muito menos de médicos” (1755/1985: 69). Numa concepção próxima de Hipócrates e Galeno, Rousseau defende igualmente que a felicidade e a recuperação do estado saudável podem ser encontradas num retorno aos modos puros da natureza.

### *O nascimento do hospital*

As concepções sobre a saúde e a doença passam, igualmente, pela inclusão da análise centrada no desenvolvimento da instituição hospitalar. Desde a Idade Média e durante os séculos XVI e XVII que o hospital não constituía uma instituição médica. Foucault (1992) refere que “a medicina medieval era de tipo individualista e as dimensões colectivas da actividade médica eram extraordinariamente discretas e limitadas” (1992: 80). O hospital, que vinha funcionando desde a Idade Média até ao final do século XVIII, não era concebido para a cura mas era, essencialmente, uma instituição de assistência aos pobres que era governado maioritariamente por pessoal caritativo e religioso (Foucault, 1994). O processo de medicalização do hospital, ou seja a entrada da medicina, dos profissionais médicos e do saber médico na instituição hospitalar, surgirá somente em França, no final do século XVIII, com o advento dos hospitais em Paris (Armstrong, 2004).

Segundo a proposta tipológica de Ackernecht (1967), historiador no domínio da medicina citado em Armstrong (2004), a medicina durante este século XVIII poderá ser enquadrada em três fases. Na primeira fase, que corresponde ao inicio do século XVIII, a medicina encontrava-se numa fase a que Ackernech (1967) denominou de *library medicine*. Esta fase correspondia a uma concepção mais escolástica da medicina em que o conhecimento, baseado nos estudos clássicos sobre o ser médico, surgia como a dimensão mais central e importante do que propriamente o conhecimento dirigido e aplicado à especificidade das doenças na população. Esta fase deu posteriormente lugar à *bedside medicine* em que o olhar da medicina foi deslocado para os problemas associados às doenças, sobretudo em termos de classificação semiológica dos sintomas nos doentes. Finalmente esta fase deu lugar à moderna medicina hospitalar, a *hospital medicine*, com o advento dos hospitais em Paris no final do século XVIII.

Paralelamente, a emergência do desenvolvimento desta medicina hospitalar surge aliado à prática da clínica e à exumação dos cadávares. Uma prática e uma observação clínica que, como refere Foucault (1994), implicaram reciprocamente uma reorganização radical do hospital. É a transformação do saber e das práticas médicas por um lado, e a introdução, nesta época, de mecanismos disciplinares no espaço confuso do hospital que irá possibilitar o processo de medicalização do hospital. O hospital passa a ser concebido como um instrumento de cura e o médico passa ser o principal responsável pela organização hospitalar (Foucault, 1992). Até esta época, a medicina era uma prática não hospitalar, nas palavras de Foucault (1992) “o personagem ideal do hospital até ao século XVIII, não é o doente mas o

pobre que está a morrer. É alguém que tem que ser assistido material e espiritualmente, alguém a quem se deve dar os últimos cuidados e o último sacramento” (1992: 101).

A base da reorganização da instituição hospitalar, datada no final do século XVIII, encontra inspiração nos modelos de organização oriundos dos hospitais marítimos e militares, associado ao facto das regulações económicas terem-se tornado mais rigorosas durante o período do mercantilismo (Foucault, 1992). O nascimento da clínica, como descreve Foucault (1994), e a nova medicina hospitalar requeriam um conhecimento do corpo humano que até então tinha sido negado. Como analisa Stacey (1993) um conhecimento que requeria o desafiar da autoridade religiosa vigente e o quebrar de antigos tabus, estes com séculos de existência baseados na ideia da profanação do cadáver e violação do corpo humano.

Uma das consequências do quadro de ideais que emerge com a Revolução Francesa, e que é acompanhado por um sentimento anti-clerical e pelo aprofundar dos processos sociais de laicização e secularização, culmina na transferência de um conjunto significativo de hospitais que foram removidos do controlo da Igreja para o controlo do Estado. Como sustenta Ferreira (2007), este processo de secularização entendido como uma transformação sociocultural, traduziu-se na diminuição do papel institucional e cultural da religião num processo social de transformação que possibilitou a afirmação progressiva da medicina como ideologia moral dominante e como instituição de controlo social nas sociedades modernas, deslocando, deste modo, a religião para um plano mais secundário (2007: 45).

Como anteriormente referido, no final do século XVIII, a instituição hospitalar é alvo de uma profunda alteração protagonizada pelo inicio do processo de medicalização do hospital, ou seja, do surgimento da medicina hospitalar. Como sintetiza Carapinheiro (1998), numa análise referente à evolução da assistência hospitalar portuguesa, “trata-se da passagem dos hospitais governados pelas ordens monásticas, quando a ordem religiosa dominava todas as concepções sociais e, portanto dominava também a concepção e a organização da assistência, aos hospitais estabelecidos por iniciativa real e administrados por provedores de nomeação régia, expressão do poder absoluto dos monarcas sobre todas as matérias de governação, aos hospitais do século XIX, abertos aos progressos científicos da medicina, especialmente da escola francesa” (1998: 25).

Stacey (1993) refere que enquanto no Reino Unido os corpos eram roubados ilegalmente das sepulturas, na Europa Continental e sobretudo em França, os corpos dos mais pobres eram já disponibilizados, mas não sem dificuldade. Segundo Stacey (1993), esta disponibilização mais precoce no acesso aos cadáveres para estudo terá ajudado a colocar a medicina francesa na dianteira dos novos desenvolvimentos clínicos (1993: 57). Outra

dimensão importante, que concorre de forma complementar para a explicação do progresso atribuído à medicina hospitalar francesa, mas que no fundo se localiza sobretudo em Paris, surge também, como analisa Porter (1997), como consequência de um considerável número de médicos terem aproveitado as novas oportunidades concedidas, através de empregos remunerados, nos agora vastos hospitais públicos de Paris. No inicio do século XIX a cidade de Paris, por si só, com as suas 20 000 camas de internamento hospitalar, ultrapassava na época, a totalidade das camas hospitalares disponíveis em todo o território da Inglaterra (Porter, 1997: 306).

Para além de um espaço de cura, o hospital passa a ocupar um lugar central na formação médica. Como refere Carapinheiro (1998), o hospital “torna-se o lugar adequado e a contrapartida institucional da disciplina médica” (1998: 68). Apesar de se verificar a medicalização do hospital os novos saberes e práticas médicas, associadas à clínica, ainda se inscrevem num modelo de inspiração hipocrática, que nestes séculos XVIII e XIX, servem de base científica à organização do espaço interno hospitalar.

#### *A reforma de Nightingale e a enfermagem*

No processo histórico em análise, a génese da enfermagem, enquanto grupo socioprofissional reconhecido, fica indissociavelmente ligado à expansão do sistema hospitalar do século XIX (Lopes, 2001). Numa perspectiva temporal mais alargada, as funções que são reconhecidas como típicas do desempenho da enfermagem têm constituído formas de acção frequentes e disseminadas em todas as sociedades e épocas históricas, apresentando-se até, de forma mais frequente, do que as práticas associadas às funções curativas (Freidson, 1978).

Muito do trabalho do cuidar do doente, no sentido da enfermagem, teve lugar no domínio do trabalho doméstico e durante muitos séculos poucas alterações se registaram a esta generalização (Stacey, 1993). São reconhecidas como funções típicas de enfermagem os cuidados de conforto e de proximidade junto do leito do indivíduo doente que se fazem normalmente acompanhar por um conjunto de técnicas e de práticas que incluem, pelo menos, o fazer baixar a temperatura nos estados febris ou a alimentação do indivíduo doente (Freidson, 1978).

Também do ponto de vista da medicina, e como já anteriormente transparecia na obra de Hipócrates, sempre houve a necessidade de ter alguém junto do leito do doente na prestação de cuidados - do que também ficaria conhecido como os “cuidados de cabeceira” –

e que executasse as prescrições médicas na ausência do médico, de um modo mais confiável do que se poderia esperar do próprio indivíduo doente ou da sua família (Freidson, 1978: 71).

Com a Idade Média são constituídos os primeiros hospitais fundados numa ideologia religiosa cristã de assistência caritativa onde, de uma forma geral, são as mulheres integradas em ordens religiosas que asseguram os cuidados aos doentes, indigentes e viajantes que aí eram acolhidos. Contudo, este tipo de *cuidados de cabeceira* eram praticados mais por razões morais e espirituais do que por razões terapêuticas (Freidson, 1978; Stacey, 1993).

Como referido, as actividades de enfermagem eram normalmente desempenhadas por pessoal religioso e caritativo do sexo feminino. As características naturalizadas atribuídas ao feminino fundiam-se assim, com as competências tidas como indispensáveis ao desempenho prático da enfermagem (Davies, 2003; Simões e Amâncio, 2004). Paralelamente, este tipo de organização hospitalar não era assente numa divisão técnica e social do trabalho e, neste sentido, a enfermagem ainda não constituía um domínio específico de saberes e de práticas que estivesse enquadrado numa perspectiva de organização diferenciada de cuidados terapêuticos e que, simultaneamente, não incluía o reconhecimento da medicina até então ausente da organização hospitalar.

Será somente durante o século XIX que se situam historicamente a ocorrência de uma série de importantes transformações técnicas e sociais que proporcionam, em Inglaterra, a histórica reforma de Florence Nightingale, com a qual foi iniciada a reelaboração da natureza do trabalho de enfermagem e que converteram a enfermagem numa parte integral da divisão técnica e social do trabalho em saúde (Lopes, 2001).

Ao nível hospitalar assiste-se desde o final do século XVIII à medicalização do hospital e à consequente institucionalização da moderna medicina científica hospitalar. A progressiva complexificação dos cuidados de saúde e a complexificação administrativa e burocratização organizacional do sistema hospitalar levaram a requerer da enfermagem um outro tipo de responsabilidades e novas competências, para as quais, não estavam preparadas as religiosas ou o pessoal indiferenciado que, até então, assegurava as prestações não médicas (Abbott e Wallace, 1990; Lopes, 2001).

Neste contexto histórico, salienta-se igualmente a conjuntura que a Guerra da Crimeira, situada no século XIX, proporcionou quer ao nível do reconhecimento social mais global, quer ao nível do reconhecimento do corpo médico sobre o trabalho de enfermagem. Este reconhecimento baseou-se de forma central no trabalho desenvolvido por Nightingale na organização de um contingente de enfermeiras, todas do sexo feminino, que situadas próximas do campo de batalha ajudaram a tratar, com notável eficácia os feridos de guerra,

numa nova forma de organização, que incluía agora uma articulação com o trabalho médico (Porter, 1997).

A seguir aos seus anos de serviço a organizar e a cuidar dos feridos da Guerra da Crimeira, Nightingale funda uma primeira escola de enfermagem no St. Thomas' Hospital em Londres (Tomey e Alligood, 2004: 4). A obra de Nightingale, *Notes on Nursing*, originalmente publicada em 1859, constitui um primeiro corpo teórico fundador do campo disciplinar científico em enfermagem (Fitzpatrick e Whall, 1983). Nightingale confere ao trabalho de enfermagem uma natureza de científicidade ao associar as suas reformas de acordo com os modelos médicos dominantes da época. E, deste modo, a reforma sanitária hospitalar protagonizada por Nightingale, insere-se bem no centro do então modelo dominante higienista sendo desenvolvida, como analisa Dubos (1993), de acordo com a profunda fé nas propriedades curativas do ar puro. De acordo com as palavras de Nightingale, citadas em (Dubos, 1993), “não existem doenças específicas mas sim específicas condições de doença” (1993: 8).

Neste quadro e como sustenta Lopes (2001), a noção de assépcia torna-se central pela evocação das competências e requisitos implicadas na sua operacionalização que, deste modo, “irão conferir um carácter técnico ao trabalho de enfermagem, quer na sua vertente de prestação directa de cuidados aos doentes, quer na vertente das tarefas tradicionalmente inscritas na categoria de trabalho doméstico, como a limpeza das enfermarias e restante meio físico envolvente” (2001: 25).

Neste novo quadro, a enfermagem mais do que uma prática fundada numa naturalização do impulso feminino ou como fundada numa prática globalizante de exercício caritativo passou a se apresentar como um ofício técnico de características mais específicas e como uma parte formal do trabalho médico.

Segundo Lopes (2001) a “dissociação do trabalho doméstico irá constituir uma das condições fundamentais para a construção de uma identidade de enfermagem enquanto grupo socioprofissional” (2001: 25). Segundo Stacey (1993), a explicação para o que aconteceu à enfermagem, como uma ocupação profissional no século XIX, tem que ser visto como uma parte da criação de uma nova estrutura de classes e uma nova ordem no género. Segundo Stacey (1993), Nightingale transformou através da enfermagem as criadas domésticas em alunas educadas, permitindo desta forma que uma mulher, por direito próprio, poderia passar a ocupar um lugar no domínio público (1993: 92).

As grandes reformas da enfermagem, que incluíram a reelaboração da natureza do trabalho, passam pela progressiva dissociação do trabalho doméstico e caritativo a que sempre

estivera associado, com a integração desta ocupação profissional na divisão técnica e social do trabalho em saúde. Contudo, nenhum homem poderia pertencer ao *College of Nursing* e, neste sentido, como refere Stacey (1993) as mulheres estavam simplesmente a seguir o exemplo masculino, que durante muito tempo tinham sido excluídas do *College of Physicians and Surgeons* e da *Society of Apothecaries* (1993: 95).

Da era de Nightingale ainda perdura a característica disciplinadora da enfermagem (Stacey, 1993). As mulheres eram recrutadas e encorajadas em impor a disciplina e a ensinar os doentes num ambiente hospitalar altamente regulado, através do qual elas próprias também eram disciplinadas (Stacey, 1993: 96). Por outro lado, Nightingale apresentava uma concepção do trabalho de enfermagem como estando dependente e subordinada ao trabalho médico. Freidson (1978) destaca como central no desenvolvimento do processo de autonomia e profissionalização da enfermagem o espaço conquistado na divisão técnica do trabalho em saúde. Contudo, e de forma paradoxal, a génesis do desenvolvimento e os *ganhos* de autonomia na enfermagem, ou seja, o seu reconhecimento enquanto prática científica e prática técnica especializada associada aos cuidados terapêuticos, ficaria dependente da sua subordinação e reconhecimento da medicina. Como refere Freidson, (1978) “a enfermagem foi assim definida como uma parte subordinada da divisão técnica do trabalho que rodeia a medicina (1978: 73).

#### *A medicina social, a saúde pública, a medicalização e a reconfiguração do higienismo*

As concepções sobre a saúde e a doença são também um reflexo das estruturas sociais e políticas específicas em cada lugar e em cada época. Nos séculos XVI e XVII a política mercantilista que servia de suporte à crescente centralização do poder real impõe um novo olhar sobre o estado de saúde das populações conduzindo, deste modo, ao desenvolvimento de uma política médica do Estado que visava melhorar o estado de saúde global da população (Ferreira, 2007). Como refere Ferreira (2007), um reforço do modelo de “gestão estatal da população que possibilitasse o seu crescimento, o seu cuidado e o seu controlo era condição necessária para aumentar a riqueza e o poder do Estado” (2007: 77). Nos séculos seguintes, XVIII e XIX, a revolução industrial e as novas formas de organização do trabalho dão origem a profundas alterações na ordem social, gerando novas formas de pobreza e de desigualdade social, a que passam a estar associadas novos padrões de distribuição das doenças.

Desde a segunda metade do século XVIII, e sobretudo num inicio mais localizado em França, que se assiste a uma extensão e alargamento do domínio médico nas sociedades

europeias, ou seja, assiste-se ao desenvolvimento de um processo que fica conhecido por medicalização. O desenvolvimento deste processo de medicalização das sociedades surge como o resultado de uma aliança entre as autoridades públicas e a elite médica. Como refere Ferreira (2007): “este processo, de ordem simultaneamente científica, técnica e sociocultural, traduz-se pelo acesso de uma parte crescente da população à medicina oficial para tudo o que diga respeito à saúde e à doença” (2007: 34).

A saúde e a doença como um fenómeno colectivo e político são problematizados a partir de instâncias múltiplas em relação às quais o Estado desempenha papéis diversos (Foucault, 1994; Fassin, 1996). Não se deve situar apenas nos aparelhos do Estado o pólo de iniciativa da organização e do controlo das políticas de saúde. Historicamente sempre estiveram presentes o estabelecimento de múltiplas políticas de saúde e de diversos meios de acção direcionados para os problemas de natureza médica e que, contudo, tiveram a sua origem e motor de desenvolvimento em sectores tão diversos da sociedade como os grupos religiosos, as associações de socorro, as associações de beneficência ou em outras sociedades científicas, mas que não passavam obrigatoriamente ou pelo menos na forma de uma acção directa pelos profissionais de medicina (Fassin, 1996; Ferreira, 2007). Ou seja, a análise do processo da expansão da medicalização terá de incluir igualmente dinâmicas sociais que resultam de solicitações não médicas. Ferreira (2007) fornece o exemplo para o caso português, através do papel que as associações de assistência aos tuberculosos tiveram, enquanto associação não médica, na promoção do desenvolvimento da medicalização e da gestão colectiva da tuberculose (2007: 57).

A nova realidade económica e social, associada à revolução industrial, engendrou, como refere Ferreira (2007), “um quadro nosológico novo, no qual predominavam as doenças contagiosas e infecciosas. As condições insalubres das fábricas, o trabalho excessivo sem repouso conveniente, a deficiente alimentação, as habitações congestionadas e insalubres, a água contaminada e os sistemas de esgotos inadequados e praticamente inexistentes eram causas fundamentais no aparecimento e na difusão dos surtos destas doenças que atingiram sobretudo as classes populares, especialmente as suas camadas mais pobres” (2007: 54). Os pobres eram frequentemente vistos, como refere Capucha (2005), como constituindo as denominadas classes perigosas.

Segundo Webster e French (2002), surge no final do século XVIII, um primeiro manifesto, que se poderá já considerar como um manifesto de saúde pública oficial, apesar de na altura não existir ainda a designação de saúde pública, que é apresentado na cidade industrializada de Manchester e que, no fundo, corresponde a uma tentativa de resposta às

convulsões sociais cujas causas já eram associadas à revolução industrial. Segundo Maltby (1918), citado em Webster e French (2002), este manifesto que surge com o título *Heads of Resolution for the Consideration of the Board of Health*, resistiu à tentação dominante na época de censurar as classes operárias através de uma qualificação de *delinquência moral*, tendo alertado, ao invés, para a necessidade de protecção através de maior intervenção do Estado na criação de um sistema de leis que incidisse na melhoria das condições de trabalho.

Quando na tradição da economia liberal, como refere Capucha (2005), o enfoque é colocado nos indivíduos, a pobreza tendia a ser apresentada como resultado da preguiça e da desadaptação dos menos capazes às necessidades do progresso (2005: 18).

Durante a década de 1840 as obras de Marx e de Engels expunham as desigualdades e os conflitos sociais associados ao desenvolvimento do modelo capitalista que, segundo Marx, já era constituído não por forças de produção mas por forças de destruição e que conduziam à exploração da classe proletária, numa “classe que tem de suportar todos os fardos da sociedade sem gozar das vantagens desta” (Marx e Engels, 1846/2001: 33).

Este tipo de corrente de pensamento, baseado em discrições que expunham as desigualdades sociais, num enquadramento analítico que era interpretado à luz de uma profunda injustiça social e cujas causas eram associadas ao modelo de revolução industrial capitalista, também passou a estar incluído nas análises produzidas no campo da saúde.

As análises que articulam saúde e doença com a estrutura das classes e conflitos sociais passa a incorporar, segundo Webster e French (2002), um inicial movimento de saúde pública que contava, no Reino Unido, com diferentes perspectivas teóricas. Algumas destas perspectivas, embora vistas como alternativas minoritárias, faziam eco dos trabalhos desenvolvidos por autores como Engels (Webster e French, 2002). Engels (1844/ 1975) na sua obra, publicada em 1844, *A Situação da Classe Operária em Inglaterra*, refere que o modo de produção económico surge como a principal causa das doenças sendo que a sua justificação para a intervenção da saúde pública, era segundo Webster e French (2002), baseada em noções de justiça social em vez de eficiência produtiva.

Em 1847, Rudolf Virchow, médico alemão, ao analisar as causas da epidemia do tifo que tinha assolado na Prússia as áreas industriais da região da Silésia, concluiu que as más colheitas agrícolas de anos anteriores, que eram devidas às condições meteorológicas desfavoráveis, tinham conduzido a uma situação de fome que se tinha verificado sobretudo entre as populações mais pobres. Segundo Virchow, a deterioração do estado de saúde destas populações mais pobres criou, por sua vez, as condições favoráveis à propagação mais generalizada do tifo (Dubos, 1993). Virchow exprimia a sua convicção numa medicina como

uma ciência social, que conduziria ao nascimento da concepção da medicina social, em que o tratamento de casos de uma forma individual constituiria apenas uma pequena parcela da acção médica, sendo que o mais importante se encontrava no controlo das doenças entre as populações, o que exigiria da medicina, uma componente activa de acção política de suporte a reformas sociais (Dubos, 1993; Fassin, 1996).

Com o desenvolvimento do reforço de uma medicina social centralizada, o processo de medicalização das sociedades ganha uma dimensão mais ampla (Ferreira, 2007). As designações de *epidemia da pobreza* e mais tarde de *pauperismo* reflectem um processo de extensão da medicalização que passa a incidir sobre a população, mas sobretudo sobre as camadas mais pobres das classes populares. De igual modo, as qualificações das doenças reflectem processos de classificação articulados com as estruturas sociais. Como refere Ferreira (2007) “a qualificação da tuberculose como «problema social» - «flagelo social» - «doença social» - «doença da miséria operária» emerge como a expressão de lutas de classificação operadas entre diversos agentes no contexto de desenvolvimento do capitalismo industrial, marcado por lutas económicas, sociais e políticas entre as classes sociais, principalmente entre a burguesia e o proletariado” (2007: 53).

Assiste-se em simultâneo a uma medicalização da sociedade e a uma politização da saúde (Fassin, 1996). O desenvolvimento da saúde pública e da medicina social é simultaneamente uma medicina do indivíduo e da população que está associado à noção de saúde como um capital colectivo (Ferreira, 2007). Estes movimentos situam-se ainda numa plataforma ideológica e cognitiva baseada no modelo higienista. Como destaca Ferreira (2007), o higienismo não é somente uma disciplina que se organiza e se institucionaliza no interior do meio médico é igualmente uma ideologia política que alia ao programa de saúde a vontade de organizar a sociedade, “promovendo reformas de organização social e medidas de higiene que visavam a moralização das classes «perigosas»” (Ferreira, 2007: 210).

As motivações do surgimento da medicina social residiam sobretudo em princípios económicos relacionados com o aumento de produtividade entre as populações das classes operárias (Fassin 1996; Webster e French, 2002; Ferreira, 2007). Como refere Ferreira (2007) estes movimentos tinham o objectivo de preservar a força física das populações para fins económicos. Por outro lado, estes movimentos eram igualmente animados por objectivos que tinham em vista a manutenção de uma ordem social que promovesse a coesão entre as classes sociais (Webster e French, 2002). Como refere Fassin (1996) “o projecto de transformação da sociedade que anima os higienistas não repousa apenas na intervenção dos poderes públicos,

ele é inseparável de uma reforma moral onde patrões e trabalhadores devem colaborar” (1996: 252).

Associado ao movimento higienista, de desenvolvimento da medicina social, vai ganhando forma a emergência de uma nova disciplina: a epidemiologia. Segundo Fabre (1998) a evolução da epidemiologia como disciplina é marcada no século XVIII pela passagem da arte das monografias ao estudo das massas. Os primeiros estudos epidemiológicos, na acepção moderna do termo, surgem associados ao movimento higienista de inspiração hipocrática (Fabre, 1998).

No século XIX, a gestão colectiva das doenças não se apresenta simplesmente como uma prática administrativa, mas caracteriza-se, igualmente, pela mobilização de um método científico ao serviço da política pública, ou seja, da estatística (Ferreira, 2007). A escola higienista passa a incorporar modelos matemáticos às questões da saúde colectiva. O recurso ao cálculo estatístico, na designação de *estatísticas vitais*, tem por base os dados obtidos do registo dos *acontecimentos vitais* que incluem os nascimentos, morte e mortes fetais, casamentos e divórcios (Mausner e Kramer, 1999).

A partir dos anos de 1880, Pasteur e Koch, nem um nem outro médicos - Koch biólogo e Pasteur químico -, irão revolucionar e transformar as práticas médicas. Parsons (1951/1984) ao salientar os processos inherentemente dinâmicos de institucionalização da medicina, mas também da ciência em geral, recorda como Pasteur encontrou, inicialmente, uma forte oposição por parte da profissão médica, sobretudo através da voz oficial da Academia de Medicina Francesa, no reconhecimento e na validação destas novas descobertas científicas em parte porque, segundo Parsons (1951/1984), Pasteur não era médico mas somente um químico.

Pasteur e Koch demonstraram através de experiências laboratoriais que a doença, independentemente dos factores atmosféricos envolventes, poderia ser induzida num animal saudável de modo a torná-lo doente. A indução da doença era realizada através da introdução do que era denominado de um microrganismo virulento, ou seja, a doença era explicada através de um único factor específico. A importância destes novos saberes iriam desafiar o então modelo dominante do higienismo, que na sua base científica não supunha a existência do princípio de contágio que, por sua vez, era baseado na existência de microrganismo vivos, como tinha sido defendido por Fracastoro trezentos anos antes.

A nova evidência científica da natureza contagiosa das doenças infecciosas, como a cólera e a tuberculose, que eram tidas durante muito tempo como não transmissíveis por contacto humano, iria, por isso, e supostamente, desferir um previsível golpe fatal no

higienismo. Ora, segundo Fassin (1996), tal assim não sucedeu. O que se verificou foi uma adaptação da matriz destes novos saberes de base bacteriológica, fisiológica e química às técnicas clássicas do higienismo, já social e politicamente implantado (Fassin, 1996). Apesar desta aparente gestão de danos verifica-se, contudo, um declínio no prestígio do modelo do higienismo e da higiene pública, mas que agora se opera sobretudo no interior do próprio campo médico.

Paradoxalmente é a medicina clínica e não a medicina social ou a higiene pública, que sofre as alterações mais profundas e um maior condicionamento decorrente dos novos saberes que, recorda-se, eram externos à medicina. Com efeito, a prática da medicina clínica passa a ser, desde o final do século XIX, bastante condicionada pelos trabalhos dos bacteriologistas, passando doravante a incorporar de forma crescente os novos saberes oriundos destas áreas.

Segundo Fassin (1996) o declínio da higiene pública, enquanto disciplina científica médica, está ligado, não tanto ao declínio do prestígio científico da escola anticontagionista mas sobretudo ao facto do hospital passar a ser considerado como o pólo dominante e científico mais brilhante no interior do campo médico.

Apesar do reconhecimento político do sucesso da higiene pública no final do século XIX, bem como o reconhecimento da epidemiologia como disciplina autónoma (Fabre, 1998), a legitimidade e o prestígio da higiene pública diminuíram consideravelmente no interior do campo médico. Contudo, e de forma paralela, a higiene pública passou a beneficiar de uma outra forma de reconhecimento e de expansão social, não agora originária do interior do campo médico, mas principalmente originária do mundo social. Como refere Fassin (1996) o que a higiene pública perde em crédito como um saber ganha na influência, como uma cultura.

No início do século XX já não eram as epidemias, e o seu carácter mais ou menos aleatório de surgimento e de instalação nos territórios nacionais, o objecto central da higiene pública, mas sim, um novo enquadramento confinado a um novo conjunto de situações identificadas e qualificadas como alvos prioritários, que agora eram reconfigurados e reconceptualizados em novos problemas de saúde. Assim, no inicio do século XX, os primeiros alvos para os novos problemas de saúde incluíam, por um lado, um conjunto de novas doenças sociais como a tuberculose, as doenças venéreas e as neuroses e, por outro lado, esta nova fase da saúde pública passa a estar direcionada para criação de novas categorias sociais, identificadas enquanto grupos vulneráveis, que necessitavam por isso de um olhar mais específico e que passariam a incluir as mães e as crianças localizadas na primeira infância e na idade escolar (Armstrong, 2004; Webster e French, 2002).

O higienismo do início do século XX, enquanto modelo que serve de suporte à saúde pública, reforça-se como uma ideologia e passa de um higienismo que, de apenas confinado ao campo médico, se estende para um higienismo alargado, de tipo universal, que leva a generalização do pensamento sanitário a todo o corpo social (Fassin, 1996: 256). É este modelo reconfigurado de higienismo, voltado sobretudo para o mundo social exterior, que está na base do que posteriormente ficaria conhecido como a nova saúde pública. Esta *nova saúde pública*, como a nomeou Charles Edward Winslow num célebre opúsculo de 1923, radica-se num movimento de mobilização geral da nação contra a doença, que teria de incluir naturalmente os médicos, mas que igualmente necessitava da intervenção conjunta dos políticos e dos cidadãos (Fassin, 1996).

O domínio da saúde pública passa a ser o domínio do quotidiano. A saúde pública não se restringirá mais, e apenas, aos momentos de crise epidémica, mas passa a ser uma preocupação quotidiana; ela não é unicamente reservado a uma elite política ou médica, a saúde pública impõe-se como uma actividade cívica, onde todos os indivíduos se encontram sob responsabilização (Fassin, 1996: 256). Esta era da higiene pessoal fazia eco dos discursos sobre a saúde que já eram produzidos no anterior século XIX e que envolviam a obrigação dos indivíduos assegurarem a sua saúde através da limpeza e da higiene pessoal e que, simultaneamente, ocupavam um lugar central em todas as exortações morais da saúde (Ferreira, 2007).

A partir do final do século XIX a quantificação estatística dos fenómenos relativos à distribuição das doenças e da mortalidade, permitiam revelar os padrões e as regularidades, bem como, os processos de diferenciação social a eles relacionados. A quantificação estatística permitia, por isso, ser entendida como um instrumento que possibilitaria, em tese, a transformação da sociedade no sentido de um melhoramento da situação sanitária geral e sobretudo numa maior equidade (Fassin, 1996). A saúde pública moderna que assim nascia se afirmava como uma epidemiologia social (Fassin, 1996: 245). Se, em 1840 as estatísticas sobre a mortalidade eram usadas para demonstrar a necessidade para uma implementação de uma reforma sanitária e para um aprofundamento do desenvolvimento da higiene pública, na transição para o século XX e décadas seguintes o uso das estatísticas passa a evidenciar as situações específicas das necessidades de saúde das crianças e das famílias que, por sua vez, passam a jogar um papel central nas reformas sociais contribuindo, deste modo, para o estabelecimento das bases do Estado-Providência (Vagero, 1995).

No processo de estruturação do Estado-Providência, como analisa Mozzicafredo (2002), ressalta sobretudo a produção de legislação com o objectivo de libertar as sociedades

da necessidade e do risco. Os primeiros exemplos históricos, que ilustram esta tendência da sociedade em tornar-se responsável pela segurança contra os riscos do seu próprio desenvolvimento, situam-se no estabelecimento da legislação sobre a responsabilidade dos acidentes de trabalho, primeiro na Alemanha em 1881 e depois em França em 1889 (Mozzicafredo, 2002: 6). Segundo expõe Mozzicafredo (2002) fica estipulado, por exemplo, que em caso de incapacidade total por acidente de trabalho se passaria a assegurar dois terços dos rendimentos do trabalhador. O acidente de trabalho não é já encarado como apenas sendo da responsabilidade do indivíduo ou da empresa, mas sim, da sociedade no seu conjunto. Instaura-se, deste modo, “uma relação contratual de protecção social entre o indivíduo e o Estado, uma solidariedade institucional” (Mozzicafredo, 2002: 6). Os esquemas de protecção social implementados por Bismarck na Alemanha, entre 1883 e 1889, para além de serem acompanhados pela referida legislação sobre os acidentes de trabalho, eram igualmente constituídos por um sistema base de seguros obrigatórios direcionados para os operários industriais mais desfavorecidos, em termos de rendimento, e na implementação de seguros de velhice-invalidez que, por sua vez, instituíram um primeiro sistema obrigatório de reformas (Mozzicafredo, 2002: 7).

O estado de saúde geral de uma nação era claramente matéria do domínio político, contudo, e do ponto de vista das funções do Estado, a garantia da saúde, até às primeiras décadas do século XX, eram ainda radicadas em preocupações económicas de âmbito nacional assentes sobretudo em objectivos que visavam no essencial a preservação da *força física nacional*, no sentido da preservação da força de trabalho, da capacidade de produção e da preservação do poder militar (Ferreira, 2007).

Esta nova fase do higienismo trouxe consigo genuíños ganhos de saúde para as populações, contudo, nas vésperas da segunda grande guerra poder-se-ia caracterizar os profissionais de saúde pública como burocratas e complacentes com objectivos mais afastados dos da saúde e mais voltados para o plano económico e, de forma mais preocupante, mais voltados para objectivos de carácter eugénico (Webster e French, 2002: 7).

A partir das décadas de 1940 e 1950 assiste-se à formulação de um novo direito na saúde que engloba o Estado e os indivíduos. Com o plano Beveridge, elaborado em Inglaterra em 1942, a saúde transformou-se num objecto de preocupações para os Estados mas com um direcionamento claro na responsabilização dos indivíduos. O direito do ser humano para manter o seu corpo saudável torna-se assim objecto de acção estatal (Ferreira, 2007). Na realidade, todo processo histórico que deslocou o domínio das doenças da esfera privada para

o espaço público e que, simultaneamente, fez da saúde uma parada num jogo cada vez mais presente no mundo social sempre foi de natureza política (Fassin, 1996:26).

Na Europa, dois modelos orientaram os sistemas de saúde, de um lado um modelo do tipo bismarquiano, assente num sistema contratual de seguros que privilegia a negociação entre as partes, ou seja, entre os empregadores e os trabalhadores assegurados, sob uma vigilância do Estado, do outro lado, um modelo do tipo beveridgiano assente numa visão distributiva, em que ao Estado são reclamadas competências de maior intervenção na organização e financiamento do sistema de saúde, bem como na prestação de cuidados de saúde (Fassin, 1996).

A partir da segunda metade do século XX, após a segunda guerra mundial, o conjunto de condições que permitiam assegurar a saúde dos indivíduos torna-se uma fonte de despesas que, pela sua crescente importância, passa a ocupar um lugar central nos orçamentos dos Estados. Ou seja, as despesas devidas à saúde, e sobretudo as relacionadas com a interrupção do trabalho e com a necessidade de cobrir os novos riscos, constituíam problemas que já não se podiam resolver simplesmente por recurso às pensões ou aos seguros mais ou menos privados. A saúde torna-se objecto de uma verdadeira luta política, sendo que a partir da segunda guerra mundial a saúde e as modalidades do seu financiamento pelo Estado passam a ser objecto de intenso debate político (Ferreira, 2007).

#### *Modelo biomédico - do final do século XIX até à actualidade*

O termo biomedicina, como refere Stacey (1993), indica a ênfase predominante de uma forma de conhecimento que em medicina é, acima de tudo, focada no corpo enquanto um organismo bioquímico. Contudo, o termo biomedicina ou o modelo biomédico têm surgido como noções de significado mais lato, que têm sido usadas, de uma forma geral, no sentido de simultaneamente qualificar e descrever o que é igualmente designado como a medicina moderna, a medicina científica ou ainda a medicina ocidental (Kleinman, 1988, Porter, 1997).

Como refere Stacey (1993), durante o século XX a biomedicina estabeleceu-se dominando sobre todas as outras anteriores formas de medicina e de sistemas de tratamento constituindo, igualmente, a fundação de uma divisão do trabalho na saúde, em que os seus protagonistas, os médicos, também acabaram por dominar (1993: 47). Este domínio do modelo biomédico não se restringe somente à esfera de acção das profissões e das instituições de saúde, parecendo transparecer, igualmente, no sucesso da implantação e difusão das suas ideias e conceitos pela população de uma maneira geral. Diversos estudos, que incorporam

análises sobre as representações acerca dos fenómenos relativos à saúde e à doença, permitem chegar à conclusão do sucesso da difusão do modelo biomédico no pensamento e discurso dos indivíduos. De uma maneira geral, segundo Williams e Calnan (1996), a população parece aceitar a eficácia e a legitimidade da medicina moderna depositando uma completa confiança no valor científico da medicina médica e nos seus profissionais (1996: 3). Blaxter (1990) dá conta da forma como, nas suas entrevistas, os indivíduos mobilizam frequentemente ideias e conceitos que são derivadas do modelo biomédico. Stacey (1993) refere que, até certo ponto, as pessoas falam no idioma vigente da biomedicina referindo contudo, que também mobilizam outro tipo de ideias e de rationalidades que vão para além do âmbito deste modelo. Cornweel (1984), citado em Stacey (1993), refere que com o passar dos anos, as rationalidades dos seus respondentes foram sendo gradualmente influenciadas pelos modelos e práticas biomédicas.

Importa por isso perceber a génesis, os processos de implementação e os significados da biomedicina e do modelo biomédico que a subjazem. De uma forma geral, poder-se-á constatar que o sucesso no estabelecimento da biomedicina se tenha verificado a partir do final do século XIX em diante. Paradoxalmente, poder-se-á afirmar também que a organização e a implantação social da medicina antes de meados do século XIX não eram muito diferentes da sua configuração actual. Como analisa Stacey (1993), e como anteriormente descrito, a medicina dispunha igualmente de uma rede de hospitais e de escolas médicas e, de forma também algo semelhante, o Estado confiava nos médicos a responsabilidade pelas orientações gerais sobre a saúde e pela monitorização do estado de saúde das nações (Stacey, 1993: 76). Contudo, nesta época os médicos eram olhados pela população em geral, mais com suspeição do que, propriamente, com confiança. Na verdade, e como refere Porter (1997), até há cerca de cento e cinquenta anos atrás o papel da medicina no melhoramento real do estado de saúde das populações era, de facto, bastante reduzido (1997: 714).

A medicina científica e a anatomia, cujas bases emergem a partir das universidades do Renascimento, acabam por se revelar pouco eficazes sendo que nos séculos seguintes contribuem mais para uma produção de conhecimento voltada para o interior da comunidade médica do que, propriamente, numa produção de conhecimento que tivesse efeitos socialmente visíveis, ou mesmo relevantes, no melhoramento real e global da saúde das populações (Porter, 1997).

O que talvez no longo prazo terá contribuído de forma mais estruturante para a transformação do conhecimento médico e posterior êxito do modelo biomédico terá sido o

desenvolvimento dos hospitais na modernidade. Como anteriormente analisado, o processo de medicalização do hospital, que só começa a desenvolver-se no final do século XVIII e que surge aliado à prática da clínica e à exumação dos cadáveres, faz emergir um novo tipo de medicina, ou seja, a medicina clínica hospitalar.

Recuando ao inicio do século XVIII, a medicina, sob o modelo do que Armstrong (2004) designa por *beside medicine*, concebia a doença e o diagnóstico da doença como sendo limitados aos sintomas que eram sentidos e expressos pelos doentes. Neste quadro, e como refere Porter (1997), os sintomas como, por exemplo, uma dor abdominal ou uma dor de cabeça eram considerados como a doença em si e não como uma manifestação sintomática externa de uma doença que poderia não ser visível. Este modelo bidimensional baseado na equivalência dos termos sintoma-doença é posteriormente reconfigurado, e sobretudo a partir do desenvolvimento da medicina hospitalar, num modelo tridimensional sintoma-signo-doença. A caracterização dos sintomas passa então por um processo de classificação e por uma codificação clínica em signos, ou seja, estabelece-se uma classificação nosológica em que sintomas e signos já não constituem a doença em si mas conduzem e implicam um processo inferencial que culmina no diagnóstico da doença (Armstrong, 2004). Neste sentido, a doença já não se encontra apenas no registo do que é visível e exterior, mas sim numa correlação clínico-patológica que marca uma nova lógica da observação clínica dos corpos entre a superfície e o profundo e que conduz, por sua vez, à introdução das clássicas técnicas de exame físico, percussão, palpação e auscultação do corpo humano (Armstrong, 2004).

Se, anteriormente ao desenvolvimento da medicina clínica, os fenómenos como a doença e a morte eram percepcionadas como entidades holísticas e totalizantes, a partir do século XIX em diante, e como refere Foucault (1994), a morte passa a ser percebida mais como um processo em que ocorrem uma miríade de diferenciadas mortes internas que se poderão localizar em diferentes órgãos do corpo humano e associadas a diferentes tempos de morte. Poderá inclusive ocorrer processos de morte no interior do organismo humano sem que isso signifique, obrigatoriamente, a morte do indivíduo. Por exemplo, a palavra enfarte que significa morte, e que é muito comumente utilizada para a descrição de um enfarte do coração, significa que parte do tecido cardíaco morreu e, no entanto, e dependendo da gravidade e da extensão desta lesão, o órgão cardíaco poderá continuar a cumprir a sua função vital. A doença passa a ser alvo de maior confinamento etiológico aos órgãos e aos tecidos humanos. Neste novo modelo de medicina emerge uma nova noção de doença, que anteriormente era considerada de forma indivisível e que passa doravante a ser alvo de um processo de espacialização corporal, de individualização e de especialização.

Uma outra importante dimensão central para a compreensão do desenvolvimento expansão e significado do modelo biomédico encontra-se, forçosamente, ancorado nas descobertas científicas que marcaram em especial o último quartel do século XIX.

A ciência médica no século XIX operou significativos saltos no sentido da compreensão das doenças infecciosas. Durante muitos séculos as teorias epidemiológicas rivais atribuíam, por exemplo, à origem da febre ora a causas relacionadas com os miasmas (corrupção ou envenenamento do ar, da terra ou da água) ora a teorias contagionistas (Fabre, 1998). A partir de 1860, o advento da bacteriologia estabelece o papel central dos microrganismos patogénicos na explicação das doenças e dos seus quadros sintomáticos. Pela primeira vez, na história da medicina, a bacteriologia, disciplina externa ao campo da medicina, leva directamente a espectaculares e novas curas (Porter, 1997: 11).

O aumento dos conhecimentos nos domínios da biologia e da fisiologia asseguram à medicina uma posição cada vez mais legítima no seio das instâncias eruditas, nomeadamente na universidade. O desenvolvimento das tecnologias de laboratório e da clínica passam a lhe conferir uma imagem de prática científica. Deste modo, este novo paradigma na medicina, a biomedicina, irá desenvolver-se de acordo com um modelo que irá operar um claro deslocamento teórico-prático, passando a ter como referências centrais as ciências biológicas e físico-químicas (Fabre, 1998).

O anterior modelo de medicina, de características mais holísticas ou sistémicas de base hipocrática, será doravante substituído por um modelo baseado na doutrina da etiologia específica da doença, ou seja, será substituído por um modelo de explicação tendencialmente monocausal da doença, que será posteriormente dominante na medicina durante quase um século (Dubos, 1993). Stacey (1993) refere que o modelo da biomedicina é por vezes referido como de medicina alopática, o que literalmente significa uma forma de tratamento pelos opostos e que tem servido para distinguir de outros modos de tratamento, nomeadamente na distinção da homeopatia que significa tratamento pela similitude, semelhança ou por analogia (Stacey, 1993: 78).

Durante este período, que é apenas iniciado no final do século XIX, acelerados avanços nas ciências médicas passam a incorporar, agora, os conhecimentos da biologia, microbiologia e da química, transformando a medicina de uma forma de arte para uma forma científica que passa a confirmar a utilidade e a legitimidade da perspectiva científica na medicina. Os seus protagonistas, os médicos, de forma progressiva tornam-se também referenciais de autoridades estáveis e simultaneamente estabilizadores num mundo propenso a desordens ocasionais (Williams e Calnan, 1996: 3).

Segundo Freidson (1978), o desenvolvimento de tecnologias de laboratório e da prática clínica hospitalar conferiram à medicina uma imagem de prática científica, em que os resultados terapêuticos, a partir das descobertas de Pasteur e Koch, atestaram uma verdadeira eficácia à prática médica. Desde a segunda metade do século XIX, o conjunto destas condições e a credibilidade ligada à medicina iria permitir, doravante, e em especial na transição para o século XX, a autonomia da profissão médica associada a um elevado prestígio de status social, autoridade e de efectivo poder nas sociedades modernas (Williams e Calnan, 1996). O hospital passa a ser considerado como o novo campo da cientificidade e, no pólo oposto, a medicina social passa a ser conotada como a área menos inovadora e menos prestigiante no interior do campo médico (Fassin, 1996: 255).

De forma paralela e também no período entre o final do século XIX e princípio do século XX, um conjunto de outros desenvolvimentos científicos, oriundos, agora do domínio da farmacologia, viriam a influenciar de forma profunda e definitiva a medicina associada ao modelo biomédico. Como referem Williams e Calnan (1996), os médicos beneficiaram em adição o facto de serem considerados os legítimos guardiões de um leque de novos produtos farmacológicos que, de uma forma bastante generalizada, foram sendo percepcionados pela população em termos das suas qualidades de salvação e de minimização da dor e do desconforto pessoal.

A partir do final do século XIX inicia-se na Europa a produção em maior escala de comprimidos e de poções terapêuticas para fins curativos. No domínio da cirurgia, até meados do século dezanove, o sucesso cirúrgico era extremamente limitado devido à ausência de anestésicos e de anticépticos nas salas de operação (Porter, 1997: 11). Por esta altura vão surgindo novos fármacos, como o ópio e o quinino, que se tornaram progressivamente mais conhecidos e disponíveis na Europa. As preparações farmacêuticas à base de minerais e de metais gozavam já de uma considerável aceitação e notoriedade no meio médico, apesar da duvidosa eficácia terapêutica como já era comprovado pelo exemplo do uso de mercúrio no tratamento da sífilis (Porter, 1997). Contudo, a verdadeira revolução farmacológica começa no século XX com a introdução das sulfamidas e dos antibióticos. A penetração farmacêutica chegou com a produção industrial das sulfamidas em meados da década de 30 do século XX. A sua mais sonante aplicação terapêutica operou-se no controlo da febre infantil, que contou com uma visibilidade pública relacionada com a redução das taxas de mortalidade materna nos hospitais assim que as sulfamidas foram introduzidas (Stacey, 1993).

No ano de 1940 a penicilina era apenas um protótipo que tinha sido somente experimentada em ratos de laboratório, sendo que, dentro de uma década apenas, este mítico

antibiótico passa a ser rapidamente identificado como o responsável pela cura e salvação de milhões de vidas, em especial nos feridos ocorridos durante e após a segunda grande guerra. Na década de cinquenta a revolução farmacológica segue novos caminhos agora na produção de terapêuticas psicotrópicas com a produção da chloropromazina, considerada como sendo a primeira medicação com resultados realmente eficazes no domínio das doenças mentais. Outras famílias de fármacos vão sendo produzidas permitindo o alargamento do campo de acção noutros domínios da saúde e da doença, notavelmente na produção de fármacos na família dos esteróides, de onde se destaca a produção de cortizona que iria permitir, por sua vez, um maior entendimento do sistema imunossupressor humano. A produção deste tipo de fármacos permitiu o desenvolvimento do que posteriormente seria considerado como um verdadeiro abrir de portas a um admirável novo mundo de possibilidades médicas, ou seja, as que estariam ligadas aos procedimentos cirúrgicos de transplante de órgãos entre os seres humanos.

A melhoria das condições de vida das populações nos centros urbanos, ao nível da alimentação, vestuário, habitação e condições sanitárias, bem como a expansão da vacinação e a terapia com antibióticos, teve como consequência uma diminuição acentuada das doenças infecciosas durante o século XX, como a cólera, o tifo ou a tuberculose. Após o final da segunda guerra mundial assiste-se, nos países mais desenvolvidos, a um processo de transição epidemiológico caracterizado pela passagem do predomínio de causas de morte associadas às doenças agudas e infecciosas, característico da primeira metade do século XX, para o predomínio das causas associadas às doenças crónicas e degenerativas, como o cancro ou as doenças cardiovasculares (Fabre, 1998; Wilkinson, 1994). Em 1969 o director-geral de saúde norte americana declara, perante o Congresso Americano, que era tempo de se “fechar o livro das doenças infecciosas” (Bastos, 2002: 14).

Na década de 60 e inicio da década de 70 o discurso político sobre a saúde era marcadamente optimista, revelando um tom vitorioso protagonizado, sobretudo, pelo então anúncio da erradicação mundial da varíola. A varíola, doença de origem viral responsável por uma elevada taxa de mortalidade no passado, passa oficialmente a ser declarada como extinta em 1977. Um habitante da Somália fica simbolicamente registado como o último doente com varíola (Grmek, 1994). No campo das tecnologias médicas e cirúrgicas, as cirurgias de bypass cardíaco e de transplante do coração iniciadas em 1967 pareciam fazer crer que não haveria mais limites ao conhecimento e ao progresso das técnicas na medicina científica (Porter, 1997).

### *Limites e críticas à biomedicina e à medicalização das sociedades*

Este cenário generalizado de optimismo e de confiança no progresso da medicina, característico das décadas de sessenta e de setenta do século XX, iria contrastar com a dúvida e o pessimismo que se iria instalar nas décadas seguintes protagonizado em grande medida pelo surgimento da epidemia do hiv-sida e do posterior ressurgimento da tuberculose pulmonar nas sociedades ocidentais. Este novo cenário é acompanhado em especial ao nível do discurso político pelo reforço e visibilidade da saúde pública, através do desenvolvimento e da expansão de técnicas de vigilância e de monitorização das doenças (Fabre, 1998).

Durante a década de setenta, como argumentam Webster e French (2002), a instalação da crise económica promove um conjunto de novas preocupações sociais acerca da pobreza e da saúde pública o que estimulou um novo renascer da medicina social. Na Inglaterra este novo acordar para os problemas relacionados com as desigualdades sociais, e em particular para os novos problemas das desigualdades no campo da saúde, tiveram a sua expressão mais clássica aquando da publicação em 1980 do relatório que ficou conhecido como o Black Report (Webster e French, 2002: 9).

Como analisa Silva (2009) desde a década de 70 do século XX que se esboça uma tendência, pelo menos ao nível do discurso político, de descentramento da medicina hospitalar em prol de uma concepção de saúde orientada pela proximidade à comunidade e pela promoção da saúde e da prevenção da doença. Como sintetiza Carapinheiro (2006) “a partir da década de 80 os contextos económicos mundiais, pela primeira vez adversos desde o final da segunda guerra mundial, em que as dificuldades de manutenção dos encargos de serviços de saúde a funcionar segundo os princípios constitucionais de universalidade, gratuitade e generalidade assentes quase exclusivamente numa lógica hospitalar de carácter curativo se tornam incomportáveis” (2006: 144). De forma paralela, no final do século vinte, como refere Ferreira (2007), aumenta consideravelmente a visibilidade social do erro e da negligência em medicina.

Face a este novo cenário de alterações epidemiológicas e de percepção pública recolocam-se novas questões sobre o domínio do modelo biomédico e, neste sentido, é também possível identificar um conjunto de análises que incidem sobre as limitações do modelo biomédico e da expansão dos processos de medicalização nas sociedades ocidentais.

Grande parte da explicação para o sucesso do modelo biomédico, bem como o das ciências sobre as quais ele foi sendo desenvolvido, tende a ser percepcionado pelo impacto que este modelo teve na medicina e na sociedade durante o século XX e, em particular, na

atribuição da eficácia a este modelo no combate às doenças infecciosas e no alívio do sofrimento através da farmacologia, quimioterapia ou cirurgia. Contudo, e como salientam alguns estudos, olhando retrospectivamente para este percurso, de um pouco mais de cem anos, sugere-se, como refere Stacey (1993), que grande parte deste sucesso tenha sido hiperbolizado e, por isso, falsamente atribuído à biomedicina e à medicina hospitalar. Stacey (1993) refere que esta percepção de sucesso se situe mais como uma matéria de crença do que propriamente como uma proposição empiricamente baseada e sustentada na real evidência científica (1993: 160).

Grande parte do sucesso, relativo à diminuição das doenças infecciosas, terá tido a sua origem na generalização dos melhoramentos ao nível de infra-estruturas de saneamento básico, higiene pública e na elevação das condições socioeconómicas das populações, sobretudo nos centros urbanos, que se traduziram, simultaneamente, na melhoria da alimentação, vestuário, habitação e condições sanitárias (Wilkinson, 1996). De algum modo, o facto de se ter canalizado para a biomedicina a responsabilidade deste sucesso generalizado gerou um conjunto de expectativas que se revelaram como sendo bastante mais ambiciosas do que, de algum modo, a própria biomedicina poderia oferecer. Em parte foi o próprio sucesso da biomedicina clínica que levou a profundas mudanças e até à generalização da dúvida (Stacey, 1993).

Um conjunto de análises críticas relativamente ao modelo biomédico e aos processos de medicalização das sociedades não são apenas originárias do exterior do campo médico, podendo as suas origens se localizarem também no interior do próprio campo. Navarro (1979) constitui um exemplo, de algum modo emblemático, de um médico que mobiliza um enquadramento teórico crítico, numa colecção de ensaios que como refere o autor “têm por objectivo colocar em dúvida as ideologias que predominam nas ciências sociais em geral e, em particular, na aplicação destas ciências na análise e na explicação do sistema da medicina ocidental” (Navarro, 1979: 13). Segundo Navarro (1979) a perspectiva individualista da biomedecina moderna se encontra num envolvimento que simultaneamente suporta e é suportada pelos proveitos do sistema capitalista dominante. A medicalização, como referem Williams e Calnan (1996), é percepcionada por Navarro como uma forma de controlo social, que serve sobretudo os interesses poderosos e particulares da classe capitalista.

Outro autor que expõe uma crítica às limitações do modelo biomédico e que também tem origem no campo médico, Kleinman (1980, 1988) psiquiatra americano, refere que “os clínicos tendem a ser demasiado simplistas acerca da sua prática clínica. Sendo que as suas tendências de sentido positivista e de um pragmatismo ateorético, impedem as tentativas de

compreender a doença e o cuidar enquanto fenómenos que se encontram emersos no mundo social e cultural” (Kleinman, 1980: xii).

Relativamente aos processos de medicalização das sociedades ocidentais os autores diferem consideravelmente nas análises interpretativas e explicativas (Williams e Calnan, 1996; Ferreira, 2007). A problemática da medicalização emergiu no espaço discursivo das ciências sociais na década de 1970. Como refere Ferreira (2007), “os primeiros usos do conceito reenviam explicitamente para um contexto crítico uma vez que apresentavam a medicalização como um processo que colocava a vida quotidiana sob a dominação, a influência e o controlo social médico”. Segundo Williams e Calnan (1996), alguns autores mais críticos, que se encontram na linha das análises elaboradas por Freidson, argumentam que as tendências expansionistas da medicina resultam sobretudo do próprio exercício do poder da profissão médica em controlar e em definir, de forma monopolista, as concepções sobre a saúde e a doença, num tipo de exercício de poder que é colocado em ordem ao reforço da própria extensão da dominação profissional. Outros autores consideram, contudo, que o processo de medicalização é o resultado de processos sociais mais amplos nos quais os médicos se encontram inseridos e que, por isso, reproduzem essa ordem social mais ampla.

Illich surge como um dos protagonistas mais relevantes que apresenta uma abordagem crítica localizada fora do campo profissional médico. De acordo com Illich (1977), a profissão médica é entendida como parte integrante de um processo mais amplo de industrialização e de burocratização da sociedade, que tem sustentado a criação de uma lógica de dependência das populações, sobretudo através da expansão crescente dos processos de medicalização das várias dimensões da vida que, por seu turno, tem destruído e retirado o direito à auto-determinação das populações. Na sua obra, Illich (1977) argumenta que a medicina moderna longe de se apresentar como curativa é iatrogénica, ou seja, a medicina é ela própria criadora da doença.

Como refere Ferreira (2007) esta visão da medicalização, que tem origem numa interpretação muito negativa, pode ser designada como correspondendo à linha negra da medicalização. Esta perspectiva coloca ênfase no carácter constrangedor e policial das políticas de saúde e nos comportamentos de menosprezo dos médicos em relação às crenças e hábitos populares. Uma segunda interpretação, ainda segundo Ferreira (2007), corresponde à linha rosa da medicalização, numa perspectiva em que os médicos são apresentados como heróis lutando pelo bem e pela felicidade do povo. Esta interpretação parece ser actualmente dominante, relativamente ao valor da medicina moderna, mesmo com a visibilidade social do erro e da negligência em medicina, que aumentou consideravelmente nas duas últimas

décadas e que foi acompanhado por um ceticismo social crescente (Ferreira, 2007; Williams e Calnan, 1996).

Kelly e Field (1994) ao analisarem as dimensões identificadas em algum do discurso oriundo das ciências sociais, que sustentam a rejeição do modelo biomédico, salientam que alguma da produção desta investigação ao enfatizar as dimensões associadas ao poder profissional, bem como às limitações e custos económicos associados às intervenções médicas, têm levado frequentemente à ignorância das importantes contribuições sociais e, igualmente, a contribuições que localizadas no domínio do conhecimento biológico se repercutem no domínio do social (1994: 36). Como salientam Kelly e Field (1994), a negação da eficácia e da eficiência dos procedimentos e práticas da medicina moderna como a cirurgia de bypass cardíaco, a hemodiálise, os transplante renais, a cirurgia das cataratas, as transfusões de sangue, o alívio farmacológico da dor e o controlo rotinizado dos sintomas físicos na perspectiva da restauração ou do melhoramento da qualidade de vida, nomeadamente aos que sofrem de doenças crónicas, é negar a validade das experiências quotidianas sentidas pela maioria das populações inseridas nas modernas sociedades ocidentais.

Apesar de se considerar como dominante o alcance do modelo biomédico na profissão médica, Berg (1992) considera que, apesar do conhecimento oriundo do modelo biomédico constituir a resposta tradicional para as questões levantadas sobre a prática clínica que envolvem o exame, a história e os diagnósticos clínicos, o estudo realizado por Berg (1992) sobre a prática clínica sustenta que o quotidiano da prática médica não adere mecanicamente a regras e a categorias universais. Nesta linha de pensamento Blaxter (1990) sempre colocou a questão de que o enquadramento conceptual mobilizado pela medicina moderna é altamente complexo e multiparadigmático e não se restringe a um único modelo. Neste sentido, Berg (1992) considera que os critérios médicos e as opções disponíveis são elas próprias modificadas e reconstruídas em ordem a serem alinhadas nas transformações e que o modelo de conhecimento biomédico não poderá ser considerado como o único farol que guia a construção das disposições médicas na prática clínica. Como refere Stacey (1993), as análises de Armstrong (2004) sugerem que desde o final do século XIX a medicina começa a reclamar tanto o corpo individual como o corpo social, enquanto arenas de entendimento e de investigação médica. Segundo Wilkinson (1996), a própria expansão da formação nas ciências sociais terá contribuído para alterações nos modelos epidemiológicos e por consequência nos modelos médicos de forma mais geral. De forma similar, segundo ainda Stacey (1993), desde a segunda metade do século XX que um conjunto de novos

conhecimentos com origem nos rastreios sociais usados em epidemiologia bem como a influência da psicologia, tem gerado modificações no paradigma médico.

## **Capítulo 3**

### **DESIGUALDADES SOCIAIS E AS DESIGUALDADES NA SAÚDE**

#### **3.1 Classes sociais e as desigualdades em saúde**

A existência de desigualdades na saúde, ou o facto das doenças e dos tempos médios de vida não serem igualmente distribuídos pelos diversos grupos de uma sociedade, tem constituído historicamente um fenómeno percepcionado como um problema social, que tem sido apropriado enquanto objecto de estudo por parte das ciências sociais sendo igualmente resgatado enquanto tema de intervenção social e política. Como sustenta Stacey (2003), as taxas que reflectem a morbilidade e a mortalidade de um país ou de um conjunto mais específico de uma categoria populacional associada a uma determinada região, género ou grupo profissional são frequentemente mobilizadas numa lógica comparativa, no sentido de influenciar o curso das políticas de saúde.

A incorporação da ordem social na forma da diversidade da esperança de vida é historicamente determinada. Como refere Fassin (1996), nas antigas sociedades tradicionais, essencialmente rurais, onde a mortalidade era elevada e a morbilidade encontrava-se fortemente relacionada com as contrariedades ecológicas e fenómenos epidémicos, as hierarquias estatutárias e económicas não se traduziam por diferenças marcadas de mortalidade entre pobres e ricos. Contudo, este tipo de incorporação individual da ordem social fazia-se sentir, como analisa Elias (1939/1989), através da marcação individual dos corpos que passava pelo exercício, mais ou menos socialmente admitido, da violência física, por exemplo, dos homens sobre as mulheres, entre os jovens e os velhos, entre o primogénito e o mais novo, entre os senhores e os escravos, entre castas, entre inimigos ou vizinhos (Fassin, 1996).

Contudo, um duplo fenómeno iria inverter este estado relativo à incorporação física e individual da desigualdade social relativo ao uso da violência física como forma de marcar a ordem social nos corpos biológicos. Por um lado as transformações espaciais e económicas que surgem com a urbanização e com a industrialização, com as suas formas de diferenciação que se observam nos locais de residência, nas condições de existência e nos modos de vida.

Por outro, o desenvolvimento do monopólio da violência legítima cada vez mais confinado ao Estado, que conduziu a uma regulação crescente do exercício da força física no domínio do social (Elias, 1939/1989; Fassin, 1996).

No século XVII, mesmo antes do progresso da industrialização e das conquistas da medicina, um estudo genovês demonstrava já uma marcada desigualdade face à morte em articulação com as desigualdades sociais (Fassin, 1996). Os resultados deste estudo estabeleciam uma nítida diferenciação das desigualdades na saúde entre o meio rural e o meio urbano, em que as diferenças de mortalidade no meio rural eram sobretudo explicadas e relacionadas com a diversidade das condições ambientais e geográficas, enquanto no meio urbano as disparidades na mortalidade seguiam mais de perto lógicas explicativas associadas à estratificação social (Fassin, 1996). Apesar da localização de alguns destes estudos se registarem em épocas anteriores ao século XVIII é, sobretudo, a partir do século XVIII e XIX, e em especial no Reino Unido associado à expansão da industrialização, que o tema das desigualdades na saúde passa a ocupar um lugar de maior destaque no campo político.

Apesar do significado e da natureza das desigualdades na saúde terem mudado ao longo dos tempos, a constatação do fenômeno da desigualdade foi largamente usado como evidência para a necessidade de mudanças políticas. Na intersecção entre o campo científico e o campo de acção política, em 1840 no Reino Unido, Chadwick, citado em Pelling (1978), referia de forma clara que a esperança média de vida dos ingleses variava de acordo com a classe social. Como refere Vagero (1995), em 1840 as estatísticas de mortalidade eram usadas para demonstrar a necessidade da implementação de uma reforma sanitária no âmbito da higiene pública. Um século depois, e nas vésperas da segunda grande guerra, a evidência acerca da situação de desigualdade na saúde, relacionada com o que era considerado como constituindo os grupos mais desfavorecidos que incluíam agora também as crianças e as famílias, passa a desempenhar um papel central nas reformas sociais e políticas mais globais de um país, o que terá contribuído para o estabelecimento do modelo dos estados providência na Europa (Vagero, 1995).

Nestes meados do século XX, como analisa Ferreira (2007), a elaboração e implementação em Inglaterra, no ano de 1942, do que ficou conhecido como o plano Beveridge, passa a situar de forma clara, o domínio da saúde e das desigualdades sociais em saúde no campo da economia e da política, transformando-se doravante num objecto central de preocupações para os Estados. As novas instituições transnacionais como a Organização Mundial de Saúde (OMS), constituída após a segunda grande guerra, mantêm esta linha de discurso apresentando na sua génesis constituinte uma concepção clara de combate às

desigualdades na saúde. O enquadramento conceptual de saúde oriundo da OMS e a posterior declaração de objectivos de *Saúde Para Todos no Ano 2000* (OMS, 1979) repousam de forma explícita sobre o princípio de igualdade na saúde, não apenas entre os diferentes países mas, igualmente, como um valor que deverá ser integrado no interior de cada país, situando na obrigação política o assegurar as melhores condições de vida possíveis a cada indivíduo (Ferreira, 2007).

Neste sentido, as desigualdades em saúde não se poderão situar no mero plano das variações ou das simples diferenças entre as pessoas ou categorias populacionais e os fenómenos de variação na saúde, doença ou morte. Ao invés, a ideia da igualdade e da desigualdade em saúde é localizada sobretudo no plano dos direitos sociais e dos valores estruturantes das sociedades modernas. Como sustentam Cabral, Silva e Mendes (2002), a ideia de desigualdade, sendo compreendida a partir da ideia de direito à saúde, remete para o sentido de que a existência de desigualdades na saúde constitui, assim, uma violação deste direito. Como defende Daniels (1985) citado em Cabral, Silva e Mendes (2002: 33) a saúde surge, contudo, como um objecto de difícil apropriação para ser alvo de um direito porém, os cuidados de saúde e a acção que promove a saúde já são passíveis desta apropriação.

Também neste sentido e como refere Aiach (2000), citado em Cabral, Silva e Mendes (2002), o direito à saúde “significa que, no caso de os grupos económica e socialmente privilegiados apresentarem melhores performances nos indicadores de mortalidade e morbilidade, existe a obrigação, por parte do poder público, de encurtar ou eliminar as distâncias. Assim, existe uma ausência de justiça entre os homens e mulheres de um país onde não há igualdade perante a saúde, porque a morte prematura dos mais pobres e a morte retardada dos mais ricos são a prova tangível e irrefutável de desigualdade não penas perante a morte, mas sobretudo perante o conjunto de elementos que entram na génese de determinante do carácter mais ou menos precoce da morte dos diferentes grupos sociais hierarquizados (Aiach, 2000: 84-85)” (Cabral, Silva e Mendes, 2002: 33- 34).

O enquadramento teórico baseado numa articulação entre as classes sociais e a saúde tem sido amplamente mobilizado em diversos países apresentando-se como um dos principais modelos explicativos das desigualdades na saúde desde o inicio do século XX. Neste conjunto de países, os estudos oriundos do Reino Unido têm-se destacado, ao longo deste século XX, como importantes marcos de construção teórica e investigação empírica nesta área e, neste sentido, a investigação sociológica realizada no Reino Unido, tendo por base os modelos que articulam as desigualdades sociais com as desigualdades na saúde, será aqui tomada como

exemplificativa das grandes tendências de investigação teórica e empírica, nas ciências sociais, que ocorreram durante este século.

Existe no Reino Unido uma longa tradição de investigação sobre as desigualdades sociais na saúde onde um importante marco histórico se poderá situar, com a publicação em 1855, de um primeiro documento oficial sobre a mortalidade e as ocupações profissionais, denominado de *Decennial Analysis of Occupational Mortality* (Macintyre, 2002; Davidson, et al, 2003). Apesar de se verificar que alguns estudos poderão ser localizados nos meados do século XIX é sobretudo a partir do inicio do século XX que se instituem modelos de analise de maior transversalidade, com base em objectivos unificados, que permitiu um maior alcance e uma real capacidade de comparação dos resultados no domínio da saúde, entre diferentes regiões e entre diferentes momentos históricos.

Um exemplo deste tipo de modelos, de âmbito mais transversal, revelou-se na introdução de uma tipologia de classes sociais, elaborada por Stevenson nos censos de Inglaterra de 1911, com o objectivo de articular as dimensões sociais com a desigualdade na saúde (Prior, 1985). Stevenson, que iniciou as suas análises tendo por base os dados sobre a mortalidade infantil, elaborou um esquema classificatório de estratificação social, ancorado nas diferentes ocupações e profissões, que culminou na proposta de uma tipologia baseada em cinco categorias sociais que foram representadas segundo a numeração romana. Nesta tipologia, a denominada “classe I” correspondia às classes das ocupações profissionais altas e médias, a “classe II” às classes ocupacionais intermédias entre a I e III; a “classe III” correspondia aos trabalhadores qualificados, a “classe IV” situava-se na posição intermédia entre a III e a V e, finalmente na base desta hierarquia situava-se a “classe V” que correspondia aos trabalhadores não qualificados (Prior, 1985). Este tipo de classificação baseado em cinco categorias socioprofissionais, identificadas segundo a numeração romana, passou a corresponder a um modelo muito usado doravante no Reino Unido e mobilizado em outras tipologias que com algumas alterações ainda hoje se mantém. A base de construção destas tipologias de classes sociais encontra-se ancorada num sistema de classificação de profissões britânica denominada por *British Registar General*<sup>14</sup>.

---

<sup>14</sup> Esta classificação, baseada na *British Registar General*, tem desempenhado no Reino Unido, segundo Bartley et al (1996) um papel central na monitorização longitudinal, das desigualdades sócio-económicas na área da saúde desde o início do século XX até à actualidade, o que tem permitido a possibilidade de realizar análises comparativas, dentro do país. Contudo, este esquema classificatório acaba por se restringir apenas ao território britânico o que dificulta por exemplo comparações entre

No que diz respeito aos resultados destas investigações, as estatísticas de mortalidade em articulação com os modelos de estratificação e classes sociais demonstravam no Reino Unido, de forma consistente, uma relação inversa entre a subida na hierarquia da posição social e as taxas de mortalidade (Marmot, et al 1997). No inicio da década de 70 do século XX uma investigação dirigida pelo *Office of National Statistics' Longitudinal Study* analisou durante o período de uma década, entre 1961 e 1971, a evolução das desigualdades na mortalidade por classe social cuja operacionalização adoptou igualmente a classificação de profissões britânica *British Registrar General*. De forma algo surpreendente, na altura, as conclusões do estudo apontavam, não para uma diminuição das desigualdades na saúde por classe social como seria de esperar, mas pelo contrário, apontavam para um acentuar do fosso assimétrico entre o estado de saúde das pessoas mais ricas relativamente às menos abastadas (Fox e Goldblatt 1982; Bartley, Blane e Smith, 1998).

No sentido desta continuidade em produzir estudos sobre a persistência das desigualdades sociais na saúde, em 1977, o governo trabalhista britânico comissionou a um grupo de trabalho, denominado de *Research Working Group on Inequalities in Health*, a elaboração de um relatório com o objectivo de investigar as causas explicativas da persistência das desigualdades sociais em saúde neste país. O relatório final ficou conhecido como *Black Report* (Black et al, 1980) por ter sido presidido por Douglas Black (Bloor et al, 1987). Os indicadores usados neste relatório para medir as desigualdades na saúde incidiam sobretudo sobre a mortalidade, enquanto que os indicadores sobre as desigualdades sociais adoptaram uma tipologia de classes sociais, cuja operacionalização se baseou na classificação de profissões britânica *British Registrar General*. As conclusões gerais do *Black Report* apontavam para a persistência da articulação entre as desigualdades de classes sociais e as desigualdades na saúde. A elaboração final deste relatório em 1980 ocorre, contudo, num período que coincide com a mudança do governo britânico. Em consequência desta mudança o *Black Report* apenas conhecera nos primeiros anos do novo governo conservador de Margaret Thatcher a publicação de uma circunscrita e limitada edição.

O grupo de Black identificou um conjunto de possíveis explicações sobre as causas de desigualdade na saúde, tendo por base os resultados observados, que foram posteriormente organizados em quatro tipos de explicações causais: 1) um primeiro tipo de explicação sugere que os resultados observados, que são baseados numa correlação entre os indicadores

---

tipologias de classe com outros países europeus, nomeadamente Portugal, que adopta um sistema de classificação de profissões internacional

referentes às classes sociais e os indicadores de saúde, possam constituir um artefacto estatístico de categorias e de indicadores o que de algum modo sugere a insuficiência deste tipo de modelo explicativo em que esta relação de variáveis mais do que traduzir uma realidade levaria à criação de um cenário fictício; 2) um segundo tipo de explicação baseia-se em pressupostos do tipo selectivo, ou seja, a maior concentração de doenças nas classes mais baixas e o consequente aumento das taxas de mortalidade resultariam do facto de que as pessoas mais doentes seriam mais incapazes, tendencialmente, de ter ou de manter, durante os seus percursos de vida, bons trabalhos em ocupações mais bem remuneradas; 3) um terceiro grupo de explicações de tipo materialista/estruturalista sugere que é o enquadramento estrutural socioeconómico que origina as diferenças na saúde; finalmente, 4) um quarto grupo de explicações, sugere que são as diferenças de tipo cultural/comportamental expresso nos diferentes estilos de vida, mas que por sua vez se encontram associados às diferentes classes sociais, que melhor explicam a desigualdade na mortalidade (Black *et al*, 1980; Blane, 1985; Stacey, 1993; Bartley *et al*, 1996).

Destes quatro tipos de explicações a equipe de investigação chegou, contudo, à conclusão em atribuir maior poder explicativo aos factores de tipo materialista/estruturalista. (Townsend e Davidson, 1990). Apesar da explicação materialista se ter revelado como a mais forte, o relatório mantém que “um conjunto de diferentes dimensões explicativas terá de ser incluídas e combinadas” sendo que “os factores explicativos culturais e genéticos também têm o seu lugar” (Black *et al*, 1980: 193-94, citado em Bloor *et al*, 1987).

O conjunto de factores explicativos presentes nas conclusões deste relatório deu origem a intensos debates onde foram sendo sucessivamente apontadas quer as potencialidades deste tipo de estudo quer as limitações associadas às estratégias metodológicas, bem como, ao tipo de explicações propostas. Apesar da inicial reduzida divulgação e do posterior conjunto de controvérsias e debates ao nível científico, mas também ao nível político, o *Black Report* conservou-se como um importante marco no debate contemporâneo sobre as desigualdades em saúde, muito devido, por um lado, ao próprio contexto político em que surgiu e, por outro, devido à persistência das assimetrias na saúde que se mantiveram a crescer nas três décadas seguintes após a sua publicação (Davidson *et al*, 2003). Com efeito, desde então que os enquadramentos teóricos e os modelos de análise que dão primazia a uma explicação de tipo materialista/estruturalista têm sido não só amplamente testados como suportados teórica e empiricamente em diversos estudos (Whitehead, 1987; Williams, 2003).

Mantinha-se, contudo, a questão central de se perceber como é que um país desenvolvido, como o Reino Unido, com um sistema de saúde de cobertura e acesso universal, mantinha a persistência e até um ligeiro agravamento nas desigualdades na saúde. Esta preocupação não se restringia somente ao Reino Unido e outros estudos foram prosseguidos em outros países também economicamente desenvolvidos, de onde se destaca aqui com maior pormenor o caso da Finlândia.

Na Finlândia, os resultados obtidos através de um estudo longitudinal desenvolvido por Martikainen, Valkonen e Martelin (2001), que decorreu num arco temporal entre 1971 e 1995, demonstrou que apesar da melhoria global dos indicadores sociais e de saúde as desigualdades em saúde por classe social seguiam um sentido contrário, revelando um agravamento das assimetrias, sobretudo nas categorias de classes mais baixas, neste estudo denominadas por *classes manuais*. Segundo a tipologia de classes sociais mobilizada neste estudo, a designação de classes manuais, que adopta um modelo que é bastante frequente na tradição anglo-saxónica, corresponde a um conjunto de ocupações profissionais ligadas aos sectores da construção civil e obras públicas, motoristas, operários fabris e trabalhadores manuais não qualificados.

