

Saúde e seus dilemas. Teorias e práticas familiares de saúde

Maria Engrácia Leandro, Fernanda Nogueira, José Cunha Machado
ORGANIZAÇÃO



*Vos estis sal terrae. Haveis de saber irmãos peixes, que o sal, filho do mar como
vós, tem duas propriedades, as quais em vós mesmos se experimentam:
conservar o são, e preservá-lo para que não se corrompa*

P. António Vieira

INTRODUÇÃO

Em todas as sociedades, desde tempos ancestrais, há uma intrincada relação entre a família e a saúde. A família é o espaço primário de acolhimento caloroso, prestação de cuidados alimentares, higiénicos, indumentários adaptados à sua condição, expressão afectiva e emocional. Esta constatação, relativamente trivial, faz de tal maneira parte do senso comum que é muito pouco relevada quando se pensa em cuidados de saúde. Falar dos mesmos leva imediatamente a pensar nos profissionais de saúde, enquanto os não profissionais são banalizados e relegados para uma posição de consumidores ou receptores de cuidados.

Ora, esta não é a posição reiterada neste livro, cujo objecto visa precisamente falar e apresentar dados empíricos sobre a importância e o impacto do trabalho sanitário prestado pela família, com destaque para as mulheres, uma realidade inscrita na transmissão inter-geracional e na experiência pessoal e familiar. No atinente aos efeitos de género no trabalho de cuidados de saúde, basta reparar que a vinda de uma criança representa uma sobrecarga que pesa particularmente nos ombros das mulheres mães ou avós, apesar das grandes mudanças que se têm vindo a operar nesta matéria, ao trazerem os homens para um maior empenhamento nestas tarefas. Repare-se em dois aspectos muito concretos: a) quando os pais levam um filho(a) ao médico é mais a mãe que se ocupa destas tarefas; b) logo que um médico fala destas relações e de normas ou cuidados a tomar tende de sobremaneira a evocar as mães, a quem mais dirige estas orientações.

De qualquer modo, as primeiras preocupações e cuidados de saúde fazem apelo ao conjunto da família. Não obstante, a ideia que a família possa ser o primeiro contexto responsável por cuidados de saúde, que tudo o que faz ou deixa de fazer produz efeitos sobre a saúde dos seus membros e que a saúde possa ser no seu seio uma preocupação permanente, ainda que de maneira silenciosa e secreta, nem sempre é tida em conta pela sociedade em geral e mais concretamente pelos respectivos responsáveis políticos, empregadores ou profissionais de saúde ou similares e até por muitos dos investigadores. Tais prerrogativas têm vindo a ser ainda mais notórias com o triunfalismo médico, fazendo com que ao menor sintoma de mal-estar os indivíduos e as famílias procurem de imediato os medicamentos e os serviços de saúde.

Refira-se, porém, que a consciência dos efeitos secundários de tanta medicação (I. Illitch, 1975), o aumento das despesas da saúde e a chamada crise do “Estado social” e mais recentemente a intensidade das crises económicas e sociais, diminuindo o poder de compra e de consumo nomeadamente dos grupos de condição social modesta, têm suscitado muitas questões e novas procuras. Entre estas, reaparece similarmente uma revalorização do recurso aos próximos, à família, remédio gratuito que se tem vindo a impor como uma forma de descoberta e pragmática perfilhada por governantes e pelo campo¹ médico-social. Basta reparar como nos anos 1990 foi implementado o ambulatório, concebido como uma forma de hospitalização no domicílio, e acompanhamento dos doentes ou pessoas dependentes que necessitam de cuidados, inclusive no pós-operatório. Trata-se de todo um conjunto de mudanças de envergadura que, na maioria dos casos, por um lado, não foram acompanhadas de medidas de apoio à família para voltar a ocupar-se destes cuidados e, por outro, não tiveram em conta as amplas transformações operadas no grupo familiar ao longo dos últimos tempos.

Outro tanto se diga da intervenção da família quanto à promoção da saúde e à prevenção da doença. Sob o ponto de vista destas vertentes, há cientistas médicos (D. Servan-Scheirber, 2003; D. Khayat, 2010) que afirmam que uma das revoluções sanitárias do século XX foi a demonstração científica que a alimentação tem em quase todas as grandes doenças das sociedades ocidentais. É verdadeiramente extraordinário que tenham sido precisos dois mil e quinhentos anos para que a ciência moderna chegasse a esta conclusão, quando todas as medicinas tradicionais, quer tibetana e chinesa, quer aiurvédica ou greco-romana o destacavam desde os primeiros textos. Hipócrates, há dois mil e quatrocentos anos afirmava: deixa a tua alimentação ser o teu remédio e o teu remédio a tua alimentação (J. Jouanna, 1992).

Ora, a família exerce uma influência crucial sobre estas questões. Para explicitar o alcance de tais efeitos basta lembrar que é no seu seio que começam por se forjar os gostos alimentares, que podem vir a condicionar os comportamentos alimentares ao longo da vida (M.^a E. Leandro, 1987; M.^a E. Leandro, A. S. Leandro e V. Henriques, 2010). O ser humano, seja aonde e em que condições for, nasce dotado de quatro matrizes gustativas: o doce, o amargo, o

1 A noção de campo é fundamental na obra de Pierre Bourdieu (1980, 113). Considera que os vários campos da realidade social se prestam à apreensão sincrónica como espaços estruturados de posições, cujas propriedades dependem da sua posição nos espaços e podem ser analisados independentemente das suas características e dos seus ocupantes. Cada um destes campos tem as suas próprias “leis gerais” como acontece com o campo da política, da religião, da ciência, da economia... que têm leis de funcionamento invariantes, o que faz com que os seus próprios projectos não sejam insensatos. Cada vez que se estuda um campo novo, seja ele qual for, descobrem-se as suas principais singularidades, ao mesmo tempo que se faz progredir o conhecimento dos mecanismos universais dos campos que se especificam em função de variáveis secundárias.

salgado e o ácido (idem; J-M. Bourre, 1990). Todos os gostos alimentares que daqui possam decorrer são tributários dos contextos culturais e sociais em que são engendrados. Se na contemporaneidade o sector da restauração, dos infantários, creches, e cantinas escolares, a implementação da alimentação tipo fast-food e os media têm exercido influências de monta na construção dos gostos alimentares, continua a não se poder menosprezar o papel da família a este propósito. Outro tanto se diga sobre o que se designa de “higiene da vida”: condições habitacionais, hábitos de higiene, horários de trabalho, estudo, sono, formas de lazer e convivialidade, qualidade das relações familiares, vivências afectivas e emocionais... constituem todo um conjunto de ingredientes que vão influenciar as condições de saúde de cada um.

Por conseguinte, a família, as suas condições e características, quer materiais quer afectivas, ocupa um lugar proeminente na situação e na história de saúde dos indivíduos. Daí que a família e a saúde sejam de facto e fundamentalmente inter-independentes: a família (o seu conteúdo, organização, tarefas, qualidade das relações internas e interacções com o contexto envolvente inclusive profissional e cultural...) e as suas condições de existência contribuem para forjar a saúde física, mental e moral; inversamente a saúde, em sentido amplo, configura em parte a maneira como se organizam e orientam os projectos de vida familiar.

Vale a pena destacar um aspecto que não tem sido muito relevado pelos sociólogos da saúde nesta intrincada relação família/saúde. A família nunca como hoje foi objecto de tamanhas procuras e investimentos afectivos. No seu seio, embora cada um à sua maneira, procuram viver-se emoções fortes e gratificantes que quando não alcançadas até podem redundar em várias formas de ruptura e/ou violência doméstica, exactamente o contrário do que se espera da saúde (M^a E. Leandro, A. S. Leandro, A. Cerqueira, B. Monteiro, 2013). Em sentido muito mais amplo, sabe-se hoje que a influência do emocional na saúde é crucial, tanto sob o ponto de vista individual como colectivo (M. Drulhe, 2014). D. Servan-Schreiber (2003, 184), diz que “O contacto emocional é, para os mamíferos, uma verdadeira ‘necessidade’ biológica, tal como a comida e o oxigénio”. Também os estudos realizados a este respeito, como aliás já o tinha relevado E. Durkheim (1985 ([1897])), quanto aos factores de preservação do suicídio, indicam que o amor entre os familiares tem efeitos protectores na saúde.

Ora, a família é perspectivada por todos como um espaço onde as relações afectivas vividas entre o casal e entre pais e filhos são mais intensas e têm maior expressão. Daí que não sejam um aspecto de somenos importância para a saúde dos seus membros. T. Lewis, F. Amini et al. (2000) deram um nome a este fenómeno: “a regulação límbica”. Nas suas palavras, a relação afectiva é um conceito tão real e tão determinante como qualquer medicamento ou interven-

ção cirúrgica. É uma ideia que tem vindo a fazer caminho, mas que apesar de estar cientificamente comprovada, ainda tem dificuldade em prevalecer, porque talvez, nas palavras de David Serban-Schreiber (2003), não ser propícia à venda de medicamentos.

As políticas neo-liberais adoptadas no contexto da globalização económica, sobretudo desde finais dos anos 1980, embora entre nós um pouco mais tarde, contribuem para a redução ou a reorientação da intervenção e suporte financeiro dos Estados nos diferentes programas sociais relacionados com a saúde. Em contextos como o nosso onde se deve fazer mais com menos, com recursos insuficientes ou desadequados, tem-se vindo a assistir a uma transferência dos hospitais e demais instituições de serviço de saúde para as famílias, cujo caso mais paradigmático é o ambulatório com a transferência da hospitalização para o domicílio familiar. Se por um lado, estas transferências podem representar um devolver à família, designadamente às mulheres as suas funções tradicionais de cuidados de saúde, ou seja, o poder de intervenção sobre a vida e a morte, por outro, também podem trazer consigo uma menor responsabilidade do Estado e das suas organizações sobre uma matéria tão sensível e importante como é a saúde de cada um e das populações em geral.

Foi com base nestes pressupostos que apresentámos um projecto inter-universitário, congregando a Universidade do Minho, entidade onde foi sediado o projecto, a Universidade de Évora e a Universidade de Vila Real e Trás-os-Montes, à FCT, designado de *POCI/SOC/59282/2004 – O contributo (in)visível. A gestão familiar dos cuidados de saúde*, o qual mereceu a sua aprovação e financiamento. Foi assim que foi tornado possível prosseguir estudos mais aprofundados sobre estas problemáticas que são igualmente as dos indivíduos, das famílias e das sociedades. Este livro, que encontra aqui os seus fundamentos, congrega um conjunto de trabalhos dos vários investigadores que duma forma ou da outra integraram este projecto, bem como de 3 destes autores que fizeram as suas dissertações de mestrado no âmbito do mesmo. Grosso modo, sob uma diversidade de prismas que constituem a vida familiar e as suas interconexões com a saúde, interessamo-nos pelas transformações sociais, económicas e culturais que atravessam os sistemas de saúde, as transformações dos próprios sistemas de saúde e da família e os modos como esta, no seio deste turbilhão de mudanças, assume a gestão dos cuidados familiares de saúde, investe na sua promoção e com-vive com a doença de um dos seus membros quando esta sobrevém.

Neste livro, no primeiro capítulo, no centro destas questões aparece a relação privilegiada entre a saúde e o social, a saúde, a educação e a família e o modo como esta articulação foi pensada por anteriores pensadores sociais com particular destaque para os higienistas no século XIX e as medidas que, através das suas pesquisas e do seu saber, vieram a ser implementadas e desenvolvidas,

bem como a dinâmica que se tem seguido ao longo do tempo. Aqui são analisados os perfis de morbilidade que incentivaram vários estudos, proporcionaram novas medidas públicas e sanitárias e fizeram ressurgir vários tipos de transformações.

As consequências actuais destas questões, as realidades sociais e sanitárias e o lugar ocupado pela família, no seio da qual merece destaque a intervenção das mulheres enquanto sujeitos-actores (M^a E. Leandro, 1995) da sua história e do contrato social em favor das pessoas vulneráveis ou dependentes e, enfim os dilemas que as novas modificações familiares, profissionais, sociais e do estatuto de cuidadoras que lhe é outorgado no do espaço doméstico, suscitam várias questões acerca destas lógicas e das suas (des)articulações. Nem sempre se tem presente que a maioria das actividades e estratégias implementadas no seio da família, enquanto trabalho doméstico, de modo discreto e porque invisível nem sempre social e economicamente reconhecido, concorrem directamente para a saúde dos seus elementos ou, ao invés, para as suas morbilidades, independentemente da idade e da condição de género.

Desde tempos ancestrais que as estruturas familiares e de saúde foram atravessadas por questões desta natureza: aos homens o lugar cimeiro em tudo o que era socialmente valorizado e o invés quanto às mulheres mais votadas às tarefas do “gineceu”. As grandes religiões e medicinas que se queriam universais foram exclusivamente apanágio dos homens. Porém, todos os tratados destas medicinas continham numerosas receitas que decorriam dos saberes e procedimentos das mulheres no interior do espaço doméstico. Não obstante, era de bom-tom apresentar a anterioridade dos saberes eruditos dos homens sobre os saberes e práticas empíricas das mulheres, o que estudos antropológicos que têm vindo a estudar estas matérias interpelam profundamente (M^a E. Leandro, 2014). Pode, pois, dizer-se que, mesmo não assumidamente, estes saberes e práticas foram utilizados sob a forma de “empréstimo” não reconhecido e outorgado às suas autoras, que cuidavam, ajudavam, acompanhavam e inventavam saberes e práticas de experiência e de transmissão inter-geracional. Tal situação prolongou-se secularmente um pouco por todo o lado e as mudanças têm demorado a chegar. Foi sobretudo desde a segunda metade do século XX, mercê de muitas outras transformações, que a situação tem vindo a mudar e o saber em geral e os saberes acerca da saúde em particular vem deixando de ser androcentrados (idem; B. La Tour, 2001).

Uma cuidada análise destas questões mostra que o sentido dos compromissos das mulheres nas práticas de apoio e de cuidados, herdados ou transformados em “habitus”, delegados e transformando-se em compromisso, ou escolhidos mas ao mesmo tempo constrangedores, sendo comum a todas as sociedades e grupos sociais, continua muito persistente nos tempos que correm. Esta difícil negociação não significa, no entanto, que o sentido conferido

ao dom de si nos cuidados não possa diferir de um contexto social e de uma época para os outros, mas sem que os seus efeitos deixem de continuar a fazer sentir-se mais sobre as mulheres. Ao longo da vida, porque da principal cuidadora se trata, é-lhe outorgada uma maior sobrecarga mental que tende também a exprimir-se em morbilidades mais precoces do que os homens, apesar de uma maior esperança média de vida. Tal situação permite apreender como na actualidade se vivem as relações familiares de cuidados domésticos e, de algum modo, se estruturam as relações com o outro e as pessoas dependentes e frágeis de modo singular. Simultaneamente, é testemunha de tudo o que esta identidade relacional que as sociedades hodiernas não parecem ter modificado profundamente. Não bastam as leis e várias outras dimensões que lhe estão associadas. Importa sobretudo prosseguir na abertura das mentalidades. Estas problemáticas são profusamente estudadas por M^a Engrácia Leandro e Michèle Baumann.

No seguimento deste tipo de análise prossegue o trabalho apresentado por M^a Engrácia Leandro, José Cunha Machado e Fernanda Nogueira, mas agora mais alicerçado na vida quotidiana das famílias, na sua organização e nas suas intervenções nas tarefas do cuidar (care) e as respectivas interconexões sociais e profissionais. As sociedades modernas, pelo menos durante um certo tempo, deram a ideia que o conhecimento científico e tecnológico e a melhoria dos níveis de vida permitiriam não só curar a doença, como identificar e prevenir os riscos que pudessem ameaçar a saúde. As probabilidades permitiam mesmo fazer estimativas acerca das perdas de vidas humanas, devido sobretudo às doenças e acidentes associados a várias actividades da vida humana. Só que por volta dos anos 1990 muita coisa mudou a este propósito: as doenças de carácter infeccioso, sem cura à vista, estão de regresso, aumentam as chamadas “doença da civilização” e os indivíduos em geral tendem a mostrar-se insatisfeitos face às expectativas que criaram acerca da saúde. Com efeito, as sociedades hodiernas oferecendo condições de segurança e de bem-estar sem precedentes, têm vindo a revelar-se cada vez mais incertas e inseguras. Às potenciais catástrofes naturais e tecnológicas junta-se a instabilidade do mercado de trabalho, aumenta o desemprego de longa duração, as crises de toda a ordem, a fragilidade das relações amorosas e familiares, o sentimento de insegurança e as incivildades, inclusive ao nível da vizinhança. Uma certa eclipse das referências tradicionais e a perda de confiança nas instituições e nas instâncias de regulação favorecem uma crescente individualização das estratégias de protecção. Uma tal reviravolta da responsabilidade e não menos importante o crescente aumento das despesas públicas com a saúde ao longo das últimas décadas têm levado os poderes políticos e médicos a encorajar os indivíduos a promoverem a saúde, a fazerem de novo apelo à família e a colocá-lo no centro dos cuidados de saúde aos cidadãos. Daí que um importante trabalho de pro-

tecção, de prevenção e de socialização em prol da saúde ocupe no seu seio um lugar importante. Não obstante, as escolhas realizadas em favor da saúde também podem criar tensões com outras esferas da vida familiar, sendo de relevar a convergência de factores estruturais e desigualdades que, apesar das transformações em curso se mantém na esfera familiar, a redefinição de prioridades e as dificuldades com que muito frequentemente as famílias se deparam para poderem responder às solicitações que lhes continuam a ser feitas, enquanto principal actor informal de saúde.

Para continuar a responder a muitas destas e outras interrogações agora sob bases ainda mais empíricas, encontramos no trabalho de Ricardo Tinoco Gomes elementos inovadores. Socorrendo-se, tanto de dados do projecto comum a todos os outros subcapítulos deste trabalho como de um inquérito concebido para o efeito no âmbito da sua dissertação de mestrado, analisa com mestria os modos como as famílias urbanas investem na gestão dos cuidados de saúde. Fazendo a articulação das singularidades das famílias hodiernas com as componentes da saúde, deixa claro, por um lado, os diversos riscos subjacentes a alguns dos seus saberes, representações e práticas e, por outro, destaca a maneira como emergem e se formam diversas preocupações e intervenções em prol da saúde e da sua promoção, tendo sobretudo em conta a distinção das condições sociais de existência das famílias. Para cada uma destas situações, sabendo que os indivíduos e respectivas famílias não são todos iguais perante a saúde, constata-se haver diferentes articulações possíveis entre concepções dos riscos e as práticas adoptadas sobre uma matéria como a saúde que todos valorizam enormemente. Esta diversidade de lógicas de gestão e de incertezas mostram, contudo, que os indivíduos, em geral, estão conscientes das consequências que podem ter os seus comportamentos sobre a sua saúde e a dos seus familiares. Com efeito, não se trata de uma problemática unilinear

Num outro registo da família e da sociedade releva-se a crescente importância que tem vindo a ser concedida à dimensão corporal, ao afectivo, à busca de emoções fortes e gratificantes e à correlação destas vertentes com a saúde, facto que tem vindo a merecer cada vez mais interesse de cientistas de várias áreas do saber. No âmbito da sociologia da saúde, cabe a Alain Herenberg (1998) no CNRS em Paris e a Marcel Drulhe (1993, 2011) e à sua equipa da Universidade de Toulouse o pioneirismo nesta matéria, sem descurar o pioneirismo de David Le Breton acerca da sociologia do corpo. Porque as pessoas e as respectivas famílias vivem cada vez mais ansiosas, deprimidas e stressadas, esta doença afigura-se ser inerente a uma sociedade insegura e individualista. É ainda neste contexto que a família, pesem embora as profundas transformações e as rupturas de que tem vindo a ser alvo, é objecto de extrema valorização, aliás como nenhuma outra instituição social e tendo vindo a relevar-se âncora, reduto e ninho aconchegante e protector contra as agruras externas.

Nestes pressupostos, M^a Engrácia Leandro e Ana Sofia Leandro propõem considerar as emoções no espaço doméstico sob o ângulo da saúde na óptica da constituição de um “habitus” e de uma experiência que predispõem para uma disponibilidade prática quanto aos estados e vivências afectivos de outrem. Correlativamente com outros valores incorporados, é nestes fundamentos que também situam uma “ética” do cuidar e os efeitos que se podem repercutir sobre a saúde e tudo o que a envolve.

Nesta continuidade, extravasando e abrangendo o espaço doméstico, Fernanda Nogueira e M^a Engrácia Leandro conferem ampla reflexão à problemática das desigualdades sociais. Começam por uma análise teórica acerca dos mecanismos que forjam as desigualdades sociais que, sendo desigualdades incorporadas, se repercutem em todas as dimensões da saúde e da doença. Tendo em conta os dados empíricos recolhidos, numa perspectiva comparativa, ao nível empírico, procuram relevar os principais meandros destas vertentes. A posição das famílias e dos indivíduos na estrutura social, estando de facto associada às suas condições de existência e perspectivas acerca da saúde, neste trabalho, porém, estes efeitos são relativamente moderados. A ausência de uma gradação social sistemática ao nível das práticas poderá significar que as mensagens de prevenção da doença e promoção da saúde são efectivamente recebidas pela população inquirida, que se mostra consciente dos riscos que em que pode incorrer e se revela mais ou menos apta a adoptar comportamentos mais saudáveis no seio da família. Tais horizontes ocorrem através de uma forte difusão das rotinas de saúde relativas aos membros da família em todos os meios sociais, mas também através de uma auto-avaliação das práticas realizadas pelos inquiridos que manifestaram um bom conhecimento acerca das normas formuladas pelos peritos. U. Beck (2001), sugere que sobre vários aspectos as posições de classe não abrangem todas as posições de risco, porque exactamente muitos dos riscos modernos, em virtude das suas características, não seguem totalmente as brechas tradicionais da sociedade de produção: um estatuto social elevado não protege dos efeitos da poluição quiçá dos efeitos de alguma publicidade e apelo ao consumo menos saudáveis. Não obstante se, doravante, os actores estão antes agrupados em função da sua proximidade com os imponderáveis da vida, os mais privilegiados têm sempre acesso a (in) formação, conhecimentos e vários outros recursos que não estão ao alcance de outros grupos sociais mormente os de condição social modesta. Daí que não sejam apenas factores de ordem sócio-económica que intervêm nestes processos, mas também o capital cultura e o sentimento de poder dominar os factores que podem afectar a sua situação perante a saúde.

Nesta sequência dir-se-á que o papel do conhecimento e da capacitação para explicar comportamentos e resultados de saúde têm sido abundantemente tratados pelas abordagens sociais e humanas. Esta investigação tem permitido

erguer conceitos como o de auto-cuidado, cuidador informal e sociedade providência, que deixa à família o papel de integração social e de instrumento de uma biopolítica posta em prática pelo Estado moderno que tem por tarefa principal o controlo dos indivíduos e da própria sociedade, como o estuda Baltazar Ricardo Monteiro. Apoiado numa aprofundada reflexão de cariz teórico com alguns elementos empíricos à mistura, preocupa-se em desmontar os meandros do biopolítico e do biopoder que têm vindo a ser forjados pelas sociedades capitalistas e neoliberais em torno da saúde. Havendo, de facto, um verdadeiro domínio do social sobre o sanitário há uma certa ironia dos poderes políticos ao quererem empurrar para as famílias, em suma para o privado, a assunção dos cuidados de saúde mais elementares, independentemente das condições que lhes possam ser concedidas para o efeito. Se podemos dizer que a saúde é ontologicamente associada à vida, os significados que lhes são atribuídos e a maneira como acentam em políticas e acordos sociais são altamente dependentes dos seus contextos.

E como a saúde é primordialmente a saúde para nós, um conceito onde se revela a nossa identidade e relação com os outros, a interconexão entre a alimentação, a família e a saúde é fulcral a este respeito. Desde tempos remotos que alimentação e medicina têm tecido entre si estreitas relações, embora nuns tempos e contextos mais intrincadas do que outros. Os alimentos, as ervas, as raízes e as especiarias foram os primeiros remédios (D. Servan-Schreiber, 2003). Durante a 2ª metade do século XX, graças às vacinas e aos antibióticos e a mais intervenção médica, em suma à medicamentação da vida, a medicina considerava ter vencido as doenças infecto-contagiosas. Doravante, ter-se-ia apenas de confrontar com as doenças crónicas e degenerativas. Só que, entretanto, surgem várias vozes contra este estado de coisas e os seus efeitos perversos, emergem novas doenças infecto-contagiosas e intensificam-se as chamadas doenças da civilização. Na era da super-abundância alimentar nos países desenvolvidos, as medicinas rivalizam com os conselhos dietéticos, continuando a valorizar-se a gastronomia. Se para muitas pessoas no planeta comer é uma questão de sobrevivência, para outras advém acima de tudo um problema patológico. Igualmente, o comilão das últimas décadas é marcado pela pluralidade. Gulosos ou glutões, heróis ou mártires da sociedade de consumo... todos procuram novas e velhas maneiras de comer, de se alimentar empurrados pela indústria e a publicidade, constrangidos pelos comerciantes e os restaurantes sempre em busca de novos clientes e de novos regimes. Estas vertentes, estudadas por Ângela Oliveira, no seguimento da sua dissertação de mestrado, com a colaboração de Maria Engrácia Leandro, não são alheias ao que se passa na família, principal espaço de construção dos gostos alimentares, da divisão das tarefas de cuidados alimentares entre homens e mulheres, das contingências sociais, profissionais, económicas e culturais e de construção de saúde.

Por sua vez, a problemática da promoção da saúde e prevenção da doença, designadamente desde os anos 1970-1980, devido ao grande aumento das despesas públicas com a saúde e ao reconhecimento que muitas doenças poderiam não ter lugar se os indivíduos e as famílias investissem mais na prevenção, tem vindo a estar na ordem do dia, tanto por parte dos poderes públicos, como dos profissionais da saúde, visando prevenir muitas das doenças que mais têm vindo a deflagrar nas sociedades hodiernas. Está particularmente neste caso o recrudesimento de algumas doenças silenciosas, crónicas e degenerativas, como são por exemplo, a diabetes, o colesterol, a obesidade, a tensão arterial e as neoplasias em idades cada vez mais precoces que, para além de outros aspectos, têm muito a ver com a falta de investimento na prevenção. Estas questões, com destaque para as neoplasias, quer de um ponto de vista teórico, quer empírico também fundamentado nos dados recolhidos, são aqui analisadas por Carlos Veiga e Paula Veiga.

A seguir, como temos vindo a verificar, quando falamos de saúde, múltiplas ideias e sensações nos podem ocorrer, quer em função de si própria, quer das múltiplas determinantes a seu respeito. Entre estas, designadamente no campo mediático, a influência da actividade profissional é muito pouca evocada. Todavia, o trabalho e as suas características, tanto em termos das suas peculiaridades como das condições de emprego, estão no âmago da história e saúde dos indivíduos. A saúde e o trabalho são fundamentalmente interdependentes e abrangem uma enorme pluridimensionalidade. Do trabalho e das suas condições, para além do desgaste e das múltiplas formas de cansaço, podem advir ou serem reforçados o desconforto, dores, medo, enervamento, aborrecimentos, angústia, ansiedade, tristeza, descontentamento, alergias, doenças profissionais e outras patologias que têm vindo a ser diagnosticadas. É, pois, a saúde em todas as suas dimensões (física, mental, emocional, social, moral...) que importa apreender. É com várias destas perspectivas que Carlos Alberto da Silva, Ana Paula Marques, Liliana Pereira Ferreira e Tânia Cristina Santos abordam a maneira como os inquiridos no decorrer desta investigação concebem estas vertentes da vida.

Peerante a tão elevada valorização da saúde, a prevalência e a emergência de novas doenças nos tempos modernos é caso para perguntar do que mais depende a saúde das populações? As respostas mais correntes, apoiadas em estudos consistentes, indicam que os factores mais importantes a este respeito prendem-se com determinantes sócio-económicas (nível e modo de vida, consumos, condições habitacionais e profissionais, níveis de escolarização...) e outras variáveis contextuais. Nos países industrializados, todos os indicadores epidemiológicos e sanitários indicam que a saúde da população apenas depende dos serviços médicos e de saúde em cerca de um quinto, relevando o resto de factores de índole social, a começar pelas estruturas mais ou menos

desiguais da sociedade. Patenteiem-se igualmente os efeitos ambientais que se têm vindo a repercutir no aumento da poluição com todos os riscos que daí decorrem para a saúde da população. Fundamentam-se em elementos teóricos e em dados recolhidos pela investigação deste projecto, particularmente sobre estes últimos aspectos, se debruçam neste trabalho Paulo Nossa e Victor Rodrigues.

Enfim, Andreia Rodrigues, no seguimento da sua dissertação de mestrado cujos dados empíricos se inscrevem na investigação em análise, contando com a colaboração de M^a Engrácia Leandro, estudam mais detalhadamente a repartição das tarefas de cuidados familiares entre homens e mulheres. Mas desta vez, ao invés da grande generalidade dos trabalhos produzidos sobre o género tendendo a incidir muito especificamente sobre as mulheres – como se à semelhança de outras “minorias” fossem só as mulheres a ter problemas – a análise recai primordialmente sobre os comportamentos e o investimento dos homens nos cuidados de saúde no seio da família. Trata-se de uma análise que, estudando este fenómeno, acentua igualmente a importância do agir em comum sobre uma matéria que interpela tanto os homens como as mulheres.

Resumindo, neste aspecto bem concreto e no seio da família em geral a que se dedica este livro, as mulheres secularmente excluídas dos espaços das Academias, aí acederam mais recentemente, o que significa igualmente uma intervenção feminina na construção dos saberes quando participam na elaboração de saberes com pretensão mais universal. Anteriormente desenvolviam saberes locais e familiares que não eram apreendidos como universais, mas de que a política e a cultura universalizante (naturalizando-os) necessitavam enormemente. Evocamos particularmente aqui os cuidados maternos e, em menor medida, os saberes ditos dos leigos. Só que o seu valor e uso dependiam, entre outros aspectos, da disponibilidade dos recursos médicos e do sistema de saúde.

Ao longo dos últimos decénios com o aumento da esperança média de vida, as profundas transformações sociais e dos modos de vida, a medicalização e a medicação das sociedades, também têm vindo a aumentar as doenças degenerativas e crónicas, fazendo apelo a mais serviços e cuidados de saúde prestados essencialmente pelas famílias ou instituições de substituição. Por outro lado, ao aumentarem as despesas com a saúde, o Estado e as suas instituições vão fazendo mais apelo ao investimento da família não apenas em termos de cuidados quando a doença sobrevém e teima em persistir, mas igualmente no atinente ao investimento na promoção da saúde. O espaço ocupado, hoje, em torno da gestão pública dos serviços de saúde e pelos próprios actores individuais e familiares e as suas inquietações e inseguranças, põe a claro quanto as questões da saúde e os seus actores mobilizam muitas energias familiares, políticas, sociais e culturais.

Para que se consiga aprofundar este agir em comum a partir da base e alcançar resultados interessantes, importa que se abandone a posição que se baseia em fazer em nome de... ou esperar que outros façam por mim e para mim... e adoptar antes a que consiste em discutir e agir em conjunto e não ficar à espera do que há-de vir e do que o outro faça em meu favor. Nesta perspectiva o que constitui a cidadania, a começar pela família, é a definição de um projecto que permita criar co-responsabilidades e solidariedades onde todos, cada um à sua escala, se sintam comprometidos.

Caldas da Rainha, 26 de Junho de 2014

Maria Engrácia Leandro

Bibliografia

- BECK, U. (2001 [1986]), *La société du risque. Sur la voie d'une autre modernité*, Paris, Aubier.
- BOURRE, J.-M. (1990), *La diététique du cerveau. De l'intelligence et du plaisir*, Paris, Odile Jacob.
- DRULHE, M. (2014), Dinâmica social das emoções e meandros de saúde, in M^a E. Leandro e B. R. Monteiro (orgs), *Saúde no prisma da sociologia. Olhares plurais*, Viseu, Psicosoma, pp. 4-56.
- DRULHE, M. (1993), Prise en charge à domicile des déments séniles: quelques aspects de la relation-aidant-aidé, Communication aux *Journées Gériatriques d'Agén*, 25-26 mars (marcel.drulhe.online.fr).
- DURKHEIM, E. (1985 [1897]), *Le Suicide*, Paris, PUF (Coll. "Quadrige").
- EHRENBERG, A. (1998), *La fatigue d'être soi. Dépression et société*, Paris, Odile Jacob
- ILLITCH, I. (1975), *Némésis médicale*, Paris, Seuil.
- KHAYAT, D. (2010), *Le vrai régime anti-cancer*, Paris, Odile Jacob.
- JOUANNA, J. (1992), *Hippocrate*, Fayard, Paris.
- LA TOUR, B. (2001), *Le Métier de chercheur: regard d'un anthropologue*, Paris, Insitut national dela recherché agronomique.
- LEANDRO, M^a E. (2014), Saberes e saúde: teorias e usos sociais, in M^a E. Leandro e B. R. Monteiro (dir), *Saúde no prisma da sociologia. Olhares plurais*, Viseu, Psicosoma, pp. 55-94.
- LEANDRO, M^a E., LEANDRO, A. S., CERQUEIRA, A. MONTEIRO, B. R. (2013), Desafios da intimidade familiar. Violências que permanecem, violências que se modifica, *Revista Misericórdia de Braga*, nº 9, pp. 13-54.
- LEANDRO, M^a E., LEANDRO, A. S., HENRIQUES, V. (2010), Alimentação familiar: Os fabulosos odores e sabores, in *Sociologia, Problemas e Práticas*, nº 62, pp. 57-80.
- LEANDRO, M^a E. (1987), Alimentação e relações interculturais dos imigrantes portugueses na região parisiense, *Cadernos do Noroeste*, Vol. 1, nº 1, pp. 31-40.
- LEWIS, T., AMINI, F. et al. (2000), *A General Theory of Love*, New York, Random House.
- MEIDANI, A., DRULHE, M. (2011), L'expérience culturelle en société: gérer ses émotions et entretenir sa forme, in M. Drulhe e F. Sicot dir.), *La santé à coeur ouvert. Sociologie du bien-être, de la maladie et du soin*, Toulouse, Presses Universitaires du Mirail, pp. 19-42.
- SERVAN-SCHREIBER, D. (2003), *Curar. O stress, a ansiedade e a depressão sem medicamentos nem psicanálise*, Alfragide, Dom Quixote.