Segundo os autores (Martikainen, Valkonen e Martelin, 2001), o aumento do número de anos relativo à esperança média de vida encontrava-se maioritariamente associado ao decréscimo da mortalidade relacionada com os enfartes agudos do coração. Apesar destes ganhos em saúde se configurarem como transversais a todas as classes sociais, os resultados mostraram que o contributo das *classes manuais* para o aumento da esperança média de vida, através da específica redução da taxa de mortalidade por enfarte agudo do coração era, em comparação com os resultados originários das outras classes sociais, bastante mais reduzido.

Segundo os resultados deste estudo, as causas de morte relacionadas com o consumo de álcool, ao longo do mesmo período em análise (entre 1971 e 1995), registaram, não um decréscimo mas, ao invés, um aumento contínuo das taxas de mortalidade que eram sobretudo localizadas nas classes manuais. Dentro da circunscrição às classes manuais este fenómeno era bastante transversal relativamente ao género, tendo-se verificado este aumento das taxas de mortalidade associadas ao consumo de álcool tanto na população masculina como na feminina.

A explicação para este acentuar das desigualdades na saúde por classes sociais, e que se agravou sobretudo durante a década de oitenta na Finlândia, encontrava-se relacionado com três factores: 1) o decréscimo mais lento das taxas de mortalidade cardíacas nas classes manuais; 2) o aumento das taxas de mortalidade referente a causas de óbito relacionadas com

o consumo de álcool; 3) o simultâneo aumento das taxas de mortalidade relacionadas com acidentes e suicídios na população inserida nestas categorias socioprofissionais. Eram sobretudo estas as causas de morte que faziam a diferença, já que nas restantes causas as desigualdades mantinham alguma estabilidade e transversalidade por classe social ao longo do tempo estudado (Martikainen, Valkonen e Martelin, 2001).

Contudo, e numa outra perspectiva de análise, os resultados deste estudo demonstravam que as classes mais altas, denominadas de *classes não-manais*, tinham ainda beneficiado de forma mais significativa, e sobretudo a partir da década de oitenta, através da introdução de novos programas de prevenção dirigida às doenças cardiovasculares, mas também tinham beneficiado com o surgimento de novos métodos relacionados com o tratamento destas doenças. Alguma desta evidência empírica é apontada em relação à cirurgia cardíaca. O exemplo é fornecido através da introdução de uma nova técnica cirúrgica nos anos oitenta, realizada nas cirurgias cardíacas, que implicava a execução de uma técnica conhecida pelo “bypass” coronário, que constituía um tratamento cirúrgico de ponta orientado para o aumento da sobrevida após situações de enfarte do coração. Constatou-se que este inovador procedimento cirúrgico era 35% mais frequente nos indivíduos englobados nas classes mais altas do que nos indivíduos pertencentes às denominadas classes manuais (Martikainen, Valkonen e Martelin, 2001). Este tipo de conclusões aponta para uma análise que desoculta uma estrutura de desigualdades que, neste caso, condicionou de forma diferenciada por classes sociais as possibilidades de aceder e de usufruir de recursos mais raros e de esquemas terapêuticos de ponta em saúde.

Um outro tipo de investigações, que não estão apenas voltados para as assimetrias internas de cada país mas que envolvem também e de forma complementar estudos comparativos entre países (Wilkinson, 1990), têm demonstrado tendencialmente que, no conjunto dos países mais desenvolvidos, quanto maior a igualdade na distribuição dos rendimentos num determinado país, mais elevados se apresentam, também, os valores médios relativos à esperança de vida. Mais do que o valor médio resultante do produto interno bruto (PIB) *per capita* é, sobretudo, a distribuição assimétrica do rendimento, no interior de cada país, que tem surgido como o preditor mais forte na explicação da maior desigualdade na variação da longevidade entre as populações (Wilkinson, 1990).

Segundo Wilkinson (1990), a primeira tentativa de demonstração empírica deste fenómeno, relacionado com a distribuição assimétrica dos rendimentos e a desigual mortalidade, surgiu no final dos anos setenta do século XX, num trabalho de investigação realizado por Rodgers (1979), que mobilizou a informação estatística de um conjunto de 56

países que apresentavam diferentes níveis de desenvolvimento económico. Este estudo demonstrou que a aplicação de um modelo constituído pelas variáveis referentes ao PIB *per capita* em que se incluía conjuntamente o coeficiente de Gini<sup>15</sup> conseguia, assim, explicar cerca de três quartos da variação na esperança média de vida à nascença e aos cinco anos de idade (Wilkinson, 1990). Outro estudo realizado por Wennemo (1993) demonstrou igualmente que a desigualdade na distribuição do rendimento, bem como, o valor das taxas de pobreza relativas de cada país, surgiam, ao nível de uma comparação internacional, como os factores mais importantes na explicação da variação das taxas de mortalidade infantil, do que, apenas, a inclusão dos valores referentes ao nível de desenvolvimento económico, que normalmente se traduzem por indicadores mais agregados e de tendência central como é o caso do PIB e que, por isso, não são reveladores de assimetrias internas.

Segundo Williams (2003) os resultados que têm surgido do conjunto destes trabalhos, de Wilkinson (1996), Blane *et al.* (1996), Marmot e Wilkinson (1999) e Lobmayer e Wilkinson (2000), têm-se revelado centrais na exploração de novas linhas de investigação que têm levado à inclusão não só das dimensões de avaliação relativas às desigualdades internas de recursos em cada país, aproximando-se ao tipo de explicações de base estruturalista/materialista, como também têm levado à inclusão de outras dimensões relacionadas, por exemplo, com a coesão social interna de cada país (Williams, 2003). A inclusão de abordagens teóricas mais próximas do legado de Durkheim, e mesmo da tradição estruturo-funcionalista, têm levado à exploração dos efeitos agregados na saúde tendo por base dimensões relativas ao grau de coesão social, anomia ou confiança social nas sociedades contemporâneas que, apesar de economicamente desenvolvidas, se apresentam socialmente mais desiguais (Williams, 2003).

O argumento central baseia-se no pressuposto de que o incremento das desigualdades sociais traduzir-se-ia numa sociedade mais segmentada, com maiores dificuldades na manutenção da integração social e dos laços sociais, o que traria efeitos ao nível de uma diminuição da auto-estima, que resultaria sobretudo do efeito de comparação das distâncias sociais crescentes entre os que vivem em condições de maior privação e uma população cada vez mais abastada, que poderia ter como consequência final, sobretudo, o aumento dos índices de doenças mentais e de suicídios nos países económica e socialmente mais desiguais (Wilkinson, 1996; Bartley, Blane e Smith, 1998).

---

<sup>15</sup> Coeficiente de Gini constitui um importante indicador de desigualdade na distribuição do rendimento num determinado território que visa sintetizar num único valor a assimetria dessa distribuição (Carmo *et al.*, 2010)

A par deste importante conjunto de investigações, que têm sido realizadas, mantém-se, contudo, um intenso debate científico sobre a interpretação dos resultados e sobre a validade de alguns dos pressupostos metodológicos e explicativos.

Segundo Dahl (1994) o conjunto alargado de investigações empíricas e debate teórico sobre as desigualdades em saúde, que foi sobretudo desencadeado a partir da publicação do *Black Report*, foi sendo caracterizado em grande medida por um enviesamento dos resultados, que Dahl (1994) classifica como decorrente do que denomina de *employment bias*, porque apenas se baseiam na análise da mortalidade ocorrida no conjunto da população activa. Segundo Dahl (1994), a população reformada não tem sido, de forma frequente, incluída nas investigações empíricas sendo que os desenvolvimentos teóricos também têm permanecido bastante limitados. Na verdade, desde 1980 que o debate sobre as desigualdades em saúde, sobretudo nas disparidades face à morte e à doença, é maioritariamente focado na população activa, ou seja, no interior de uma faixa etária compreendida entre os 16 e os 64 anos. Quando se utiliza este tipo de amostra, autores como Martikainen *et al* (2001) referem-se à presença de um factor que terá que ser obrigatoriamente ponderado na integração da explicação dos resultados finais, a que os autores designam por *working health effect*, carecendo, por outro lado e segundo os autores, de estudos que analisem o grau persistência das desigualdades em saúde nas faixas etárias mais idosas.

Apesar de constituir uma dimensão menos abordado nas investigações sobre as desigualdades na saúde (Dahl, 1994), alguma da produção científica na área da sociologia, tem demonstrado não só que as desigualdades na saúde por classe social persistem na população idosa e reformada, como o demonstra o estudo de Prus (2007), como igualmente têm surgido resultados que sugerem uma tendência de acentuamento das disparidades na saúde por classe social nas faixas etárias mais idosas (Dahl e Birkelund, 1997). Segundo Dahl e Birkelund (1997) algumas investigações demonstraram que as diferenças na mortalidade por classe social entre as pessoas localizadas na faixa etária entre os 65 e os 74 anos apresentam uma maior desigualdade por classe social face à população economicamente activa, localizada entre os 15 e os 64 anos de idade.

Um conjunto de outras limitações, que têm sido identificadas na literatura sociológica sobre as desigualdades na saúde, poderá ser resumidos em três pontos. Em primeiro lugar, Popay *et al* (1998) referem que os enquadramentos teóricos falham na captura da complexidade da narrativa causal neste campo das desigualdades e na ausência do enquadramento teórico do papel relacionado com as organizações sociais na produção das desigualdades em saúde. Em segundo lugar, um outro conjunto de limitações tem sido

apontado no sentido da falta de aprofundamento teórico ancorado na articulação entre os níveis da agência e da estrutura, bem como, na integração da noção de espaço na explicação das desigualdades na mortalidade e nos estilos de vida relacionados com a saúde (Cokerham, 2008; Popay *et al*, 1998). Em terceiro lugar, Williams (2003) aponta por seu turno sobretudo para uma limitada pesquisa teórica e empírica, nas desigualdades em saúde, que incorporem uma perspectiva histórica robusta e que inclua igualmente uma articulação entre os níveis da agência e da estrutura.

Face a este conjunto de potencialidades e limitações no uso de indicadores sobre as desigualdades no campo da saúde, importa proceder a uma problematização teórica e metodológica sobre estes indicadores que irão constituir, na presente investigação, uma das formas centrais de operacionalização das dimensões referentes às desigualdades na saúde.

### **3.2 Indicadores sobre a desigualdade em saúde. Mortalidade e morbilidade**

Giraldes (1996) sustenta que a avaliação das desigualdades em saúde pode ser medida recorrendo a dois tipos de indicadores: os indicadores de recurso e os indicadores de resultado. Os *indicadores de recurso* reflectem a dimensão do funcionamento dos serviços de saúde e incluem um conjunto de outros indicadores relativos à distribuição geográfica dos cuidados de saúde que incluem, por exemplo, o número de médicos, enfermeiros ou de farmácias por habitante, ou o número de hospitais, centros de saúde ou camas de internamento por habitante. Os *indicadores de resultado* incluem, por seu turno, um conjunto vasto de dimensões e variáveis de que se destacam claramente as referentes à morbilidade e à mortalidade (Cabral, Silva e Mendes, 2002: 34, Giraldes, 1996: 15).

Estes indicadores, morbilidade e mortalidade, são normalmente mobilizados para a avaliação de resultados de um determinado país, região ou mesmo de uma específica instituição hospitalar. Para além deste objectivo de avaliação no domínio da saúde as taxas que reflectem a morbilidade e a mortalidade de um país são frequentemente mobilizadas numa lógica comparativa, no sentido de influenciar o curso das políticas de saúde (Stacey, 1993). Neste sentido, este tipo de informação sobre o estado de saúde de cada país, que é normalmente traduzida em produção estatística (taxas de mortalidade, esperança média de vida, prevalência de doenças, etc.), tem constituído uma importante dimensão, não só enquanto indicador de resultados referentes ao estado de saúde de um determinado país, como

se têm constituem, igualmente, como importantes indicadores de desenvolvimento, entendido de uma forma mais global, de cada país.

Neste sentido, também estes indicadores de saúde reflectem formas de classificação simbólica e de avaliação de prestígio, nomeadamente, quando por referência ao contexto mundial, a posição de desenvolvimento de um determinado país é estabelecida segundo a mobilização de indicadores como a esperança média de vida ou a taxa de mortalidade infantil. O exemplo mais visível deste tipo de classificação reporta-se à publicação anual das *tabelas de classificação internacional de desenvolvimento* que são elaboradas pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD, 2002) e que incorporam este tipo de indicadores na construção final, para cada país, do que é designado como o *índice de desenvolvimento humano*.

Relativamente às diferenças comparativas entre os indicadores referentes à mortalidade e à morbilidade verifica-se, desde logo e como anteriormente já exposto, que é a mortalidade que tem constituído, desde o século XIX, o indicador em saúde mais usado quando se pretende caracterizar diferenças entre populações, subgrupos ou categorias populacionais (Macintyre, 1994).

Em comparação com as taxas de morbilidade, que reflectem a distribuição dos padrões de doenças na população, as taxas de mortalidade, por seu turno, são de algum modo percepcionadas como mais fiáveis devido, principalmente, ao facto de a morte se constituir como um estado objectivamente mais fácil de ser definido e de se constituir, após a sua definição, como um estado definitivo.

A informação sobre as doenças quando recolhida e apresentada a um nível mais agregado, com objectivos de posterior tratamento estatístico, apresenta um quadro de limitações que resultam, por um lado, da maior complexidade dos processos sociais e organizacionais envoltos na elaboração médica dos diagnósticos, da sua confidencialidade ou da sua obrigatoriedade na declaração (Stacey, 1993; Prior, 1985). Por outro lado, quando esta recolha de informação sobre as doenças resulta de inquirições realizadas aos indivíduos em que o tipo de informação recolhida, que é naturalmente realizada de acordo com os tipos e objectivos da investigação, é originária da auto-percepção e reflecte uma forma mais subjectiva das pessoas sobre a avaliação do seu estado de saúde.

Como sintetiza Cabral, Silva e Mendes (2002), ao salientar as potencialidades no uso da mortalidade enquanto indicador mobilizável para a avaliação das desigualdade na saúde, a morte no plano teórico objectiva, por um lado, o resultado de um processo individual cumulativo que integra elementos bio-fisiológicos, psíquicos e sociais inscritos no corpo do

indivíduo e, por outro, permite retirar inferências sobre processos histórico-sociais de dimensão estrutural através dos quais as condições de existência e os modos de vida condicionam as desigualdades em saúde.

No plano metodológico salientam-se, por isso, as seguintes vantagens: 1) a morte reporta-se a um facto inequívoco o que permite uma maior precisão objectiva; 2) é institucionalmente exigido um certificado oficial do óbito validado pelo médico; 3) associado à morte corresponde normalmente uma causa, o que permite produzir um conhecimento sobre o universo das doenças; 4) são mobilizados critérios tendencialmente uniformes, sobre as causas de morte, baseados em classificações estandardizadas como a Classificação Internacional das Doenças (OMS, 2000), o que permite uma padronização das causas de morte e possibilita efectuar análises comparativas a nível nacional e internacional e, 5) destaca-se o facto das estatísticas sobre a mortalidade serem elaboradas de forma regular pela generalidade dos países contrariamente ao que sucede com as estatísticas sobre a morbilidade (Cabral, Silva e Mendes, 2002; Giraldes, 1996; Macintyre, 1994).

Apesar das potencialidades teóricas e metodológicas, decorrentes da mobilização de informação estatística sobre a mortalidade para a avaliação do estado de saúde de uma forma mais agregada, co-existem, igualmente, um conjunto de limitações associados a estes indicadores que importa analisar.

A mortalidade e as causas de morte deixam de fora um conjunto alargado de doenças e de famílias de doenças, de onde se destacam, a título de exemplo, os problemas relacionados com a área da saúde mental que, normalmente, não transparecem nas estatísticas de saúde baseadas na mortalidade (Macintyre, 1994). Como salienta Campos *et al* (1991: 77), apesar dos problemas de saúde mental raramente resultarem em causa de morte constituem, em termos relativos, como uma das mais importantes situações de morbilidade em qualquer país.

Para além desta omissão, patente na informação sobre a mortalidade de um conjunto de importantes doenças, importa considerar as dimensões relativas aos processos de decisão médica sobre a atribuição e identificação das causas de morte.

Os processos de diagnóstico e as decisões clínicas sobre a identificação e atribuição da causa de morte constituem-se, também, enquanto processos sociais e históricos complexos. A classificação das doenças e a definição dos diagnósticos é igualmente influenciada, não só por contextos mais estruturais, mas igualmente por dimensões que reflectem mais directamente os contextos de interacção quotidiana entre os profissionais de medicina, os utentes e as organizações e instituições de saúde. Contextos de interacção onde entram em jogo, por um lado, as diferentes características dos utentes, idade, sexo, classe social, etnicidade e, por

outro, contextos que englobam as diferentes instituições de saúde e os seus modelos de organização, onde o diagnóstico é efectuado.

Como analisa Prior (1985), uma dificuldade central relativamente à definição do diagnóstico da causa do óbito, e que se encontra igualmente exposto na literatura médica, encontra-se relacionado com a exigência da identificação de apenas uma causa do óbito, ou seja, pretende-se normalmente a identificação da causa principal. Esta lógica reenvia para um processo cognitivo associado a um tipo de modelo explicativo monocausal, sendo certo que em muitas situações, como refere Prior (1985), várias condições patológicas se encontrem presentes e concorram para uma explicação sincrónica e multicausal do óbito.

Uma vez nomeada a causa principal do óbito, esta identificação ficará indissociavelmente ligada à causa do óbito, que irá posteriormente traduzir-se em informação estatística a nível nacional, sendo que, o reducionismo que resulta desta necessidade mais objectivista de apresentar *uma* causa do óbito pode esconder a complexidade de causas envoltas no processo que conduziu ao óbito (Stacey, 1993). Frequentemente, como analisam Stacey (1993) e Prior (1985), as causas dos óbitos reflectem processos de conflito e de negociação que não reúnem, de forma frequente, consenso clínico em redor da identificação desta causa principal do óbito.

Um outro tipo de limitações, associado aos indicadores estatísticos sobre a mortalidade, encontra-se relacionado com o deficit de conhecimento que é produzido sobre o percurso que vai desde a definição clínica da causa do óbito até a elaboração final das estatísticas de mortalidade (Prior, 1985). Este percurso social complexo envolve, normalmente, outro tipo de agentes intermediários, para além dos médicos, e que têm de ser incluídos neste processo social relativo à própria de produção destes indicadores. Destacam-se, assim, a importância que constitui uma análise sobre os contextos e práticas dos técnicos que são responsáveis pela execução da tradução e da transcrição da informação clínica presente nos certificados do óbito para um sistema de codificação da causa do óbito. Prior (1985) revela, através de um estudo realizado sobre os técnicos que certificam os códigos do óbito que, por vezes, estes agentes procuram deliberadamente eliminar oscilações consideradas como indesejáveis, a respeito da informação clínica, tendo por base uma sensibilidade social que transparece, por vezes, quando, por exemplo, as causas de óbito envolvem situações de suicídio, alcoolismo ou mesmo relativas ao cancro (1985: 173).

Em Portugal, a Direcção-Geral da Saúde (DGS, 2006b) reconhece que a qualidade das estatísticas de mortalidade não tem sido sistematicamente avaliada destacando, em primeiro lugar, o deficit de preenchimento por parte do médico do formulário específico para a

certificação clínica do óbito, em segundo lugar, os problemas inerentes à transcrição das causas de óbito dos certificados clínicos para os verbetes de óbito do Instituto Nacional de Estatística e, por último, as dificuldades relacionadas com a necessidade de uma nova transcrição de informação agora do conteúdo destes verbetes de óbito para uma final introdução dos códigos no programa informático específico. A DGS (2006b) acrescenta que estas possíveis fontes de erro, apesar de se encontrarem identificadas, não permitem uma exacta quantificação dos erros daí decorrentes, nem de que causas de morte poderão ser mais afectadas (2006b:13)<sup>16</sup>.

Na execução deste processo de tradução e transcrição, entre a informação clínica e a operacionalização da causa do óbito, o instrumento de codificação envolvido, internacionalmente, consiste num sistema de classificação oriundo da OMS denominado de Classificação Internacional de Doenças (OMS, 2000). Pelo grau de importância que esta classificação representa, ir-se-á proceder, em seguida, a uma análise mais detalhada sobre este instrumento de codificação.

### **3.3 Classificação Internacional de Doenças**

A Classificação Internacional de Doenças (CID) (OMS, 2000) consiste num manual elaborado pela OMS que contem uma lista extensa de códigos com divisões e subdivisões para os vários tipos de doenças e que incorpora, também, um enquadramento conceptual e técnico em que cada informação sobre mortalidade é tabelada e reunida.

Actualmente encontra-se em vigor a 10<sup>a</sup> revisão desta classificação sendo que, como refere (Prior, 1985), estas revisões invariavelmente significam revisões das regras que sustentam as agregações de doenças. A informação sobre as causas dos óbitos, mesmo quando utilizada de acordo com uma classificação estandardizada como a Classificação Internacional

---

<sup>16</sup> Segundo informação que consta nos relatórios da DGS (2006b), expõe-se o seguinte trecho: “em finais de 2000, iniciou-se um processo activo de esclarecimento das Causas de Morte em todos os verbetes de óbito cuja causa básica de morte era desconhecida ou mal definida. Este programa obteve já resultados que se traduziram na redução da mortalidade proporcional por Sinais, Sintomas e Afecções Mal Definidas de 12,4% em 1998/99 e 2000, para 9,4% em 2002, em 2003 e na sequência da onda de calor tivemos acesso à cópia dos certificados de óbito para o período de Junho a Outubro, pelo que este grupo de causas pôde ser ainda melhor esclarecido, no ano de 2004 verificou-se um aumento da mortalidade proporcional por este conjunto de causas (9,6%)” (DGS, 2006b: 13).

das Doenças, não resolve todos os problemas em redor das dimensões de subjectividade/objectividade.

Como refere Giddens (1994), ao longo do século XX, os conceitos e critérios utilizados para identificar as principais causas de morte mudaram substancialmente. Giddens (1994) fornece o exemplo do que, no inicio do século XX, se designava por *lesões intracraneanas de origem vascular* que passaram a se denominar, na década de sessenta, de *lesões vasculares afectando o sistema nervoso central* e que, finalmente, passaram à designação actual de *doenças cerebrovasculares* (1994: 107).

As classificações das doenças e dos diagnósticos clínicos têm registado mudanças ao longo do tempo, que mais do que expressão de modas reflectem, sobretudo, alterações da visão médica em articulação com contextos sociais mais vastos. Verifica-se, deste modo, não só processos de classificação, que correspondem a *entradas* de novos tipos de doenças, como também se tem verificado processos de desclassificação e de reclassificação das doenças.

A título de exemplo referem-se aqui no âmbito dos processos de classificação a medicalização da tóxico-dependência ou do alcoolismo como constituindo novas entradas de doenças; no âmbito dos processos de desclassificação refira-se a desmedicalização da homossexualidade, relembrar-se que a categoria *homossexual* era incluída no conjunto das doenças psiquiátricas (Bastos, 2002: 45) e, por último, tem-se verificado, igualmente, processos de reclassificação das doenças, como é exemplificado por Fabre (1998) para o caso da infecção pelo hiv-sida, na passagem de uma classificação de doença contagiosa para uma doença transmissível mas não contagiosa. Fabre (1998) sustenta que esta reclassificação pretendeu por um lado preservar os imperativos da saúde pública e, por outro, neutralizar as representações sociais e os efeitos negativos associados à noção de contágio (1998: 4).

A história do desenvolvimento da classificação das doenças fica associada ao desenvolvimento da estatística durante os séculos XVIII e XIX, sendo que, o estudo da quantificação das doenças para fins práticos remonta ao século XVII, no âmbito dos estudos sobre a mortalidade, especialmente marcado pelo trabalho de John Graunt na elaboração das tabelas mortuárias de Londres (OMS, 2000). Apesar destes trabalhos pioneiros, a primeira tentativa de classificação sistemática das doenças localiza-se posteriormente, em meados do século XVIII, sendo da autoria de François de Lacroix (1706-1777) que elaborou um tratado publicado sob o título de *Nosologia Methodica* que ficou mais conhecido pelo tratado de *Sauvages* (OMS, 2000).

Outras formas de classificação foram surgindo, em diversos países, no decorrer dos séculos XVIII e XIX<sup>17</sup>, sendo que cedo se percebeu da necessidade de uniformizar os critérios classificatórios base, com o intuito de se proceder à comparação entre os vários países. Neste sentido, realiza-se em 1853, o primeiro *Congresso Internacional de Estatística* que, reunido em Bruxelas, passa reconhecer a utilidade de uma classificação uniforme de causas de morte, tendo sido solicitado para o efeito a William Farr e Marc d'Espine a preparação de uma classificação uniforme das causas de morte (OMS, 2000). Este objectivo de uniformização passa a percorrer as várias conferências internacionais que foram posteriormente realizadas em 1891, em Viena, que culminou depois na criação do *Instituto Internacional de Estatística* em 1893 em Chicago e, em 1900, em Paris. A designada *Classificação de Causas de Morte de Bertillon*, como a princípio foi designada por referência à autoria do presidente do comité, responsável pela elaboração do inicial relatório - Jacques Bertillon - director dos serviços de estatística da cidade de Paris recebeu a aprovação geral e foi adoptada por vários países (OMS, 2000).

Apesar de se pretender situar no domínio destas classificações um campo mais alargado das doenças, as várias propostas não deixaram de reflectir, desde a sua génesis, a grande dependência relacionada com a produção de estatísticas referentes às causas de morte. Após a segunda grande guerra e com a criação da OMS é então criado um manual com a proposta de uma lista mais abrangente e que passa incluir tanto as dimensões relativas à mortalidade como à morbilidade. Este manual surge com a designação mais lata de *Classificação Estatística Internacional de Doenças, Lesões e Causas de Morte* (OMS, 2000), que se manteve até a actualidade com esta designação, sendo que ficou mais conhecido pela fórmula abreviada de Classificação Internacional de Doenças e pelo acrónimo CID.

Exposto um breve percurso histórico apresenta-se, de seguida, um dos vários quadros de doenças presentes neste manual (CID-10<sup>a</sup> revisão) sendo que este Quadro 3.1 dá conta da forma mais agregada de apresentação de doenças organizadas por grandes grupos.

Como se pode observar, através do Quadro 3.1, esta classificação implica uma codificação que se encontra organizada e dividida em 22 grandes categorias, que aqui são

---

<sup>17</sup> Neste período destaca-se o metodologista Lineu (1707-1778) que escreveu, entre outros tratados, o *Genera Morborum*, sendo que no inicio do século XIX, a classificação de doenças mais utilizada era a de William Cullen (1710-1790), de Edimburgo, surgida em 1785 sob o título de *Synopsis Nosologiae Methodicae*" (OMS, 2000). "No quarto Congresso Estatístico Internacional, realizado em Londres e, 1860, Florence Nightingale recomendou a adopção de classificação de doenças de Farr para a tabulação da morbilidade hospitalar" (OMS, 2000).

denominadas por capítulos, e que correspondem aos grandes grupos de doenças e de causas de mortalidade, que são apresentados sob numeração romana. Cada um destes capítulos apresenta-se com uma designação própria - como por exemplo “Capítulo XIX - Doenças do aparelho circulatório” - que corresponde por sua vez a outros tantos agrupamentos de categorias que surgem com uma identificação alfanumérica composta por três caracteres.

**Quadro 3.1** Classificação internacional de doenças (CID-10<sup>a</sup> revisão). Grandes grupos de doenças

Capítulos		Grandes grupos de doenças	Códigos	
I	A-B	Algumas doenças infecciosas e parasitárias	A00	B99
II	C-D	Neoplasias (tumores malignos)	C00	D48
III	D	Doenças sangue órgãos hematopoéticos e transtornos imunitários	D50	D89
IV	E	Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	E00	E90
V	F	Transtornos mentais e comportamentais	F00	F99
VI	G	Doenças do sistema nervoso	G00	G99
VII	H	Doenças do olho e anexos	H00	H59
VIII	H	Doenças do ouvido e da apófise mastóide	H60	H95
XIX	I	Doenças do aparelho circulatório	I00	I99
X	J	Doenças do aparelho respiratório	J00	J99
XI	K	Doenças do aparelho digestivo	K00	K93
XII	L	Doenças da pele e do tecido subcutâneo	L00	L99
XIII	M	Doenças sistema osteomuscular e tecido conjuntivo	M00	M99
XIV	N	Doenças do aparelho geniturinário	N00	N99
XV	O	Gravidez parto e puerpério	O00	O99
XVI	P	Algumas afecções originadas no período perinatal	P00	P96
XVII	Q	Malformações congénitas deformidades e anomalias cromossômicas	Q00	Q99
XVIII	R	Sintomas sinais e achados anorm ex clín e laborat Lesões envenenamentos e algumas outras consequências de	R00	R99
XIX	S-T	causas externas	S00	T98
XX	V-Y	Causas externas de morbilidade e mortalidade	V01	Y98
XXI	Z	Contactos com serviços de saúde	Z00	Z99
XXII	U	Códigos para propósitos especiais	U04	U99

Fonte: OMS (2000), *Classificação Internacional de Doenças-10<sup>a</sup> Revisão*

Relativamente a este código de identificação alfanumérica o primeiro caracter corresponde, de uma maneira geral, a uma letra que identifica o capítulo respectivo<sup>18</sup>, seguidos de números para a segunda e para a terceira posição. Dentro de cada agrupamento, algumas das categorias de três caracteres correspondem a doenças isoladas, que segundo o que é referido no texto (OMS, 2000) são escolhidas devido à sua frequência, gravidade ou susceptibilidade à intervenção de saúde pública, enquanto outras categorias se destinam a grupos de doenças que são reunidas por apresentarem características comuns. Por exemplo, a categoria “A-00” corresponde apenas a uma doença: a cólera; enquanto que a categoria “E-07” corresponde a um conjunto de doenças englobadas em “outros transtornos da tireoide”. Por outro lado, algumas doenças tidas normalmente como correspondendo a apenas uma entidade nosológica, como por exemplo a Diabetes Mellitus, corresponde aqui a um conjunto de cinco categorias, que no fundo especificam diferentes tipos e situações associadas à doença e, deste modo, a Diabetes Mellitus surge compreendida entre os códigos “E-10” e “E-14”.

### **3.4 Os estilos de vida relacionados com a saúde**

Retoma-se a temática dos estilos de vida, mas pretende-se agora focalizar na especificidade dos estilos de vida relacionados com a saúde. A noção de estilos de vida na saúde tem surgido como um importante operador conceptual mas também ideológico, que tem vindo a conquistar um espaço cada vez mais relevante no campo da saúde. As expressões traduzidas em *estilos de vida saudáveis* ou *estilos de vida de risco* encontram-se com frequência nos discursos oriundos das políticas e instituições de saúde, bem como, nas várias áreas disciplinares e científicas relacionadas com a saúde como a medicina, a epidemiologia, a enfermagem, a psicologia, a antropologia ou a sociologia (Cockerham, 2008; Cabral, Silva e Mendes, 2002; Backett e Davison, 1995).

---

<sup>18</sup> Nesta regra geral são identificadas, contudo, algumas exceções: a letra D que é usada tanto no Capítulo II, referente às *Neoplasias*; como no Capítulo III *Doenças do Sangue e dos Órgãos Hematopoéticos e alguns Transtornos* que comprometem o mecanismo imunitário”, e a letra H é usada tanto no capítulo VII, “Doenças dos Olhos e dos Anexos”, como no Capítulo VIII, “Doenças do Ouvido e do Processo Mastóide”. Por outro lado, são identificados quatro Capítulos (I,II, XIX E XX) que adoptam mais do que uma letra na primeira posição dos seus códigos (OMS, 2000).

Contrariamente aos níveis de representação mais clássicos nos domínios da prevenção e tratamento de doenças, como os associados aos antibióticos ou à vacinação, que tendem a ser percepcionados num enquadramento de maior institucionalidade envolto em sistemas periciais mais distantes e impessoais, os estilos de vida tendem a surgir como domínios de acção mais próximos, passíveis de serem controlados pelos próprios indivíduos e percepcionados como instrumentos estratégicos, ao *alcance de qualquer um*, no planeamento da saúde ao nível individual (Cockerham, 2008). Nas sociedades modernas a saúde tem-se tornado um elemento cada vez mais central no quotidiano da vida pessoas que, como refere Silva (2009), se estende ao conjunto da população e abarca todos os comportamentos humanos. A noção de saudável, e o implícito *dever de saúde* (Herzlich e Pineret, 1991), passam a constituir uma referência central que se impõe normativamente nos vários domínios da organização da vida quotidiana individual, como recurso que o indivíduo deve promover, através da adopção de certos estilos de vida considerados como saudáveis (Silva, 2009: 15).

Segundo Cockerham (2008) as circunstâncias que estão na origem desta mudança, referente à crescente preocupação individual com os aspectos relacionados com a saúde e com a adopção de estilos de vida relacionados com a saúde, localizam-se não só nos contextos de radicalização de uma modernidade tardia e das consequentes alterações ao nível da formação das identidades individuais, na sequência do que expõe Giddens (1994), em que o ser saudável adquire um valor de status social, mas decorre, igualmente, das alterações verificadas ao nível dos padrões de doença e de mortalidade ocorridos durante o século XX, na alteração dos modelos médicos, sobretudo na epidemiologia e na saúde pública, ancorados no reconhecimento da importância dos vectores da prevenção e da promoção da saúde.

A melhoria significativa dos indicadores de saúde, verificada sobretudo a partir da segunda metade do século XX, não acompanhou a redução esperada de custos com a saúde. Pelo contrário, a substituição do predomínio das doenças infecciosas pelas doenças crónicas e degenerativas e, sobretudo, os seus tratamentos associados levaram a um aumento substancial dos encargos financeiros, oriundo maioritariamente dos serviços hospitalares, que tinham tido durante as décadas de 50 e 60 uma significativa expansão e desenvolvimento tecnológico (Blane *et al*, 1996; Lambert, 2000). A alteração do padrão das doenças, durante o século XX, protagonizado pelo crescimento da importância das doenças crónicas levou igualmente a uma mudança nos modelos epidemiológicos, deslocando o centro da investigação para um nível mais centrado nas características comportamentais dos indivíduos (Frohlich *et al*, 2001). No plano da prevenção, as investigações passam a ser direcionadas no sentido da identificação dos comportamentos de risco para a saúde, menos relacionadas com as doenças infecciosas,

mas sim como meio de prevenção relativo às doenças crónicas e degenerativas. A partir da segunda metade do século XX determinados comportamentos como o fumar, o sedentarismo, os padrões alimentares e o consumo de álcool passam a estar integrados num contexto de preocupações da saúde pública e da epidemiologia (Shapiro, 1983). Em 1955 é estabelecida a correlação entre o fumar e o cancro do pulmão e, mais tarde, a correlação entre o aumento da mortalidade por doenças cardiovasculares e a diminuição da prática de exercício físico e o consumo de gordura (Shapiro, 1983; Blane *et al*, 1996). Se as décadas de 60 e de 70 ainda eram marcadas pela confiança e pelo optimismo na medicina e também nas políticas e sistemas de saúde, as décadas seguintes ficariam marcadas pela dúvida e o pelo pessimismo protagonizado em grande medida pelo surgimento da pandemia do hiv-sida e pelo posterior ressurgimento da tuberculose, que também se verificou nos países mais desenvolvidos (Bastos, 2002; Fabre, 1998). A irrupção do hiv-sida levou à difusão da noção de risco associado a grupos e comportamentos, que foi acompanhado por um forte discurso preventivo centrado ao nível individual, em que se salientava o argumento de que a ausência de tratamento curativo requereria a vigilância de cada um face aos riscos de contaminação (Fabre, 1998: 166).

A partir da década de 70 e 80, o aumento da esperança média de vida, o progressivo envelhecimento da população e o aumento dos encargos no tratamento das doenças crónicas levou a graves problemas de financiamento nos sistemas de saúde de vários países desenvolvidos (Blane *et al*, 1996). Carapinheiro (2006) refere que “as dificuldades de manutenção dos encargos de serviços de saúde a funcionar segundo os princípios constitucionais de universalidade, gratuitidade e generalidade assentes quase exclusivamente numa lógica hospitalar de carácter curativo se tornam incompatíveis” (2006: 144). A partir dos anos 70 do século XX, como reflectem as análises de Silva (2008) e Carapinheiro (2006), desenha-se uma tendência de descentramento do modelo de medicina hospitalar, sobretudo ao nível do discurso político, em prol de uma concepção orientada pela proximidade à comunidade, através do desenvolvimento de serviços de cuidados de saúde primários na promoção da saúde e prevenção da doença. Na verdade, os meados da década de 70 podem ser tidos como um marco de referência à entrada da terminologia dos estilos de vida no campo da saúde. Fica patente, nesse tempo, a proliferação de investigações e relatórios académicos e profissionais que incluem a terminologia de estilos de vida em articulação com as dimensões da saúde e da doença (Peterson e Lupton, 1996). A incorporação desta terminologia nos discursos e políticas de saúde reflecte uma orientação que, igualmente, indica a integração desta noção num mais vasto sistema de classificações e lutas simbólicas que ocorrem no

interior do campo da saúde. Os estilos de vida relacionados com a saúde passaram a ocupar um espaço associado a uma matriz identitária que passaria a englobar as vertentes da promoção da saúde e da prevenção da doença. Ou seja, uma concepção que remete, como refere Backett e Davison (1995), para a promoção e o desenvolvimento dos cuidados de saúde primários. O reconhecimento da importância da associação entre os estilos de vida e uma concepção de desenvolvimento dos cuidados de saúde primários vai ficando cada vez mais clara em relatórios e documentos oficiais. Em 1974, um relatório intitulado *A New Perspective on the Health of Canadians*, apresentado pelo ministro da saúde canadiano Lalonde (1974), que por isso ficou conhecido como o *Relatório Lalonde*, expõe a tese central de que a melhoria do estado de saúde dos indivíduos deveria ser assente numa perspectiva que desse primazia à prevenção da doença e à promoção da saúde através do reconhecimento do impacto dos factores ambientais na saúde e na escolha de *estilos de vida saudáveis* devendo evitar-se o recurso aos centros de alta tecnologia médica (Carapinheiro, 2006; Lupton, 1997). A institucionalização desta terminologia passou também pela criação de um departamento de estilos de vida e saúde – *Lifestyles and Health Department* - na Organização Mundial de Saúde que, por sua vez, reconhece a importância das investigações baseadas nesta noção enquanto ferramenta útil quer na promoção da saúde quer na prevenção das desigualdades sociais de um modo geral (Branckaerts e Peeters: 1994).

Fica claro que os efeitos da adopção e institucionalização desta terminologia, por parte de organismos como a OMS, transparecem no crescente número de investigações que passam a incorporar a terminologia dos estilos de vida. No campo da investigação médica, como o expõe Cabral, Silva e Mendes (2002), multiplicaram-se os estudos sobre comportamentos, hábitos e estilos de vida que passam a incidir sobre o grau de relação entre, por exemplo, o padrão alimentar ou o exercício físico e as doenças cardiovasculares ou, por outro lado, entre o consumo de tabaco e o cancro do pulmão e o consumo do álcool e a cirrose hepática. Igualmente em outras áreas científicas e disciplinares, os estilos de vida relacionados com a saúde passam a marcar uma assídua presença nos respectivos enquadramentos teóricos da epidemiologia, da enfermagem, da psicologia, da antropologia ou da sociologia (Cockerham, 2008; Cabral, Silva e Mendes, 2002; Backett e Davison, 1995).

#### *A saúde, os estilos de vida e o status*

Os diversos estudos empíricos que abordam as representações dos indivíduos sobre a saúde revelam que o conjunto das práticas relacionadas com a alimentação, o álcool, o tabagismo e

o exercício físico se encontram fortemente entrelaçados num quadro referencial evocativo da saúde e da doença (Blaxter, 1990, 1995; Cabral, Silva e Mendes, 2002; Silva, 2008; Cokerham 2008). De acordo com os resultados de Silva (2006), de uma forma geral, as auto-avaliações percepcionadas como *o não saudável* passam pela constatação do ‘não faço exercício’ e, em segundo lugar, pelos ‘erros alimentares’ (Silva, 2006: 175). Segundo o estudo de Cabral, Silva e Mendes (2002) levar uma vida saudável significa, para a maioria da população portuguesa, a ausência de hábitos de tabagismo e de álcool e a prática de exercício físico. Com efeito, o conjunto destes comportamentos representou para os indivíduos inquiridos o principal factor que mais influencia a saúde das pessoas (Cabral, Silva e Mendes, 2002: 268-269).

Giddens (1994) refere que é do consenso geral a consciência de que determinados factores de estilos de vida como a alimentação, o tabagismo ou a prática de exercício físico influenciam fortemente o risco de contrair uma doença cardíaca (1994: 107). Este tipo de consciência e de representações são típicas da contemporaneidade e constituem, de certa forma, um fenómeno social novo no sentido em que este tipo de disposições se encontram cada vez mais incorporadas nos quotidiano, e logo *naturalizadas*, mas também se enquadram em práticas de cariz tendencialmente prescritivo na adopção de regimes de estilos de vida relacionados quer com a promoção de saúde quer com a prevenção de doenças, ancorados numa concepção de saúde assimilada a uma nova normatividade, baseada na responsabilidade individual e colectiva.

O tabagismo constitui, em certo sentido, um bom exemplo histórico, seguindo uma conceptualização de Giddens (1990, 1994), das mudanças operadas ao nível da monitorização reflexiva na avaliação dos riscos para a saúde e onde interagem os sistemas periciais e os comportamentos leigos. Actualmente o tabagismo é associado à causa de doenças graves, como o cancro do pulmão e a consequente redução da esperança de vida. A representação social desta relação causal surge socialmente de forma bastante transversal e verifica-se, inclusive, entre os indivíduos que fumam, como o demonstram os trabalhos de Cabral, Silva e Mendes (2002) e de Blaxter (1990). Apesar desta *evidência* contemporânea, relativa aos efeitos nocivos do tabaco, importa relativizar o *óbvio* e referir que esta representação social, bem como o conhecimento científico produzido sobre esta relação causal são, em certo sentido, relativamente recentes. A ampla popularidade de fumar percorre todo o século XX até cerca dos anos sessenta do século XX (Giddens, 1994). Nas primeiras décadas do século XX, o acto de fumar em público constituía, inclusive, num sentido weberiano, uma prática integrada num estilo de vida associado, por sua vez, a uma forma distintiva de prestígio

social, enquanto manifestação de um status social positivamente privilegiado. Constituía, por isso, uma prática inserida numa manifestação de um estilo de vida mas que, contudo, não era ainda directamente associada a um referencial de saúde. Ainda que nesse tempo e de forma mais ou menos esporádica, alguns sectores da medicina defendessem até as propriedades do fumo como um relaxante (Giddens; 1994; Locker, 1991).

Os primeiros estudos, produzidos na área da medicina, sobre os efeitos nocivos do tabaco e da sua relação com o cancro do pulmão foram produzidos na Alemanha, sob o regime nazi, no final da década de 30, sendo que a consequente difusão deste conhecimento foi submersa na devastação da segunda grande guerra (Cokerham, 2005; Blane, Brunner, Wilkinson, 1996). É somente a partir da década de cinquenta do século XX que determinados comportamentos passam a estar integrados num contexto de preocupações relacionadas com a saúde e com o desenvolvimento de doenças graves (Shapiro, 1983).

No inicio da década de cinquenta, na Grã-Bretanha, o número de mortes por cancro do pulmão ultrapassava já o número de mortes por tuberculose pulmonar (Blane, Brunner e Wilkinson, 1996). Nesse mesmo tempo iniciaram-se um conjunto de investigações exaustivas sobre o efeito do tabaco na saúde dos fumadores (curiosamente tendo como amostra referente aos fumadores os médicos britânicos). Em 1954, a correlação entre fumar e o cancro do pulmão era já claramente aceite na comunidade científica (Blane, Brunner e Wilkinson, 1996). No último quartel do século XX o acto de fumar passa agora e de forma progressiva a ser socialmente conotado de forma negativa. Não é apenas a produção de conhecimento oriunda dos sistemas periciais que originou esta mudança na qualificação sobre o acto de fumar como, simultaneamente, não poderá ser considerado como a única causa que poderá ter impacto na alteração desta prática no sentido da redução ou do abandono do tabagismo por parte dos indivíduos. Segundo Cokerham (2008) as campanhas desenvolvidas nos Estados Unidos, a partir dos anos setenta e que se prolongaram durante mais de 20 anos, no sentido da redução do consumo de tabaco envolveram grandes esforços financeiros tendo sido realizados maioritariamente através de programas educacionais que incluíam informação sobre os malefícios do tabaco. Estas abordagens metodológicas, que segundo Cokerham (2008) e Sweat and Denison (1995) se direcionam sobretudo para um nível individual, ou seja, e segundo um enquadramento teórico de Archer (1995), se direcionam ao nível das propriedades da agência, tiveram resultados muito pouco eficazes no que concerne à alteração dos comportamentos relativamente ao tabagismo. Sendo certo que este tipo de acções encorajaram muitos indivíduos a abandonar o hábito de fumar, só apenas, quando o acto de fumar foi banido de muitos locais públicos é que a prevalência do tabagismo baixou

significativamente (Sweat and Denison; 1995). Esta proibição pública do acto de fumar teve o efeito social de etiquetar os fumadores como párias sociais ou desviantes, como referem Sweat and Denison (1995), numa clara deslocação da metodologia de intervenção para as propriedades localizadas ao nível estrutural que posteriormente produziram efeitos ao nível da agência. As leis anti-tabaco, o isolamento social e o estigma aumentaram significativamente a cessação do tabagismo, muito mais do que os resultados das abordagens mais individualistas (Cockerham, 2005; Sweat and Denison; 1995)

Actualmente, não só a prática de fumar passa a estar claramente associada a um referencial de saúde como o comportamento público outrora considerado como socialmente positivo passa a ser socialmente conotado de forma negativa. Como relembra Bourdieu (2001), determinados conjuntos de práticas podem se apresentar, em determinadas épocas como sinais de distinção e noutras épocas como sinais de vulgaridade<sup>19</sup>.

A alimentação constitui um outro bom exemplo de uma actividade diária que passou a estar inscrita de forma decisiva no conjunto de preocupações relativas à saúde (Cabral, Silva e Mendes, 2002; Blaxter, 1990; Silva, 2009). A alimentação não reflecte somente a satisfação de uma necessidade biológica básica inerente à sobrevivência humana, mas encontra-se igualmente envolta numa relação social complexa que convoca os domínios cultural e simbólico.

No seguimento de muitas das alterações verificadas nos padrões alimentares as questões com a saúde passaram a constituir uma importante dimensão na selecção e confecção dos alimentos. Como relembra Giddens (1994), tal como no caso do tabaco, também alguns sectores da classe médica defendiam, no inicio do século XX, que a carne vermelha, a manteiga e as natas fomentavam corpos saudáveis (Giddens, 1994: 108). Como refere Silva (2009) as práticas alimentares também se entrecruzam com a problemática do risco e da incerteza. Desde a década de vinte do século XX que a terminologia *dieta*, em sentido lato, passou a significar o controlo de peso e a auto-regulação da saúde (Giddens, 1994). No trabalho desenvolvido por Silva (2006, 2009), as pessoas que foram entrevistadas apresentavam de um modo bastante generalizado um sentimento de que a sua alimentação

---

<sup>19</sup> Como adianta Bourdieu (2001) :“Uma prática inicialmente nobre pode ser abandonada pelos nobres, quando é adoptada por uma fracção crescente dos burgueses e dos pequeno-burgueses, ou até das classes populares (foi o caso em França do boxe, praticado com gosto pelos aristocratas de fins do século XIX); inversamente, uma prática de início popular pode a certo momento ser retomada pelos nobres” (2001: 6).

estaria “de acordo com a filosofia das normas nutricionais, no sentido em que fazem uma alimentação variada e equilibrada” (Silva, 2006: 180).

Não foi somente o tabagismo e a alimentação que passou a ser integrada numa perspectiva relativa às preocupações com a saúde, outras dimensões menos evidentes de hábitos, práticas ou representações da vida quotidiana passaram a ser igualmente integradas no domínio da saúde, como deixam antever os trabalhos de Bourdieu (2005) Giddens (1994) e Turner (1992), sobre os regimes corporais e a sua articulação com a saúde.

A saúde é cada vez mais entendida como uma noção multidimensional, como o trabalho de Blaxter (1990) já o demonstrava na década de oitenta e, neste sentido, o significado de saúde recobre mais dimensões do que as clássicas plasmadas na definição da OMS. Outras dimensões foram sendo incorporadas numa noção mais ampla de saúde, nomeadamente as que se encontram relacionadas com a crescente centralidade que o corpo e a beleza desempenham nas sociedades modernas. Insere-se no âmbito da saúde as dimensões relativas à beleza no sentido em que determinados ideais de beleza corporal se encontram associados à ideia de saudável. Esta articulação, que passa a englobar opções quotidianas nos estilos de vida, dá ênfase à importância da forma do corpo na sua beleza e no ideal de um corpo atlético sinónimo de saudável, como o demonstram os trabalhos de Bourdieu (2005) e de Turner (1992). Nas recentes décadas, como referem Bennett *et al* (2009), nas sociedades ocidentais os regimes corporais tornaram-se um aspecto central da vida quotidiana, relacionado com a apresentação do corpo.

Este tipo de regimes sociais, característicos da modernidade, que implicam uma auto-vigilância e monitorização individual, mas também colectiva do corpo, tinham sido já anteriormente analisados e descritos por Elias (1939/1989). Contudo, segundo Turner (1992), a mudança em termos históricos, processa-se agora numa deslocação do cuidado e controlo das manifestações internas do corpo de sentido ascético, como o analisou Elias, para uma crescente ênfase nas manifestações externas do corpo no sentido estético. A corporalidade é deslocada para a expressão de um status de sentido estético numa crescente associação entre a saúde e a beleza emergentes no que Featherstone (1991) define como uma cultura de consumo.

Neste sentido, os estilos de vida relacionados com a saúde, enquanto dimensão ideológica, não têm servido apenas o propósito de promoção de saúde seja de forma mais geral ou de forma mais específica no âmbito da prevenção de determinadas doenças. Os estilos de vida relacionados com a saúde têm-se configurado enquanto marcos de diferenciação de status social. É também neste sentido que Cockerham (2005) faz notar que os estilos de vida relacionados com a saúde, para além de apresentarem características

específicas, não deixam de igualmente apresentar características que são comuns à família teórica mais ampla dos estilos de vida. Numa abordagem tributária do pensamento de Weber Cockerham (2005) sustenta que os estilos de vida relacionados com a saúde têm-se configurado enquanto marcos de diferenciação de status social e de construções identitárias que se encontram ancoradas em regimes e práticas sociais relacionadas com a ideia do saudável. Estas práticas encontram-se imbricadas em formas de consumo que têm sustentado, como referem Bennett *et al* (2009), a expansão de serviços comerciais e de uma indústria ligada ao saudável que englobam uma extensa gama de produtos como o calçado e roupa desportiva, planos de dieta, suplementos vitamínicos, comida saudável, health clubs e spas.

Estas novas configurações sociais de mercado, associadas à saúde, servem não só o propósito de promoção do consumo e do consequente alargamento do mercado, mas que servem, igualmente, o propósito de associar a essas práticas padrões sociais distintivos. Estes padrões, por sua vez, estabelecem e promovem diferenças entre grupos sendo, simultaneamente, padrões que expressam, na linha do que expõe Bourdieu (2002), diferenças socialmente já estruturadas. Ao nível das práticas os estilos de vida relacionados com a saúde, para além de se encontram emersos num sistema de classificações simbólicas, são igualmente objecto de uma classificação hierarquizada. As denominações de saudável ou de risco, enquanto formas de qualificar os estilos de vida na saúde, são reveladores desta dimensão de classificação hierarquizada.

A noção de risco, como refere Giddens (1994), torna-se fundamental para o modo como tanto os actores leigos como os especialistas técnicos organizam o mundo social. Contudo, e como ainda sustenta Giddens (1994): “a preocupação com o risco na vida social moderna não tem nada que ver directamente com a real prevalência de perigos que constituem uma ameaça para a vida. Ao nível do tempo médio de vida do indivíduo, em termos de longevidade, esperança de vida e de grau de afastamento das doenças graves, as pessoas nas sociedades desenvolvidas actuais encontram-se numa situação mais segura do que em épocas anteriores” (Giddens, 1994: 102).

Armstrong (2004) refere que se, por um lado, os sintomas, os sinais e as doenças são localizados no corpo, os factores de risco, por outro lado, apontam para um evento a partir do qual a probabilidade de uma doença pode ser calculada. Neste sentido, o conceito de risco, na medicina abre espaço para um potencial de doença no futuro e os estilos de vida são identificados como precursores de futuras doenças (Armstrong, 2004: 142).

*As conceptualizações dos estilos de vida na articulação entre os níveis da estrutura e da agência*

Na conceptualização sociológica dos estilos de vida na saúde a ênfase é colocada na articulação, como salienta Cockerham (2008) num legado próximo de Weber, entre as *life choices* e as *life chances*. Como refere Silva (2006) “a abordagem sociológica dos estilos de vida que os define como construções de modos de ser e de estar que, individualmente, se decidem no espaço situado entre as posições e as disposições estruturais, explica como os comportamentos não resultam de meras decisões individuais escolhidas em função da informação acessível ao conhecimento, mas são o resultado de opções de racionalidade contextual, modeladas pelas circunstâncias objectivas e pelas disposições subjectivas” (Silva, 2006: 167).

Fronlich, Corin e Potvin (2001) observam, contudo, que o termo estilo de vida largamente adoptado pelos investigadores na promoção da saúde, epidemiologia e saúde pública é mobilizado numa asserção bastante particular e com significados diferentes dos que são expostos na literatura sociológica, nomeadamente dos objectivos que foram traçados por Weber. Como salientam Cabral, Silva e Mendes (2002) um dos problemas que se coloca nos estudos sobre as desigualdades no campo da saúde prende-se com o facto da mobilização da noção de estilos de vida ser implicitamente individualista, como se “os chamados estilos de vida determinassem automaticamente a saúde dos indivíduos, afastando do centro da discussão científica e política a importância dos factores estruturais” (2002: 54). Cockerham (2008) refere que este modelo, localizado apenas ao nível da agência, surgir como demasiado limitado e pouco real porque falha em reconhecer as influências estruturais nas escolhas dos estilos de vida.

Não só no plano mais teórico e institucional situado na discussão das políticas de saúde, mas também no plano situado na acção profissional médica, verifica-se uma clara tendência para a discussão sobre os estilos de vida ser usada apenas por referência ao comportamento individual num clima ideológico que valoriza o papel da responsabilidade individual, negligenciando as características estruturais colectivas (Cabral, Silva e Mendes, 2002; Fronlich *et al*, 2001). O estudo empírico de Hughes e Griffiths (2004), realizado em contexto hospitalar na Inglaterra, demonstra, por um lado, como a concepção dos estilos de vida por parte dos profissionais de medicina serem frequentemente reduzidos à percepção sobre apenas uma prática, frequentemente baseada no tabagismo e, por outro lado, demonstra como esta concepção se encontra fortemente ancorada num modelo individualista e normativo

que é conotada frequentemente com a menor ou a maior *força de vontade* dos indivíduos, com especial incidência quando se trata dos comportamentos referentes ao tabagismo.

O estudo de Hughes e Griffiths (2004) demonstra, também, como estes julgamentos normativos têm consequências reais ao nível dos tratamentos adoptados revelando uma estreita articulação entre a avaliação dos estilos de vida e o plano da gestão e rationamento de gastos nas instituições hospitalares. No caso específico sobre as tomadas de decisão relativas à realização de cirurgias cardíacas, o estudo revela uma tendência, por parte dos profissionais de medicina, em mobilizar o histórico relativo aos estilos de vida dos indivíduos como critério legitimador nas opções relativas aos esquemas terapêuticos e cirúrgicos a adoptar. Nestas situações servem de critério para a limitação de cirurgias cardíacas os estilos de vida que, por exemplo, englobem um historial de tabagismo (Hughes e Griffiths, 2004).

Quando aplicado aos estilos de vida relacionados com a saúde a questão reside, também, em saber se as escolhas e orientações dos comportamentos que as pessoas fazem no que diz respeito à dieta, à prática de exercício ou ao consumo de álcool e tabaco possam ser consideradas apenas como uma matéria de escolha individual ou se, por outro lado, possam ser enquadradas por dimensões estruturais como a classe social ou o género. Cockerham (2005) enfatiza a necessidade de uma articulação entre a agência e estrutura na explicação da génesis dos estilos de vida defendendo uma visão de complementaridade, onde nem a escolha individual nem as limitações estruturais possam ser ignoradas nos estudos sobre comportamentos e estilos de vida relacionados com a saúde. Trata-se, no fundo, de um conjunto de questões que, apesar de se localizarem num domínio mais específico da sociologia da saúde, acompanham uma tendência sociológica mais geral que procura desenvolver quadros conceptuais que coloquem, como refere Costa (1999): “em foco da atenção analítica questões como as da articulação entre sistemas e actores, entre estruturas e práticas, entre a realidade das condições sociais de existência e a construção social da realidade, entre reprodução social e produção da sociedade” (1999: 483).

Seguindo uma tradição sociológica que localiza os estilos de vida nos domínios da estratificação e das classes sociais entende-se, como sustenta Almeida (1981), que o conceito de classe funcione como um instrumento teórico de mediação entre o conjunto das estruturas sociais e um conjunto de práticas socialmente significativas (1981: 361). Neste sentido, a integração das conceptualizações referentes às classes sociais nos estudos sobre os estilos de vida relacionados com a saúde permitem situar esta problemática num modelo que articula os níveis da agência e da estrutura.

Bennett *et al* (2009) referem que os diferentes *status* de saúde constituem provavelmente o indicador de classe mais duradouro (2009: 153). Segundo Branckaerts e Peeters (1994) e Cockerham (2008), as investigações realizados no domínio da sociologia da saúde, que articulam as classes sociais e os estilos de vida, confirmam de uma maneira geral que as pessoas localizadas nas classes mais altas fumam menos, consomem menos bebidas alcoólicas, têm melhores práticas alimentares e praticam mais exercício físico.

Não só ao nível das práticas mas igualmente ao nível dos valores e representações, os significados atribuídos ao tabagismo, álcool ou, por exemplo, ao consumo de carne assumem de acordo com as classes sociais, o género ou a idade diferentes conotações sociais e diferentes interpretações em termos de benefício ou de risco para a saúde, como o demonstram trabalhos tão diversos como os de Bourdieu (2005), Douglas (1984), Blaxter (1990) ou Silva (2008).

Como o demonstrou Bourdieu (2005), a formação do paladar e do gosto, no domínio das preferências alimentares, não poderá ser considerado de forma independente de outras dimensões na relação com o mundo social. Nas classes operárias faz parte de uma certa ideia de masculinidade o comer e o comer bem. E aqui, o *comer bem*, significa quantidade e ênfase nas dimensões representativas do que são os alimentos mais *pesados* e mais *fortes* cujo modelo é a carne de porco gorda e salgada (Bourdieu, 2005: 196).

Com efeito, e como defende Cockerham (2005), a mobilização de um paradigma individualista para a análise e compreensão dos estilos de vida é demasiado limitado, e mesmo pouco real, porque falha em reconhecer as influências estruturais nas escolhas dos estilos de vida na saúde. Apesar de os indivíduos fazerem escolhas relativas aos estilos de vida na saúde, as condições em que são efectuadas estas escolhas e a influência agregada resultante das propriedades colectivas e estruturais necessitam obrigatoriamente de ser incluídas no modo com se analisam e interpretam estas mesmas escolhas. É neste sentido que se define os estilos de vida na saúde como padrões colectivos de práticas, enquanto construções de modos de ser e de estar, tendo como referencial relativo a saúde, que se encontram baseados em escolhas individuais inseridas num campo de opções disponíveis aos indivíduos, de acordo com as oportunidades de vida e que, simultaneamente, necessitam de serem situadas numa contextualização histórica e social.

## **CAPÍTULO 4**

### **POLÍTICAS DE SAÚDE EM PORTUGAL**

O presente capítulo centra-se em particular num domínio analítico relativo às políticas de saúde situadas a nível nacional durante o século XX. Neste domínio analítico, relacionado com um contexto sócio-histórico mais alargado, importa considerar as propriedades sociais que se situam em níveis analíticos estruturais e sistémicos mais elevados. Contextos estruturais que permitem uma análise diacrónica associada às diferentes concepções do discurso político e ideológico que transparecem, em particular, nos sistemas de regras formais.

Como analisam Burns e Flam (2000), a principal forma institucional de organização e imposição de regras sociais ocorre através da organização formal, em que a legislação constitui um exemplo central. A legislação traduz um processo de concepção de regras e de sistemas de regras sociais mais visível e mais formal. “Na administração pública e na esfera política, as regras formais são aquelas que têm uma natureza legal ou pública” (Burns e Flam, 2000: 223). Como refere Ferreira (2007) a legislação é primacial e, em grande medida, constitui-se como um enunciado de referência para a generalidade dos agentes do espaço social da saúde. Sendo certo que a amplitude do alcance da legislação não se restringe apenas aos aspectos formais é através dela que se regulam relações de poder entre os diversos agentes que intervêm no campo da saúde.

Segundo um posicionamento tributário das análises de Ferreira (2007) considera-se também que a posição estruturante da legislação processa-se, por um lado, a partir de um nível correspondente às medidas legislativas de grande alcance como as reformas, as leis de base das políticas de saúde ou os enquadramentos normativos do campo médico e da prática médica, por outro lado, processa-se ao nível da organização da formação dos profissionais de saúde, que inclui os planos de estudos dos cursos, estatutos das associações profissionais e respectivas carreiras profissionais.

Na concepção de regras, como salientam Burns e Flam (2000), encontram-se envolvidos tanto os processos formais mais visíveis como os informais de maior dificuldade na sua apreensão. É por isso central a análise dos contextos de acção concretos, onde se

aplicam estes complexos sistemas de regras, que envolvem as condições sociais específicas e historicamente situadas, bem como, a configuração dos actores e dos grupos sociais envolvidos.

#### **4.1 Do Início do Século XX até à Revolução de 74**

Uma importante reforma de saúde em Portugal teve lugar na transição para o século XX, tendo ficado conhecida pela *Reforma de Ricardo Jorge*, que na época denunciava o atraso nacional face ao panorama sanitário dos países mais desenvolvidos (Ferreira, 1990). O nome deste médico fica desde então ligado ao impulso fundador e modernizador da saúde pública portuguesa. É desta fase, em 1911 no inicio da I República, que são criadas a Direcção-Geral de Saúde e a Direcção-Geral de Assistência (Ferreira, 1990: 337-338).

O impulso reformador, já com um cunho relevante de orientação internacional, mantém-se com a publicação do Decreto-lei n.º 12 477 de 12 de Outubro de 1926 que estabelece o objectivo de uma nova *Reorganização Geral dos Serviços de Saúde Pública* tendo por base um novo direito internacional prosseguido na Europa, “das gentes independentes da ordem política e colectiva que designava por solidariedade higiénica internacional” (Lopes, 1987: 100).

Com a Constituição Corporativa de 1933 sedimenta-se a doutrina ideológica de uma nova ordem social e de um novo modelo de Estado: o *Estado Novo*. Importa referir que a saúde, neste período, encontrava-se englobada na noção de *Assistência* não existindo ainda um ministério da saúde, sendo que os principais diplomas legais que reflectiam as políticas de saúde encontravam-se, na altura, sob a tutela do Ministério do Interior.

O discurso legislativo do Estado Novo, no domínio da saúde, acentua o carácter paternalista e de assistência caritativa evidenciando, contudo, um modelo de Estado com funções meramente supletivas, que se encontra distante de qualquer estratégia de política social. Como salienta Carapinheiro e Page (2001), este modelo de Estado apresenta uma concepção de política *ad hoc* de alcance social limitado, mais vocacionado para acudir às consequências gritantes dos problemas sociais do que à sua prevenção (2001: 86).

A década de 30 fica marcada pela elaboração da lei da “Previdência Social” (Lei n.º 1:884 de 16 de Março de 1935). Este texto legislativo não pretendeu estabelecer um sistema organizado e oficial de serviços de prestação de cuidados de saúde, mas somente reconhecer a existência legal das instituições de previdência. A “Previdência Social”, segundo o Decreto-

lei n.º 28:321 de 27 de Dezembro de 1937, destina-se a proteger o trabalhador contra os riscos de doença, invalidez, velhice e morte. A organização e o financiamento da previdência ficavam entregues à iniciativa de instituições particulares, que à época se encontravam sob a tutela organizativa dos grémios patronais e dos então denominados sindicatos nacionais. Este tipo de sistema seguia claramente uma concepção do tipo bismarquiana.

Na década de 40 assiste-se a uma crescente profusão de diplomas legais que reflecte a crescente preocupação, por parte do Estado, em legislar sobre os domínios da *Assistência Social*, deixando com menor regulamentação o domínio da *Previdência Social*, este mais associado à iniciativa privada.

O domínio da *Assistência Social* fica ligado na sua génesis ao domínio da saúde pública que, na época, ainda era designado pelo nome de medicina social. De acordo com Page (1998:76), o primeiro texto legislativo que importa referir no domínio da *Assistência Social* foi promulgado em 1941 (Decreto-lei n.º 31:345 de 27 de Junho)<sup>20</sup> que estabeleceu os princípios basilares deste domínio. Assim, ficou estabelecido neste decreto que ao Estado e aos organismos oficiais de assistência social competiam “uma acção de inspecção e superintendência técnica e uma função orientadora, fomentadora e supletiva da assistência”, sendo que, no entanto, fica claro que “incumbe primordialmente à família e às instituições particulares” a acção assistencial (Decreto-lei n.º 31:345 de 27/06/1941). Ao longo do restante diploma reafirma-se a função supletiva do Estado e são expostos os argumentos de “um país pobre em recursos”, que nos vários ramos de assistência deverá procurar a solução prática para a resolução dos problemas “na modéstia das instalações” e no “fomento das iniciativas particulares” (Decreto-lei n.º 31:345 de 27/06/1941).

Neste mesmo ano de 1941, o Decreto-lei n.º 31:666 de 22 de Novembro de 1941, estabelece que o domínio da Assistência Social passe a incluir tanto as actividades dos serviços públicos como as actividades benéficas de cariz privado. Fica expresso neste decreto que “sendo a doutrina constitucional portuguesa contrária à conversão da assistência em serviços do Estado, a tendência das reorganizações e reformas deverá ser no sentido de valorizar a assistência privada” (Decreto-lei n.º 31:666 de 22/11/1941). Contudo, em associação a este carácter supletivo, o Estado passa a aliar uma dimensão mais intervintiva e fiscalizadora. É associado ao então domínio da *Medicina Social* a incorporação de uma

<sup>20</sup> Curiosamente é um texto legislativo que se constitui como um importante marco nas grandes reformas da psiquiatria portuguesa. É através deste diploma que é autorizada a instalação em Lisboa do Hospital Júlio de Matos, como instituição hospitalar psiquiátrica moderna, destinada ao tratamento e profilaxia de doenças mentais.

vertente de vigilância de cariz mais policial. Esta associação é legitimada no plano social como um “elemento imprescindível de uma assistência equitativa e socialmente eficaz” (Decreto-lei n.º 31:666 de 22/11/1941). Para a persecução deste objectivo são então criados os *Centros de Inquérito Assistencial* que tinham como objectivo a formação de recursos humanos, sob a designação de “visitadoras sociais”, que deveriam realizar inquéritos domiciliários a nível nacional com o objectivo de avaliar as “as condições económicas, sociais e morais das famílias” (Decreto-lei n.º 31:666 de 22/11/1941).

Este inquérito de saúde iria assumir uma gradual preponderância, nos futuros diplomas legais da restante década de 40, denunciando uma vertente interventora do Estado, de carácter mais policial com propósitos de assegurar a manutenção da designada *ordem moral*. Assim, o inquérito incorpora o objectivo claro de encabeçar uma perseguição aos falsos mendigos ou falsos pobres, fazendo notar que é “abusivo fazer-se passar por pobre” (Decreto-lei n.º 32:651 de 1 de Janeiro de 1943) e em especial nos grandes centros urbanos, onde é imperioso distinguir e apurar a verdadeira mendicidade e, por isso, “há que evitar por todos os meios a exploração por parte de falsos mendigos e pseudo-necessitados” (Decreto-lei n.º 35:108 de 7 de Novembro de 1945).

Ainda no domínio da Assistência Social, o Decreto-lei n.º 32:171 de 29 de Julho de 1942 estabelece no artigo 4º, que no exercício da profissão médica “devem os médicos cooperar com os serviços sanitários para a defesa da Saúde Pública”. Para a concretização desse objectivo ficam definidas as várias competências médicas que incluíam: a estipulação do prazo de 48 horas para a participação às autoridades sanitárias das doenças contagiosas de declaração obrigatória; a verificação e certificação gratuita dos óbitos; a cooperação com as autoridades sanitárias em caso de epidemia ou a cooperação com as autoridades na execução de medidas destinadas a reprimir o abuso de estupefacentes. Mantém-se, contudo, a função supletiva do Estado associada ainda ao mesmo tom de assistência e de beneficência caritativa. Esta doutrina política fica claramente expressa no Decreto-lei n.º 32:255 de 12 de Setembro de 1942, que consagra que “a obrigação de prestar assistência é ao mesmo tempo dever cívico ou de justiça social e preceito religioso de caridade”.

A partir de 1944 assiste-se a uma ligeira mudança nos textos legislativos que indiciam um abandono gradual da função supletiva do Estado. Com a Lei de Bases de 1944 (Lei nº1:998 de 15 de Maio de 1944) é publicado o “Estatuto de Assistência Social”. A terminologia ligada à função supletiva do Estado ainda persiste sendo que, nas palavras de Page (1998), “pela primeira vez foi prevista a excepção à regra – a questão da Sanidade Geral,

surgia como algo que passaria a fazer parte da responsabilidade do Estado e que não poderia ser alienado” (1998: 91).

O Decreto-lei n.º 35:108 de 7 de Novembro de 1945, que deriva da anterior Lei n.º 1:998, reconhece por um lado a complexidade e a delicadeza dos problemas da Assistência Social e, por outro, apresenta uma tentativa de reorganização e coordenação de todos os serviços da Assistência Social na criação de um Conselho Superior de Higiene e Segurança. No que concerne à Saúde Pública, este decreto estabeleceu boa parte de toda a estrutura dos serviços, “que se iriam manter intactos, na sua essência, até ao presente” (Page, 1998: 100). Um diploma que reconhece a prioridade das actividades preventivas às curativas, explicitando que “é socialmente mais eficiente e economicamente mais útil prevenir os males do que vir a procura-lhes remédio” (Decreto-lei n.º 35:108 de 7/11/1945). Por outro lado, apresenta uma tipologia assente em três tipos de assistência social: a paliativa e curativa, a preventiva e a construtiva. Como refere Carapinheiro (2006) noções que perduram até hoje na Saúde Pública e que “iriam ser a base das perspectivas “curativa”, “preventiva” e de “promoção” de toda a política de saúde futura” (2006: 141).

No ano de 1946 é promulgada a lei que estabelece as bases da “Organização Hospitalar” (Lei n. 2.011 de 2 de Abril de 1946) que define uma regionalização e uma hierarquização dos diferentes tipos de instituições hospitalares. Deste modo, o país fica organizado e dividido em zonas, regiões e sub-regiões. As zonas são em número de três e as suas sedes localizam-se em Lisboa, Porto e Coimbra, onde ficam instalados os *hospitais centrais*. As regiões correspondem aos distritos onde ficam instalados os *hospitais regionais* e, finalmente, as sub-regiões correspondem a um ou mais concelhos onde se estabelecem os *hospitais sub-regionais*. São definidas as diferentes competências e fornecidas as fórmulas para o cálculo do número de camas para cada tipo de hospital. A Base XIX desta Lei n.º 2.011 define que compete ao Estado os encargos com a assistência hospitalar nos estabelecimentos públicos, podendo no entanto serem custeados em regime de cooperação nos estabelecimentos pertencentes a outras entidades. Fica ainda definido que as obras de construção dos edifícios hospitalares da iniciativa das Misericórdias ou de outras entidades de assistência ou de beneficência poderão beneficiar da participação do Estado até 75% do seu custo total (Lei n. 2.011 de 2/04/1946).

No plano internacional, a Inglaterra destaque-se pelo desenvolvimento do *Plano Beveridge*, que iria originar a criação do *National Health Service* tendo sido aprovado pelo parlamento Britânico em 1944. O fim da segunda guerra mundial constituiu um importante

marco quer ao nível dos contextos sociopolíticos mais globais, quer ao nível das políticas de saúde que passaram a estar implicadas nos planos das relações internacionais e transnacionais.

A partir da segunda metade da década de 40, e durante a década de 50, as políticas de saúde nacionais foram particularmente marcadas por orientações internacionais e pelo reajustamento de Portugal face à nova realidade que emerge da segunda guerra mundial.<sup>21</sup> Entrou-se na fase da criação e da constituição de organizações internacionais e supranacionais de que se destacam a criação da Organização das Nações Unidas (ONU) e da OMS (Page; 1998: 102).

A adesão de Portugal à OMS ocorre logo quando esta foi fundada em Nova Iorque a 22 de Julho de 1946. Ficaram célebres, desde então, as definições de saúde e as orientações políticas patentes na constituição de 1946 da OMS. Como referem Carapinheiro e Page (2001) “a OMS constituiu-se como uma entidade transnacional que acumulou o monopólio da produção das noções, dos conceitos e dos discursos utilizados nas legislações de saúde de grande parte dos países do mundo” (Carapinheiro e Page, 2001: 91). No plano nacional os diferentes textos legislativos relativos à saúde passaram a incorporar de forma recorrente orientações e léxicos oriundos da OMS.

Um dos textos legislativos que melhor ilustram esta situação encontra-se condensado na Lei n.º 2:036 de 9 de Agosto de 1949. Uma Lei que expressa a preocupação com as doenças contagiosas, que se constituem como um perigo colectivo, e onde se confere uma particular importância às doenças venéreas contraídas através das práticas da prostituição. Lei que reforça os poderes da Direcção-Geral de Saúde perspectivada como “uma espécie de interface entre o governo e a população, podendo se socorrer das forças policias para o exercício das medidas profiláticas face às doenças contagiosas”(Page, 1998: 110).

Page (1998) resume uma série de portarias regulamentares que durante toda a década de 50 foram promulgadas e que são decorrentes desta Lei n.º 2:036 que, por sua vez, plasmam as orientações da OMS como, por exemplo, o estabelecimento de uma nova tabela das doenças contagiosas de declaração obrigatória; a definição dos meios de luta contra a tuberculose; a definição de nomenclaturas relativamente às estatísticas de mortalidade geral e

---

<sup>21</sup> Contudo, importa referir que, já anteriormente, Portugal não se encontrava alheado das convenções internacionais. Portugal assinou a Carta de Confirmação da Convenção Sanitária Internacional em 1942. Convenção que foi integralmente publicada em Portugal a 19 de Agosto de 1942, após ter sido assinada em Paris em 1912, sendo depois confirmada e ratificada também em Paris em 1926 (Carapinheiro e Page, 2001: 88)

de morbilidade e a uniformização das estatísticas de doença e causas de morte (Page, 1998: 114).

Em 1958 é criado o “Ministério da Saúde e Assistência” segundo o Decreto-lei nº 41:825 de 13 de Agosto de 1958. A criação de um ministério relacionado com a saúde, em finais da década de cinquenta, não deixa contudo de se fazer sentir como se tratando de uma criação relativamente tardia de uma estrutura estatal numa área tão central na sociedade como é a da saúde. Contudo, este fenómeno é igualmente constatado em outros países. Fassin (1996) refere que esta situação é na verdade paradoxal se se atender que desde o século XIX que se assiste nas sociedades ocidentais ao desenvolvimento de administrações nacionais, com a implantação de organizações estatais de saúde pública. Este fenómeno relativamente tardio na criação de ministérios de saúde é igualmente assinalado por Fassin (1996) nas sociedades ocidentais que em Inglaterra data de 1919, o *Ministry of Health Act*, em França, data de 1920, com a designação de ministério de *l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance Sociale* e, em 1953, nos Estados Unidos, o *Department of Health, Education and Welfare* (1996: 273).

Em Portugal, associado à criação deste ministério, estava subjacente, como destaca Carapinheiro (2006), “a ideia de individualização de medidas políticas, de integração de serviços dispersos e de uma política unitária de saúde” (2006: 143). Consequentemente, assiste-se à deslocação dos serviços da “Saúde Pública” e dos serviços da “Assistência Pública” da tutela do “Ministério do Interior” para o recém-criado “Ministério da Saúde e Assistência”. Contudo, e apesar da filosofia de integração de serviços, os “Serviços da Previdência” continuaram de fora da esfera de acção deste novo ministério. Estas organizações relacionadas com a Previdência acabavam por se manter pouco alteradas desde a década de trinta, continuando a ser organizadas e financiadas pelos grémios patronais e sindicatos nacionais.

Os textos legislativos, aqui analisados, parecem indicar uma importante centralidade da Saúde Pública e dos cuidados preventivos no sistema de saúde português. Contudo, verifica-se, como refere Page (1998), “a tendência para que os textos legais se fossem anulando a si próprios, em circuito fechado”. A mesma autora ilustra este facto através da apreciação que o legislador elabora sobre o alcance limitado da legislação sobre a centralidade da Saúde Pública referindo que: “as delegações existentes à época não desempenharam eficazmente a missão que lhes cometia [...] os delegados de saúde ganhavam pouco e por isso recorriam à clínica particular [...] descuravam a acção profilática e a execução de medidas de

higiene e salubridade reclamadas pela necessidade de defesa da saúde pública” (Page, 1998: 97).

O final da década de 50 e a década de 60 ficam marcados pelo reforço do hospital como peça central no sistema de saúde português. São construídos e inaugurados os maiores hospitais portugueses como o Hospital de São João no Porto e o Hospital de Santa Maria em Lisboa. Como refere Carapinheiro (1998), estas novas instituições hospitalares corporizavam “a concepção hospitalocentrica como concepção dominante do sistema de prestação de cuidados. Nesta concepção o hospital era encarado como centro de saúde, centro de serviço social, centro de ensino e centro de investigação, com funções preventivas, curativas e recuperadoras” (1998: 32). Em 1961 é criada a Direcção Geral dos Hospitais (Decreto-lei n. 43853 de 10/08/1961). O hospitalocentrismo sai reforçado pelo acumular do desinteresse dos profissionais de medicina no domínio de acção da Saúde Pública. Guerra e Tomé (1964), citados em Page (1998), num artigo publicado em 1964 relativamente à Saúde Pública, referem que “a medicina sanitária não criou raízes nem faz parte das aspirações dos médicos. Afigura-lhes que a medicina sanitária é uma forma semi-burocrática da profissão, ocupada em elaborar estatísticas, mapas e ofícios, com funções de policiamento de permeio” (Page, 1998: 122). Para demonstrar a pouca atracção que os médicos tinham por estes serviços invocava-se a “vastidão das tarefas atribuídas aos subdelegados de saúde, que acumulavam ainda o facto de, por inerência, serem médicos municipais, o que os sobrecreregava de tal forma que lhes restava muito pouco tempo para a clínica privada, que necessitavam de exercer para compensar a insuficiente remuneração oficial de que usufruíam” (Page, 1998: 123).

Em 1965 é estabelecido um acordo para o pagamento, por parte da Previdência, dos encargos com a hospitalização dos seus beneficiários e familiares. Este acordo teve como consequência o aumento substancial das receitas hospitalares e o desenvolvimento e especialização dos serviços, dando inicio ao desenvolvimento das carreiras médicas hospitalares (Campos e Mantas, 1982: 87). Em 1968 é promulgado o “Estatuto Hospitalar e Regulamento Geral dos Hospitais” (Decreto-lei n.º 48:357 de 27 de Abril de 1968) orientado para a organização hospitalar e para a definição das carreiras profissionais hospitalares. Contudo, “este importante diploma pecava por ter um âmbito sectorial e não estabelecer as relações obrigatórias com os outros sectores” (Ferreira, 1990: 342). Este diploma legal acabaria por patentejar o fracasso da articulação e integração com as restantes estruturas e serviços de saúde.

Relativamente ao investimento público na área das políticas sociais o Estado português mantinha-se ainda longe dos padrões europeus. Em 1960, o total da despesa

pública<sup>22</sup> em Portugal, representava apenas 17% do PIB, enquanto que as médias dos países da OCDE rondavam os 26 % e os da CEE representavam 31% do PIB (Costa, 1986: 22). Para o mesmo ano de 1960 e relativamente agora ao peso da despesa social pública<sup>23</sup>, este representava apenas 6% do PIB, enquanto era de 13% na OCDE e de 15% na CEE (Costa, 1986:37). O peso da despesa em saúde relativamente ao total da despesa pública representava um peso muito fraco na primeira metade dos anos 60, à volta dos 5%, tendo apresentando um ligeiro crescimento a partir de 1965 e que estaciona à volta de 11,3% a partir de 1973 (Costa, 1986: 53). Apesar do fraco investimento por parte do Estado, os anos 60 e o início da década de 70 ficam marcados pela vontade política de racionalizar os gastos com a saúde bem como o de racionalizar estruturas e serviços de saúde. É criado em 1970 o “Gabinete de Planeamento do Ministério da Saúde e Assistência (Decreto n.º 397/70 de 20 de Agosto de 1970). Na organização hospitalar pretendeu-se igualmente a racionalização da gestão através da aplicação de regras empresariais de administração. Afirmou-se, deste modo, a importância de administradores não médicos na gestão dos hospitais centrais. Nas seguintes décadas, a profissionalização e a institucionalização de uma carreira autónoma de gestores profissionais hospitalares será motivo gerador de permanentes conflitos entre o corpo médico e o corpo administrativo (Carapinheiro, 1998: 136).

Apesar da criação do Ministério da Saúde e da Assistência o sistema de saúde carecia de uma coordenação sólida a nível central. Como analisa Ferreira (1990), o Estado ao não assumir uma responsabilidade central dos cuidados de saúde permitiu a criação de um sistema de saúde constituído por um grande número de subsistemas, relativamente autónomos e independentes, marcados por vezes pela rivalidade que originava duplicações de competências e dificuldades de racionalização dos orçamentos.

### *Reforma da Saúde de 1971*

Em 1971 surge uma importante reforma, reconhecida como um decisivo marco histórico no desenvolvimento das políticas de saúde, e que ficaria conhecida como a reforma de 1971

---

<sup>22</sup> “Despesa pública” definida pela despesa total do sector público administrativo, que é constituída pelo conjunto da administração central (Estado, serviços autónomos e fundos autónomos) e da administração local (autarquias e segurança social) (Costa, 1986: 11).

<sup>23</sup> “Despesa social pública” definida como a despesa pública directa em educação, serviços de saúde, pensões, subsidio de desemprego e outros programas de manutenção de rendimentos e serviços de acção social (Costa, 1986:37).

(Decreto-lei n.º 413/71 de 27 de Setembro). A reforma de 1971 estabelece uma reorganização dos diversos serviços centrais, regionais, distritais e locais do Ministério da Saúde e Assistência, numa política de saúde que se pretendia agora unitária, sob a orientação e superintendência deste ministério. Um dos corolários deste diploma explicita que “a reconversão da orgânica actual, de acentuadas características individualistas, deve conduzir a uma estrutura de serviços subordinados a uma política unitária de saúde e de assistência” (Decreto-lei n.º 413/71 de 27/09/1971).

Reconhece-se então, pela primeira vez, a universalidade do direito à saúde que “tem como únicos limites os que em cada instante, lhe são impostos pelos recursos financeiros, humanos e técnicos” (Decreto-lei n.º 413/71 de 27/09/1971). O diploma reforça a prioridade da promoção da saúde e da prevenção da doença sobre a cura e reconhece que “os serviços de prevenção da doença e promoção da saúde” não ocupam ainda a posição central que “lhes compete no conjunto dos serviços de saúde”, sendo indispensável que se atenda “à instante necessidade de intensificação e desenvolvimentos das actividades de saúde pública” (Decreto-lei n.º 413/71 de 27/09/1971). São definidos e criados, a nível legislativo, os “Centros de Saúde” que passariam a integrar as antigas estruturas e serviços de saúde que vinham sendo criadas desde a década de 40. Estes “Centros de Saúde” eram perspectivados, por um lado, como serviços oficiais do ministério, responsáveis pela integração e coordenação das actividades de saúde e assistência e, por outro, como serviços que passariam igualmente a prestar cuidados médicos base, de natureza não especializada, ficando a cargo dos hospitais os cuidados médicos diferenciados. É prevista uma implementação alargada dos centros de saúde ao nível do distrito e do concelho, através da criação de “Postos de Saúde” ao nível das freguesias. Através desta reforma, a Direcção Geral dos Hospitais fica com as competências confinadas aos hospitais centrais e regionais, sendo que estes últimos passam a ser denominados de “Hospitais Distritais”. Fica prevista a instalação dos centros de saúde nos antigos hospitais sub-regionais, agora denominados de *hospitais concelhios*. Deste modo, a Direcção-Geral dos Hospitais fica desembaraçada dos hospitais de pequena escala, os concelhios, e também dos serviços de saúde mental. Nas palavras de Ferreira (1990) “a libertação destes serviços iria permitir à Direcção-Geral dos Hospitais concentrar-se na remodelação dos Hospitais Centrais e Distritais, de modo a organizá-los, a fim de poderem desempenhar as funções de tratamento médico diferenciado e de centro de apoio aos outros serviços, e de cultura e aperfeiçoamento profissional dos trabalhadores de saúde” (Ferreira, 1990: 346).

Finalmente, este mesmo Decreto-lei n.º 413/71 cria, ao nível da estrutura dos serviços, três importantes órgãos centrais; o “Instituto Nacional de Saúde” com funções de ensino e de investigação, sendo no ano seguinte acoplado à recem criada Escola Nacional de Saúde Pública; o Gabinete de Estudos e Planeamento com funções de planeamento e de avaliação dos serviços; e a Secretaria-Geral com funções de orientação, coordenação e de apoio logístico e administrativo. Esta importante reforma encontrou grandes dificuldades na sua concretização prática, pois faltavam medidas que previssem o apetrechamento de toda esta rede de centros de saúde com recursos financeiros e humanos, que continuavam a ser escassos (Ferreira 1990; Page, 1994). Os hospitais mantinham-se como um pólo de maior atracção para os profissionais de medicina, numa tendência de crescimento que se manteve até a actualidade.

Em 1973 é criado, finalmente, o Ministério da Saúde, com a consequente separação das actividades de saúde das actividades de assistência. Estas últimas passam a estar integradas no Ministério das Corporações e Segurança Social. Esta clarificação significou que o Estado passou a considerar a saúde e a segurança social como dois domínios autónomos (Carapinheiro e Pinto, 1987: 74).

Até às vésperas da Revolução de 1974 verifica-se, de forma clara, a coexistência de dois sistemas de saúde que iriam ter repercussões nas décadas seguintes: o sistema da Assistência Social e o sistema da Previdência Social. Estes dois sistemas deveriam funcionar de forma complementar mas que, contudo, na realidade se sobreponham originando, por vezes, conflitos de interesses e indefinição de competências. A reforma de 1971 ainda não consegue a integração dos Serviços da Previdência no Ministério da Saúde.

### *Os sistemas da Assistência Social e da Previdência*

O subsistema da Assistência Social foi-se desenvolvendo com o apoio dos poderes e financiamentos públicos através das instituições do serviço público. Um sistema vocacionado para a defesa da saúde pública e dos cuidados de saúde primários e mais orientado para as famílias. Era, contudo, um sistema que abrangia uma população de menores recursos que acorria aos serviços oficiais ou de benemerência (Campos *et al.*, 1981: 69).

Como já referido, a Assistência Social incluía não só os serviços públicos mas também as instituições de beneficência privadas, protagonizadas em especial por instituições religiosas, de onde se destacavam as Misericórdias. Contudo, as Misericórdias, enquanto instituições privadas, na sua grande maioria não dispunham de rendimentos próprios e tinham

que frequentemente ser subsidiadas pelo Estado (Ferreira, 1990: 343). Esta relação pouco clara entre as instituições de beneficência e as instituições de serviço público e a indefinição das fronteiras entre os dois sectores revelava uma sobreposição entre o público e o privado, que se configurava já na altura com traços de promiscuidade que iriam persistir, segundo outras modalidades, até ao presente (Carapinheiro e Page 2001: 86-88).

O subsistema denominado de Previdência aproxima-se de um modelo de sistema de saúde de tipo bismarquiano que, por sua vez, é baseado num sistema de seguros que se foi desenvolvendo e se alicerçando através da iniciativa privada e cuja orientação se aproximava mais do modelo curativo biomédico de cariz individual. Na prática, os serviços da Previdência disponibilizavam cuidados de saúde através dos “postos” e “caixas dos serviços médico-sociais” pertencentes à Federação das Caixas de Previdência. Segundo Carapinheiro e Pinto (1987), tratava-se de uma estrutura que se regia pela concepção corporativa da harmonia de interesses entre o trabalho e o capital, fundamento ideológico do Estado Novo (1987: 75).

O subsistema da Previdência apenas abrangia a população que se encontrava sob um regime contributivo. Assim, os serviços médico-sociais eram sustentados maioritariamente pelas contribuições oriundas das entidades patronais e dos descontos nos salários dos trabalhadores por conta de outrem. Como consequência destes recursos financeiros estes serviços foram crescendo a um ritmo rápido e de forma autónoma ignorando completamente os serviços do Estado. Paralelamente, este sistema acabou por originar uma desigual formação de serviços que se encontravam dispersos e que eram sobretudo determinados pelas diferenciadas possibilidades económicas e materiais associadas às categorias profissionais e grupos económicos envolvidos. Como refere Ferreira (1990) as regalias que usufruíam os beneficiários deste sistema promoveram de “uma maneira chocante as desigualdades sociais” (1990: 341). A coordenação destes serviços encontrava-se dispersa por outros sectores ministeriais de que se destaca o então Ministério das Corporações e Previdência Social.

O sistema baseado na Previdência além de financiador era também prestador de cuidados. Os serviços médico-sociais encontravam-se implementados numa rede nacional que foi crescendo até cobrir grande parte do território nacional. A acção destes serviços incluía, por um lado, as consultas médicas, as visitas domiciliárias e o fornecimento de medicamentos e, por outro, através de acordos com os hospitais, estes serviços contemplavam também internamentos hospitalares, realização de exames auxiliares de diagnóstico e a realização de intervenções cirúrgicas. Os preços que resultavam deste usufruto dos serviços hospitalares eram fixados em tabelas, que de maneira geral se situavam abaixo dos custos reais, cobrindo o Estado os défices à posteriori (Campos *et al*, 1981: 69).

Apesar do desenvolvimento e da expansão das estruturas e instalações hospitalares, o acesso e a utilização dos cuidados hospitalares era ainda bastante discriminatório pois o financiamento dos internamentos dependia em grande parte dos acordos com a Previdência. Estes acordos originavam frequentemente conflitos de interesse, sobre os financiamentos a efectuar pelas despesas de internamento hospitalar, onde “os intervenientes pareciam mais representantes de países estrangeiros do que cidadãos do mesmo país” (Ferreira, 1990: 342). Por outro lado, os utentes contribuíam também directamente para as despesas hospitalares. Em 1968, nos hospitais centrais os utentes contribuíam directamente com cerca de 6% das receitas e nos hospitais distritais com cerca de 15% (Campos, 1986: 606).

#### **4.2 Da Revolução de 74 até ao final do século XX**

As dificuldades crescentes do Estado em suportar as despesas públicas, sobretudo devido ao peso das despesas da guerra em África e do choque petrolífero de 1973, tiveram como consequência uma diminuição real dos salários, a subida da taxa de inflação e o agravamento das desigualdades sociais (Ferreira, 1994: 17).

A revolução ocorrida a 25 de Abril de 1974 e o período seguinte à revolução é marcado por um processo complexo e convulsivo de mudança social, de que se destacam os processos de descolonização, de democratização e da institucionalização das liberdades de associação (Ferreira, 1994). É criado um órgão de soberania com funções de gestão central denominado de “Junta de Salvação Nacional”<sup>24</sup> que promulga, um mês após a Revolução, o Decreto-lei n.º 203/74 de 15 de Maio de 1974 que, no domínio da política social, pretende lançar “as bases para a criação de um serviço nacional de saúde ao qual tenham acesso todos os cidadãos” (Decreto-lei n.º 203/74 de 15/05/1974). Assiste-se, contudo, a uma remodelação dos diversos ministérios e, como consequência, o Ministério da Saúde fica inoperante sendo substituído ainda em 1974 por uma Secretaria de Estado da Saúde que fica sob a tutela do Ministério dos Assuntos Sociais.

O desencadeamento do acto que derrubou a ditadura provocou na sociedade portuguesa uma série de ondas de choque que movimentaram multidões em busca de novas formas de organização social, económica e política. (Ferreira, 1994: 105). Proliferaram as

---

<sup>24</sup> Um dos seus primeiros actos legislativos, de cariz bastante simbólico, (Decreto-lei n.º 175/74), foi a instituição como feriado nacional obrigatório o 1º de Maio como o “Dia Mundial do Trabalhador”.

associações políticas e a criação de partidos que, em Novembro de 1974, atingem um número próximo das cinco dezenas<sup>25</sup>.

A ruptura política e social resultante da Revolução de 1974, segundo Mozzicafredo (2002), permitiu a consolidação do Estado de direito em Portugal. Em Dezembro de 1974 inicia-se o processo de recenseamento dos eleitores e um ano após a Revolução, a 25 de Abril de 1975, decorrem as primeiras eleições para a *Assembleia Constituinte*. Regista-se a maior taxa de participação eleitoral até hoje verificada com a mobilização entusiasta das populações numa participação que se cifrou nos 91,2% do total dos eleitores recenseados (Ferreira, 1994: 203). A *Assembleia Constituinte* tinha como missão a elaboração e a aprovação de uma nova Constituição, que substituiria a anterior Constituição de 1933. Entre 1974 e 1976 sucedem-se uma série de seis governos provisórios, num período que fica marcado por uma grande instabilidade política e social associado a um incremento da acção militar na esfera política. A 2 de Abril de 1976 é aprovada a nova *Constituição da República Portuguesa* que entra em vigor a 25 de Abril de 1976. Nesta mesma data realizam-se as primeiras eleições legislativas para a Assembleia da República. Os governos provisórios passam então a dar lugar aos governos constitucionais. A tomada de posse do primeiro governo constitucional ocorre a 23 de Julho de 1976 e decorre, igualmente, uma nova sucessão instável de sete governos constitucionais até 1982.

Por oposição ao anterior modelo de Estado alicerçou-se então o desenvolvimento de um novo modelo político de Estado: o Estado Providência. A promoção e o desenvolvimento dos processos de igualdade de oportunidades, mediante mecanismos de acesso de carácter universal, e a redução das desigualdades sociais são factores que formam a matriz constitucional e os princípios de acção do Estado-Providência (Mozzicafredo, 2002: 15-29).

A Constituição de 1976 passa a consagrar, através do artigo 64º, o direito fundamental à protecção da saúde bem como o dever de a defender e promover. Passa a incumbir prioritariamente ao Estado o assegurar este direito através da criação de um serviço nacional de saúde universal, geral e gratuito.

A Revolução de 1974 provocou rupturas nas estruturas e sistemas de regras sociais sendo que, contudo, manteve linhas de continuidade que se reflectiram em particular nas políticas de saúde. No plano das políticas de saúde, a década de 70, como salientam Page

---

<sup>25</sup> Neste mês de Novembro de 1974, é promulgada a “Lei dos Partidos” que estabeleceu critérios mais “apertados” e que pretendeu regulamentar e disciplinar a criação dos partidos políticos. (Ferreira, 1994: 203).

(1998) e Carapinheiro (2006), fica marcada pela conjugação de factores de natureza histórica e política, que englobavam os particularismos gerados pela Revolução de 74, bem como os imperativos internacionais que ditavam a criação de serviços sociais universais. As autoras defendem que a confluência subtil destes factores contribuiu para uma interpretação ilusória de que em Portugal as políticas de saúde teriam sofrido, inevitavelmente, alterações profundas ou mesmo radicais. Daí, e segundo Carapinheiro e Page (2001): “o facto de que, quando é feita a alusão ao sistema de saúde nacional, se verifique uma tendência para marcar o ponto de viragem entre 1974 e 1976, silenciando toda a fase anterior em que o sistema se forjou” (2001: 95).

O valor da universalização na saúde não nasce com a Revolução de Abril, ela é consagrada, como anteriormente referido, com a reforma de 1971. Page (1998) realça que grande parte do que estava previsto no Decreto-lei n.º 413/71 se mantivera em curso. Contudo, dentro desta linha de continuidade, da reforma de saúde de 1971, são introduzidos alguns particularismos que decorrem dos valores protagonizados pela Revolução e que se traduziram em diplomas legais que, de forma mais directa ou mais indirecta, tiveram influência nas políticas de saúde e na qualidade de vida das populações.

A pensão social foi a primeira medida importante, imediatamente a seguir a 1974, de protecção social de natureza não contributiva (Mozzicafredo, 2002: 41). Ainda no ano de 1974 é promulgado o Decreto-lei n.º 104/74 de 7 de Dezembro, que estabelece a nacionalização dos hospitais distritais e concelhios que pertenciam às anteriores Misericórdias. O Estado passa assumir uma importante parte deste sector privado não lucrativo, que representava cerca de 38% da rede hospitalar portuguesa, e opera-se uma reconversão dos sanatórios em hospitais centrais, o que representou um acréscimo de cerca de 2000 camas hospitalares (Carapinheiro e Pinto, 1987: 77).

A partir da revolução os grupos profissionais integraram, nos seus movimentos sociais, a exigência de melhores salários e de definição de carreiras. Nos grupos profissionais ligados à saúde sucede-se uma funcionarização do pessoal que englobou todos os trabalhadores dos serviços de saúde oficiais bem como os pertencentes aos antigos hospitais das Misericórdias cujos salários, antes de 1974, eram na maioria abaixo do salário mínimo (Campos *et al*, 1981: 70). No seguimento destas linhas de orientação laboral surgem as várias carreiras na saúde como a carreira de enfermagem e a carreira de técnicos auxiliares de serviços de saúde em 1977, a carreira de pessoal dos serviços gerais em 1980 e a carreira de técnicos superiores de saúde em 1982 (Campos, 1986: 611).

Contudo, após 1974 mantinham-se os mesmos problemas que já eram identificados mesmo antes da reforma de saúde de 1971, ou seja, mantinha-se a dificuldade na integração dos serviços de saúde, na descentralização da administração e na real efectivação da primazia dos cuidados preventivos sobre os cuidados curativos. Em Fevereiro de 1975 são criadas “As Comissões Integradoras de Serviços de Saúde Locais” enquanto órgãos de gestão, que na representação das comunidades locais, participariam conjuntamente com os profissionais da saúde, na gestão dos serviços prestadores de cuidados saúde primários. Contudo, os serviços centrais nunca reconhecerem um papel importante a estes órgãos de gestão local e estes acabaram “por sucumbir de morte natural, após a performance de um papel episódico.” (Carapinheiro e Pinto, 1987: 77). Em 1975 é estabelecida a obrigatoriedade do “serviço médico à periferia” (Despacho de 23 de Junho de 1975). Apesar do reconhecido mérito no esforço da descentralização, esta medida não teve o alcance desejado. Registaram-se dificuldades e ineficiências no preenchimento dos quadros dos hospitais distritais, que serviam de suporte aos médicos que trabalhariam na periferia (Ferreira, 1990: 350).

A criação das “Administrações Distritais de Serviços de Saúde” (Decreto-lei n.<sup>o</sup> 488/75 de 4 de Setembro de 1975) define outro momento de um movimento falhado no sentido da descentralização das estruturas de saúde. Estas administrações pretendiam integrar todos os serviços oficiais de saúde, ao nível do distrito, que englobariam os serviços hospitalares e os serviços prestadores de cuidados de saúde primários. Estes órgãos localizados entre o nível central e o local registaram uma efémera existência tendo sido extintos em 1982. Como analisa Campos (1986), “a tendência manifestada em 1975 de descentralizar a administração dos serviços de saúde foi convertida em mera desconcentração administrativa e descaracterizada pela infiltração da componente partidarizante. As administrações daí saídas perderam prestígio e capacidade de acção, transformando-se em dóceis e pouco capacitados actores locais do aparelho do Estado” (1986: 610-611). O conjunto dos serviços médico-sociais continuava a funcionar como um corpo à parte, apesar de em 1974 serem destacados do sistema da *Previdência Social* para o da *Segurança Social*, com o objectivo a uma futura integração num *Serviço Nacional de Saúde*. Contudo, mantinha-se a divergência e a rivalidade com a sobreposição de funções entre os serviços médico-sociais, agora sob a tutela da Secretaria de Estado da Segurança Social, e os centros de saúde que se encontravam sob a tutela da Secretaria de Estado da Saúde. O objectivo de integração, que foi sendo sucessivamente renovado desde 1971, surge em 1977 no ano em que os serviços médico-sociais passam para a tutela da Secretaria de Estado da Saúde sendo posteriormente extintos em 1982 com a sua integração nos centros de saúde.

A expansão dos direitos sociais e a mobilização política e social da população, a seguir à revolução de 1974, associado à exigência do direito à saúde consagrada na Constituição de 1976 tiveram como consequência o aumento exponencial na procura de cuidados de saúde. Esta procura orientou-se sobretudo para os serviços hospitalares e, nestes, em particular, para os serviços de urgência. Como salientam Campos e Mantas (1981), grande parte da procura não satisfeita dos postos dos serviços médico-sociais ou mesmo da consulta externa hospitalar vai ser orientada para “a permanente porta aberta que caracteriza os serviços de urgência [...] único serviço oferecido à população com total gratuitidade e com disponibilidade de 24 horas por dia” (1982: 82). As estatísticas revelam que entre 1970 e 1978, as admissões hospitalares registaram um aumento de 38%, as consultas externas hospitalares um aumento de 49% e os serviços de urgência registaram um exponencial aumento de cerca de 300% (Campos *et al*, 1981: 87).

A repercussão desta procura teve como consequência o aumento do número do pessoal efectivo nos serviços de saúde, que se traduziu por novas admissões de pessoal em especial para os hospitais, com acréscimos elevados nos encargos financeiros ao nível do Estado. Estes encargos financeiros eram engrossados pelo agravamento das dívidas, acumuladas desde o período anterior a 1974, dos hospitais à Previdência que, posteriormente, transporta esta dívida para a Segurança Social. Perante esta situação o Estado viu-se obrigado a canalizar recursos financeiros para os estabelecimentos hospitalares a fim de cobrir situações deficitárias (Campos e Mantas, 1982: 98-99).

No final da década de 70 o sistema de saúde português é predominantemente público. O Estado passa a ser, simultaneamente, o principal agente financiador e o principal agente prestador de cuidados de saúde. A maioria das instituições prestadoras de cuidados de saúde passam a corresponder a serviços oficiais e o financiamento passa a ser quase exclusivamente oriundo do Orçamento de Estado (Mozzicafredo, 2002: 53).

Durante toda a década de 70, iniciada com a reforma de saúde de 1971 mas com um nível de maior consistência a partir de 1974, verificou-se um significativo progresso social que incluiu o alargamento da cobertura de saúde a praticamente toda a população, a generalização das pensões aos trabalhadores rurais e a criação de uma pensão mínima ou pensão social. A população obteve uma maior igualização no acesso aos cuidados de saúde, apesar de se manterem as assimetrias regionais na distribuição dos recursos humanos e serviços de saúde. Assistiu-se a uma melhoria significativa na percentagem de habitações com boas condições e a um progresso geral na melhoria dos níveis de saneamento básico (Pereira *et al*, 1985: 257-259). As estatísticas de saúde oficiais, como expõem Campos e Mantas

(1982), revelam um aumento significativo no número de profissionais de saúde: os médicos passam de cerca de 8 000 em 1970 para um pouco mais de 20 000 em 1980 e os enfermeiros de 10 000 para mais de 20 000; se em 1970 apenas 56% da população estava coberta com sistemas de saúde, em 1976, a cobertura é praticamente de 100%, finalmente, se em 1970 cada habitante usufruía em média de 1,7 consultas por ano em serviços oficiais, em 1978 o valor aumentava para 2,8 (Campos e Mantas, 1982: 82).

No inicio da década de 80 a despesa social pública, em comparação com a década de 60, regista um aumento significativo, mas ainda apresenta o valor mais baixo da Europa Comunitária, a seguir à Grécia. Segundo os dados da OCDE, citados em Costa (1986), a despesa social pública em 1981 representava 20,7% do PIB, enquanto a média na CEE era de 29,2%. Apesar do desnível, e em comparação com a década de 60, Portugal regista uma ligeira tendência de aproximação aos valores de referência internacionais (Costa, 1986: 40-41). Também os gastos públicos em saúde, em percentagem dos gastos públicos totais, registaram um aumento significativo, o que reflecte uma importância crescente da saúde nas preocupações do Estado, que em 1970 é de 6,7%, em 1972 é de 9,2% e em 1978 é de 10,8% (Campos *et al.*, 1981: 73-74). É, contudo, a partir de 1972 que se regista o maior aumento relativo nos gastos públicos em saúde. Estes dados vêm reforçar a tese da continuidade nas políticas da saúde e da importância da reforma de 1971 no inicio de um processo de crescente responsabilização do Estado na área da saúde.

Em termos gerais, o crescimento das despesas do sector público na saúde reflecte, sobretudo, o aumento da procura e utilização dos serviços oficiais, acompanhado pelo crescimento das despesas com os salários dos profissionais de saúde. Em 1978, o Estado detinha a propriedade de 83% do total das camas hospitalares. Contudo, no sector ambulatório, que corresponde aos estabelecimentos de saúde sem internamento, a situação era diferente. Apesar da existência de serviços oficiais públicos, onde se praticavam os cuidados ambulatórios, uma parte significativa destes cuidados eram protagonizados por serviços privados. Estes cuidados de saúde englobavam consultas médicas, actos terapêuticos e actos de diagnóstico que incluíam, igualmente, a realização de exames laboratoriais e imanológicos, sendo que, estes actos eram praticados por serviços e clínicas privadas e por laboratórios privados. Em consequência deste deficit de cobertura do sistema oficial público, parte do orçamento global da saúde tinha como destino uma real transferência monetária para o sector privado. É precisamente nos cuidados ambulatórios que se verifica a parte mais significativa das transferências para o sector privado. Estas transferências monetárias, entre o Estado e o sector privado, registavam uma forte tendência para o aumento e representavam,

em 1978, 32,6% do total do orçamento da saúde (Campos *et al*, 1981: 76-78). Uma tendência de aumento que se explicava pelo acréscimo de gastos em medicamentos, meios auxiliares de diagnóstico, próteses, ortóteses, consultas privadas e outros dispositivos de compensação (Campos et al 1981; Carapinheiro e Pinto, 1987). A 9 de Junho de 1980 é promulgado um despacho da Secretaria de Estado da Saúde que dá autorização para a celebração de convenções entre os então serviços médico-sociais e a Ordem dos Médicos. Como referem Carapinheiro e Pinto (1987) “é contemplada a possibilidade de estabelecer convénios com instituições privadas, no domínio da hospitalização e dos meios de diagnóstico, quando os serviços oficiais não conseguirem responder à procura” (1987: 84-85). Reforça-se a visibilidade do modelo denominado de “medicina convencionada” e simultaneamente confirma-se a forte tendência para o aumento das transferências monetárias do sector público para o sector privado

A transição para a década de 80 fica marcada pela crescente preocupação nos gastos públicos e a partir de 1978 verifica-se mesmo uma redução da despesa social pública<sup>26</sup>. Paralelamente, a nível internacional vai ganhando força a tese da *crise* do Estado de Providência. A OCDE promove um encontro internacional sobre a situação do modelo do Estado de Providência publicando um relatório com sugestivo o título de “The Welfare State in Crisis” (Costa, 1986: 9). O deficit financeiro do sector público administrativo tinha registado um rápido aumento desde 1975 tendo excedido em 1978 e 1981 o valor de 11% em relação ao PIB (Costa, 1986: 34). Como refere Costa (1986) “O deficit é porventura o principal factor condicionante da futura evolução da despesa pública, designadamente pelos seus efeitos sobre a inflação e taxas de juro” (1986: 34).

Durante a década de 70 a antiga Previdência financiava todos os encargos com os serviços médico-sociais a partir de taxas indexadas sobre a massa salarial. Em 1975 a Segurança Social, que substitui a Previdência, passa a cobrar 23,5% do total da massa salarial, em que 17% eram oriundas das entidades patronais e os restantes 6,5% dos empregados. Destas receitas globais, 8% eram canalizados para gastos com a saúde. A partir de 1977, a Segurança Social deixa progressivamente de financiar a saúde e a partir de 1978 os serviços de saúde passam a ficar na dependência dos orçamentos gerais do estado (Campos e Mantas,

<sup>26</sup> Segundo a análise de Bruto da Costa (1986), relativamente à despesa social pública em Portugal, o autor refere que “generalizou-se uma certa convicção de que a despesa social pública sofreu a partir dos meados da década de setenta um empolamento desmedido, quando de facto o que aconteceu foi uma redução a partir de 1978, da taxa de crescimento real que se vinha verificando desde 1963.” (Costa, 1986: 49).

1982: 100). Em 1977, devido à necessidade de travar a expansão do número de funcionários públicos, é promulgado o Decreto-lei n.º 439-A/77 de 25 de Outubro, que veio reduzir os poderes dos membros do governo da pasta da saúde, sujeitando também a despacho do Ministro das Finanças todas as admissões de pessoal. Como referem Campos e Mantas (1982) esta medida aplicada ao sector da saúde traduziu-se “em enormes dificuldades no arranque de serviços novos quer de cuidados primários, quer de diferenciados” (1982: 105).

### *Lei do Serviço Nacional de Saúde*

É característico dos sistemas de regras formais apresentaram uma estrutura hierarquizada constituída por múltiplos níveis de regras. As regras de nível superior, como as presentes numa constituição, tendem a ser mais estáveis e apresentam uma prioridade lógica e simultaneamente gerativa sobre as de nível inferior (Burns e Flam, 2000: 75-77). Contudo, como referem Burns e Flam (2000), muitos dos estudos empíricos tendem a mostrar como as hierarquias dos sistemas de regras são vulneráveis, sobretudo em processos de luta política, em que se poderá verificar inclusive uma inversão das relações hierárquicas em que as regras de nível inferior poderão ganhar prioridade sobre as de nível superior.

O percurso da preparação, elaboração, aprovação e regulamentação do diploma legal que sustenta a criação do *Serviço Nacional de Saúde* (SNS) (Lei n.º 56/79 de 15 de Setembro) constitui um exemplo de um processo de luta política que colocou em jogo um sistema de regras sociais formais. A ideia da constituição do Serviço Nacional de Saúde constituía uma das grandes promessas da Revolução de 1974, num processo que já vinha sendo preparado desde a Reforma de 1971.

Passados dois anos sobre a Constituição de 1976, o Ministro dos Assuntos Sociais António Arnault elabora o *Projecto de Bases do Serviço Nacional de Saúde*, que ficou conhecido pela *Lei Arnault*, e que servia de preparação para a execução de uma futura Lei de Bases. Esta lei reflectia a prioridade lógica e gerativa oriunda da Constituição de 1976. A discussão deste projecto de lei no Parlamento envolveu um complexo e polémico processo negocial. A Ordem dos Médicos elaborou um projecto concorrente à lei do SNS, propondo como alternativa, um sistema de saúde baseado na medicina convencionada. Como analisam Carapinheiro e Pinto (1987) o projecto do governo enfrentou a oposição dos partidos políticos situados ideologicamente mais à direita, em particular o Centro Democrático Social (CDS). Estes partidos serviam de suporte parlamentar da posição da Ordem dos Médicos, que era contrária à *lei Arnault*, considerando-a atentória dos princípios basilares da medicina liberal e,

deste modo, este diploma não consegue ser aprovado no Parlamento (Carapinheiro e Pinto, 1987: 83), tendo sido somente em 1979 que a lei do “Serviço Nacional de Saúde” (Lei n.º 56/79 de 15 de Setembro) passou a ser aprovada no Parlamento. Importa referir que este diploma legal por se apresentar sob a forma jurídica de uma Lei de Bases implicaria necessariamente a sua posterior regulamentação. E, neste sentido, este diploma nunca chegou a ser completamente regulamentado nem integralmente aplicado. Acresce-se o facto de que em 1980, um novo Governo toma posse, sendo que em 1982 promulga novo diploma, o Decreto-lei n.º 254/82, de 29 de Junho, que revoga 47 dos 65 artigos da Lei do SNS. São revogados os artigos que incidiam sobre a “organização, funcionamento, estatuto do pessoal, financiamento e articulação com o sector privado, ou seja revoga a maior parte da lei” (Carapinheiro e Pinto, 1987: 88). A revogação destes artigos teve a apreciação negativa do Tribunal Constitucional, mas sem efeitos práticos o que constituiria nas palavras de Carapinheiro e Pinto (1987) um “golpe final numa lei que se tornava cada vez mais incómoda” (1987: 88).

O estabelecimento ou a manutenção de sistema de regras sociais não é motivada apenas pela prossecução do bem comum ou colectivo. Agentes poderosos podem tentar alcançá-la para fomentar os seus interesses particulares (Burns e Flam, 2000: 21). Como refere Campos (1986), a Ordem dos Médicos representava um poderoso *lobby* de defesa profissional corporativa que desempenhou um papel intervencivo tanto na negociação de condições de trabalho, como na definição global das políticas no sector da saúde (Campos, 1986: 612). O conhecimento pericial associado à profissão médica é mobilizado enquanto forma de poder na formulação e reformulação de regras no enquadramento de uma acção estratégica intencional.

No plano internacional, em 1978, a OMS juntamente com a UNICEF protagonizam a realização de uma Conferência em Alma Ata da qual resultou a “Declaração dos Cuidados Primários de Saúde”. Uma estratégia de saúde que se pretendia de alcance mundial e que estabelecia como objectivo ambicioso a “Saúde para todos no ano 2000”. Como referem Carapinheiro e Côrtes (2000), a Conferência de Alma Ata foi “reconhecidamente para todos os analistas do sector da saúde, a contribuição mais significativa para a consolidação de políticas que promoviam a descentralização administrativa, a participação comunitária e a extensão da cobertura de serviços de saúde a sectores das populações tradicionalmente excluídos” (2000: 261). Os designados *Cuidados de Saúde Primários* constituíam uma estratégia de saúde que representava “o primeiro nível de contacto dos indivíduos, da família e da comunidade com o SNS, aproximando-se dos lugares onde as pessoas vivem e

trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo ininterrupto de protecção de saúde” (Carapinheiro e Page, 2001: 96). Ainda no plano internacional, a nova saúde pública era igualmente ancorada no conceito de promoção da saúde, que deveria contribuir para diminuir os pesados encargos dos anteriores sistemas de saúde que assentavam essencialmente numa lógica hospitalar de carácter curativo (Carapinheiro e Côrtes, 2000: 262).

A partir da década de oitenta, o modelo político dominante de governação nacional da saúde, segundo Carapinheiro (2006), “não deixou de repercutir o fascínio das agendas políticas neo-liberais que se tinham tornado dominantes na Europa ocidental, nomeadamente a racionalização das despesas de saúde, a contenção dos custos de saúde e a acentuação das tendências de privatização” (2006: 138).

O inicio desta década fica marcado por sucessivas alterações a diplomas promulgados anteriormente. São disso exemplo o Decreto-lei n. 81/80 de 19 de Abril que revoga quatro Decretos-lei promulgados apenas no ano anterior e o Decreto-lei n.º 254/82, de 29 de Junho que revoga a maioria dos artigos da *Lei do SNS*, onde ainda é revogado o Decreto-lei n.º 488/75 de 4/09/1975 que, desta forma, extingue as *Administrações Distritais de Serviços de Saúde* e substituindo-as por novos órgãos regionais denominados agora por *Administrações Regionais de Saúde*.

Em 1982 é publicado o Decreto-lei n.º 310/82 de 3 de Agosto que cria a carreira médica de clínica geral. Uma década depois da criação dos centros de saúde estes são finalmente investidos dos recursos humanos vocacionados para a prestação dos cuidados de saúde primários. Em 1984, esta carreira médica passa a ser designada por clínica geral/medicina familiar. A profissão médica fica assim organizada em três carreiras distintas: a de saúde pública, a de clínica geral/medicina familiar e a hospitalar. Carreiras que correspondem a diferenciadas formas hierárquicas de poder e de prestígio médico, sendo a carreira hospitalar a que monopoliza e conserva mais fontes de poder profissional (Carapinheiro, 1998).

Em 1982 são ainda introduzidas as taxas moderadoras nos serviços de saúde. Os utentes passam a pagar uma quantia pelo usufruto dos cuidados de saúde. Esta forma de tributação já se encontrava prevista na *Lei do SNS*, contudo, a Constituição ainda mantinha o princípio da gratuitidade. Só com a segunda revisão constitucional, ocorrida a 8 de Julho de 1989, é que o direito à saúde passa a estar consignado como “tendencialmente gratuito”. Em 1983 é extinto o Ministério dos Assuntos Sociais e a 9 de Junho é criado, de novo, um

Ministério da Saúde. Importa ainda referir que em 1986 é oficializada a integração de Portugal na Comunidade Económica Europeia.

Apesar do princípio consagrado constitucionalmente, o Serviço Nacional de Saúde nunca alcançou, na prática, o atributo de gratuitidade. O financiamento público dos cuidados de saúde era fortemente complementado por encargos financeiros suportados pelas famílias, empresas e serviços. Segundo os dados da OCDE de 1987, analisados por Campos (1991), Portugal no indicador referente aos “gastos totais com a saúde” despendia 6,4% do PIB, o que paradoxalmente o colocava à frente de países como a Espanha ou o Reino Unido. No entanto, a parcela que correspondia aos “gastos públicos com a saúde” era de apenas 3,9% do PIB, o que colocava Portugal na última posição da Europa Comunitária. A contribuição privada das famílias representava cerca de 40% do total dos encargos com a saúde (Campos, 1991: 11). Os dados apresentados no Quadro 4.1 resultam do Inquérito Nacional de Saúde (INS, 1987), citado em Campos (1991), e reflectem de forma diferenciada o peso relativo na utilização dos cuidados saúde entre o sector público e o sector privado.

**Quadro 4.1** Utilização de cuidados de saúde por sectores em Portugal, em 1987

Natureza do acto	SNS	Privado	Outro
Consultas	67,0	26,7	6,3
Consultas de clínica geral	76,5	17,8	5,7
Consultas de cuidados dentários	15,5	77,1	7,4
Consultas de especialidade	47,8	44,1	8,1
Consultas de planeamento familiar	61,7	33,9	4,4
Consultas pré-natais	61,9	35,0	3,2
Partos	87,6	7,4	5,0
Exames radiográficos	47,5	44,2	8,2
Exames laboratoriais	29,5	66,4	4,1
Internamentos	72,8	22,2	5,0

Fonte: Inquérito Nacional de Saúde 1987, Campos (1991)

Do total das hospitalizações ocorridas em 1987, cerca de 78% são realizadas em hospitais públicos, contudo, do total das consultas, apenas 67% são realizadas nos serviços públicos, mantendo-se a tendência do deficit de cobertura nos denominados cuidados ambulatórios (Campos, 1991: 15). A análise do Quadro 4.1 é reveladora de algumas insuficiências na cobertura dos serviços prestados pelo SNS, de onde se destacam as consultas de cuidados dentários, a realização de exames laboratoriais, exames radiográficos e consultas

de especialidade. O que significa que alguns sectores da prestação de cuidados se encontram maioritariamente no sector privado o que explica, por um lado, a elevada participação privada das famílias e, por outro, uma importante cobertura que o Estado assume de bens e de serviços fornecidos pelos privados aos utentes do SNS.

Assiste-se, por isso, também à confirmação do aumento das transferências para o sector privado, que no total dos gastos públicos em saúde, passam de 29,8% em 1974, para 33,8% em 1984 e para 36,1% em 1987 (Mozzicafredo, 2002: 59).

Em 1990 é promulgada, onze anos após a Lei do SNS, a Lei de Bases da Saúde (Lei nº 48/90 de 24 de Agosto), que veio alterar a filosofia do sistema de saúde. O Estado passa a promover e apoiar o desenvolvimento do sector privado da saúde, em especial nas iniciativas das instituições particulares de solidariedade social, em concorrência com o sector público; os indivíduos são agora os primeiros responsáveis pela sua própria saúde, a nível individual e colectivo, tendo o dever de a defender e promover; a gestão dos serviços de saúde deverá obedecer a regras de gestão empresarial e, finalmente, os médicos da carreira hospitalar são autorizados a assistir, nos hospitais públicos, os seus doentes privados (Lei nº 48/90 de 24 de Agosto).

O Decreto-lei nº 10/93 de 15 de Janeiro, que surge na sequência da anterior Lei de Bases da Saúde, elabora uma nova reorganização do Ministério da Saúde, que sob o quadro da racionalização dos serviços, extingue as direcções-gerais referentes quer aos cuidados de saúde primários quer referentes aos hospitais, passando as suas atribuições e competências a ser fundidas e englobadas na nova Direcção Geral da Saúde.

O Decreto-lei nº 11/93 define o “Estatuto do Serviço Nacional de Saúde” que, apesar de se manter como uma peça central do sistema de saúde, deixa de ser uma peça exclusiva no assegurar o direito à saúde, sendo estabelecida a distinção funcional entre serviço e sistema. O sistema é constituído por agentes públicos bem como por agentes privados (Campos, 2002: 1080). As Administrações Regionais de Saúde criadas em 1982, que operavam ao nível dos 18 distritos, passam a ter uma nova delimitação geográfica, que passa a corresponder às cinco unidades de nível II da Nomenclatura das Unidades Territoriais para Fins Estatísticos (NUTS). O diploma reconhece que a tradicional dicotomia entre cuidados primários e cuidados diferenciados é incorrecta e geradora de disfunções ao nível organizativo e, por isso, são criadas as *Unidades Integradas de Cuidados de Saúde / Unidades de Saúde* que pretendiam viabilizar a articulação entre hospitais e centros de saúde. Mais tarde, a quarta revisão constitucional, de 1997, introduz a designação de “Unidades de Saúde” evitando, deste modo,

“designar as estruturas de saúde por hospitais ou centros de saúde” (Carapinheiro e Page, 2001: 102).

No decurso da década de 90 e relativamente à distribuição dos recursos humanos mantém-se a tendência crescente na orientação preferencial dos médicos e dos enfermeiros para os hospitais, em detrimento dos serviços de cuidados de saúde primários. Os dados apresentados no Quadro 4.2 foram calculados tendo por base as estatísticas da Direcção Geral de Saúde (2006).

**Quadro 4.2** Distribuição do n.º de médicos e de enfermeiros no sector oficial público entre os centros de saúde e os hospitais de 1990-2000

Ano/ Serviço	Médicos		Enfermeiros	
	Centro Saúde	Hospitais	Centros Saúde	Hospitais
1990	8 441	13 837	6 317	19 145
2000	7 239	17 023	7 458	26 555
Variação	-14,3 %	+ 23,0 %	+ 18,1 %	+ 38,7 %

Fonte: Direcção Geral de Saúde 2006

A leitura do Quadro 4.2 permite verificar o acentuar da desigualdade na distribuição dos profissionais de saúde entre os hospitais e os centros de saúde. Tendo em consideração a relação entre estes dois sectores, em 2000 cerca de 70 % dos médicos trabalhava nos hospitais para 30% nos centros de saúde e, relativamente aos enfermeiros, 78% encontrava-se nos hospitais para 22% nos centros de saúde. Referia-se igualmente que a carreira médica de saúde pública contava apenas com 470 profissionais de medicina em 2000 (DGS, 2006). A crescente atracção pelo hospital exemplifica bem como a cultura médica nacional é predominantemente associada à cultura do corpo médico hospitalar (Carapinheiro, 1998: 22).

As reformas que se seguiram na restante década de 90 e na transição para o ano de 2000 foram no sentido do fortalecimento dos mecanismos de mercado nos sistemas de saúde, através da concessão da gestão de serviços públicos ao sector privado, da empresarialização dos hospitais públicos e da introdução de seguros de saúde voluntários.

Relativamente ao modelo de financiamento da saúde passou-se a defender a separação entre o financiador e o prestador, o que levou à substituição do tradicional modelo público integrado por um modelo contratual, que conjuga o financiamento público em articulação com um sistema de contratos entre pagadores e prestadores que se encontram funcionalmente separados. Estas reformas passam defender a introdução de mecanismos de concorrência dentro do sector público prestador e apoia-se o modelo da meritocracia, “premiando as

instituições e os profissionais que obtenham melhores resultados” (Campos, 2002: 1084-1085). Nas palavras de Carapinheiro e Page (2001) “numa perspectiva de equidade ou de solidariedade, quer do ponto de vista fiscal, quer do clínico, a introdução de competitividade ao nível do financiamento dos sistemas de saúde representa para a OMS um «erro político»” (2001: 110).

Na viragem para o século XXI, a delinearão das “Grandes Opções do Plano para 2001” plasmadas na Lei n.º 30-B/2000, n.º 299, de 29 de Dezembro de 2000, propõem no domínio da saúde uma nova Lei de Bases e um novo Estatuto do SNS. Neste último texto legislativo, aqui analisado, mantém-se presente o reconhecimento do papel ainda secundarizado dos cuidados de saúde primários no contexto global do sistema de saúde. Fica expresso que “as mudanças a prosseguir ou a iniciar exigem a redefinição do papel dos cuidados primários - invertendo progressivamente a sua posição actual no SNS de modo a funcionarem de forma efectiva como «porta de entrada»” (Lei n.º 30-B/2000, n.º 299, de 29 de Dezembro de 2000). Para a persecução deste objectivo são criados os “centros de saúde de 3<sup>a</sup> geração” que, diferentemente dos antigos centros de saúde, passam a ser dotados de personalidade jurídica com o reforço das suas competências ao nível da gestão local (Carapinheiro e Page: 2001, 106). Mantém-se o reconhecimento do importante papel dos sectores social e privado, ancorado no princípio da complementaridade e baseado numa relação de contratualização.

Os sistemas de regras fortemente institucionalizados tais como os que se encontram presentes nas constituições e nas leis não determinam integralmente os padrões das interacções entre os actores. A aplicação destes sistemas de regras formais é influenciada pelas condições sociais específicas e pelos contextos de acção concretos em que estas ocorrem (Burns e Flam, 2000: 16).

O domínio das políticas de saúde nacionais é atravessado pela persistente contradição entre o discurso legislativo e a prática. Ao forte empenhamento legislativo centrado na valorização da saúde pública e nos cuidados de saúde primários correspondeu, paradoxalmente, e em sentido inverso, um investimento real nos hospitais, através da canalização de recursos financeiros, técnicos, materiais e humanos reforçando a centralidade da instituição hospitalar na estrutura e organização dos serviços de saúde. É como se as políticas hospitalares, como refere Carapinheiro (1998), determinassem, em última instância, as orientações fundamentais das políticas de saúde em geral (1998: 22).

Por outro lado, a legislação que incide sobre os domínios da saúde pública e dos cuidados de saúde primários é bastante mais extensa e, simultaneamente, denota uma grande

volatilidade com recorrentes fusões, supressões e integrações, oriunda da influência dos vários ciclos políticos e ideológicos. Contrariamente, a legislação que incide sobre a instituição hospitalar é mais diminuta e de carácter mais estável, permitindo a estas instituições uma maior autonomia e independência relativamente ao campo político. A instituição hospitalar simboliza igualmente o poder social da profissão médica, como o analisa Carapinheiro (1998) na lógica do funcionamento do hospital “concorrem vários interesses que não só os estritamente médicos, mas também os que decorrem das relações políticas privilegiadas entre médicos, nomeadamente directores de serviço, indústrias do mercado médico, administradores hospitalares e órgãos de tutela política” (1998: 135). O reforço do hospitalocentrismo traduz também o reforço do crescente desenvolvimento da medicina especializada e da tecnologia associada aos cuidados de saúde mais diferenciados.



## **PARTE II**



## **Capítulo 5**

### **REGISTOS DE SAÚDE**

#### **5.1 Relações sociais de observação implicadas na construção do objecto empírico.**

Uma concepção de investigação empírica teoricamente orientada, como aquela que preside à presente investigação, comprehende todas as operações implicadas na produção de conhecimento sobre o real, o que, consequentemente, inclui todas as operações que directamente se relacionam com a pesquisa observacional (Pinto, 1984: 10).

O trabalho científico, como referem Almeida e Pinto (1990), “é agenciador de um processo de produção que desemboca num produto. Se se quiser partir do conceito da forma geral da prática, como actividade que se exerce sobre uma matéria prima para a transformar num produto final, recorrendo a determinados meios de trabalho, a caracterização diferencial da prática científica exigirá a especificação dos diversos elementos que a integram” (1990: 9).

A exigência da especificação dos diversos elementos que caracterizam a prática científica obriga à contínua recorrência, por parte do investigador, dos planos teóricos e metodológicos. No plano metodológico, e como anteriormente já referido, esta pesquisa observacional centrou-se na análise da informação oriunda dos registos escritos que fazem parte constitutiva dos processos individuais de internamento hospitalar. Na sequência desta opção, importa, reafirmar aqui alguns princípios de vigilância crítica no plano metodológico, inerentes aos processos de recolha de informação. Deste modo, a presente investigação adoptou uma concepção que implicaria, desde logo, o imprescindível trabalho de problematização das relações sociais de observação, no sentido de clarificar e sublinhar “a dinâmica social e as estratégias simbólico-linguísticas adjacentes à recolha de informação” (Pinto, 1994: 87).

Como analisado no contexto nacional por Antunes e Correia (2009), o processo, embora de cariz mais metodológico, associado ao *acesso* aos objectos empíricos tem constituído, na sociologia da saúde, uma dimensão que é sistematicamente alvo, por parte dos investigadores, de reflexão teórica. Na sequência deste processo de reflexão teórico-metodológica é recorrente a inclusão e o reconhecimento da importância central que as teorias

auxiliares ou de médio alcance desempenham no domínio das relações sociais de observação (Carapinheiro, 1998; Lopes, 2001) sobretudo, na esteira do que teórica e metodologicamente defende Pinto (1984, 2004) à luz dos contributos centrais de Bourdieu e de Merton.

#### *Da definição do objecto empírico à construção de um objecto de estudo*

O objecto empírico central que foi definido nesta investigação - os processos de registo de saúde de internamento hospitalar - corresponde a um objecto já previamente elaborado e que se encontra indissociavelmente ligado a uma estrutura organizativa complexa. Ou seja, estes processos de registo englobam, na génese da sua construção, a intervenção de diversos agentes sociais em articulação com uma forte componente organizativa e institucional representada aqui pelo hospital. Como analisa Heath (1982) os registos constituem uma importante dimensão organizativa nas instituições hospitalares onde a mais superficial e rápida visita, a uma organização deste tipo, revela facilmente um grande dispêndio de energia e recursos que são direcionados quer para o registo dos vários aspectos da biografia dos doentes, quer para o funcionamento burocrático destas instituições.

Em que consistem então os processos de registo de saúde dos indivíduos, que se encontram em internamento hospitalar? De uma forma resumida, cada processo é constituído por um conjunto de registos escritos, em suporte de papel, que são elaborados por diferentes profissionais de saúde que constituem as equipes hospitalares. O conjunto destes diferentes registos são normalmente reunidos numa mesma pasta que é individualizada e identificada para cada pessoa internada. A leitura conjunta desta informação permite dar conta do acompanhamento temporal e mesmo espacial do indivíduo, nas suas diferentes fases e percursos no interior da instituição hospitalar. Estes percursos vão desde a entrada do indivíduo no hospital passando pelas diversas situações de internamento e de consultas, que poderão ocorrer em vários serviços hospitalares ou até em diferentes hospitais, e que, finalmente, culminam no fim da sua situação de internamento quer seja por alta, por transferência ou por óbito. Os processos de registo referentes aos óbitos são, normalmente, ainda acompanhados pela acumulação de outros registos oriundos de anteriores internamentos e que se encontram nesta mesma pasta individual, sendo o mais usual, a presença dos registos referentes aos mais recentes internamentos e consultas hospitalares.

Após a saída desta condição de internamento, seja por alta, por transferência ou por óbito, os registos que foram sendo elaborados são posteriormente guardados e arquivados num local próprio, ficando reunidos por indivíduo e organizados de forma cronológica, ou

seja, organizados de forma que possibilite o acesso rápido sobre o conjunto dos vários registo que reflectem os vários internamentos que cada pessoa possa ter tido ao longo da sua vida. O conjunto destes processos fica reunido num mesmo espaço físico e sob uma mesma identificação e, deste modo, é possível uma reconstituição diacrónica dos vários internamentos ocorridos no percurso de vida de uma mesma pessoa.

No interior de cada processo de internamento hospitalar podem-se encontrar registo e informações oriundas de diversas profissões e de diversos serviços localizados no interior do hospital, que dão conta da divisão do trabalho em saúde, e que, percorrem um conjunto de profissões que incluem a enfermagem, a medicina, a psicologia, os serviços sociais ou os serviços administrativos. Simultaneamente, também se poderá encontrar no interior destes processos, informação e registo com origens exteriores ao próprio hospital e que podem incluir registo de transferências de outros hospitais, centros de saúde, lares ou ainda registo oriundos de profissionais de saúde, por exemplo, do Instituto Nacional de Emergência Médica ou de outras profissões como bombeiros, agentes da Polícia de Segurança Pública ou da Guarda Nacional Republicana. Encontra-se igualmente em cada processo os resultados dos exames de imagiologia - radiografias, TAC, ECG -, bem como o conjunto de análises laboratoriais realizadas durante cada internamento. Apesar da grande diversidade de origens profissionais envolvidas na construção destes processos a maioria dos registo, referentes aos indivíduos internados, é contudo maioritariamente elaborada por profissionais de medicina e de enfermagem. Facilmente se percebe que os registo de saúde hospitalares constituem um objecto empírico potencialmente rico em termos informativos, mas que terá que ser enquadrado num conjunto de preocupações teóricas e metodológicas.

Na génesis da elaboração destes registo por parte dos profissionais de saúde terão que ser considerados, naturalmente, a implicação de processos de recolha de informação que envolveram a intervenção e a mobilização de diversos processos e técnicas de observação. Estes processos e técnicas constituem-se como outras tantas relações qualificadas do ponto de vista social, que têm que ser situadas em determinados contextos e estruturas sociais e que, neste sentido, devem também ser perspectivados como parte integrante na construção dos objectos de conhecimento.

Esta articulação surge como imprescindível, na medida em que o significado da informação recolhida no decurso desta investigação implica de forma simultânea, uma interpretação articulada com as iniciais relações sociais de observação (Costa, 2007; Pinto, 1994) e com os seus efeitos consequentemente envolvidos, no restante processo de investigação.

Decorrente deste posicionamento, o presente trabalho teve como objectivo de investigação complementar a construção de um objecto de estudo tendo por base, precisamente, as relações sociais implicadas na elaboração dos processos de registo de internamento hospitalar, centrado nas profissões de saúde de medicina e de enfermagem, por se encontrarem estas mais implicadas na sua elaboração quotidiana.

Neste nível de análise importa considerar também as propriedades sociais resultantes das dimensões especificamente interaccionais e contextuais, com o objectivo de complementar com as dimensões estruturais e disposicionais (Costa, 2007: 22). Propriedades sociais que resultam da interacção de médicos e de enfermeiros em diferentes contextos e quadros de interacção, nas mais diversas situações de internamento hospitalar, com os restantes profissionais de saúde, mas também com os indivíduos em situação de internamento. Este tipo de análise pretende, deste modo, inferir uma possível reconstituição de parte do processo que esteve envolto na elaboração, por parte de médicos e de enfermeiros, dos registos presentes nos processos dos indivíduos internados em contexto hospitalar.

Na construção deste objecto de estudo recorre-se no plano teórico, para além dos contributos situados na área da sociologia da saúde, os contributos da sociologia nos domínios das profissões e das organizações.

## **5.2. Registos de saúde na investigação sociológica**

Ao nível das investigações realizadas no domínio da sociologia da saúde, este tipo de análise tendo por base a informação presente nos registos clínicos, nos registos de enfermagem ou no conjunto dos registos presentes nos processos hospitalares não tem constituído, de uma forma geral, matéria-prima base que origine a posterior construção de objectos de estudo próprios. Verifica-se, no mesmo sentido, que este tipo de material não tem sido mobilizado, de uma maneira geral, enquanto suporte base central de recolha e análise empírica, ou seja, não se têm constituído nem enquanto objecto empírico nem enquanto contexto de análise empírica. Este cenário de menor presença deste tipo de registos de saúde enquanto objecto de estudo ou objecto empírico verifica-se tanto a nível nacional (Antunes e Correia, 2009), como a nível internacional (Berg, 2004).

Num arco temporal, mais ou menos alargado, que percorra as últimas seis décadas é possível, contudo, identificar alguns trabalhos que, de forma mais central ou mais complementar, incorporaram este tipo de registos nos domínios das investigações empíricas.

Assim, destaca-se para a presente investigação, deste corpo de referências bibliográficas centrais, os estudos etnometodológicos de Garfinkel (1967) realizados num hospital psiquiátrico nos Estados Unidos nos anos sessenta, o trabalho de Macytire (1978) sobre os registos e a prática de enfermagem situada no domínio dos cuidados pré-natais; a investigação de Heath (1982) sobre os registos de consultas clínicas elaborados por médicos em contexto dos cuidados de saúde primários, realizada num centro de saúde em Inglaterra, que envolveu a leitura mas também a observação de cerca de quatro mil consultas durante um período de dois anos; o trabalho desenvolvido por Berg (1992, 2004) que envolveu, igualmente, a observação durante um período de dois anos da prática médica oriunda de várias especialidades em três clínicas situadas na Holanda e, finalmente, os trabalhos de investigação e de reflexão teórica e metodológica de Atkinson (1995, 1997). Em certo sentido, este trabalhos constituem-se actualmente como um corpo de referências centrais, com implicadas discussões metodológicas mas também teóricas, e que têm sido frequentemente mobilizados para a investigação em sociologia da saúde quando os registos se encontram nos seus enquadramentos teóricos ou metodológicos.

Ao longo destas últimas décadas de investigação no campo da saúde são identificados, de uma forma geral, um conjunto de factores que ajudam a explicar a menor mobilização dos registos de saúde, enquanto base de construção de objectos de estudo e, igualmente, enquanto recurso empírico. Já nos finais da década de 1960, Garfinkel (1967), em género de balanço, referia que qualquer investigador que nos seus estudos tenha tentado mobilizar ou incorporar os registos clínicos, independentemente do contexto em que os tenha analisado, teria seguramente a sua litania de problemas para recitar (1967: 191).

De uma forma geral, os problemas metodológicos ocupam grande parte dos tópicos da generalidade das discussões publicadas acerca do uso de registos de saúde com objectivos de investigação. A este propósito, Garfinkel (1967) refere, num discurso em tom metafórico, que os processos clínicos são como que um enorme contentor em que, só através de muito sofrimento e sem garantias para o investigador, talvez se consiga remover, para o curso da investigação, uma pequena percentagem útil, mas que será sempre “recolhida dos vários pedaços esfarrapados e desoladores que vão surgindo” (1967: 190).

As dificuldades que são frequentemente referenciadas e que se encontram associadas à inicial escolha deste tipo de objecto empírico podem ser organizadas em dois tipos. Num primeiro tipo de dificuldades surge a identificação de um conjunto de problemas que se situam, desde logo, nas fases iniciais da pesquisa empírica e que se relacionam com as dificuldades localizadas ao nível institucional e organizacional, relativas à obtenção da

permisão ao acesso directo a este tipo de objecto empírico. Em segundo lugar, e vencidas estas primeiras dificuldades no acesso, são posteriormente identificadas um conjunto também alargado de dificuldades, que decorrem da análise e do tipo de informação que normalmente se encontra presente nestes registos de saúde. Algum debate metodológico tenta erradamente, segundo Berg (2004), equipar o investigador com regras operacionais que deveriam ser observadas no sentido de fazer emergir os conteúdos dos casos presentes nos registos de saúde para o estatuto de legítimas respostas para as questões de investigação sociológica. Nestes casos, o que normalmente se encontra aqui envolvido é a reconstituição e o refraseamento dos conteúdos dos processos, no sentido de se produzir algo como um documento actual que, esperançadamente, possua as desejadas propriedades de plenitude, claridade e credibilidade, sem contudo existir uma verdadeira produção de conhecimento sociológico (Berg, 2004).

Quanto aos problemas relativos ao acesso verifica-se que as dificuldades, que normalmente são reveladas pelos investigadores no que diz respeito às possibilidades e formas de acesso a determinados contextos e objectos empíricos, não se confinam, no domínio da sociologia da saúde, apenas ao acesso aos registos de saúde. Em certo sentido, esta dificuldade no *acesso* aos objectos empíricos, acaba por se revelar como um dos traços específicos que caracterizam o domínio da sociologia da saúde, nomeadamente, quando os contextos empíricos implicam a entrada em serviços de internamento hospitalar; a interacção em contexto de internamento hospitalar, com pessoas portadoras de doenças socialmente estigmatizantes ou de evolução prolongada (Antunes e Correia, 2009: 108) e, finalmente, quando este tipo de acesso implica, de um modo geral, a consulta de documentos, processos, fichas clínicas ou outro tipo de registos, sejam eles oriundos dos hospitais ou de outro tipo de instituições de saúde como centros de saúde, consultórios ou lares (Berg, 2004).

O conjunto de problemas aqui identificados não servem apenas o propósito de elencar descritivamente este objecto, ou de dar conta das dificuldades e tormentas sentidas por parte dos investigadores, ao invés, este conjunto de dificuldades constituem-se como elementos caracterizadores que tem que estar incorporadas na construção do objecto de estudo e, neste sentido, constituem-se como um conjunto de elementos, sejam eles problemas ou dificuldades, que não poderão ser simplesmente considerados como *externos* ao objecto aqui analisado, mas como elementos de caracterização estruturante deste objecto de estudo. Se, numa primeira abordagem este tipo de problemas poderão ser sentidos, pelos investigadores, como se se tratasse de dificuldades *externas* que dificultam o acesso ao *interior* informativo

destes objectos, numa fase posterior estes problemas poderão ser incluídos como dimensões estruturantes do objecto.

Na presente investigação o posicionamento epistemológico é claramente o de incluir estes problemas na construção do objecto de estudo, o que implica, aqui, transformar estes problemas em problemas de conhecimento sociológico que estruturam os registo de saúde enquanto objecto de estudo.

### *Os registo e as instituições de saúde*

O registo enquanto prática social integrada nos sistemas de cuidados de saúde assume uma importância fundamental que vai para além da mera documentação descritiva de um quotidiano profissional que, no caso específico da presente investigação, poderia reflectir maioritariamente uma perspectiva orientada quer por um olhar da medicina, quer por um olhar da enfermagem. Como sustenta Berg (1992), o registo é normalmente percebido como apenas mais uma representação do que acontece em contexto hospitalar, cuja importância é sobretudo relevada do potencial que surge como fonte de informação acerca do que foi realizado pelos profissionais de saúde ou como fonte de informação sobre a condição de saúde dos indivíduos em situação de internamento. Sem pretender descurar esta potencialidade informativa de conteúdos, importa iniciar este percurso por localizar a importância dos registo nos contextos organizacionais hospitalares.

Segundo a perspectiva teórica clássica de Weber (1922/2001), sobre a organização burocrática-racional das instituições no capitalismo, o conjunto de ficheiros, registo e documentação constituem, de um modo geral, elementos essenciais das modernas organizações e instituições capitalistas. Nas organizações burocráticas modernas um conjunto significativo de recursos, que envolvem não só a alocação de meios financeiros e humanos mas também de recursos como o tempo, são orientados para às práticas de documentação, de arquivo, de registo informativo sobre o quotidiano, formalização de regras e normas de funcionamento e sobre os deveres e responsabilidades do pessoal. Como defende Heath (1982), neste enquadramento, as modernas organizações de saúde não constituem aqui uma excepção e, neste sentido, também, os ficheiros clínicos podem ser considerados como um exemplo tipo destes documentos. Segundo Heath (1982), os registo médicos, bem como, as outras formas de documentos e ficheiros clínicos próprios das organizações de saúde modernas constituem, numa perspectiva tributária de Weber, uma colecção de tipo

burocrático e anónimo que, neste caso, contém pormenores acerca da vida dos indivíduos na sociedade.

A produção, circulação e arquivo dos registo nas instituições de saúde exigem uma gestão própria e, no domínio da gestão hospitalar, podem ser perspectivados como meios para atingir determinados objectivos. Neste sentido, e como refere Garfinkel (1967), porque existem despesas que podem ser comparadas relativamente a diferentes formas associadas ao registo, por exemplo, relativamente aos custos de armazenamento dos processos hospitalares, é necessário escolher entre formas alternativas de distribuição dos escassos recursos financeiros ou humanos, que possam implicar mais formação ou mais dispêndio de tempo, tendo em vista o valor final que possa estar associado ao registo.

Garfinkel (1967) ilustra esta dimensão fornecendo alguns exemplos referentes ao acto de recolha de informação presente na elaboração dos registo de saúde numa instituição hospitalar. Por exemplo, segundo o autor, se a informação acerca da idade ou do sexo pode ser obtida quase a um custo mínimo, que poderá resultar de um olhar rápido sobre o indivíduo inquirido, numa acção que neste sentido poderá ser realizada, por exemplo, por pessoal administrativo menos qualificado das instituições de saúde, já a informação acerca da ocupação profissional coloca um pequeno acréscimo de tempo mas também de competência do entrevistador, enquanto, finalmente, a informação sobre, por exemplo, o historial profissional do doente já se constituirá como uma peça informativa bastante mais cara, porque envolve simultaneamente uma entrevista mais prolongada e a exigência de recursos humanos com outro grau de competências, que teria que ser situado, pelo menos, ao nível da enfermagem (Garfinkel, 1967). Na óptica da gestão das organizações poder-se-á então colocar a questão de se saber quanto do tempo do trabalho da enfermagem será necessário conceder para a obtenção desta informação (Garfinkel, 1967: 192) e, numa análise de custos-benefícios, se esta prática corresponderá a um valor acrescentado para a própria organização.

Esta problemática remete para a dimensão que incide sobre o grau de importância que é atribuído à elaboração, divulgação ou armazenamento dos registo. Quando se pretende incluir na presente análise a problematização das dificuldades mais específicas, que são colocadas pelas instituições de saúde, no acesso à consulta dos registo de saúde, ter-se-á portanto que incluir, como analisa Heath (1982), uma dimensão referente ao grau de importância que este tipo de documentação escrita representa ao nível organizativo nas diversas instituições de saúde.

Na óptica das instituições hospitalares, por exemplo, a importância dos registo aí produzidos tem que ser considerada numa dupla perspectiva. Por um lado, estes registo

constituem-se como importantes recursos que poderão ser mobilizados na produção contínua do conhecimento científico, em especial nas áreas da biomedicina (sobretudo através das descrições sobre a evolução das situações clínicas nos internamentos, exames laboratoriais, introdução de novos esquemas terapêuticos, ensaios clínicos, etc.), por outro lado, todo este tipo de documentação escrita constitui-se como um importante recurso, numa perspectiva da organização racional burocrática, que é passível de ser mobilizado para o nível de avaliação do desempenho dos próprios profissionais de saúde (Heath, 1982).

A percepção de que os regtos em saúde poderão conter falhas na sua elaboração ou, de forma mais grave, indicar procedimentos que impliquem situações passíveis de serem, por exemplo, consideradas como actos de negligência profissional, constituem um conhecimento que, como refere Garfinkel (1967), é partilhado e percepcionado tanto por investigadores como, naturalmente, pelas administrações de hospitais e clínicas. O registo em saúde, como refere na mesma linha de análise Berg (2004), é também uma forma para a contínua monitorização e retrospectiva adequação das acções dos profissionais.

Ainda do ponto de vista organizacional e institucional, importa igualmente frisar que a importância dos regtos de saúde não se confina apenas ao interior das organizações. Os percursos que poderão envolver a leitura da informação contida quer nos regtos clínicos quer nos regtos de enfermagem, não se esgotam no *intra muros* físico das organizações de saúde (como os hospitais, centros de saúde, clínicas públicas ou privadas, consultórios, etc.). Como refere Garfinkel (1967), este tipo de registo em saúde pode ser alvo de consulta por outros agentes que não estejam ligados de forma mais directa aos cuidados de saúde e que, poderão envolver contextos associados a um conjunto de objectivos e interesses próprios, que poderão ser situados em campos mais externos aos cuidados operacionais de saúde. Garfinkel (1967) refere que para todos estes possíveis usos e diferenciados objectivos, para os quais os regtos podem ser mobilizados, as considerações ao nível das responsabilidades médico-legais exercem uma primordial relevância, situada aqui ao nível do domínio estrutural, que tendem a prevalecer sobre todos os outros possíveis objectivos e que, deste modo, condicionam todos os procedimentos que compreendam a elaboração escrita, o armazenamento da informação e a decisão do que pode, ou não, ser disponibilizado para consulta externa (Garfinkel, 1967: 200).