CAPÍTULO I

FAMÍLIA, SAÚDE E SUAS INTERCONEXÕES

INTERCONFLUÊNCIAS: FAMÍLIA, GÉNERO E SAÚDE NAS MALHAS DAS MUDANÇAS

Maria Engrácia Leandro | Investigadora do CIES-ISCTE, Instituto Universitário de Lisboa

Michèle Baumann | Professora de Sociologia, Universidade do Luxemburgo

Na sociedade moderna, dada a complexidade da organização social, é muitas vezes difícil, para não dizer impossível, ter um sistema que permita a cada indivíduo gerir todas as rédeas da sua vida

Amartya Sen

Estado da questão

O reconhecimento da intrínseca relação entre a família e a saúde não é nova, ainda que os estudos sociológicos a este propósito não sejam abundantes, com algumas excepções para a literatura anglo-saxónica. Porém, uma leitura retrospectiva acerca das intervenções da família junto dos seus elementos permite apercebermo-nos que, desde tempos de antanho, a família, designadamente através da interferência das mulheres, tem-se revelado um actor ímpar de cuidados de saúde. Até porque os cuidados familiares em prol da saúde, no sentido do “care”, fazem parte da sua vida quotidiana e não se restringem, de modo algum, a situações concretas quando a doença sobrevém, exigindo tratamentos adequados (F. Sicot, 2014). Nos condicionalismos concretos da vida moderna pode dizer-se que as relações individuais, familiares, sociais e sanitárias são cada vez mais interdependentes. Para ter acesso aos bens e aos serviços, os actores sociais necessitam, cada vez mais, de entrar em relação uns com os outros, ainda que seja de modo simbólico.

Pode dizer-se que a família, desde muito cedo, foi considerada e continua a ser “Um actor informal de saúde” (M. E. Leandro, V. Rodrigues. A. Leandro, 2006a), ainda que socialmente não valorizada como tal e a intervenção de vários profissionais de saúde no seio da família seja cada vez mais intensa, como se verifica em sociedades cada vez mais medicalizadas e medicamentadas como as ocidentais. No entanto, não dispensam a tarefa familiar de saúde que é de todos os dias, pelo que faz ou deixa de fazer em prol da saúde dos seus elementos, enquanto a dos profissionais de saúde, também indispensável, é pontual. De resto, a saúde constrói-se todos os dias através de rotinas e rituais elaborados no seio do espaço doméstico e não episodicamente quando se con-

sulta o médico, mesmo que seja por razões preventivas. Quando assim acontece, como se diz a nível do senso comum é para fazer o balanço, o “check-in”.

Esta perspectiva, pondo em relevo a influência da família sobre a saúde tem também presente os riscos que a família pode fazer incorrer e estes são de vária ordem: falta de qualidade das relações, da higiene, da alimentação, dos horários de sono, do tempo disponível para a família e no seio desta para ouvir e conversar com cada um, do apoio psico-afectivo e a permuta emocional, das necessidades cognitivas, do excesso de álcool, das influências hereditárias...

Procurando não perder de vista estes aspectos, importa frisar que se as sociedades ocidentais, oferecendo condições de segurança e de bem-estar sem precedentes, também se revelam bastante incertas, inseguras e mutantes, inclusive no atinente à saúde e à doença que pode espreitar de vários lados. As surpresas a este propósito não param de nos questionar. Enquanto os Estados modernos se comportam em garantes de um direito universal à saúde e à segurança, particularmente através dos mecanismos da Segurança Social, os actores sociais são hoje confrontados com uma panóplia de doenças, inseguranças e riscos generalizados, apesar de viverem envolvidos por sistemas de segurança que, sendo complexos e frágeis, comportam em si o risco de falharem, inclusive face aos avanços da ciência. Às potenciais catástrofes tecnológicas e naturais juntam-se a instabilidade do mercado de emprego, as crises sócio-económicas e culturais, a fragilidade dos compromissos, das relações amorosas e familiares, o sentimento de crescimento das incivilidades, a emergência de doenças imprevistas, em suma, a sensação de ser permanentemente ameaçado por alguma coisa.

A obliteração das referências mais ou menos seguras e a perda de confiança nas instituições e nas instâncias de regulação favorece uma individualização das estratégias de protecção inclusive e sobretudo no âmbito da saúde, tendendo a família a representar um refúgio, um abrigo que aconchega os indivíduos e os pode proteger contra determinadas ameaças, carências e riscos, ainda que possa dar azo a outros. Seja como for, a família é muito frequentemente vivida como o único espaço onde cada um pode verdadeiramente ser ele próprio e, assim, expressar as suas proezas, sucessos e alegrias mas também as suas angústias e dores físicas e simbólicas queo acompanham, apesar das transformações que a têm assolado. Advindo muito mais electiva, pese embora a fragilidade que lhe possa estar associada, decerto que é ainda mais por isso que se tornou tão sedutora e tão procurada em termos relacionais e emocionais (M. Drulhe, 2014, M^a Engrácia Leandro, 2008).

Compreender-se-á, até, na sequência destas considerações, que à família é atribuído um importante trabalho de socialização, protecção e prevenção relativamente à saúde. Quem tem a dita de poder viver num ambiente familiar aprazível e gratificante tem muito mais probabilidades de pode viver com boa

saúde. Contudo, as escolhas realizadas em favor da saúde podem criar tensões com outras esferas da vida familiar. Ademais, os esforços feitos para preservar a saúde dos elementos da família podem ser postos em perigo através de riscos que escapam, por exemplo, ao controlo dos pais (abusos sexuais e alcoólicos, companhias mais ou menos nefastas, lazeres incautos, acidentes rodoviários, ingestão de alimentos desnecessários ou doentios, sedentarismo diante da televisão e do computador ...). Mas como podem os pais agir de modo diferente numa sociedade como a nossa absolutamente desgastante e permissiva, sedutora no atinente ao consumo, apelativa à concorrência desmesurada, à luta pelo melhor estatuto e afirmação social e absorvente de horários de trabalho e por conseguinte sem espaço nem tempo para as pessoas se encontrarem e também se preocuparem com a saúde da sua vida?

Por vezes os pais estão cansados, quiçá esgotados. Mas o que provoca uma tal fadiga quando as condições objectivas são melhores: os filhos têm mais brinquedos, mais suportes para estarem ocupados, a cozinha e os cuidados com a casa ocupam menos tempo dada a gama de electrodomésticos disponíveis e a série de serviços solicitados a outrém ou ao exterior? Porque é que ser “bom pai” ou “boa mãe” produz hoje uma maior sensação de esgotamento do que no passado, quando afinal o número de filhos por família até tem diminuído muito? Claro que não é devido ao facto dos pais e das mães de ontem ou de anteontem exercerem estas tarefas e funções com mais ligeireza, mas sim às circunstâncias da educação e dos ritmos da vida hodierna terem mudado enormemente. Anteriormente um filho deveria ser “bem-educado”, ou seja, obediente e polido. A aplicação das ordens era simples: se um filho era desobediente era punido.

Hoje, as qualidades exigidas a uma criança – aliás a todo o indivíduo – são idealmente a autonomia, a independência e o exercício da responsabilidade qual nova forma de designar a moral social. Mas tenha-se presente que esta nova normatividade, a inteira responsabilidade das nossas vidas que se aloja em cada um de nós, se estende igualmente a um nós colectivo, interagindo entre si. O seu controlo revela-se claramente mais complexo: como saber, por exemplo, se tal ou tal recusa infantil manifesta a sua autonomia ou ao contrário o seu capricho? O que se sabe e é exigido é que os pais deverão criar melhores condições educativas para cada um dos seus filhos facilitando-lhes um crescimento harmonioso. Cada filho, independentemente da sua posição na ordem na fratria, é único e exige uma educação personalizada, o que suscita muito mais disponibilidade material e mental e maleabilidade para se adaptar a cada um. Ora, isto nem sempre se compatibiliza com outras exigências da vida hodierna, o que pode dar azo a muitos conflitos, stresse e desgaste mental.

Daí uma maior tensão e corrida aos ansiolíticos e soníferos, tendo também presente que as relações entre pais e filhos não se pautam apenas pela vertica-

lidade, fazendo apelo ao exercício da autoridade, nem tão só pela horizontalidade, reduzindo-se a uma relação absolutamente democrática, mas englobam tudo isto e muito mais. Não se trata de dar ordens sem qualquer explicação, mas de encontrar uma outra via educativa permitindo à criança advir ela mesma, mas num quadro que cabe aos pais definir e contemplar as suas maleabilidades, garantindo segurança, protecção, afectividade, espaço de diálogo e de expressão e limitando as derivas. Os pais constroem um quadro com limites mas igualmente com aberturas para que a criança ou o adolescente possam agir mais livre e responsabilmente neste panorama e saber progressivamente quem são. Fornecem os recursos para que estes seres humanos em crescimento construam o seu mundo pessoal e o seu desenvolvimento com boa saúde, isto é, a sua autonomia e capacidade de agir com segurança, confiança e responsabilidade. Propõem igualmente “exercícios espirituais e de significação” para que o jovem possa construir a sua identidade pessoal e social (J-C. Kaufmann, 2004) e são impelidos a acompanhá-lo com atenção na construção da sua personalidade. Ao procederem deste modo estão precocemente a transmitir e a construir hábitos de saúde que decerto se irão reflectir para toda a vida.

Mas também nos podemos questionar acerca do lugar que os pais atribuem à saúde nas suas preocupações educativas e comportamentais. Porque o trabalho que aqui apresentamos é inerente aos resultados de um projecto de investigação sobre estas matérias, podemos dizer que entre os nossos inquiridos se denotam cuidados desta natureza, pesem embora os constrangimentos financeiros, estruturais, profissionais ou outros a que possam estar sujeitos. Mas há também alguns pais que mostram reagir a estas tensões ao adoptarem atitudes passivas, renunciando a antecipar riscos, dizendo que nem tudo é previsível, o que também é indesmentível. Outros, porém, ao contrário, tendem a maximizar a saúde da família, controlando o mais possível vários parâmetros (redução da autonomia dos filhos, excessos de interditos...). Mas estarão estas diversas estratégias tipicamente associadas a certas configurações familiares singulares ou a determinados grupos sociais? Segundo J. Kellerhals e C. Montadon (1991), as distinções a este respeito continuam acentuadas quando se tem em conta uma gradação social que vai das famílias de condição social modesta até às do topo da pirâmide social, o que também é confirmado pelos nossos dados. Por outro lado, estas pressões contraditórias, podem mesmo gerar sentimentos de culpa, sobretudo em relação às crianças, o que, não sendo salutar, pode pelo menos soar como sinal de alerta. Podemos, todavia, interrogar-nos acerca dos benefícios e custos de tais estratégias para os indivíduos e para as famílias. Não suscitam eles mais questões de saúde no seio da família que exigem repensar e adoptar outras estratégias?

Numa perspectiva construtivista (P. Berger et L. Luckmann, 1966), como a que adoptamos aqui, este conjunto de elementos elaborados pelos membros

da família integram igualmente parâmetros sociais, económicos, culturais e sanitários. Isto sugere, também, que os leigos possam agir segundo uma racionalidade diferente dos especialistas profissionais de saúde ou outros, porque também são confrontados de outro modo com as realidades do dia-a-dia. Dado que terão de dispersar-se por muitos e variados aspectos, as suas preocupações com a saúde podem ser distintas daqueles que profissionalmente se dedicam apenas a estas questões, devido até a compromissos necessários entre aspirações contraditórias.

O nosso trabalho, sustentado em dados recolhidos através da implementação do Projecto POCI/SOC/59282/2004 – “*O contributo (in)visível. A gestão familiar dos cuidados de saúde*”, financiado pela FCT, a este respeito, examina dois postulados: proximidade relativa com as instituições e heterogeneidade e diversidade de competências das respostas familiares às questões da saúde, designadamente no que ao género diz respeito. Primeiramente, denota-se que o grau de convergência ou divergência com os discursos oficiais acerca da saúde e da doença são socialmente estruturados. Em geral, os meios sociais favorecidos tendem a alinhar-se mais pelas recomendações de saúde pública e dos profissionais de saúde. Não obstante, a crise de legitimidade que sob muitos aspectos atravessa o mundo médico, inclusive sob a influência da incapacidade da medicina responder a todas as aspirações em torno da saúde e da cura de certas doenças, também está ligada ao facto dos membros destas categorias sociais questionarem os fundamentos dos mesmos e se orientarem, simultaneamente, por outras formas de cuidar da saúde. Aliás a própria medicina, pelo menos sob algumas dimensões, também se tem vindo a mostrar mais aberta a estes novos/velhos recursos e práticas (M^a E. Leandro, 2014). A seguir, os parâmetros culturais implicam que as normas e os valores dos actores sociais, e no caso em análise dos actores familiares, possam não coincidir cabalmente com os que estão subjacentes aos programas de promoção da saúde.

Pode sobretudo pensar-se que o valor atribuído à saúde e o investimento na sua promoção pode variar segundo os meios sociais mas também a ordem das prioridades. A título de exemplo, refira-se que a classe operária tende a fumar mais do que qualquer uma outra e a ingerir elementos mais gordurosos e salgados, ao invés do que se refere ao consumo de bebidas alcoólicas brancas, o que é mais apanágio das classes privilegiadas (P. Aïch, 1981; K. Backett, 1990). Não admira, pois que uma possa vir a sofrer mais de cancro do estômago e do pulmão e outra de cirrose ou doenças semelhantes.

Refira-se, ainda, que certas facetas da saúde se podem revelar incompatíveis com outras aspirações e buscas de bem-estar que obrigam a negociações quotidianas: mais prazeres e sensações fortes e gratificantes no presente em detrimento de melhor saúde durante mais tempo, pensando ainda que o futuro é sempre incerto (M^a E. Leandro, et al. (2013). A ideia segundo a qual

a saúde constitui um valor supremo deverá ser relativizada, em favor de uma análise das condições em que estes compromissos são assumidos. Isto confirma a necessidade de integrar a influência do contexto social, das situações de vida no concreto no “hic et nunc” as interações e os sistemas de valores na análise das decisões tomadas perante a saúde. Por um lado, o meio é sinónimo de constrangimentos ou pressão que podem limitar a capacidade individual ou familiar para modificar os hábitos de vida, visando torná-los mais saudáveis. Também a pobreza, a crise, a situação de desemprego e com ela as restrições impostas, bem como as profundas transformações demográficas, familiares, profissionais, sociais e culturais podem contribuir, tanto para agravar, como para melhorar as condições de saúde dos diferentes grupos sociais; por outro, os valores e as normas peculiares deste ou daquele contexto profissional, familiar, temporal e espacial podem tornar certas escolhas mais atractivas do que outras, mesmo em detrimento da saúde: fumar, beber e comer em excesso, arriscar-se conduzindo com excesso de velocidade, dormindo pouco... pode parecer mais gratificante no imediato do que pensar nos efeitos que daqui podem decorrer a médio e longo prazo para a saúde. Tanto mais que esses efeitos não se fazem sentir logo, podendo até dar a ideia de que se usufrui de uma “saúde de ferro” para toda a vida (idem).