O registo torna público o que aconteceu tanto a colegas como a supervisores, mas também o torna público a advogados e oficiais do governo. Neste sentido, e como salienta Berg (2004) o acto de escrita que se pode situar ao nível individual, que até poderá ser localizado, por exemplo, no isolamento privado de um consultório médico, constitui-se

sempre, como um evento social ou seja, constitui-se sempre como uma prática socialmente estruturada. Para Berg (2004) cada *entrada* de informação escrita é feita com os cuidados e atenção no sentido em que poderá ser usada mais tarde para uma avaliação da adequação das acções que estão a ser realizadas.

Garfinkel (1967) refere que este tipo de envolvimento contextual externo de significados e estruturas e que se funde nesta situação concreta da escrita do registo entre o médico e o indivíduo, poderá ser entendido como um contrato. Contudo, ao qualificar o registo médico como um contrato, o autor não pretende afirmar que o registo apenas contenha argumentos presos à formalidade do que deveria se encontrar escrito em vez do que realmente se terá passado (Garfinkel, 1967: 200). Garfinkel pretende apenas demonstrar a complexidade que se encontra envolvida no processo da escrita médica que terá que ser, obrigatoriamente, incorporada nas análises elaboradas pelos investigadores.

A elaboração dos registos é condicionada pelas pertenças identitárias profissionais mais gerais, mas também, pela interacção dos grupos profissionais contextualmente localizados (Macintyre, 1978) o que, naturalmente, implica processos de socialização situados ao nível dos contextos de trabalho.

A socialização profissional em meio hospitalar engloba uma importante dimensão de aprendizagem. Atkinson (1995) refere como o próprio treino prático, relativamente aos processos de aprendizagem dos cirurgiões, engloba a elaboração dos registos escritos que terão que estar conforme o que é requerido pelas organizações (Atkinson, 1995: 91). Estes processos de socialização no trabalho que, apesar de seguramente apresentarem especificidades relacionadas com o campo da saúde e contextos hospitalares, não deixam, contudo, de apresentar elementos de caracterização social mais geral, que implicam, seguramente, um processo gradual de aprendizagem em que os indivíduos vão adquirindo novas referências e perdendo outras em que, como refere Queiroz (2005), vão se familiarizando “com universos prático-simbólicos próprios, até chegar, eventualmente à interiorização de conjuntos articulados de representações acerca da vida, em geral, e do trabalho em particular” (2005: 79).

O hospital constitui um lugar altamente profissionalizado, configurando-se como um espaço social de posições hierarquizadas, que engloba uma diversidade de agentes sociais, em que a medicina e a enfermagem constituem-se como profissões que ocupam lugares distintos no espaço social da saúde e na divisão social e técnica do trabalho (Freidson, 1978; Carapinheiro, 1998; Lopes, 2001).

Os estudos oriundos da sociologia da saúde salientam como traço específico da organização hospitalar o poder e a autonomia que os profissionais de medicina detêm, como profissão dominante, que se destaca de qualquer outra categoria profissional na estrutura da divisão social do trabalho (Freidson, 1978; Carapinheiro, 1998). Como salienta Carapinheiro (1998) a autonomia da profissão médica, em articulação com a existência de uma hierarquia institucionalizada de competências no hospital, “é sustentada pela dominação do seu saber e da sua competência técnica na organização da divisão do trabalho e, como consequência, dirige e avalia o trabalho de todas as restantes categorias profissionais” (Carapinheiro, 1998: 54). Com efeito, o processo de profissionalização da medicina tem ocupado, no domínio da investigação da sociologia das profissões, um lugar de destaque. Como refere Rodrigues (1997), Parsons terá sido o primeiro sociólogo a abordar o fenômeno das profissões em termos teóricos e fê-lo sobretudo através das análises das profissões de médicos e de advogados (1997: 9).

O processo através do qual uma ocupação procura o seu caminho de profissionalização tem sido um tema dominante na análise das profissões, que engloba um conjunto de dimensões sobre as negociações e as lutas na criação e na manutenção das fronteiras com as outras ocupações e profissões. Neste sentido, a medicina é muitas vezes vista, como referem Walby e Greenwell (1994), como um exemplo através do qual uma ocupação pode atingir o status de profissão, através do fechamento ocupacional, suporte do Estado e por um corpo distinto de conhecimentos (1994: 65).

Neste domínio mais específico das profissões de saúde, cada profissão, como refere Carapinheiro (1998), para além da diversidade decorrente dos diferentes tipos de formação, de socialização profissional e de treinos e competências, apresenta também uma diversidade de ideologias relativamente a questões mais específicas e tão centrais como o diagnóstico, a etiologia e o tratamento de doenças. Dimensões que se constituem como elementos base para o desencadeamento de múltiplos processos de negociação no interior da organização hospitalar (Carapinheiro, 1998: 63).

O registo escrito da prática dos cuidados de saúde a nível hospitalar, como revelam também os trabalhos de Carapinheiro (1998), Lopes (2001) e Walby e Greenwell (1994), assumem uma importância fundamental, do ponto de vista do investigador, que vai para além da documentação descritiva do quotidiano profissional, no sentido em que permitem desocultar formas diferenciadas de poder implicados em processos de negociação, de conflitos e de estratégias de valorização do trabalho destas profissões de saúde em contexto hospitalar. Constituem-se, por isso, nos contextos de trabalho à volta dos registos de saúde,

conflitos associados à sua elaboração, à quantidade de tempo despendido na sua construção, mas também à denúncia de falta de interesse da leitura do que é registado por parte dos outros profissionais. A título de exemplo, Carapinheiro (1998) refere que os registo escritos oriundos da enfermagem ao se constituírem também, como canais formais de comunicação da situação clínica dos doentes, podem gerar conflitos quando são desvalorizados pelos médicos. Esta desvalorização do registo de enfermagem por parte dos médicos é sentida como uma desvalorização da atitude profissional subjacente a natureza do trabalho da enfermagem. Os médicos ao preferirem obter as informações sobre os doentes de forma directa e oral, reduzem a natureza do trabalho da enfermagem a uma mera execução de ordens que os enfermeiros devem dar conta (Carapinheiro, 1998: 192).

Walby e Greenwell (1994) referem que se, por um lado, os médicos queixam-se, por vezes, que os enfermeiros despendem muito do seu tempo na elaboração destes registo, em vez de orientarem o tempo para a prestação de cuidados directos aos doentes, por outro lado, alguns profissionais de medicina salientam, igualmente, a importância que os registo de enfermagem desempenham como uma fonte de informação útil, acurada e de acesso fácil, acerca das condições do doente na situação de internamento, mas sobretudo acerca de informação sobre as dimensões referentes às circunstâncias externas ao internamento, nomeadamente as que envolvem o ambiente domiciliário (Walby e Greenwell, 1994: 104).

#### *Os registo e os modelos profissionais de medicina e de enfermagem*

Importa agora analisar uma articulação de âmbito mais cognitivo entre um nível situado na expressão dos paradigmas teóricos e modelos profissionais e o nível individual de incorporação cognitiva que é expresso na construção dos registo. Ao nível das profissões de saúde, o registo escrito desempenha um papel central activo e constitutivo do próprio trabalho de saúde para médicos e para enfermeiros.

A medicina e a enfermagem têm sido frequentemente distinguidas pelas diferentes funções que desempenham no interior do sistema de cuidados de saúde. A distinção entre o *cuidar* e o *tratar* encontra-se presente no discurso entre estes profissionais de saúde e, de forma frequente, esta visão recai num modelo dictómico onde num pólo se situa a esfera da acção da medicina que é percepcionada como determinada pelo modelo biomédico, cuja centralidade recai sobre o tratamento e a cura e, no pólo oposto, se situa a enfermagem, cuja acção é explicada de acordo com um modelo de características holísticas e psicossociais, ancorado na dimensão do cuidar.

Estas dicotomias são sustentadas no plano ideológico e reproduzidas quer ao nível dos discursos mais rotinizados, quer ao nível dos registos de enfermeiros e de médicos. Como analisam Walby e Greenweel (1994), tanto os enfermeiros como os médicos referem-se ao cuidar como um processo distinto do tratamento. Contudo, um posicionamento teórico que sustente que o cuidar é exclusivo da enfermagem acaba por se revelar tão enganador como o afirmar que todo o tratamento é médico (Walby e Greenwell, 1994: 46).

O registo escrito constitui uma prática colectiva incorporada nos domínios cognitivos que se articula com os modelos teóricos destas profissões e que igualmente se situa no plano dos habitus enquanto disposições incorporadas nos agentes envolvidos no campo da saúde.

Através das práticas que envolvem não só a escrita mas também a da leitura, o registo, como sustenta Atkinson (1995), funciona como um elemento constitutivo do trabalho corrente, sendo o sustentáculo de uma importante componente de socialização no trabalho, que envolve elementos de comunicação e interacção entre os profissionais de saúde, bem como, entre estes profissionais e as pessoas em situação de internamento. Nesta mesma linha de pensamento, Berg (2004) refere que este processo, que envolve a prática da escrita e da leitura, ingressa nos processos cognitivos e no relacionamento com os outros profissionais de saúde e com os indivíduos hospitalizados. Como sintetiza este autor, sem esta triangulação entre os profissionais de saúde, as pessoas e o registo escrito, os médicos não seriam médicos e os enfermeiros não seriam enfermeiros (Berg, 2004: 27).

No processo histórico relativo à profissionalização quer da medicina quer da enfermagem a informação e o registo recolhido sobre os indivíduos doentes surge como uma dimensão central neste processo de profissionalização e encontra-se em estreita articulação com o desenvolvimento da instituição hospitalar moderna, bem como, ao desenvolvimento dos modelos profissionais dominantes em cada época.

### *Os registos de saúde e a medicina*

As dificuldades sentidas na leitura dos registos em saúde abrem caminho para uma análise sobre a importância que estes registos assumem no plano das profissões.

Heath (1982) salienta no seu estudo que, relembrar-se apenas confinado aos registos elaborados pelos médicos, o facto de que a elaboração das descrições terem o objectivo de serem inteligíveis, não para um alargado público leigo, mas terem como destino um exclusivo grupo de pessoas, ou seja, os seus pares. Estes registos constituem-se como práticas sociais, que resultam do produto complexo de acções sociais produzidas através de uma orientação

para determinadas práticas realizadas por uma mesma categoria de pessoas, que neste caso é constituída pelo grupo profissional dos médicos (Heath, 1982).

Neste sentido, as dificuldades que são tradicionalmente identificadas por parte dos investigadores como inerentes ao estudo dos registos são associadas às dificuldades inerentes à compreensão do *logos* médico, que evolve a compreensão dos conteúdos informativos, mas também a decifração dos frequentes anacronismos, abreviaturas e outras formas de síntese, que são substanciadas na percepção de uma informação que se encontra de forma inconstante e dispersa (Heath, 1982).

Como refere Merton (1957/1979) a profissão médica possui a “sua própria subcultura normativa, um corpo de ideias compartilhado e transmitidas, valores e padrões para os quais se espera que os membros da profissão orientem o seu comportamento. As normas e padrões definem técnica e moralmente as linhas de comportamento lícitas, indicando o que é prescrito, preferido, permitido ou proscrito. As normas codificam os valores da profissão. Isso mesmo se estende a detalhes de linguagem julgados apropriados pela profissão” (1957/1979: 93). Tal como no trabalho de Merton (1957/ 1979), também os estudos de Heath (1982) e Atkinson (1995) sobre a profissão médica, relevam a centralidade que durante o longo processo de aprendizagem teórica e prática da medicina, o aprender a ser médico envolve igualmente um processo de aprendizagem e interiorização relacionado com a forma e com o conteúdo do que é considerado como o adequado à elaboração do que se escreve e do como se escreve, que se traduz, por exemplo, na exigência de apresentações de descrições sucintas nos ficheiros clínicos. O fenómeno de sintetizar constantemente a informação de diferentes fontes e comprimida em curtas frases pode sugerir formas de operacionalização do real.

Uma das características típicas dos registos médicos é a sua estrita economia de discurso. As descrições são breves e evitam as repetições e sobreposições de sentido. No caso das histórias clínicas, os médicos condensam informação que é reunida das suas próprias análises, dos seus pares, dos registos de enfermagem, dos relatos dos doentes e das histórias anteriores. Como refere Berg (2004), se um registo se apresenta como mais completo ou mais exaustivo do que é considerado como o estritamente necessário, para fins práticos, este é normalmente apreciado como um gasto de tempo tanto para quem o escreveu como por quem, posteriormente, terá que o ler e que poderá precisar de rapidamente descobrir informação relevante nos processos (2004: 38). Na verdade, e como salientam Walby e Greenwell (1994), no plano que coloca em confronto médicos e enfermeiros “existe uma tensão contínua entre o tempo disponibilizado para a informação e para a elaboração dos registos e o tempo destinado para o cuidar junto do doente” (1994: 104).

Como refere Heath (1982) esta economia na escrita é conseguida não apenas através do uso mais ou menos mecânico dos habituais conjuntos de classes e de categorias nosológicas, mas sobretudo porque resultam de uma prática cognitiva que é compreendida e partilhada pelos pares. Como uma disposição incorporada no habitus em que se espera de forma rotineira, e não forçosamente consciente, que os outros médicos compreendam o que será escrito. Os médicos esperam, por isso, que o leitor seja capaz de realizar as inferências necessárias e estabelecer as correctas associações entre os assuntos reportados (Heath, 1982).

Garfinkel (1967) refere que os processos clínicos podem apresentar-se como um conjunto de expressões e enunciados codificados, formando um tipo de *jargão* médico que surge como se fizessem parte de uma conversação destinada a uma audiência que, apesar de desconhecida, é percepcionada e *taken for granted* como uma audiência que já saberá do que se estará a falar, sendo simultaneamente competente para interpretar e decifrar o que se encontra escrito (Garfinkel, 1967: 200).

A elaboração dos diagnósticos e dos prognósticos clínicos, como analisa Kleinman (1988) para o caso dos médicos, são realizados em estreita articulação com as descrições contidas nos registos de saúde. Sem estes registos Heath (1982) salienta que os médicos seriam incapazes de conduzir profissionalmente as suas actividades de consulta. Kleinman (1988) refere que, no caso dos serviços médicos situados nos cuidados de saúde primários, que o autor de forma mais específica analisou, cerca de oitenta por cento dos diagnósticos clínicos realizados resultaram sobretudo da elaboração da anamnese clínica dos indivíduos consultados. A anamnese clínica traduz um tipo de informação biográfica, onde se articulam dimensões relativas à doença e à saúde com as dimensões sociais e históricas de cada individuo consultado (Kleinman, 1988). Os profissionais de medicina, como o pessoal noutras organizações burocráticas, como sustenta Heath (1982), baseiam-se e acreditam no conteúdo da documentação escrita.

A importância conferida ao papel dos registos na medicina tem apresentado, contudo, variações de acordo com os contextos históricos. Os historiadores da medicina, como analisa Bury (2001), salientam o facto de que durante os séculos XVIII e XIX, ou seja, antes do advento dominante do modelo biomédico sobre a compreensão da saúde e da doença, a habilidade do médico para construir a história do doente constituía uma valorizada competência profissional que se encontrava à época, bem no centro do que era considerado como uma boa e imprescindível prática clínica. Nesta época, como analisa Lawrence (1994), a principal competência terapêutica do médico, ancorada ainda numa concepção hipocrática da saúde e da doença, era baseada na gestão e na habilidade em manter o equilíbrio do corpo,

quer através da regulação dos fluidos quer no restaurar de uma ideia de harmonia holística entre o meio interior e o meio exterior. Neste sentido, era central a necessidade de uma avaliação de carácter mais global da vida do indivíduo (Lawrence, 1994: 11). Como descreve Lawrence (1994), a construção da história clínica reunia informação sobre os modos de vida, comportamentos e hábitos relativos à alimentação, sexualidade, habitação e sobre o quotidiano e envolvimento geral, que incluía, igualmente, uma avaliação de âmbito mais normativo e paternalista, com a inclusão de avaliações e julgamentos morais sobre as várias componentes da vida privada dos indivíduos.

Porter (1997) sustenta que a ausência de conhecimentos específicos em anatomia e fisiologia, durante os séculos XVIII e XIX, bem como a reduzida eficácia terapêutica que os procedimentos médicos e cirúrgicos que nestas épocas normalmente proporcionavam, como as sangrias, as ventosas, os laxantes ou as purgas, reforçavam uma maior dependência das experiências relatadas pelos doentes para a própria realização dos diagnósticos e prognósticos. Esta maior dependência implicava uma necessidade articulada de valorizar uma relação pessoal mais íntima entre o médico e o doente, obrigando o médico em se concentrar de forma mais profunda na história biográfica do doente.

Com a chegada da biomedicina científica, associada primeiro ao desenvolvimento do moderno hospital e depois fortemente articulada com a expansão do laboratório e das novas tecnologias de diagnóstico e tratamento, a importância da experiência subjectiva relatada pelo doente e, deste modo, a consequente centralidade da história clínica diminuíram drasticamente (Bury, 2001). À medida que o estudo e o tratamento da doença passaram a estar progressivamente separados do indivíduo e mais focalizados nos agentes infecciosos em que, de forma paralela, os novos modelos de pensamento científico em medicina passaram a estar mais centralizados numa concepção monocausal que orientava a prática na procura da etiologia específica da doença, a necessidade para ouvir e registar uma história mais alargada passa a ser considerada como *subjectiva* sobre o indivíduo doente, ficando reduzida a um tipo de informação mais formatada que passa a recair sobre os sinais e sintomas, estes considerados como elementos objectivos da doença.

Durante o século XX, em substituição de um modelo baseado na articulação da doença com as circunstâncias consideradas mais subjectivas relacionadas com os estilos e modos de vida dos indivíduos doentes, a tarefa central do médico passou a consistir na tradução considerada como objectiva destas peças de informação, em diagnósticos mais ou menos definitivos que correlacionam a doença a causas e a resultados biológicos específicos, (Lawrence, 1994; Bury, 2001).

Lawrence (1994) refere que tanto na Europa como nos Estados Unidos América, na década de 1920, a ideia da doença como situada apenas como patologia individual se tornou o paradigma dominante. A aceleração deste processo, com a enorme expansão dos tratamentos médicos e cirúrgicos desde 1940 parecerem, somente, reforçar esta tendência para render ao doente uma postura de maior passividade, em que os relatos subjectivos do doente eram virtualmente irrelevantes (Lawrence, 1994: 77). Como sintetiza Risse (1999): “à medida que a doença foi sendo resgatada da vida quotidiana pelos profissionais de medicina, o discurso de subjectividade do doente foi silenciado, em especial sob o impacto esmagador da tecnologia e da química na assistência médica (1999: 9). Segundo Bury (2001), este processo pode ser interpretado como constituindo uma parcela que se encontra integrada numa tendência mais geral, de separação entre os aspectos da vida do dia-a-dia e a esfera profissional, nas condições de modernidade, analisadas segundo um legado teórico próximo de Giddens (1994).

Contudo, e segundo Bury (2001), apesar de frequentemente os estudos enfatizarem a diminuição da importância da visão biográfica e narrativa do doente pela biomedicina, vários factores têm agido, num período mais recente, que parecem traduzir novas tendências de trazer de novo as narrativas dos doentes à ribalta. Segundo Bury (2001) dois processos merecem particular destaque na explicação deste fenómeno. O primeiro é relativo ao crescimento do impacto das doenças degenerativas e crónicas nas sociedades contemporâneas e o simultâneo declínio da importância das doenças infecciosas em que o modelo biomédico recorde-se foi fundado e celebrizado.

Desde a década de setenta e de oitenta do século XX que a experiência quotidiana da prática médica teve que progressivamente lidar com os efeitos agregados de uma população mais envelhecida e com a consequente relação com as doenças crónicas, em que a gestão da doença e o cuidar foram ganhado nova importância sobre o tratamento e a cura (Gerhardt, 1989, Cokerham, 2008). Neste novo cenário epidemiológico, de predomínio de doenças crónicas, as contingências da vida quotidiana ressurgem elas próprias como factores etiológicos das doenças e, neste sentido, a outrora visão, considerada como subjectiva do doente passa não só a ser ouvida como reinterpretada de forma objectiva (Bury, 1997, 2001).

As doenças *crónicas* significam que o estado de doença se prolonga no tempo e no quotidiano da vida das pessoas, a palavra *cronos* etimologicamente remete para a dimensão temporal, sendo que a doença, em muitas situações, não apresenta um fim definido e definitivo. Como consequência desde novo quadro epidemiológico, já não se poderá facilmente enquadrar os fenómenos relativos à doença e à saúde numa tipologia dictómica

entre de um lado o normal e do outro o desvio. Na cronicidade a normalidade pode significar ser portador de uma doença durante décadas. Como refere Blaxter (1990), a vida normal é redesignada como contendo a doença e a normalização poderá significar a incorporação da doença em novos estilos de vida quotidiano.

Uma segunda dimensão que poderá ajudar a explicar o ressurgimento da importância das vertentes sociais e da narrativa do doente poderá ser localizada, quase de forma paradoxal, no desenvolvimento da tecnologia biomédica.

À medida que a alta tecnologia biomédica se foi tornando cada vez mais dispendiosa para os orçamentos dos estados, os sistemas de saúde passaram a render um novo ênfase aos cuidados primários. Os debates acerca dos cuidados de saúde primários, sobre a prática acerca do valor de uma medicina holística e sobre o escutar o doente, que já se tinham iniciado na Grã-Bretanha em 1950, emergem agora como uma oportunidade para uma maior atenção às narrativas do doente, que passam a surgir elas próprias integradas no conjunto de mudanças que visam o real melhoramento dos cuidados de saúde. Bury (2001) refere, por isso, que as narrativas da doença dos doentes, em tempos quase silenciadas por uma visão paternalista se não mesmo autoritária da medicina, subitamente descobrem uma nova voz.

### *Os registos de saúde e a enfermagem*

A importância dos registos enquanto vertente incorporada da prática de enfermagem tem sido objecto de contínuo debate no interior do campo de enfermagem, como o salientam Martins *et al* (2008). Os registos em enfermagem têm ocupado um lugar de destaque no desenvolvimento da prestação de cuidados e acompanha, de igual forma, o processo de autonomização da enfermagem enquanto profissão, sendo igualmente reconhecido o seu papel central no desenvolvimento da investigação científica em enfermagem.

Como salientam Walby e Greenweel (1994), num estudo realizado em contexto hospitalar no Reino Unido, a profissão de enfermagem tende a enfatizar a necessidade da prática do registo escrito, sendo que este pretende ser meticoloso nas observações sobre o quotidiano dos indivíduos internados, bem como no registo dos esquemas terapêuticos e nos planos de cuidados de enfermagem. Por outro lado, como o trabalho de enfermagem em contexto de internamento hospitalar se organiza por turnos, a leitura dos registos das notas de enfermagem, nos momentos de passagem de turno, assumem uma central importância na medida em que a responsabilidade de cada doente é transferida para o enfermeiro que chega

ao serviço que, por sua vez, tem de assegurar a continuidade dos cuidados (Walby e Greenwell, 1994).

A enfermagem no seu percurso histórico tem procurado afirmar-se como uma profissão autónoma e simultaneamente como uma disciplina científica, como se analisou no Capítulo 2. Neste processo de autonomização profissional, segundo Freidson (1978), a libertação do constrangimento associado à subordinação da autoridade médica teria de ser posteriormente encontrada num domínio sobre o qual a enfermagem pudesse reivindicar e sustentar a sua exclusividade. Contudo, a grande dificuldade residiria sempre, segundo o autor, no facto de que esta reelaboração profissional ter de ser realizada num ambiente em que a tarefa central fosse a da cura, sendo que esta é controlada pela medicina (Freidson, 1978).

Um dos temas dominante na investigação da sociologia das profissões enquadra o processo de profissionalização enquanto estratégia colectiva com vista a atingir recompensas e poder para os membros das profissões. Se, por um lado, e como defendem Walby e Greenwell (1994), a profissionalização tanto da medicina como da enfermagem também poderá ser enquadrada com uma estratégia de auto procura formada por grupos referentes aos trabalhadores, por outro, no caso específico destas duas profissões, as estratégias de profissionalização não poderão deixar de incluir um enquadramento mais amplo de articulação com as estruturas sociais e, de forma mais relevante do que relativamente a outras profissões, uma articulação com a dimensão do género (Walby e Greenwell, 1994).

Como destaca Lopes (2001) no caso da enfermagem, os condicionalismos à plena autonomia funcional são considerados como mais acentuados, dado que a sua actividade se inscreve num processo produtivo organizado em torno de uma profissão dominante, a medicina, que, como tal, condiciona as formas e os limites de autonomia e exercício da prática da enfermagem. Contudo, e apesar dos condicionalismos descritos, Lopes (2001) e Allen (2004) salientam, igualmente, o desenvolvimento simultâneo de estratégias de autonomização profissional baseadas em processos de negociação que decorrem nos cenários quotidianos de interacção hospitalar.

Numa perspective histórica a relação entre os médicos e os enfermeiros tem apresentado mudanças profundas. Estas mudanças, segundo Allen (2004), traduziram-se em ganhos de autonomia para a enfermagem, que poderão ser revelados através do maior poder na interpretação das regras organizacionais e no maior espaço verificado na enfermagem para directamente influenciarem as decisões sobre o tratamento dos doentes. Concomitantemente, não é só no plano da interacção quotidiana multidisciplinar que se poderá situar a visibilidade de estratégias de autonomização profissional. De forma paralela, também no plano localizado

ao nível da produção teórica sobre a enfermagem, bem como na elaboração e visibilidade dos registos de saúde, se poderão identificar estratégias de autonomização e valorização profissional decorrentes da produção de modelos teóricos e da consequente produção de um *logos* científico próprio da enfermagem. E, neste sentido, também aqui, a formação específica de um corpo de saberes constituiu para a profissão de enfermagem uma importante dimensão na definição de uma identidade e autonomia profissional (Tomey e Alligood, 2004).

As relações entre a prática quotidiana dos cuidados de enfermagem e a investigação e o desenvolvimento teórico no campo académico constituíram, durante o século XX, um importante alicerce deste processo de profissionalização, nomeadamente, através do desenvolvimento de modelos teóricos de enfermagem, em especial nos países como os Estados Unidos, Canadá, Grã-Bretanha e França (Runk e Quillin, 1983). A institucionalização da educação universitária para o exercício da profissão de enfermagem é, por isso, e desde muito cedo, defendida pelos agentes consagrados neste campo.

Como referem Simões e Amâncio (2004), para o caso particular da enfermagem, o processo de construção de conhecimentos disciplinares próprios e a procura de credenciação dos saberes formais, apesar de se apresentarem como próximos a outros processos de profissionalização, constituíram, igualmente, expressões de autonomização em relação ao saber médico dominante, de reconstrução de identidades, de referentes simbólicos e de práticas profissionais. Este processo tem, por sua vez, sido acompanhado pela crescente exigência de maiores níveis de escolarização, ao nível da formação profissional da enfermagem, situada actualmente ao nível da licenciatura, com a institucionalização de mestrados e doutoramentos em enfermagem.

A proliferação de diferentes modelos teóricos de enfermagem, que surge a partir de meados do século XX, contrasta com a maior estabilidade e antiguidade dos modelos teóricos na medicina. Alguns autores que se poderão situar enquanto teóricos no campo da enfermagem, como Hesbeen (2000), alertam para o problema das abordagens de enfermagem terem sido construídas a partir da diferença entre a abordagem médica da doença e a abordagem de enfermagem do doente (2000: 97). Neste percurso histórico de profissionalização, as noções de cuidar e de cuidados podem ser situadas enquanto referenciais simbólicos genéticos da enfermagem e têm constituído, nos modelos teóricos, um operador ideológico central na definição e posicionamento identitário da enfermagem relativamente aos outros profissionais de saúde (Lopes, 2001). Neste sentido, Hesbeen (2000) define, de uma forma geral, o cuidar como uma arte. Arte que designa a atenção especial dirigida a uma pessoa com o objectivo de a ajudar. Segundo Hesbeen (2000), no campo da

saúde o cuidar combina elementos de conhecimento, de destreza, de saber ser e de intuição, que permitem ajudar alguém na sua situação singular contribuindo para o seu bem-estar e que, simultaneamente, permitem promover a saúde (Hesbeen, 2000: 37). Collière (2003), por seu turno, relaciona a noção de cuidar, de forma indissociável, ao sentido semântico da necessidade de *tomar conta da vida*.

Estas noções de cuidar, apesar de historicamente se associarem e por vezes se confundirem com traços femininos de vocação e de sacrifício (Lopes, 2001) seja quando associadas às práticas religiosas ou à disciplina e virtuosa abnegação da era Nightingale (Simões e Amâncio, 2004), não se constituem, contudo, como noções de significado estático. A noção de cuidar foi incorporando progressivamente novos conteúdos e novas referências semânticas servindo como peça central de um modelo de saúde que se pretende, na óptica da enfermagem, mais próximo de uma orientação associada à promoção da saúde e à prevenção da doença que, deste modo, permite um distanciamento relativamente ao modelo curativo biomédico associado à medicina.

Esta deslocação semântica da noção de cuidar, de um sentido histórico mais clássico associado aos cuidados de cabeceira para uma dimensão agora revestida de elementos científicos ligada à profissão de enfermagem, é reconhecida e sobretudo instrumentalizada como um elemento de diferenciação positiva pelos agentes posicionados no interior do campo da enfermagem. Como se exemplifica através dos seguintes posicionamentos teóricos, oriundos do campo de enfermagem de Fernandes (2007) e de Collière (2003). Fernandes (2007) refere que após uma fase em que o modelo biomédico era dominante na enfermagem, se assistiu, posteriormente, a uma mudança que passou a centrar os modelos de enfermagem numa vertente de cuidados humanizados no sentido em que o “cuidar é dirigido à pessoa enquanto o tratar é dirigido à doença” (Fernandes, 2007: 46). Collière (2003), por seu turno, defende que à noção do cuidar é inerente uma concepção global do indivíduo, salientando a importância da compreensão dos hábitos de vida, das crenças e dos valores dos indivíduos inseridos numa sociedade e numa determinada cultura, como fundamental para as práticas dos cuidados de enfermagem (2003: 61). A esta noção do cuidar é então associada uma concepção global do indivíduo que se traduz, nos modelos de enfermagem, pela inclusão de uma concepção holística do cuidar. Como refere Lopes (2001), a concepção teórica e prática baseada num modelo holístico surge, deste modo, na enfermagem, como um novo operador ideológico associado ao cuidar. A noção de cuidar é definida por oposição à noção de tratar ou de curar e a dimensão do global e do holístico é introduzida por oposição à do parcelar (Lopes, 2001). Torna-se central, nas estratégias de construção e de afirmação de um espaço

autônomo, o jogo simbólico das dicotomias revelando-se, desta forma, a centralidade estratégica dos modelos teóricos no desenvolvimento da enfermagem enquanto profissão autônoma e disciplina científica.

Também no plano de âmbito mais epidemiológico, e de acordo com Allen (2004), o aumento da prevalência das doenças crônicas teve como consequência uma importante mudança na prestação dos cuidados de saúde, deslocando a ênfase da prevenção da morte para a promoção da qualidade de vida. Neste cenário os profissionais de enfermagem, segundo Allen (2004) encontram-se, aparentemente, mais bem colocados para a contribuição da gestão dos doentes dada a centralidade que a dimensão referente ao social desempenha nos sistemas de cuidados holísticos (2004: 245).

Os registos de enfermagem, e em especial os elaborados em contexto hospitalar, assumem, desta forma, uma importância decisiva na construção e reprodução desta matriz epistemológica que funciona como um importante gerador identitário, em especial na sua diferenciação relativamente ao modelo biomédico dominante associada à prática da medicina. No campo da enfermagem é destacada a importância que os registos hospitalares ocupam quer pelo seu papel no desenvolvimento da própria prestação dos cuidados de saúde, quer como valorização e aprofundamento da autonomia da profissão (Martins *et al*, 2008; Hesbeen, 2000; Collière, 2003).

A inclusão das dimensões sociais nos modelos relacionados com a saúde e com a doença e a introdução semântica da perspectiva holística nos discursos e na percepção dos indivíduos não constituem, contudo, domínio exclusivo da enfermagem, como já anteriormente referido. A partir da década de setenta do século XX, reconhece-se que o controle da doença não repousa apenas sob os processos médicos e medicalizantes. O modelo monocausal da doença é gradualmente substituído por um modelo multicausal, sugerindo que causas biológicas da doença se articulam com outras causas, que integram dimensões sociais, culturais ou ambientais (Carapinheiro, 1986). De forma progressiva, as dimensões sociais e culturais passam a ser consideradas como relevantes no processo de realização do diagnóstico clínico e no esquema terapêutico adoptado. Os estilos de vida e os hábitos de saúde passaram a constituir dimensões centrais nos estudos de saúde em que se procura obter informação sobre as atitudes e comportamentos em matéria de alimentação, consumo de álcool, tabaco e prática de exercício físico (Cabral, Silva e Mendes, 2002; Blane, Brunner e Wilkinson, 1996).

### **5.3 Hipóteses de investigação sobre os registo de saúde.**

Decorrente do sucinto enquadramento teórico exposto sustenta-se que os registo hospitalares constituem um elemento central da prática quotidiana dos profissionais de enfermagem e de medicina e que é potencialmente revelador, por um lado, de processos de articulação com os diferentes modelos e paradigmas teóricos e profissionais e, por outro, porque permite desocultar formas diferenciadas de poder implicados em processos de negociação, de conflitos e de estratégias de valorização do trabalho destas profissões de saúde em contexto hospitalar.

Sendo certo que os conteúdos presentes nestes registo se poderão situar em múltiplas dimensões de análise, o que se pretendia, nesta fase da investigação, era sobretudo circunscrever a análise empírica à presença de informação respeitante às dimensões sociais dos indivíduos em situação de internamento. Em certo sentido, o foco analítico estaria orientado, por ora, não para a informação respeitante ao quotidiano individual hospitalar, maioritariamente traduzido nos registo, mas, pelo contrário, orientado para uma análise que incidisse na informação que reflectisse a história de vida de cada pessoa fora do contexto do internamento. Pretendia-se, deste modo, analisar a capacidade que os registo permitem no sentido de uma visualização do conjunto multidimensional de relações sociais, que cada pessoa *transporta consigo* para os diversos contextos de internamento hospitalar. Neste sentido, um conjunto de novas interrogações iniciais presidiram a esta parte da investigação. Será que a informação contida nos registo de enfermagem e de medicina permitiam a *visualização* das pessoas numa perspectiva socialmente mais global? Será que os registo de enfermagem traduzem a influência dos seus modelos teóricos ou, pelo contrário, estarão mais próximos do modelo biomédico? Como se articulam os conteúdos dos registo com os diferentes tipos de serviço hospitalar onde são produzidos?

Decorrente do que foi exposto no quadro teórico sustenta-se como hipótese que a articulação entre os modelos teóricos e a prática relacionada com a elaboração escrita dos registo seja condicionada pelos diferentes contextos de interacção do trabalho quotidiano, onde intervêm, por um lado, a diferenciação a nível hospitalar e ao nível dos serviços hospitalares e onde intervêm, por outro lado, os atributos individuais dos utentes internados em contexto hospitalar.

Apesar do tipo de metodologia nesta fase da investigação convocar uma análise de cariz mais intensivo, decorrente da leitura e análise de conteúdo de cada um dos processos de registo de internamento hospitalar - no sentido da procura e identificação de dimensões

sociais num discurso fortemente impregnado de dimensões biofisiológicas - o que se pretendia era, igualmente, a obtenção de um tipo de resultados finais que permitissem uma análise sob a forma de relações quantificáveis entre variáveis, ou seja, nesta fase da investigação a metodologia foi igualmente assente numa estratégia de tipo extensivo-quantitativo.

Deste modo e decorrente das hipóteses orientadoras da investigação estabeleceu-se que no domínio das variáveis a expressão das dimensões sociais nos registos de medicina e de enfermagem se constituía como a variável dependente, enquanto que as diferentes instituições hospitalares, os diferenciados tipos de serviços hospitalares e, finalmente, os atributos individuais das pessoas internadas se constituíam como o conjunto das variáveis independentes.

Apesar desta parte do trabalho se apresentar com objectivos e com um corpo teórico com características relativamente independentes, tendo em conta o conjunto mais alargado da investigação, o processo de recolha de informação empírica coincidiu no mesmo momento temporal. Contudo, e no domínio da delimitação empírica, foram apenas considerados os processos de internamento que conduziram ao óbito e não se considerou a informação presente nos registos referentes a anteriores internamentos que cada pessoa teria tido ao longo da sua vida. Deste modo, para esta parte do trabalho, foram somente analisados os 1935 processos hospitalares, correspondentes ao último internamento das 1935 pessoas que morreram nestas duas instituições hospitalares no ano de 2004. Relativamente à recolha de informação foi elaborado e aplicado um único instrumento padronizado de recolha de informação, cuja construção obedeceu ao cumprimento dos diferentes enquadramentos teóricos e objectos de estudo, embora entendidos de forma articulada e complementar, que iriam estruturar a investigação no seu todo. Neste sentido, o instrumento de recolha de informação mobilizado para cada processo de registo hospitalar, nesta parte específica do trabalho, foi dotado de maior amplitude no que concerne ao leque de dimensões sociais a recolher. O processo de construção deste instrumento de recolha de informação, como anteriormente já descrito, foi iniciado em primeiro lugar através de um confronto com a informação contida em 80 processos hospitalares, aleatoriamente seleccionados, e posteriormente aplicado a todas as unidades de análise.

O Quadro 5.1 apresenta o conjunto de sete dimensões sociais que foram elaboradas tendo por base, por um lado, o enquadramento teórico e as hipóteses de investigação e, por outro, tendo por base a informação disponível nos primeiros 80 processos hospitalares analisados. Cada uma destas sete dimensões são entendidas como indicadores compósitos,

pois agrupam um conjunto mais denso de informação base, que pretendeu traduzir a presença de informação resultante de um conjunto de outras variáveis. Esta informação base foi igualmente operacionalizada em variáveis e categorias, como se pode observar no Quadro 5.1.

Como anteriormente referido, para cada pessoa internada no hospital existe um correspondente processo de registo individual que, pela natureza da sua organização é possível identificar a origem profissional responsável pela inicial recolha de informação e registo, bem como dos serviços hospitalares onde forma elaborados

**Quadro 5.1** Operacionalização das dimensões de análise dos registos de saúde hospitalares

Dimensões	Variáveis
	Estado civil
Sócio-demográfica	Residência Naturalidade
	Coabitação
Família	Profissão do cônjuge Profissão dos filhos Nº de filhos
	Profissão. (se reformado antiga profissão)
Sócio-ocupacional	Condição perante o trabalho Situação na profissão
Religião	Confissão religiosa (hábitos religiosos)
Recursos cognitivos	Nível de escolaridade Conhecimento sobre a doença
Alimentação, ocupação, recreação	Ocupação-Recreação. Prática de exercício físico Padrão de alimentação
Tabagismo e álcool	Hábitos tabagismo Hábitos alcoólicos



## **Capítulo 6**

### **AS DIMENSÕES SOCIAIS NOS REGISTOS HOSPITALARES**

#### **6.1 Caracterização do objecto empírico**

Os registos de medicina e de enfermagem são elaborados de forma tendencialmente diacrónica, sob um formato próximo de diário, que traduzem, de forma mais ou menos exaustiva, o quotidiano de cada pessoa no seu internamento hospitalar.

O registo de saúde constitui um instrumento estruturado e colectivo e, neste sentido, como salienta Berg (2004), a sua construção escrita encontra-se igualmente condicionada pela sua prévia estrutura formal, que orienta e selecciona a recolha de informação através das formas pré definidas e da apresentação e composição das categorias que, em muitas situações, listam os temas entre o que deve ser considerado como informação relevante e como a não relevante.

Uma primeira análise sobre os conteúdos e sobre a forma como são elaborados os registos permite evidenciar o facto de que médicos e enfermeiros não apenas escrevem conteúdos diferentes como o fazem, formalmente, numa configuração distinta.

No caso da enfermagem a informação sobre cada pessoa, em situação de internamento, encontra-se de forma simultaneamente mais dispersa como, igualmente, mais estruturada e compartimentada em diferentes espaços de registo. A divisão técnica do trabalho de enfermagem fica plasmada na forma como se encontra organizado o processo de registo. A parte do registo escrito, oriundo da enfermagem que se encontra no interior dos processos hospitalares, é constituída, normalmente, por um maior número de formulários ou folhas de registo já previamente formatados e estruturados, com objectivos mais precisos sobre a orientação da recolha e do tipo de informação que se pretende obter.

Estes formulários e folhas de registo são especificamente orientados para os diferentes momentos temporais do internamento e para as diferentes acções de enfermagem, sendo facilmente identificáveis através das suas denominações e separadores físicos. Este tipo de

organização dos regtos permite, também, maior facilidade no acesso a um determinado tipo de informação mais específica por parte de outros profissionais.

Deste modo, na parte da enfermagem, podemos encontrar formulários e designações de registo sobre: 1) o momento da admissão do indivíduo no internamento, normalmente identificado como a *nota de entrada*; 2) o registo de sinais vitais (temperatura, tensão arterial, etc.); 3) a identificação dos problemas ou diagnósticos de enfermagem; 4) o registo da terapêutica administrada; 4) as notas de alta de enfermagem ou cartas de transferência de doentes e, finalmente, 5) as folhas referentes ao *diário de enfermagem*. Os diários de enfermagem constituem a parte mais volumosa dos regtos, pois reflectem uma descrição contínua do quotidiano de cada pessoa internada, nas 24h do dia, e que é organizada, normalmente, num formato sequencial que reflecte os três turnos do trabalho de rotatividade da enfermagem: manhã, tarde e noite.

Relativamente à presença de informação sobre as dimensões sociais dos indivíduos internados, no caso da enfermagem, esta pode-se encontrar de forma mais dispersa nestas várias secções de registo.

O registo médico, por seu turno, encontra-se normalmente de forma mais simplificada e menos repartida por diferentes formulários, do que no caso da enfermagem. O registo médico hospitalar é elaborado em folhas de linhas, podendo mesmo ser encontrados regtos elaborados em folhas simples. Estas folhas, destinadas à escrita médica, apresentam um menor grau de estruturação e de pré-formatação e surgem normalmente identificadas com a denominação de *diário clínico*. Neste diário clínico ficam normalmente agrupadas as dimensões de caracterização social dos indivíduos internados, bem como a caracterização dos sinais e sintomas, trajectórias de doença e o acompanhamento da evolução do quadro clínico ao longo do internamento.

A informação sobre as dimensões sociais dos indivíduos internados surge assim de forma mais concentrada, sob o formato de um pequeno texto narrativo, que poderá ocupar apenas um parágrafo. A título ilustrativo recria-se aqui um registo tipo, cujo conteúdo é fictício, de como se poderá encontrar reunida a informação sobre as dimensões sociais no registo médico:

“doente do sexo masculino, 78 anos, residente em Lisboa, viúvo há sete, reformado (ex-professor do secundário), fumador dos 20 aos 63 anos (1 a 2 maços/dia), antecedentes de HTA, AVC e EAM (1998) deu entrada às 11h com o diagnóstico de AVC hemorrágico com ...”

Normalmente, na sequência deste pequeno relato biográfico surge de forma mais detalhada, mas ainda no mesmo conjunto de folhas, o registo de informações sobre o curso da doença, descrição de sinais e sintomas, valores laboratoriais, esquemas terapêuticos, hipóteses diagnósticas, sinais vitais, etc. Na verdade, a economia de registo dos médicos contrasta claramente com a maior extensão dos registos de enfermagem. Heath (1982) refere como característica central dos registos médicos esta economia das descrições e a saliência no texto do que é considerado como o mais significativo.

Para além deste sentido de análise de âmbito mais descritivo, Berg (2004) salienta a necessidade de incluir, nas análises sobre os registos de saúde, as dimensões relacionadas com o poder, no sentido em que o registo também medeia a criação e a manutenção das hierarquias entre os profissionais de saúde. Segundo Berg (2004), as pouco estruturadas páginas dedicadas à história clínica sublinham a posição central do médico nos cuidados de saúde, que contrasta, por exemplo, com a muito estruturada lista de registo de temperaturas e sinais vitais de enfermagem que, por seu turno, sublinham a disciplina incorporada no trabalho de enfermagem e o sentido da necessidade de uma apresentação formal ao médico de uma panorâmica rica de informação. Neste sentido, o registo médico surge como uma das formas, através das quais, os diferenciais de poder são materialmente constituídos.

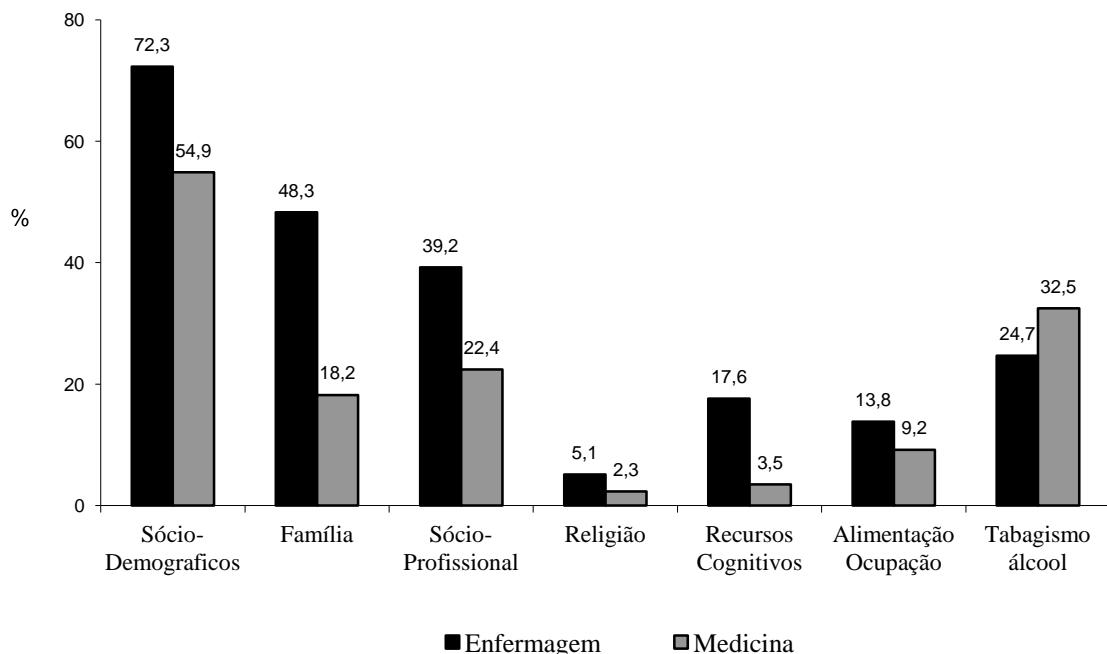
#### *O registo de dimensões sociais por origens profissionais*

Apesar de, como anteriormente referido no Capítulo 4, se assistir a uma progressiva incorporação das dimensões sociais e culturais nos modelos biomédicos e nos modelos de enfermagem, os registos hospitalares tendem a traduzir maioritariamente informação relacionada com as dimensões de tipo biofisiológico associado à doença. Ou seja, o conteúdo informativo deste tipo de registo hospitalar, sejam eles elaborados por médicos ou por enfermeiros é, maioritariamente, centrado nas dimensões que reflectem a evolução da doença, sinais e sintomas, diagnósticos clínicos, hipóteses diagnósticas, resultados de análises laboratoriais, esquemas terapêuticos adoptados, sinais vitais, padrões de sono, de alimentação ou de eliminação. A procura e o resgate das dimensões sociais tornam-se, por isso, uma tarefa que requer uma exaustiva e minuciosa leitura.

O próximo conjunto de análises decorreu da articulação entre a presença de informação sobre as sete dimensões sociais anteriormente definidas no Capítulo 5 e as origens profissionais. A Figura 6.1 traduz a distribuição das frequências, referentes à presença de cada

uma destas sete dimensões sociais, nos registos de enfermagem e nos registos de medicina, no conjunto dos dois hospitais.

**Figura 6.1** Frequências das ocorrências das dimensões sociais no conjunto dos dois hospitais (%)



Fonte: Dados originais recolhidos no âmbito da investigação: “Desigualdades da vida e na morte. Saúde, classes sociais e estilos de vida”

Como se pode observar, através da Figura 6.1, os registos de enfermagem apresentam globalmente frequências mais elevadas de ocorrência de informação, que sustentam as várias dimensões sociais, com a excepção da dimensão relativa ao tabagismo e consumo de álcool. Uma segunda leitura permite destacar que, apesar de se verificarem diferenças entre as origens profissionais, na presença de informação sobre as várias dimensões sociais, esta diferenciação revela um padrão bastante semelhante para ambas as profissões analisadas. De um modo geral, os médicos e os enfermeiros registam de forma mais central informação que aqui é agrupada na dimensão *sociodemográfica*. Em 72,3% dos registos de enfermagem e em 54,9 % dos registos médicos, encontrava-se patente a presença de informação sobre a residência, estado civil ou sobre a naturalidade. De entre este indicadores verifica-se sobretudo a presença de informação sobre a residência e sobre o estado civil, sendo que a informação sobre a naturalidade constitui um elemento de caracterização social bastante mais raro. Verifica-se que este tipo de informação de âmbito sociodemográfico surge também, e para além dos registos de enfermagem e de medicina, como a dimensão mais frequente no

restante conjunto das outras profissões hospitalares, sobretudo nos formulários com origem nos serviços de recepção administrativa. Esta informação sociodemográfica é posteriormente incorporada nos processos de internamento sob a forma de etiquetas ou formulários informatizados.

A segunda dimensão que recolhe maior presença de informação é a relativa à *família*. Aqui, observa-se uma maior discrepância entre as frequências por origem profissional. Em praticamente metade dos registo de enfermagem, ou seja em 48,3%, existe a presença de informação referente ao contexto familiar. Informação que apenas surge em 18,2% dos registo de medicina. Dentro desta dimensão da *família* é sobretudo a informação recolhida sobre as variáveis *coabitação* e *filhos* que apresentam as maiores frequências. A informação sobre a existência de filhos, ou número de filhos, encontrava-se presente em 323 processos de internamento, ou seja em 21% dos casos analisados. Do total destes processos analisados, este tipo de informação surge de forma mais frequente nos processos oriundos das mulheres, que representam 62% dos casos, sendo bastante menos frequente nos registo dos internamentos dos homens com 38%. Ainda dentro da dimensão da família é de destacar a pouca informação sobre a profissão do cônjuge, que surge em apenas 6,8% dos processos e, igualmente a pouca informação sobre a profissão dos filhos, com uma frequência de 5,2%. Relativamente à profissão do cônjuge é de realçar que apenas se obtém informação do cônjuge quando este é do sexo masculino. Refira-se que em apenas seis processos oriundos da população masculina, ou seja em 0,3%, se encontrava presente informação sobre a profissão da esposa.

Esta situação reflecte uma tendência mais geral, que será posteriormente analisada, e que traduz a presença de mais informação sobre o universo masculino, mesmo quando, e como ficou demonstrado por este exemplo no casos dos indivíduos casados, não sejam os homens que estejam em situação de internamento, mas sim as suas esposas. Outro dado relevante reporta-se ao facto das profissões dos filhos, quando surgem registadas, se referirem maioritariamente a um conjunto de profissões situadas nas classes mais altas, como advogados, engenheiros e professores universitários ou então, a profissões ligadas à saúde, como médicos, enfermeiros, fisioterapeutas ou auxiliares de acção médica.

A terceira dimensão com ocorrência mais frequente reporta-se à presença de informação sobre os *indicadores socioprofissionais*. Em 39,2 % dos registo elaborados pela enfermagem existe informação sobre este domínio, enquanto que este valor desce para os 22,4% nos registo de medicina. Nesta dimensão existe maior presença de informação sobre a condição perante o trabalho do que sobre a profissão dos indivíduos.

Enquanto que um indicador como a *condição perante o trabalho* reflecte normalmente a situação actual do indivíduo internado, o que neste estudo maioritariamente se refere à condição de reformado, a definição da profissão já remete, na maioria destas situações, para trajectos e histórias de vida situadas no passado. De uma forma geral, os registos traduzem mais uma dimensão sincrónica do indivíduo, não favorecendo por isso uma análise de cariz mais longitudinal com uma clara tendência de menor peso das trajectórias biografias. As análises que incorporam uma dimensão mais histórica e biográfica do indivíduo referem-se maioritariamente ao historial de doenças, intervenções cirúrgicas ou anteriores esquemas terapêuticas adoptados. Ainda relativamente à presença de informação sobre a dimensão socioprofissional verifica-se, em menor percentagem, a ocorrência explícita sobre a situação face à profissão dos indivíduos.

Relativamente às dimensões que traduzem os estilos de vida relacionados com a saúde foram aqui organizados em duas dimensões. Uma dimensão referente ao tabagismo e ao consumo de álcool e uma segunda dimensão referente à alimentação, ocupação e recreação.

No conjunto destas duas dimensões, como se pode constatar ainda através da Figura 6.1, a que surge de forma mais frequente é a relativa aos hábitos de *tabagismo* e *consumo de álcool*, sendo que se constituiu como a única dimensão em que a frequência surge com valores superior nos registos oriundos da medicina, com 32,5%, do que nos oriundo da enfermagem com 24,7%. Contrariamente à dimensão socioprofissional, a informação a respeito destas práticas apresenta-se frequentemente com um sentido cronológico, em especial no caso do tabagismo, sendo possível, na maioria destas trajectórias traçar um percurso que vai desde o início do consumo de cigarros e que inclui, igualmente, informação aproximada sobre as respectivas idades referentes ao inicio desta prática, bem como, às idades em que posteriormente se tenha verificado o seu abandono. Relativamente ao consumo de álcool as descrições apresentam pontos de semelhança, mas mais circunscrito às situações clínicas definidas como alcoolismo.

O tipo de informação presente nesta dimensão acentua a presença da prática, sendo bastante mais raro a presença de informação que revela situações em que os indivíduos ou nunca fumaram ou nunca consumiram bebidas alcoólicas. O registo deste tipo de informação, ou seja, a presença de informação que reflecte a ausência de tabagismo ou a ausência de consumo de álcool, só se tornava relevante quando associada a situações de óbitos ocorridos em idades mais jovens e quando associada a determinadas causas de óbito por doença, como por exemplo, nos casos de cancro do pulmão, de enfarte do coração ou de doenças do fígado, em indivíduos que não tinham hábitos de tabagismo ou de consumo de álcool.

Relativamente à dimensão referente à *alimentação ocupação e recreação*, a informação surge com valores mais reduzidos, sendo 13,8% oriunda dos registos de enfermagem e 9,2% oriunda dos registos de medicina. A informação sobre o padrão de alimentação, a mais frequente dentro destas três variáveis, surge normalmente por associação a um conjunto de doenças que implicam a alteração da dieta alimentar, em que se destaca em primeiro lugar a diabetes depois a hipertensão arterial e finalmente as situações de recuperação de acidentes vasculares cerebrais (AVC). A informação sobre a ocupação/recreação dos indivíduos encontra-se praticamente concentrada nos registos de enfermagem e dão conta de algumas actividades que se traduzem em pequenos apontamentos como “ir ao Centro de Dia”, “ver televisão”, “fazer renda”, “passar com os netos”, “jogar às cartas no café” ou por exemplo “ocupar-se com uma pequena horta”, sendo que esta última situação é apenas presente nos registos oriundos de Beja.

Relativamente à dimensão referente aos recursos cognitivos dos indivíduos, esta surge com valores reduzidos e bastante mais concentrada nos registos de enfermagem com 17,6%, do que nos registos médicos com uma frequência de 3,5%. São sobretudos os níveis de escolarização que nesta dimensão recolhem maior peso informativo, apresentando um tipo de informação que incluí desde as descrições mais sucintas como “4<sup>a</sup> classe” ou “licenciatura” até a presença de descrições de situações bastante mais específicas, embora mais raras, como “antigo 7º ano incompleto” ou “não frequentou a escola, não saber ler nem escrever, mas sabe assinar e fazer contas”. Bastante mais rara é, contudo, a presença de informação sobre o conhecimento que os indivíduos internados revelam sobre a sua situação clínica ou sobre os esquemas terapêuticos adoptados no domicílio.

Finalmente, no conjunto das sete dimensões seleccionadas, a que registou menor frequência de registo relacionou-se com a informação respeitante às confissões e práticas religiosas dos indivíduos. Em apenas 5,1 % dos processos de enfermagem analisados e em 2,3% dos de medicina se verificou a presença de informação sobre esta dimensão. Apesar da pouca presença deste tipo de informação é de salientar, contudo, que apresenta algumas especificidades na sua ocorrência. Por um lado, é uma informação que se localiza maioritariamente nos processos das mulheres (88%) e, por outro, salienta as situações de carácter mais minoritário na sociedade portuguesa. A justificação para a presença do registo deste tipo de informação que surge sob a forma das designações de “adventista do sétimo dia”, “jeová” ou “muçulmano”, é legitimada pelos profissionais de saúde, pelas implicações de ordem cultural que, alegadamente, se encontram relacionadas com determinadas práticas

médicas, como as transfusões de sangue, transplante de órgãos, mas também relacionadas com as restrições culturais associadas, por exemplo, à dieta alimentar.

De forma sucinta, uma análise mais agregada sobre a presença destas dimensões sociais revelam, de uma forma geral, que os registos de enfermagem diferenciam-se dos registos de medicina, tanto nos conteúdos como na forma e possibilitam uma melhor visualização dos indivíduos nas suas dimensões sociais. É sobretudo na presença de informação sobre as dimensões familiares e socioprofissionais que os registos de enfermagem mais se diferenciam dos registos médicos. Verifica-se ainda a existência de mais conteúdos informativos relacionados com os comportamentos considerados como de risco e, neste sentido, sabe-se mais sobre os consumos de tabaco ou de álcool do que sobre os padrões habituais de alimentação, prática de exercício físico ou sobre actividades de ocupação e recreação. Releva-se, finalmente, a pouca informação acerca dos recursos cognitivos dos indivíduos internados.

## 6.2 Índice de registo de dimensões sociais

No sentido de se proceder a uma análise que possibilitasse uma quantificação e um tratamento estatístico, que reflectisse a tradução das dimensões sociais de forma mais agregada, foi elaborado um índice a que se denominou de *índice de registo de dimensões sociais*. A construção deste índice, como se apresenta no Quadro 6.1, foi elaborado tendo por base a contagem das ocorrências da informação sobre as sete dimensões sociais atrás analisadas, nos registos de medicina e de enfermagem.

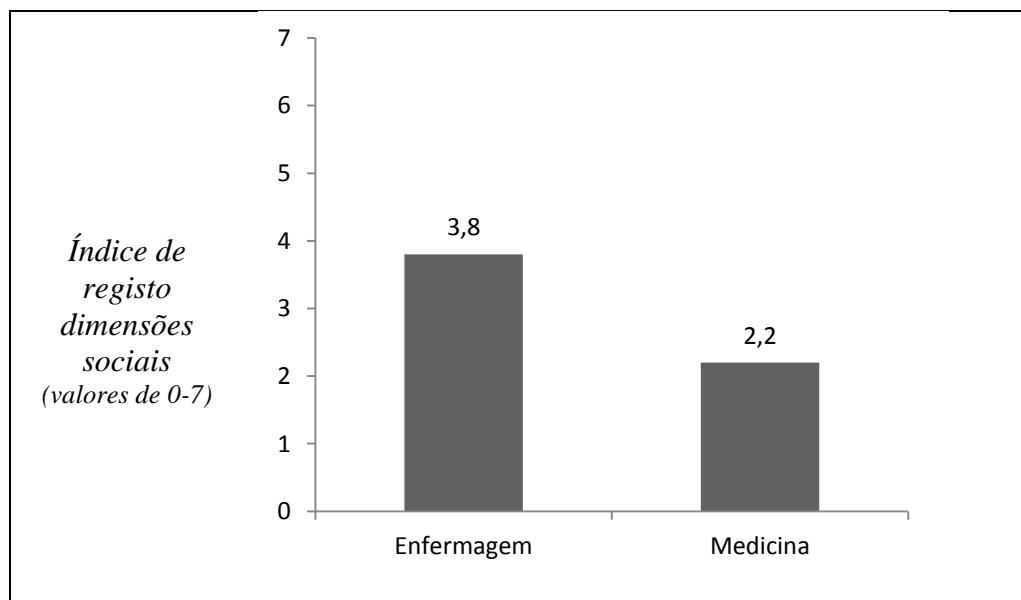
**Quadro 6.1** Índice de registo de dimensões sociais. Dimensões constituintes

Índice	Dimensões
<i>Índice de registo de dimensões sociais</i>	Sociodemográfica Família Socioprofissional Religião Recursos cognitivos Alimentação e ocupação Tabagismo e álcool

Em cada processo de registo de internamento hospitalar foi verificada a informação respeitante para cada uma das sete dimensões, tendo-se atribuído o valor de “um” à presença de informação na dimensão analisada e o valor de “zero” à ausência de informação. Em cada dimensão o assinalar de presença de informação com o valor de “um” reflecte, por seu turno, a presença de informação em pelo menos uma das suas variáveis constituintes. As variáveis constituintes de cada dimensão foram anteriormente expostas no Quadro 5.1 no Capítulo 5. A atribuição do valor “zero” significa a ausência de informação sobre a dimensão que reflecte, por seu turno, a ausência de informação em todas as suas variáveis constituintes. Deste modo, cada *índice de registo de dimensões sociais* permite a apresentação de valores situados numa escala numérica entre um valor mínimo igual a *zero*, que corresponde à ausência de informação em todas as dimensões, e um valor máximo igual a *sete*, que corresponde à presença de informação em todas as dimensões sociais.

Um primeiro cruzamento deste índice com as origens profissionais, como se apresenta na Figura 6.2, revela o que já anteriormente era sugerido pela leitura mais pormenorizada da informação que incidia sobre as variáveis e as dimensões sociais.

**Figura 6.2 – Índice de registo de dimensões sociais por origem profissional**



Fonte: Dados originais recolhidos no âmbito da investigação: “Desigualdades da vida e na morte. Saúde, classes sociais e estilos de vida”

Como se pode verificar pela Figura 6.2, os registos de enfermagem apresentam um valor superior de índice de registo o que, neste caso, significa a presença de informação de uma média de 3,8 dimensões sociais por processo de enfermagem, enquanto que o valor deste índice desce para uma média de 2,2 dimensões respeitante aos registos de medicina.

Decorrente da hipótese que sustentava que a elaboração dos regtos se encontrava condicionada pelos diferentes contextos do trabalho, pretendeu-se conhecer os modos diferenciados da expressão quantitativa deste índice de dimensões sociais, nos diferentes regtos de medicina e de enfermagem, mas agora em articulação com os diferentes contextos de trabalho onde foram originariamente produzidos.

A diferenciação dos contextos de trabalho hospitalar tem constituído uma importante dimensão na investigação oriunda da sociologia da saúde. De forma sintética são normalmente apontados dois tipos de diferenciação relativamente a contextos de organização hospitalar: uma diferenciação entre diferentes instituições hospitalares e uma diferenciação interna que correspondente aos diferentes tipos de serviços no interior de cada instituição hospitalar. Alguns dos trabalhos de referência a nível nacional, como o de Carapinheiro (1998) e o de Lopes (2001), mobilizam de forma articulada estas duas dimensões, ou seja, constituem-se como investigações que foram realizados em diferentes hospitais e em diferentes serviços hospitalares. A presente investigação segue esta linha de orientação teórica e metodológica pretendendo, igualmente, incluir uma análise articulada entre as diferentes instituições hospitalares e os diferentes tipos de serviço. A exposição referente a esta análise será organizada, em primeiro lugar, de acordo com a diferenciação hospitalar e posteriormente de acordo com a diferenciação por tipos de serviço.

### *Índice de regtos e os hospitais*

As instituições hospitalares não são todas equivalentes em termos do seu reconhecimento simbólico e social. Adaptando a teoria dos campos de Bourdieu (2002) para o domínio da saúde, concebe-se que um hospital se constitui igualmente como um microcosmos social que, por sua vez, tem que ser situado num espaço estruturado e hierarquizado que integra um campo mais alargado onde se localizam outras instituições hospitalares. A título de exemplo, Carapinheiro (1993) demonstrou que um hospital universitário por deter funções de ensino associadas à formação em medicina usufruía de uma importante autonomia relativamente a outro tipo de instituições hospitalares que não tivessem esta valência de ensino.

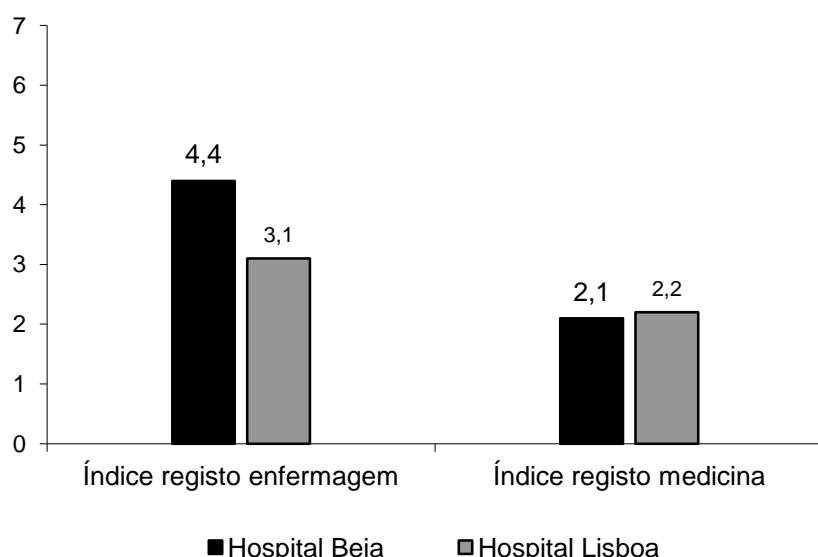
Na presente investigação as duas instituições hospitalares seleccionadas apresentam diferenças que implicam uma necessária especificação. No domínio das classificações hospitalares, a instituição localizada em Beja corresponde a um *hospital geral distrital*

enquanto que a localizada em Lisboa corresponde a um *hospital geral central*<sup>27</sup>. Esta diferenciação de classificação administrativa, entre os dois hospitais em análise, implica, naturalmente, uma série de consequências que poderão ser localizadas ao nível organizacional, alocação de recursos, prestígio, tipos de patologias, etc., e cujos efeitos terão que estar obrigatoriamente incluídos nas análises dos resultados.

Relativamente a esta dimensão de diferenciação hospitalar optou-se, no presente trabalho, por uma estratégia de apresentação faseada dos resultados e das consequentes análises decorrentes do confronto entre as características específicas dos hospitais, que serão expostas ao longo do trabalho em diferentes momentos de investigação que correspondem, por sua vez, aos vários domínios analíticos estruturantes deste estudo. Deste modo, destaca-se por ora e de forma sumária, que esta classificação institucional, em vigor no ano a que se referem os óbitos analisados, implica que um *hospital central* tende a incorporar recursos tecnológicos mais raros e diferenciados do que um *hospital distrital* e que, deste modo, assegura também a oferta de um maior número de especialidades médicas.

A análise seguinte pretende situar o modo de tradução do índice de registo das dimensões sociais na medicina e na enfermagem, enquanto variáveis dependentes, e as diferentes origens hospitalares que se constituem como as variáveis independentes.

**Figura 6.3** Articulação entre o “índice de registo de dimensões sociais” e as duas instituições hospitalares



Fonte: Dados originais recolhidos no âmbito da investigação: “Desigualdades da vida e na morte. Saúde, classes sociais e estilos de vida”

<sup>27</sup> Esta classificação institucional hospitalar presente em 2004 foi entretanto alterada.

O cruzamento entre os valores médios do *índice de registo de dimensões sociais* com as origens profissionais e as duas instituições hospitalares, como se apresenta na Figura 6.3, permite salientar a existência de uma diferença de médias de acordo com o contexto hospitalar de origem. Diferença de médias que é, contudo, mais assimétrica nos registo de enfermagem.

Relativamente ao caso da enfermagem, que apresenta globalmente valores superiores de índice em ambos os hospitais, o índice de registo relativo aos processos oriundos do hospital situado em Beja apresenta um valor que representa a ocorrência, em média, de 4,4 dimensões sociais por processo, enquanto que este valor desce para os 3,1 nos processos oriundos do hospital em Lisboa. Já relativamente aos registo de medicina, as diferenças de médias são bastante menos expressivas entre os dois hospitais apresentando valores ligeiramente mais altos no total de registo oriundo do hospital de Lisboa, em média com a presença de 2,2 dimensões sociais e com o valor de 2,1 nos registo relativos ao hospital situado em Beja.

Fica patente um primeiro factor de diferenciação, relacionado com a origem institucional hospitalar, que se reflecte no tipo de recolha e registo da informação por parte dos profissionais de medicina e de enfermagem. Esta articulação apresenta, contudo, diferentes graus relação. No caso dos profissionais de enfermagem revela-se uma relação de associação mais forte com a pertença hospitalar do que no caso dos profissionais de medicina. Apesar desta relação mais forte, entre os registo de enfermagem e a instituição hospitalar de origem, a associação estatística entre a expressão dos índices de dimensões sociais nos registo da enfermagem e a sua pertença institucional é relativamente fraca, como transparece pelo valor de  $Eta^2 = 6,1\%$ <sup>28</sup>. No caso dos profissionais de medicina esta associação é praticamente nula, expresso por um valor de  $Eta^2 = 0,1\%$ , ou seja, os registo de medicina são muito semelhantes independentemente das instituições hospitalares onde foram produzidos.

Alguns elementos ajudam explicar esta maior diferenciação entre enfermeiros e médicos e a respectiva articulação com as instituições hospitalares. Ficou claro que cada hospital adopta diferentes tipos de instrumentos de recolha e de registo de informação. Contudo, o que se verificou é que, enquanto o tipo de registo destinado aos médicos é muito semelhante em ambas as instituições já relativamente ao conjunto de formulários e espaços de

---

<sup>28</sup> O coeficiente “Eta” possibilita medir o grau de associação entre variáveis qualitativas e variáveis quantitativas. O valor de “Eta<sup>2</sup>” traduz o grau de associação entre as duas variáveis sendo expresso em valores percentuais.

registo dos enfermeiros, estes variam bastante consoante o hospital o que, finalmente, se traduz por conteúdos informativos diferenciados por hospital.

### *Índice de registo e os serviços hospitalares*

Os serviços hospitalares constituem-se, simultaneamente, como refere Carapinheiro (1991), enquanto “lugares centrais da produção e reprodução da diversidade de formas de poder dos profissionais, a partir da apropriação de diferentes componentes de saber médico assim como de diferentes modalidades do seu exercício técnico e disciplinar” (1991: 28). A diferenciação e a distinção entre os vários serviços de um hospital, como analisa Lopes (2001), não constitui apenas uma divisão puramente técnica mas é, igualmente, reveladora de uma divisão social, em que se inscrevem diferentes níveis de poder e de prestígio na estrutura hospitalar.

Os serviços hospitalares, que constituíram os contextos de trabalho onde foram originalmente elaborados os registos de saúde analisados, surgem identificados de acordo com um conjunto de designações que reflectem as classificações técnico-administrativas hospitalares, e que englobam uma grande diversidade de serviços como as medicinas, as cirurgias, as unidades de cuidados intensivos, unidades de transplante, infecciologia, ortopedia, urgências, psiquiatria, neurologia, especialidades cirúrgicas, nefrologia, etc.

No sentido de se proceder a uma análise entre os registos analisados e os contextos de trabalho de origem, o presente trabalho adoptou a construção de uma tipologia de diferenciação dos serviços, que incluiu de forma complementar critérios de ordem institucional e um conjunto de critérios de ordem teórica oriunda da produção sociológica.

Os critérios de ordem institucional são ancorados nas classificações técnico-administrativas hospitalares, cuja diferenciação é normalmente operada na demarcação entre os serviços de medicina e os serviços de cirurgia, numa distinção que no fundo é baseada, como refere Carapinheiro (1998), nos dois grandes recortes científicos da medicina e em que se privilegiam, sobretudo, os conteúdos e os processos das respectivas especialidades médicas.

No âmbito da produção sociológica sobre a diferenciação dos serviços hospitalares destaca-se, em primeiro lugar, a já clássica tipologia proposta por Chauvenet (1972), publicada em trabalhos localizados no inicio da década de 70, mas que tem sido mobilizada numa série de trabalhos de referência a nível nacional, nas últimas duas décadas (Carapinheiro, 1998; Lopes, 2001; Serra, 2008).

Chauvenet (1972) analisou a crescente burocratização do hospital e os seus efeitos na divisão das carreiras hospitalares e ideologias profissionais, bem como, nas implicações sobre a divisão do trabalho e hierarquização dos serviços hospitalares. Para além de uma diferenciação dos serviços, como refere Carapinheiro (1998), assente numa clássica oposição entre os *serviços de doentes crónicos* e os *serviços de doentes agudos*, Chauvenet (1972), propõe uma tipologia classificatória mais complexa com base numa dupla ordem de critérios. Por um lado, identifica os critérios de ordem técnica, que engloba não só as dimensões relacionadas com a presença do tipo de equipamento nos serviços como inclui também, as dimensões relacionadas com o tipo de doenças e o grau de complexidade associado aos seus processos de tratamento. Por outro lado, a autora mobiliza critérios, que denomina de ordem política, e que traduzem sobretudo as questões sobre a orientação dos serviços na selecção do tipo de doentes a serem admitidos – a selecção de clientela como refere a autora - e sobre o tipo de estratégias médicas aí desenvolvidas (Chauvenet, 1972: 145). O estabelecimento destes critérios, definidos por Chauvenet (1972), culmina na definição de uma tipologia baseada em três categorias: os *serviços de medicina geral*, que praticam os cuidados de saúde polivalentes, e que se situam na base desta hierarquia de serviços; os *serviços especializados*, mas que, contudo, praticam os cuidados de saúde em massa e, finalmente, os *serviços de ponta* ou de alta tecnicidade, orientados para a pesquisa e para a investigação.

Relativamente à selecção e recrutamento dos indivíduos para internamento, operada ao nível dos serviços hospitalares, Dodier e Camus (2004), salientam a crescente centralidade que esta dimensão revela e que é normalmente baseada em critérios que tendencialmente parecem querer visar, por um lado, o assegurar da adequabilidade do perfil do doente às crescentes restrições orçamentais e, por outro, à correspondência do recrutamento por patologias e esquemas terapêuticos de acordo com as inovações que vão surgindo no campo biomédico (2004: 463).