Frise-se, por outro lado, que uma leitura cuidada sobre a realidade quotidiana da saúde e da doença exige revisões continuadas. Quanto mais se conceder no futuro uma larga importância à interdisciplinaridade no estudo desta problemática – não apenas entre as várias ciências mas também entre os recursos e participação dos vários actores que aqui intervêm – designadamente a família e os vários profissionais de saúde, melhor se poderá exercer um papel fundamental na dinâmica destas procuras de uma óptima saúde como todos parecem desejar.

Durante muito tempo, sobretudo os peritos tendiam a avaliar o comportamento das pessoas doentes de um ponto de vista de reacção afectiva (“mecanismos de coping”); a tendência actual, consistindo antes em colocar a tónica na conduta de saúde que os indivíduos poderão ter a médio e a longo prazo poderá, eventualmente, desembocar num outro paradigma: conceber a percepção e os cuidados quotidianos de saúde como uma componente de uma vasta “arte de viver”, diferenciá-la e aprofundá-la em função dessa perspectiva. Não será por acaso que nos últimos tempos se tem vindo a falar tanto das “doenças de civilização”. Refira-se que, ao invés, ainda não se ouviu falar de uma “civilização da cura e da saúde”. O que parece, por conseguinte, estar a faltar é a plena consciencialização de que os meios de cura para esse tipo de doenças não se encontrará, apenas, nos hospitais, nos centros de saúde, nos consultórios médicos ou nas farmácias, mas igualmente nos meandros concretos da vida

de relação de uns com os outros, onde cada um pode intervir, sabendo que o primeiro espaço dessa relação começa por ser a família.

Tenha-se presente que a gramática subjectiva da saúde contida na célebre definição da OMS de 1946, segundo a qual a saúde é o mais completo bem-estar social e mental e não apenas a ausência de doença ou enfermidade, sendo muito generosa, implica igualmente o bio-poder (M. Foucault, 1979), que em nosso entender não poderá continuar a ser confinado à toda-poderosa medicina mas se estende igualmente ao querer e ao poder de cada um fazer a parte que lhe cabe. É sobretudo nesta dimensão que se passa da subjectividade desta noção para a sua objectividade, sabendo que esta não se queda apenas pelo que preconizam os programas governamentais. O tempo tem vindo a mostrar que, por si só, não têm vindo a conseguir criar as condições necessárias à realização plural do tal “bem-estar”, traduzido num “edifício de felicidade” a que todos aspiram, mas que não dispensa da sua intervenção quotidiana e não apenas quando a doença pode ameaçar. Frise-se, todavia, que a saúde vivida, tematizada ou objectivada não é uma realidade autónoma na vida de ninguém, mas engloba todas essas dimensões como a seguir o mostraremos. Não obstante, a família é o primeiro espaço de vida susceptível de esboçar e desenvolver estes parâmetros cujos efeitos se poderão repercutir para toda a vida. É deste conjunto de questões que nos ocupamos neste trabalho.

Perspectivas sanitárias e gestão das doenças

Na Idade Média, vários tipos de doenças infecto-contagiosas: lepra, peste, sarampo, trasorelho, tifo, entre outras atingiam muito frequente e devastadoramente as populações. C. Herzlich e J. Pierret (1984), designam este flagelo particularmente mortífero até aos finais do “Antigo Regime” (fim do século XVII) de “antigo regime do mal” caracterizado pela celeridade com que a doença se manifestava, o contágio que se estendia a tudo e todos, a impotência e a morte devido sobretudo à falta de meios e condições para contrariar este “destino fatal”. As condições sociais de existência, provocando muito frequentemente deficiências alimentares e recorrentes crises de fome, tornavam os indivíduos e as famílias particularmente vulneráveis. Não era por acaso que, na época, a esperança média de vida e de modo singular para quem vivia em situações de pobreza – e era a grande maioria da população – não ia além dos 25 anos e cerca de metade das crianças morriam antes de um ou cinco anos de vida. Como a medicina ou outras terapias eram muito incipientes, o poder de cuidar e de curar acompanhava estas tendências.

Predominavam, então, as explicações religiosas do mal (idem, M. Augé et C. Herzlich, 1984) fazendo passar a ideia de que a doença era consequência de punições divinas que se abatiam sobre os humanos. A Bíblia, sobretudo no

Antigo Testamento, está repleta de interpretações desta índole (Gn 3, 14-24; 19, 11; Lev. 13, 14, 15; Dt 28, 27-28; Sab 19, 17; Job 33, 19; Eccl 31, 15). No Levítico (13,14), a doença de Jó, repentinamente atingido pela lepra e outros males, é sinónimo de impureza, pelo que doença e pecado estão profundamente imbricados, mesmo tratando-se de um justo aos olhos dos seus contemporâneos. Em contrapartida, no Novo Testamento, por exemplo no Evangelho de S. Marcos (1, 40-45), a atitude do leproso e a de Jesus Cristo (o demiurgo procurado em busca do milagre da cura, logo da salvação do que oprime e destrói) rompe com esta intrincada associação e concepção da doença. O primeiro, sentindo-se doente não se resigna ou isola no seu sofrimento, não escutando sequer as advertências dos que o rodeiam, mas parte em busca da cura, que o mesmo será dizer avança na procura da resposta para as suas necessidades e anseios e da respectiva libertação do que o oprime, no sentido soteriológico do termo. Por sua vez, Jesus Cristo, recomendando-lhe o regresso aos ditames da vida, procura destruir tal tipo de interpretação, como aliás o faz em outras ocasiões.

No relato sobre a cura do cego de nascença (Jo 9, 1-7), ao ser interrogado pelos discípulos sobre quem teria pecado: o cego ou os pais, a resposta de Jesus é contundente: “Nem ele pecou nem os seus pais” (aliás, como poderia uma criança pecar antes de nascer?). A seguir, na sua situação de demiurgo, nem por isso deixa de recorrer a algo da matéria: à sua saliva, o que também assume um sentido particular na cultura judaica da época, e ao pó da terra. É com a junção destes dois elementos que faz lodo com que lhe viria a cobrir os olhos do cego. Porém, não é este o remédio essencial e eficaz, uma vez que a cura só se opera ou o milagre só acontece quando o próprio cego se dirige à piscina de Siloé de onde retira a água para lavar os olhos com as suas próprias mãos, tal como Jesus Cristo lhe havia ordenado. Por conseguinte, o julgado incurável ou defeituoso para ser curado teve de agir e fazer tudo o que estava ao seu alcance. Frise-se que afora estas iniciativas e práticas, tudo o que se refere à ideia de castigo é combatido e anulado por Jesus Cristo. Porém, afastando as interpretações teóricas correntes, não se preocupa sequer de avançar com qualquer outra. Constata a enfermidade, ouve e prescreve a angústia e a esperança daquele homem e só depois age em função da cura, concedendo a este homem a sua plena integridade física.

Simbolicamente, poderá encontrar-se aqui alguma aproximação com tomadas de iniciativa e o recurso à medicina não convencional, ou talvez também, e respectivos tratamentos para debelar a doença, este mal que preocupa podendo, até, ser objecto de várias significações, ao invés, de se deixar instalar na resignação, nos ditames e preconceitos da ordem estabelecida, no politicamente correcto como pretendiam os fariseus e outros actores da época. Mas nem por isso a igreja católica e outras religiões ao longo dos séculos deixaram de alimentar esta interpretação da doença e do mal (F. Lebrun, 1995), apesar

de no século V a. C, com a sua teoria dos humores, Hipócrates já ter libertado as forças sagradas deste opróbio (M. E. Leandro, 2001a, 2014). Como se compreenderá, a força da encrustação nas mentalidades e das ideologias, não só oferece muita resistência à mudança, como teima em fazer prevalecer interpretações que se julgariam de outros tempos, mas que também continuam ainda com grande pujança nos nossos dias. Com isto não estamos, de modo algum, a desvalorizar o recurso às espiritualidades e à religião em busca de curas ou de combate a outros males que a medicina ou outros recursos, só por si, se afiguram incapazes de alcançar. Só que se tratam de dois registos diferentes (M^a E. Leandro e M. da Cunha, 2014).

Vários antropólogos, entre os quais se destacam E. Evans-Pritchard (1985) e Marc Augé (1984) consideram que nas sociedades estudadas por si a noção de infortúnio integra tanto as patologias como a infertilidade dos campos, as más colheitas, a perda dos animais, mas também as dificuldades, os insucessos escolares e os desaires eleitorais. Entre nós e nos tempos que correm poderíamos alargar a lista e acrescentar o desemprego, designadamente dos jovens e dos “seniores” na casa dos 45 e mais anos em idade activa (M^a E. Leandro e F. Nogueira, no prelo), a pobreza mas também a falta de condições para pagar as dívidas contraídas, o decréscimo do nível de vida, a fome de crianças e de idosos... Não comentamos muito frequentemente quando alguma coisa não corre de feição que se trata de falta de sorte, chegando mesmo até a expressar alguma ponta de inveja porque a sorte é ou foi só para o(s) outro(s)? E para contrariar estes infortúnios não se procuram com mais veemência os agentes destas magias para que a situação se possa inverter? Não é por acaso que o recurso às forças sagradas e mágicas em tempos de crises acentuadas está em alta. Segundo Marc Augé (1984) as doenças são formas elementares de acontecimentos, colocando sobre o mesmo termo todos os acontecimentos biológicos individuais, cuja interpretação imposta pelo modelo cultural é imediata e iminentemente social. Daí que quando se trata de explicar a doença o que está mais em causa poderá não ser tanto a doença em si mas antes a significação que lhe é atribuída: porque teria isto de me acontecer a mim? Que mal fiz eu para sofrer disto?

Nestas expressões como em outras similares estão contidas não apenas componentes de índole causal individual, do destino, do acidente como do social, do possível atentado aos valores e às situações sociais estruturalmente determinadas em termos de hereditariedade, filiação, aliança, relações sociais ou pelo menos, figuradamente, de outras forças que escapam ao controlo humano e aí por diante. Nesta acepção a doença como acontecimento, apenas artificialmente poderá ser separada das outras figuras do mal, o que supõe uma semiologia e uma nosologia inscritas numa pesquisa etiológica. Há nesta matéria novos apelos ao sentido em que emerge um registo simbólico ou mís-

tico, mesmo se perpetrado de outras significações mais consentâneas com os valores ultramodernos em curso.

Ademais, saúde, doença, cura/não cura e morte, inscrevem-se na natureza da vida de todos os seres vivos, embora não assumam para todos o mesmo significado ou tenham um desfecho idêntico e de sobremaneira entre os humanos. Não se nasce, cresce, vive, adoce e recupera da mesma maneira segundo se vive nesta ou naquela época, neste ou naquele país ou região, se pertence a esta ou àquela condição social, a este ou àquele género e aí por diante. Acabam de ser divulgadas pela revista “Nature” as conclusões de uma equipa de investigadores portugueses do Instituto de Medicina Molecular da Faculdade de Medicina de Lisboa, segundo as quais existe uma intrínseca relação entre os hábitos alimentares da grávida, o desenvolvimento do sistema imunitário do feto e a capacidade da criança resistir às infecções ao longo da vida. Ora, a qualidade dos hábitos alimentares não pode ser separada das condições sociais de pertença social, ainda que aqui possam intervir igualmente outros elementos culturais e sociais, inclusive de marketing.

Simultaneamente do ponto de vista social e sociológico, de facto a saúde é algo mais do que uma regra fisiológica média, normal ou ideal. Engloba outra realidade. Se na perspectiva de E. Durkheim (1977 [1895]) a doença releva do acidente ou da contingência, a saúde é uma construção cultural como noção e política como espaço, que só pode ser apreendida de maneira relacional, como um produto do mundo social. À forma elementar de acontecimento que constitui a doença, embora nuns casos ainda mais do que em outros, importa opor a realidade complexa da saúde como noção culturalmente determinada e como espaço politicamente estruturado (D. Fassin, 1996). Nesta noção sedimentam-se significações elaboradas, tanto pelo senso comum como pelo conhecimento científico. Trata-se de um espaço que coloca em relação um conjunto de factores económicos, sociais e culturais e de agentes, congregando profissionais, doentes e administradores. Basta referir que apenas em 1946 a Organização Mundial de Saúde criou a primeira definição de saúde que podemos apelar de moderna, onde a saúde deixou de ser considerada como o “silêncio dos órgãos” (R. Leriche, 1936), para conferir uma dimensão crucial ao social destronando, de algum modo, a ancestral dimensão religiosa, a primazia e a quase exclusividade do biológico como a medicina a vinha entendendo (M^a. E. Leandro, 2014).

Doravante, ganha ainda mais consistência a tese de que em todas as sociedades a ordem social se transcreve nos corpos e nas suas condições sociais de existência. Se em tempos mais recuados, as diferenças de estatuto e de riqueza eram tão notórias na longevidade dos indivíduos, nos riscos face à sua existência, nas suas capacidades para se cuidar quando adoeciam têm essencialmente a ver com o facto de no fundamental partilharem ou não as mesmas condições

e modos de vida. Tenha-se presente que a estratificação social durante a Idade Média e o Antigo Regime na sua trilogia clero, nobreza e povo, em termos económicos e sociais se traduzia na abastança das duas primeiras e na miséria que era o lote comum do povo. Aliás, as fatalidades e os efeitos do contágio decorrente das doenças mais infecto-contagiosas e mortíferas da época como eram a lepra e a peste, não se repercutiam igualmente sobre as gentes do povo e as grupos sociais privilegiados (C. Herzlich et J. Pierret, 1984; D. Fassin, 1996).

Os higienistas, cruzando a duração média de vida e a pertença profissional, puderam atestar a relação entre a categoria sócio-profissional, o local de residência (zona (des)favorecida), a saúde, a doença, a pobreza e a miséria. O que se procura com o recurso aos dados quantitativos é interpretar a doença à luz do social, pelo que urge criar medidas de saúde pública. Cientificamente, trata-se de demonstrar a associação entre condições sociais de vida e a situação do corpo em toda a sua dimensão.

Entre outros, sete factores fundamentais explicam estas profundas diferenciações e desigualdades: a qualidade da alimentação, da habitação, do vestuário, da higiene, natureza do trabalho, a promiscuidade e o trabalho infantil (L. Villermé, 1832). Sobre este último aspecto, importa referir que estes trabalhos conduziram, em França, à lei de 1841 que estabelece a idade mínima de 8 anos como patamar mínimo para entrar no mundo do trabalho, a menos que as fábricas tenham menos de 20 assalariados, o que, sendo inovador, também suscita bastantes interrogações. Acrescem identicamente os efeitos do desgaste decorrente da dureza do “labor” para uns e da ociosidade para outros. Refira-se, tão só, que se hoje o trabalho, como garantia de sobrevivência e direito inerente à condição e dignidade humana, perante o crescente desemprego é considerado um prémio. Ora, até às épocas que invocamos ainda estava associado ao castigo, como consequência da queda do paraíso, um éden onde esta singularidade não tinha razão de existir (Gen.3, 19). Para os grupos ociosos era vergonha trabalhar. Daí que fosse coisa dos grupos sociais modestos, pobres e necessitados e ainda mais quando é duro, sujo, mal pago e desvalorizado, o que também não é estranho aos dias que correm. Evoque-se, por exemplo, o caso dos operários da construção civil e do trabalho reservado aos imigrantes (M^a E. Leandro e al., 2002; M^a E. Leandro e M. da Cunha, 2014).

Deste modo, vão-se incorporando os efeitos das desigualdades sociais, cujas marcas no corpo deixam traços diferenciais da carência, da miséria, do sofrimento, da doença e do desgaste provocado pelo uso e abuso do corpo para poder sobreviver. Até então, ninguém melhor do que J.-J. Rousseau (1992 [1754]), soube descrever este estado da natureza, não pelo que era mas pelo que poderia e vinha sendo. Não porque tivesse de ser assim desde a sua verdadeira origem e criação – uma vez que as desigualdades humanas e sociais não têm sentido – mas porque a passagem do estado natural ao estado social assim o

foi construindo, contrariamente ao que acontece com os outros seres animais. Se na esteira de Norberto Elias poderemos falar de um processo civilizacional das desigualdades num duplo sentido possível da expressão, para tornar possíveis dois fenómenos paralelos: a generalização das disparidades em matéria de saúde e a acção do poder sobre os corpos (M. Foucault, 1975. O mundo contemporâneo, onde muitos consideram poder vislumbrar o desembocar de uma história civilizadora, é um mundo desigual e muitas vezes desumano (M. Bauman, 2001, 2002), no qual a desigualdade se tornou de algum modo civilizada e, por conseguinte, menos visível e mais tolerada (D. Fassin, 2006).

Para aprofundar o alcance de tais condições e respectivos efeitos quanto à saúde e à doença das populações vale a pena frisar que com o desenvolvimento da era industrial, os governos dos países em causa cedo foram confrontados com a problemática da saúde e com uma dupla pressão. Por um lado, tendo consciência que para atingirem os seus objectivos tinham necessidade de mão-de-obra saudável para poder trabalhar e ser rentável, foram dando cada vez mais importância à saúde dos operários e até dos seus familiares, visando a renovação e reprodução da mão-de-obra necessária para o presente e para o futuro (R. Linhart, 1978); por outro, o próprio processo de industrialização, tal como se ia implementando, era em si mesmo um factor de degradação da saúde da classe operária, obrigada a habitar em zonas e condições insalubres mesmo infra-humanas, a trabalhar horas em excesso o que provocava desgaste até à exaustão e em condições de sub-alimentação. Tal contexto era favorável à emergência e extensão de várias doenças sendo a tuberculose a mais paradigmática em termos de doença da miséria, tão bem retratada por Victor Hugo (1862) na sua obra “Os miseráveis”.

Os higienistas do século XIX, com particular destaque para Chadwick na Inglaterra, Villermé em França e Virchow na Alemanha, entre outros, cedo reconheceram a importância do social relativamente à saúde e à doença como o temos vindo a relevar. Na esteira de Graunt, que em 1662 havia publicado um importante trabalho sobre os principais factores de mortalidade na Inglaterra – também considerado como lançamento das bases da demografia de que é pioneiro, cabendo-lhe a criação das tábuas de mortalidade – multiplicaram-se as topografias médicas, os inquéritos higienistas contemplando igualmente a família, documentando abundantemente a influência das desigualdades sociais sobre a doença e a menor esperança média de vida entre as famílias pobres, com particular destaque para a classe operária (J-L. Villermé, 1832). Baseando-se nestes conhecimentos, militam em favor de reformas sociais que possam fazer inverter esta situação, que vieram a traduzir-se na implementação de estruturas de saneamento, numa intensa profilaxia do meio, na modificação das condições de vida individuais e familiares e consequentes hábitos de saúde.

Refira-se, porém, que a preocupação com a implementação de infraestruturas com objectivos sanitários não é nova. O interesse pelo conhecimento, em particular o que se relaciona com o corpo humano, prevalece entre os gregos na Antiguidade. A preocupação da gestão, designadamente no atinente à ordem sanitária, prevalece entre os romanos. Os romanos com o seu pendor essencialmente pragmático e utilitário, avançaram com muitas medidas no âmbito da lei, do governo, da guerra, da arquitectura e das infraestruturas sanitárias. “Quando Roma conquista o mundo mediterrâneo e retoma a herança da cultura grega, adopta também a medicina e as suas ideias acerca da saúde. Todavia, mesmo integrando imensas ideias da Grécia, Roma imprime-lhe a sua marca e adapta-as a dois grandes objectivos. Enquanto clínicos, os romanos eram uma pálida imitação dos gregos, mas enquanto engenheiros e administradores, construtores de sistemas de saneamento e organizadores de serviços de cuidados deram exemplos ao mundo e deixaram a sua traça na história (G. Rosen, 1958, 37-38). Invocar estas características em duas sociedades antigas da maior envergadura é invocar igualmente a sua preocupação com o desenvolvimento de medidas e construção de infraestruturas em prol da saúde. Frise-se que, historicamente, querer procurar as origens da saúde pública obriga a ter em conta estas dimensões.

Entre os higienistas, é ainda Louis Villermé (1828) que, através de trabalhos rigorosos de investigação, destaca a relação entre insalubridade, pobreza, densidade populacional..., saúde e doença. Nesta óptica alarga igualmente os seus trabalhos às condições de vida nas prisões: umas são concebidas para encarcerados com fortuna pessoal pelo que usufruem de melhor tratamento e outras para pobres e vagabundos. Nas primeiras os números de mortes são de 1 sobre 40,88 ao passo que nas segundas são de 1 sobre 3,45. Do conjunto dos seus trabalhos, ressalta a constatação que a desigualdade perante a morte é manifesta logo que os grupos humanos beneficiem de recursos diferentes e tende a acentuar-se tanto mais quanto a miséria é marcante (P. Bourdelais, 2000). Assim sendo, a ordem social traduz-se na ordem biológica, isto é, as diferenças de estatuto social exprimem-se sob a forma de disparidades perante a saúde do corpo em toda as suas dimensões.

Mas antes disso, os trabalhos de Moheau (1778), já haviam constado que a duração da vida era desigualmente repartida. Constatava, então, que o fosso de mortalidade entre as crianças abandonadas e as que designa de filhos dos “rendeiros”, ou seja, os filhos que merecem o cuidado dos pais, era bastante acentuado, falando mesmo de “desproporção assustadora”. Considerava que esta mortalidade excessiva das crianças abandonadas não tinha apenas que ver com o abandono e a respectiva falta de cuidados dos pais, mas também com a má constituição das crianças que, fruto da ilegitimidade e da miséria, eram portadoras dessas marcas. P. Aïch (1978, 465) foi um dos sociólogos franceses que

mais cedo trabalhou sobre as questões e os efeitos das desigualdades sociais de saúde, registando que nos meados dos 1970 a desigualdade no domínio da doença e da morte, na maioria das vezes, não é ressentida e denunciada como injustiça. Parece antes inscrita na ordem das coisas admitidas. De contrário, teríamos de nos revoltar contra Deus, a natureza, os pais, o destino, a falta de sorte ou ainda a lei das estatísticas e das percentagens elevadas. Quanto mais a desigualdade parece próxima do polo natural mais se afasta do social e mais facilmente é admitida.

É de facto no século XVIII e XIX que se assiste na Europa a uma verdadeira “política de saúde”, formada na interconexão de uma nova economia da assistência, através do desenvolvimento de um sistema hospitalar e de um dispositivo estatístico sanitário que permite observar, medir e melhorar o estado de saúde das populações (M. Foucault et al. 1979). É também neste contexto, até na sequência da teoria da medicina hipocrática dos humores e da teoria do contágio de Fracastor do século XVI, que mais se desenvolve a teoria atmosférica, ou seja, a importância do movimento da contaminação do ar e se propõem medidas colectivas de saneamento. Os dejectos nauseabundos ameaçam a ordem social e a saúde pública. Os fluxos do ar pestilento e os miasmas circulam um pouco por todo o lado. Segundo os observadores do tempo, o que caracteriza o ambiente olfactivo do hospital, é a complexidade dos odores pútridos. A visita e a descrição do hospital figuram como provas iniciáticas para todos os que se preocupam com a higiene pública (A. Corbin, 1982). É contra este estado de coisas que se procura a vitória da higiene e da suavidade. Os próprios planos de urbanização, já anteriormente implementados por Haussman na cidade de Paris, continuam a reflectir esta concepção: ruas e avenidas largas, criação de mais jardins e arborização para que o ar circule livremente e se purifique sem obstáculos. Cada animal é naturalmente feito para fruir do ar puro, natural e livre, contrariamente ao ar artificial que muito frequentemente os cidadãos terão de suportar, diz-nos Louis Febre (1942). Denota-se, então, uma preocupação com um direito natural à respiração de um ar que não esteja eivado de cargas nocivas e possíveis contágios, como era frequente acontecer.

A estas medidas de carácter colectivo juntam-se outras mais orientadas para os indivíduos e para as famílias. Os higienistas viam na família, designadamente na mulher mãe, a principal aliada dos médicos, o que permitiria contornar duas dificuldades. A intervenção directa do médico na célula familiar que constituiria um travão para as tentações interventivas dos charlatães ou médicos não qualificados; a partir da família construir uma aliança privilegiada com a mãe, ou seja, entre o homem de saber: o médico e a mulher executiva das suas orientações no seio da família. Em 1876, o higienista Fonssagrives apresenta o seu “Dicionário de saúde”, com dois propósitos: ensinar aos indivíduos a arte de cuidar da saúde para se prevenirem dos males que a podem

lesar e estabelecer relações com o seu médico de modo razoável e benéfico para todos. E a dado momento acrescenta: “...proponho-me ensinar às mulheres a arte de enfermeira doméstica... Tenho a ambição de fazer da mulher uma verdadeira guardiã da doença, conhecendo todas as coisas, mas compreendendo sobretudo que o seu papel é na família e que ela será educada para ser uma ajudante voluntária. O papel das mães e o dos médicos são e devem permanecer distintos. Um prepara e facilita o outro; completam-se ou deveriam antes completar-se no interesse de todos. O médico prescreve, a mãe executa” (J. Donzelot, 1977, 23).

Esta ligação orgânica entre o médico e a família, velada ou abertamente, também procura retirar a mulher do emprego e inscrevê-la apenas nos limites dos muros domésticos, para assim se poder dedicar exclusivamente à família e aos respectivos cuidados (M^a E. Leandro, 2012). Este processo vai repercutir-se profundamente em três dimensões da vida familiar e exigir a sua reorganização: a pressão da família contra as influências nefastas do antigo contexto educativo sobre os métodos e preconceitos dos domésticos e contra todos os efeitos das promiscuidades sociais; o selar de uma aliança privilegiada com a mãe, condutora de uma promoção da mulher devido ao reconhecimento da sua proficiência educativa e sanitária; a utilização da família pelo médico contra as antigas estruturas de ensino, a disciplina religiosa e os hábitos dos internatos.

Praticamente no último quartel do século XIX, com a formulação da teoria dos germes resultante dos trabalhos de Pasteur em França (1848/1882) e de Koch na Alemanha (1882), abre-se de novo a via a um modelo de protecção da saúde, articulado em torno da teoria dos agentes infecciosos. Este novo paradigma propulsionou os primeiros planos de programas de vacinas, afastando qualquer aproximação social e cultural da saúde e da doença. Esta teoria foi considerada uma verdadeira revolução científica a que se podia atribuir a diminuição da mortalidade, embora investigações mais recentes tenham encontrado também outros factores de cariz sócio-económico para o efeito, inclusive durante o período que antecede a revolução industrial (T. Meckelown, 1976; D. Fassin, 1996). Até porque a vacina apenas confere protecção para uma determinada infecção e nunca para todas as outras que podem atingir o corpo nas suas mais variadas dimensões. Estudos sobre estas problemáticas (D. Mcadam, 1982) têm vindo a constatar, por exemplo, que o investimento na educação, até pelo simples facto das mães saberem ler e escrever, produzem mais efeitos benéficos para a saúde do que a simples vacinação que tanto se tem propalado para países africanos em vias desenvolvimento. Usufruir de mais conhecimentos permite conceber a saúde de maneira diferente, investir na sua promoção e compreender a relação entre condições de vida e estado do corpo.

Nos países ocidentais mais industrializados a batalha contra as doenças infecto-contagiosas parece ter sido ganha com a descoberta dos antibióticos,

em 1945. Pouco tempo depois, em 1967, tem lugar o primeiro transplante cardíaco e em 1978 nasce em Inglaterra o primeiro bebé proveta. Estas descobertas e competências científicas e tecnológicas vieram favorecer o desenvolvimento de uma aproximação bio-médica da saúde e da doença e impuseram a ideia do alcance da toda-poderosa medicina (P. Adam e C. Herzlich, 1994), em detrimento do investimento em medidas de saúde pública.

A estas transformações da ciência médica junta-se uma outra de peso relativa a um novo perfil de doenças. As patologias degenerativas e crónicas – designadamente o cancro e as doenças cardiovasculares – tornaram-se nas principais causas de morte nos países desenvolvidos, após 1945. O aumento da longevidade (L-V. Thomas, 1991), e por conseguinte a intensificação do envelhecimento da população, consequência directa do controlo das epidemias e da melhoria das condições de vida, contribui para esta transformação das doenças. Porém, não se trata de causas únicas. Com efeito as duas doenças indicadas não são apenas apanágio dos idosos mas também de outras idades da vida (M. Susser e E. Susser, 1996), a que também não são alheias as atitudes e os comportamentos. Estas e outras “doenças de civilização” são antes consideradas como efeito do desenvolvimento económico e industrial, ou de uma sociedade da abundância encorajando uma alimentação demasiado rica, o consumo exagerado de bebidas alcoólicas e de tabaco, o aumento da circulação rodoviária, o investimento em desportos radicais, a procura de emoções fortes e gratificantes no imediato, etc. são alguns dos elementos que também contribuem para a precocidade e aumento deste tipo de doenças.

Pelas suas próprias características, as doenças crónicas reduziram a pertinência do modelo clínico até então mais orientado para as doenças agudas, cuja gestão tem lugar num tempo relativamente curto: manifestam-se e ou a medicina tende a curá-las rapidamente ou levam à morte, como poderá ser, por exemplo, o caso de uma gripe, de uma meningite, etc. Já as doenças crónicas sendo multicausais, por conseguinte, difíceis de explicar, tendem a confrontar-se com várias temporalidades e formas de tratamento durante os quais a pessoa afectada terá de aprender a viver com as diferentes dimensões da existência e com as orientações médicas (S. Mulot, 2011). Sendo assim, é toda uma nova gestão da doença que se impõe por parte das pessoas aqui implicadas e os seus próximos (M. E. Leandro, A. S. Leandro e S. Oliveira, 2009; M^a. J. Gomes, 2012).

Para a própria medicina uma segunda temporalidade se impõe exigindo pesquisa, meios de despistagem, tratamentos, cuidados, questões éticas... em busca da resposta para poder um dia prevenir ou debelar este tipo de males. É exactamente esta transição entre uma terapia impotente e uma terapia curativa que fundamenta o carácter crónico da doença: incurável, não mata nem sistemática nem imediatamente. É no médio e no longo prazo que os vários actores (doente, médico, família e outros próximos) são solicitados a tratar,

gerir e com-viver com a doença nos diferentes espaços sociais e privados. Daí que a doença crónica se inscreva numa história política e social marcada por controvérsias, avanços e recuos, mobilizações e oposições entre os actores e os Estados, aliás como a própria realidade em que vivemos o tem vindo a atestar. Em retorno, esta história também determina as condições em que cada indivíduo e cada família são chamados a viver a experiência de uma doença crónica com mais ou menos autonomia e a gerir as incidências que daqui decorrem para a sua vida profissional, social, cultural, familiar e individual. Com efeito, viver mais ou menos tempo com uma doença crónica, podendo provocar ou não mais incapacidade, modifica substancialmente as condições de vida do próprio e dos seus próximos, não deixando de convocar igualmente os políticos e os profissionais de saúde para olharem e tomarem medidas para este tipo de situações.

Ao mesmo tempo, este novo quadro de morbilidade e de mortalidade das sociedades hodiernas, similarmente, tem dado lugar a um desencanto perante a medicina no decorrer das últimas décadas. Não só as competências bio-médicas, aumentando, são questionadas, mas igualmente a componente intelectual, dado que as vozes discordantes vieram romper com o consenso reinante acerca dos benefícios incontestáveis da medicina (I. Illich, 1975 ; A. Petersen, D. Lupton, 1996). Ao mesmo tempo, a partir dos anos 1970, as ligações entre os modos de vida e os respectivos comportamentos de um grupo ou uma população e o seu estado de saúde têm sido documentados por vários estudos (L. Breslow, 1978 ; P. Aïach e S. Curtis, 1990 ; D. Fassin, 1996). A acumulação destes dados empíricos contribuiu para relativizar o modelo terapêutico que procura curar a doença uma vez declarada.

Por sua vez, a ideia de prevenção e de promoção da saúde foi fazendo o seu caminho. Mas o interesse por esta problemática, também tem de ser compreendido no contexto dos anos 1970-1980 marcado pela explosão dos custos da saúde. Para os políticos, as campanhas de prevenção representam, então, um meio de reduzir os custos procurando ao mesmo tempo melhorar a saúde da população. Paralelamente, são implementadas medidas de desospitalização (B. R. Monteiro, 2006) e ao invés desenvolvido o ambulatório e os cuidados e serviços de saúde no domicílio, investindo a família de novas responsabilidades sanitárias. À centralidade hospitalar pública preconiza-se agora a centralidade hospitalar familiar para cuidar dos seus doentes crónicos, alguns até com alguma forma de dependência. Face à passagem de um modelo de doença aguda para um modelo de doença crónica verifica-se uma dupla descentralização: o actor principal não é mais o médico mas o doente e o pivot geográfico deixa de ser o hospital para ser o domicílio. Daí que se volte insistentemente a fazer apelo à família e aos seus serviços para colmatar a falta de serviços e de outras medidas que vinham sendo apanágio do Estado.