Para além da dimensão associada à selecção da clientela, outra dimensão surge como critério central identificador da diferenciação dos contextos de trabalho, e que se relaciona com as diferentes formas de incorporação tecnológica ao nível dos serviços hospitalares. Nesta linha de orientação teórica, Lopes (2001) mobiliza a variável tecnologia, enquanto dimensão de recurso de poder e de possibilidade de estratégias de reposicionamento profissional. Deste modo, Lopes (2001) diferencia os contextos de trabalho tendo em conta aqueles em que, por um lado, são produzidos cuidados de saúde com diminuta componente tecnológica, que são normalmente identificados como os serviços de medicina e, por outro lado, os que apresentam um acentuado recurso aos equipamentos tecnológicos, nos quais são

produzidos os designados cuidados especializados como é o caso das unidades de cuidados intensivos ou as unidades de transplante. Serra (2008), na análise de um caso específico de uma unidade de transplantação hepática, refere que este tipo de serviço representa uma área de ponta da medicina tanto pelas tecnologias e práticas médicas que implica como, também, pelo carácter multidisciplinar que o caracteriza (2008: 119).

Os diferentes tipos de serviços hospitalares apresentam igualmente, diferenças ao nível da organização do trabalho de médicos e de enfermeiros. Existem diferentes formas de organização espacial e temporal dos cuidados de saúde que são prestados por parte destas duas profissões de saúde. De uma forma geral, todos os serviços hospitalares que incorporem a vertente de internamento, a prestação dos cuidados de saúde, oriunda da enfermagem, é assegurada com a presença continua destes profissionais, 24 horas por dia, através de um sistema rotativo maioritariamente repartido em três turnos diárias (manhã, tarde e noite), com a duração, em média, de 8 horas por turno. Os cuidados prestados pelos profissionais de medicina apresentam, por seu turno, formas diferenciadas de organização consoante o tipo de serviço hospitalar. Nos serviços com características de maior rotatividade de indivíduos internados e, simultaneamente, com características de maior incerteza dos seus estados clínicos, como se verifica sobretudo em serviços do tipo das urgências ou dos cuidados intensivos, a presença médica é mais contínua. Nos serviços de maior previsibilidade clínica e de menor rotatividade de internamento, como se verifica por exemplo nos serviços de medicina, infecciologia ou psiquiatria, a presença médica concentra-se maioritariamente, como refere Allen (2004), num horário de segunda à sexta do tipo *worked office hours*. Fora deste horário, ou seja, nos turnos das tardes e das noites, mas também nos fins-de-semana, a cobertura médica é assegurada, normalmente, neste tipo de serviços, através de um sistema de chamada telefónica operado entre as equipes de enfermagem presentes nos serviços de internamento e uma equipa médica que fica de prevenção no hospital.

A mobilização destes critérios, relacionados com a organização do trabalho entre médicos e enfermeiros, classificações administrativas, especialidades médicas, selecção de clientelas e incorporação tecnológica permite, num primeiro momento, destacar duas categorias de serviços que se posicionam em pólos claramente distintos. Num pólo os serviços de medicina e, no outro, os serviços de cuidados intensivos. Contudo, o confronto com as várias designações de serviços disponíveis, de onde eram originários os registos de saúde, permitiu antever que os serviços referentes às cirurgias e às urgências apresentavam características que os diferenciavam, segundo estes mesmos critérios, quer do pólo das medicinas quer do pólo dos cuidados intensivos.

No enquadramento que privilegia a dimensão relativa à incorporação tecnológica, os serviços de cirurgia situam-se numa posição intermédia entre, por um lado, os serviços de medicina, com pouca incorporação tecnológica e, por outro, os serviços de cuidados intensivos com a presença de tecnologia de ponta. Paralelamente, os serviços de cirurgia, também apresentam algumas especificidades que resultam da evocação das várias especialidades médicas, (cirurgia cardíaca, neurocirurgia, cirurgia pediátrica, etc.) e que, por via deste factor, se situam numa prestação de cuidados de saúde que se apresenta mais especializada do que os serviços de medicina, mas sem, contudo, atingirem o nível de incorporação tecnológica e diferenciação no tratamento que caracteriza as unidades de cuidados intensivos. Como referem Walby e Greenwell, (1994), os doentes internados nas unidades de cuidados intensivos podem ter tido proveniências de outros serviços de cirurgias ou de medicinas, mas normalmente o seu estado de saúde implica a constante vigilância e monitorização dos sinais vitais e o recurso à tecnologia de ponta como, por exemplo, os ventiladores mecânicos que operam através da substituição e controlo da respiração dos doentes.

Para além das categorias de serviços que podemos identificar como as *medicinas*, as *cirurgias* e os *cuidados intensivos*, as urgências surgem, num grande número de hospitais, como uma categoria de serviço genuinamente independente, como o salientam Dodier e Camus (2004), no sentido em que apresentam especificidades próprias na organização do trabalho, nos mecanismos de selecção de clientela e no uso de tecnologia e equipamentos de saúde (Peneff, 2002; Dodier e Camus, 2004).

Os serviços de urgência analisados, na presente investigação, incorporavam também espaços de internamento onde eram prestados cuidados polivalentes e especializados, com igual presença de tecnologia de ponta. Contudo, e segundo Peneff (2002) o estatuto das urgências hospitalares apresenta-se de forma ambígua, onde a inflação da solicitação e o seu carácter popular parece não se coadunar com as missões de prestígio associadas às especialidades médicas e cirúrgicas, como a cardiologia, os transplantes de órgãos ou a neurocirurgia<sup>29</sup>. De acordo com a dimensão e as características dos hospitais, os serviços de urgência podem se apresentar como gerais ou serem igualmente evocativos das especialidades médicas e repartidos em diversos espaços na arquitectura hospitalar, surgindo com

<sup>29</sup> Peneff (2002) refere que “um hospital prefere exibir a sua reputação no que se refere aos desempenhos técnicos dos seus grandes cirurgiões, do que depender da publicação na imprensa do número de incidentes atendidos nas suas urgências” (2002: 203).

denominações, mais específicas ou mais gerais, como a urgência geral, a urgência pediátrica, a urgência obstétrica ou, por exemplo a urgência psiquiátrica.

De acordo com os critérios de diferenciação apresentados, que podem ser organizados e situados como sendo de ordem *institucional-administrativa; técnica-incoporação tecnológica; política e organização do trabalho* foi construída uma tipologia de diferenciação de serviços hospitalares, que permite um nível de agregação assente em quatro categorias identificadas aqui como as *medicinas*, as *cirurgias*, as *urgências* e os *cuidados intensivos*.

Antes de se iniciar uma análise dos regtos por tipo de serviço hospitalar importa, em primeiro lugar, proceder a uma caracterização do universo de óbitos de acordo com a tipologia de serviços hospitalares mobilizada. O Quadro 6.2 apresenta uma primeira caracterização com as frequências de óbitos e a média de idades do óbito por tipo de serviço.

**Quadro 6.2** Frequência dos óbitos e a idade média dos óbitos por categoria de serviço hospitalar e por hospital de origem

Serviços Hospitalares	Hospital em Lisboa			Hospital em Beja		
	N	%	idade média dos óbitos	N	%	idade média dos óbitos
Medicinas	621	65,8	77,7	735	74,2	77,8
Cuidados Intensivos	115	12,2	69,6	63	6,4	72,5
Cirurgias	95	10,1	74,9	95	9,6	73,3
Urgências	113	12,0	71,2	98	9,9	71,1
Total	944	100,0	75,3	991	100,0	76,5

Fonte: Dados originais recolhidos no âmbito da investigação: “Desigualdades da vida e na morte. Saúde, classes sociais e estilos de vida”

A informação contida no Quadro 6.2 permite destacar, de forma clara, que em ambos os hospitalares analisados são os serviços reunidos na categoria das medicinas que concentram o maior número de ocorrência de óbitos. No hospital situado em Lisboa, 65,8% do total de óbitos analisados tiveram origem nas medicinas, enquanto que no hospital situado em Beja esse valor sobre para os 74,2%. Apesar de em ambos os hospitalares se verificar esta maior concentração de óbitos nos serviços de medicinas importa, contudo, destacar algumas diferenças nos valores relativos às frequências verificados entre os outros serviços por hospital. No hospital situado em Lisboa, a frequência de óbitos oriunda dos serviços de cuidados intensivos surge com um valor de 12,2%, o que representa praticamente o dobro do valor da frequência registada, na mesma categoria de serviço, mas agora referente ao hospital

em Beja que, aqui, corresponde a apenas 6,4% do total de óbitos ocorridos. A frequência mais elevada de óbitos registada nos serviços de cuidados intensivos de Lisboa deve-se, sobretudo, às diferenças do tipo de hospital analisado. Como já anteriormente exposto, o hospital situado em Lisboa, por se tratar de um hospital de tipo central, tende a incorporar um conjunto de serviços mais diferenciados por especialidades médicas e com maior complexidade tecnológica. Verifica-se, por isso, que neste hospital a categoria de cuidados intensivos reúne uma série de outros serviços como as unidades de cuidados intensivos cirúrgicos, as unidades de cuidados intensivos médicos e ainda uma unidade de transplantes. No hospital situado em Beja a categoria de cuidados intensivos corresponde a formas mais gerais de cuidados intensivos, que surgem em menor número e dispõem de menor incorporação de tecnologia de ponta, em comparação com o hospital de Lisboa. Importa referir que a incorporação desta tecnologia por hospital encontra-se tanto no espaço físico interno a cada serviço como é igualmente presente em outro tipo de serviços mais especializados, sem contudo, possuírem a valência de internamento, como servem aqui de exemplo os serviços de imagiologia, fisioterapia-reabilitação ou os serviços de análises clínicas. A concentração de recursos tecnológicos e humanos mais raros ao nível dos hospitais centrais que, por vezes, asseguram um tipo de especialização de referência de âmbito nacional, como por exemplo a existência de serviços de transplante para específicos órgãos, leva a uma maior procura populacional que extravasa os limites de referência geográfica do hospital, bem como, a uma maior afluência de doentes originários por transferência de outros hospitais.

Relativamente às idades médias dos óbitos, em articulação com as categorias de serviços hospitalares verifica-se, ainda de acordo com o Quadro 6.2, que são os serviços das medicinas que em ambos os hospitais apresentam os valores mais elevados. Os serviços de medicina caracterizam-se normalmente por uma população mais idosa (Chauvenet, 1972; Carapinheiro, 1998; Lopes, 2001) o que, igualmente, se repercute na média das idades dos óbitos aí verificados. Em Beja, a média da idade dos óbitos nos serviços de medicina situa-se nos 77,8 anos e em Lisboa nos 77,7 anos. Valores médios que contrastam com os verificados nos serviços de cuidados intensivos, com uma média de idade dos óbitos mais jovem a rondarem os 69,6 anos em Lisboa e os 72,5 anos em Beja. Os serviços de urgências apresentam igualmente idades de óbito com valores abaixo da média verificada em cada hospital, com 71,2 anos em Lisboa e 71,1 em Beja.

Os serviços do tipo das medicinas, como referem Carapinheiro (1998) e Lopes (2001), constituem-se como serviços de menor rotatividade de doentes e com menor grau de imprevisibilidade e incerteza das situações clínicas aí presentes que, normalmente, são

qualificadas como patologias clinicamente menos interessantes. Contrariamente, no tipo de serviços de cuidados intensivos a idade média dos óbitos aqui registada representa situações em que o óbito ocorre em fases agudas da doença, onde as situações de imprevisibilidade são mais frequentes e a rotatividade dos internamentos é superior. Através da informação contida nos processos hospitalares é possível traçar alguns percursos que revelam diferenciados tempos de internamento e de trajectórias intra-hospitalares.

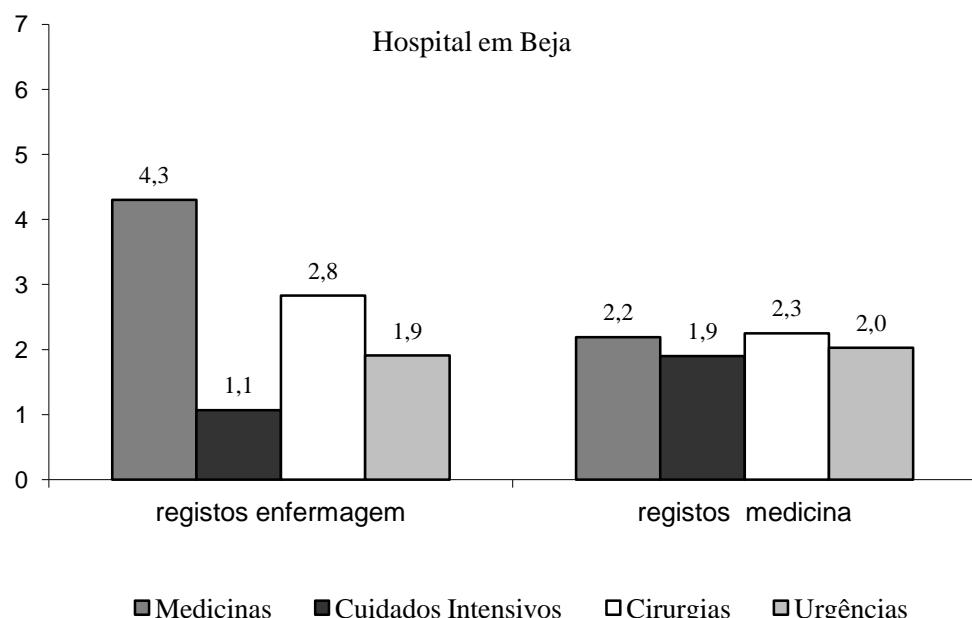
Relativamente aos tempos de internamento, destaca-se claramente o caso dos serviços do tipo das medicinas que apresentam períodos de internamento bastante mais longos do que nos restantes tipos de serviços analisados. Verifica-se igualmente, neste tipo de serviços, a maior variação relativa aos períodos de internamento que, apesar de se verificarem como sendo os mais longos, podem, grosso modo, variar entre as duas semanas e os três meses. Nesta dimensão temporal são os serviços de urgência que surgem com os períodos de internamento mais curtos. Relativamente aos percursos intra-hospitalares, é possível traçar uma configuração espaço-temporal típica, relativamente ao conjunto da população de óbitos analisada. Neste percurso faseado, a inicial entrada no hospital é claramente efectuada através dos serviços de urgência. Esta forma de admissão ao hospital representou cerca de 80% do universo de pessoas analisadas neste estudo. Os serviços de urgência incorporam igualmente espaços de internamento onde os indivíduos permaneceram em média, entre um a três dias. Algumas destas situações de internamento, nestes serviços, embora mais raras, prolongam-se no tempo por períodos de semanas ou até meses. Estes casos referem-se sobretudo a situações de pessoas que, apesar de terem alta médica, necessitam de posteriores cuidados de saúde, mas que, simultaneamente, não reúnem as condições de continuidade de tratamento em ambulatório. São sobretudo as situações de indivíduos sem condições de habitabilidade, sem residência ou idosos que vivem sozinhos e com poucos recursos, que habitam em casas ou muito degradadas ou muito isoladas e que aguardam lugar em lares. Estas situações surgem comummente qualificadas nos registos, tanto de enfermagem como de medicina, como *casos sociais*.

Ainda na caracterização dos percursos típicos no interior do hospital, os indivíduos posteriormente ao serviço de internamento nas urgências são, então, transferidos para os outros serviços de internamento hospitalares. Cerca de 85% destas transferências se direccionaram para os serviços aqui englobados na categoria das medicinas. Apesar da pertença dos indivíduos ficar associada a um determinado serviço de internamento, esta situação não significa que não possa ocorrer períodos de internamente mais curtos noutras serviços. Neste sentido, é dentro da população originária dos serviços das medicinas que se

verificou a maior diversidade de trajectórias intra-hospitalares. A permanência nos serviços das medicinas mantém-se sobretudo em situações de maior estabilidade e previsibilidade dos quadros clínicos. Os diagnósticos mais frequentes neste tipo de serviços, em linha do que é analisado por Chauvenet (1972) e Carapinheiro (1998), são as insuficiências cardíacas, os acidentes vasculares cerebrais as neoplasias, as cirroses hepáticas e as perturbações psíquicas ligadas à idade avançada. Nos casos de maior instabilidade os doentes são transferidos para unidades de cuidados intensivos, onde permanecem períodos de tempo mais curtos, até a situação ser considerada como estável regressado, posteriormente, aos serviços do tipo das medicinas.

Após uma preliminar caracterização do universo de óbitos, por tipo de serviço hospitalar, pretende-se agora retomar a análise circunscrita à elaboração dos registo médicos e de enfermagem em articulação com os respectivos contextos de trabalho onde estes registo são elaborados. Deste modo, retoma-se como variável dependente o índice de registo de dimensões sociais, constituindo-se agora, como variáveis independentes, as origens profissionais, as categorias de serviço hospitalar e as origens hospitalares. Esta análise será apresentada de forma separada para cada hospital. A Figura 6.4 apresenta os dados relativos ao hospital situado em Beja.

**Figura 6.4** Índice de registo de dimensões sociais por origem profissional e por tipo de serviço no hospital em Beja

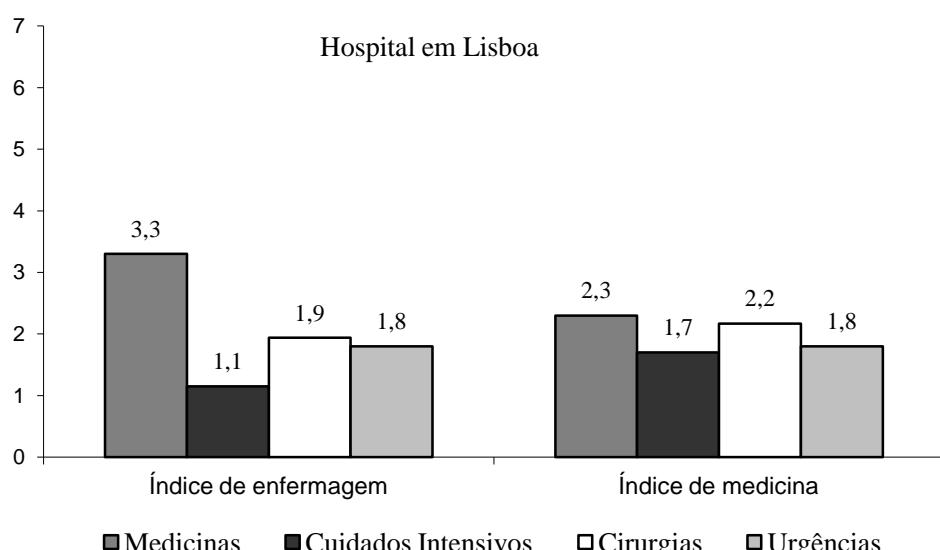


Fonte: Dados originais recolhidos no âmbito da investigação: “Desigualdades da vida e na morte. Saúde, classes sociais e estilos de vida”

Como se apresenta na Figura 6.4, os valores médios relativos ao índice de registo de dimensões sociais no hospital em Beja revelam que, para o caso dos registos de enfermagem, a variação dos valores médios de acordo com o tipo de serviço é bastante mais acentuada do que a verificada no caso dos registos de medicina. Assim, e no caso dos registos de enfermagem, verifica-se que são os serviços das medicinas que reúnem os valores mais elevados, indicativos de maior presença de informação sobre as dimensões sociais, com um valor médio de índice de 4,3 dimensões por registo. Posteriormente surgem os serviços de cirurgias com um valor médio de 2,8 dimensões por registo, seguido dos serviços das urgências com um valore de 1,9. Por fim, e com menor presença deste tipo de informação, surge com um valor médio de índice de 1,1, os serviços do tipo dos cuidados intensivos, o que no fundo corresponde, aproximadamente, à presença de apenas uma dimensão social por registo de enfermagem. Assinala-se que neste tipo de serviços a dimensão social mais representativa relaciona-se com o registo de informação sobre a caracterização sociodemográfica dos indivíduos. Relativamente aos registos médicos a variação dos valores médios do índice é bastante mais igualitária por tipo de serviço hospitalar, sofrendo pequenas oscilações entre um valor máximo de 2,3 dimensões por registo nas cirurgias e um valor mínimo de 1,9, originário dos registos dos serviços de cuidados intensivos.

Relativamente agora ao hospital situado em Lisboa, a Figura 6.5 apresenta os dados relativos aos valores do índice dos registos por origem profissional e por tipo de serviço

**Figura 6.5** Índice de registo de dimensões sociais por origem profissional e por tipo de serviço no hospital em Lisboa



Fonte: Dados originais recolhidos no âmbito da investigação: “Desigualdades da vida e na morte. Saúde, classes sociais e estilos de vida”

Relativamente ao hospital situado em Lisboa, e como se poderá constatar através da Figura 6.5, o padrão de distribuição dos valores médios do índice de registo por serviço hospitalar e por origem profissional é bastante semelhante ao padrão anteriormente verificado para o hospital situado em Beja. Os valores médios mantêm uma maior diferenciação dos conteúdos registados por tipo de serviço hospitalar no caso da enfermagem do que no caso dos regtos médicos.

De forma similar, os valores médios do índice por serviço surgem com o mesmo padrão de distribuição, ou seja, são igualmente os serviços das medicinas que reúnem os valores mais altos nos regtos de enfermagem, aqui com um valor médio de 3,3 dimensões por regsto, surgindo depois os serviços de cirurgias com 1,9, seguido das urgências com 1,8 e, por último, também no hospital situado em Lisboa, são os cuidados intensivos que apresentam a menor expressividade deste tipo de informação, aqui com um valor que reflecte a presença de apenas 1,1 dimensões por regsto.

No caso dos regtos médicos, tanto nos regtos oriundos do hospital em Lisboa como nos de origem do hospital em Beja, as variações médias são bastante reduzidas formando um padrão bastante igualitário, que varia entre um valor máximo de 2,3 nos serviços do tipo das medicinas e um valor mínimo de 1,7 nos serviços do tipo dos cuidados intensivos.

A articulação com os diferentes serviços hospitalares, como se apresenta na Figura 6.5, permite confirmar o fraco impacto que, de um modo geral, os contextos organizacionais representam na elaboração dos regtos de medicina. A associação entre o índice e os serviços no hospital em Beja corresponde a um  $Eta^2 = 0,7\%$  e em Lisboa a um  $Eta^2 = 0,1\%$ . Pelo contrário, os regtos originários da enfermagem revelam uma maior diferenciação de acordo com diferentes tipos de serviço onde trabalham. A associação estatística entre o índice e os serviços no hospital em Beja corresponde a um valor de  $Eta^2 = 27,5\%$  e em Lisboa apresenta um valor de  $Eta^2 = 22,8\%$ .

Para além desta diferenciação, relativa aos conteúdos dos regtos, uma análise que inclua os aspectos relativos à organização formal dos processos e à configuração das folhas que servem de suporte ao regsto revela, igualmente, importantes diferenças por hospital e por tipo de serviço, que poderão ajudar a explicar, como já anteriormente referido, os processos diferenciados de selecção, recolha e escrita dos conteúdos.

Neste sentido, nos serviços do tipo das medicinas os regtos de enfermagem e de medicina, apesar de se encontrarem no mesmo processo individual de internamento, encontram-se, contudo, separados e identificados entre o que é destinado exclusivamente ao regsto de enfermagem e ao de medicina. Nos serviços de cuidados intensivos esta separação,

que distingue a origem profissional, não surge de forma tão clara, sendo por vezes difícil numa primeira leitura e em alguns tipos de formulários de registo distinguir o que foi escrito por enfermeiros ou por médicos. Neste tipo de serviços, os processos individuais de internamento incluem formulários de registo, cuja estrutura já pressupõe previamente o registo conjunto de médicos e de enfermeiros na mesma folha.

Ainda no plano da comparação das diferenças entre cuidados intensivos e medicinas acresce o facto de que o formato do suporte da escrita também difere por serviço. Nos cuidados intensivos, normalmente, estas folhas destinadas ao registo conjunto de médicos e de enfermeiros apresentam um formato maior - formato A3 - sendo que o utilizado nos serviços de medicina corresponde, normalmente, a um formato menor – o formato A4.

Relativamente agora à forma do discurso escrito por origem profissional verifica-se que o registo de enfermagem, nos serviços de cuidados intensivos, aproxima-se bastante mais do tipo de discurso elaborado pelos médicos. Nestes serviços, o registo de enfermagem inclui de forma mais frequente dados numéricos, referentes sobretudo aos valores presentes nos diferenciados aparelhos de tecnologia de monitorização da saúde, que incluem dados sobre padrões de ventilação, valores de saturação de oxigénio, ritmo cardíaco, tensão arterial, nível de açúcar no sangue, temperatura corporal, eliminação, bem como, a inclusão frequente de valores laboratoriais. Surgem igualmente nestes registos de enfermagem maior número de abreviaturas e acrónimos clínicos respeitantes a diagnósticos clínicos, quadros de sintomas, mas também referente às acções e avaliações de enfermagem.

Apesar das diferenças que são claramente decorrentes do tipo de formulários pré-existentes por serviço verifica-se que os registos médicos, mesmo nos serviços de cuidados intensivos, podem ser encontrados fora desta estrutura mais rígida de escrita e serem elaborados em folhas de linhas simples, para além do que é registado nos formulários dos serviços. Situação que não ocorre nos registos de enfermagem que se encontram muito mais circunscritos aos formulários disponibilizados por cada serviço hospitalar.

#### *Índice de registo e os atributos dos indivíduos internados*

Ficando claro que existe uma relação entre os registos e os contextos de trabalho, seja ao nível do hospital como ao nível dos serviços, e que os efeitos desta articulação reflecte formas diferenciadas relativamente ao tipo de recolha de informação e de registo elaborado por enfermeiros e por médicos importa perceber agora, se os atributos individuais surgem,

igualmente, como dimensões implicadas nos processos diferenciados de recolha e elaboração do registo também por parte de médicos e de enfermeiros.

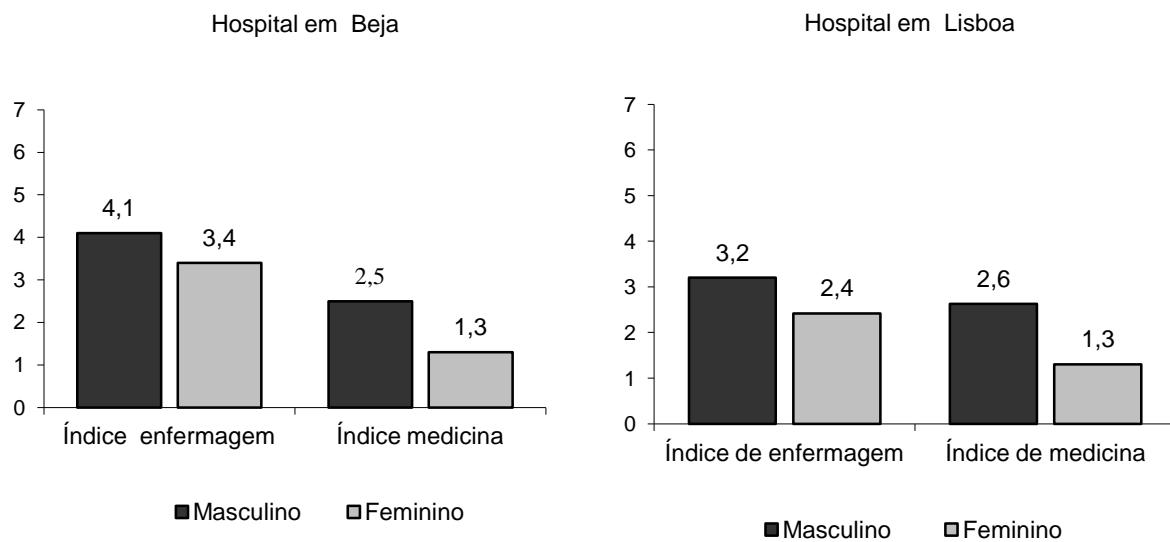
As relações entre os profissionais de saúde e os indivíduos internados encontram-se emersas num conjunto de relações e de processos sociais mais vastos, que englobam um conjunto de outras dimensões sociais como as relativas ao género, aos papéis sociais, ao poder ou à estrutura de classes. Processos sociais que, como referem Hughes e Griffiths (2004: 79), são geradores de efeitos que são tangíveis para ambas as partes envolvidas nesta relação entre o profissional de saúde e o doente.

Berg (1992) salienta a necessidade de incluir o estudo do impacto de certos elementos, como as características e o tipo de doentes, no processo de resolução dos problemas médicos quotidianos. Num estudo mais antigo já aqui referido sobre os profissionais de enfermagem, Macintyre (1978) revela como no decorrer da comunicação com os doentes, estes profissionais empregam um conjunto de classificações sociais baseadas em tipificações, que estão directamente relacionadas com concepções do senso-comum sobre as estruturas e hierarquias sociais, em particular em noções baseadas sobre o status da mulher e a escolarização dos doentes.

Este género de tipificações produzem efeitos na forma como os profissionais de enfermagem interpretam o que lhes é transmitido, mas também na forma como avaliam globalmente o indivíduo (Macintyre, 1978). Como refere Macintyre (1978), no processo de inquirição que decorre durante a entrevista de enfermagem, os enfermeiros de forma diferenciada operacionalizam as suas questões, mas também de forma diferenciada qualificam ou, por exemplo, desculpam o que lhes é transmitido, de acordo com as percepções sociais a respeito dos indivíduos, das suas competências, do seu carácter, vocabulário, status social, inteligência ou sensibilidade (Macintyre, 1978: 597).

Neste sentido, e decorrente da limitação da informação disponível no conjunto dos processos analisados, considerou-se somente as variáveis relativas ao sexo e à idade, enquanto atributos caracterizadores dos indivíduos internados. Deste modo, retoma-se como variável dependente o índice de registo de dimensões sociais, constituindo-se como variáveis independentes o sexo, as origens profissionais e as duas instituições hospitalares. A Figura 6.6 apresenta esta relação nos dois hospitais.

**Figura 6.6** Índice de registo de dimensões sociais por sexo de acordo com as origens profissionais nos dois hospitais



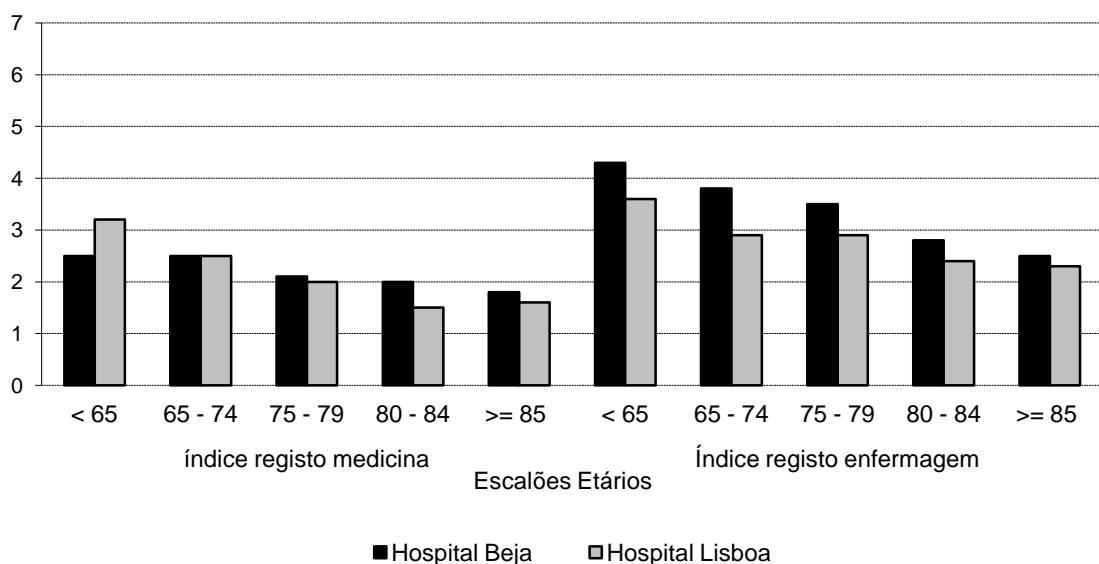
Fonte: Dados originais recolhidos no âmbito da investigação: “Desigualdades da vida e na morte. Saúde, classes sociais e estilos de vida”

No que diz respeito ao impacto relativo aos atributos individuais na elaboração dos registos verifica-se que, relativamente à dimensão género, são os indivíduos do sexo masculino que suscitam nos profissionais de saúde uma maior recolha e registo de informação sobre as dimensões sociais. Mais uma vez, verifica-se um padrão muito semelhante em ambos os hospitais em que o registo mais completo de dimensões sociais na população masculina mantém as tendências atrás descritas e analisadas, ou seja, os valores médios mais elevados de índice de registo na população masculina com um valor de 4,1 é oriunda dos registos de enfermagem e localizada no hospital situado em Beja. Neste hospital, a diferença de médias por sexo presente nos registos de enfermagem é de 0,7 e, nos registos de medicina é de 1,2. Nos registos oriundos de Lisboa esta diferenciação da recolha de informação, de acordo com o sexo, é de 0,8 nos registos de enfermagem e de 1,3 nos de medicina. Ou seja, em ambos os hospitais verifica-se uma maior variação relativamente ao género nos registos oriundos da medicina. Tendo em conta os vários índices por hospital e por origem profissional verifica-se, de um modo geral, nos processos de internamento dos homens a presença de mais uma dimensão social do que nos processos das mulheres. Esta tendência apresenta-se como transversal a médicos e enfermeiros e verifica-se em ambos os hospitais. Importa por isso perceber se existe uma dimensão que opere de forma central esta desigualdade de género. Neste sentido, salienta-se que, apesar das variações ocorridas por serviço e por hospital, é a maior presença de informação sobre as variáveis constituintes da dimensão socioprofissional

que permitem explicar, de forma clara, os valores de índice mais elevados nos processos dos homens. Contudo, e apesar da verificação destas variações por género, o valor de associação entre as médias do índice e o sexo é fraca, e isto verifica-se em ambos os profissionais sendo que, nos registos oriundos da medicina esta associação é mais forte (Beja e Lisboa com o mesmo valor de  $Eta^2 = 6,9\%$ ) do que nos de enfermagem (Beja com um valor de  $Eta^2 = 2,2\%$  e em Lisboa um  $Eta^2 = 3,3\%$ ). Ou seja, os registos de medicina variam ligeiramente mais de acordo com o género do que os registos de enfermagem que são mais igualitários por género.

Ainda relativamente aos atributos individuais considerou-se agora os escalões etários como constituindo a variável independente principal e o índice de registo que se mantém como variável dependente.

**Figura 6.7** Articulação entre os índices de registo e os escalões etários por origem profissional no conjunto dos dois hospitais



Fonte: Dados originais recolhidos no âmbito da investigação: “Desigualdades da vida e na morte. Saúde, classes sociais e estilos de vida”

A Figura 6.7 permite verificar a existência de um padrão quase linear e que traduz uma relação inversa entre o aumento da idade dos indivíduos internados e a consequente diminuição da informação relativa às dimensões sociais. A articulação com as origens profissionais mostra que são os registos de enfermagem, em comparação com os registos médicos, que apresentam mais informação relativa às dimensões sociais em todos os escalões etários. A Figura 6.7 permite também visualizar que são os registos oriundos do hospital em Beja que, igualmente, traduzem a maior presença de informação nestas dimensões. As medidas de associação entre os índices e os escalões etários revelam, como na situação de

articulação com o género, uma associação mais forte no caso dos registos de medicina (Beja Eta<sup>2</sup> = 7,1%; Lisboa Eta<sup>2</sup> = 15,4%) do que no caso dos registos de enfermagem (Beja Eta<sup>2</sup> = 10,2%; Lisboa Eta<sup>2</sup> = 4,8%). Estes valores de associação traduzem, para ambos os hospitais, uma maior variação nos registos de medicina de acordo com a idade dos indivíduos internados, do que nos registos de enfermagem. Ainda na comparação com a dimensão do género verifica-se através da comparação dos valores revelados pelas medidas de associação do Eta<sup>2</sup> que a idade surge como um factor de maior impacto do que o género, na recolha e no registo de dimensões sociais. Relativamente à variável idade verifica-se, nos extremos desta composição etária, a presença de praticamente o dobro da informação na população mais jovem do que naquela que se situa nos escalões etários acima dos 85 anos. Não é apenas em termos quantitativos que se verifica uma clara diminuição da informação com o avançar da idade, mas também em termos qualitativos se verifica que o tipo de informação também se vai alterando à medida que se avança nos escalões etários. A informação sobre os indivíduos mais idosos passa a relacionar-se bastante menos com as dimensões socioprofissionais e educacionais, sendo quase residual a percentagem de informação sobre estas dimensões nos utentes com mais de 85 anos, e passa a incluir mais informação sobre as relações familiares e coabitação. No sentido de reunir estes vários factores que têm vindo a ser analisados (hospitais, serviços hospitalares, sexo e idade dos indivíduos internados) e que se articulam com a elaboração dos registos de enfermeiros e médicos reuniu-se numa mesma tabela (Quadro 6.3) e, posteriormente, num gráfico de linhas (Figura 6.8) os respectivos valores resultantes das medidas de associação entre as variáveis analisadas

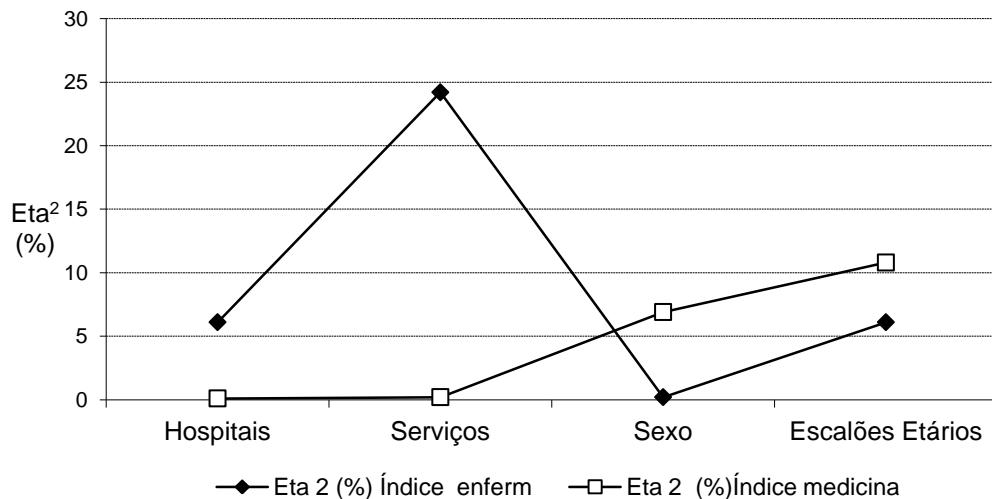
**Quadro 6.3** Quadro síntese dos valores das medidas de associação de Eta<sup>2</sup> entre os índices de registo de médicos e enfermeiros e as variáveis de contexto de trabalho e os atributos individuais.

Relação entre as Variáveis		Hospital	Hospital	Hospitais
Variáveis Dependentes	Variáveis Independentes	Beja Eta <sup>2</sup> (%)	Lisboa Eta <sup>2</sup> (%)	Beja+Lisboa Eta <sup>2</sup> (%)
Índice de registo dimensões sociais enfermagem	Hospitais	-	-	6,1
	Serviços	27,5	22,8	24,2
	Sexo	2,2	3,3	0,2
	Escalões Etários	10,2	4,8	6,1
Índice de registo dimensões sociais medicina	Hospitais	-	-	0,1
	Serviços	0,7	0,1	0,2
	Sexo	6,9	6,9	6,9
	Escalões Etários	7,1	15,4	11,8

Fonte: Dados originais recolhidos no âmbito da investigação: “Desigualdades da vida e na morte. Saúde, classes sociais e estilos de vida”

A Figura 6.8 traduz graficamente os resultados das medidas de associação de Eta<sup>2</sup>, expressas em percentagem, da relação entre as variáveis no conjunto das duas instituições hospitalares.

**Figura 6.8** Síntese dos valores das medidas de associação de Eta2 (%)entre os índices de registo de médicos e enfermeiros e as variáveis de contexto de trabalho e os atributos individuais.



Fonte: Dados originais recolhidos no âmbito da investigação: “Desigualdades da vida e na morte. Saúde, classes sociais e estilos de vida”

A leitura conjunta dos dados do Quadro 6.3 e da Figura 6.8 permitem concluir que os diferentes contextos de trabalho - serviços hospitalares e os hospitais - bem como os atributos dos indivíduos internados - sexo e idade - reflectem diferentes modos de expressão das dimensões sociais nos registo de saúde que apresentam, por seu turno, especificidades quer se trate de registo oriundos da medicina ou da enfermagem.

Em termos sintéticos pode-se verificar que, para o caso da enfermagem, são os contextos de trabalho aqui analisados que surgem como os factores que representam um maior impacto na forma como são elaborados os registo de saúde, em comparação com a dimensão relativa aos atributos individuais cuja diferenciação relativa ao sexo e à idade dos indivíduos internados constituíram factores que representaram um menor grau de relação com a forma como são elaborados os registo de enfermagem.

No caso dos registo elaborados pela medicina a situação configura-se de forma praticamente inversa, ou seja, os diferentes contextos de trabalho apresentam um impacto muito reduzido, ou praticamente nulo, na forma como são elaborados os registo, enquanto que são sobretudo os atributos individuais aqui analisados que constituíram as dimensões representativas de maior impacto no modo diferenciado como estes registo foram elaborados.

Com efeito, na elaboração dos conteúdos registados por parte dos médicos, a maior independência relativamente à diversidade de contextos de trabalho sugere uma prática menos dependente das regras próprias de cada serviço hospitalar, relativamente ao qual se poderá articular com um conjunto de valores e identidades profissionais associada à profissão de medicina enquanto profissão liberal. Como destacam Walby e Greenwell (1994), os valores culturais da medicina vão no sentido da maior valorização da autonomia individual, enquanto que na enfermagem o ênfase é colocado no respeito e na aderência às regras.

O significado do que é entendido como o equivalente a ser um bom profissional apresenta diferentes perspectivas em cada uma destas profissões. Segundo o estudo de Walby e Greenwell (1994), para muitos enfermeiros o significado do que constitui o ser profissional é, maioritariamente, conotado com alguém que é responsável pelos seus actos, mas cuja prática se encontre enquadrada e orientado por regras e que, simultaneamente, possa pressupor uma avaliação por parte de profissionais seniores.

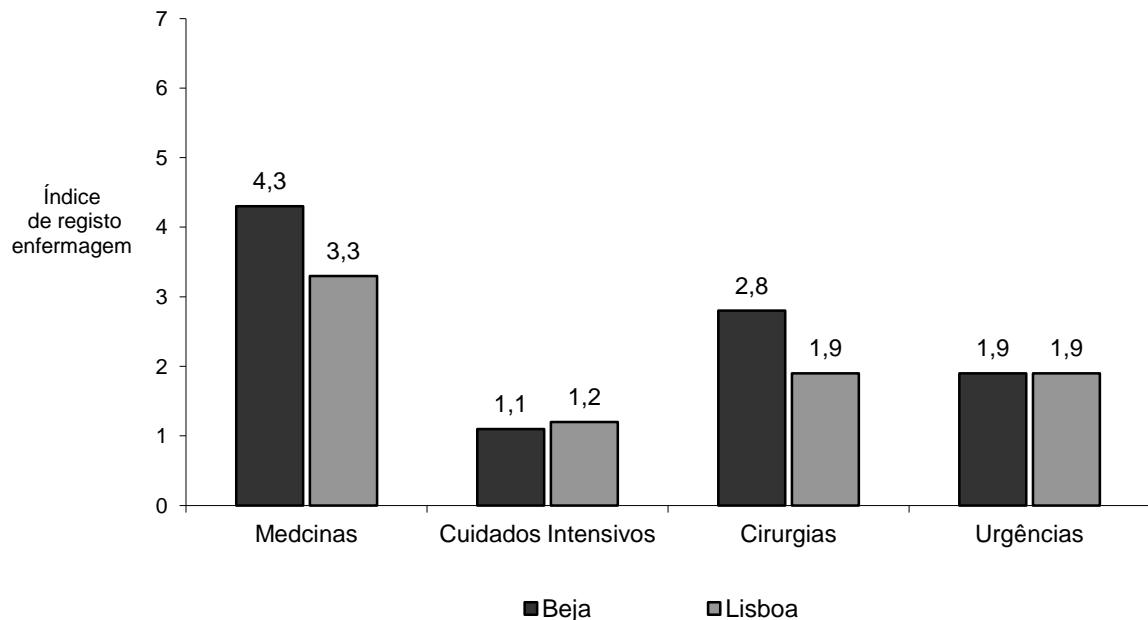
Apesar de que, e ainda no caso da enfermagem, as regras poderem ser percepcionadas como limitadoras dos desempenhos da acção quotidiana elas são, simultaneamente, interpretadas como factores de protecção e de enquadramento legal e de garante de maior segurança nas situações de trabalho, sendo este mais associado a maiores níveis de stress e de natureza imprevisível. Para os médicos, por seu turno, um profissional representa alguém que assume sobretudo a responsabilidade individual pelos seus próprios actos, julgamentos e decisões sendo que, deste modo, as regras surgem associadas a uma visão mais negativa, como que criando um campo de restrições de âmbito semântico não-profissional (Walby e Greenwell, 1994).

Se, por um lado, fica patente esta diferenciação que articula os contextos de trabalho e a elaboração dos registos de acordo com as diferentes profissões, por outro lado, e apesar do reconhecimento da crescente importância das dimensões sociais nos modelos profissionais da medicina e da enfermagem, os conteúdos informativos sobre estas dimensões traduzem-se na prática, e através da mobilização do índice de registo aqui elaborado, em valores relativamente baixos. Recorde-se que os valores do índice se poderiam situar numa escala de zero a sete, sendo que os valores mais elevados não ultrapassaram os 4,5 e localizaram-se apenas no caso dos registos de enfermagem de homens e circunscrito aos serviços do tipo das medicinas.

### *O caso específico dos registos de enfermagem e os serviços hospitalares*

Os registos de enfermagem têm constituído ao longo deste processo de análise, por um lado, como um recurso de informação mais completo e, por outro, têm revelado uma maior variação de conteúdos de acordo com os contextos de trabalho. Neste sentido, optou-se por realizar uma análise mais pormenorizada e apenas confinada ao caso particular da enfermagem. A Figura 6.9 reúne um conjunto de dados que anteriormente já foram apresentados, mas que agora permitem uma melhor visualização, para o caso da enfermagem, das relações entre o índice de registo de dimensões sociais, os diferentes serviços e as duas instituições hospitalares

**Figura 6.9** Articulação entre o índice de registo de enfermagem e os serviços por instituição hospitalar



Fonte: Dados originais recolhidos no âmbito da investigação: “Desigualdades da vida e na morte. Saúde, classes sociais e estilos de vida”

Através da exposição das médias, presentes na Figura 6.9, percebe-se que são os serviços hospitalares, mais do que as próprias instituições hospitalares, que apresentam um maior impacto na elaboração do registo de enfermagem. Verifica-se que, de um modo geral, são os serviços do tipo das medicinas que apresentam registos reveladores de maior densidade informativa constituindo-se, igualmente, como os serviços onde a informação sobre as dimensões familiares e socioprofissionais registam as frequências mais elevadas. Ou seja, de um modo geral, são os registos oriundos deste tipo de serviço que traduzem melhor os

indivíduos na sua multidimensionalidade social e relacional. No pólo oposto, os serviços do tipo dos cuidados intensivos privilegiam um tipo de informação que se aproxima mais das dimensões de natureza biomédica. Se recordarmos que ao nível das instituições hospitalares era o hospital situado em Beja que apresentava globalmente os valores mais elevados de índice, no caso da enfermagem verifica-se agora, que são os serviços do tipo das medicinas e em menor grau os das cirurgias os responsáveis pela melhoria dos índices globais do hospital em Beja. As urgências e principalmente os serviços de cuidados intensivos do hospital situado em Beja não acompanham esta tendência de aumento generalizado do índice de registo de dimensões sociais. A diferença que o factor hospital consegue produzir no impacto do tipo de registos, no caso de Beja, é anulada nos cuidados intensivos e nas urgências.

Carapinheiro (1998) refere que a profissão da enfermagem atravessa uma contradição central, que se estabelece entre o “reconhecimento do papel psicossocial como o papel dominante da profissão, pretensamente concessionário de uma verdadeira autonomia e o facto do seu estatuto social ser totalmente determinado pela sua posição objectiva na produção dos cuidados” (1998: 253). Os registos oriundos dos serviços do tipo das medicinas revelam maior aproximação a um modelo de características multidimensionais e mais próximo do reconhecimento do papel psicossocial associado à profissão de enfermagem. Com efeito, os registos de enfermagem oriundos dos serviços das medicinas apresentam uma maior demarcação identitária e funcional relativamente aos registos dos médicos. Contudo, e de forma aparentemente paradoxal, esta dimensão de maior demarcação identitária, que transparece nos registos de enfermagem oriundos das medicinas, não encontra eco nos níveis de satisfação relativos à prática de enfermagem neste tipo de serviços. Alguns resultados de estudos realizados em Portugal, que incidiram sobre a enfermagem e os contextos de trabalho (Carapinheiro e Lopes 1997, Lopes, 2001, AAVV, 2004), revelam que é exactamente nos serviços do tipo das medicinas que se encontram o maior número de profissionais de enfermagem que pretendem mudar de serviço.

Nos serviços de medicina predominam as patologias classificadas como *clinicamente desinteressantes*, com uma população de faixas etárias mais altas geralmente portadora de patologias irreversíveis (Carapinheiro, 1998; Lopes, 2001). Quer pelo tipo de situações clínicas, quer pela especificidade desta população a rotatividade dos doentes tende a ser menor. A redução da imprevisibilidade inerente ao trabalho propicia a acentuada padronização e organização em rotinas, quer pela enfermagem quer pela medicina. Segundo Cozer (1991), na articulação entre o trabalho médico e de enfermagem um serviço de medicina é caracterizado por uma autoridade mais fechada e piramidal, onde prevalece o

princípio da tomada de decisões pelos profissionais de medicina e da sua execução pelos profissionais de enfermagem. Os serviços de internamento com acentuada incorporação tecnológica são, por seu turno, os que tendem a concentrar os recursos mais raros e mais sofisticados da instituição e, igualmente, são os que estabelecem maiores critérios de selecção dos seus doentes sendo ainda os que funcionam como imagem promocional do hospital (Lopes, 2001). Hesbeen (2000) refere-se ao deslumbramento observado por parte dos enfermeiros pelo que é técnico e sofisticado. Nestes serviços de maior especialização e incorporação tecnológica concentram-se os casos clínicos requerendo intervenções mais especializadas e em que a maior instabilidade e gravidade do estado dos doentes conduz à maior imprevisibilidade inerente ao trabalho, não sendo passível uma tão elevada padronização e rotinização (Lopes, 2001). Nestes serviços mais especializados coexiste, segundo Cozer (1991), uma autoridade mais aberta e uma maior interdependência funcional aliado a uma co-presença mais intensa nos mesmos espaços e tempos de trabalho, entre os profissionais da medicina e os de enfermagem, como aliás transpareceu na forma como são elaborados os registos de saúde, que se situavam nos mesmos suportes. Esta interacção profissional é acompanhada por contínuas negociações informais, que têm como resultado a formalização de maior número de actos de enfermagem, alguns dos quais tradicionalmente localizados na esfera da medicina, que resultam no estabelecimento de protocolos de actuação mais objectivos, do que no caso dos serviços do tipo das medicinas. Este tipo de fenómeno reforça a ideia central da necessidade da procura de um enquadramento organizacional mais forte por parte da enfermagem, mesmo que esse enquadramento pressuponha, em última análise, a diminuição da sua autonomia funcional.

Alguns estudos oriundos do interior do campo de enfermagem como o de Hesbeen (2000) expõem a existência de uma hierarquia interna simbólica, não desprovida de conflitos, relacionados com os diferentes contextos de trabalhos. Hesbeen (2000) refere que os profissionais de enfermagem que trabalham em serviços de ponta, com elevada incorporação tecnológica, “são animados por uma forma de sentimento de superioridade relativamente aos seus colegas que exercem junto de pessoas ditas crónicas, por terem a impressão de exercer uma actividade mais interessante do que eles” (Hesbeen, 2000: 52).

Um estudo de âmbito nacional realizado por Carapinheiro e Lopes (1997), sobre os recursos e condições de trabalho dos enfermeiros, revelou que as preferências para a mudança recaem maioritariamente nas categorias de serviços das unidades de cuidados intensivos e dos serviços de cirurgia. As conclusões deste estudo no que concerne a mobilidade, integração e mudança dos profissionais de enfermagem revelam que os serviços de medicina constituem-

se como os serviços preteridos, enquanto que as unidades de cuidados intensivos constituem-se como os serviços eleitos (Carapinheiro e Lopes, 1997: 137). Os estudos posteriores parecem confirmar esta tendência, como revela um estudo mais recente solicitado pela Ordem dos Enfermeiros à Universidade Católica, sobre as condições de trabalho dos enfermeiros (AAVV, 2004). Este estudo revela que as intenções de mudança dos enfermeiros variam de acordo com o tipo de serviço, registando um valor máximo de intenção de mudança, de 36,8%, respeitante aos serviços de medicina geral para um mínimo de 7,5% no bloco operatório (2004: 234). Ou seja, os serviços das medicinas para além de apresentarem a percentagem mais elevada de pedidos e de intenções de transferência não figuram como as primeiras escolas de colocação.

No caso da enfermagem se, por um lado, fica patente que no interior deste campo o reconhecimento da centralidade estratégica dos modelos teóricos, assente nas concepções de um cuidar multidimensional que adopta a terminologia de uma concepção holística da saúde, tem servido, como analisado no Capítulo 5, para o aprofundamento do desenvolvimento da enfermagem enquanto profissão autónoma e disciplina científica, por outro lado, e de forma aparentemente paradoxal, verifica-se que este reconhecimento sendo melhor traduzido através dos registos oriundo dos serviços das medicinas, não recolhe o maior grau de satisfação e de permanência nestes serviços. Collière (2003), enquanto voz do interior do campo de enfermagem, refere que a evolução das tecnologias relacionadas com os tratamentos é promotora de uma nova mutação na concepção dos cuidados em enfermagem que, de cuidados aos doentes passam a tratamentos das doenças (2003: 106).

Parecem manter-se ainda actualizadas as contradições no campo da enfermagem entre, por um lado os modelos teóricos e as estratégias de autonomia profissional e, por outro lado, as práticas quotidianas em contexto hospitalar. Como refere Carapinheiro (1998), para o caso da enfermagem, parece que “na ideologia dominante da enfermagem hospitalar, os enfermeiros devem permanecer polivalentes, centrados na valorização do papel psicossocial junto dos doentes, mas, simultaneamente, empenhados na sua valorização técnica, como um meio de revalorização profissional que segue de perto os traços técnico-científicos da evolução dos cuidados da prática médica” (Carapinheiro, 1998: 263).

### **6.3 Registos de saúde em contexto hospitalar. Limitações e potencialidades**

Os processos de internamento hospitalar constituem um objecto empírico potencialmente rico, em termos informativos, mas que revelam, igualmente, um conjunto de limitações associadas. Esta parte do trabalho, para além de se enquadrar num objectivo mais geral ligado à produção de conhecimento sobre uma específica realidade, que permitiu deste modo desocultar alguns dos mecanismos sociais envolvidas na elaboração dos registos de saúde hospitalares, revelou igualmente, um conjunto de limitações, mas também de potencialidades, que se encontram associadas a este tipo de objecto empírico e que terão que ser naturalmente incorporadas no plano das consequências ao nível do desenvolvimento da investigação e dos seus resultados finais.

As potencialidades relacionadas com a utilização deste objecto empírico decorrem, essencialmente, do conjunto de informação que pode ser localizado ao nível individual, de onde se destaca a possibilidade de produzir conhecimento sobre: i) dimensões sociais respeitantes a um universo populacional pouco habitual nos estudos oriundos da sociologia das classes sociais, ou seja, o universo dos reformados e dos idosos; ii) a possibilidade de reconstituir algumas das dimensões relacionadas com as trajectórias individuais relativas ao último período do ciclo de vida e, finalmente, iii) a oportunidade de produzir um conhecimento suplementar sobre as profissões de saúde em contexto hospitalar.

As limitações inerentes à mobilização deste objecto, enquanto recurso empírico, poderão ser enquadradas nos seguintes pontos: i) utilização de uma informação que foi originalmente produzida por agentes sociais externos ao campo da sociologia, com objectivos próprios e decorrentes da especificidade das suas práticas e dos seus diferentes modelos teóricos; ii) dispersão e heterogeneidade em termos quantitativos e qualitativos do tipo de informação recolhida; iii) consequente deficit de conhecimento sobre algumas das dimensões conceptuais estruturantes do quadro teórico, nomeadamente as referentes aos atributos socioprofissionais.

O material que serviu de suporte empírico e que sustentou os resultados e as análises presentes nesta parte mais específica do trabalho, sobre os registos hospitalares, teve como origem a informação que se encontrava presente apenas no último processo de internamento referente ao óbito de cada indivíduo. Decorrente das limitações expostas, de que se destaca o deficit de informação relacionado com as dimensões sócioprofissionais e a verificação de que o aumento da idade dos indivíduos internados se traduziu na menor presença de informação sobre as dimensões sociais optou-se, por isso, por alargar o campo empírico de observação. Este alargamento do campo empírico mantinha-se contudo, por um lado, limitado ao mesmo universo de óbitos e, por outro, mantinha-se também confinado à informação presente nos

processos hospitalares. Porém, passou a incluir de forma complementar a leitura dos processos hospitalares referentes aos internamentos que cada pessoa teve anteriormente nas instituições hospitalares e, igualmente, passou incluir informação, presente no interior de cada processo hospitalar, mas originaria de outras profissões internas ou externas ao hospital. Deste modo, foi possível ter acesso a um conjunto de informação mais alargado tendo-se verificado que a grande maioria dos indivíduos analisados, cerca de 75%, tinham tido pelo menos dois ou mais internamentos anteriores. Através do acesso aos processos de internamento anteriores, mas também ao acesso aos registos de consultas médicas hospitalares, que eram localizadas em faixas etárias mais jovens, foi possível obter informação sobre períodos da vida localizadas nas idades potencialmente activas, o que permitiu um acervo de informação mais rico sobretudo relacionado com os atributos socioprofissionais destes protagonistas sociais.



## **PARTE III**



## **Capítulo 7**

### **CARACTERIZAÇÃO SOCIAL**

#### **7.1 Composição social do universo empírico**

A complexidade que caracteriza os fenómenos relacionados com a saúde implica necessariamente uma abordagem multidimensional onde interagem diversos factores. Uma das dimensões centrais que estruturam a presente investigação confere maior centralidade teórica, embora não exclusiva, à estrutura das classes sociais.

A centralidade conferida às classes sociais, enquanto motor explicativo das desigualdades em saúde, afirma-se segundo o princípio de que as estruturas e as instituições sociais, como salienta Costa (1999), não se movem por si próprias nem se autoconstituem sozinhas, pelo contrário, e nas palavras do autor: “tudo isto supõe acção humana, práticas sociais, sujeitos protagonistas” (1999: 190). Como sintetiza Almeida (1986), “as estruturas não são mais do que práticas institucionalizadas e duradouramente reproduzidas” (1986: 78). Contudo, e em certo sentido, algumas abordagens levam longe demais algumas lógicas metafóricas acabando por conferir aos fenómenos sociais, lógicas de sentido associadas a competências humanas, em que tanto as estruturas sociais como as instituições são animados de características em que pensam, sentem ou se movem. Nas palavras de Costa (1999): “a tendência para atribuir propriedades antropomórficas a categorias de indivíduos, acontecimentos históricos, sistemas de relações, padrões simbólicos, construções conceptuais, imputa equivocamente um tipo desajustado de materialidade substantiva, quando não mesmo qualidades de agente, aos referentes de conceitos de outra ordem, respeitantes por exemplo, a distribuições de variáveis, a quadros de condições, a posições relacionais, a efeitos de mecanismos sociais” (1999: 190).

O objectivo desta terceira parte é assente de forma central numa análise que privilegie a localização dos indivíduos num espaço estrutural de relações de classe. Importa por isso iniciar este percurso por uma caracterização da composição social do universo empírico, em que se pretende igualmente localizar estes protagonistas segundo outras variáveis de caracterização social, como o sexo e a idade que, como refere Costa (1999), do ponto de vista

sociológico surgem como indicadores de dimensões sociais plurifacetadas que “não se limitam a referenciar descritivamente atributos de ordem biológica, desprovidos de espessura social” (1999: 198).

Inicia-se este processo de caracterização do universo dos óbitos, relativo ao conjunto dos dois hospitais, através das variáveis sexo e idade como se apresenta no Quadro 7.1.

**Quadro 7.1 – Estrutura etária e sexual do universo dos óbitos no conjunto dos dois hospitais (N= 1935).**

Escalões Etários	Sexo					
	Masculino		Feminino		Total	
	N	%	N	%	N	%
< 65 anos	239	22,7	77	8,7	316	16,3
65 – 79 anos	519	49,2	342	38,8	861	44,5
=> 80 anos	296	28,1	462	52,4	755	39,2
Total	1054	100,0	881	100,0	1935	100,0

Fonte: Dados originais recolhidos no âmbito da investigação: “Desigualdades da vida e na morte. Saúde, classes sociais e estilos de vida”.

Importa realçar que não se pretende ainda nesta fase de apresentação e análise de resultados situar as faixas etárias como indicadores de saúde, tradutores de diferenciadas longevidades. Por ora serve a presente informação para uma caracterização social do universo analisado, por sexo e idade, pois daqui decorrem efeitos relacionados quer com as dimensões geracionais quer com as dimensões de género.

Relativamente à distribuição de acordo com a variável sexo, a leitura do Quadro 7.1 permite constatar que se trata de um universo relativamente equilibrado, apesar de se verificar uma ligeira superioridade dos homens, que aqui representam 54,3% da população, enquanto os correspondentes 46,7% se referem a mulheres. Se, por um lado, este universo surge relativamente equitativo quanto à distribuição dos sexos, por outro, a característica mais saliente, como seria de resto de esperar, relaciona-se com o facto de se tratar de uma população bastante idosa.

Segundo o Quadro 7.1, a população situada em idade activa representa aqui apenas cerca de um quinto deste universo empírico, ou seja, a grande maioria da população analisada, cerca de 83%, surge com idades iguais ou superiores a 65 anos, sendo que cerca de 39% do total de óbitos se apresenta com idades iguais ou superiores a 80 anos de idade. Dados que confirmam, como analisa Fernandes (2007), um modelo de baixa mortalidade jovem, cuja propensão para morrer concentra-se tendencialmente numa faixa de idades cada vez mais

estreita e mais tardia. Segundo Fernandes (2007), vivemos num processo de explosão sénior que irá progressivamente acentuar-se nas próximas décadas.

Em termos metodológicos importa sobretudo realçar, como refere Macintyre (1994), que os trabalhos de investigação, que no campo da saúde mobilizam como indicador central informação baseada na mortalidade como a longevidade, acabam por traçar um cenário que reflecte sobretudo o estado geral da saúde das gerações passadas (1994: 91).

Neste sentido, importa situar temporalmente estes indivíduos em gerações e em consequentes percursos geracionais, através da identificação do ano de nascimento, o que por sua vez pressupõe um tipo de análise de cariz mais longitudinal, que permite incluir os efeitos relativos às dimensões geracionais como forma de explicação complementar das desigualdades em saúde. O Quadro 7.2 apresenta as localizações geracionais desta população agrupada por décadas referentes aos respectivos anos de nascimento

**Quadro 7.2 – Décadas referentes aos anos de nascimento do conjunto dos óbitos dos dois hospitais.**

	Décadas	N	F (%)	cum F (%)
Décadas referentes aos anos de nascimento	até 1919	413	21,3	21,3
	20	573	29,6	50,9
	30	534	27,6	78,5
	40	248	12,8	91,3
	50	91	4,7	96,0
	60	49	2,6	98,6
	70	23	1,2	99,8
	80	4	0,2	100,0
Total		1935	100,0	

Fonte: Dados originais recolhidos no âmbito da investigação: “Desigualdades da vida e na morte. Saúde, classes sociais e estilos de vida”.

A leitura do Quadro 7.2 permite verificar que as décadas modais, aquelas que concentram a maioria dos nascimentos da população analisada, correspondem às décadas de vinte e de trinta do século XX. Como refere Bandeira (2004), a vida das populações transcorre no tempo sendo ritmada pela sequência de acontecimentos protagonizados pelos indivíduos, sendo que a linha ou a trajectória de vida de cada indivíduo participa em articulação com uma linha de sequência de acontecimentos sociais que constitui objecto de análise longitudinal. Neste sentido, importa realçar que cerca de 90% dos indivíduos

analisados localizam-se em gerações que nasceram na primeira metade do século XX, sendo que a maioria nasceu antes da segunda guerra mundial.

A leitura do Quadro 7.2 permite ainda inferir que a maioria da população situada na condição de potencialmente activa, no sentido da expectativa habitual de inserção na vida profissional como refere Costa (1999), se poderá localizar entre as décadas de quarenta a setenta do século XX. Décadas que, por sua vez, reflectem uma estrutura económica nacional ainda muito centrada no sector primário e com um fraco desenvolvimento industrial e de serviços (Queiroz, 2005).

#### *Caracterização do universo de óbitos por classes sociais*

Para além de uma localização geracional importa igualmente situar no espaço geográfico este universo de óbitos que, numa primeira fase, por ser oriundo de duas instituições hospitalares localizadas em diferentes regiões, poderá ser, tendencialmente, associado a localizações mais próximas ou inseridos nos espaços territoriais correspondentes às áreas de influência geográfica das respectivas inserções hospitalares. Neste sentido, as próximas análises irão incluir de forma articulada uma localização destes protagonistas sociais num espaço estrutural de relações de classe de acordo com as origens hospitalares

Como anteriormente referido a análise de classes adoptada na presente investigação é baseada na tipologia classificatória de lugares de classe ACM. No plano operatório, esta tipologia baseia-se na mobilização de um tipo de indicador socioprofissional de lugares de classe construído com base em duas variáveis principais: a *profissão* e a *situação na profissão*, complementado com a dimensão referente à *condição perante o trabalho* (Costa et al, 1991). Decorrente das limitações anteriormente referidas e que se encontram associadas às características específicas deste objecto empírico será previamente apresentado um primeiro quadro referente à informação que foi considerada válida para cada variável em análise.

**Quadro 7.3** Frequência da informação válida para condição perante o trabalho

Variável: Condição perante o trabalho	N	%
Com informação válida	1465	77,3
Sem informação	470	22,7
Total	1935	100

A caracterização social deste universo, relativamente à variável condição perante o trabalho, como se apresenta no Quadro 7.3, tem por base uma população de 1465 indivíduos, que representam 77,3% do total do universo. Os restantes 22,7% dos casos representam de algum modo as *não-respostas*, ou seja, não expunham nos seus registo de internamento informação suficiente que fosse indicativa sobre esta variável. O Quadro 7.4 apresenta as frequências resultantes da articulação entre a variável condição perante o trabalho e as variáveis sexo, por origem hospitalar.

**Quadro 7.4** Condição perante o trabalho por sexo e por hospital. (percentagens).

Condição perante o trabalho	Hospital Lisboa			Hospital Beja		
	(%)			(%)		
	Total	Homens	Mulheres	Total	Homens	Mulheres
Exercem profissão	8,8	9,9	6,6	7,7	10,9	3,2
Desempregados	2,6	2,9	3,0	2,2	2,7	1,5
Domésticas	9,9	0,0	38,3	24,4	0,0	64,8
Reformados	76,1	84,0	49,8	63,3	83,6	29,3
Reformados por doença	2,6	3,2	2,3	2,2	2,9	1,2
Total	100	100	100	100	100	100

Fonte: Dados originais recolhidos no âmbito da investigação: “Desigualdades da vida e na morte. Saúde, classes sociais e estilos de vida”.

A análise das condições perante o trabalho, traduzidas no Quadro 7.4, revelam características típicas de uma população idosa, não activa, que se traduzem pelo predomínio da condição de reformado. Assim, oriundos do hospital localizado em Lisboa encontram-se 76,1 % de população reformada, constituindo esta categoria 63,3% do universo oriundo do hospital em Beja. Relativamente ao cálculo das taxas de actividade é necessário incluir uma análise que inclua os percursos de vida dos indivíduos, o que significa aqui que a análise não se fixe apenas na informação sobre condição perante o trabalho referente ao ano do óbito, tendo-se optado por considerar para o cálculo das taxas de actividade as frequências presentes nas categorias dos indivíduos que ainda exerciam uma profissão no ano em que ocorreu o óbito juntamente com as frequências relativas às categorias de reformados. Deste modo, verifica-se que, para ambos os hospitais considerados, uma articulação com a variável sexo é reveladora de taxas de actividade das mulheres bastante mais reduzidas do que as taxas de actividade dos homens. Apesar deste fenómeno relativo ao género se apresentar como transversal em ambos os universos analisados por hospital, o cruzamento com as origens

hospitalares revela, contudo, que esta assimetria por género é mais acentuada relativamente ao universo relativo ao hospital localizado em Beja do que ao localizado em Lisboa. Segundo o Quadro 7.4 as taxas de actividade feminina em Beja correspondem ao valor de 35,2 %, correspondente às mulheres que exerciam ou tinha exercido uma profissão sendo que, os restantes 64,8 % desta população feminina se inserem na categoria das *domésticas*. Em Lisboa, a situação é praticamente a inversa, a taxa de actividade feminina é de 61,7 % e a frequência das *domésticas* desce para os 38,3 %.

Uma classificação tripartida da situação na profissão em *patrões*, *trabalhadores por conta própria* e *trabalhadores por conta de outrem* é reveladora, já por si, de importantes clivagens na estruturação das relações sociais, de homogeneidades e heterogeneidades quanto à localização no espaço social (Costa, 1999) delimitando, por isso, como refere Machado (2002), grandes agregados que apresentam relações bem distintas com os recursos de propriedade e com as posições nas relações de produção.

**Quadro 7.5** Frequência da informação válida para situação na profissão

Variável: Situação na profissão	N	%
Com informação válida	891	46,1
Sem informação	1044	53,9
Total	1935	100

Fonte: Dados originais recolhidos no âmbito da investigação: “Desigualdades da vida e na morte. Saúde, classes sociais e estilos de vida”.

Relativamente ao universo considerado para a análise, segundo o Quadro 7.5, este é delimitado apenas ao conjunto da população que se enquadrou na condição de activo.

**Quadro 7.6** Situação na profissão por sexo e por hospital. (percentagens)

Situação na profissão	Hospital em Lisboa		Hospital em Beja	
	Homens	Mulheres	Homens	Mulheres
	%	%	%	%
Patrões	4,5	1,2	4,3	0,8
Trabalhadores por conta própria	9,4	5,9	11,4	5,7
Trabalhadores por conta de outrem	88,1	92,9	84,3	93,5
Total	100	100	100	100

Fonte: Dados originais recolhidos no âmbito da investigação: “Desigualdades da vida e na morte. Saúde, classes sociais e estilos de vida”.

A leitura do Quadro 7.6 permite ver claramente que a população considerada aqui como potencialmente activa é constituída maioritariamente por trabalhadores assalariados. Em ambos os hospitais mais de 80% dos homens e um pouco mais de 90% das mulheres localizam-se na categoria de trabalhadores assalariados por conta de outrem. Ainda no conjunto da população oriunda de ambos os hospitais, os patrões com empregados constituem, em ambos os sexos, a categoria menos representada que, apesar de maior concentração nos homens, não ultrapassam os 5% no conjunto da população masculina analisada. A categoria de patrões no universo das mulheres encontra muito pouca representação que varia entre os 0,8% em Beja e os 1,2% em Lisboa. Esta classificação tripartida, referente à situação na profissão, por apresentar um esmagador peso no lado do trabalho assalariado por conta de outrem, evoca a necessidade acrescida de outro tipo de diferenciação social. Como analisa Wright (1997), a situação de maior concentração nas classes assalariadas apresenta-se como problemática, em termos teóricos, relativamente à diferenciação interna destas classes assalariadas. Estas classes que representam uma população que, na terminologia marxista, não possuem a propriedade dos meios de produção e que, como tal, vendem a sua força de trabalho no mercado de trabalho. A questão reside em perceber em que base de pode operar uma diferenciação das localizações de classe entre as pessoas que, nas relações de propriedade capitalista, partilham um lugar similar que é, por sua vez, ancorado na ausência de propriedade dos meios de produção. Wright (1997) propõe a divisão da classe dos assalariados em duas dimensões segundo dois critérios de diferenciação: um primeiro de acordo com as relações de autoridade e um segundo critério de acordo com a posse de competências ou de conhecimento pericial (Wright, 1997: 19). Neste sentido é indispensabilidade a inclusão de outros tipos de dimensões respeitantes à divisão social do trabalho e que terão que contemplar os diferentes níveis de autoridade e posicionamentos no interior de uma hierarquia organizacional; os diferentes recursos qualificacionais e competências associadas ao trabalho; bem como, os diferentes níveis de status profissional. O conjunto destas dimensões encontra no indicador socioprofissional, através da variável *profissão*, uma forma de condensação que possibilita a operacionalização deste conjunto multidimensional de variáveis base (Almeida, 1986; Costa 1999). Nas palavras de Almeida (1986): “as relações de produção e a divisão social do trabalho constituem, assim, uma matriz de complexos efeitos no conjunto do espaço social. Precisamente por isso, de resto, o indicador socioprofissional, mesmo quando construído de forma relativamente grosseira e utilizado isoladamente, pode funcionar com alguma eficácia na pesquisa” (1986: 81). Neste sentido, apresenta-se a informação disponível no Quadro 7.7 sobre a profissão dos indivíduos

em análise considerando-se a profissão actual ou a profissão antiga, no caso das situações de reformados.

**Quadro 7.7** Frequência da informação válida para “Profissão”

Variável: Profissão	N	%
Com informação válida	971	50,2
Sem informação	964	49,8
Total	1935	100

Fonte: Dados originais recolhidos no âmbito da investigação: “Desigualdades da vida e na morte. Saúde, classes sociais e estilos de vida”.

Como sustentam Costa (1999) e Machado (2002), a variável *profissão* operacionalizada em diferentes grupos de profissões de acordo, por exemplo, com a Classificação Nacional de Profissões para o caso português permite condensar um importante conjunto de dimensões base, que fornece informação indispensável sobre os recursos produtivos, as qualificações ou o poder no contexto profissional. O Quadro 7.8 resulta do agrupamento de profissões em nove grandes grupos profissionais, correspondentes ao primeiro nível de agregação da Classificação Nacional de Profissões de 1994 (CNP, 1994).

**Quadro 7.8** Frequências das profissões pelos grandes grupos CNP-94 por origem hospitalar (percentagens).

Profissões - grandes grupos /CNP 94	Hospital	Hospital
	em Lisboa %	em Beja %
1 Quadros sup. da administração pública, dirigentes e quadros superiores de empresas	3,1	1,8
2 Especialistas das profissões intelectuais e científicas	7,5	3,5
3 Técnicos e profissionais de nível intermédio	8,2	3,2
4 Pessoal administrativo e similares	10,1	9,5
5 Pessoal dos serviços e vendedores	7,3	4,3
6 Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura e pescas	2,0	5,8
7 Operários, artífices e trabalhadores similares	7,8	4,2
8 Operários de instalações e máquinas e trab. Da montagem	8,3	3,8
9.1 Trabalhadores não qualificados dos serviços e comércio	21,8	21,1
9.2 Trabalhadores não qualificados da agricultura e pesca	4,5	29,7
9.3 Trabalhadores não qualificados da construção, industria e transportes	19,4	13,1
Total	100,0	100,0

Fonte: Dados originais recolhidos no âmbito da investigação: “Desigualdades da vida e na morte. Saúde, classes sociais e estilos de vida”.

A leitura do Quadro 7.8 permite constatar um maior grau de diferenciação da variável profissão por origem hospitalar. De acordo com CNP 94, o “grande grupo” número 9 é apenas denominado de “trabalhadores não qualificados” (CNP-94). Contudo, o Quadro 7.8 foi elaborado tendo em conta o segundo nível de agregação da CNP 94, apenas para o grupo 9, segundo a proposta que serve de base à posterior construção da tipologia de classes sociais (Costa, 1999: 230).

Esta desagregação do grupo 9 da CNP-94 permite localizar, neste grupo de trabalhadores não qualificados, as profissões por sector de actividade económica e, simultaneamente, dar conta de maior diferenciação no grupo que condensa maior número de indivíduos.

As análises de composição profissional e de composição de classe, como refere Machado (2002), “não são vias alternativas para o mesmo objectivo. Não se trata, portanto, de escolher uma ou outra, nem a utilização das duas significa repetição. Se cada uma delas isoladamente tem virtualidades, a sua conjugação torna-as mais fortes e traz ganhos de conhecimento [...] onde por exemplo a análise de classes é demasiado agregadora, ao incluir inúmeras situações profissionais numa mesma categoria de classe, a análise de composição profissional pode ser mais fina e ajudar a perceber especificidades internas importantes, em termos de tipo ou combinação de recursos ou ainda de ramo de actividade” (Machado, 2002: 192). Na verdade, e como se pode calcular a partir do Quadro 7.8, o conjunto da população que se encontra incluída no “grupo 9” correspondente a uma categoria geral de “trabalhadores não qualificados” representa perto de cerca de 45 % da população com origem no hospital de Lisboa, sendo ainda mais expressiva na origem localizada no hospital em Beja, que representa perto dos 65% do total do universo incluído com histórico socioprofissional. A inclusão de grande parte desta população em categorias referentes a trabalho pouco qualificado contrasta nitidamente com a pouca expressividade do trabalho relacionado com os especialistas das profissões técnicas e qualificadas, que em Lisboa representam 7,5 % e que em Beja desce para os 3,5%.

Relativamente a uma análise focalizada na diferenciação por sectores de actividade económica, esta revela que a população oriunda do hospital de Beja apresenta uma maior concentração de profissões localizadas no sector primário. Um pouco mais de um terço (36,3%) dos homens e mulheres oriundos do hospital situado em Beja tiveram trajectórias de vida ligadas ao trabalho agrícola. Neste sector agrícola a grande maioria da população, cerca de 90%, relaciona-se com o que é designado como o trabalho não qualificado da agricultura. Como anteriormente referido, o trabalho não qualificado não é apenas localizado na

agricultura, mas representa também a forma mais expressiva nos restantes sectores e ramos de actividade económica.

Retomando agora alguns aspectos teóricos do enquadramento das classes sociais sustenta-se a centralidade das relações de produção e da divisão social que constituem como sustenta Almeida (1981) “uma matriz de complexos efeitos no conjunto do espaço social” (1981: 366). Deste modo, o procedimento de operacionalização das classes sociais segue o raciocínio base de fazer articular a dimensão referente à divisão social do trabalho, através do indicador *profissão*, classificado em grande grupos de acordo com a CNP e as dimensões referentes às relações de produção, através do indicador *situação na profissão* (Costa, 1999; Machado, 2002). O Quadro 7.9 representa a matriz de construção do indicador socioprofissional baseada no cruzamento destes dois indicadores e das respectivas categorias de classe social resultantes.

**Quadro 7.9** Matriz de construção do indicador socioprofissional individual de classe

Profissões - Classificação Nacional de Profissões (CNP 94)	Situação na profissão		
	Patrões	Trabalhadores por conta própria	Trabalhadores por conta de outrem
1 Quadros sup. da adm. pública, dirigentes e quadros sup. de empresas	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 Operários de instalações e máquinas e trab. da 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, industria 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

Fonte: Costa (1999) *Sociedade de Bairro*.

Como se apresenta no Quadro 7.9, do cruzamento destes dois indicadores<sup>30</sup> de maior densidade dimensional, *profissão* e *situação na profissão*, resulta uma nova variável compósita que pode ser designada por indicador socioprofissional individual de classe, que é traduzida finalmente, numa tipologia classificatória que inclui sete categorias de classes sociais: Empresários, Dirigentes e Profissionais Liberais (EDL); Profissionais Técnicos e de Enquadramento (PTE); Trabalhadores Independentes (TI); Agricultores Independentes (AI); Empregados Executantes (EE); Operários (O) e Assalariados Agrícolas (AA)<sup>31</sup>. Definido o percurso teórico e metodológico de operacionalização das classes sociais apresenta-se no Quadro 7.10 a informação disponível, do conjunto total dos processos hospitalares, que possibilitou uma definição dos lugares de classe, tendo por base o indicador socioprofissional individual.

**Quadro 7.10** Frequência da informação válida para classe social

Variável: Classe social	N	%
Com informação válida	883	45,6
Sem informação	1052	54,4
Total	1935	100

Fonte: Dados originais recolhidos no âmbito da investigação: “Desigualdades da vida e na morte. Saúde, classes sociais e estilos de vida”.

Importa referir que relativamente ao expressivo número de mulheres englobadas na categoria das domésticas não foi possível obter, de forma sistemática, informação suficiente sobre os atributos socioprofissionais do cônjuge masculino que possibilitasse, desta forma, a construção de indicadores socioprofissionais familiares de classe.

A informação presente no Quadro 7.11 permite constatar a diferença de informação relativamente ao género

---

<sup>30</sup> Indicadores que como salienta Costa (1999) “por mais densos de dimensões que sejam, não reconhecem todo o âmbito substantivo do conceito de classe social. São aproximações operatórias parcelares ao conteúdo desse conceito” (1999: 231).

<sup>31</sup> A tipologia ACM é igualmente desenvolvida e apresentada, pelos autores, numa versão em inglês que poderá ser encontrada em Costa *et al* (2002) e Almeida *et al* (2006).

**Quadro 7.11** Caracterização dos lugares de classe dos óbitos ocorridos por sexo no conjunto dos dois hospitais em 2004. (N=883)

Classe social	Homens		Mulheres		Total	
	N	%	N	%	N	%
Empresários, dirigentes e profissionais liberais (EDL)	58	8.6	10	4.6	68	6.8
Profissionais técnicos e de enquadramento (PTE)	63	9.4	18	8.5	81	8.8
Trabalhadores independentes (TI)	36	5.3	11	5.2	47	5.2
Agricultores independentes (AI)	41	6.1	8	3.7	49	4.2
Empregados executantes (EE)	150	22.2	88	42.5	238	33.1
Operários (O)	190	28.2	34	16.4	224	22.3
Assalariados Agrícolas (AA)	136	20.2	41	19.4	177	19.9
Total	674	100	209	100	883	100

Fonte: Dados originais recolhidos no âmbito da investigação: “Desigualdades da vida e na morte. Saúde, classes sociais e estilos de vida”.

Os dados presentes no Quadro 7.11 permitem verificar esta assimetria relativamente ao conjunto de informação disponível sobre os atributos socioprofissionais relativamente ao género. Nesta caracterização de lugares de classe temos 674 homens, que representam 64 % do total dos homens incluídos nesta investigação, enquanto que as mulheres com 209 casos representam apenas 24% do universo feminino analisado.

**Quadro 7.12** Caracterização dos lugares de classe dos óbitos por sexo e por hospital (N=883) (%)

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

Fonte: Dados originais recolhidos no âmbito da investigação: “Desigualdades da vida e na morte. Saúde, classes sociais e estilos de vida”.

Para além destas diferenças, relativas ao género, o Quadro 7.12 permite ainda destacar uma diferenciação de género em articulação com as classes sociais, em que o universo feminino se concentra sobretudo na categoria dos empregados executantes, enquanto que a categoria dos operários se apresenta maioritariamente masculina.

A informação presente no conjunto dos quadros até aqui apresentados permite salientar, por um lado, as baixas taxas de actividade feminina e, por outro, o significativo peso do sector agrícola na população estudada. Como se pode verificar no Quadro 7.12, na população oriunda do hospital situado em Beja o sector primário ocupa uma posição maioritária, de onde se destaca a categoria dos assalariados agrícolas (AA) que constituem cerca de 35% deste universo. Categoria social que contempla o vasto conjunto dos *trabalhadores rurais* que, como descreve Madureira (2002), engloba um conjunto de ocupações profissionais pouco qualificadas ligadas à execução de diferentes tarefas agrícolas por conta de outrem. Tradução de um tempo histórico que reinvoca a obra antropológica de Cutileiro (2004), *Ricos e Pobres no Alentejo*, sobre os modos de vida de uma população de uma freguesia rural alentejana dos meados dos anos 60 do século XX. Este sistema de estratificação social era assente numa profunda assimetria, relacionada com a propriedade agrícola e com os meios de produção, entre, por um lado, os latifundiários, minoritários mas com elevada concentração da propriedade rural e, por outro, os assalariados agrícolas, despojados de propriedade, mas que constituíam a grande maioria da população activa. Esta agricultura de tipo *patronal* ou *latifundiária* era assente, como também refere Carmo (2007), “em formas de divisão social bastante polarizadas em torno de dois estratos principais: os grandes proprietários e os trabalhadores assalariados que representavam uma parte substancial da população agrícola” (2007: 76).

Actualmente, e tendo por base os dados estatísticos referentes aos Censos de 2001, a composição social ao nível do distrito de Beja é claramente diferente. Tendo em conta uma circunscrição limitada à população activa neste distrito, a categoria dos assalariados agrícolas representa apenas cerca de 3,5% desta população.

Relativamente ao universo de óbitos oriundo do hospital localizado em Lisboa, e ainda segundo o Quadro 7.12, evidencia-se um peso significativamente maior na categoria dos PTE, com 15,7% em Lisboa, em comparação com os 3,6% registados em Beja. Apesar da categoria dos PTE englobar um conjunto de profissões em situação de assalariado, ela reflecte, igualmente, um conjunto de profissões que ocupam nas respectivas organizações posições de autoridade hierárquica de nível médio ou superior. Um conjunto de profissões que simultaneamente reflecte uma maior exigência de qualificações escolares e académicas o que

se traduziu neste estudo, numa população que apresenta os níveis mais elevados de qualificação escolar, no conjunto das restantes classes sociais.

Em sintonia com resultados de outras investigações<sup>32</sup>, este estudo revelou igualmente níveis de escolaridade nos EDL consideravelmente mais baixos do que nos PTE. Ainda que, e de forma objectiva se verifique a presença de pouca informação nos processos clínicos, sobretudo sobre os níveis de escolaridade da população englobada na categoria dos PTE, as profissões destes indivíduos, que incluíam professores do ensino primário, secundário e universitário, advogados, engenheiros e enfermeiros, entre outras, permite inferir que se trata de uma população que, no seu conjunto, apresenta níveis de escolaridade relativos mais elevados na comparação com as restantes classes sociais. Ainda no domínio dos recursos escolares, e no que diz respeito à categoria dos EDL, verificou-se que a informação disponível sobre a escolaridade incluía um alargado número de pessoas sem escolarização ou apenas com a antiga “4ª classe”.

O Quadro 7.12 apresenta ainda uma composição social reveladora de significativas assimetrias e desigualdades em ambos os universos hospitalares. Ou seja, uma composição social em que as classes assalariadas de base, ou seja, os empregados executantes (EE), os operários (O) e os assalariados agrícolas (AA) representam a maioria do universo em análise, constituindo cerca de 70% em Lisboa e de forma mais acentuada representam cerca de 80% em Beja. Categorias que apesar de partilharem a condição de assalariados de base apresentam características diferenciadoras ao nível do género. Tanto em Beja como em Lisboa, o universo feminino concentra-se sobretudo na categoria dos empregados executantes enquanto a categoria dos operários se apresenta maioritariamente masculina.

Elaborando uma pequena síntese desta caracterização social poder-se-á dizer que se trata de uma população idosa, com um média de idades de cerca de 76 anos, maioritariamente reformada e com uma relativa equidade distributiva relativamente ao sexo, apresentando um histórico relativo aos atributos socioprofissionais que em primeiro lugar se destaca pela pouca expressão de patrões com empregados e de trabalhadores independentes, sendo constituída sobretudo pelo assalariado, com predominância no trabalho pouco qualificado e que, também decorrente desta situação, surge como uma população que se localiza maioritariamente, perto de 80%, nas classes sociais relativas ao assalariado de base. Algumas situações de diferenciação social ficam patentes de acordo com as origens hospitalares, em especial pela

---

<sup>32</sup> A baixa qualificação escolar dos EDL portugueses encontra-se documentada em Almeida, Machado e Costa (2006) Costa, Machado e Almeida (2007) e Ávila (2007).

centralidade do sector agrícola e pelas baixas taxas de actividade femininas na população oriunda do hospital de Beja, que contrastam claramente com taxas de actividade feminina mais elevadas e a pouca expressão agrícola no histórico socioprofissional oriundo dos protagonistas sociais do hospital situado em Lisboa.

Esta componente histórica, que surge por via de uma análise que privilegiou os indicadores sobre a mortalidade, permite dar conta das alterações que ocorreram em Portugal, revelador de um quadro social que se encontra em linha do que é referido por Queiroz (2005). Como refere Queiroz (2005), “em termos genéricos, a estrutura social portuguesa apresentou, entre 1950 e 1970, uma evolução marcada pelo declínio das classes e fracções ligadas à agricultura, pela paragem relativa do sector industrial, por uma terciarização e feminização acentuadas, fenómenos estes em articulação estreita com o processo de urbanização – litoralização do país e reforço da intervenção do Estado” (Queiroz, 2005: 165). No plano nacional e a partir da década de noventa, como analisa Queiroz (2005), confirma-se a “descida fortíssima dos assalariados agrícolas e as tendências para a quebra do operariado industrial e para a expansão dos empregados executantes dos escritórios, comércio e serviços” (2005: 166). Esta transformação, em termos gerais do tecido económico, permite perceber que é no distrito de Beja, por comparação com o de Lisboa, que se localizaram as mudanças mais significativas e simultaneamente as mais aceleradas.

O estudo de Carmo (2007) reflecte precisamente a ocorrência destas profundas mudanças estruturais nos meios rurais, num estudo de caso sobre uma pequena localidade, Albernoa, situada na sociedade rural alentejana. Nos últimos trinta anos Albernoa, como analisa Carmo (2007), “sofreu consideráveis alterações na estrutura social e nos modos de vida. A população diminui, envelheceu e a aldeia tornou-se mais dependente da cidade de Beja. Simultaneamente, Albernoa assistiu a um efectivo desmantelamento funcional, perdendo um conjunto de serviços, o que tornou cada vez mais preponderante a função residencial” (2007: 75).

Se considerarmos o ano de 2004 poder-se-á pensar que numa mesma época, esta relevante assimetria sincrónica entre uma população mais idosa e reformada maioritariamente ligada à agricultura e uma população em idade activa, mas agora centrada nos outros sectores de actividade, fornece bem uma imagem de um Portugal simultaneamente a dois tempos e em acelerada transformação.

## **7.2 Indicadores de desigualdade de saúde de acordo com as origens hospitalares**

Após uma caracterização social do universo empírico, que revelou um conjunto de desigualdades sociais tendo por base o contexto analítico referente à estrutura de classes, pretende-se neste segundo momento de análise articular o domínio referente à incorporação das desigualdades sociais, ou seja, um domínio que dê conta das assimetrias perante a doença e a morte de acordo com os atributos individuais de classe.

Contudo, e apesar do nível de análise se encontrar centrado numa caracterização que tem por base o indivíduo pretende-se, em primeiro lugar, iniciar este percurso deslocando o enfoque, por ora, para um referencial localizado nas diferentes origens hospitalares. Deste modo, também aqui poderá fazer sentido pensar-se em percursos destes homens e mulheres com vivências inseridas em regiões tão distintas como a de Lisboa ou a do Baixo Alentejo, numa perspectiva que, por sua vez, conduz à inclusão de dimensões referente aos efeitos regionais nas desigualdades em saúde. Importa salientar contudo, que a presente investigação não toma como nível de análise o distrito, ou qualquer outro tipo de delimitação geográfica, mas sim, as duas instituições hospitalares.

Porque se pretende de algum modo transportar uma lógica de análise de indicadores de resultado para as instituições hospitalares terá que se ter, obrigatoriamente, em conta dois importantes factores: o primeiro decorre das possíveis especificidades que caracterizam a população que o hospital serve, por força da sua área de delimitação geográfica, como foi analisado anteriormente e, um segundo factor, relaciona-se com o tipo de instituição hospitalar que se encontram em análise.

No sentido de contextualizar as duas instituições hospitalares nas suas regiões de inserção geográfica mobiliza-se para o efeito a análise de alguns indicadores de saúde referentes às regiões onde se encontram inseridos as duas instituições hospitalares em análise. O Quadro 7.13 apresenta alguns dos indicadores que permitem constatar, ao nível do distrito, um conjunto de importantes diferenças entre as regiões onde se localizam as duas instituições hospitalares em referência.

Tomando como unidade de observação territorial o distrito, Lisboa, para além de apresentar melhores rácios nos indicadores de recursos de saúde, ou seja, mais hospitalares, mais centros de saúde, mais médicos e enfermeiros por população apresenta, igualmente, melhores resultados ao nível dos restantes indicadores de saúde, que aqui se traduzem na maior

esperança de vida à nascença e em taxas de mortalidade padronizadas pela idade<sup>33</sup> com valores mais reduzidos do que os registados no distrito de Beja.

**Quadro 7.13** Indicadores de Saúde de 2004 para os distritos de Lisboa e Beja

	Distrito de Lisboa	Distrito de Beja
População (estimada para 20/06/2004) a)	2 203 500	156 409
Médicos por 1000 habitantes b)	4,9	1,6
Enfermeiros por 1000 habitantes b)	4,8	3,2
Centros de Saúde b)	45	14
Hospitais b)	17	2
Total de óbitos a)	20 832	1 569
Esperança de vida à nascença (em anos) b)	78,2	77,1
Taxas de mortalidade padronizadas pela idade a)	635,3	730,3

Fonte: a) DGS (2006), *Risco de Morrer em Portugal 2004*

b) DGS; (2006 a) *Portugal Saúde, Indicadores Básicos 2004*.

A leitura do Quadro 7.13 permite igualmente constatar que a diferença entre o número de óbitos ocorridos ao nível do distrito e o número de óbitos que constituem o universo da presente investigação apresentam divergências diferenciadas de acordo com o distrito em análise. Assim o total de óbitos analisados na investigação com origem em Lisboa (N= 944) correspondem apenas a 4,5 % do total de óbitos verificados ao nível do distrito, enquanto que em Beja, o total de óbitos analisados na investigação (N=991) corresponde a 63,2 % do total de óbitos verificados neste distrito.

Para além desta distância entre os números de óbitos por distrito e os que se encontram presentes na investigação verifica-se, igualmente, que nem todos os indivíduos que morreram nos hospitais em análise tinham residência coincidente com o distrito de inserção do hospital. O Quadro 7.14 dá conta da articulação entre as duas instituições hospitalares e a residência dos indivíduos localizada ao nível distrital.

<sup>33</sup> A fórmula do cálculo das “taxas de mortalidade padronizadas pela idade” permite eliminar o efeito “idade”, possibilitando a comparação de taxas de mortalidade entre regiões e populações com diferentes composições etárias.

**Quadro 7.14 – Residência do universo de óbitos por origem hospitalar**

Residência	Hospital em Lisboa	
	N	%
No distrito de Lisboa	808	85,6
Externa ao distrito de Lisboa	123	13,0
Sem informação sobre a residência	13	1,4
Total	944	100,0

Residência	Hospital em Beja	
	N	%
No distrito de Beja	926	93,4
Externa ao distrito de Beja	59	6,0
Sem informação sobre a residência	6	0,6
Total	991	100,0

Fonte: Dados originais recolhidos no âmbito da investigação: “Desigualdades da vida e na morte. Saúde, classes sociais e estilos de vida”.

A leitura do Quadro 7.14 permite salientar o facto de não se verificar uma total coincidência entre a localização geográfica de um determinado hospital e a residência dos óbitos aí ocorridos, mesmo considerando a residência inserida numa localização mais alargada como é o caso do nível distrital. Os dados expostos conduzem a consequências de cariz metodológico, no sentido de não se poder assumir *a priori* que os indicadores de resultado, referentes ao um determinado hospital, possam ser representativos da região onde este se encontra inserido. Contudo, e apesar desta descoincidência, a maioria da população analisada residia no interior do distrito onde se localizava o hospital. Como se pode observar através do Quadro 7.14, 85,6% dos óbitos oriundos do hospital situado em Lisboa tinham residência em locais incluídos no distrito de Lisboa, enquanto que em Beja esta percentagem sobe para os 93,4 %.

Relativamente ao hospital situado em Lisboa verifica-se que esta instituição acolhe uma população com maior dispersão geográfica em que, cerca de 13 % do total de óbitos aqui ocorridos tinham uma residência localizada fora deste distrito. Do total destes óbitos, que apresentavam residência fora do distrito, cerca de 80% se referiam a situações de transferências de outros hospitais, cujas localizações abrangiam todo o território nacional, o que incluía também origens localizadas nas regiões autónomas da Madeira e dos Açores.

Ainda relativamente aos dados referentes ao Quadro 7.14 destaca-se, igualmente, no hospital situado em Lisboa, a maior percentagem de indivíduos que se encontravam internados e que surgem sem informação sobre a residência (1,4% em Lisboa e 0,6% em Beja). De entre os treze casos englobados aqui na categoria “sem informação sobre a

residência” oriundos do hospital em Lisboa encontram-se situações de indivíduos que acabaram por vir a morrer neste hospital e que não eram portadores de documentação, que não tinham capacidade de comunicação e que, simultaneamente, não tinham tido visitas durante este seu último internamento. No caso mais específico das situações referidas nos registos como “sem-abrigo”, que apenas se verificaram em Lisboa e que totalizaram onze casos, sete apresentavam, contudo, identificação de residência, enquanto os restantes quatro não teria havido forma dos profissionais de saúde terem conseguido identificar a residência.

Inicia-se agora uma caracterização do universo de óbitos por referência hospitalar através da mobilização de dois indicadores referentes à mortalidade: a determinação da idade média dos óbitos por instituição hospitalar e a localização dos óbitos por escalões etários em cada uma destas instituições.

A localização dos óbitos por escalões etários permite identificar as frequências dos óbitos ocorridos em idades inferiores a 65 anos que, do ponto de vista de uma classificação epidemiológica, surgem como qualificados sob a designação de *mortes prematuras* (Shapiro, 1983). Como refere Bury (1997), a taxa de mortes prematuras surge como um dos mais importantes indicadores na avaliação das desigualdades em saúde, numa denominação que simultaneamente acaba por sugerir que de algum modo as pessoas terão morrido antes do tempo esperado (1997: 55).

**Quadro 7.15** Caracterização do universo dos óbitos por escalões etários e longevidade média, nos dois hospitais.

		Hospital em Lisboa		Hospital em Beja	
		N	%	N	%
Escalões	< 65	183	19,4	133	13,4
	65 – 74	241	25,5	267	26,9
Etários	75 – 79	169	17,9	184	18,6
	80 – 84	165	17,5	182	18,4
	>= 85	186	19,7	225	22,7
	Total	944	100,0	991	100,0
Idade média dos óbitos	(em anos)	75,3		76,5	

Fonte: Dados originais recolhidos no âmbito da investigação: “Desigualdades da vida e na morte. Saúde, classes sociais e estilos de vida”.

O Quadro 7.15 revela que o hospital situado em Beja apresenta melhores indicadores de resultado ao nível da mortalidade do que o hospital situado em Lisboa. Verifica-se que a

percentagem de mortes prematuras, idades inferiores a 65 anos, é superior no hospital situado em Lisboa, que aqui representam praticamente um quinto do total de óbitos ocorridos (19,4%), em comparação com os valores mais baixos verificados nesta categoria no hospital situado em Beja que representa 13,4% dos óbitos.

Para além deste indicador, e ainda segundo o Quadro 7.15, o valor da idade média dos óbitos verificada no hospital situado no distrito de Beja é de 76,5 anos, o que representa um valor superior em 1,2 anos relativamente ao valor médio que o hospital situado em Lisboa apresenta, ou seja de 75,3 anos.

As diferenças entre os resultados, que de alguma forma seriam previamente esperados decorrente da informação presente ao nível do distrito e os resultados que realmente foram observados no presente estudo encontram justificação, como já se fez referência na metodologia adoptada, que circunscreve o universo empírico ao conjunto dos óbitos ocorridos em duas instituições hospitalares, que não podendo ser consideradas como representativas do distrito apresentam, também, diferentes características ao nível das suas qualificações institucionais-administrativas.

Como já anteriormente referido no Capítulo 6, no domínio das classificações hospitalares, a instituição localizada em Beja corresponde a um *hospital distrital* enquanto a localizada em Lisboa corresponde a um *hospital central*. De forma sumária, esta classificação implica que um hospital central tende a incorporar recursos tecnológicos mais raros e diferenciados do que um hospital distrital que, neste modo, assegura, também, a oferta de um maior número de especialidades médicas. Decorrente desta maior capacidade de oferta destaca-se, nesta diferenciação hospitalar, as implicações ao nível das transferências de doentes entre hospitais. Na prática, esta diferenciação hospitalar implica a transferência de doentes com patologias mais complexas ou mais raras no sentido dos *hospitais distritais* para os *hospitais centrais*. Neste sentido, e no conjunto das duas instituições em análise, é o hospital localizado em Lisboa que, por ser central, recolhe a maioria das transferências oriundas de outros hospitais. Entre as várias situações clínicas analisadas que estiveram relacionadas com as transferências entre hospitais, e apenas nas específicas situações em que o óbito ocorre no ano de 2004 e no hospital situado em Lisboa, destacam-se três tipos de situações que surgem como mais frequentes: as transferências relacionadas com acidentes; a necessidade de realização de cirurgias relativas a transplantes de órgãos e, finalmente, as transferências relacionadas com à existência de vagas de internamento de especialidades médicas mais raras.

As transferências de casos resultantes de acidentes referem-se, sobretudo, a situações clínicas relacionadas com complicações neurológicas graves resultantes de traumatismos cranianos e vertebro-medulares, que normalmente necessitam de cirurgias no âmbito da neurotraumatologia e dos designados suportes de vida que incluem, por exemplo, os ventiladores mecânicos ou de respiração assistida. De entre o conjunto de acidentes destacam-se, pela maior frequência, os acidentes de viação ocorridos em automóveis, motociclos ou motorizadas. Relativamente a este último tipo de acidentes ou seja, em motociclos ou motorizadas constata-se, normalmente, uma forte presença de população mais jovem, o que aliás constitui uma das principais causas de morbilidade e de mortalidade entre os jovens em Portugal (DGS, 2006).

No que diz respeito às transferências relacionadas com a presença de serviços especializados médicos ou cirúrgicos, verifica-se que este hospital localizado em Lisboa é tradicionalmente associado à prestação de cuidados em serviços de infecciologia e em unidades de transplante hepático. Importa referir que actualmente os serviços de infecciologia registam um grande número de patologias relacionadas com a infecção pelo hiv-sida. O conjunto das doenças hepáticas, consequência dos transplantes hepáticos e, finalmente as infecções relacionadas com o hiv-sida resultam num conjunto de situações a que estão associadas normalmente longevidades mais reduzidas.

Dada a importância que o tipo de causas de óbito surge como revelador de diferenciados valores médios das idades dos óbitos, considerou-se necessário a inclusão, na continuação da caracterização do universo de óbitos por instituição hospitalar, das causas associadas à definição dos óbitos.

A informação sobre as causas do óbito foram recolhidas de acordo com a identificação do óbito presente nos registo clínicos mas também, e de forma complementar, tendo por base a informação presente nos certificados de óbito, que se encontram no interior destes processos hospitalares. As causas de óbito aqui apresentadas têm por base o agrupamento das doenças segundo a 10<sup>a</sup> Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID 10) (OMS, 2000) e referem-se à causa identificada clinicamente como a causa principal do óbito.

O Quadro 7.16 apresenta os valores das frequências das principais causas de óbito e os respectivos valores das idades médias dos óbitos para cada uma destas causas. Apresenta-se em primeiro lugar um quadro referente ao hospital situado em Lisboa e de seguida um outro referente ao situado em Beja.

**Quadro 7.16** Frequência das causas de morte e a idade média dos óbitos por causa de morte referente ao hospital localizado em Lisboa

Causas de morte	Hospital em Lisboa		
	N	%	Idade média dos óbitos (anos)
Doenças cerebrovasculares	174	18,4	80,1
Outras neoplasias (tumores malignos)	143	15,1	74,3
Outras doenças cardíacas	107	11,3	80,2
Doenças isquémicas do coração	86	9,1	75,3
Diabetes	55	5,8	76,1
Doenças do fígado	51	5,4	59,7
Doenças pelo HIV- Sida	49	5,2	44,5
Neoplasia dos brônquios e do pulmão	41	4,3	69,8
Neoplasia do estômago	38	4,0	72,6
Outras causas	145	15,4	74,1
Sem informação de causa de óbito	55	5,8	
Total	944	100,0	

Fonte: Dados originais recolhidos no âmbito da investigação: “Desigualdades da vida e na morte. Saúde, classes sociais e estilos de vida”.

Relativamente à forma como se encontra organizado o Quadro 7.16 importa referir que a sua construção pretendeu por um lado, dar conta das causas de óbito mais frequentes e, por outro, pretendeu destacar alguns agrupamentos de doenças por apresentarem especificidades relacionadas com as idades médias dos óbitos.

Assim, e no que concerne às causas de óbito relacionadas com o cancro, designadas aqui por neoplasias ou tumores malignos, optou-se por desagregar deste grande grupo de doenças o cancro do estômago e o cancro do pulmão, por apresentarem um conjunto significativo de casos cujas idades médias dos óbitos eram inferiores ao conjunto dos outros cancros.

O mesmo se procedeu relativamente ao grupo das doenças cardíacas, que foram desagregadas em duas categorias: doenças isquémicas do coração e outras doenças cardíacas. Esta última categoria engloba um conjunto de doenças, de onde se destaca a insuficiência cardíaca congestiva (ICC) como a mais frequente e que reflecte um quadro de situações clínicas de instalação insidiosa e bastante mais prolongada no tempo, que são essencialmente decorrentes do processo de envelhecimento das células do músculo e sistema cardíaco. É por isso uma causa de óbito que é normalmente localizada nas faixas etárias mais idosas. O grupo das doenças isquémicas do coração corresponde, por seu turno, a situações clínicas de

instalação súbita e grave, que ocorrem em escalões etários mais baixos, em que se destaca, pela maior frequência, os enfartes agudos do miocárdio (EAM).

Os dados presentes no Quadro 7.16, referente ao hospital situado em Lisboa, permitem destacar que os principais grupos de causas de morte por doença, neste hospital, referem-se ao conjunto dos cancros, (neoplasias dos brônquios e pulmão, neoplasias do estômago e outras neoplasias) que assim representam 23,5% do total de óbitos aqui ocorridos.

O conjunto das doenças cardíacas (doenças isquémicas do coração e outras doenças cardíacas) surge como a segunda causa de óbito mais frequente, representando 20,5% do total dos óbitos. Destaca-se, aqui, os diferenciados tempos médios de vida nas doenças cardíacas em que o óbito relativo às doenças isquémicas do coração surge com uma longevidade de 75,3 anos, o que representa um valor inferior em 5 anos relativamente ao conjunto das outras doenças cardíacas.

As doenças cerebrovasculares representam o terceiro grupo de causas mais frequentes com 18,4% dos casos, destacando-se dentro desta categoria, pela sua maior frequência, os acidentes vasculares (AVC). As doenças cérebros vasculares juntamente com o grupo das outras doenças cardíacas representam o conjunto de causas responsáveis por óbitos localizados em idade mais elevadas, em redor dos 80 anos.

Destaca-se, no pólo oposto, as doenças do fígado e as doenças associadas à infecção pelo hiv-sida, como um conjunto de causas de óbito, que apesar de surgirem como menos frequentes, 5,4% e 5,2% respectivamente, apresentam, contudo, as mais baixas longevidades médias. Com idades médias do óbito de 59,7 anos nas doenças do fígado e de 44,5 anos nas doenças pelo hiv-sida.

Relativamente ao hospital situado em Beja as causas de morte encontram-se reunidas no Quadro 7.17. De acordo com os dados apresentados no Quadro 7.17, as frequências das causas de óbito e os tempos médios de vida a estes associados, apresentam um padrão semelhante, mas não totalmente coincidente, com o verificado em Lisboa.

Assim, temos como causa principal de óbito, não as neoplasias como no hospital situado em Lisboa, mas o grupo das doenças cardíacas (doenças isquémicas do coração e outras doenças cardíacas), que representa 26,5 % das causas aqui verificadas. Na comparação entre os hospitais é sobretudo o maior peso verificado em Beja, das doenças crónicas do fórum cardíaco, que se encontra maioritariamente reunidas na categoria das outras doenças cardíacas, que em Beja representam 16,8% das causas e em Lisboa 11,3%, e que explicam esta maior assimetria nesta categoria.

**Quadro 7.17** Frequência das causas de morte e a idade média dos óbitos por causa de morte referente ao hospital localizado em Beja

Causas de morte	Hospital em Beja		
	N	Frequência %	Longevidade (anos/média)
Doenças cerebrovasculares	192	19,4	78,2
Outras neoplasias (tumores malignos)	170	17,2	72,9
Outras doenças cardíacas	166	16,8	84,8
Doenças isquémicas do coração	97	9,8	74,7
Diabetes	59	6,0	76,9
Neoplasia dos brônquios e do pulmão	31	3,1	67,9
Neoplasia do estômago	29	2,9	69,3
Doenças do fígado	27	2,7	57,3
Doenças pelo HIV- Sida	12	1,2	40,8
Outras causas	133	13,4	78,2
Sem informação de causa de óbito	75	7,6	
Total	991	100,0	

Fonte: Dados originais recolhidos no âmbito da investigação: “Desigualdades da vida e na morte. Saúde, classes sociais e estilos de vida”.

Com efeito, as doenças isquémicas do coração apresentam frequências muito semelhantes em ambos os hospitais, Lisboa com 9,1% e Beja com 9,8%. Ainda no que diz respeito ao grupo das outras doenças cardíacas verifica-se que as idades médias dos óbitos são mais elevadas no hospital em Beja, com 84,8 anos, do que no de Lisboa com 80,2 anos. As doenças isquémicas do coração apresentam mais uma vez valores semelhantes, com a idade média do óbito em Beja de 74,7 anos e em Lisboa de 75,3 anos.

O conjunto das neoplasias (neoplasias dos brônquios e pulmão, neoplasias do estômago e outras neoplasias) que representam 23,2 % do total de óbitos aqui ocorridos surge como a segunda causa de óbito mais frequente. Relativamente às idades médias dos óbitos associados a estas causas, verifica-se em Lisboa valores superiores, em cerca de mais dois anos nas três categorias consideradas, do que no hospital situado em Beja. Assim, nas neoplasias do pulmão a idade média do óbito em Lisboa é de 69,8 anos e em Beja é de 67,9, nas neoplasias do estômago é de 72,6 anos em Lisboa e de 69,3 em Beja e, finalmente, nas restantes outras neoplasias, é de 74,3 anos em Lisboa e de 72,9 anos em Beja.

As doenças cerebrovasculares representam o terceiro grupo de causas mais frequentes com 19,4 % dos casos destacando-se igualmente, dentro desta categoria, pela sua maior frequência, os acidentes cerebrovasculares.

As doenças do fígado e as doenças associadas à infecção pelo hiv-sida, enquanto causa de óbito surgem de forma menos frequente em Beja do que em Lisboa. Esta diferença é mais acentuada relativamente às causas de óbito relacionadas com as doenças pelo hiv-sida, que em Beja representam 1,6% das causas dos óbitos e em Lisboa 5,2%.

O grau de associação estatística entre as causas de óbito verificadas no conjunto dos dois hospitais e as idades médias dos óbitos apresenta um valor de  $Eta^2 = 42,2\%$ , o que significa que as causas dos óbitos constituem um importante factor explicativo na variação da longevidade.

Traçado este quadro de indicadores tendo por referência as instituições hospitalares, numa lógica que reenvia para a mobilização de indicadores de resultado por hospital, fica claro que um tipo de análise sobre as desigualdades em saúde que se confine apenas ao universo de óbitos oriundo de instituições hospitalares, tem que incorporar nos seus modelos a caracterização social dos óbitos e as características diferenciadoras de cada hospital.

Decorrente das especificidades hospitalares, ao nível das classificações administrativas, verificou-se que o hospital situado em Lisboa apresentava indicadores de resultado inferiores ao que seria de esperar tanto num confronto com os indicadores de saúde localizados ao nível distrital como na comparação com os resultados verificados no hospital situado em Beja. Neste sentido, destacam-se de dois tipos de situações descritas anteriormente e que permitem enquadrar uma explicação, forçosamente parcelar, para a expressão de valores mais reduzidos nos indicadores de mortalidade oriundos do hospital situado em Lisboa. Por um lado, destaca-se o conjunto de situações clínicas decorrentes das transferências entre hospitais que se traduziram em situações de internamento, cujo óbito se situou em faixas etárias mais jovens, como ficou demonstrado, em especial, pelas consequências dos acidentes de viação. Por outro lado, destaca-se a presença de serviços especializados, como a unidade de transplante de órgãos e os serviços de infecciologia, que no hospital situado em Lisboa, quer por via das transferências entre hospitais, quer pela maior capacidade de internamento nestes serviços, resultaram em frequências mais elevadas de óbitos segundo estas causas, cujas idades se situavam igualmente em valores inferiores aos relativamente verificados na idade média dos óbitos relacionadas com as outras causas.



## **Capítulo 8**

### **CLASSE SOCIAIS E A DESIGUALDADE NA SAÚDE**

#### **8.1 Classes sociais e a desigualdade na longevidade**

Como anteriormente referido o presente estudo relativo às desigualdades na saúde privilegiou, sobretudo, um conjunto de indicadores resultantes da informação sobre a mortalidade. Importa referir que existem diversos indicadores em saúde relacionados com a informação sobre a mortalidade como as taxas de mortalidade, as tábuas de mortalidade, as esperanças médias de vida ou a longevidade.

Como refere Macintyre (1994), quando se pretende comparar resultados no campo da saúde entre países, regiões, diferentes épocas históricas ou entre diferentes classes sociais é necessária uma particular atenção na mobilização dos indicadores de saúde utilizados para efeitos de comparação.

Apesar de alguns indicadores de saúde se apresentarem como muito semelhantes, como por exemplo, a longevidade e a esperança média de vida, estes não são permutáveis entre si, quer porque a sua construção implica processos de cálculo e de medida diferentes, quer porque os significados sociais a eles associados podem ser radicalmente diferentes (Macintyre, 1994).

Os trabalhos que incidem as suas investigações tendo por base uma análise estatística de tipo inferencial, baseadas em amostras representativas dos universos populacionais considerados, seja por região ou a nível nacional, tendem a adoptar como indicador central a esperança média de vida. O cálculo deste indicador que, como refere Bandeira (2004), resume as expectativas de sobrevivência dos indivíduos numa *geração* ou no *momento*, pressupõe a construção prévia de tábuas de mortalidade e de quocientes de mortalidade. Neste sentido o indicador referente à esperança de vida, apesar de aparentar dizer algo sobre o futuro, é baseado numa extração tendo por base informação sobre a mortalidade passada. Trata-se, contudo, de um indicador bastante popular e de fácil interpretação que é frequentemente usado quer nos meios de comunicação quer em documentos institucionais a nível nacional e internacional. No entanto, e decorrente do tipo de limitações inerentes à informação

disponível no objecto empírico seleccionado na presente investigação, o cálculo deste tipo de instrumentos de medida exigia um conjunto de informação que não se encontrava disponível e, neste sentido, o presente trabalho não adoptou o indicador esperança média de vida, mas sim o indicador baseado na longevidade média ou na idade média dos óbitos.

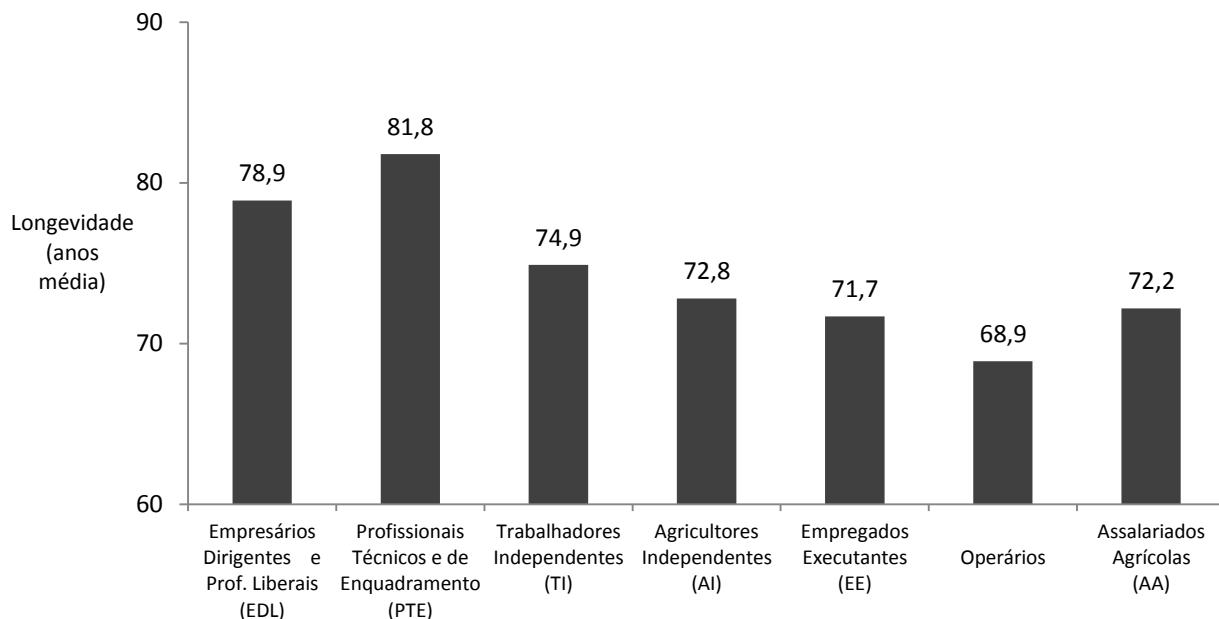
A relação entre a ascensão na hierarquia socioprofissional e o consequente aumento da longevidade, ou da esperança média de vida, encontra-se amplamente documentada em diversos estudos internacionais (Cockerham, 2008). Como sustenta Boltanski (1979) as atitudes e comportamentos dos indivíduos face à doença e aos recursos de saúde dependem essencialmente do posicionamento de classe. Quando os indivíduos entram em relação nos diferentes contextos de saúde e de doença fazem-no a partir de referências e especificidades socioculturais, como também o fazem a partir de diferenciadas posições estruturais.

A presente investigação procura analisar a relação entre a estrutura de classes sociais e as desigualdades na saúde procurando explicar os mecanismos mediadores que convertem o social no biológico. Neste sentido, sustenta-se como hipótese central que as desigualdades inscritas na ordem social se traduzem numa incorporação individual da desigualdade sob a forma de disparidades perante a doença e a morte.

Inicia-se este percurso analítico através da mobilização dos indicadores de longevidade por classe social apresentando, em primeiro lugar, os resultados na sua forma mais agregada, ou seja, baseados no conjunto dos dois hospitais e em ambos os sexos, sendo que, seguidamente ir-se-á proceder a uma análise que introduz as desigualdades por origem hospitalar e de seguida por género. A Figura 8.1 traduz o padrão de diferenciação da longevidade média de acordo com as classes sociais

Apesar de se encontrar amplamente descrito uma relação entre a hierarquia socioprofissional e a longevidade, na presente investigação e como a Figura 8.1 permite salientar, a articulação entre classes sociais e a longevidade não é aqui linear. A visualização desta relação, através do gráfico de barras (Figura 8.1), permite verificar que o padrão de distribuição dos valores médios de longevidade por classe social aproxima-se mais de uma configuração em curva do que, de uma configuração em segmento de recta.

**Figura 8.1** Longevidade por classes sociais no conjunto dos dois hospitais (N=883)



Fonte: Dados originais recolhidos no âmbito da investigação: “Desigualdades da vida e na morte. Saúde, classes sociais e estilos de vida”.

Neste sentido, a Figura 8.1 releva que as maiores assimetrias na longevidade evidenciam-se, não entre os extremos desta composição social, mas entre as categorias dos PTE e dos operários.

Os PTE, nesta investigação, apresentam em média os valores mais elevados de longevidade com 81,8 anos, em claro contraste com os valores mais baixos verificados na categoria dos operários, estes com 69,8 anos de tempo médio de vida. A diferença de médias entre estas duas categorias sociais, no conjunto da população oriunda das duas instituições hospitalares, revela já uma importante desigualdade na variação da longevidade de cerca de 13 anos.

Apesar da relação entre as classes sociais e a longevidade não resultar num padrão linear, que traduza uma relação directa entre maiores recursos e maiores tempos de vida, a figura permite salientar contudo que, tendencialmente, as categorias de classes que concentram maiores recursos económicos, culturais e técnicos, como os EDL e os PTE, apresentam em média uma longevidade superior ao conjunto das categorias de classes assalariadas de base, aqui representadas pelos empregados executantes (EE) com uma média de 71,7 anos, os operários com 68,9 anos e os assalariados agrícolas (AA) com 72,2 anos. Do conjunto destas categorias assalariadas de base releva-se os valores mais elevados de

longevidade da população inserida na categoria dos assalariados agrícolas. A necessidade deste maior relevo prende-se, naturalmente com o facto de esta categoria social corresponder a uma classe que se localiza na base desta classificação social, numa população que simultaneamente apresenta as mais baixas qualificações escolares e a maior concentração de população sem escolarização. Convocando alguns dos trabalhos já aqui citados (Cutileiro, 2004; Madureira, 2002; Carmo, 2007) que dão conta dos modos de vida destes trabalhadores rurais e das suas famílias, enquadradas em cenários de pobreza e de privação associados a enormes dificuldades materiais quotidianas, surpreende de algum modo os valores mais elevados de longevidade relativamente às restantes classes assalariadas de base. De um conjunto possível de explicações cabe neste trabalho, por insuficiência de outro tipo de informação empírica substantiva, apenas salientar, mais uma vez, a especificidade metodológica que se radica no facto de se mobilizar indicadores de mortalidade que conduzem ao estudo de uma população envelhecida.

A categoria dos assalariados agrícolas, como anteriormente referido, mesmo no distrito de Beja, representa actualmente menos do que 5 % da população activa, ou seja, é uma classe social em que não ocorreu uma significativa renovação de gerações. Isto significa que a não entrada substancial de pessoas mais jovens, nesta categoria, reduz a probabilidade de ocorrência de óbitos em faixas etárias prematuras, que teria como consequência a redução do valor médio da longevidade, o que significa que, em grande parte, a população analisada neste estudo e que se encontra incluída nesta categoria, se constitui, em certo sentido, como os *sobreviventes*. Ou seja, é importante lembrar que esta é uma população que foi alvo de uma forte selecção, numa época em que as elevadas taxas de natalidade se encontravam a par com as elevadas taxas de mortalidade infantil e mortalidade prematura e, neste sentido, e como referem genericamente Cabral, Silva e Mendes (2002), se não existissem estes processos de selecção as disparidades seriam certamente ainda maiores.

Voltando aos dados da Figura 8.1, verifica-se que as categorias que representam o trabalho independente – TI e AI - surgem com valores de longevidade intermédia. Os trabalhadores independentes apresentam em média uma longevidade de 74,9 anos e os agricultores independentes de 72,8 anos. Apesar destas categorias sociais surgirem numa posição intermédia, no que diz respeito aos valores médios de longevidade, apresentam contudo, valores que as posicionam de forma mais próxima às categorias assalariadas de base do que às das classes mais altas. A classe dos EDL, que se constitui como uma categoria tripartida (empresários + dirigentes + profissionais liberais), representa de uma forma geral uma população que, decorrente do poder económico, institucional e profissional que a

caracteriza, reflecte no seu conjunto, um posicionamento social de maior privilégio na estrutura das classes sociais (Almeida, Machado e Costa, 2006). Nesta lógica de classificação hierarquizada, associada às classes sociais, a categoria dos EDL, apesar de se encontrar numa localização superior, apresenta em média uma longevidade de 78,9 anos, surgindo com um valor que é inferior à longevidade da categoria seguinte, a dos PTE, que revela uma longevidade de 81,8 anos. Como anteriormente referido, um elemento de caracterização diferenciadora relativamente à população inserida nestas duas categorias encontra-se relacionado com a dimensão referente aos recursos educacionais. Os PTE surgem destacadamente como a categoria que reúne a população mais escolarizada, tanto nos homens como nas mulheres, enquanto os EDL, e sobretudo os empresários incluídos nesta categoria, apresentam níveis de qualificações escolar bastante mais baixos.

Esta característica diferenciadora vai de encontro a algumas investigações sobre a relação entre o poder explicativo dos recursos educacionais e as desigualdades na saúde (Prus, 2007; Cokerham, 2005). Na articulação entre a estrutura e a agência, Cockerham (2005) salienta para o facto de a educação aumentar um real poder que se localiza particularmente ao nível da agência, no sentido em que capacita o indivíduo de um conjunto de novas competências que permitem, por sua vez, uma maior independência dos condicionalismos estruturais, reflexo de um aumento do controlo sobre as escolhas a realizar no domínio da saúde. Como referem Almeida *et al* (2000), os recursos educacionais constituem um dos elementos nucleares da organização dos quotidianos e dos trajectos de vida pessoais, como da configuração das sociedades e dos seus processos de desenvolvimento (2000: 20). No estudo desenvolvido por Prus (2007), que inclui uma articulação conceptual entre as classes e os níveis de escolaridade, a autora defende a concepção de que se, por um lado, maiores recursos materiais podem traduzir-se num aumento do poder de compra e na facilidade de acesso a uma maior diversidade de bens e de outros recursos, nos quais também se incluem aqui os recursos de saúde, por outro lado, maiores níveis de escolaridade permitem uma maior aquisição e uma melhor interpretação da informação relacionada com a saúde que, deste modo, no estudo que realizou se traduziu também em ganhos no aumento da longevidade.

### *Classes sociais, causas de morte e longevidade*

Tendo em conta, ainda, a centralidade conferida às classes sociais, o Quadro 8.1 apresenta os valores médios de longevidade que resultam do cruzamento entre as causas de morte mais frequentes e as classes sociais.

**Quadro 8.1** Valores médios da longevidade segundo as principais causas de morte e a classe social no conjunto dos dois hospitais.

Classe social	Longevidade segundo causa do óbito (anos/média)		
	Doenças Cardíacas	Doenças Cerebrovasculares	Neoplasias
EDL	77,3	80,2	75,2
PTE	82,8	84,8	76,1
TI+AI	74,8	78,8	73,2
EE	74,1	77,3	72,3
O	69,4	75,1	68,3
AA	73,7	76,2	73,1

Fonte: Dados originais recolhidos no âmbito da investigação: “Desigualdades da vida e na morte. Saúde, classes sociais e estilos de vida”.

De forma sucinta o Quadro 8.1 revela que para iguais causas de morte a longevidade varia de acordo com as classes sociais. No conjunto das principais causas de óbito, as classes sociais representativas do assalariado de base, os EE, operários e os AA, registam, em média, longevidades inferiores aos PTE e aos EDL.

Um padrão de desigualdade que se mantém muito semelhante nas várias causas de morte, mantendo-se, contudo, as maiores diferenças entre os PTE e os operários. A situação de assimetria mais acentuada verifica-se no conjunto das doenças cardíacas em que a longevidade registada na população inserida nos PTE é superior em 13,5 anos, relativamente aos operários. Esta maior assimetria resulta sobretudo das causas de óbito por doença cardíaca que, no caso dos PTE se referem com maior frequência às doenças de evolução prolongada, como as insuficiências cardíacas congestivas (ICC) e, no caso dos operários, surge de forma mais frequente as causas de óbito relacionadas com os enfartes agudos do coração. Nas causas de óbito por neoplasias, os tempos médios de vida no caso dos operários, registam um valor de 68,3 anos, que se revela como inferior relativo à média de idades nesta causa de óbito, sobretudo porque se reúnem com maior frequência nesta categoria as neoplasias do pulmão, do estômago e do fígado, que apresentam normalmente longevidades mais baixas.

A procura dos serviços de saúde, nomeadamente os hospitalares, é socialmente diferenciada de acordo com o género, a idade, a escolarização ou a classe social. Este fenómeno encontra-se entrelaçado com o modo como os indivíduos pensam e avaliam o seu estado de saúde. Herzlich (1992) salienta esta dimensão, de cariz mais interpretativo, que inclui o estudo dos comportamentos na saúde e na doença, e que coloca a ênfase nos

processos cognitivos envolvidos na percepção, interpretação, representação e codificação dos sinais e sintomas do corpo. Freidson (1978) distingue entre *disease*, enquanto doença como processo biológico e *illness* que reflecte o modo como a doença é *ressentida* pela pessoa. Dimensão que pode ser enquadrada numa análise de racionalidade limitada, articulada com os contextos e quadros de interacção, e que condiciona, por parte do indivíduo, quer a decisão da procura de cuidados médicos quer a adopção de estilos de vida diferentes. (Morgan *et al*, 1991). Neste sentido alguns estudos têm demonstrado que a procura dos cuidados de saúde é diferenciada de acordo com o posicionamento dos indivíduos na estrutura das classes sociais, Para Boltanski (1979) as atitudes e comportamentos dos indivíduos face à doença dependem essencialmente do posicionamento de classe.

Radley (1993) refere que as pessoas pertencentes às classes médias tendem a percepcionar a doença de uma forma mais abstracta e racional, enquanto que os indivíduos localizados nas classes operárias encontram-se mais próximos de um pensamento mais físico e corpóreo, o que traz consigo implicações no modo como procuram os serviços e no modo como aderem à terapêutica. Becker e Maiman (1983) analisam um conjunto de estudos sobre a procura dos serviços de saúde onde incluem a dimensão relativa à procrastinação, ou seja, uma dimensão que se refere ao atraso ou adiamento na procura dos cuidados de saúde após a percepção de sintomas indicativos de doença. Naturalmente que esta dimensão encontra-se em articulação com uma série de outras variáveis sociais que incluem o género, a família, o estado civil, as classes sociais, a idade ou o historial individual de doenças.

Os estudos aqui referenciados que envolvem análises centradas na procura dos serviços de saúde e na avaliação dos sintomas de doença por parte dos indivíduos são realizados através de inquirições às pessoas em vida. Na presente investigação a inclusão de uma dimensão que pudesse dar conta destes parâmetros mais relacionados com a autopercepção da saúde e dos sintomas de doença parecia, à partida, não ter lugar. Contudo, e no caso específico dos óbitos ocorridos por enfarte agudo do coração foi possível recolher alguma informação indicativa deste tipo de dimensões de cariz mais interpretativo dos sinais e sintomas *ressentidos* pelos indivíduos.

O enfarte agudo do coração apresenta um quadro de sintomatologia caracterizado por uma dor do tipo de uma pressão muito forte ao nível central do tórax, designada por *dor pré-cordial* ou pré-cordialgia. Este tipo de dor irradia, por vezes, para o ombro e membro superior esquerdo. A estes sintomas é normalmente associado o cansaço fácil que leva, por vezes, à incapacidade para realizar tarefas simples do quotidiano.

Nem todos os enfartes do coração obrigatoriamente originam este quadro de sintomas e nem esta descrição sumária consegue abarcar toda a sintomatologia desta patologia. O que importa salientar, contudo, é que nos registos médicos a referência à dor pré-cordial, - acompanhada por uma descrição sobre as suas características, ou seja, se a dor ocorreu em repouso ou em actividade física, há quanto tempo se verificou o seu inicio, com ou sem a irradiação da dor - constitui um indicador que se encontra frequentemente presente nos casos associados às patologias cardíacas.

No conjunto dos dois hospitais foram contabilizados 122 casos de óbito por enfarte agudo do miocárdio (EAM). Face à dimensão que se pretendia analisar, e que genericamente se poderia denominar de *procrastinação face ao EAM*, a sua operacionalização teve por base dois indicadores: “descrição dos sintomas de dor pré-cordial” e “tempo que mediava os primeiros sintomas e a chegada ao serviço hospitalar”. Naturalmente que o conjunto de informação se revelou bastante diversificado e, neste sentido, optou-se por circunscrever o número de casos aos óbitos por EAM, cujos tempos de procrastinação fossem iguais ou superiores a quatro dias. Na prática isto significou que foram seleccionados apenas os casos em que se encontrava expresso de forma clara que as pessoas tinham referido ao médico o inicio da presença da dor précordial, (com ou sem irradiação para os membros superiores), com quatro ou mais dias antes de terem dado entrada no hospital. Face a estes critérios, reuniu-se um total de 46 casos. Com efeito e de acordo com o conjunto de informação presente nos processos hospitalares sobre os tempos que mediaram os primeiros sintomas associados a *dor pré-cordial* e a entrada no hospital, não foi possível reunir informação suficientemente sistematizada que pudesse estabelecer padrões entre a duração destes tempos e as classes sociais. Contudo, foi possível verificar, um conjunto de informação que permitiu evidenciar alguns elementos caracterizadores destes casos como se apresenta no Quadro 8.2.

**Quadro 8.2** Tempos de procrastinação face ao EAM superiores ou iguais a quatro dias (N=46)

Elementos de caracterização deste universo (N=46)	N	%
Idades < 65 anos	38	82,6
Sexo masculino	45	97,8
Tabagismo $\geq$ 2 maços/dia	41	89,1
Sem antecedentes de doença cardíaca	33	71,7
EDL+PTE	4	8,7
TI+AI+EE+AA	7	15,2
Operários	13	28,3

Fonte: Dados originais recolhidos no âmbito da investigação: “Desigualdades da vida e na morte. Saúde, classes sociais e estilos de vida”.

Como é possível verificar através da leitura do Quadro 8.2, os maiores tempos entre os primeiros sintomas definidos clinicamente como dor pré-cordial e a entrada no hospital encontravam-se em populações mais jovens, ou seja com idades inferiores a 65 anos, do sexo masculino, sem antecedentes de doença cardíaca, com tabagismo acentuado e, dentro desta tipologia de classes sociais, apresentava maior concentração na classe dos operários.

Estes elementos caracterizadores deste fenómeno associado à decisão da procura de cuidados de saúde ajudam também a explicar, de forma complementar, os resultados das idades médias do óbito por classes sociais e as causas de morte presentes no anterior Quadro 8.1 (pag. 240), que revelam longevidades inferiores na categoria dos operários relativamente às situações das doenças cardíacas.

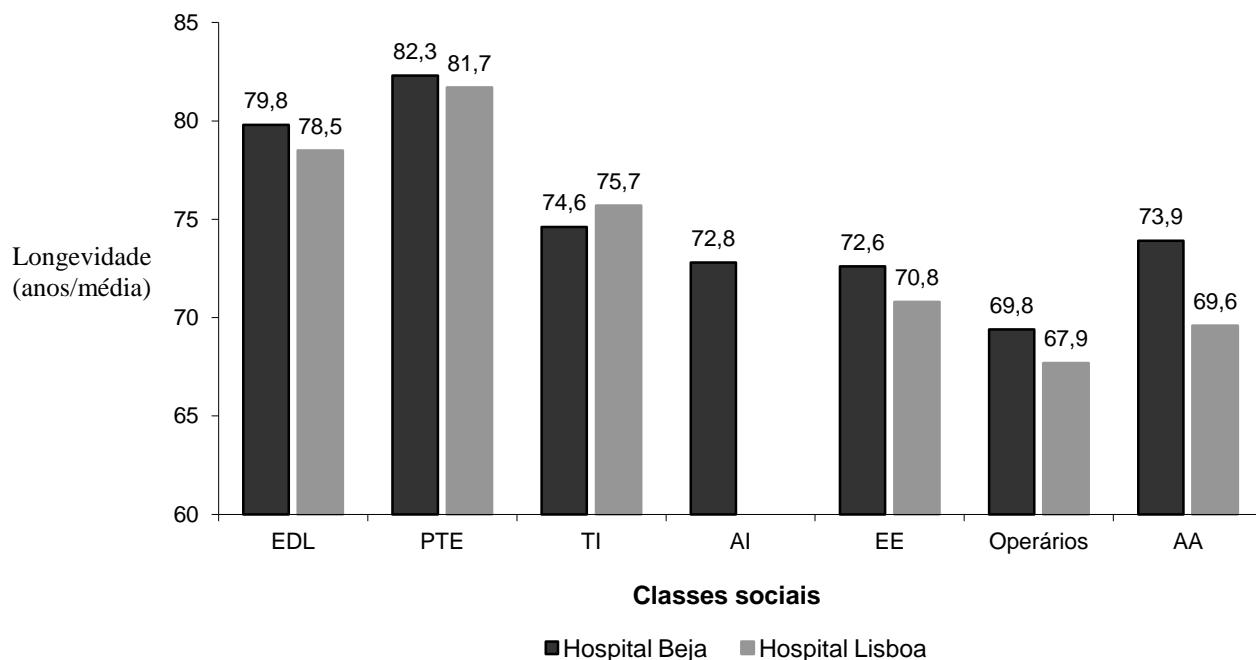
A leitura da informação presente nos registos permite perceber que os antecedentes de doenças nos percursos de vida dos indivíduos constituem um importante factor de aprendizagem em saúde, que se traduz na adopção de comportamentos preventivos mais cedo e na procura de cuidados de saúde de forma mais rápida.

Outro factor que foi identificado como relativo à procura dos serviços de saúde, de uma forma genérica e não apenas neste caso dos EAM, prende-se com o factor idade. Os mais jovens aparentemente só recorrem aos serviços de saúde quando a sua situação se apresenta muito grave. Na verdade, as mortes prematuras, que se verificaram neste estudo, apresentavam um conjunto de histórias clínicas, que antecediam o internamento, em que pontuava de forma mais acentuada um quadro clínico que, segundo a informação médica, era já indicativo de situações muito graves.

#### *Classes sociais, longevidade e as origens hospitalares*

A próxima análise pretende estudar a relação entre a variação na longevidade, equacionada como variável dependente, e as classes sociais e as origens hospitalares, equacionadas enquanto variáveis independentes. A Figura 8.2 expõe graficamente a relação entre a variação na longevidade em articulação com as classes sociais por instituição hospitalar de origem. A Figura 8.2 revela que, apesar das assimetrias verificadas ao nível das composições sociais originárias de cada hospital, as classes sociais surgem de forma tendencialmente independente relativamente aos seus contextos de origem.

**Figura 8.2** Relação da variação da longevidade e classes sociais de acordo com as origens hospitalares



Fonte: Dados originais recolhidos no âmbito da investigação: “Desigualdades da vida e na morte. Saúde, classes sociais e estilos de vida”.

O padrão de desigualdade na longevidade por classe social é praticamente idêntico nas populações de óbitos oriundas quer do hospital situado em Lisboa quer no situado em Beja. Em média, a diferença do valor das longevidades por classe social, entre as duas instituições hospitalares é cerca de um ano e meio.

Apesar desta pouca variação, que se verifica nos valores médios de longevidade entre as classes e as respectivas origens hospitalares, importa destacar alguns efeitos mais específicos resultantes desta interacção.

Em primeiro lugar salienta-se, o que de algum modo corresponde ao seguimento das anteriores análises relativas aos indicadores de mortalidade e as origens hospitalares, ou seja, uma tendência para os valores de longevidade por classe social surgirem como mais elevados na instituição hospitalar situada em Beja do que na de Lisboa, cuja excepção é somente aqui verificada na categoria dos TI.

Em segundo lugar destaca-se que a diferença menos expressiva, nesta composição social por hospital, encontra-se na classe dos PTE. Em Lisboa os PTE apresentam um valor de 81,7 anos e em Beja de 82,3, numa diferença inferior a um ano, entre as médias de longevidade. Constitui aliás, a única categoria social onde esta diferença é inferior a um ano. Finalmente, destaca-se no lado das maiores assimetrias, as que se verificam na classe dos AA,

com uma diferença de 4,3 anos, que em Lisboa apresenta um valor médio de 69,6 anos e em Beja de 73,9 anos. Relativamente a esta maior assimetria poderão evocar-se razões de ordem estatística, para explicar esta desigualdade, associado ao facto desta categoria apresentar uma grande diferença no número de indivíduos que a constituem por cada hospital. Recorde-se que em Lisboa a categoria dos AA é constituída por apenas 23 indivíduos e em Beja por 145.

De um modo geral, as conclusões que poderão ser retiradas desta análise entre as classes e as respectivas origens hospitalares salientam o facto de que as diferentes classes sociais, por si, constituem um factor com capacidade explicativa mais forte, relativamente à variação na longevidade, do que os diferentes contextos geográficos hospitalares de onde os indivíduos são originários. Em termos de valores estatísticos relativos às medidas de associação, segundo o Eta<sup>2</sup>, verifica-se que a associação entre a longevidade e as classes sociais é mais forte ( $Eta^2 = 17,3\%$ ) do que a associação entre a longevidade e a origem hospitalar ( $Eta^2 = 0,7\%$ )<sup>34</sup> e que, simultaneamente, a associação entre a variação na longevidade e a interacção entre classes sociais e origem hospitalar é praticamente nula ( $Eta^2 = 0,3\%$ ).

## **8.2 O género e as desigualdades na saúde.**

A construção teórica e metodológica da presente investigação confere maior centralidade, embora não exclusiva, às classes sociais. No campo da saúde, os enquadramentos teóricos com a inclusão das dimensões relativas ao género têm constituído um dos tipos de modelo de investigação empírica mais frequentemente mobilizados no específico campo das desigualdades em saúde. Esta situação é em grande parte explicada quer pelo maior grau de objectividade associado à articulação das variáveis sexo com os restantes indicadores de saúde, quer pela abundante produção e disponibilidade de informação estatísticas na saúde tendo por base a variável sexo. No domínio dos modelos biomédicos e epidemiológicos, as desigualdades na saúde tendem a ser explicadas maioritariamente pelo seu fundamento biológico de diferenciação sexual. Como sustenta Stacey (1993), algumas das desigualdades de género no campo da saúde poderão encontrar explicação em fundamentos relacionados com a diferenciação biológica, por exemplo, as referentes às diferenças genéticas entre

---

<sup>34</sup> A associação entre a variação na longevidade e a interacção entre classes sociais e origem hospitalar é praticamente nula ( $Eta^2 = 0,3\%$ ).

homens e mulheres, tendo por base os cromossomas X e Y que, deste modo, poderão, não só sustentar um conjunto de explicações relacionadas com as diferenciações entre homens e mulheres, de onde se destacam, por exemplo, as diferentes funções reprodutivas nos dois sexos, como poderão também explicar as diferentes possibilidades de patologias genéticas associadas à diferenciação sexual. Contudo, e apesar das condicionantes biológicas inerentes à diferença sexual, esta diferenciação tende a ser naturalizada e, por isso, também tendencialmente esvaziada das suas componentes sociais.

Uma primeira caracterização sócio-demográfica do universo de óbitos, como se apresenta no Quadro 8.3 baseada no cruzamento da longevidade com o sexo, permite situar a problemática das desigualdades em saúde no campo do género.

**Quadro 8.3 – Caracterização do universo dos óbitos por sexo, escalões etários e longevidade, nos dois hospitais em 2004.**

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

Fonte: Dados originais recolhidos no âmbito da investigação: “Desigualdades da vida e na morte. Saúde, classes sociais e estilos de vida”.

A leitura do Quadro 8.3 permite constatar que, em ambos os hospitais, o sexo masculino constituiu a categoria que registou o maior número de óbitos e que, simultaneamente, registou, em valores médios, uma menor longevidade. Relativamente ao hospital situado em Lisboa, as mulheres viveram, em média, mais 5,2 anos do que os homens, sendo que, no hospital em Beja, esta diferença é ligeiramente inferior, em que as mulheres apresentaram uma longevidade em média de mais 4,4 anos do que os homens. Simultaneamente, os homens concentram maiores frequências de óbitos prematuros em ambos os hospitais analisados, que representam 19,8% do total de óbitos em Beja e 25,7% em Lisboa. Salienta-se ainda um expressivo número de mulheres a viveram com 85 ou mais anos, que representam cerca de 32% do total do universo feminino analisado no conjunto dos dois

hospitais, enquanto que este valor desce para menos de metade no homens, ou seja, apenas 12,5% dos homens se encontravam englobados no escalão etário correspondente aos 85 ou mais anos. Sobressai daqui, claramente, uma primeira desigualdade vastamente documentada, tendo por base a diferença sexual. As diferenças de longevidade entre homens e mulheres tendem a mobilizar frequentemente, como anteriormente referido, uma interpretação de tipo naturalista, em que se atribui ao sexo feminino uma aparente predisposição natural explicativa para a maior longevidade relativamente aos homens. Contudo, e mobilizando uma vez mais uma dimensão histórica, verifica-se, como expõe Cabral, Silva e Mendes (2002), que até meados do século XIX os dados serão indicativos de que os homens poderiam registar uma esperança média de vida superior à das mulheres. A evolução no sentido da recuperação da longevidade nas mulheres poderá ser atribuída, como analisa Fernandes (2007), devido à melhoria das condições de saúde associadas à gravidez e ao parto. O que significa que para a compreensão das desigualdades relacionadas com o género, é necessário separar analiticamente as dimensões “sexo” e “género”. A primeira enquanto condição biológica e a segunda enquanto construção e condição social, fonte de atitudes, identidades e comportamentos diferenciados (Cabral, Silva e Mendes, 2002; Cockerham, 2008).

Na verdade, a introdução da problemática do género na análise das desigualdades em saúde vem apenas evidenciar a necessidade de se articular a natureza social e biológica do corpo. Como sustenta Turner (1992) o corpo é simultaneamente e concorrencialmente, organicamente fundado e socialmente construído. Ao longo dos vários percursos de vida, os corpos biológicos são transformados pelas relações sociais, sendo que esta transformação ocorre, contudo, dentro de certos limites impostos pela biologia. Neste sentido, Lupton (1997) refere que existe uma relação simbiótica entre o corpo e a sociedade que desafia tanto os determinismos de natureza biológica como os de natureza associada ao construtivismo social (1997: 5). Contudo, não é somente nas diferenças de longevidade e da esperança média de vida que se verifica uma estreita relação com o género. Apura-se, igualmente, um conjunto de diferenciações relativas aos indicadores de morbilidade e que se traduzem tendencialmente em padrões de doenças mais masculinos ou mais femininos. O exemplo mais típico é fornecido através da maior persistência histórica da incidência de mais altas taxas de doenças do fígado e de situações de cancro do pulmão na população masculina. Contudo, também este fenómeno necessita de articulação com dimensões sociais, no sentido em que se percebe que à medida que se vai verificando um aumento do tabagismo na população feminina, novos padrões de distribuição desta doença se desenham, numa nova tendência de aumento da incidência do cancro do pulmão nas mulheres (Stacey, 1993; Cokerham, 2008).

Fora do quadro dos indicadores sobre a mortalidade e morbilidade os modelos que articulam o género e as representações sociais sobre a saúde, a doença e a morte, mostram que as mulheres, de uma maneira geral, tendem não só a reportar piores estados subjectivos de saúde, recolhidos com base nas suas auto-avaliações, como igualmente apresentam, com base em estatísticas oriundas da medicina, um conjunto mais alargado de doenças do que os homens (Stacey, 1993; Blaxter, 1990; Cabral, Silva e Mendes, 2002; Cokerham, 2008). De forma sintética, estes resultados mostram que em comparação com os homens, as mulheres ao longo dos seus percursos de vida apresentam-se objectivamente mais doentes e subjectivamente com representações mais negativas sobre o seu estado da saúde e, no entanto, vivem de uma maneira geral, mais tempo do que os homens.