Neste contexto de mudanças e de incertezas, a família encontra-se “de novo” no topo das instituições que se devem ocupar-se dos doentes e dos dependentes. Simultaneamente a situação da família modifica-se consideravelmente ao longo das últimas décadas. A longevidade dos indivíduos aumentou, bem como a sua provável sobrevivência com doenças crónicas. O número de filhos por família diminuiu e esta mesma família pode ser nuclear, monoparental, recomposta... Designadamente no último caso as situações podem complexificar-se sobretudo no atinente aos laços e as respectivas relações familiares (M^a E. Leandro, 2011, no prelo). As mulheres ingressaram no mundo do emprego, pelo que dispõem agora de menos tempo para se dedicarem inteiramente à família. Por sua vez, o aumento do desemprego numa sociedade salarial acentua a precariedade e a fragilidade dos designados “meios naturais” de proximidade.

Não será uma simples coincidência o facto do discurso familialista se ter desenvolvido desde finais do último século num contexto de questionamento das prioridades de utilização dos fundos públicos e o consequente apelo ao recurso à família como espaço de cuidados e de substituição. A transferência cada vez maior de responsabilidades que antes vinham sendo assumidas pelo Estado para as famílias é visto como uma solução não só para os problemas financeiros do Estado, mas também sociais. Quando se realça o valor das solidariedades familiares em detrimento das solidariedades sociais, fala-se antes de uma transferência de responsabilidades assumidas pelo sector público para a família, vendo nela uma fonte de recursos gratuitos ou pelo menos muito menos onerosos. Em termos económicos, ainda estão por estudar os efeitos da gratuidade dos serviços familiares, sobre o PIB. Entre nós as profundas transformações no sector da saúde, das políticas sociais, da educação e do emprego constituem um exemplo bastante paradigmático destas manifestações.

Cuidados domésticos, cuidados de género

No quadro familiar a resposta a diferentes necessidades de cuidados em matéria de saúde, de bem-estar e de suporte, implícita ou explicitamente, integra igualmente as questões de género. Pesem embora as grandes mudanças familiares e sociais a este respeito e o processo de construção em curso da igualdade entre homens e mulheres, a verdade é que continuam a ser as mulheres as que mais se ocupam destas tarefas no seio da família e até da sociedade em geral. Tenha-se em conta que as tarefas de cuidados, de apoio, de educação e de serviços, seja qual for o seu âmbito de análise e de intervenção no seio da família, são prioritariamente atribuídas às mulheres. Refira-se, ainda, que esta lógica prevalece em âmbito mais alargado, como era ou é ainda o caso do apelo às relações de vizinhança quando delas há necessidade. Não era ou não é raro que

na impossibilidade de uma presença assídua a família e ainda mais as mulheres entre si, para se poder ausentarem, mesmo por pouco tempo, façam apelo a outras mulheres da vizinhança para vigiarem a situação dos doentes e sobretudo dos doentes dependentes durante a sua ausência. Aliás, muito frequentemente, quando nos media inclusive ao nível da ficção, se abordam questões desta natureza, evoca-se a vizinha que diariamente passa e presta apoio ou pelo menos se procura inteirar da situação da pessoa em busca de cuidados.

Também aqui se trata de um tipo de solidariedade cuidadora entre mulheres, quer seja de carácter mais durável, quer seja mais fragmentada no tempo e no âmbito das actividades em causa. Se as mulheres durante séculos foram arredadas do acesso à arte de Esculapo, em virtude da impossibilidade de acesso às faculdades de medicina que era apenas prerrogativa de homens, nem por isso deixaram de construir entre si intensas redes de informação e de suporte no atinente às designadas práticas informais de saúde e saberes de experiência, qual forma de “medicina empírica de vizinhança” e de saberes estratégicos e pragmáticos alternativos. (M^a E. Leandro, 2014). Nos tempos que correm, apesar do seu ingresso generalizado no mercado de emprego, nem por isso estas estratégias, com maior ou menor expansão, têm vindo a ser abolidas.

Estas situações de permuta e de trabalho no feminino não assumem qualquer exclusividade na medida em que ao nível profissional se verifica idêntica situação e ainda mais quando nos hospitais passamos dos cuidados médicos para os de enfermagem, para as auxiliares de acção médica até ao extremo mais baixo da pirâmide da estratificação social. Não se poderão compreender os desafios que se colocam hoje ao Estado social, em termos de cuidados e de outros apoios sociais, sem refletir sobre estas vertentes. O indivíduo tal como a sociedade devem a sua proteção social e sanitária a uma tripla combinação que engloba a família ainda mais na sua vertente feminina, o mercado e as prestações dos poderes públicos. Mas na maioria das situações é a família e o mercado que constituem os principais recursos no atinente aos serviços de cuidados: no essencial, os nossos proventos advém maioritariamente do mercado de emprego, mas mais geralmente ao longo da vida o apoio e suporte social são-nos essencialmente concedidos pelos membros da família.

Não obstante, estes três pilares de proteção social e sanitária estão profundamente imbricados. Se o mercado falha, voltamo-nos para a família e para os poderes públicos. O caso da educação e da saúde não é o menos significativo. Mas a revolução profissional e feminina, integrando a mulher no mercado de emprego, produzindo profundas modificações, releva outras necessidades que mais se fazem sentir no âmbito dos cuidados e na falta de tempo disponível para as crianças e para os idosos (M^a E. Leandro e A. S. Leandro, 2006b). Retorquir-se-á que o mercado tem muitas respostas para colmatar estas ausências. Só que não estão ao alcance de todas as bolsas e condições familiares

como se tem vindo a constatar. Tenha-se, igualmente presente que o internamento em serviços especializados com qualidade é possível mas é caro quando a reserva tradicional que constituíam as filhas de uma certa idade, suscetíveis de se ocuparem dos pais, porque não exerciam uma profissão, tende a rarear. Quando estas duas dificuldades se juntam o principal recurso orienta-se para as instituições do estado social, entre nós maioritariamente sob a égide das IPSS, grandemente financiadas pelo Estado através das nossas contribuições. Por cada utente destas instituições, o Estado concede à instituição cuidadora uma subvenção pecuniária, por exemplo, na ordem dos 350€ por idoso. Mas não basta receber e ter dinheiro. Para poderem prestar os cuidados necessários, estas instituições e outras similares também têm de fazer apelo a mais prestações de serviços por parte da população feminina, inclusive ao nível do voluntariado (M^a E. Leandro, D. Cardoso, 2005).

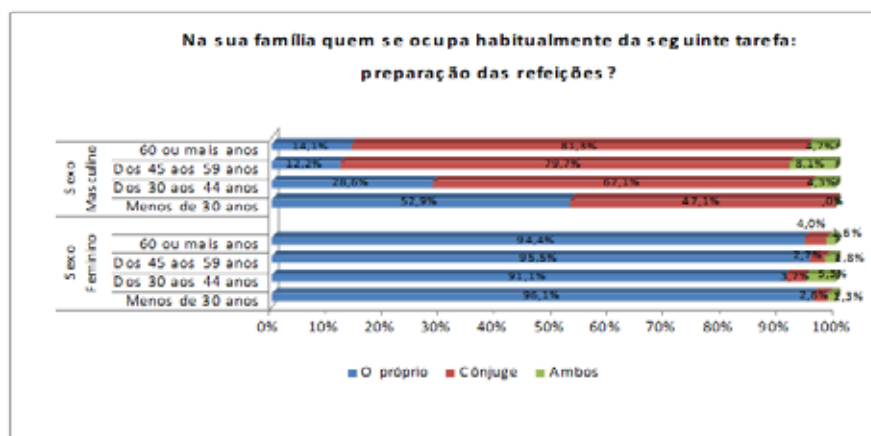
Está-se já aqui perante uma consequência expressiva das mudanças que se têm vindo a produzir, designadamente desde os anos 1970 no âmbito da família, do mercado de trabalho, das políticas sociais e da sociedade em geral. Com o acesso generalizado das mulheres ao emprego, a participação dos homens e das mulheres no mercado de trabalho veio-se tornando um direito e um dever. Aliás, o trabalho assalariado é um vector fundamental, quase exclusivo de integração social e aquisição de direitos sociais. O modelo familiar organizado em torno do conceito de adultos ativos (*adult worker model*) tende a tornar-se uma norma tanto mais importante quanto está inscrita na agenda da União Europeia, sendo o desemprego, tanto dos homens como das mulheres, um dos graves problemas da atualidade neste rincão alargado. Porém, a erosão do modelo do “homem-ganha-pão” (*male breadwinner model*) e a promoção do modelo de “trabalhador adulto autónomo” não significa que nos dirijamos para um modelo com duas carreiras e com dois provedores de recursos e apoios familiares. A persistência de certas desigualdades entre os homens e as mulheres explica-se porque se alojam em espaços diferentes, designadamente no espaço da vida privada onde as tarefas domésticas e cuidadoras, sobretudo em prol das crianças e dos idosos dependentes, continuam a relevar essencialmente da responsabilidade feminina. Repare-se, até, no que acontece com os avós quando se ocupam dos netos: às avós mais os serviços e os cuidados do dia-a-dia e aos avós mais as atividades lúdicas.

Este último ponto adquire ainda maior relevância no âmbito dos dados recolhidos pela nossa investigação. Mas antes de avançar com qualquer interpretação, importa dizer que a nossa amostra, visando inquirir um dos representantes da família, é constituída por 70% de mulheres e 30% de homens, o que, só por si, também é ilucidativo a propósito de quem se mostra mais disponível para falar das questões da saúde quando se aborda a família. Sob o chapéu de uma melhor gestão dos cuidados familiares e de uma aproxima-

ção mais humana da saúde, continua a denotar-se uma responsabilidade mais pesada para as mulheres no contexto doméstico ainda que os homens, como nos indicam os dados recolhidos, também participem cada vez mais nestas tarefas. Porém, num estudo que também tinha um objectivo comparativo, esta situação é variável de um concelho e de uma região para o outro, como no-lo revelam os dados insertos em alguns dos trabalhos apresentados neste livro. Daí que não se possam fazer generalizações.

Haverá ainda lugar para dizer que os dados da figura nº 1 quanto à preparação das refeições, aliás muito próximos de outras variáveis e itens estudados, são muito elucidativos quanto ao exercício destas tarefas.

Figura 1: Preparação das refeições no seio da família



Denota-se, contudo, uma gradação: são os mais novos com menos de 30 anos e mais escolarizados, alguns até com formação universitária, que mais aderem às mudanças. Daí que possamos dizer que há transformações em curso entre as novas gerações quanto à intervenção de género nas tarefas de cuidados familiares. Já ao nível dos mais velhos que integraram a nossa amostra, quer se trate de homens quer de mulheres, denota-se que há um “habitus” profundamente enraizado que os leva a seguir as tradicionais formas de divisão das tarefas domésticas, o que reflecte uma cristalização das mentalidades e dos respectivos comportamentos a este respeito, pelo menos em determinadas idades da vida e situação escolar. A nível das entrevistas também nos foram transmitidos comentários que abonam neste sentido: “Os homens só fazem estes trabalhos quando tem de ser e mesmo assim são muito lentos. Levam o dobro do tempo” (Mulher, casada, 51 anos). “Claro que quando é preciso também sei cozinhar

uma refeição ou ajudar uma pessoa doente. Mas a mulher faz esse trabalho melhor e mais rapidamente do que eu” (Homem, casado, 68 anos).

Entre outros aspectos, estes comentários expressam claramente a força do “habitus”, ou seja, as estruturas sociais da nossa subjectividade que começam por se construir muito precocemente (habitus primário) e depois na vida adulta (habitus secundário) (P. Bordieu, 1980), atestando a maneira como as estruturas sociais se imprimem nas mentalidades e nos corpos através da interiorização da exteriorização (M^a E. Leandro, 1995a), independentemente da pertença social e de género. Por conseguinte, estas distinções não assentam em qualquer tipo de “predisposição natural”, como muitas vezes o querem fazer crer certas ideologias, orientando mais os homens e as mulheres para a realização destas ou daquelas tarefas domésticas, este ou aquele tipo de cuidados individuais, familiares e profissionais. Os dados e os comentários referenciados e muito outros que não trazemos para aqui para não sobrecarregar o trabalho, são claros: logo que a necessidade se afigura esta distinção esvazia-se, embora possa levar os respectivos actores a terem de passar por uma fase de aprendizagem e interiorização das necessidades, mas também das capacidades. Também não há nada que espantar devido ao facto das mulheres se considerarem serem mais adestras do que os homens para a prestação deste ou daquele serviço, pois desde a mais tenra idade foram socializadas e treinadas nesse sentido e inversamente. Trata-se, assim, de um habitus incorporado que se traduz em “maneiras de ser” e “maneiras de fazer” diferenciadas levando umas e outros a agirem de modos distintos, perante o mesmo facto ou quando a necessidade se impõe.

Trata-se de “Artes domésticas civilizadoras que, praticadas pelas próprias mulheres, lhe conferem a vocação de conduzir as etapas do seu próprio destino e dele serem as construtoras. Os diferentes estatutos femininos reproduzem-se entre si e adquirem-se entre mulheres. O universo feminino não se define negativamente em relação ao mundo dos homens, mas no seu interior e por si mesmo como universo organizado e regido pelas suas próprias leis, espaço de soberania e de autonomia das mulheres” (Y. Verdier, 1979, 338). O fenómeno da excisão feminina é paradigmático a este propósito. De resto, desde tempos ancestrais as mulheres foram sempre mais votadas ao gineceu por oposição aos homens dirigidas para o androceu: a elas a casa e muito singularmente a agricultura nas suas mediações e a eles a caça e a pesca exigindo calcorrear distâncias. Esta polaridade e assimetria mais concebidas em função de uma complementaridade funcional, logo diferencial e algo discriminatória, apesar de terem vindo a ser objecto de profundas mudanças, ainda se afiguram com bastante pujança nos tempos que correm.

Todas as considerações que temos vindo a desenvolver também nos levam a dizer que as mutações operadas recentemente na família, no mercado de trabalho e no envelhecimento da população, segundo certos autores (F. Andrade,

2009 ; M^a J. Gomes, 2012) trouxeram identicamente novos riscos sociais, entre os quais figura a dificuldade das mulheres em conciliarem a vida profissional e familiar. Ademais, como o emprego das mulheres é um princípio de acção comum, coloca-se a questão de saber de quem se ocupará dos membros dependentes da família e quem pagará esta sobrecarga, uma questão que não merecido grande interesse dos governos e do patronato, apesar dos insistentes apelos a mais investimento no aumento da natalidade. Será que efectivamente as políticas de apoio à família que vigoram em Portugal favorecem a inversão de que se necessita a este propósito sem pensar nas leis e nos horários de trabalho? Para tanto bastaria olhar e seguir políticas idênticas às implementadas nos países nórdicos e em França, com elevadas taxas de emprego feminino, cuja taxa de crescimento natural (2,1 filhos por mulher em idade fértil) está assegurada. A participação acrescida das mulheres no mercado de emprego, em teoria, supõe uma mudança na organização dos tempos de trabalho/emprego (que entre nós até tem vindo a aumentar) e uma reorganização dos modelos de prestação de serviços de cuidados, para não colocar em risco o modelo da trabalhadora autónoma, obrigando-a, por exemplo, a ter de trabalhar a meio tempo, na medida em que é a ela que se pede mais responsabilidades e tarefas familiares. Se assim for, o emprego considerado poder conceder às mulheres uma autonomia económica, um estatuto e uma protecção social igual à dos homens, não lhe permitirá aceder à cidadania activa.

Os cuidados “The care”, englobando as atividades e as relações que visam satisfazer as necessidades físicas e emocionais das pessoas dependentes, bem como os quadros normativos, económicos e sociais, nos quais estas actividades e relações se definem e são realizadas (M. Taylor, J. Lewis, 2000), estão no centro dos debates sobre a reestruturação dos sistemas de protecção social, abrangendo em primeiro lugar as mulheres. De sobremaneira, os cuidados situam-se nos interstícios de várias dicotomias que estão no âmago das políticas sociais: trabalho renumerado/trabalho não renumerado, trabalho formal/trabalho informal, trabalho feminino/trabalho masculino, mais tempo de trabalho, partilha de responsabilidades entre o Estado, o mercado e a família. Neste contexto, o que aqui também queremos relevar é o facto das possíveis e necessárias transferências dos serviços de cuidados gratuitos prestados no quadro familiar para o quadro das instituições do estado social, mormente no atinente a crianças e a idosos, se ter transformado num importante sector de empregabilidade para muita da população feminina, ainda que pareça estar agora em retrocesso: diminuem os nascimentos e o desemprego, diminuindo os recursos económicos e negligenciando as ocupações profissionais, também podem contribuir para o efeito.

Seja como for, é caso para dizer que o trabalho de cuidados, mais concretamente o “trabalho sobre o humano” (E. Gofman, 1961) e não sobre material

humano, incluindo cuidados e técnicas, faz igualmente apelo à qualidade das relações e às vivências emocionais, tende a não assumir as mesmas prerrogativas quando tem lugar no espaço familiar ou no espaço profissional sem, de modo algum, querermos dizer que é melhor ou pior neste ou naquele espaço. Não podemos, porém, obliterar a importância dos investimentos afectivos e emocionais, que são percebidos diferentemente segundo se trate do enquadramento familiar ou institucional. Mas há aspectos que este tipo de tarefas pode ter em comum: o ser ressentido como obrigação. Só que no âmbito familiar tal acontece em virtude das responsabilidades e obrigações que brotam dos vários laços que unem os seus elementos: biológicos, aliança, civis e/ou religiosos, afectivos e electivos, ao passo que no âmbito profissional integram as próprias responsabilidades da profissão, o que implica sempre a mediatização do salário.

Tal não obsta a que as grandes mudanças de que temos vindo a falar criem constrangimentos que fazem com que estes serviços e cuidados não possam ser prestados por familiares, mas antes por profissionais em instituições. Tradicionalmente, outorgam-se aos familiares sentimentos de dedicação, bondade, amor, altruísmo, ainda que possam exigir sacrifícios entre os quais aprender a lidar com as privações, que até podem ter mais que ver com a organização e ocupação do tempo que passa a ser muito restrito, o desgaste, as próprias sujidades e incapacidades com tudo o que implicam. Não obstante, numa perspectiva de (des)valorização da prestação deste tipo de trabalho, aquilo que globalmente caracteriza esta distinção num espaço ou no outro é o facto destas tarefas exercidas no interior do espaço doméstico serem, na maioria das vezes associadas à obrigação, à gratuidade, à dedicação e ao amor, enquanto no âmbito de uma profissão, podendo englobar alguns destes elementos, concorre para promover quem o executa, acedendo a um estatuto profissional com tudo o que lhe está associado.

Podemos, contudo, dizer que a situação, sendo bastante distinta, não é absolutamente nova, na medida em que num passado muito pouco recuado e ainda com alguma actualidade, embora de forma muito residual, se fazia apelo a pessoas cuidadoras vindas do exterior, normalmente das aldeias para as cidades, para integrarem o grupo doméstico apoiando-o em permanência nas suas tarefas de produção e reprodução, como era o caso das “criadas”. A estas era igualmente solicitada uma dedicação incarnada (A. Martin-Fugier, 1979) havendo até muitas que dedicavam toda a sua vida àquela família como se de uma missão se tratasse. Hoje, em caso de necessidades similares, faz-se essencialmente apelo à “empregada doméstica ou à mulher-a-dias” que, na grande maioria dos casos, apenas aqui vem trabalhar umas horas, para em seguida partir para outras ou para a casa familiar, o que reveste significações e realidades muito distintas, pelo menos em termos de liberdade, autonomia, capa-

cidade de decisão e modo de pagamento (M^a E. Leandro, 1995b). Por outro lado, nas anteriores condições, o trabalho prestado circunscrevia-se aos muros das fronteiras domésticas ao passo que de há uns anos a esta parte este espaço tem vindo a ser muito extravasado para o âmbito do público e do institucional muito peculiar, mas com um largo espectro de abrangência.

Haverá ainda lugar para dizer, em contrapartida, que a nova implementação do ambulatório, implicando a transferência da hospitalização para o domicílio (B. Monteiro, 2006), faz constantemente apelo à família e teoricamente à comunidade, visando procurar uma forma de protecção decorrente da rede de laços sociais dos próximos. Normalmente, ao nível da comunidade os possíveis cuidadores e sobretudo os que poderão integrar os grupos de suporte social, ou seja, aqueles com quem de facto se pode contar para o que der e vier, apenas poderão ser recrutados entre os amigos e os vizinhos, mas nunca para uma prestação de serviços gratuitos em permanência. Assim, o próprio suporte social de cuidados fica também muito reduzido ao grupo familiar e no interior deste a muito poucas pessoas: esposas, filhas ou noras, como o têm constatado outros estudos realizados em Inglaterra e em França sobre estas questões (M. Bungener, 1986; G. Dalley, 1988).

Ora, em muitos casos, a hospitalização domiciliária não é transitória mas poderá ser permanente e demorada, o que suscita novas questões às famílias, obrigando-as a reorganizarem-se. Como já o afirmámos, se se vive hoje mais tempo com mais saúde, muitas pessoas também vivem mais tempo com doenças crónicas e até dom doenças crónicas com dependência, podendo também contribuir para desencadear doenças entre os cuidadores (F. Andrade, 2008 ; M^a J. Gomes, 2012). Os casos das lombalgias, do stress e das doenças mentais não são os menos significativos. Esta participação é um dos pilares fundamentais mas insuficiente face às novas necessidades de serviços de cuidados, muitos até na sequência do grande aumento da longevidade, podendo deixar algumas pessoas idosas numa situação de maior e mais demorada dependência e sem recursos para fazerem apelo a alguém do exterior que se possa ocupar destas tarefas. Daí que a manutenção na família exija uma importante mobilização dos seus elementos que nos dias que correm até têm vindo a diminuir, dada a redução do número de filhos por família ao longo das últimas décadas.

Nestas perspectivas, as solidariedades familiares são concebidas como um “recurso” adicional ou substantivo na lata tarefa de satisfação das necessidades de cuidados, guarda, alojamento, inserção, reabilitação, quiçá socialização e sociabilidade, mas também terão de ser elas próprias objecto de apoio através de medidas publicas, o que entre nós, nem sempre se afigura uma realidade. Perante estas necessidades, para os governantes e outros decisores, as relações primárias e privadas afiguram-se cada vez mais como uma resposta eficaz e económica, mas parecem ignorar as grandes mudanças introduzidas na famí-

lia, na composição demográfica da população, no aumento das dependências, nos meandros dos serviços de saúde e na sociedade em geral.

Não obstante, de uma tal observação pode retirar-se também um outro corolário bem interessante: o da coletivização parcial do trabalho de socialização e de reprodução de guarda das crianças e dos cuidados às pessoas dependentes, mormente os idosos, que incumbia às mulheres no quadro familiar e que as limitava no acesso ao mercado de emprego designadamente a tempo inteiro, permite assim a sua permanência no mercado de emprego. Identicamente, frise-se que estas transformações abriram a porta a mais empregos e carreiras profissionais inclusive com horizontes de mobilidade social no quadro do recentemente designado “Terceiro Sector”. Refira-se, por exemplo, que a maioria dos lugares técnicos e de direcção sectorial interna são ocupados por mulheres com formação superior (M^a E. Leandro e F. Nogueira, no prelo). Mas nem por isso estas prerrogativas libertaram as mulheres de outras responsabilidades de trabalho no seio da família em torno dos cuidados prestados a familiares que fazem parte da sua vida quotidiana.

Com certeza que a situação é bastante diferente para quem pode fazer apelo ao trabalho assalariado de uma outra mulher para o exercício dessas tarefas, podendo dedicar-se mais livremente ao trabalho profissional, e para quem o não pode fazer por falta de recursos económicos para o efeito. Daí que as exigências e a sobrecarga mental de umas e de outras sejam bastante distintas (M^a E. Leandro, 2001). Trata-se de uma lógica de trabalho dobrado/trabalho redobrado, o que tem vindo a traduzir-se na expressão de “dupla jornada de trabalho”. Já a noção de “sobrecarga mental” contempla o ter em conta a gestão do tempo e o papel mediador do corpo, o ter de estar ausente de um espaço e estar mentalmente presente no outro ainda que seja para reflectir no que possa ou não estar a acontecer ou possa vir a seguir. Visa, igualmente dar conta da sobreposição do trabalho assalariado e do trabalho doméstico no quadro da própria família. Para quem tem de assumir semelhante posição, esta noção tem em conta a necessidade de organização, por conseguinte ter de pensar e fazer simultaneamente e em conjunto as sucessões da carga de trabalho, de as imbricar ou sobrepor, mas também ao contrário as desimbricar e construir continuidades (*idem*).

Metaforicamente, estamos face a formas de cozinheiros encadeados obrigando continuamente a articular o que funciona em conjunto e a excluir o que é incompatível. Insista-se que esta sobrecarga mental é carregada de uma tensão constante para ajustar as temporalidades e os diferentes espaços, mas não autónomos, que interferem de nodo multiplicativo (*idem*). Basta trazer para aqui um exemplo elementar da vida quotidiana das famílias, consistindo em articular o local de emprego de cada um dos cônjuges ou apenas de um conforme a forma de família em que se vive, creche, ama, jardim-escola, gran-

des superfícies, transporte, visando fazer uma escolha acertada do local de residência (ibidem).

Esta questão da sobrecarga mental não tem sido muito tida em conta quando se trata de analisar questões desta natureza, sabendo, no entanto, que atinge grande alcance em duas dimensões cruciais. A primeira prende-se exactamente com o facto de nesta acumulação de tarefas, que inclui igualmente as noções de serviço e disponibilidade permanente, o trabalho intelectual, mesmo quando se trata de trabalho doméstico, estar sempre presente. Até, porque o ritmo e a organização do trabalho doméstico não reenvia para o trabalho realizado mas antes para actividades e tempos dos outros, exigindo reflexão e articulação com os mesmos. Daí que estes trabalhos e estes tempos sejam racionalizados, fragmentados e particularmente quando têm de se acumular com os outros (D. Chabaud-Richter, et al., 1992). A segunda relaciona-se precisamente com o desgaste que esta sobrecarga mental pode provocar com consequências para a saúde das próprias actoras.

Não será por acaso que a esperança média de vida das mulheres, sendo maior do que a dos homens, nem por isso impede que sejam atingidas mais precocemente de mais morbilidades inclusive com mais dependência (M^a J. Gomes, 2012). Ao longo da vida têm vindo a ser muito mais solicitadas do que os homens para exercerem esta sobrecarga mental e trabalho permanente de cuidados, muito frequentemente sob a égide de uma ideologia da dedicação, do altruísmo, do saber prático e da intuição no feminino que, apesar de ser coisa que não se ensina nos cursos escolares, se incorpora com o leite materno através das várias socializações. Mais concretamente, trata-se de fazer e de investir em tarefas menos valorizadas, mas absolutamente necessárias à produção e reprodução dos humanos e que os homens têm vindo a recusar (A. Michel, 1978; M. Le Doeuf, 1998). Podemos dizer que também está aqui em causa o valor social “variável” desta ou daquela tarefa, deste ou daquele trabalho, mas que ao longo da vida constitui um pilar fundamental da vivência humana sem deixar de ter custos diferenciados no atinente à saúde e à doença.

Conclusão

Um mesmo fio percorre a traça que designámos para este trabalho, ou seja, estudar vários tipos de imbricações entre a família e a saúde, mesmo quando se pensa em algo que imediata e directamente possa parecer estar menos associada as estas facetas. Família e saúde relacionam-se e explicam-se reciprocamente quando se pretende reflectir sobre a esfera das representações e das práticas relacionadas com estas problemáticas.

No centro destas questões aparece a relação privilegiada entre a saúde e o social e o modo como esta articulação foi pensada por anteriores pensadores

sociais com particular destaque para os higienistas no século XIX e as medidas que, através das suas pesquisas e do seu saber, vieram a ser implementadas e desenvolvidas, bem como a dinâmica que se tem seguido ao longo do tempo. Aqui são analisados os perfis de morbilidade que incentivaram vários estudos, proporcionaram novas medidas públicas e sanitárias e fizeram ressurgir vários tipos de transformações.

Se as particularidades da família e a sua relação com a saúde também são centrais na nossa análise, não se bastam a si próprias, na medida em que o campo da família é muito mais vasto mas nem por isso sem influências correlativas. Por outro lado, sendo um grupo uno, é formado por indivíduos que considerados iguais enquanto seres humanos, são igualmente desiguais entre si, designadamente quando se tem em conta as relações de género e das gerações. Não obliterando estas últimas, são sobretudo as primeiras que mais captam o nosso interesse neste trabalho. E isto por duas razões fundamentais. A primeira prende-se com o facto das mulheres, desde tempos de antanho, terem sido constituídas as principais cuidadoras e prestadores de serviços de saúde com particular amplitude no espaço familiar, sem que aí tivessem de ficar confinadas. Quando se passa para o âmbito do profissional e do social, seja qual for o ângulo de análise e a sua dimensão, estas singularidades são extravasadas. Não seá por acaso que na Idade Média e séculos seguintes ao serem criadas várias instituições para cuidarem dos pobres, dos orfãos e dos doentes, e ainda mais no seio da religião e de algumas medidas governamentais, se faz essencialmente apelo à população feminina, apesar de não ser o caso quando se tratava da medicina propriamente dita. Aqui o predomínio, até muito recentemente, foi sendo dos homens o que também mudou profundamente desde a segunda metade do século XX. Podiam não saber inventar e administrar medicamentos de índole propriamente médica e tecnológica, mas inventaram outras farmacopeias, saberes e práticas cujos efeitos sobre a saúde dos humanos ainda não são cabalmente conhecidos (M^a E. Leandro, 2014).

A preocupação da mãe e da mãe cuidadora, era/é, apesar das mudanças operadas, garantir uma presença quotidiana assídua e sistemática (tanto quanto as condições profissionais o permitem), a fim de oferecer a um ser humano frágil, homem ou mulher, a garantia da sua presença atenta que sabe olhar, escutar, assegurar, ligar, compreender, acarinhar, em suma conferir confiança e suporte, o que não exige menos saber, competência e dedicação. Tenha-se ainda presente que as mulheres, estando no âmago dos cuidados, das tarefas de suporte, da produção e reprodução de saúde, são igualmente produtoras de riqueza social. Quando fazem gestos de “caring”, por vezes de “curing”, as cuidadoras criam riqueza para a família e para a sociedade, pois contribuem para a qualidade de vida dos seus próximos e sem esta muito dificilmente poderá haver boa saúde, inclusive para poder trabalhar. Na penumbra do domicílio, as mulheres sem que

queiramos descurar uma maior intervenção dos homens, também sustentam o sistema público e solidarizam-se com os seus semelhantes homens e mulheres e à sua maneira contribuem para a coesão do tecido social e para o seu desenvolvimento global, sendo a saúde um elemento fundamental do mesmo.

Enfim, a segunda, socorrendo-se também de dados empíricos recolhidos através do projecto que subjaz à produção deste livro, tende a relevar as persistências e as mudanças em curso nesta matéria, fazendo emergir os principais mecanismos que lhes estão associados. Algumas questões parecem simples apesar de muitas complexas. O princípio, pelo menos aparentemente, é simples. Cada vez que os recursos médicos e sociosanitários escasseiam, são caros porque contribuem para aumentar o déficite da dívida pública ou pouco acessíveis, a família e no seu seio designadamente as mulheres afiguram-se de novo conhecedoras e competentes, como acontece, por exemplo, com o fenómeno da viragem do ambulatório conduzindo à transferência da hospitalização para o domicílio. Só que estas velhas/novas tarefas no domicílio também podem afectar a vida conjugal e familiar, a dos doentes e a dos cuidadores, sabendo que em situações desta natureza os laços afectivos tanto podem ser reforçados como fragilizados. Tudo é possível em situações desta índole. Concorrem idênticamente para estas situações as profundas mudanças demográficas, familiares, profissionais, sociais e escolares, não deixando indenes os tradicionais suportes de apoio, o que mereceu uma análise aprofundada neste trabalho.

Bibliografia

- ADAM, P., HERZLICH, C. (1994), *Sociologie de la médecine et de la maladie*, Paris, Nathan.
- AIACH, P. e CURTIS, S. (1990), Social Inequalities in Self Reported Morbidity: Interpretation and Comparaison of Data from Britain and France, *Social Science and Medecine*, 31, pp. 267-274.
- AIACH, P. (1981), *Contenu de l'objet santé et variabilité des attitudes*, in *Conceptions, mesures et actions en santé publique*, Colloques de l'INSERM, Vol. 104, pp. 357-376.
- AIACH, P. (1978), Point de vue sur la sociologie de la morbidité, Santé, médecine et sociologie, *Actes du Colloque international de sociologie médicale*, Paris, Ed. du cNRS, pp. 461-467.
- ANDRADE, F. (2009), *Cuidadores familiares idosos : Uma realidade, um novo desafio*, Tese de mestrado, Universidade do Minho.
- AUGÉ, M., HERZELICH, C. (orgs) (1984, *Le sens du mal*, Paris, Archives contemporaines.
- BACKETT, K. (1990), "Image and Reality: Health Enhancing Behaviours in Middle Class Families", *Health Education Journal*, 49, pp. 61-63.
- BAUMANN, Michèle (2002), Promotion de la santé et discriminations sociales: Quelles questions éthiques?, in M^a E. Leandro, M. Lobo, M. Costa (orgs), *Saúde. As teias da discriminação social*, Braga, ICS, pp. 393-415.
- BAUMANN, Michèle et al. (dir), (2001), Santé communautaire et action humanitaire – Le diagnostic de santé d'une population, *Médecins du monde*, Rennes, École Nationale de la Santé Publique.