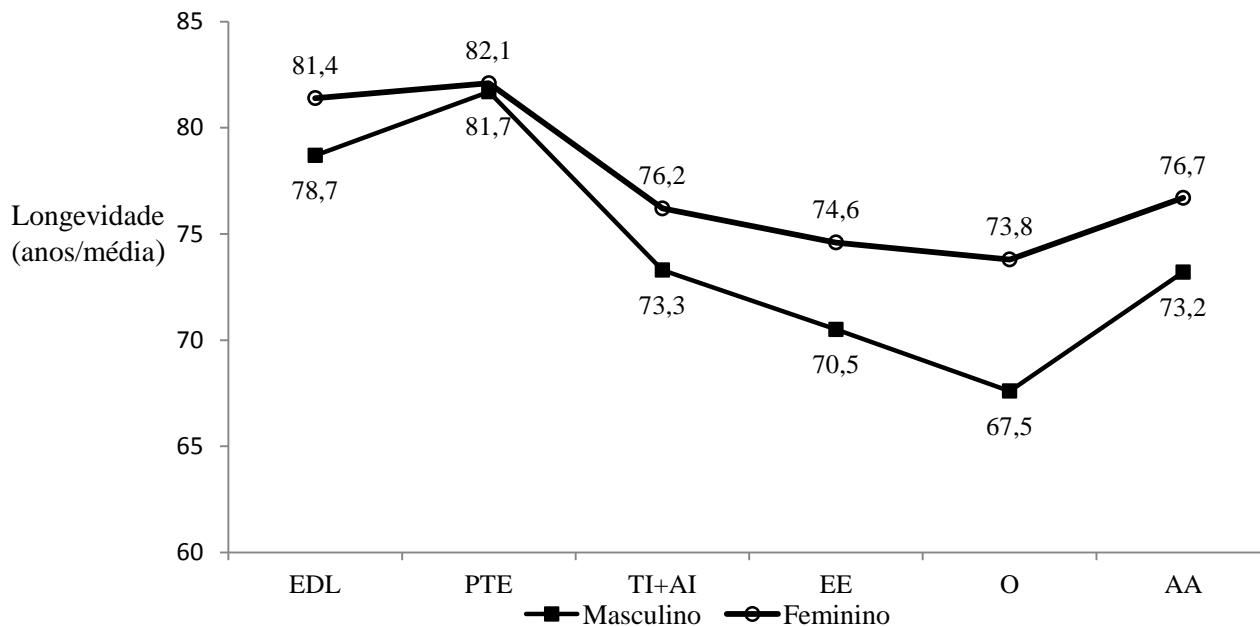
De forma similar, cruzam-se um conjunto de hipóteses explicativas tendo por base modelos que integram dimensões sociais relacionadas, por exemplo, com os papéis e as identidades sociais associadas ao género. Um conjunto de explicações para o facto de as mulheres reportarem mais doenças e os homens, ao invés, reportarem menos doenças e solicitarem de forma menos frequente os serviços de saúde poderá estar relacionado, por um lado, e como refere Stacey (1993), com um conjunto de representações sobre as identidades femininas e masculinas, em que a robustez, a força física e o estado de saudável sejam percepcionados como mais próximos do pólo da masculinidade implicando, deste modo, maior relutância por parte dos homens em admitir um estado de fraqueza associada à doença e, por outro lado, com a circunstância das mulheres se encontrarem mais familiarizadas e socializadas com os serviços de saúde e com os profissionais de saúde, decorrente dos processos de medicalização da infância e da assistência na gravidez e no parto. Fernandes (2007) acrescenta ainda um conjunto de vantagens para a saúde, decorrentes da sociabilidade feminina, que se verificam especialmente em idades mais avançadas, no sentido em que, como refere a autora: “as mulheres tendem a estabelecer uma rede de relações mais extensa e onde participa maior número de pessoas, a relacionar-se mais intensamente com familiares e amigos, a estabelecer contactos mais frequentes com pessoas que integram a sua rede de relações e a receber apoio de várias origens” (2007: 422).

Ainda no âmbito das investigações realizados tendo por base o género e as desigualdades na saúde, tanto Stacey (1993) como Macintyre (1994) introduzem um conjunto de outro tipo de explicações relacionadas com a interacção entre os profissionais de saúde e os doentes destacando, sobretudo, a forma como estes profissionais percepcionam os papéis sociais relacionados com o género. As autoras salientam contudo que este tipo de investigação surge como bastante menos estudado no campo da sociologia. Próximo deste tipo de modelo

de análise, o Capítulo 4 como anteriormente analisado vem no sentido de demonstrar empiricamente, que ao nível dos processos hospitalares elaborados por médicos e por enfermeiros, se verifica uma diferenciação nos conteúdos registados de acordo com o género.

Finalmente, um outro conjunto de explicações relacionadas com as desigualdades de género na saúde terá que incluir as dimensões relativas aos diferentes papéis, identidades sociais e profissionais associados à esfera do trabalho e à divisão sexual do trabalho, ou seja uma análise que terá que incluir uma articulação entre a dimensão do género e a das classes sociais. Neste sentido, o próximo conjunto de dados que originou a Figura 8.3 pretende relacionar a variação da longevidade com as classes sociais, mas agora com a introdução da variável sexo. Os dados que serviram de base à elaboração deste gráfico reportam-se ao somatório dos casos das duas instituições hospitalares. A opção de juntar os dois universos hospitalares serviu o propósito de alcançar uma maior expressividade numérica nas classes sociais respeitantes ao universo feminino, sendo também por este facto, que se uniu as categorias dos AI e TI<sup>35</sup>.

**Figura 8.3** Variação da longevidade de acordo com a articulação entre as classes sociais e o sexo. Universo constituído pelo conjunto dos óbitos dos dois hospitais. Homens (N=674) mulheres (N=209)



Fonte: Dados originais recolhidos no âmbito da investigação: “Desigualdades da vida e na morte. Saúde, classes sociais e estilos de vida”.

<sup>35</sup> A opção de juntar os dois universos de óbitos também teve em conta a análise que revelou que a origem hospitalar, por si só, não representou neste estudo um importante factor explicativo.

A leitura da Figura 8.3 permite, em primeiro lugar, constatar a continuidade de um padrão de desigualdade na variação da longevidade que surge como semelhante às dimensões anteriormente analisadas, que incluíram as diferentes origens hospitalares e a diferenciação por classes sociais, mas que agora, tendencialmente, se replica de uma forma próxima para homens e mulheres por classe social. Isto significa, também, que a introdução da variável sexo, por si só, não comprehende de forma isolada a totalidade das explicações na variação da longevidade. Em ambos os sexos é no conjunto das classes sociais mais altas, os EDL e os PTE, que se registam os valores mais elevados de longevidade média, enquanto que os valores mais baixos se localizam nas categorias dos operários e dos EE. Apesar dos valores médios de longevidade apresentarem um padrão semelhante para homens e mulheres é contudo de salientar a existência de efeitos de interacção específicos entre o género e as categorias socioprofissionais, nos casos particulares dos PTE e dos Operários.

No caso dos PTE, as diferenças na variação da longevidade entre homens e mulheres são praticamente nulas. Nesta categoria as mulheres viveram em média 82,1 anos enquanto que os homens viveram em média 81,7 anos. O que representa uma diferença mínima situada num valor de 0,4, ou seja, é uma diferença inferior a 1 ano a que é verificada na longevidade média entre os sexos nesta mesma classe.

No pólo de maior contraste por género, que se verifica na categoria dos operários, as mulheres viveram em média 73,8 anos, enquanto que os homens registaram uma longevidade média de 67,5 anos. Nesta categoria social a diferença é então mais acentuada significando, no conjunto dos dois hospitais, que os homens operários viveram em média menos 6,3 anos do que as mulheres operárias.

Nas restantes categorias sociais a diferença de médias entre homens e mulheres é praticamente constante, sendo que as mulheres viveram em média aproximadamente mais três a quatro anos do que os homens.

Estes dados revelam que na triangulação entre a longevidade, o género e as classes sociais, os efeitos de desigualdade na mortalidade associados ao género encontram a sua maior expressividade na categoria dos operários. A categoria dos PTE apresenta, por seu turno, características de maior independência ou maior transversalidade do indicador longevidade relativamente ao género. Se recordarmos os dados referentes à idade média dos óbitos por hospital verifica-se, igualmente, esta característica de maior transversalidade dos PTE relativamente a uma diferenciação de base regional.

Uma análise mais pormenorizada, que incida sobre os factores explicativos para esta menor assimetria verificada na classe dos PTE, revela que, tendo em conta a população

englobada nesta categoria verifica-se, também, uma maior igualdade de género relativamente às profissões e às situações no trabalho. Em primeiro lugar destaca-se nesta categoria uma grande igualdade de género no que diz respeito às formas relacionadas com os vínculos de trabalho. Em ambos os sexos as formas de contratação laboral correspondem aqui, maioritariamente a vínculos de trabalho oficiais mais formalizados em que se destaca, claramente, o peso dos vínculos laborais relacionados com o sector público do Estado. O que significa tendencialmente, tanto para os homens como para as mulheres, maiores níveis de estabilização e segurança nos empregos. Neste ponto, evidencia-se igualmente, por via deste vínculo ao Estado, o acesso, que também se verifica como mais igualitário em termos de género, ao subsistema de saúde da ADSE (Assistência à Doença dos Servidores do Estado). Ainda relativamente aos subsistemas de saúde, os PTE constituem a classe social que concentra maior número de homens e de mulheres com subsistemas de saúde associados normalmente a grandes empresas, públicas ou privadas, ligadas aos sectores das telecomunicações, correios, electricidade, etc.

Em segundo lugar destaca-se as dimensões relativas ao desempenho de um conjunto de profissões que se encontram mais próximos em termos de ramos de actividade, em especial devido ao maior peso que nesta categoria dos PTE, o sector do ensino representa para ambos os sexos. Esta situação pressupõe, para além da maior igualdade nas relações de contratação laboral, também maior proximidade nas condições de trabalho, nomeadamente as condições físicas, equipamentos e horários, que tendencialmente se apresentam como mais semelhantes para ambos os sexos, bem como, relativamente aos níveis mais igualitários decorrentes do prestígio, status e autonomia profissional. Em terceiro lugar, destaca-se, no interior desta classe social e em comparação com as restantes classes, níveis de escolarização mais semelhantes para ambos os sexos.

Relativamente à categoria dos operários verifica-se, por contraste, uma maior diferenciação entre homens e mulheres no desempenho das profissões. As mulheres englobadas nesta categoria social encontram-se confinadas sobretudo ao trabalho em instalações industriais e pequena industria, maioritariamente nas confecções, conservas de peixe, cortiça ou plásticos. Enquanto que o sector da construção civil e obras públicas e o das minas, este último menos frequente e mais representativo nas origens populacionais referentes ao hospital situado em Beja, são predominantemente masculinos.

Como analisado por Pinto e Queiroz (1996), o sector da construção civil engloba um conjunto de profissões que normalmente se encontravam associadas a vínculos laborais mais instáveis, cujas características do processo de trabalho pressupõem a existência de diferentes

contextos de trabalho associadas ao manuseamento de diferentes equipamentos, exposição a riscos de acidente, etc.

### **8.3 Classes sociais e os estilos de vida na saúde**

No que diz respeito aos estilos de vida relacionados com a saúde, uma revisão bibliográfica permite constatar que a operacionalização deste conceito concentra-se maioritariamente em torno de quatro indicadores: o padrão alimentar, o consumo de álcool, o tabagismo e a prática de exercício físico (Antunes, 2011; Cockerham, 2008; Silva, 2008; Cabral, Silva e Mendes, 2002; Backett e Davison, 1995; Kooiker e Christiansen, 1995; Blaxter, 1990).

Para o presente estudo, e de acordo com as limitações inerentes à informação disponível nos registos hospitalares analisados, a operacionalização dos estilos de vida relacionados com a saúde é limitada aos indicadores referentes ao tabagismo e ao consumo de bebidas alcoólicas. O Quadro 8.4 apresenta as frequências sobre a informação que se encontra presente sobre estes indicadores

**Quadro 8.4** Frequência da informação válida para o tabagismo e o consumo de álcool

Variáveis	N	%
Tabagismo	872	45.1
Sem informação sobre o tabagismo	1063	54.9
Total	1935	100.0
Consumo de álcool	621	32.1
Sem informação sobre o consumo álcool	1314	67.9
Total	1935	100.0

Fonte: Dados originais recolhidos no âmbito da investigação: “Desigualdades da vida e na morte. Saúde, classes sociais e estilos de vida”.

Paralelamente, e porque se verificou que o tabagismo e o consumo de álcool apresentavam frequências praticamente residuais entre a população feminina, na ordem dos 3% relativo ao tabagismo e dos 4 % relativo ao consumo de álcool, o que limitaria, deste modo, o consequente tratamento estatístico, optou-se por considerar apenas uma análise destes dois indicadores confinada à população masculina.

### *Tabagismo por classe social na população masculina*

Para a presente análise recolheu-se, numa primeira fase, a informação sobre o histórico de tabagismo de cada indivíduo. O Quadro 8.5 expõe as percentagens de indivíduos com historial de tabagismo por classe social.

**Quando 8.5** Tabagismo por classe social, na população masculina (N=674).

Indivíduos com historial de tabagismo por classe social	%
Empresários/dirigentes/profissionais liberais (EDL) (N=58)	38,7
Profissionais técnicos e de enquadramento (PTE) (N=63)	37,9
Trabalhadores independentes + agricultores independentes (TI+AI) (N= 77)	41,8
Empregados executantes (EE) (N=150)	36,8
Operários (N=190)	43,3
Agricultores assalariados (AA) (N=136)	38,0

Fonte: Dados originais recolhidos no âmbito da investigação: “Desigualdades da vida e na morte. Saúde, classes sociais e estilos de vida”.

Como se pode observar pelo Quadro 8.5 as frequências relativas de fumadores por classe social traduzem-se num padrão tendencialmente igualitário. Os valores que se encontram entre parêntesis correspondem ao total de homens (fumadores e não fumadores) que se encontram englobados em cada uma das classes sociais. Na população masculina analisada o tabagismo constituiu uma prática socialmente bastante transversal. Em todas as categorias de classe analisadas os valores que reflectem a presença de informação indicativa de historial de tabagismo ronda os 40% e, simultaneamente, não traduzem significativas variações por classe social. A classe dos operários surge como a categoria que apresenta maior percentagem de indivíduos com historial de tabagismo, com um valor de 43,3% dos 190 homens aqui incluídos, enquanto os EE surgem com os valores mais baixos com 36,8%.

O indicador sobre o tabagismo aqui mobilizado encerra algumas limitações que importa referir. Este indicador cristaliza no indivíduo a prática de tabagismo sem dar conta das situações de alterações de comportamentos englobando, por isso, todos os indivíduos que fumaram durante algum período das suas vidas, seja de forma mais episódica ou mais persistente. Deste modo, procedeu-se a uma análise de cariz mais longitudinal baseada nas trajectórias individuais relacionadas com o tabagismo, que incluiu as alterações de comportamento referentes à cessação do hábito de fumar. Como se apresenta no Quadro 8.6,

tendo por base os indivíduos com historial de tabagismo, as frequências que indicam a alteração desta prática permitem agora uma maior diferenciação por classe social.

**Quadro 8.6** Histórico de tabagismo nos homens por classe social. Indivíduos que deixaram de fumar. Valores em percentagem. (N=428)

Indivíduos com historial de tabagismo por classe social que deixaram de fumar N=428	%
Empresários/dirigentes /profissionais liberais (EDL)	62,5
Profissionais técnicos e de enquadramento (PTE)	65,4
Trabalhadores independentes + agricultores independentes (TI+AI)	42,1
Empregados executantes (EE)	39,3
Operários	31,0
Agricultores assalariados (AA)	38,9

Fonte: Dados originais recolhidos no âmbito da investigação: “Desigualdades da vida e na morte. Saúde, classes sociais e estilos de vida”.

O Quadro 8.6 mostra, de uma maneira geral, que a alteração do comportamento no sentido do abandono do hábito de fumar se concentra tendencialmente nas classes mais altas. As categorias dos EDL e dos PTE surgem com os valores mais elevados, revelando que cerca de 60% destes indivíduos, antigos fumadores, abandonaram o hábito de fumar. A classe dos operários destaca-se com o valor mais baixo de homens que deixaram de fumar (31%) por classe social o que, simultaneamente, significa a presença de maior número de fumadores crónicos nesta classe.

Decorrente da metodologia adoptada neste estudo, que mobiliza indicadores referentes à mortalidade, as diferentes categorias de classe social correspondem a diferentes médias de idade, como ficou exposto relativamente à longevidade por classe social. Significa que as categorias dos EDL e dos PTE correspondem a classes mais “velhas”, enquanto que os operários, por comparação, correspondem a uma classe mais “jovem”. Como se constata através dos diversos estudos empíricos, as alterações dos estilos de vida na saúde, de uma forma geral, e a consequente adopção de comportamentos qualificados como de saudáveis, encontram-se directamente relacionados com o aumento da idade (Lawton, 2002), sendo particularmente evidente, no caso do tabagismo, a relação entre o envelhecimento e o deixar de fumar (Cockerham, 2008). No sentido de procurar anular o efeito agregado da média de idades das classes sociais recolheu-se a informação sobre a idade em que os indivíduos

deixaram de fumar. O Quadro 8.7 reflecte as percentagens dos indivíduos que deixaram de fumar antes dos 65 anos, por classe social.

**Quadro 8.7** Indivíduos com historial de tabagismo por classe social que deixaram de fumar com idade  $\leq$  a 65 anos (N=271)

Indivíduos com historial de tabagismo por classe social que deixaram de fumar com idade $\leq$ a 65 anos (N=271)	%
Empresários/dirigentes /profissionais liberais (EDL)	29,2
Profissionais técnicos e de enquadramento (PTE)	30,8
Trabalhadores independentes + agricultores independentes (TI+AI)	21,1
Empregados executantes (EE)	26,2
Operários	14,9
Agricultores assalariados (AA)	14,8

Fonte: Dados originais recolhidos no âmbito da investigação: “Desigualdades da vida e na morte. Saúde, classes sociais e estilos de vida”.

Uma primeira leitura, decorrente do Quadro 8.7, permite constatar que independentemente das classes sociais de pertença, a maioria dos homens com historial de tabagismo só deixou de fumar após os 65 anos de idade. As frequências mais altas de abandono, relativamente mais precoce do hábito de fumar, localizam-se primeiro nos PTE (30,8%) e depois nos EDL (29,2%). Do lado das frequências mais baixas, apenas cerca de 15% dos indivíduos situados nas categorias dos operários e dos agricultores assalariados deixaram de fumar antes dos 65 anos. As orientações individuais ao nível dos comportamentos no domínio da saúde englobam, também, uma componente estratégica de orientação racional da acção. A opção de deixar de fumar em faixas etárias mais precoces, onde tendencialmente se verificam menos doenças, reflecte um tipo de orientação dos comportamentos no sentido da prevenção de doenças ou da promoção da saúde. Segundo a leitura do Quadro 8.7 são os indivíduos localizados nas classes associadas a maiores recursos como os EDL e os PTE que reflectem uma orientação de cariz estrategicamente mais preventivo no conjunto das classes sociais.

Os registos informam que, para além dos consumos mais elevados de bebidas alcoólicas e tabagismo surgirem mais associados à categoria dos operários, estas práticas iniciam-se, de um modo geral, nestas populações mais cedo do que nas outras classes sociais. Neste sentido, e como refere Cockerham (2005), os estilos de vida na saúde não se constituem como um conjunto de comportamentos de indivíduos desconectados e desinseridos do meio

social, mas constituem-se como rotinas que se fundem numa representativa configuração agregada de um específico grupo, classe ou género.

### *Alcoolismo e a redução do consumo de álcool*

Relativamente ao consumo de álcool, esta prática tem assumido diferentes significados quando comparada com a do tabagismo (Kooiker e Christiansen, 1995). O consumo de bebidas alcoólicas, seja através do consumo de cerveja, vinho, whisky, etc., encontra-se fortemente enraizado nas diferentes formas de organização social e identidades regionais. Serve de exemplo o vinho do Porto que, como refere Magalhães (2000), constitui um braço significativo da história sociocultural de Portugal. De uma maneira geral, e não apenas no contexto nacional, o álcool é visto como um elemento que desempenha importantes funções de integração social, organização de eventos, rituais de identidade social e sistemas de controlo social (Douglas, 1987; Cokerham *et al.*, 2006).

Ao nível das representações sociais sobre o consumo de bebidas alcoólicas e dos seus efeitos associados de risco ou de benefício para a saúde, o fenómeno apresenta-se de forma bastante mais complexa do que no caso do tabagismo. Ou seja, enquanto o consumo moderado de álcool não é tido como de risco, aproximando-se pelo contrário, de uma representação de saudável, o consumo excessivo e a dependência do álcool são tidos como uma doença em si (Kooiker e Christiansen, 1995). Se relativamente ao tabagismo se associa uma representação relativamente consensual, partilhada quer por leigos quer pelos peritos, de que qualquer que seja a quantidade de cigarros que se fume, mesmo que em pequenas quantidades, o acto de fumar é sempre prejudicial (Blaxter 1990; Cabral, Silva e Mendes, 2002), já relativamente ao consumo de bebidas alcoólicas, a questão é mais difusa. Os baixos consumos de álcool associados a uma representação, por vezes, benéfica para a saúde, têm sido envoltos numa maior ambiguidade interpretativa, oriunda do próprio campo de investigação médica relativamente aos possíveis efeitos benéficos para a saúde (Shapiro, 1983; Cockerham, 2008). Simultaneamente, quer o tipo de bebida alcoólica, quer a própria quantificação do que constitui o consumo moderado ou excessivo de álcool, tem-se mantido bastante subjectiva no campo da investigação biomédica (Shapiro, 1983; Cockerham, 2008). Por outro lado, no domínio das representações sociais, o alcoolismo surge como sinónimo de dependência do álcool e este fenómeno é visto como uma doença em si, enquanto, no fenómeno relativo ao tabagismo, a dependência do tabaco já não assume o mesmo significado de doença. De forma paralela, também nos registos de medicina e de enfermagem analisados,

a definição de alcoolismo surge de forma mais objectiva como um diagnóstico que traduz uma patologia, enquanto que o tabagismo surge de forma mais associada a um comportamento de risco, que poderá estar na origem de outras doenças.

No presente estudo e relativamente aos hábitos alcoólicos analisados na população masculina mobilizou-se numa primeira fase a construção de um indicador de historial de alcoolismo, que incluiu a presença de antecedentes de alcoolismo, bem como de situações de alcoolismo crónico que acompanharam o último período de vida dos indivíduos e que, na maioria destes casos, formaram a causa base do óbito. Os diagnósticos de alcoolismo são normalmente acompanhados pelo grau de gravidade associado e, neste sentido, a categoria de alcoolismo aqui analisada inclui as várias situações descritas e que vão desde o que é definido como alcoolismo moderado ao alcoolismo grave e crónico.

**Quadro 8.8** Histórico de alcoolismo nos homens por classes social. Percentagens (N= 674)

Indivíduos com historial de alcoolismo por classe social	%
Empresários/dirigentes /profissionais liberais (EDL) (N= 58)	21,0
Profissionais técnicos e de enquadramento (PTE) (N=63)	13,6
Trabalhadores independentes + agricultores independentes (TI+AI) (N=77)	20,8
Empregados executantes (EE) (N=150)	21,5
Operários (N=190)	37,9
Agricultores assalariados (AA) (N=136)	18,3

Fonte: Dados originais recolhidos no âmbito da investigação: “Desigualdades da vida e na morte. Saúde, classes sociais e estilos de vida”.

A leitura do Quadro 8.8 permite observar que contrariamente ao histórico de tabagismo, no caso do histórico de alcoolismo existe, desde logo, uma maior diferenciação por classe social. Neste gradiente de diferenciação, o fenómeno do alcoolismo revela uma maior concentração na classe dos operários, em que cerca de 38% dos homens inseridos nesta classe apresentam um historial com a presença de situações de alcoolismo moderado ou grave. A categoria dos PTE apresenta por seu turno, as frequências mais baixas de presença de situações de alcoolismo, com um valor de 13,6%.

Apesar desta diferenciação por classe social, a leitura do Quadro 8.8 permite ainda verificar que as frequências, mais uma vez, não formam um padrão linear, que acompanhe a hierarquia das classes sociais. Neste sentido, destaca-se as frequências de presença de situações de alcoolismo na classe dos EDL, com 21%, que surge com os valores mais

elevados logo após a classe dos operários. No sentido oposto, a categoria dos AA, situada na base desta classificação, surge com os valores mais baixos (18,3%) a seguir aos PTE.

A informação contida nos registos permite constatar que apesar do consumo de vinho se apresentar de forma bastante transversal como constituindo a base das situações aqui descritas de alcoolismo, a diferenciação por classe social também se faz sentir, embora de forma menos significativa, no tipo de bebidas alcoólicas consumidas. Assim, a maior diferenciação ocorre nas duas categorias com maiores frequências de alcoolismo: de um lado os EDL onde existe uma maior concentração de ingestão de whisky e, do outro lado, os operários com um consumo predominante de vinho e de aguardente.

Se o anterior Quadro 8.8 apenas reflecte os homens que objectivamente apresentavam situações clínicas de alcoolismo, o seguinte Quadro 8.9 tem por base todos os homens que apresentavam informação relativa à redução do consumo de álcool, o que inclui agora também os indivíduos sem historial clínico de alcoolismo.

**Quadro 8.9** Redução do consumo de álcool nos homens por classe social (N=321)

Reduz consumo de álcool	%
Empresários/dirigentes /profissionais liberais (EDL)	59,7
Profissionais técnicos e de enquadramento (PTE)	47,0
Trabalhadores independentes + agricultores independentes (TI+AI)	29,2
Empregados executantes (EE)	33,7
Operários	26,7
Agricultores assalariados (AA)	25,4

Fonte: Dados originais recolhidos no âmbito da investigação: “Desigualdades da vida e na morte. Saúde, classes sociais e estilos de vida”.

Segundo as frequências relativas de redução do consumo de álcool por classe social (Quadro 8.9), fica patente que os EDL constituem a categoria que regista as maiores alterações nesta prática, no sentido da redução do consumo de álcool. É inclusive a única categoria em que mais de metade dos homens (59,7%) aqui incluídos apresenta informação indicativa de redução deste consumo. Por outro lado, os AA constituem a categoria que apresenta as menores alterações nos hábitos de consumo de bebidas alcoólicas. Alguma da informação disponível permite perceber que o consumo de vinho surge nos registos quando se caracteriza o tipo de padrão alimentar. Neste sentido, muito do consumo de bebidas alcoólicas

por parte da população integrada nos AA se refere à ingestão de vinho que acompanha as refeições e que se manteve tendencialmente inalterado durante todo o percurso de vida.

Contrariamente ao tabagismo, os registos não apresentam de forma objectiva informação referente à idade em que ocorre a redução ou o abandono do hábito do consumo de bebidas alcoólicas. Contudo, algumas conclusões podem ser retiradas da informação analisada. Em primeiro lugar, o consumo de álcool é mais prolongado que o do tabagismo no total de população masculina analisada. Nas idades superiores a 75 ou mais anos, cerca de 15% dos homens ainda mantinham o hábito de fumar, enquanto no consumo de bebidas alcoólicas, o valor sobre para cerca de 25%; o consumo de bebidas alcoólicas acompanha de forma mais prolongada as trajectórias de vida dos indivíduos, sobretudo quando este hábito se refere ao vinho associado às refeições, sendo normalmente definido nos registos como consumo moderado de álcool; nos registos de enfermagem este tipo de consumo moderado de álcool, no caso específico do vinho, surge integrado na descrição do tipo de alimentação praticada pelas pessoas, o que traduz a ideia de que o vinho constitui um elemento que incorpora um tipo de padrão alimentar e que este consumo moderado não constitui um consumo qualificado como de risco.

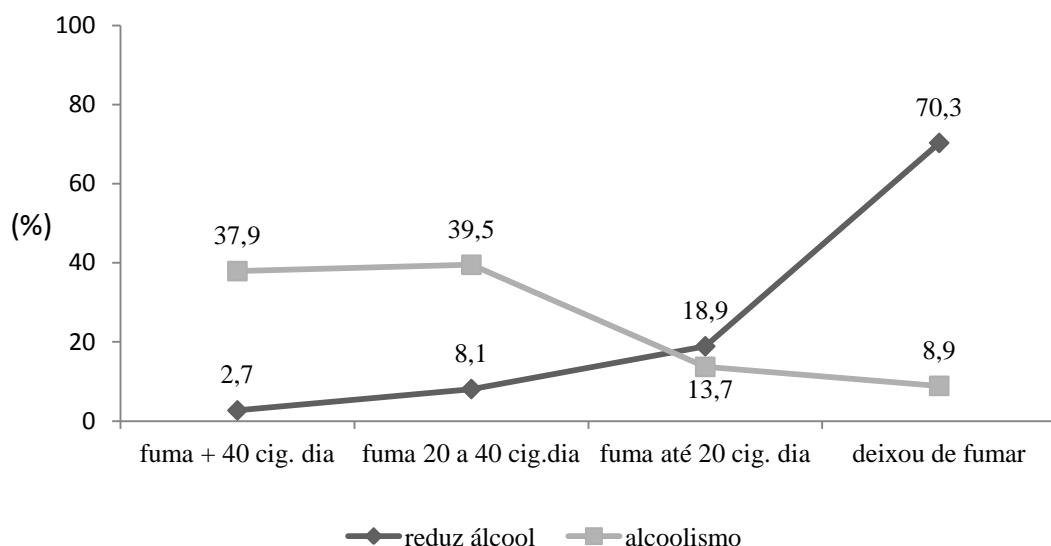
Na maioria destas situações a redução do consumo de álcool encontra-se associada ao aumento da idade e ao surgimento de doenças. Esta redução do consumo não implica necessariamente o abandono definitivo desta prática. Com efeito, o abandono definitivo do consumo de álcool reflecte sobretudo os casos de recuperação de situações de alcoolismo, sendo que este tipo de cessação se verifica mais cedo e maioritariamente nos indivíduos em idade activa.

Os vários estudos sobre comportamentos e estilos de vida na saúde (Blaxter, 1990; Cockerham, 2008) revelam uma associação entre as práticas do tabagismo e do consumo de álcool. A análise aqui exposta entre as classes sociais e cada uma destas práticas analisadas de forma independente já deixa antever que o tabagismo e o consumo de álcool se encontram relacionados.

Os EDL constituem a categoria que apresenta simultaneamente as frequências mais elevadas de redução do consumo de álcool e de abandono do tabagismo, enquanto os operários constituem a categoria que simultaneamente apresenta valores mais baixos referentes à alteração do conjunto destas práticas.

A Figura 8.4 que tem por base a população masculina que simultaneamente apresenta historial de tabagismo e consumo de bebidas alcoólicas permite constatar que existe uma relação entre estas duas práticas.

**Figura 8.4** Relação entre o tabagismo e hábitos alcoólicos nos homens



Fonte: Dados originais recolhidos no âmbito da investigação: “Desigualdades da vida e na morte. Saúde, classes sociais e estilos de vida”.

A variável referente ao alcoolismo, presente na Figura 8.4, não inclui as situações referentes ao histórico de consumo de álcool, mas reporta-se apenas às situações clínicas de alcoolismo crónico que acompanharam a última fase dos percursos de vida dos indivíduos e que constituíram, maioritariamente, a base da causa do óbito. A Figura 8.4 permite ver que as maiores frequências de alcoolismo crónico se encontram mais associadas a um maior consumo de tabáco. Cerca de 38% dos homens com diagnóstico de alcoolismo fumava diariamente 40 ou mais cigarros, sendo que cerca de 80 % dos indivíduos com diagnóstico de alcoolismo fumava mais do que 20 cigarros por dia. Paralelamente, as situações de alcoolismo crónico são fracamente associadas ao deixar de fumar. Apenas em cerca de 9 % das situações de alcoolismo, verificado no último período de vida, levou ao abandono do hábito de fumar. Relativamente à mudança de comportamentos no consumo de álcool, a Figura 8.4 permite estabelecer uma relação inversa entre a quantidade de cigarros consumida e a redução de álcool.

De uma maneira geral, a alteração dos comportamentos relativos à redução do consumo de álcool não é muito expressiva entre os indivíduos que fumam. A redução do consumo de álcool apresenta valores muito baixos (2,7%), nos grandes fumadores (mais do que 40 cigarros por dia). Mesmo entre os indivíduos que fumam menos, a redução do consumo de álcool apenas reflecte cerca de um quinto (18,9%) desta população.

Na verdade, a alteração nos hábitos de consumo de álcool só é expressiva nos indivíduos que deixaram de fumar. Do total de indivíduos que deixaram de fumar, cerca de 70% reduziram simultaneamente o consumo de álcool. Em resumo, a alteração de um dos comportamentos promove a alteração do outro e, inversamente, a manutenção de um comportamento associa-se à conservação do outro.

De uma forma geral, na população masculina analisada, as alterações dos comportamentos relativos ao tabagismo e ao consumo de álcool encontram-se associados a três factores: idade, instalação de doenças e classes sociais. De forma mais específica, a adopção de estilos de vida associados à redução do consumo do álcool e ao abandono do tabagismo encontra-se associado ao aumento da idade, ao surgimento de doenças e, finalmente, associado às classes mais altas, neste estudo, localizadas nos EDL e nos PTE.

Nas situações de persistência prolongada de alcoolismo a mudança de comportamentos apresentou contornos específicos. Por exemplo, relativamente à idade, é nos escalões etários acima dos 60 anos, que as situações de alcoolismo parecem ser mais difíceis de reverter. O abandono do consumo de álcool verifica-se maioritariamente nos indivíduos com idade inferior a 60 anos. O surgimento de doenças graves associadas ao alcoolismo, ocorridas nas faixas etárias mais velhas, parece não ter tido o efeito dissuasor de abandono deste consumo. O que se verificou, de uma maneira geral, é que nas situações de persistência de alcoolismo crónico, quer a instalação de doenças graves como as cirroses hepáticas, infecções respiratórias ou neoplasias, quer o aumento da idade não corresponderam a alterações significativas quer nos consumos de álcool quer nos de tabagismo.



## **Capítulo 9**

### **ESPAÇO SOCIAL DE DESIGUALDADES EM SAÚDE**

#### **9.1 Espaço social de desigualdades em saúde**

A complexidade que caracteriza este campo de desigualdade em saúde aproxima-se de um espaço multidimensional, onde interagem diversos factores que têm constituído a base desta investigação como as condições materiais de vida, o género, as regiões, os comportamentos relacionados com a saúde, os estilos de vida, a escolaridade, os tipos de doenças ou as causas de morte (Antunes, 2011). Trata-se claramente de uma situação de pesquisa empírica, cuja configuração complexa, similar a tantos outros campos de investigação sobre o real, solicita uma abordagem multifacetada e relacional sobre o objecto de estudo (Carvalho, 2008).

No sentido de operacionalizar a estruturalidade multidimensional envolvida neste espaço de desigualdade em saúde, que tem como referência o confinamento ao universo de óbitos ocorridos nas duas instituições hospitalares seleccionadas, procedeu-se a uma análise de correspondências múltiplas (ACM).

O conjunto de indicadores que foram seleccionados para a inclusão na ACM resultou de um processo de análise durante o qual foram experimentadas diversas soluções de introdução de variáveis e de agrupamento e composição de categorias. Este processo culminou na selecção final de um conjunto de variáveis que permitiram uma caracterização multidimensional de um espaço estruturado das desigualdades em saúde. O Quadro 9.1 apresenta o conjunto final de variáveis que foram incluídas na ACM.

Devido ao peso significativo do que se considerou como o equivalente às “não respostas”, que nesta investigação reflecte a ausência de informação nos registos analisados, considerou-se pertinente a inclusão de categorias que identificassem esta ausência de informação em algumas das variáveis em análise. Pretendeu-se, assim, identificar a localização da desigual distribuição da informação, que tem sido, como anteriormente já analisado igualmente estruturante numa configuração topográfica que traduziu um espaço social de desigualdade em saúde.

**Quadro 9.1** Descrição das variáveis e categorias incluídas na análise de correspondências múltiplas (ACM)

Variáveis	Categorias
Sexo	Masculino <u>Feminino</u>
Classes Sociais	EDL PTE TI AI EE Operários AA <u>s/ inf. Classe</u>
Condição p/ Trabalho	exerce profissão <u>Doméstica</u> <u>Reformado</u>
Causa do Óbito	Neoplasia do pulmão EAM AVC Diabetes ICC <u>outros causas de óbito</u>
Tabagismo	nunca fumou deixou fumar fuma 1 maço / dia fuma $\geq$ 2 maços / dia <u>s/ inf. sobre fumar</u>
Álcool	reduz álcool Alcoolismo <u>s/ inf. sobre álcool</u>
Padrão Alimentação	<u>s/ alt. da dieta</u> <u>alteração da dieta</u>
Escalões Etários	< 65 65 – 74 75 – 84 <u><math>\geq</math> 85</u>

A definição do número de dimensões a serem consideradas na ACM baseou-se na análise comparativa dos valores de inércia de cada dimensão como se apresenta no Quadro

9.2. Seleccionaram-se, deste modo, as duas primeiras dimensões por apresentarem valores que se destacaram no conjunto das cinco primeiras.

**Quadro 9.2** Distribuição dos valores próprios das primeiras 5 dimensões

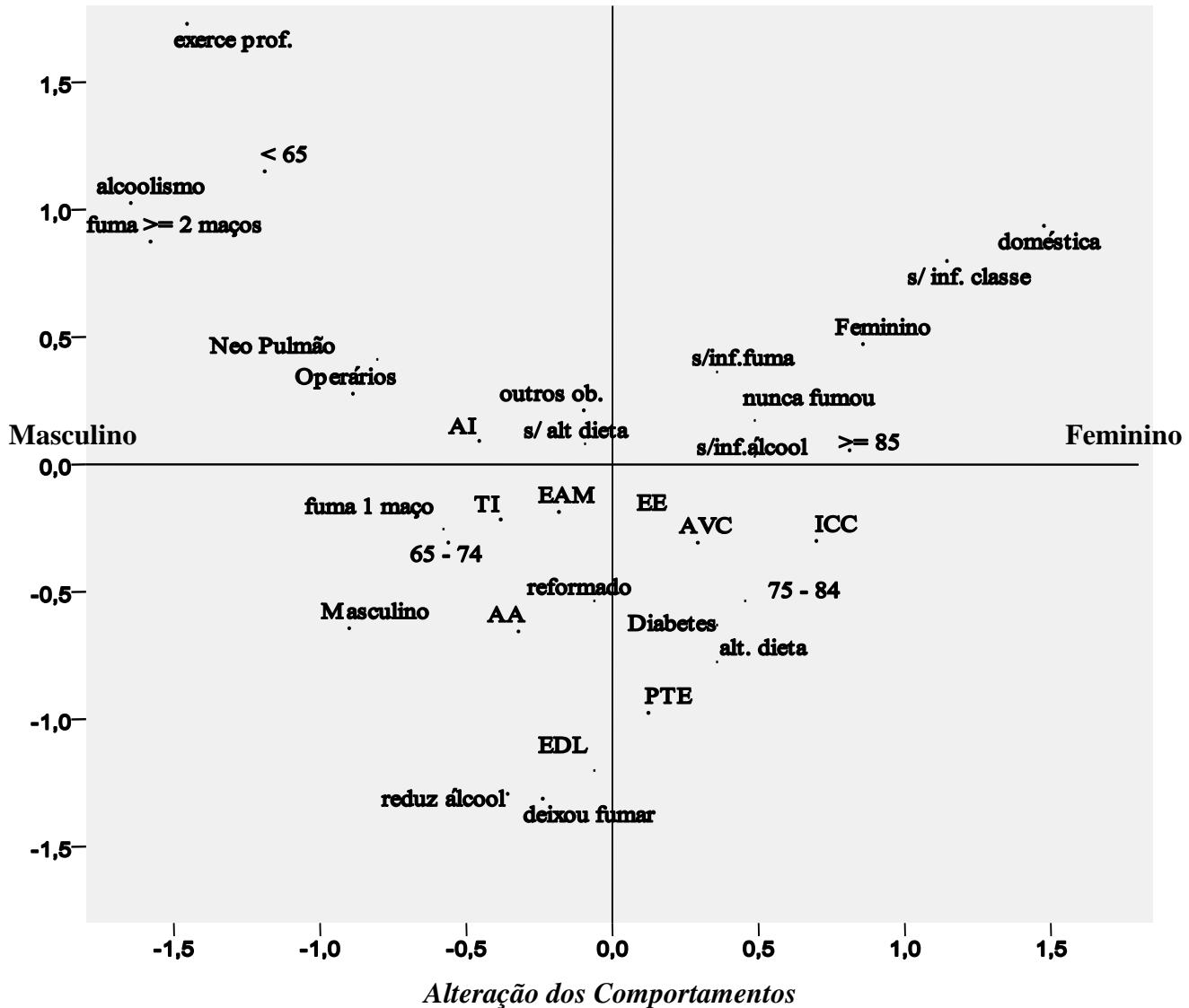
Dimension	Eigenvalue	Inércia
1	3,113	0,445
2	2,108	0,301
3	1,484	0,212
4	1,282	0,183
5	1,215	0,174

A designação destas duas primeiras dimensões mais determinantes foi baseada na interpretação decorrente da visualização das categorias neste espaço bidimensional, como se apresenta na Figura 9.1.

A análise da configuração topográfica, traduzida na Figura 9.1, foi ancorada, como expõe Carvalho (2008), em dois vectores analíticos portadores de lógicas complementares. Um primeiro vector que privilegiou uma *lógica dimensional* e que procurou identificar os principais eixos ou dimensões estruturantes deste espaço e um segundo vector que privilegiou uma lógica *grupal-tipológica*, baseada na análise da interdependência registada entre as categorias e que procurou identificar e definir grupos ou tipos com perfis tendencialmente homogéneos (Carvalho 2008).

A análise topográfica da Figura 9.1 e a mobilização de uma interpretação que privilegiou uma primeira lógica de tipo dimensional sustentam o que se passará a designar como o *Espaço Social de Desigualdades em Saúde*.

### Manutenção dos Comportamentos



**Figura 9.1** Configuração do Espaço Social de Desigualdades na Saúde

Fonte: Dados originais recolhidos no âmbito da investigação: “Desigualdades da vida e na morte. Saúde, classes sociais e estilos de vida”.

Foram identificadas duas dimensões que procuraram reconhecer os principais eixos estruturantes deste espaço topográfico (Figura 9.1). A primeira dimensão, orientada segundo o eixo horizontal, estabelece uma diferenciação clara por género entre um pólo situado à esquerda relativo ao género masculino e à direita relativo ao feminino. Esta dimensão relativa ao género é acompanhada igualmente por uma diferenciação na longevidade, aqui expressa em escalões etários, e que traduz a presença das faixas etárias mais idosas no lado do género feminino

A segunda dimensão, orientada segundo o eixo vertical, apresenta-se estruturada segundo diferenciados perfis de comportamentos e estilos de vida relacionados com a saúde. A orientação da distribuição das categorias referentes ao tabagismo e hábitos de consumo de álcool tende a privilegiar um sentido que vai da conservação das práticas às alterações dos comportamentos associados a estas práticas. É sobretudo a visualização de forma oposta entre, por uma lado, a persistência ao longo das trajectórias de vida de comportamentos qualificados, do ponto de vista médico, como de factores de risco, associados aqui ao maior consumo de cigarros e a maiores níveis de alcoolismo e, por outro lado, a alteração do conjunto destes comportamentos, explicitados aqui na redução do consumo de álcool, no cessar do tabagismo e na alteração dos padrões alimentares, que estruturam esta segunda dimensão. Dimensão que é igualmente acompanhada por uma diferenciação social relativa quer à condição perante o trabalho quer à estrutura de classes sociais.

Uma preliminar análise, deste *espaço social de desigualdades em saúde*, permite realçar que é no lado do género feminino que se concentram as categorias reveladoras de maior ausência de informação relativamente às variáveis classes sociais, tabagismo e hábitos alcoólicos. Como anteriormente analisado no Capítulo 6, os registos elaborados pelos profissionais de saúde, em contexto hospitalar, revelam uma prática observacional orientada mais por referência à doença e aos comportamentos qualificados como de risco, como o consumo de álcool ou de tabaco, do que por referência aos comportamentos qualificados como de saudáveis, o que se traduz pela pouca informação sobre a prática, por exemplo, de exercício físico e pela pouca informação sobre os casos de pessoas que não têm hábitos de tabagismo ou de consumo de álcool. Apesar deste deficit de informação, a leitura gráfica da Figura 9.1 permite constatar que as categorias *nunca fumou* e *sem informação sobre fumar* se encontram próximas. Esta leitura poderá levantar a hipótese de que a ausência de informação nos registos de saúde tende a corresponder à ausência do comportamento em questão. Deste modo, o género feminino encontra-se assim, mais associado à ausência de hábitos relacionados com o tabaco e à provável ausência de consumo de bebidas alcoólicas.

Relativamente ao restante conjunto das categorias localizadas nos quadrantes femininos, elas documentam, de uma forma sucinta, a centralidade da categoria das *domésticas*, a presença de escalões etários mais elevados, reveladores de maior longevidade e, finalmente, a presença de causas de óbito associadas às doenças crónicas e de evolução mais prolongada como a *insuficiência cardíaca congestiva* (ICC) ou os *acidentes vasculares cerebrais* (AVC).

Analisando agora os quadrantes localizados no lado do género masculino (Figura 9.1) verifica-se, por contraste, uma maior constelação de pontos, que basicamente traduzem a presença de maior de informação quer sobre os atributos socioprofissionais quer sobre os comportamentos relacionados com a saúde. É também no lado do género masculino que se localizam os escalões etários reveladores de menor longevidade e onde se opera uma maior diferenciação respeitante aos estilos de vida e aos perfis de comportamento relacionados com a saúde.

A leitura cruzada entre as dimensões relativas ao género e estilos de vida permite visualizar, através da orientação da distribuição das categorias referentes ao tabagismo, hábitos alcoólicos e dieta, que é do lado do género masculino que tendencialmente se verificam as maiores alterações nos estilos de vida relacionados com a saúde.

O género feminino, por seu turno, caracteriza-se pela maior estabilidade nas práticas ao longo das trajectórias de vida. Estabilidade que aqui significa a manutenção da ausência de hábitos relacionados com o tabagismo e alcoolismo, num conjunto de comportamentos que, por sua vez, reflecte uma aproximação do género feminino aos estilos de vida que são qualificados do ponto de vista do discurso médico como de saudáveis.

A orientação da projecção destas categorias, que dão conta das alterações das práticas referentes ao tabagismo, consumo de álcool e dieta, também se fazem acompanhar de acordo com a distribuição das categorias das variáveis referentes à condição perante o trabalho e às classes sociais. Se, por um lado, fica claro a relação entre o género e os estilos de vida relacionados com a saúde, por outro, a visualização gráfica permite verificar que no lado masculino as alterações destas práticas se encontram em articulação com as classes sociais, com a idade e com a condição perante o trabalho. Deste modo, a categoria dos reformados encontra-se mais próxima do pólo referente às alterações dos comportamentos sugerindo que as alterações dos estilos de vida, inerentemente associadas à passagem da condição de activo para a de reformado, são igualmente acompanhadas por importantes mudanças nos comportamentos relativos à saúde. Por outro lado, são sobretudo as classes sociais que concentram maiores recursos económicos e culturais, como os empresários dirigentes e profissionais liberais (EDL) e os profissionais técnicos e de enquadramento (PTE), que se encontram mais próximas da alteração dos comportamentos e da consequente adopção de estilos vida qualificados como de saudáveis. Por contraste, os consumos mais elevados de bebidas alcoólicas e acentuado tabagismo – igual ou superior a 40 cigarros por dia - encontram-se mais próximos da categoria dos operários.

Relativamente às doenças e às causas de óbito verifica-se que os escalões etários mais elevados se encontram mais próximas das doenças crónicas como o AVC, o ICC e a diabetes e que as causas relacionadas com os cancros do estômago e do pulmão se situam mais no género masculino e correspondem a idades médias de óbitos mais precoces.

No que diz respeito às alterações dos comportamentos na sua associação com as doenças verifica-se que é a diabetes a situação clínica que se encontra mais próxima das categorias referentes às alterações dos comportamentos. Com efeito, a diabetes apresenta um quadro clínico cujas alterações relacionadas com os níveis de açúcar no sangue requerem uma maior vigilância individual suscitando, deste modo, alterações nos hábitos alimentares e alcoólicos e igualmente na redução do tabaco, como forma de prevenção de sequelas mais graves.

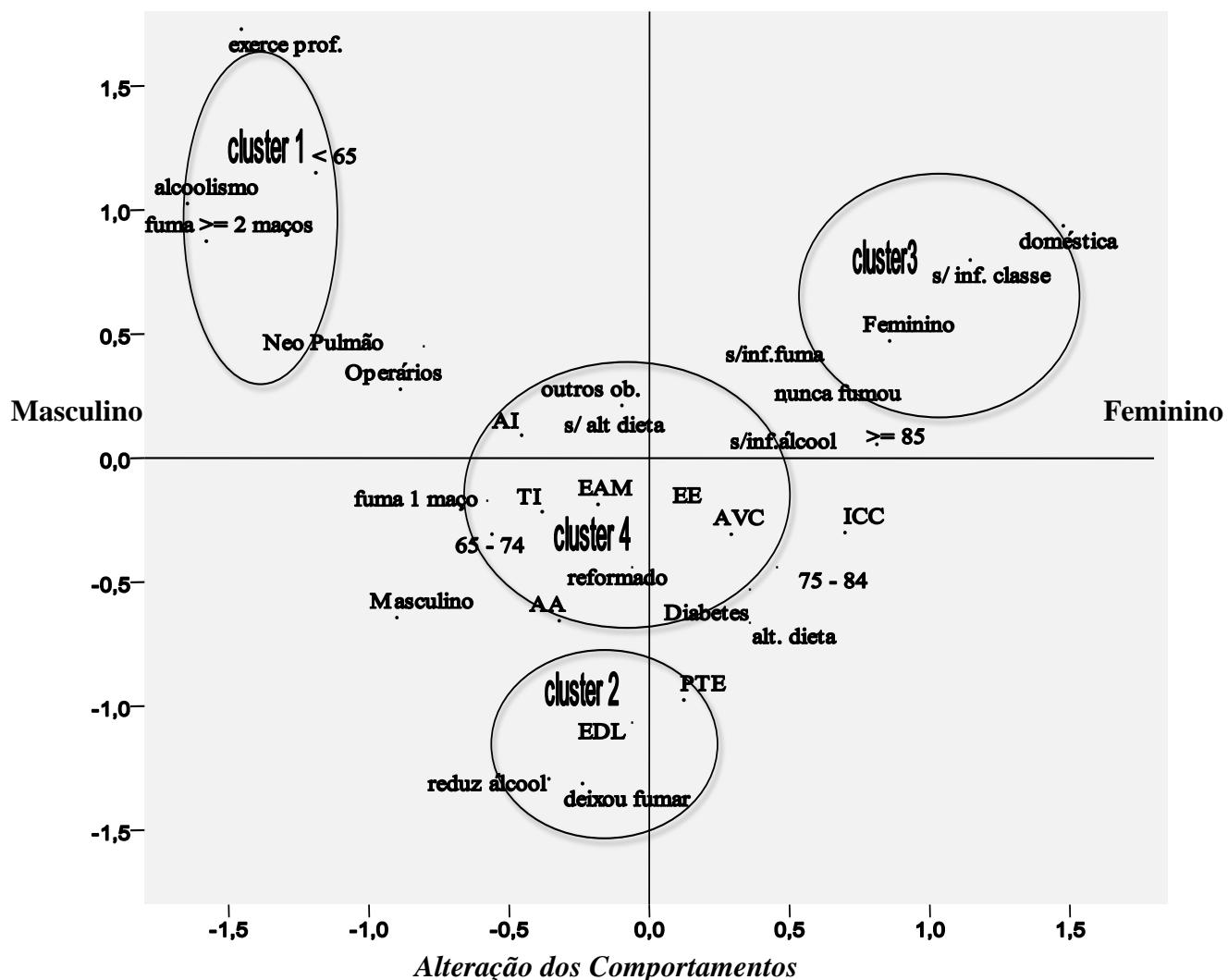
Ainda no âmbito das doenças verifica-se, pelo contrário, que as situações clínicas acompanhadas de prognósticos associados a uma maior dificuldade relativamente ao tratamento e à cura, como neste estudo se verificou entre os casos dos cancros do pulmão ou do estômago, constituíram um conjunto de patologias que tendencialmente suscitaram menores alterações dos comportamentos relativos ao tabagismo e consumo de álcool.

## **9.2 Tipologia da incorporação da desigualdade social**

Um segundo tipo de interpretação procurou identificar neste espaço social de desigualdades em saúde associações específicas entre as categorias, numa lógica de tipo grupal-tipológica. Neste sentido, procedeu-se a uma análise de clusters mantendo-se como recurso de tratamento estatístico o software SPSS.

Após a leitura dos coeficientes e do posterior confronto dos possíveis clusters com a informação empírica conclui-se pela selecção de quatro clusters ou grupos. Estes quatro clusters assim definidos foram posteriormente projectados no espaço social como se apresenta na Figura 9.2.

## Manutenção dos Comportamentos



**Figura 9.2** Localização dos Clusters no Espaço Social da Desigualdade na Saúde

Fonte: Dados originais recolhidos no âmbito da investigação: “Desigualdades da vida e na morte. Saúde, classes sociais e estilos de vida”.

A identificação dos quatro clusters projectados na Figura 9.2 tende a corresponder às diferenciações de perfis de estilos de vida relacionados com a saúde. Mais uma vez, o género masculino surge de forma mais heterogénea, com maior diferenciação *interna* de perfis de estilos de vida distribuídos por três clusters maioritariamente masculinos, sendo que o universo feminino, por outro lado, apresenta-se mais homogéneo, ficando maioritariamente confinado a um cluster.

Cada um destes clusters foi posteriormente objecto de cruzamento com duas outras novas variáveis: estado civil e coabitação. A introdução destas duas variáveis, mobilizadas para a caracterização de cada cluster, pretendeu dar conta da rede de relações sociais desta

população maioritariamente idosa e da articulação destas variáveis com o estado de saúde dos indivíduos. Como sustenta Fernandes (2007), o estado matrimonial corresponde a uma importante variável nos estudos longitudinais sobre a mortalidade, no sentido em que os resultados têm demonstrado que as ocorrências de algumas doenças, como por exemplo determinados tipos de cancro do ovário, do endométrio ou da tiróide, têm propensão a ser mais frequentes em mulheres solteiras quando comparada com mulheres casadas, sendo que, como a autora acrescenta, a relação entre o estado matrimonial e a incidência de cancro é variável consoante o tipo de cancro, a idade e as características socioeconómicas da população (Fernandes, 2007).

A informação sobre as variáveis e as frequências dos quatro clusters em análise será apresentada para cada cluster em dois quadros de frequências, de acordo com as variáveis seleccionadas. O primeiro quadro será referente aos indicadores de caracterização social que englobam as variáveis sexo, classe social, condição perante o trabalho, estado civil e coabitação. O segundo quadro será alusivo aos indicadores de saúde, com a presença das variáveis referentes às causas de óbito, tabagismo e álcool. Os valores de longevidade média para cada cluster serão apresentados em ambos os quadros. Cada cluster será identificado segundo uma designação que resultou de uma análise interpretativa que visou sobretudo realçar os aspectos mais significativos e mais diferenciadores em cada grupo.

### *Cluster 1 – Óbitos prematuros*

O primeiro cluster apresenta uma localização confinada ao segundo quadrante, ou seja, um quadrante que resulta do cruzamento entre o género maioritariamente masculino e a maior conservação dos estilos de vida relacionados com a saúde. Pelas características expostas no Quadro 9.3, em que se verifica uma longevidade média reduzida, correspondente a 58,4 anos e pela importância que assume este indicador de longevidade neste estudo, optou-se por denominar este cluster de óbitos prematuros.

Este primeiro cluster surge como o menos populoso, de entre os quatro, sendo constituído por 250 indivíduos, o que corresponde a 10,6% do total dos indivíduos analisados neste estudo. Trata-se por isso de um cluster minoritário neste estudo, mas que concentra as situações mais extremas no que diz respeito aos indicadores de saúde.

Trata-se de um cluster que apresenta uma idade média do óbito de 58,4 anos o que significa, igualmente a potencial ocorrência do óbito numa população que ainda se encontrava

em idade activa. Cerca de 93% dos indivíduos aqui inseridos apresentam idades inferiores a 65 anos e 72% apresentam idades inferiores a 60 anos.

**Quadro 9.3 Cluster 1- Óbitos Prematuros – Indicadores de caracterização social**

Cluster 1 - (N = 250)					
Longevidade média – 58,4 anos					
	Indicadores	%	Indicadores	%	
Sexo	Homens	85,0	Cond.	Reformado	42,8
	Mulheres	15,0	p/	exerce profissão	47,9
	total	100,0	Trabalho	Doméstica	2,1
Estado Civil	Solteiro	15,9		s/ inf. cond.	
	Casado	59,7		trabalho	7,2
	Viúvo	4,0		total	100,0
	divorciado/separado	15,9	Classes	EDL	1,8
	s/ inf. estado civil	4,5	Sociais	PTE	1,1
	total	100,0		TI	5,4
Coabitação	vive sozinho	31,3		AI	2,5
	vive com cônjuge	55,3		EE	19,0
	viúvo vive com família	2,0		Operários	32,6
	vive no lar	1,2		AA	10,0
	s/inf.	10,2		s/ inf. classe	27,6
	total	100,0		total	100,0

Fonte: Dados originais recolhidos no âmbito da investigação: “Desigualdades da vida e na morte. Saúde, classes sociais e estilos de vida”.

Apesar da maioria desta população se encontrar em idade activa, apenas cerca de metade do total destes indivíduos (47,9%), exerciam uma profissão no ano em que ocorre o óbito. As elevadas frequências relativas à condição de reformado (42,8%) reflecte, sobretudo, situações de reforma antecipada por motivo de doença. Trata-se de um cluster que surge como maioritariamente masculino, em que 85% correspondem a homens e 15% a mulheres.

Este primeiro cluster, que se revela como sendo o mais jovem de entre o conjunto analisado, apresenta no cruzamento com a variável estado civil uma maior concentração de indivíduos casados (59,7%) e, de forma similar, surge com os valores mais elevados de indivíduos divorciados ou separados (15,9%). Em claro contraste apresenta-se com uma menor percentagem de situações de viuvez (4%) e, apesar de se constituir como um cluster mais jovem, apresenta contudo, valores de frequências elevadas de pessoas que vivem sozinhas (31,3%).

A comparação com os valores das frequências relativos ao estado civil e a informação disponível nos registos sobre a coabitação, permite perceber que este cluster também apresenta como característica específica o facto de revelar um grande número de pessoas que apesar de se manterem casadas vivem, contudo, sozinhas.

Tendo em conta a distribuição das categorias socioprofissionais inseridas neste cluster dos óbitos prematuros, a categoria que surge como a mais representativa com 32,6 % se refere à classe social dos operários. Esta categoria social é seguida pelos EE com 19 % e, finalmente, em claro contraste, surge com pouco expressividade as classes dos EDL (1,8%) e dos PTE (1,1%). O Quadro 9.4 apresenta um conjunto de indicadores de saúde que caracterizam este primeiro cluster.

**Quadro 9.4** Cluster 1- Óbitos Prematuros – Indicadores de saúde

Cluster 1 - (N = 250 )						
longevidade média - 58,4 anos						
Indicadores	%	Indicadores	%			
Tabagismo	nunca fumou	2,4	Hiv-sida	12,8		
	deixou fumar	2,9	Insuficiência cardíaca crónica	0,3		
	fuma 1 maço/dia	5,4	Enfarre agudo do coração	3,8		
	fuma 1 a 2 maços/dia	36,9	Outras doenças do coração	2,8		
	fuma + 2 maços /dia	20,4	Causas	Doenças cerebrovasculares	3,1	
	s/ inf. fumar	32,0	De	Diabetes mellitus	1,4	
	total	100,0	Óbito	Pneumonia	0,0	
Álcool	reduz álcool	3,4		Doença crónica do fígado e cirrose	10,4	
	Alcoolismo	57,5		Tumores malignos do aparelho	9,5	
	s/ inf. álcool	39,1		digestivo e peritoneu	14,2	
				Tumor maligno da traqueia,	2,1	
				brônquios e pulmão	17,4	
		total	100,0	Outros tumores malignos	22,2	
				Causas externas de mortalidade	Total	100,0

Fonte: Dados originais recolhidos no âmbito da investigação: “Desigualdades da vida e na morte. Saúde, classes sociais e estilos de vida”.

Relativamente aos indicadores de práticas relativas aos estilos de vida na saúde verifica-se, de uma forma geral, valores elevados de frequências relativas ao tabagismo e à presença de situações de alcoolismo. Cerca de 55 % dos indivíduos fumavam em média 20 ou mais cigarros por dia, até ao ano em que se verificou o óbito, num conjunto de valores que

contrastam com uma percentagem muito reduzida de indivíduos com informação de terem deixado de fumar, apenas 2,9%.

Relativamente ao consumo de álcool verifica-se que um pouco mais de metade dos indivíduos inseridos neste cluster (57,5%) apresentava situações clínicas de alcoolismo no ano em que ocorre o óbito.

Por se tratar de um cluster que reflecte um conjunto de situações muito ligadas ao alcoolismo verifica-se que a maioria destas situações, em especial as relacionadas com o alcoolismo crónico, reflecte um conjunto alargado de pessoas que nestas situações se encontravam a viver sozinhas quer como resultado de divórios ou mesmo nas tais situações, já referidas, de se manterem casados.

O conjunto de causas de óbito mais frequentes neste cluster é descrito clinicamente nos registos como relacionado maioritariamente com três factores: elevado consumo de álcool, acentuado tabagismo e, finalmente, práticas associadas à tóxico-dependência endovenosa. Nestes casos de tóxico-dependência endovenosa é sobretudo o consumo de heroína que se encontra descrito como a prática mais comum, sendo igualmente de acrescentar que nestes casos também se encontram fortemente associadas as situações clínicas de alcoolismo e de elevado tabagismo, aqui com consumos iguais ou superiores a 40 cigarros por dia. Apesar desta forte associação entre tóxico-dependência endovenosa, alcoolismo e elevado tabagismo, no conjunto das situações definidas clinicamente de alcoolismo, mais de metade destes casos não se encontravam associados a fenómenos de toxicodependência endovenosa mantendo-se, contudo, a forte associação entre o alcoolismo e o elevado consumo de tabaco.

A maior expressividade de situações de diagnóstico relacionadas com as doenças do fígado (10,4%) e com as infecções pelo hiv-sida (12,8%) constituem um importante conjunto de causas identificadas como associadas aos óbitos, que concentradas neste cluster o destacam relativamente aos outros grupos analisados.

A grande maioria das situações relacionadas com os óbitos associados ao hiv-sida, ou seja, em cerca de 90% dos casos analisados com este diagnóstico se referem a situações de toxicodependência endovenosa. Finalmente, este cluster, também se destaca dos demais, pela maior concentração de situações de óbito relacionadas com os cancros do pulmão, com 14,2% e do estômago que representam 9,5% do total de causas identificadas. Na categoria identificada como as causas externas, ou seja causas localizadas fora do quadro das doenças, este cluster destaca-se igualmente pelo maior valor percentual neste conjunto de causas que

aqui representam 19% do total de óbitos, em que se destacam como as mais representativas os acidentes de viação e os acidentes de trabalho.

### *Cluster 2 – Alteração dos estilos de vida*

Ainda dentro do género masculino, mas agora no pólo oposto ao primeiro cluster, surge de forma mais próxima do lado das alterações dos estilos de vida, um segundo grupo (cluster 2), cujos valores das frequências de caracterização social se encontram resumidos no Quadro 9.5.

**Quadro 9.5** Cluster 2- Alteração dos estilos de vida – Indicadores de caracterização social

Cluster 2 - (N = 362)					
Longevidade média – 77 anos					
	Indicadores	%	Indicadores	%	
Sexo	Homens	91,8	Cond.	Reformado	88,7
	Mulheres	8,2	p/	exerce profissão	0,0
	total	100,0	Trabalho	Doméstica	0,0
				s/ inf. cond.	
Estado Civil	Solteiro	5,3		Trabalho	11,3
	Casado	61,3		Total	100,0
	Viúvo	26,8	Classes Sociais	EDL	16,0
	divorciado/separado	2,1		PTE	14,8
	s/ inf. estado civil	4,5		TI	3,9
	total	100,0		AI	2,2
	vive sozinho	9,8		EE	10,6
CoabitAÇÃO	vive com cônjuge	54,9		Operários	6,2
	viúvo vive com família	7,6		AA	16,2
	vive no lar	15,2		s/ inf. classe	30,0
	s/inf.	12,5		Total	100,0
	total	100,0			

Fonte: Dados originais recolhidos no âmbito da investigação: “Desigualdades da vida e na morte. Saúde, classes sociais e estilos de vida”.

Este cluster ligeiramente mais populoso que o anterior, constituído por 362 pessoas, o que representa 18,8 % do total dos óbitos analisados, cuja especificidade aqui destacada refere-se à mudança dos estilos de vida relacionados com a saúde. Em comparação com o anterior cluster, este surge igualmente com uma população maioritariamente masculina, com 91,8 % de homens e 8,2 % de mulheres, sendo que, contudo, apresenta um valor de

longevidade média de 77 anos, ou seja, cerca de mais 20 anos do que o cluster anteriormente analisado.

No total dos quatro clusters analisados este cluster 2 apresenta as frequências mais elevadas de actividade quer entre a população masculina, quer entre a feminina. Verifica-se uma ausência de indivíduos colocados na categoria de domésticas, sendo que os reformados constituem 88,7% da população aqui inserida. Saliente-se que os casos de reforma antecipada por doença, em comparação com o anterior cluster, se apresentam em número bastante mais reduzido constituindo 4,5 % desta população.

No cruzamento com a variável estado civil, apesar de se apresentar como um cluster mais idoso, a percentagem de casados é das mais elevadas surgindo com a frequência de 61,3%. A situação de divorciados ou separados representam somente 2,1% e, finalmente, as situações de viudez representam aqui, um valor mais elevado que o anterior cluster, ou seja, 26,8% dos casos.

No que diz respeito à informação sobre as relações de coabitação, 9,8% referem-se a situações de pessoas a viverem sozinhas e 15,2% a viverem em lares. As pessoas viúvas a viveram com familiares representam aqui 7,6% do total dos casos inseridos neste cluster. A estrutura das classes sociais apresenta uma maior equidade distributiva por categorias sociais, sendo contudo de destacar os valores mais elevados das classes EDL (16%) e PTE (14,8%). Tendo em conta o peso distributivo das classes sociais, que no geral se verificou neste estudo, este cluster concentra a maioria dos indivíduos englobados nestas duas classes. Ou seja, do total dos indivíduos englobados nos EDL cerca de 80% encontram-se neste cluster, enquanto que cerca de 75% dos PTE se situam igualmente neste cluster. Finalmente é um cluster que apresenta as maiores percentagens de informação sobre a presença de dimensões socioprofissionais e, concomitantemente, a menor percentagem de ausência de informação sobre as classes sociais, com um valor de 30%.

Relativamente aos indicadores de saúde que caracterizam este segundo cluster, presentes no Quadro 9.6, destaca-se como central a presença de informação que dá conta das alterações das práticas relativas ao tabagismo e ao consumo de álcool. Se tivermos em conta o conjunto de informação sobre as práticas referentes ao tabagismo, cerca de 62% dos indivíduos incluídos neste cluster 2 tiveram práticas associadas ao tabagismo. Contudo, a grande característica diferenciadora neste cluster reside no facto de se tratar de um grupo de ex-fumadores. Em 42,1 % dos casos, os indivíduos deixaram de fumar. Importa igualmente destacar que do total de indivíduos que cessaram as práticas de tabagismo, cerca de 70 % o fizeram entre os 60 e os 70 anos de idade.

Relativamente ao consumo de álcool verifica-se um fenómeno bastante semelhante, pois cerca de 47% destes indivíduos reduziram o consumo de álcool. A visualização gráfica da Figura 9.2 permite constatar que se trata de reformados localizados nas classes mais altas - EDL e PTE -, mas que são sobretudo os EDL os que se encontram mais próximos de se constituírem como os ex-fumadores e igualmente como os que reduziram mais os consumos de bebidas alcoólicas.

**Quadro 9.6** Cluster 2- Alteração dos estilos de vida – Indicadores de saúde

Cluster 2 - (N = 362)				
Longevidade média - 77 anos				
Indicadores	%	Indicadores	%	
Tabagismo	nunca fumou	8,8	Hiv-sida	0,0
	deixou fumar	42,1	Insuficiência cardíaca crónica	6,1
	fuma 1 maço/dia	14,0	Enfarre agudo do coração	3,9
	fuma 1 a 2 maços/dia	4,9	Outras doenças do coração	5,2
	fuma + 2 maços /dia	1,8	Causas	Doenças cerebrovasculares 22,1
	s/ inf. fumar	28,4	De	Diabetes mellitus 3,9
	total	100,0	Óbito	Pneumonia 3,3
Álcool	reduz álcool	47,0	Doença crónica do fígado e cirrose	1,1
	Alcoolismo	5,3	Tumores malignos do aparelho	9,1
	s/ inf. álcool	47,7	digestivo e peritoneu	
		total	Tumor maligno da traqueia,	
			brônquios e pulmão	3,6
			Outros tumores malignos	9,4
			Causas externas de mortalidade	3,3
			Outras causas	39,0
			total	100,0

Fonte: Dados originais recolhidos no âmbito da investigação: “Desigualdades da vida e na morte. Saúde, classes sociais e estilos de vida”.

Relativamente ao conjunto de causas de óbito destaca-se a ausência de casos relacionados com o hiv-sida e o menor valor de doenças do fígado (1,1%). Verifica-se, por contraste ao primeiro cluster, a configuração de um padrão mais ligado às doenças de evolução prolongada aqui representadas pelo conjunto dos tumores malignos, que foi responsável por 21,1 % das causas de óbito, seguido das doenças cerebrovasculares com 20,2% e, finalmente, as doenças cardíacas que no total representaram 9,1 % destas causas. As causas externas apresentam uma acentuada diminuição, em comparação com o anterior cluster, que aqui representam somente 3,3 % dos casos.

### *Cluster 3 – Conservação dos estilos de vida*

No primeiro quadrante surge um terceiro cluster caracterizado por um perfil de estilos de vida mais estáveis, que traduz uma população onde praticamente não existe registo de historial de hábitos relacionados com tabagismo ou com o consumo de álcool. Esta ausência de comportamentos relacionados com estas práticas confere a este cluster a qualificação mais próxima dos estilos de vida normalmente qualificados como de saudáveis.

**Quadro 9.7** Cluster 3 – Conservação dos estilos de vida – Indicadores de caracterização social

Cluster 3 - (N = 474)					
Longevidade média -81 anos					
	Indicadores	%	Indicadores	%	
Sexo	Homens	0,0	Cond.	Reformado	2,4
	Mulheres	100,0	p/	exerce profissão	0,0
	total	100,0	Trabalho	Doméstica	68,6
Estado Civil	Solteiro	1,0		s/ inf. cond. Trabalho	29,1
	Casado	18,4		total	100,0
	Viúvo	65,7	Classe	EDL	0,0
	divorciado/separado	1,1	Sociais	PTE	0,4
	s/ inf. estado civil	13,8		TI	0,0
	total	100,0		AI	0,0
CoabitAÇÃO	vive sozinho	8,8		EE	1,5
	vive com cônjuge	18,2		Operários	0,0
	viúvo vive com família	30,1		AA	1,1
	vive no lar	24,1		s/ inf. classe	97,0
	s/inf.	18,8		total	100,0
	total	100,0			

Fonte: Dados originais recolhidos no âmbito da investigação: “Desigualdades da vida e na morte. Saúde, classes sociais e estilos de vida”.

Como se poderá verificar através do Quadro 9.7, este terceiro cluster é constituído por 474 indivíduos que representam cerca de 25% do total de óbitos analisados. É o cluster que apresenta a longevidade média mais elevada, com 81 anos, sendo totalmente constituído por mulheres. Constitui-se igualmente, como já se fez referência, a um grupo onde pontua a ausência de informação, em especial no que diz respeito aos atributos socioprofissionais. Este terceiro cluster apresenta as taxas de actividade económica mais baixas no conjunto dos quatro clusters analisados, em que 68,6 % desta população correspondem a domésticas e apenas 2,4% correspondem a mulheres na condição de reformadas. Por este facto, também, encontra-se pouca informação sobre o posicionamento destas mulheres nas classes sociais,

recordando-se a impossibilidade de se ter obtido informação de forma sistemática sobre os indicadores socioprofissionais dos respectivos maridos das mulheres casadas ou viúvas, que se encontravam inseridas nas categorias de domésticas. Para além de se tratar de um cluster feminino é igualmente o cluster onde se regista a maior percentagem de viuvez (65,7%). Deste conjunto de mulheres viúvas, cerca de metade vivia de forma mais permanente ou episódica com os familiares e, apesar desta grande percentagem de viuvez, apenas 8,8% destas mulheres viviam sozinhas. Mais de 90% destes familiares referem-se aos filhos. Esta associação de coabitação com familiares é mais forte na região de Beja do que em Lisboa. Do total da população inserida neste cluster, cerca de um quarto residia num lar. Aqui a situação é ligeiramente inversa com um pouco mais de população a residir em lares em Lisboa do que em Beja.

**Quadro 9.8 Cluster 3- Conservação dos estilos de vida – Indicadores de saúde**

Cluster 3- (N = 474)			
Longevidade média - 81 anos			
Indicadores	%	Indicadores	%
nunca fumou	25,9	Hiv-sida	0,0
deixou fumar	0,8	Insuficiência cardíaca crónica	6,8
fuma 1 maço/dia	0,0	Enfarre agudo do coração	3,4
fuma 1 a 2			
Tabagismo maços/dia	0,4	Outras doenças do coração	4,6
fuma + 2 maços /dia	0,0	Causas Doenças cerebrovasculares	20,5
s/ inf. fumar	72,9	De Diabetes mellitus	4,6
total	100,0	Óbito Pneumonia	4,6
reduz álcool	1,9		
		Doença crónica do fígado e cirrose	0,0
Álcool Alcoolismo	0,4	Tumores malignos do aparelho	
		digestivo e peritoneu	5,9
s/ inf. álcool	97,7	Tumor maligno da traqueia, brônquios	
total	100,0	e pulmão	0,4
		Outros tumores malignos	12,7
		Causas externas de mortalidade	0,4
		Outras causas	46,2
		Total	100,0

Fonte: Dados originais recolhidos no âmbito da investigação: “Desigualdades da vida e na morte. Saúde, classes sociais e estilos de vida”.

Como se poderá verificar através do Quadro 9.8, apenas em cerca de 2% desta população existe informação indicativa de hábitos relacionados com o tabagismo ou com o consumo de álcool. Relativamente às alterações verificadas no que diz respeito aos estilos de

vida relacionados com a saúde registe-se apenas, como mais significativo, as alterações nos padrões alimentares. Estas alterações referem-se sobretudo à redução do sal e gorduras, mas também no maior polifraccionamento diário das refeições.

O grupo de doenças responsáveis pelos óbitos apresenta um conjunto de patologias de evolução mais prolongada e, simultaneamente, mais associadas ao envelhecimento. As doenças cérebro-vasculares com 20,5% e o total dos tumores malignos com 19% surgem como o conjunto de doenças mais representativas das causas de óbito.

#### *Cluster 4 – Cluster modal*

Finalmente, um quarto cluster localizado de forma mais central neste *espaço social* reflecte o grupo com maior expressividade numérica sendo constituído por 809 indivíduos que representam cerca de 30% do total de óbitos analisados.

**Quadro 9.9** Cluster 4 – Cluster modal - Indicadores de caracterização social

Cluster 4 - (N = 809)					
Longevidade média - 76 anos					
	Indicadores	%	Indicadores	%	
Sexo	Homens	63,1	Cond.	Reformado	79,1
	Mulheres	36,9	p/	exerce profissão	2,0
	Total	100,0	Trabalho	Doméstica	3,8
Estado Civil	Solteiro	3,3	s/ inf. cond. Trabalho		15,1
	Casado	42,7	Total		100,0
	Viúvo	33,7	Classes	EDL	0,7
	divorciado/separado	3,8	Sociais	PTE	3,3
	s/ inf. estado civil	16,5		TI	2,9
	total	100,0		AI	1,8
	vive sozinho	12,2		EE	26,0
Coabitação	vive com cônjuge	35,7		Operários	13,2
	viúvo vive com família	14,1		AA	12,7
	vive no lar	18,6		s/ inf. classe	39,4
	s/inf.	19,4	Total		100,0
	total	100,0			

Fonte: Dados originais recolhidos no âmbito da investigação: “Desigualdades da vida e na morte. Saúde, classes sociais e estilos de vida”.

Este cluster modal apresenta uma longevidade média de 76 anos, surgindo como o mais equilibrado na relação entre os sexos, apesar de 63,1 % se referirem ao sexo masculino e

os restantes 36,9% ao sexo feminino. Relativamente ao estado civil os valores repartem-se maioritariamente entre os que se encontram casados (42,7%) e na situação de viuvez (33,7%). A variável coabitação revela características semelhantes aos anteriores clusters, com idades médias acima dos 75 anos, ou seja, uma maior distribuição dos valores relativos às frequências das pessoas que vivem sozinhas (12,2%) e que vivem num lar (18,6%).

Tal como no cluster 2, o que era referente à alteração dos estilos de vida, também este cluster é constituído maioritariamente por indivíduos na condição de reformados, que representam 79,1% dos casos, sendo pouco expressiva quer a frequência de indivíduos que ainda exerciam uma profissão no ano do óbito (2%), quer os inseridos na categoria de domésticas (3,8%). Olhando para a estrutura de classes sociais que caracteriza este cluster verifica-se que a grande maioria desta população reformada se concentra nas categorias relativas ao assalariado de base, numa distribuição simultaneamente mais equitativa em que os empregados executantes representam 26%, os operários 13,2% e, finalmente, os assalariados agrícolas 12,7%.

**Quadro 9.10 - Cluster 4 – Cluster modal – Indicadores de saúde**

Cluster - (N = 809)					
Longevidade média - 76 anos					
Indicadores	%	Indicadores	%		
Tabagismo	nunca fumou	24,9	Hiv-sida	0,6	
	deixou fumar	8,4	Insuficiência cardíaca crónica	4,2	
	fuma 1 maço/dia	5,3	Enfarte agudo do coração	2,3	
	fuma 1 a 2 maços/dia	2,1	Outras doenças do coração	3,6	
	fuma + 2 maços /dia	0,9	Causas	Doenças cerebrovasculares	17,1
	s/ inf. fumar	58,4	de	Diabetes mellitus	5,2
	Total	100,0	Óbito	Pneumonia	1,2
Álcool	reduz álcool	14,2		Doença crónica do fígado e cirrose	0,6
	Alcoolismo	12,4		Tumores malignos do aparelho	
	s/ inf. álcool	73,4		digestivo e peritoneu	10,9
				Tumor maligno da traqueia,	
				brônquios e pulmão	3,6
				Outros tumores malignos	11,0
	Total	100,0		Causas externas de mortalidade	2,5
				Outras causas	37,2
				Total	100,0

Fonte: Dados originais recolhidos no âmbito da investigação: “Desigualdades da vida e na morte. Saúde, classes sociais e estilos de vida”.

No que diz respeito às práticas de tabagismo e consumo de álcool, este cluster reflecte um grupo com maior heterogeneidade interna relativamente aos perfis de estilos de vida partilhando, contudo, algumas das características com o terceiro cluster, o cluster feminino dos estilos de vida mais estáveis, nomeadamente num historial de comportamentos associados aos consumos de tabaco e de situações de alcoolismo que não sendo residuais apresentam valores mais baixos, cerca de 16,7% e 12,4% respectivamente. Apesar da maior estabilidade verificada no que se refere aos comportamentos relacionados com a saúde as maiores mudanças, nas trajectórias e estilos de vida, encontram-se genericamente associadas à passagem da condição de economicamente activo para a de reformado.

Apesar de se verificar que este cluster é constituído por uma população que na sua grande maioria apresenta um historial de estilos de vida qualificados do ponto de vista da medicina como mais saudáveis – menor frequência de tabagismo e de alcoolismo -, os valores de longevidade não ultrapassam em média os 76 anos de idade. Se compararmos estes dados com os verificados no segundo cluster, que apresentava frequências mais elevadas de historial de tabagismo e de consumo de álcool, verifica-se que neste segundo cluster a média de idades dos óbitos era, contudo, ligeiramente superior a este quarto cluster. Na verdade a grande diferença entre o cluster 2 e o cluster 4 reporta-se à sua composição interna da estrutura de classes sociais. O cluster 2 com maior presença das classes mais altas (EDL e PTE) enquanto o cluster 4 com predomínio das classes assalariadas de base. A comparação entre as estruturas de classe e os indicadores de estilos de vida indicam um efeito protector de classe na saúde, mesmo nas situações em que se encontram associados maiores factores, qualificados do ponto de vista da medicina, como estilos de vida de risco.

#### *Os operários industriais e o sector da construção civil e obras públicas*

Nas diversas dimensões e indicadores analisados, que incluíram o género, as origens hospitalares, a longevidade, as doenças, as causas de óbito e, finalmente, os perfis de estilos de vida relacionados com a saúde, a análise centrada nas classes sociais foi revelando um padrão de desigualdade bastante semelhante, do qual sobressaiu uma assimetria tendencialmente bipolarizada entre as categorias dos PTE e dos operários que já vem sido analisada em outros estudos (Antunes, 2010, 2011).

No conjunto das classes sociais são os operários que se destacam por apresentarem as longevidades médias mais baixas e as frequências mais elevadas de tabagismo e de consumo de álcool. Os resultados que aqui são expostos para o contexto português encontram-se,

contudo, em linha com os resultados de outras investigações realizadas na Europa no domínio das desigualdades em saúde e classes sociais, em especial nas verificadas nos estudos de Martikainen *et al* (2001) e Blaxter (1990).

Relativamente aos resultados obtidos na presente investigação e que de algum modo possam servir como base explicativa, sobretudo para o registo de valores de longevidade bastante mais reduzidos entre a população inserida na categoria dos operários, destacam-se um conjunto de fenómenos que serão objecto de uma análise mais detalhada.

A classe dos operários integra neste estudo um importante contingente populacional que se encontra ligado ao sector da construção civil e obras públicas. É sobretudo neste sector mais específico que se verificam os valores de longevidade mais baixos sendo, neste sentido, o sector que explica o *puxar para baixo* das médias verificadas na categoria social dos operários. De igual modo, as frequências mais elevadas de tabagismo e alcoolismo surgem com especial destaque e mais uma vez associado ao conjunto da população assalariada do sector da construção civil e obras públicas.

Como sustenta Pinto (2000), uma análise do sector da construção civil tem de passar por uma referência à especificidade dos processos de produção neste ramo de actividade económica e por uma análise dos domínios referentes aos processos de socialização e formação das identidades socioprofissionais. As identidades socioprofissionais, as vivências e as modalidades de aprendizagem profissional neste sector, como analisam Pinto e Queiroz (1996), realizadas num contexto de socialização que envolve insegurança, risco, horários sobreacarregados e em contextos de trabalho que apelam a grande esforço físico são fortemente marcadas pela ideologia da virilidade e da força física.

Neste sentido, e na mesma linha de interrogações colocadas por Pinto e Queiroz (1996), importará perceber se o consumo de álcool e de tabaco possam ser interpretados como práticas correspondentes a uma fase de iniciação presente nos rituais de sociabilidade nestes locais de trabalho. Como refere Cockerham (2005), o consumo de álcool e do tabaco fazem parte de um padrão de estilo de vida associado à tradicional socialização masculina e que é normativo para muitos homens e estruturante em determinados contextos de trabalho.

Uma componente central dos processos de socialização e de produção das configurações identitárias no âmbito do exercício profissional, como sustenta Pinto (2000), diz respeito ao conjunto das condições materiais de existência que têm correspondência nos constrangimentos e especificidades técnicas dos processos produtivos e que incluem a própria configuração física dos espaços onde decorre a produção (2000: 11). Relativamente aos processos de produção neste ramo de actividade, relacionado com a construção civil e obras

públcas, eles caracterizam-se pela instabilidade, não-repetitividade e imprevisibilidade das tarefas. Segundo Pinto (2000), uma das consequências mais importantes desta variabilidade estrutural dos processos de trabalho relaciona-se com a insegurança física e com a propensão à sinistralidade. Pinto acrescenta que “o risco de sinistralidade laboral, ainda que constitua, junto de alguns sectores da população activa da Construção, um risco literalmente incorporado e, portanto, naturalizado, não pode deixar de se conjugar com outros traços dos processos de trabalho – penosidade, exposição às adversidades da meteorologia, sujidade ... - para compor imagens e auto-imagens sobre o exercício profissional deste ramo de actividade com conotações negativas e mesmo estigmatizantes” (Pinto, 2000: 26).

Com efeito, os dados revelados pela presente investigação mostram que fora do quadro das doenças enquanto causa de óbito, os acidentes de trabalho, apesar de globalmente se constituírem como um fenómeno pouco frequente no conjunto de todas as causas de óbito, se concentram maioritariamente no grupo de profissões associadas à construção civil, obras públicas e transportes.

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

Finalmente, as causas de óbito associadas às infecções pelo hiv-sida, que representam 3,1% do total dos óbitos, registam um valor médio de longevidade de 42,4 anos. Do total destes óbitos, cerca de 90% tinham origem associada à toxicodependência endovenosa. Apesar da pouca informação relativa às dimensões sócio-ocupacionais, os registos indicam que uma parte desta população tende a encontrar formas de trabalho precário e informal, mas mais concentrado no sector da construção civil.

O conjunto destes três factores expostos, que se concentram sobretudos no sector da construção civil, relativos a consumos mais elevados de tabagismo e álcool, maior sinistralidade laboral e maior concentração de casos associados às doenças por hiv-sida ajudam a explicar os resultados de longevidade mais baixos na categoria dos operários.

#### *Portugal no contexto europeu das desigualdades em saúde*

Portugal ao nível do contexto europeu surge como um país bastante assimétrico tendo por base a distribuição do rendimento (Carmo *et al*, 2010) ou tendo por base as assimetrias na escolarização, formação e literacia (Ávila, 2005, 2007).

Os indicadores que medem a desigualdade na distribuição do rendimento a nível nacional, designadamente o coeficiente de Gini e o S80/S20<sup>36</sup>, normalmente mobilizados pelos vários organismos nacionais e internacionais, mostram, como o analisam Carmo *et al* (2010), que no quadro da União Europeia a 27, Portugal surge como um dos países mais assimétricos, numa situação próxima à verificada em países como a Bulgária, Letónia ou a Roménia (2010: 5). Para além desta desigualdade na distribuição do rendimento, Portugal apresenta também níveis de riqueza *per capita* bastante distantes dos verificados em termos médios nos países da EU-27 e, simultaneamente, taxas de risco de pobreza com valores mais elevadas do que a média verificada na União Europeia<sup>37</sup>. Esta situação aparenta maior gravidade na população reformada que, segundo os autores e para o ano de 2007, cerca de um quinto desta população reformada se encontrava em risco de pobreza, mesmo após as transferências sociais (Carmo *et al*, 2010: 27). Como refere Costa *et al* (2008) “a pobreza não é uma realidade marginal ou passageira da sociedade portuguesa, antes assume características de um problema social extenso e resistente” (2008: 185).

Acresce a esta desqualificação na dimensão económica uma desqualificação ao nível do capital humano que, apesar das melhorias reveladas por alguns indicadores nos últimos anos, não se verificou de forma decisiva uma inversão do défice de escolarização, na comparação com os outros países europeus. A escolarização, ao nível interno, surge também como um dos grandes factores de desigualdade na sociedade portuguesa, nomeadamente quando se articula os níveis de escolarização com a idade<sup>38</sup> (Carmo *et al*, 2010: 96).

Contudo e se, por um lado, Portugal apresenta ao nível dos indicadores sociais um contexto de desigualdade desfavorável, por outro, ao nível dos indicadores de saúde Portugal

---

<sup>36</sup> O indicador de ráio S80/S20, representa a desigualdade na distribuição do rendimento definido como o ráio entre a proporção do rendimento total recebido pelos 20% da população com maiores rendimentos e a parte do rendimento auferido pelos 20% de menores rendimentos (Carmo *et al*, 2010: 14).

<sup>37</sup> De forma mais detalhada os autores referem que “No que concerne à taxa de risco de pobreza após as transferências sociais, o valor para Portugal estabilizou nos 18% desde 2005. Em 1997 era de 21%. Em 2007, a taxa de risco de pobreza após serem efectuadas as transferências sociais em Portugal era superior à registada em termos médios nos países a EU a 25 em dois pontos percentuais, facto que configura uma diminuição dessa diferença face ao verificado em 1997 – ano no qual o valor deste indicador em Portugal era seis pontos percentuais superior ao resultado médio na EU-25” (Carmo *et al*, 2010: 17).

<sup>38</sup> Segundo os autores, “Em Portugal, mais de metade da população com idade entre os 25-34 anos tinha baixas qualificações escolares. Na faixa etária dos 65 ou ais anos esse valor aumenta para os 93,6%” (Carmo *et al*, 2010: 54)

surge com resultados positivos no contexto europeu. A taxa de mortalidade infantil em 2008 é em Portugal uma das mais baixas no conjunto dos países da EU-27 e, relativamente à esperança média de vida, Portugal surge como o país que neste contexto europeu e desde 1988 mais viu aumentar o número de anos de vida neste indicador, que em 2008 se situava nos 79,4 anos. O que representa um valor que situa Portugal na média europeia (Carmo *et al*, 2010: 81-84).

No conjunto de explicações para este fenómeno terá que forçosamente se incluir as alterações verificadas ao nível dos contextos sóciohistóricos mais alargados que, por seu turno, terão que incluir as mudanças ao nível das políticas e dos sistemas de saúde verificados em especial nas últimas três décadas. Nomeadamente, aqui, se destaca a implementação de um serviço nacional de saúde de cobertura universal. Segundo os trabalhos de Cabral, Silva e Mendes, (2002) e Cabral e Silva (2009) o Serviço Nacional de Saúde surge como um recurso fundamental nos cuidados de saúde que na última década apresentou inclusive um acréscimo de utilização. Como analisam Cabral e Silva (2009), a utilização do Serviço Nacional de Saúde (SNS) por via directa apresentou um acréscimo que passou de 84,8% em 2001 (Cabral, Silva e Mendes, 2002) para os 89,9% em 2008 (Cabral e Silva, 2009:49). Seguramente que o SNS não constitui uma peça isolada no conjunto complexo de determinantes do estado de saúde global do país. O aumento dos níveis médios de escolarização, a evolução positiva que se tem verificado nas condições de habitabilidade dos alojamentos e o efeito das políticas redistributivas, que são indispensáveis no combate à pobreza (Costa *et al*, 2008), terão que ser igualmente incluídos.

Fernandes (2007) acrescenta uma outra dimensão de análise, referindo que a esperança média de vida à nascença e a esperança de vida aos 60 anos, em Portugal, enquadra-se na tendência global dos países do sul da Europa, que têm revelado um maior crescimento da esperança de vida acima de certos escalões etários. Neste sentido, a autora cita resultados de projectos de investigação recentes como o *Hale Project*, de Knoops *et al.*, (2004), e o EPIC—*Elderly Prospective Cohort Study* - de Trichopoulou *et al.* (2005) que põem em destaque o papel central no aumento da longevidade relacionado com a dieta alimentar mediterrânica, rica em vegetais, legumes, frutas, cereais, peixe e gorduras insaturadas, nomeadamente o azeite (Fernandes, 2007: 425).

Contudo e apesar dos resultados médios relativos à esperança de vida revelarem uma situação positiva, os homens apresentam ainda valores bastante mais reduzidos do que as mulheres e, por outro lado, Portugal ainda apresenta uma elevada mortalidade prematura, no contexto europeu, que segundo Santana (2005), citado em Fernandes (2007) e em linha com

os resultados que têm sido expostos na presente investigação, se deve em primeiro lugar aos acidentes de trânsito com veículos a motor, seguidos dos óbitos por hiv-sida, doença isquémica do coração, doenças cerebrovasculares, doenças crónicas do fígado, cirrose, tumor maligno da traqueia, brônquios e pulmão (2007: 427).



## **CONCLUSÃO**

Ao longo deste trabalho as desigualdades na saúde foram sendo investigadas em articulação com as desigualdades baseadas na estrutura de classes sociais. Um dos objectivos centrais foi o de estabelecer a capacidade explicativa dos factores sociais enquanto causas que produzem efeitos reais na saúde dos indivíduos e nas populações.

Uma análise de cariz mais longitudinal permitiu também perceber que nas diversas trajectórias dos indivíduos uma pequena faixa de dez anos, localizada entre os 60 e os 70 anos de idade, constituiu-se como um importante período de transição, que envolveu novos processos de socialização e de aprendizagens que integraram, por sua vez, novos elementos nos quotidiano da vida dos indivíduos, muitos deles associados aos fenómenos da saúde, da doença e da morte.

Alguns indicadores presentes nesta investigação permitiram caracterizar um pouco este quotidiano de mudança revelando que é durante este período que se passa de uma trajectória associada a uma posição economicamente activa para a condição de reformado, passa-se mais tempo em casa, normalmente em frente ao televisor, sendo também durante este período que se instalam as primeiras doenças de intensidade mais preocupante e debilitante. É durante esta faixa etária que a utilização dos serviços de saúde - hospitais, centros de saúde, consultórios, centros de fisioterapia, farmácias, etc. - passa a constituir uma nova dimensão na organização diária e na mudança dos estilos de vida. É por isso durante este período que se registam as grandes alterações dos comportamentos individuais, que se verificam com maior incidência no sexo masculino, com a redução do consumo de bebidas alcoólicas, o abandono dos hábitos de tabagismo e as alterações nas dietas alimentares. É, finalmente, um período frequentemente marcado pelo falecimento do cônjuge. Agora, é sobretudo no universo feminino que ocorrem as alterações mais profundas nos seus quotidiano, pois são as mulheres que ficam viúvas mais cedo e durante mais tempo permanecem nesta situação. As relações familiares próximas constituem, ainda, nestes contextos um importante laço e recurso social.

Ao longo do percurso de investigação que envolveu a leitura dos processos de internamento hospitalares, os registo de enfermagem constituíram-se como um recurso informativo mais completo. A análise complementar que se centrou nos registo de saúde

hospitalares revelou um outro domínio na saúde, em que se poderão igualmente inscrever de forma complementar as questões de desigualdade na saúde, localizadas ao nível da interacção entre os profissionais de saúde e os indivíduos em situação de internamento. Relevou-se sobretudo desta análise as propriedades sociais resultantes das dimensões interaccionais e contextuais referentes às relações sociais implicadas na elaboração dos processos de registo de internamento hospitalar, centrado nas profissões da medicina e da enfermagem.

Esta análise permitiu verificar que os diferentes contextos de trabalho - aqui especificados pelos diferentes serviços hospitalares e pelos diferentes hospitais - bem como os atributos dos indivíduos internados - no que diz respeito a uma diferenciação tendo por base o sexo e a idade - reflectem diferentes modos de expressão das dimensões sociais nos registos de saúde. Registos que, por seu turno, apresentam especificidades, na forma e no conteúdo, de acordo com as origens profissionais implicadas na sua produção.

Relativamente ao caso da enfermagem foram os diferentes contextos de trabalho que representaram um maior impacto na forma como são elaborados os conteúdos dos registos hospitalares, enquanto que a diferenciação relativa ao género ou à idade dos individuais internados, representou, comparativamente, um menor grau de relação com a forma diferenciada como foram elaborados estes registos. No caso dos registos de medicina a situação configurou-se de forma praticamente inversa, ou seja, os diferentes contextos de trabalho apresentaram um impacto muito reduzido ou praticamente nulo na forma como foram elaborados os registos de saúde enquanto que foram sobretudo os atributos individuais, sexo e idade, os factores reveladores de maior impacto de diferenciação relativo aos conteúdos registados.

Os registos de enfermagem mereceram um tratamento analítico mais específico devido ao seu maior grau de diferenciação de acordo com os serviços hospitalares. Neste sentido, foi elaborada uma tipologia de serviços hospitalares, constituída por quatro categorias, em que, de um pólo, se encontram os serviços com maior incorporação tecnológica, maior rotatividade e imprevisibilidade a que se denominou de serviços de cuidados intensivos e, no outro pólo, os serviços com menor incorporação tecnológica, maior previsibilidade e menor rotatividade a que se denominou de serviços do tipo das medicinas.

No caso específico da enfermagem verificou-se que os registos oriundos dos serviços com maior incorporação tecnológica, incerteza e rotatividade, como nos serviços de cuidados intensivos, apresentavam conteúdos informativos que os aproximam mais das dimensões de natureza biomédica. No outro pólo, os registos provenientes dos serviços do tipo das medicinas surgiram como os mais completos, no que diz respeito à presença de dimensões

sociais, apresentando por isso, uma maior demarcação identitária e funcional relativamente aos registo dos médicos. Neste sentido, os registo originários destes serviços, do tipo das medicinas, constituíram-se como registo que se aproximam mais de um modelo de características multidimensionais e holísticas, associado mais aos modelos defendidos e preconizados teoricamente pelo campo de enfermagem. Contudo, e de forma aparentemente paradoxal, esta dimensão de maior demarcação identitária, que transparece nos registo de enfermagem oriundos das medicinas, não encontra eco nos níveis de satisfação relativos à prática de enfermagem neste tipo de serviços. As investigações realizadas em Portugal têm demonstrado que os serviços com menor incorporação tecnológica, do tipo das medicinas, se constituem normalmente como os serviços preferidos pelos enfermeiros, enquanto que são os serviços com maior incorporação tecnológica e com situações de maior imprevisibilidade e rotatividade dos internamentos que se constituem como os serviços eleitos pelos profissionais de enfermagem. Importa referir que este fenómeno transparece de forma similar também fora do contexto nacional o que, de algum modo, mantêm actualizadas as contradições no campo da enfermagem entre, por uma lado, um posicionamento situado no plano dos modelos teóricos e profissionais e, por outro, o plano da prática quotidiana ao nível hospitalar.

No que concerne ao campo das desigualdades sociais em articulação com as desigualdades na saúde confirmou-se a hipótese central da investigação, no sentido em que as desigualdades inscritas na ordem social se traduziram numa incorporação da desigualdade sob a forma de disparidades perante a doença e a morte, em que as relações assimétricas de poderes e as distribuições inigualitárias de recursos e oportunidades estruturaram diferenciadas e desiguais condições de existência e trajectórias de vida.

Importa referir que foi adoptado um modelo de análise amplamente mobilizado na sociologia da saúde a nível internacional e que, no fundo, coloca em articulação duas dimensões conceptuais centrais: as classes sociais e as desigualdades na saúde. Os resultados que foram obtidos, através da presente investigação para o contexto nacional, encontram-se também em linha com os resultados de outras investigações, que genericamente traduzem uma relação entre a subida na hierarquia social e o aumento do número de anos do tempo médio de vida.

A complexidade que caracterizou a configuração deste campo de desigualdade em saúde aproximou-se claramente de um espaço multidimensional, em que estiveram em interacção diversos factores como as condições materiais de vida, o género, as regiões, os comportamentos relacionados com a saúde, os estilos de vida, a escolaridade, os tipos de doenças ou as causas de morte. No sentido de operacionalizar a estruturalidade

multidimensional envolvida neste espaço de desigualdades em saúde procedeu-se a uma análise de correspondências múltiplas e a uma análise de clusters que culminou na elaboração de uma tipologia de desigualdade em saúde constituída por quatro grupos ou clusters. Um primeiro cluster identificado como *óbitos prematuros*, cuja média de idade dos óbitos ronda os 58,4 anos, surge maioritariamente associado ao género masculino caracterizado por um elevado tabagismo, situações de alcoolismo crónico, causas de óbito mais relacionadas com os cancros do pulmão e do estômago e, igualmente, com as infecções pelo hiv-sida, em que a classe social mais representativa se refere aos operários. Um segundo cluster, também predominantemente masculino, fica caracterizado pela *alteração dos estilos de vida* e surge com uma longevidade de 77 anos. Apesar de se constituir como um cluster que engloba uma população com historial de tabagismo e de situações de alcoolismo, a característica que maior diferencia este cluster prende-se com o facto de constituir-se como um cluster em que os indivíduos aí englobados maioritariamente deixaram de fumar e reduziram substancialmente o consumo de álcool. Tendo em conta o peso distributivo das classes sociais destaca-se neste cluster a maior presença de indivíduos localizados nas classes mais altas. Identificou-se um terceiro cluster caracterizada pela *conservação dos estilos de vida* que traduz uma população totalmente constituído por mulheres, inseridas maioritariamente na categoria de domésticas, e que apresenta a longevidade média mais elevada, com 81 anos. Este cluster caracteriza-se por um historial que traduz taxas residuais de tabagismo e de consumo de álcool associado a causas de óbito relacionadas com doenças de evolução mais prolongada. Finalmente foi identificado um quarto cluster, o *cluster modal*, que reflecte o grupo com maior expressividade numérica, sendo o mais equilibrado na relação entre os sexos e que apresenta uma maior heterogeneidade relativamente aos perfis de estilos de vida destacando-se, contudo e em termos médios, taxas relativamente baixas de tabagismo e de alcoolismo. Apesar de se verificar que este cluster é constituído por uma população que na sua grande maioria apresenta um historial de estilos de vida qualificados do ponto de vista da medicina como mais saudáveis – menor frequência de tabagismo e de alcoolismo -, os valores de longevidade não ultrapassam em média os 76 anos de idade. Se compararmos estes dados com os verificados no segundo cluster, que apresentava frequências mais elevadas de historial de tabagismo e de consumo de álcool, verifica-se que neste quarto cluster a longevidade é ligeiramente inferior. Com efeito, a grande diferença entre este cluster quatro e o cluster dois, referente à alteração dos estilos de vida, reporta-se à sua composição interna da estrutura de classes sociais. Este cluster 4 surge com um claro predomínio das classes mais baixas, associadas a menores recursos materiais e educacionais. A comparação entre as estruturas de

classe e os indicadores de estilos de vida indiciam um efeito protector na saúde associado às classes sociais mais altas, mesmo nas situações em que nestas categorias sociais se encontram associados maiores factores qualificados do ponto de vista da medicina como de estilos de vida de risco.

Nos diversos domínios analíticos seleccionados a análise centrada nas classes sociais foi revelando um padrão de desigualdade no campo da saúde bastante semelhante, de onde sobressaiu uma assimetria tendencialmente bipolarizada entre os profissionais técnicos e de enquadramento e os operários. Tendo em conta o conjunto das classes sociais analisadas manteve-se esta tendência assimétrica, embora de forma mais esbatida, entre, por um lado, as classes que reúnem maiores recursos – os empresários, dirigentes e profissionais liberais e os profissionais técnicos e de enquadramento – onde se verificaram as maiores longevidades e a adopção mais precoce de alteração de comportamentos relativos aos estilos de vida como o abandono do tabagismo e a redução do consumo de álcool e, por outro, as classes assalariadas de base – empregados executantes, operários e assalariados agrícolas - onde se registaram menores tempos de vida e consumos de tabaco e de álcool mais elevados e mais persistentes.

Relativamente aos indicadores de saúde revelados no conjunto destas classes assalariadas de base – empregados executantes, operários e o assalariado agrícola - a presente investigação revelou importantes diferenças entre estas três categorias. Esta diferenciação tripartida das classes assalariadas de base pouco qualificadas, remetem para um conjunto de problematizações teóricas sobre as diferenças e proximidades, como refere Machado (2002), nomeadamente entre os operários e os trabalhadores terciários de base, que remete para um posicionamento teórico que, por sua vez, faz parte, já há bastante tempo, da agenda de debates correntes na sociologia das classes sociais (2002: 195).

A questão central é, como a coloca Wright (1997), de se saber em que base se poderá diferenciar as localizações de classe entre os indivíduos que partilham uma localização comum de não proprietários nas relações de propriedade capitalistas (1997: 19). Wrigth (1997) opera uma diferenciação de classe, neste conjunto de assalariados, segundo duas dimensões conceptuais: a primeira de acordo com os recursos organizacionais/autoridade e a segunda de acordo com a posse de qualificações/credenciais. A tese central de Wrigth é a de que o lugar de classe proletária agregue todos os assalariados que fossem destituídos de significativos recursos organizacionais e qualificacionais, pois todos se encontram numa situação semelhante face aos mecanismos de exploração, independentemente da localização destes indivíduos nos sectores de actividade económica.

Neste âmbito de problematização teórica sobre as classes sociais, um dos problemas identificados em Machado *et al* (2003) e Costa (1999), sobre as insuficiências da tipologia de Wright, diz respeito, precisamente, ao facto de esta tipologia conduzir a um nível excessivamente agregador destas classes assalariadas de base. A tipologia ACM, adoptada nesta investigação, propõe, por seu turno, uma diferenciação destas classes em três categorias sociais - os empregados executantes, os operários industriais e os assalariados agrícolas - que na tipologia de lugares de classe de Wright se encontrariam reunidas num único lugar de classe: o proletariado (Costa, 1999: 240). Na verdade, e como verificado neste estudo, cerca de 75% do total dos indivíduos incluídos na estrutura de classes sociais teria que se encontrar, segundo a tipologia de Wright, reunido neste mesmo lugar de classe proletária. Este nível de agregação, com esta amplitude, na presente investigação não poderia fazer luz sobre importantes diferenças que foram sendo apuradas ao nível, por exemplo, dos diferenciados estilos de vida relacionados com a saúde ou relacionados com as desigualdades de género na saúde, sendo que, não conseguiria, igualmente, traduzir importantes assimetrias ao nível dos valores de longevidade e das causas de óbito entre cerca de três quartos deste universo.

Seguindo uma tradição que remonta a Marx e Weber defende-se aqui que um dos propósitos centrais na realização de análises, baseadas numa concepção orientadora de apuramento de desigualdades e assimetrias sociais, que evocam frequentemente valores normativos assentes na equidade e na justiça social é o de, precisamente, tentar mobilizar instrumentos teórico-metodológicos que no plano operatório demonstrem capacidade analítica e que, neste sentido, permitam desocultar, de forma mais fina, a diferenciação no social. Não se trata, por isso, apenas de uma distinção de lugares de classe, que decorra de um sustento apenas localizado ao nível teórico, trata-se igualmente e de forma complementar, de uma opção teórica cuja validação necessita constantemente de um confronto com a investigação empírica com os seus processos e resultados. Sendo que são os próprios resultados que, como sustenta Costa (2007), “reatam cognitivamente com os objectos de estudo e fornecem base informativa para seleccionar entre opções em aberto no plano teórico” (2007: 16).

Como sustenta Bourdieu (2004), uma das propriedades singulares do campo científico resulta do facto da luta científica ter como objectivo a representação científicamente legítima do *real* e dos investigadores, no seu confronto, aceitarem tacitamente a arbitragem do real. É como se, refere ainda Bourdieu (2004), os investigadores admitissem a existência de uma realidade objectiva e de serem aceites ou criticados em nome da referência ao real, assim constituído em árbitro da investigação (2004: 98). É nesta confrontação com o real que é exigido às construções científicas um grau de severidade empírica, com a introdução de

*constrangimentos suplementares* (Gil, 1999: 11), e daí “a importância que têm, na prática das ciências, e sobretudo nos procedimentos e protocolos da prova, os instrumentos materiais de observação sistemática e controlada da realidade” (Pinto, 2001:40).

Neste sentido, a mobilização da tipologia ACM no confronto com os resultados empíricos permitiu, na singularidade desta investigação, dar conta de significativas diferenças e padrões de desigualdade que, desta forma, possibilitaram o reconhecimento da importância que as relações assimétricas de poderes e as distribuições desiguais de recursos e de oportunidades têm na estruturação de diferenciadas e desiguais condições de existência, trajectórias de vida, instalação de doenças, causas de morte e nos tempos médios de vida das pessoas.

Estas relações assimétricas encontram-se implicadas, por um lado, nas condições materiais de vida, na alimentação, no acesso aos diferentes tipos de recursos de saúde, nas condições e grau de exposição a factores de risco no trabalho ou no conforto e condições de segurança habitacionais e, por outro lado, trata-se de relações sociais que condicionam e estruturam diferenciados valores, comportamentos e práticas individuais quotidianas, que se encontram incorporadas e, neste sentido, naturalizadas. Comportamentos e valores que se reflectem nas relações que os indivíduos têm com os seus corpos e sintomas, com as práticas de tabagismo, consumo de álcool e tipo de padrão alimentar mas, também, que implicam formas diferenciadas relativamente à aquisição e interpretação da informação relacionada com a saúde.



## **Fontes**

### **Legislação Portuguesa**

Portugal – Presidência do Conselho - Lei n.º 1:884 – Diário do Governo, I<sup>a</sup> Série, n.º 61 de 16 de Março de 1935.

Portugal – Ministério do Interior – Direcção Geral de Assistência - Decreto-lei n.º 28:321 - Diário do Governo, I<sup>a</sup> Série, n.º de 27 de Dezembro de 1937.

Portugal - Ministério do Interior – Decreto-lei n.º 31:345 - Diário do Governo, I<sup>a</sup> Série, n.º 147 de 27 de Junho de 1941.

Portugal - Ministério do Interior – Decreto-lei n.º 31:666 - Diário do Governo, I<sup>a</sup> Série, n.º 273 de 22 de Novembro de 1941.

Portugal – Ministério da Justiça - Decreto-lei n.º 32:171- Diário do Governo, I<sup>a</sup> Série, n.º 175 de 29 de Julho de 1942.

Portugal - Ministério do Interior – Decreto-lei n.º 32:255- Diário do Governo, I<sup>a</sup> Série, n.º de 12 de Setembro de 1942.

Portugal - Ministério do Interior – Decreto-lei n.º 32:651- Diário do Governo, I<sup>a</sup> Série, n.º 26 de 1 de Janeiro de 1943.

Portugal - Ministério do Interior – Lei nº1:998 - Diário do Governo, I<sup>a</sup> Série, n.º 102 de 15 de Maio de 1944.

Portugal - Ministério do Interior – Decreto-lei n.º 35:108- Diário do Governo, I<sup>a</sup> Série, n.º 247 de 7 de Novembro de 1945.

Portugal – Presidência da República - Lei n. 2.011 - Diário do Governo, I<sup>a</sup> Série, n.º70 de 2 de Abril de 1946.

Portugal - Presidência da República - Lei n.º 2:036 - Diário do Governo, I<sup>a</sup> Série, n.º175 de 9 de Agosto de 1949.

Portugal - Presidência da República - Decreto-lei nº 41:825- Diário do Governo, I<sup>a</sup> Série, n.º177 de 13 de Agosto de 1958.

Portugal – Ministério da Saúde e Assistência - Decreto-lei n. 43:853 - Diário do Governo, I<sup>a</sup> Série, n.º de 10 de Agosto de 1961.

Portugal - Ministério da Saúde e Assistência - Decreto-lei n.º 48:357 - Diário do Governo, I<sup>a</sup> Série, n.º101 de 27 de Abril de 1968.

Portugal - Ministério da Saúde e Assistência - Decreto-lei n.º 413/71 - Diário do Governo, I<sup>a</sup> Série, n.º228 de 27 de Setembro de 1971.

Portugal – Junta de Salvação Nacional - Decreto-lei n.º 203/74 - Diário do Governo, I<sup>a</sup> Série, n.º113 de 15 de Maio de 1974.

Portugal – Ministério dos Assuntos Sociais - Decreto-lei n.º 488/75 - Diário da República , I<sup>a</sup> Série, n.º204 de 4 de Setembro de 1975.

Portugal – Ministério das Finanças - Decreto-lei n.º 439-A/77 - Diário da República, I<sup>a</sup> Série, n.º de 25 de Outubro de 1977.

Portugal - Assembleia da República Lei n.º 56/79 - Diário da República, I<sup>a</sup> Série, n.º214 de 15 de Setembro de 1979.

Portugal - Ministério dos Assuntos Sociais - Decreto-lei n.º 254/82, - Diário da República, I<sup>a</sup> Série, n.º147 de 29 de Junho de 1982.

Portugal - Decreto-lei n.º 310/82 - Diário da República, I<sup>a</sup> Série, n.ºde 3 de Agosto de 1982.

Portugal – Assembleia da República - Lei n.º 48/90 - Diário da República I<sup>a</sup> Série, n.º195 de 24 de Agosto de 1990.

Portugal – Ministério da Saúde - Decreto-lei n.º 10/93 - Diário da República, I<sup>a</sup> Série A, n.º 12 de 15 de Janeiro de 1993.

Portugal - Ministério da Saúde - Decreto-lei nº11/93- Diário da República, I<sup>a</sup> Série A, n.º12 de 15 de Janeiro de 1993.

Portugal – Assembleia da República - Lei n.º 30-B/2000- Diário da República, I<sup>a</sup> Série A, n.º 299, de 29 de Dezembro de 2000.

## Referências bibliográficas

- Abbott, Pamela e Claire Wallace (1990), *The Sociology of the Caring Professions*, Londres, Falmer Press.
- Ackernecht, E. (1967), *Medicine at the Paris Hospital 1774-1848*, Baltimore, Johns Hopkins.
- Aiach, Pierre (2000), “ De la mesure des inégalités: enjeux sociopolitiques et théoriques”, em A. Leclerc *et al* (orgs), *Les Inégalités Sociales de santé*, Paris, ISERM/LaDécouvert.
- Allen, Davina (2004), “The nursing-medical boundary: a negotiated order?” in, pp 243-264, in Annandale, E., Elston, M. e Prior, L. (eds), *Medical Work, Medical knowledge and Health Care*, Oxford, Blackwell Publishing.
- Almeida, João Ferreira de (1981), “Alguns Problemas de Teoria das Classes Sociais”, *Revista Crítica de Ciências Sociais*, (7,8), pp. 361-388.
- Almeida, João Ferreira de (1986), *Classes Sociais nos Campos: Camponeses Parciais numa Região do Noroeste*, Lisboa, Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa.
- Almeida, João Ferreira de *et al* (2000), “Classes Sociais na Europa”, *Sociologia Problemas e Práticas*, 34, pp. 9-43.
- 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*, 4
- Almeida, João Ferreira de, António Firmino da Costa e Fernando Luís Machado (1994), “Recomposição socioprofissional e novos protagonistas”, em A. Reis (coord.), *Portugal. Vinte Anos de Democracia*, Lisboa, Círculo de Leitores.
- Almeida, João Ferreira de, António Firmino da Costa e Fernando Luís Machado (2006), “Classes sociais e valores em contexto europeu”, em Vala, J. e A. Torres (orgs), *Contextos e Atitudes Sociais na Europa*, Lisboa, Imprensa de Ciências Sociais.
- Almeida, João Ferreira de, Fernando Luís Machado e António Firmino da Costa (2006), “Social classes and values in Europe”, *Portuguese Journal of Social Science*, (5), 2, pp. 95-117.
- Almeida, João Ferreira de e José Madureira Pinto (1990), *A Investigação nas Ciências Sociais*, Lisboa, Presença.
- Antunes, Ricardo (2010), “Social classes and health inequalities in Portugal”, em C. Phelas (ed.) *Sociological Perspectives of Health & Illness*, Cambridge, Cambridge Scholars Publishing.
- Antunes, Ricardo (2011), “The social space of health inequalities in Portugal”, *Social Theory and Health*, (9), 4, pp. 393–409.
- Antunes, Ricardo e Tiago Correia (2009), “Sociologia da saúde em Portugal. Contextos, temas e protagonistas”, *Sociologia Problemas e Práticas*, (61), pp. 101-125.
- Archer, Margaret (1995), *Realist Social Theory: the Morphogenetic Approach*, Cambridge, Cambridge University Press.
- Armstrong, David (2004), “The rise of surveillance medicine”, em E. Annandale *et al* (eds), *Medical Work, Medical knowledge and Health Care*, Oxford, Blackwell Publishing, pp. 135-145
- Atkinson, Paul (1995), *Medical Talk and Medical Work*, Londres, Sage.
- Atkinson, Paul (1997), *The Clinical Experience*, Londres, Ashgate Publishing

- Ávila, Patrícia (2007), “Literacia e desigualdades sociais na sociedade do conhecimento”, em A. F. da Costa et al (orgs), *Portugal no Contexto Europeu, vol. II - Sociedade e Conhecimento*, Oeiras, Celta.
- Ávila, Patrícia (2005), *A Literacia dos Adultos: Competências-Chave na Sociedade do Conhecimento*, Dissertação de Doutoramento em Sociologia, Lisboa, ISCTE.
- Backett, K. e C. Davison (1995), “Lifecourse and lifestyle: the social and cultural location of health behaviours”, *Social Science and Medicine*, 40, (5), pp. 629–38.
- Bartley, Mel, et al (1996), “Measuring inequalities in health: an analysis of mortality patterns using two social classifications”, *Sociology of Health and Illness*, 18 (4), pp. 455-475
- Bartley, M., D. Blane e Davey Smith, G. (eds) (1998), *The Sociology of Health Inequalities*, Oxford, Blackwell.
- Bastos, Cristiana (2002), *Ciência, Poder, Ação: as Respostas à SIDA*, Lisboa, Instituto de Ciências Sociais.
- Becker e Maiman (1983), “Models of Health-Related Behavior”, em D. Mechanic (Ed.), *Handbook of Health, Health Care and the Health Professions*, Nova York, The Free Press, pp. 539-568.
- Bennett, T. et al (2009), *Culture, Class, Distinction*, Londres, Routledge.
- Berg, Marc (1992), “The construction of medical disposals. Medical sociology and medical problem solving in clinical practice”, *Sociology of Health and Illness*, 14, (2), pp. 151-180.
- Berg, Marc (2004), “Practices of reading and writing: the constitutive role of the patient record in medical work”, em E. Annandale et al (eds), *Medical Work, Medical knowledge and Health Care*, Oxford, Blackwell Publishing, pp. 25- 49.
- Black, D. et al (1980), *Inequalities in Health: Report of a Working Party*. London, Department of Health and Social Security.
- Blane, David (1985), “An assessment of the Black Report's explanations of health inequalities” *Sociology of Health and Illness*, 7, (3), pp.423-445.
- Blane, D., E. Brunner e R. Wilkinson (eds.) (1996), *Health and Social Organization*, Londres, Routledge.
- Blaxter, Mildred (1990), *Health and Lifestyles*, Londres, Routledge.
- Bloor, M. et al (1987), “Artefact explanations of inequalities in health: an assessment of the evidence”, *Sociology of Health and Illness*, 9, (3), pp.231-264.
- Boltanski, Luc (1979), *As Classes Sociais e o Corpo*, Rio de Janeiro, Graal.
- Bourdieu, Pierre (1989), *O Poder Simbólico*, Algés, Difel.
- Bourdieu, Pierre (2001), *Razões Práticas. Sobre a Teoria da Ação*, Oeiras, Celta.
- Bourdieu, Pierre (2002), *Esboço de Uma Teoria da Prática. Precedido de Três estudos de Etnologia Cabila*, Oeiras, Celta.
- Bourdieu, Pierre (2004), *Para uma Sociologia da Ciência*, Lisboa, Edições 70.
- Bourdieu, Pierre (2005), *Distinction. A Social Critique of the Judgement of Taste*, Londres, Routledge.
- Burns, Tom e Helena Flam (2000), *Sistema de Regras Sociais*, Oeiras, Celta.
- Bury, Michael (1997), *Health and Illness in a Changing Society*, Londres, Routledge.
- Bury, Mike (2001), “Illness narratives: facto or fiction?”, *Sociology of Health and Illness*, 23 (3), pp. 263-285.
- Cabral, M. Villaverde, Pedro A. Silva e H. Mendes (org.) (2002), *Saúde e Doença em Portugal*, Lisboa, Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa.

- Cabral, Manuel Villaverde e Pedro Alcântara da Silva (2009), *O Estado da saúde em Portugal*, Lisboa, Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa.
- Campos, António Correia de *et al* (1981), “Gastos públicos com a saúde em Portugal (1970/78), *Análise Social*, 17, (65).
- Campos, António Correia de e A. Mantas (1982), “Os serviços oficiais de saúde em Portugal na década de 70: financiamento, organização, administração e alguns resultados”, *Planeamento*.
- Campos, António Correia de (1986), “ Um serviço nacional de saúde em Portugal: aparência e realidade” *Revista Crítica de Ciências Sociais*, (18,19,20), pp. 601-618.
- Campos, António Correia de (1991), “Estado-Providência. Perspectivas e financiamento. O caso da saúde”, *Sociologia, Problemas e Práticas*, (9), pp.9-26.
- Campos, António Correia de (2002), “Despesa e défice na saúde: o percurso financeiro de uma política pública”, *Análise Social*, 36, (161), pp. 1079-1104.
- Canguilhem, Georges (1984), *Le Normal e le Pathologique*, Paris, Presses Universitaires de France.
- Capucha, Luís (2005), *Desafios da Pobreza*, Oeiras, Celta.
- Carapinheiro, Graça (1986), “A Saúde no Contexto da Sociologia”, *Sociologia, Problema e Práticas*, (1), pp. 9-22.
- Carapinheiro, Graça (1991), “Médicos e representações da medicina: Humanismo e tecnicismo nas práticas médicas hospitalares”, *Sociologia Problemas e Práticas*, (9), pp. 27-41.
- Carapinheiro, Graça (1998), *Saberes e Poderes no Hospital*, Porto, Afrontamento.
- Carapinheiro, Graça (org.) (2006), *Sociologia da Saúde: Estudos e Perspectivas*, Coimbra, Pé de Página.
- Carapinheiro, Graça e Margarida Pinto (1987), “Políticas de saúde num país em mudança: Portugal nos anos 70 e 80”, *Sociologia Problemas e Práticas*, (3), pp.73-110.
- Carapinheiro, Graça e Noémia Lopes. (1997), *Recursos e Condições de Trabalho Dos enfermeiros Portugueses. Estudo Sociográfico de Âmbito Nacional*, Lisboa, Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.
- Carapinheiro, Graça e Paula Page (2001), “As determinantes globais do sistema de saúde português”, em Pedro Hespanha e Graça Carapinheiro (orgs), *Risco Social e Incerteza. Pode o Estado Social recuar mais?*, Porto, Afrontamento, pp. 81-121.
- Carapinheiro, Graça e Soraya Côrtes (2000), “Conflitualidade e mudança face a novos cenários globais: o caso dos sistemas de saúde português e brasileiro”, *Revista Crítica de Ciências Sociais*, (57/58), pp. 259-289.
- Carmo, Renato (2007), “Género e espaço rural”, *Sociologia Problemas e Práticas*, (54), pp. 75-100.
- Carmo, Renato *et al* (org) (2010), *Desigualdades Sociais 2010. Estudos e Indicadores*, Lisboa, Mundos Sociais.
- Carvalho, Helena (2008), *Análise Multivariada de Dados Qualitativos*, Lisboa, Sílabo.
- Casanova, José Luís (1995), “Uma avaliação conceptual do *habitus*”, *Sociologia Problemas e Práticas*, (18), pp. 45-68.
- Casanova, José Luís (2004), *Naturezas Sociais. Diversidade e Orientações Sociais na Sociedade Portuguesa*, Oeiras, Celta.
- Chauvenet, Antoinette (1972), “Professions hospitalières et division du travail », *Sociologie du Travail*, 13 (2), pp. 145-163.

- Clegg, Stewart R. (1989), "Circuits of Power: a framework for analysis", em Stewart R. Clegg, *Frameworks of Power*, Londres, Sage, pp. 187-240.
- CNP-94 (2001), *Classificação Nacional das Profissões. Versão 1994*, Lisboa, Ministério do Trabalho e da Solidariedade.
- Cockerham, William (2005), "Health lifestyle theory and the convergence of agency and structure", *Journal of Health and Social Behavior* (46), pp. 51-67.
- Cockerham, William *et al* (2006), "Health lifestyles and political ideology in Belarus, Russia, and Ukraine", *Social Science and Medicine*, (62), pp. 1799–1809.
- Cockerham, William (2008), *Social Causes and Health and Disease*, Cambridge, Polity Press.
- Coleman, James S. (1990), "Metatheory: explanation in social science", em James Coleman *Foundations of Social Theory*, Cambridge (Massachusetts), Belknap Press, pp. 1-13
- Collière, Marie-Françoise (2003), *Cuidar...A primeira arte da vida*, Loures, Lusociência.
- Costa, António Bruto da (1986), "A despesa social pública em Portugal:1960-1983", *Planeamento*, 8, (1,2,3), pp. 7-67.
- Costa, António Bruto da *et al* (coord.) (2008), *Um Olhar sobre a Pobreza. Vulnerabilidade e Exclusão social no Portugal Contemporâneo*, Lisboa, Gradiva.
- Costa, António Firmino da (1999), *Sociedade de Bairro*, Oeiras, Celta.
- Costa, António Firmino da (2007), "Os desafios da teoria da prática à construção da sociologia", em José M. Pinto e Virgílio B. Pereira (orgs), *Pierre Bourdieu. A teoria da prática e a construção da sociologia em Portugal*, Porto, Afrontamento.
- Costa, António Firmino da, Fernando Luís Machado e João Ferreira de Almeida (1990), "Estudantes e amigos: trajectórias de classe e redes de sociabilidade", *Análise Social*, (105-106).
- Costa, António Firmino da *et al* (2000), "Classes Sociais na Europa", *Sociologia Problemas e Práticas*, (34), pp. 9-43.
- Costa, António Firmino da *et al* (2002), "Social Classes in Europe", *Portuguese Journal of Social Science*, 1, (1), pp. 5 – 39.
- Cozer, R. (1991), *In Defense Of Modernity – Role Complexity And Individual Autonomy*, California, Stanford University Press.
- Cutileiro, José (2004), *Ricos e Pobres no Alentejo*, Lisboa, Livros Horizonte.
- Dahl, Espen (1994), "Social inequalities in ill-health: the significance of occupational status, education and income results from a Norwegian survey", *Sociology of Health and Illness*, 16 (5), pp. 645-667.
- Dahl, E. e E. Birkelund (1997), "Health inequalities in later life in a social democratic welfare state", *Social Science and Medicine*, 44, (6), pp. 871-881.
- Daniels, N. (1985), *Just Health Care*, Cambridge, Cambridge University Press.
- Davidson, Rosemary *et al* (2003), "Radical blueprint for social change? Media representations of New Labour's policies on public health", *Sociology of Health and Illness*, 25, (6), pp. 532–552.
- Davies, Karen (2003), "The body and doing gender: the relations between doctors and nurses in hospital work", *Sociology of Health and Illness*, 25, (7), pp. 720–742.
- DiMaggio, Paul (2001), "Social stratification, life-style, social cognition, and social participation", em David Grusky (ed), *Social stratification: Class, Race, and Gender in Sociological Perspective*, Oxford, Westview Press, pp. 542- 552.
- Direcção Geral da Saúde (2003), *Portugal Saúde: Indicadores Básicos 2000*, Lisboa, Direcção Geral da Saúde.

- Direcção Geral da Saúde (2006a), *Portugal Saúde: Indicadores Básicos 2004*, Lisboa, Direcção Geral da Saúde.
- Direcção Geral da Saúde (2006b), *Risco de Morrer em Portugal: 2004*, Lisboa, Direcção Geral da Saúde.
- Dodier, Nicolas e Agnès Camus (2004), “Openness and specialisation: dealing with patients in a hospital emergency service, em E. Annandale *et al* (eds.), *Medical Work, Medical Knowledge and Health Care*, Oxford, Blackwell Publishing.
- Drever, F e M. Whitehead (1997), *Health Inequalities Decennial Supplement*, Londres, Office for National Statistics.
- Dubos, René (1993), “Mirage of health”, em Nick Black (org), *Health and Disease. A Reader*, Philadelphia, Open University Press.
- Durkheim, Émile (1893/1984), *A Divisão do Trabalho Social Vol. I*, Lisboa, Presença.
- Durkheim, Émile (1897/2001), *O Suicídio. Estudo Sociológico*, Lisboa, Presença.
- Elias, Norbert (1939, 1989), *O Processo Civilizacional, 1º Volume*, Lisboa, Dom Quixote.
- Engels, Friedrich (1845/1975), *A Situação da Classe Trabalhadora em Inglaterra*, Porto, Afrontamento.
- Engels, Friedrich (1880/2001), “O socialismo científico”, em Braga da Cruz (org.), *Teorias Sociológicas. Os Fundadores e os Clássicos*, Lisboa, Fundação Calouste Gulbenkian.
- Estanque, Elísio e José Manuel Mendes (1998), *Classes e Desigualdades Sociais em Portugal*, Porto, Afrontamento.
- Fabre, Gérard (1998), *Épidémies et Contagions*, Paris, Presses Universitaires de France.
- Fassin, Didier (1996), *L'Espace Politique de la Santé*, Paris, Presses Universitaires de France.
- Featherstone, Mike (1991), *Consumer Culture e Postmodernism*, Londres, Sage.
- Fernandes, Ana Alexandra (2007), “Determinantes da mortalidade e da longevidade: Portugal numa perspectiva europeia (UE15, 1991-2001)”, *Análise Social*, 17, (183), pp. 419-443.
- Fernandes, Isabel (2007), *Factores Influenciadores da Percepção dos Comportamentos dos Enfermeiros*, Coimbra, Formasau.
- Ferreira, José Medeiros (1994), “Portugal em Transe” em José Mattoso (dir), *História de Portugal Vol VIII*, Lisboa, Círculo de Leitores.
- Ferreira, F (1990), *História da Saúde e dos Serviços de Saúde em Portugal*, Lisboa, Fundação Calouste Gulbenkian.
- Ferreira, Carlos Miguel (2000), “Da tísica à tuberculose: um percurso de uma construção social da doença”, *Forum Sociológico*, (1,2), pp. 107-130.
- Ferreira, Carlos Miguel (2007), *A Medicinalização dos Sanatórios Populares. Desafios e Formas de um Processo Social*, Dissertação de Doutoramento em Sociologia, Lisboa, Universidade Nova de Lisboa.
- Fitzpatrick, J. e A. Whall (org.) (1983), *Conceptual Models of Nursing. Analysis and application*, Maryland, Prentice-Hall.
- Freitas, Fonseca (1998), “História da Microbiologia”, em Wanda Ferreira (Org), *Microbiologia*, Vol. A, Lisboa, Lidel, pp. 1-11.
- Foucault, Michel (1994), *O Nascimento da Clínica*, Rio de Janeiro, Forense Universitária.
- Foucault, Michel (1992), *Microfísica do Poder*, Rio de Janeiro, Graal.
- Freidson, Eliot (1978), *La Profesión Médica*, Barcelona, Ediciones Península.

- Frie, Kirstin e Janssen Christian (2009), "Social inequality, lifestyles and health – a non-linear canonical correlation analysis based on the approach of Pierre Bourdieu", *International Journal of Public Health*, (54), pp. 213–221.
- Frohlich, K.L., E. Corin. e L. Potvin (2001), "A theoretical proposal for the relationship between context and disease", *Sociology of Health and Illness*, 23, (6), 767–97.
- Garfinkel, Harold (1967/1999), *Studies in Ethnomethodology*, Cambridge, Polity Press.
- Giddens, Anthony (1992), *As Consequências da Modernidade*, Oeiras, Celta.
- Giddens, Anthony (1994), *Modernidade e Identidade Pessoal*, Oeiras, Celta.
- Giddens, Anthony (2000), *Dualidade da Estrutura*, Oeiras, Celta.
- Giddens, Anthony (2003), *A Constituição da Sociedade*, São Paulo, Martins Fontes.
- Giddens, Anthony (2007), *A Europa na Era Global*, Lisboa, Presença.
- Gil, Fernando (coord) (1999), "A ciência tal qual se faz e o problema da objectividade", em Fernando Gil. (org), *A Ciência Tal Qual se Faz*, Lisboa, Edições João Sá da Costa, pp. 9-29.
- Giraldes, Maria do Rosário (1996), *Desigualdades Socioeconómicas e seu Impacte na Saúde*, Lisboa, Editorial Estampa.
- Giraldes, Maria do Rosário (1998), "Estilos de vida em Portugal, segundo o Inquérito Nacional de Saúde 1995/96, a nível regional", *Análise Social*, 22, (146-147), pp. 611-615.
- Grmek, Mirko (1994), *História da Sida*, Lisboa, Relógio D'Água.
- Guerra, J. e F. Tomé (1964), "A profissão médica e os problemas da Saúde e da Assistência", *Análise Social*, 2, (7 e 8).
- Heath, Christian (1982), "Preserving the consultation: medical record cards and professional conduct", *Sociology Of Health and Illness*, 4, (1), pp. 56-74.
- Herzlich, Claudine (1992), *Santé et Maladie: analyse d'une représentation sociale*, Paris, École des Hautes Études en Sciences Sociales.
- Herzlich, Caludine e Jeannine Pineret (1991), *Maladies d'Hier, Malades d'Aujourd'hui*, Paris, Payot.
- Hesbeen, Walter (2000), *Cuidar no Hospital. Enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar*, Loures, Lusociência.
- Hughes, D. e L. Griffiths (2004), "But if you look at the coronary anatomy . . . ': risk and rationing in cardiac surgery", em Ellen Annandale *et al* (orgs), *Medical Work, Medical Knowledge and Health Care*. Oxford, Blackwell Publishing.
- Illich, Ivan (1977), *Limites para a Medicina*, Lisboa, Livraria Sá da Costa Editora.
- Katherine L., K. Frohlich, E. Corin e L. Potvin (2001), "A theoretical proposal for the relationship between context and disease", *Sociology of Health and Illness*, 23, (6), pp. 776-797.
- Kelly, M. e D. Field (1994), "Comments on the rejection of the biomedical model in sociological discourse", *Medical Sociology News*, 19 (2), pp. 34-37.
- Kleinman, Arthur (1980), *Patients and Healers in the Context of Culture*, Berkeley, University of Californian Press.
- Kleinman, Arthur (1988), *The Illness Narratives: Suffering, Healing and the Human Condition*, Nova York, Basic Books.
- Knoops, *et al* (2004), "Mediterranean diet, lifestyles factors and 10-year mortality in elderly European men and women. The hale projet", em *JAMA*, 292, (12), ([www.jama.com](http://www.jama.com)).
- Kooiker, Sjoerd e Terkel Christiansen (1995), "Inequalities in health: the interaction of circumstances and health related behaviour", *Sociology of Health and Illness*, 17, (4), pp.495-524.

- Lahire, Bernard (2002), "Un dispositif méthodologique inédit", em Bernard Lahire, *Portraits Sociologiques. Dispositions et variations individuelles*, Paris, Nathan, pp. 25-42.
- Lalonde, Marc (1974), *A New Perspective on the Health of Canadians*, Ottawa, Minister of National Health and Welfare.
- Lambert, D. (2000), *Les Systèmes de Santé. Analyse et evaluation comparée dans les grands pays industriels*, Paris, Editions du Seuil.
- Lawrence, C. (1994), *Medicine in the Making of Modern Britain*, Londres, Routledge.
- Lawton, Julia (2002), "Colonising the future: temporal perceptions and health-relevant behaviours across the adult lifecourse", *Sociology of Health and Illness*, 24, (6), pp. 714–733.
- Lima, Pedro, António Pedro Dores e António Firmino da Costa (1991), "Classificações de profissões nos Censos 91", *Sociologia Problemas e Práticas*, (10), pp. 43-66.
- Lobmayer, P. e Wilkinson, R. (2000), "Income, inequality and mortality in 14 developed countries", *Sociology of Health and Illness*, (22), pp. 401–14.
- Locke, David (1991), "Social causes of disease", em Graham Scambler (ed), *Sociology as Applied to Medicine*, Londres, Baillière Tindall. pp. 18-30.
- Lopés, José e John Scott (2000), *Social Structure*, Buckingham, Open University Press.
- Lopes, Noémia (2001), *Recomposição Profissional da Enfermagem*, Coimbra, Quarteto Editora.
- Lopes, Octávio Gonçalves (1987), "Planeamento em Saúde. Para a história da evolução das estruturas de saúde em Portugal", *Revista Crítica de Ciências Sociais*, (23), pp. 99-114.
- Lupton, D. (1997), *The Imperative of Health. Public Health and the Regulated Body*, Londres, Sage.
- Machado, Fernando Luís (2002), *Contrastes e Continuidades. Migração, Etnicidade e Integração dos Guineenses em Portugal*, Oeiras, Celta.
- Machado, Fernando Luís *et al* (2003), "Classes sociais e estudantes universitários", *Revista Crítica de Ciências Sociais*, (66), pp.45-80.
- Machado, Fernando Luís, António Firmino da Costa e João Ferreira de Almeida (1989), "Identidades e orientações dos estudantes: classes, convergências, especificidades", *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 27-28.
- Macintyre, Sally (1978), "Some notes on record taking and making in an antenatal clinic", *Sociological Review*, 26, (3), pp. 595-611.
- Macintyre, Sally (1994), "A review of indicators of 'health' used in research on socio-economic differentials in health in Europe", em Andreas Mielck e Maria R. Giraldes (orgs), *Health Inequalities. Discussion in Western European Countries*, Nova York, Waxmann, pp. 85- 104.
- Madureira, Nuno (2002) (coord), *História do Trabalho e das Ocupações: Vol. III A Agricultura: Dicionário*, Oeiras, Celta.
- Magalhães, Dulce (2000), "Vinho: práticas, elogios, cultos e representações em questão na sociedade portuguesa", *Sociologia Problemas e Práticas*, (32), p. 9-21.
- Marmot, M *et al* (1997), "Social Inequalities in Health: Next Questions" *Social Science and Medicine*, 44 (6), pp.901-910.
- Marmot, M. e Wilkinson, R. (eds) (1999), *The Social Determinants of Health*, Oxford, Oxford University Press.
- Martikainen, P., T. Valkonen e T. Martelin (2001), "Change in male and female life expectancy by social class: decomposition by age and cause of death in Finland 1971–95", *Journal of Epidemiology and Community Health*, (55), pp. 494–499.

- Martins, Amaro *et al* (2008), “Qual o lugar da escrita sensível nos Registos de Enfermagem?”, *Pensar Enfermagem*, 12, (2), pp.52-61.
- Marx, Karl e Friedrich Engels (1846/2001), “A Ideologia Alemã”, em Braga da Cruz, (org.), *Teorias Sociológicas. Os Fundadores e os Clássicos*, Lisboa, Fundação Calouste Gulbenkian.
- Marx, Karl (1857/2001), “Prefácio ao «Para a crítica da economia política»”, em Braga da Cruz, (org.), *Teorias Sociológicas. Os Fundadores e os Clássicos*, Lisboa, Fundação Calouste Gulbenkian.
- Marx, Karl (1867/2001), “Prefácio à segunda edição alemão de «O Capital»”, Braga da Cruz, (org.), *Teorias Sociológicas. Os Fundadores e os Clássicos*, Lisboa, Fundação Calouste Gulbenkian.
- Mausner, J. e S. Kramer (1999), *Introdução à Epidemiologia*, Lisboa, Fundação Calouste Gulbenkian.
- Merton, Robert K. (1957, 1979), “A ambivalência dos médicos”, em R. Merton, *A Ambivalência Sociológica*, Rio de Janeiro, Zahar.
- Ministério da Saúde (1998/1999), *Inquérito Nacional de Saúde*, Lisboa, Ministério da Saúde.
- Morgan, Myfanwy (org) (1991), *Sociological Approaches to Health and Medicine*, Londres, Routledge.
- Mozzicafredo, Juan (2002), *Estado-Providência e Cidadania em Portugal*, Oeiras, Celta.
- Navarro, Vicent (1979), *La Medicina Bajo el Capitalismo*, Barcelona, Editorial Crítica.
- Nunes, António Sedas (1976), *Sobre o Problema do Conhecimento nas Ciências Sociais*, Lisboa, Gabinete de Investigações Sociais.
- Nunes, António Sedas e David Miranda (1969), “A composição social da população Portuguesa: alguns aspectos e implicações”, *Análise Social*, (7), 27/28, Lisboa, ICS.
- OMS - Organização Mundial de Saúde (2000), *Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde. Organização Mundial de Saúde. Décima Revisão*, Volume 1, São Paulo, Universidade de São Paulo.
- Page, Paula (1998), *Políticas de Saúde Portuguesas 1940-1990: consolidação de um novo regime de poder entre a intenção da mudança e os limites da continuidade*, Dissertação de mestrado em Sociologia, Coimbra, Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra.
- Parsons, Talcott (1951/1984), *El Sistema Social*, Madrid, Alianza Editora.
- Peeters, Rudolf e Jan Branckaerts (1994), “Social inequalities in health-related lifestyles”, em Andreas Mielck e Maria R. Giraldes (orgs), *Health Inequalities. Discussion in Western European Countries*, Nova York, Waxmann, pp. 147-162.
- Pelling, M. (1978), *Cholera, Fever and English Medicine 1825-1865*, Oxford, Oxford University Press.
- Peneff, Jean (2002), *O Hospital na Urgência*, Coimbra, Formasau.
- Pereira, Virgílio Borges (2005), *Classes e Culturas de Classe das Famílias Portuenses. Classes sociais e “modalidades de estilização da vida” na cidade do Porto*, Porto, Afrontamento.
- Peterson, A. e Deborah Lupton. (1996), *The New Public Health*, Londres, Sage.
- Pinto, José Madureira (1984), “Questões de metodologia sociológica (I)”, *Cadernos Ciências Sociais*, (1), pp. 5-42.
- Pinto, José Madureira (1985), *Estruturas Sociais e Práticas Simbólico-Ideológicas nos Campos*, Porto, Afrontamento.
- Pinto, José Madureira (2000), “Identidades sociais, relação com a cultura, estilos de vida”, *Cadernos de Ciências Sociais*, (19,20), pp. 3-38.

- Pinto, José Madureira (2001), “Ciências e progresso: convicções de um sociólogo”, *Cadernos de Ciências Sociais*, 21-22, pp. 33-69.
- Pinto, José Madureira (2004), “Formação, tendências recentes e perspectivas desenvolvimento da sociologia em Portugal”, *Sociologia, Problemas e Práticas*, (46), pp. 11-31.
- Pinto, José Madureira (2007), “Para um retorno ao conceito de “maîtrise symbolique”, em José M. Pinto e Virgílio B. Pereira (orgs.), *Pierre Bourdieu. A teoria da prática e a construção da sociologia em Portugal*, Porto, Afrontamento, pp. 31-50.
- Pinto, José Madureira e Maria Cidália Queiroz (1996), “Qualificação profissional e desqualificação social na construção civil”, *Cadernos de Ciências Sociais*, (15-16), pp. 41- 85.
- Pires, Rui Pena (2003), *Migrações e Integração*, Oeiras, Celta.
- PNUD – Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (2002), *Relatório de Desenvolvimento Humano*, Nova York, Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento.
- Popay, J. et al (1998), “Theorising inequalities in health: the place of lay knowledge” em M. Bartley et al (eds), *The Sociology of Health Inequalities*, Oxford, Blackwell.
- Porter, Roy (1997), *The Greatest Benefit to Mankind. A medical History of Humanity from Antiquity to the Present*, Londres, Harper Collins Publishers.
- Prior, Lindsay (1985), “Making sense of mortality”, *Sociology of Health and Illness* (2), pp. 167–190.
- Prus, Steven (2007), “Age, SES, and health: a population level analysis of health inequalities over the lifecourse”, *Sociology of Health and Illness*, 29, (2), pp.275-295.
- Queiroz, Maria Cidália (2005), *Classes, Identidades e Transformações Sociais*, Porto, Campo das Letras.
- Radley, A. (1993) (ed), *World of Illness. Biographical and cultural perspectives on health and disease*, Londres, Routledge.
- Ragin, Charles (1994), *Constructing Social Research*, California, Pine Forge Press.
- Risse, G. B. (1999), *Mending Bodies, Saving Souls: a History of Hospitals*, Nova York, Oxford University Press.
- Rodgers, G. B. (1979), “Income and inequality as determinants of mortality: an international cross-section analysis”, *Population Studies*, 33, pp. 343-51.
- Rodrigues, Maria Lurdes (1997), *Sociologia das Profissões*, Oeiras, Celta.
- Rodrigues, Walter (2008), *Cidade em Transição. Nobilitação urbana, Estilos de vida e Reurbanização em Lisboa*, Dissertação de Doutoramento em Sociologia, Lisboa, ISCTE.
- Rousseau, Jean (1755/1985), *Discours sur l'Origine et les Fondements de l'Inégalité Parmi les Hommes*, Paris, Gallimard.
- Runk, J. e S. Quillin (1983), “Henderson’s definition of nursing” in Fitzpatrick, J. e Whall, A., (org), *Conceptual Models of Nursing. Analysis and application*, Maryland, Prentice-Hall.
- Santana, P. (2005), *Geografias da Saúde e do Desenvolvimento. Evolução e Tendências em Portugal*, Coimbra, Almedina.
- Scott, John (1995), *Sociological Theory. Contemporary Debates*, Cheltenham, Edward Elgar.
- Scott, John. (1996), *Stratification e Power: Structures of Class, Status and Command*, Cambridge, Polity Press.
- Scott, John (2001), “Patterns of power”, em John Scott (2001), *Power*, Cambridge, Polity, pp.1-30.
- Scott, John (2007), “Power, domination and stratification”, *Sociologia Problemas e Práticas*, (55), pp. 25-39.

- Serra, Helena (2008), *Médicos e Poder. Transplantação Hepática e Tecnocracias*, Coimbra, Edições Almedina.
- Shapiro, S. (1983), “Epidemiology of Ischemic Heart Disease and Cancer” em D. Mechanic, (ed.) *Handbook of Health, Health Care and the Health Professions*, New York, The Free Press.
- Silva, Augusto Santos (2001), “A ruptura com o senso comum nas ciências sociais”, em Augusto S. Silva e José M. Pinto (orgs.), *Metodologia das Ciências Sociais*, Porto, Afrontamento, pp. 29-53.
- Silva, Luísa Ferreira (2006), “A saúde e o saudável nas racionalidades leigas: o caso da alimentação” em Graça Carapinheiro (org.) (2006), *Sociologia da Saúde. Estudos e Perspectivas*, Coimbra, Pé de Página, pp. 165- 195.
- Silva, Luísa Ferreira (2008), *Saber Prático de Saúde. As Lógicas do Saudável no Quotidiano*, Porto, Afrontamento.
- Silva, Carlos Manuel (2009), *Classes Sociais: Condição Objectiva, Identidade e Acção Colectiva*, Ribeirão, Húmus.
- Simões, Joaquim e Lígia Amâncio (2004), “Género e enfermagem. Um estudo sobre a minoria masculina”, *Sociologia, Problemas e Práticas*, 44, pp.71-81.
- Simmel, Georg (1907/2004), *The Philosophy of Money*, Londres, Routledge.
- Sousa, A. (1996), *Curso de História da Medicina. Das Origens aos Fins do Século XVI*, Lisboa, Fundação Calouste Gulbenkian.
- Stacey, Margaret (1993), *The Sociology of Health and Healing*, Londres, Routledge.
- Strauss, Robert (1957), “The Nature and Status of Medical Sociology”, *American Sociological Review*, 22, pp. 200-204.
- Sweat, Michael e Julie Denison (1995), “Reducing HIV incidence in developing countries with structural and environmental interventions”, *AIDS* (9), pp. 251-257.
- Tomey, Ann e Martha Alligood (2004), *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra*, Loures, Lusociência.
- Townsend, P. e N. Davidson (1990), *Inequalities in Health: The Black Report*. Harmondsworth: Penguin Books.
- Trichopoulou, A. et al (2005), *Modified Mediterranean Diet and Survival: EPIC — Elderly Prospective Cohort Study*, ([www.bmjjournals.com](http://www.bmjjournals.com)).
- Turner, Bryan (1994), *Regulating Bodies*, Londres, Routledge.
- Turner, Jonathan (2003), *The Structure of Sociological Theory*, 7º ed., Belmont, Wadsworth.
- Turner, J. H., L Beeghley e C. H Powers (1995), *The Emergence of Sociological Theory*, Belmont, Wadsworth Publishing Company.
- Vagero, Denny (1995), “Health inequalities as policy issues ~ reflections on ethics, policy and public health”, *Sociology of Health and Illness*, 17, (1), pp.1-19.
- Veblen, Thorstein (1899/2001), “The Theory of the Leisure Class”, pp. 491- 498, em David Grusky, (ed), *Social stratification: Class, race, and Gender in Sociological Perspective*, Oxford, Westview Press.
- Veenstra, Gerry (2007), “Social space, social class and Bourdieu: Health inequalities in British Columbia, Canada”, *Health and Place*, (13), pp. 14–31.
- Walby, Sylvia e June Greenwell (1994), *Medicine and Nursing. Professionalism in a Changing Health Service*, Londres, Sage.
- Waters, Malcom (1994), *Modern Sociology Theory*, Londres, Sage.
- Weber, Max (1905/2001), *A Ética Protestante e o Espírito do Capitalismo*, Lisboa, Presença.

- Weber, Max (1922/2001), "Capítulo XII. Max Weber", Braga da Cruz (org) *Teorias Sociológicas. Os Fundadores e os Clássicos (Antologia de Textos)*, Lisboa, Fundação Calouste Gulbenkian.
- Weber, Max (1922/1978), *Economy and Society*, II Vol, Edição de Guenther Roth e Claus Wittich, Berkley, University of California Press.
- Webster, C. e J. French (2002), "The cycle of conflict: the history of the public health and health promotion movements", em L. Adams *et al* (eds), *Promoting Health*, Londres, Sage, pp. 5-12.
- Wennemo, I. (1993), "Infant mortality, public policy and inequality – a comparison of 18 industrialised countries 1950–85", *Sociology of Health and Illness*, (15), pp. 429 – 446.
- Whitehead, M. (1987), *The Health Divide*. London: Health Education Council.
- Wilkinson, Richard (1990), "Income distribution and mortality: a 'natural' experiment", *Sociology of Health & Illness*, (12), 4, pp. 391-412
- Wilkinson, Richard (1994), "The epidemiological transition. From material scarcity to social disadvantage?" em M. Bury e J. Gabe (eds) (2004), *Sociology of Health and Illness*, Londres, Routledge.
- Wilkinson, Richard (1996), *Unhealthy Societies. The Afflictions of Inequality*, Londres, Routledge.
- Williams, S. e M. Calnan (1996), "Modern medicine and the lay populace: theoretical perspectives and methodological issues" em S. Williams e M. Calnan (eds), *Modern Medicine. Lay Perspectives and Experiences*, Londres, University College London.
- Williams, Gareth H. (2003), "The determinants of health: structure, context and agency", *Sociology of Health and Illness*, (25), 131–154.
- Wright, Erik (1994), *Interrogating Inequality. Essays on Class Analysis, Socialism and Marxism*, Londres, Verso.
- Wright, Erik (1997), *Class Counts: Comparative Studies in Class Analysis*, Cambridge, Cambridge University Press.