- BERGER, P. e LUCKMANN, T. (1966), *The Social Construction of Reality*, London, Knopf Doubleday.
- BOURDELAIS, P. (2000), L'inégalité sociale face à la mort : une invention récente d'une réalité ancienne, in Anne Leclerc et al. (dir), *Les inégalités sociales de santé*, Paris, INSERM/La Découverte, pp. 27-39.
- BOURDIEU, P. (1980), *Le sens pratique*, Paris, Ed. de Minuit.
- BRESLOW, L. (1978), "Prospects for Improving Health through Reducing Risk Factors", *Preventive Medicine*, 7, pp. 449-458.
- BUNGENER, M. (1986), Maladies à domicile: ce qu'il en coûte aux familles?, *Informations sociales, numéro spécial Famille et santé*, n° 4, novembre.
- COBB, S. (1976), Social Support as a Moderator of Life Stress, *Psychosomatic Medicine*, n° 38, pp. 301-314.
- LEANDRO, M. E. (2001a), "A saúde no prisma dos valores da modernidade", *Trabalhos de Antropologia e Etnologia*, Vol. XLI (3-4), 2001, pp. 68-92.
- CHABAUD-RICHTER, D., FOUGEYROLLAS-SCHWEBE, D. e SONTANNAX, F. (1985), *Espace et temps du travail domestique*, Paris, Librairie Méridiens.
- CORBIN, A. (1982), Le miasme et la jonquille. L'odorat et l'imaginaire social 18e-19e siècles, Paris, Aubier.
- DANIELSON, C. et al. (1993), *Families, Health and Illness. Perspectives on Coping and Intervention*, St Louis, Mosby.
- DALLEY, G. (1988), *Ideology of Caring*, London, MacMillan.
- DOHERTY, W. e CAMPBELL, T. (1988), *Families and Health*, London, Sage.
- DONZELOT, J. (1977), *La police des familles*, Paris, Ed. De Minuit).
- DRULHE, M. (2014), Dynamique sociale des émotions et meandres de la santé, in M^a E. Leandro e B. R. Monteiro (dir), *Saúde no prisma da sociologia. Olhares plurais*, Viséu, Psicosoma, pp. 45-55.
- DURKHEIM, E. (1977 [1895]), *Les règles de la méthode sociologique*, Paris, PUF.
- EVANS-PRITCHARD, E. (1985 [1937]), *Witchcraft, oracles and magic among the Azande*, London, Clarendon Press.
- HERZLICH, C. et PIERRET, J. (1984), *Maladies d'hier, maladies d'aujourd'hui*, Paris, Payot.
- FASSIN, D. (1996), *L'espace politique de la santé. Essai de généalogie*, Paris, PUF (Coll. « Sociologie d'aujourd'hui »).
- FEBVRE, L. (1942), *Le problème de l'incroyance au XVe siècle*, Paris, Albin Michel.
- FOUCAULT, M. (1975), *Surveiller et punir*, Paris, Gallimard.
- FOUCAUT, M. et al. (1979), *Les machines à guérir, aux origines de l'hôpital moderne*, Paris, Pierre Mardaga.
- GOFFMAN, E., (1961), *Asylums: Essays on the social Situation of Mental Patients and Other Inmates*, New York, Doubleday Anchor.
- GOMES, M^a J. (2012), *Vidas após um Acidente Vascular cerebral: efeitos individuais e familiares*, Tese de Doutorado, Universidade do Minho.
- GOMES, R. (2009), "A família como ator promocional de saúde", in M^a E. Leandro, P. Nossa, V. Rodrigues (orgs), *Saúde e sociedade. O contributo (in)visível da família*, Viséu, Psicosoma.
- GRAHAM, H. (1984), *Women, Health, and Family*, Harvester, Brighton.
- GRAUNT, J. (1662), *Natural and Political Observations upon the Bills of Mortality*, London, h.<http://www.unilim.fr/pages>.
- HERZLICH, C. et PIERRET, J. (1984), *Maladies d'hier, maladies d'aujourd'hui*, Paris, Payot.

- HUGO, V. (s. d. [1862]), *Os miseráveis*, Mem Martins, Publicações Europa América.
- KAUFMANN, J.-C. (2004), *L'invention de soi. Une théorie de l'identité*, Paris, Armand Colin.
- KELLERHALS, J, et MONTADON, C. (1991), *Les Stratégies éducatives des familles. Milieu Social, Dynamique familiale et éducation des pré-adolescents*, Lausanne/Paris, Delachaux et Niestlé.
- ILLICH, I. (1975), *Medical Nemesis*, Paris, Seuil.
- LA Bible, Traduction œcuménique TOB, Paris, Cerf.
- LANGLIE, J. (1977, Social Networks, Health Bellies and Preventive Health Behaviours, *Journal of Health and Social Behaviour*, 18, pp. 244-260.
- LEANDRO, M^a E. (no prelo); Sacralização do amor e famílias recompostas. Novas maternidades e paternidades?
- LEANDRO, M^a E e NOGUEIRA, F. (no prelo), Situações inéditas.Com o envelhecimento a criatividade e o emprego.
- LEANDRO, M^a E. (no prelo), Nos interstícios das rugas e das aparências.
- LEANDRO, M^a E. (2014), Saberes e saúde: teorias e usos sociais, in M^a E. Leandro e B. R. Monteiro (dir), *Saúde no prisma da sociologia. Olhares plurais*, Viseu, Psicosoma, pp. 55-94.
- LEANDRO, M^a E. e DA CUNHA, M. (2014), Viver em contexto migratório. Controversias acerca da saúde, in M^a E. Leandro e B. R. Monteiro (dir), *Saúde no prisma da sociologia. Olhares plurais*, Viseu, Psicosoma, pp. 131-152.
- LEANDRO, M^a E., ANTUNES, M^a, LEANDRO, A. S., BARROSO, V. (2013), Cultures de la nuit, santé des étudiants et transactions sociales, *Pensée Plurielle*, 2013/2-3, n^o 33-34, pp. 197-212.
- LEANDRO, M^a E. (2012), Transformações estruturais e familiares. Da família da industrialização à família hodierna, in A. Esteves e M. Araújo, *Sociedade, economia e instituições*, Braga, CITCEM, pp. 361-391.
- LEANDRO, M. E., LEANDRO, A. S., OLIVEIRA, S. (2009), “Entre família, Saúde, riscos e confiança”, in M^a E. Leandro, P. Nossa, V. Rodrigues (orgs), *Saúde e sociedade. O contributo (in) visível da família*, Viseu, Psicosoma.
- LEANDRO, M^a E. et al. (2008), Na encruzilhada da família e do género em contexto migratório, *Configurações*, n^o 4, pp. 27-64.
- LEANDRO, M. E., MACHADO, J., GOMES, R. (2007), “Promoção da saúde e prevenção da doença: realidades e miragens nas famílias portuguesas”, in G. Pereira, *Psicologia da saúde familiar: aspectos teóricos e práticos de investigação*, Lisboa, CLIMEPSI, pp. 267-294.
- LEANDRO, M^a E., RODRIGUES, V., LEANDRO, A. S. (2006), Família um actor informal de saúde, in M. S. Costa e M^a E. Leandro (orgs), *Participação, saúde e solifariadeade: Riscos e desafios*, Braga, ICS-UM, pp. 183-198.
- LEANDRO, M. E. et al. (2002), Os males do corpo em terra estrangeira, in M^a E. Leandro, M. Lobo, M. Costa (orgs), *Saúde. As teias da discriminação social*, Braga, ICS, pp. 181-210.
- LEANDRO, M. E. (2001a), “A saúde no prisma dos valores da modernidade”, *Trabalhos de Antropologia e Etnologia*, Vol. XLI (3-4), 2001, pp. 68-92.
- LEANDRO, M. E. (2001b), *Sociologia da família nas sociedades contemporâneas*, Lisboa Universidade Aberta.
- LEANDRO, M^a E. (1995a), *Familles portugaises. Projets et destins*, Paris, L'Harmattan.
- LEANDRO, M. E. (1995b), *Au-delà des apparences. Les Portugais face à l'insertion sociale dans l'agglomération parisienne*, Paris, l'Harmattan (Coll. «Migrations et changements »).
- LEBRUN, F. (1995), *Se soigner autrefois. Médecins, saint et sirciers aux XVIIème siècles*, Paris, Seuil.
- LE DOEUF, M. (1998), *Le sexe du savoir*, Paris, Aubier.

- LERICHE, R. (1936), De la santé à la maladie: où va la médecine?, *Encyclopédie française*, Tome VI.
- LEWIS, J., MEREDITH, B. (1991), *Daughters Who Care*, London, New York, Guilford Press.
- LINHART, R. (1978), *L'Établit*, Paris, Ed. de Minuit.
- LITMAN, T. L. (1974), The Family as a Basic Unit in Health and Medical Care: a Social-behavioral Overview, *Soc. Sic. Med.*, vol. 8, pp– 459-519.
- MCADAM, D. (1982), *Political Process and the Development of Black Insurgency*, Chicago, University of Chicago Press.
- MACKEOWN, T. (1976), *The Modern Rise of Population*, London, Edward Arnold.
- MARTIN-FUGIER, A. (1979), *La place des bonnes. La domesticité féminine à Paris en 1900*, Paris, Grasset.
- MICHEL, A. (1978), *Les femmes dans la société marchande*, Paris, PUF.
- MOHEAU, J-B. (1912 [1778]), *Recherches et considérations sur la population de la France*, Paris, Paglo Geuthner.
- MONTEIRO, B. (2006), *O fenómeno de desospitalização. Interconexões familiares, comunitárias e sociais*, Tese de doutoramento, Universidade do Minho.
- PARSONS, T. e BALES, R. (1955), *Family, Socialization and interaction Process*, New York, The Free Press.
- PARSONS, T. e FOX, R. (1952), Illness, Therapy and Modern Urban American Family, *Journal of Social Issues*, XIII, 4, pp. 31-44.
- PETERSEN, A., LUPTON, D. (1996), *The New Public Health. Health and Self in the Age of Risk*, London, Sage.
- PRATT, L. (1976), *Family and Structure and Effective Health Behaviour*, Boston, Houghton Muffin.
- ROSEN, G. (1959), *History of public health*, New York, MD Publications.
- ROSS, C. E. (1990), “The Impact of the Family on Health: The Decade Review”, *Journal of Marriage and Family*, 52, pp. 1059-1078.
- ROUSSEAU, J-J. (1995 [1754]), *Discurso sobre a origem e fundamentos da desigualdade entre os homens*, Mem-Martins, Europa-América.
- SEN, A. (2000), *Repenser l'inégalité*, Paris, Seuil.
- SICOT, François (2014), Sociologie des émotions, in M^a E. Leandro e B. R. Monteiro (dir), *Saúde no prisma da sociologia. Olhares plurais*, Viseu, Psicossoma, pp. 154-173.
- SUSSER, M., SUSSER, E. (1996), Choosing a future Epidemiology: eras and Paradigms, *American Journal of Public Health*, 86, pp. 668-673.
- TAYLOR, M. (org) (2004), *New Risks, New Welfare?*, Oxford, Oxford University.
- TAYLOR, M. e LEWIS, J. (2000), The Concept of Social Care and the Analysis of Contemporary Welfare States, *British Journal of Sociology*, 51 (2), pp. 281-298.
- THOMAS, L-V. (1991), *La mort en question. Traces de mort, mort des traces*, Paris, L'Harmattan.
- VERDIER, Y. (1979), *Façons de dire, façons de faire. La laveuse, la couturière, la cuisinière*, Paris, Gallimard.
- VIEIRA, A. (1986), *Sermões*, Mem Martins, Publicações Europa América.
- VILLERMÉ, J. L. (1971 [1832]), *Tableau de l'état physique et moral des ouvriers employés dans les manufactures de coton, de laine et de soie*, Paris, Union Générale d'Éditions.
- VILLERMÉ, J. L. (1971 [1828]), *Mémoire sur la mortalité dans la classe aisée et dans la classe indigente*, Paris, Union Générale d'Éditions.
- VILLIMOTT, P. (1986), *Social Networks, Informal Care and Public Policy*, London, Policy Studies Institute.

DA FAMÍLIA À SAÚDE, DA SAÚDE À FAMÍLIA

Maria Engrácia Leandro ! Investigadora do CIES-ISCTE, Instituto Universitário de Lisboa

José Cunha Machado | Professor de Sociologia da Universidade do Minho

Fernanda Nogueira | Professora do ISCSP-Universidade de Lisboa

*O senhor doutor é como eu com os filhos: ponho sempre toda a
fezada no que está para vir...*

Miguel Torga

*Os homens são seres condicionados porque tudo o que encontram
se transforma imediatamente em condição da sua existência*

Hannah Arendt

Introdução

O reconhecimento da intrínseca relação entre a família e a saúde não é nova, ainda que os estudos sociológicos a este propósito não sejam abundantes, com algumas excepções para a literatura anglo-saxónica. Porém, uma leitura retrospectiva acerca das intervenções da família junto dos seus elementos permite apercebermo-nos que, desde tempos de antanho, a família, designadamente através da interferência das mulheres, tem-se revelado um actor ímpar de cuidados de saúde. Até porque os cuidados familiares em prol da saúde, no sentido do “care”, fazem parte da sua vida quotidiana e não se restringem, de modo algum, a situações concretas quando a doença sobrevém, exigindo tratamentos adequados² (F. Sicot, 2014). Nos condicionalismos concretos da vida moderna pode dizer-se que as relações individuais, familiares, sociais e sanitárias são cada vez mais interdependentes. Para ter acesso aos bens e aos serviços, os actores sociais necessitam, cada vez mais, de entrar em relação uns com os outros, ainda que seja de modo simbólico.

Pode dizer-se que a família, desde muito cedo, foi considerada e continua a ser “Um actor informal de saúde” (M. E. Leandro, V. Rodrigues. A. Leandro,

2 Em síntese, a noção inglesa de “care” integra tudo o que se refere aos cuidados que, inscrevendo-se na vida quotidiana das famílias, directa ou indirectamente exercem influências sobre a saúde tal como é o caso dos cuidados com o humanizar, acompanhar, apoiar, seguir, fazer viver, em suma fazer viver sejam quais forem as circunstâncias, ao passo que a noção de tratamento, englobando todas estas dimensões, exige ainda algo mais abrangente associado a situações bem concretas em que a doença exige intervenções e serviços singulares como sejam a administração de medicamentos, acções curativas, talvez dietas alimentares ... Mas a questão assume ainda outras dimensões quando se tem em conta as novas paisagens sanitárias onde as patologias tendem a dividir-se entre agudas e crónicas, algumas destas últimas exactamente por efeito do acesso a novos tratamentos tal como é, por exemplo, o caso da sida. Ora, as doenças crónicas, sendo incuráveis, inscrevem-se na temporalidade e também não dispensam tratamentos e cuidados mais ou menos continuados.

2006), ainda que socialmente não valorizada como tal e a intervenção de vários profissionais de saúde no seio da família seja cada vez mais intensa, como se verifica em sociedades cada vez mais medicalizadas e medicamentadas como as ocidentais. No entanto, não dispensam a tarefa familiar de saúde que é de todos os dias, pelo que faz ou deixa de fazer em prol da saúde dos seus elementos, enquanto a dos profissionais de saúde, também indispensável, é pontual. De resto, a saúde constrói-se todos os dias através de rotinas e rituais elaborados no seio do espaço doméstico e não episodicamente quando se consulta o médico, mesmo que seja por razões preventivas. Quando assim acontece, como se diz a nível do senso comum é para fazer o balanço, o “check-in”.

Esta perspectiva, pondo em relevo a influência da família sobre a saúde tem também presente os riscos que a família pode fazer incorrer e estes são de vária ordem: falta de qualidade das relações, da higiene, da alimentação, dos horários de sono, do tempo disponível para a família e no seio desta para ouvir e conversar com cada um, do apoio psico-afectivo e a permuta emocional, das necessidades cognitivas, do excesso de álcool, das influências hereditárias...

Procurando não perder de vista estes aspectos, importa frisar que as sociedades ocidentais, oferecendo condições de segurança e de bem-estar sem precedentes, também se revelam bastante incertas, inseguras e mutantes, inclusive no atinente à saúde e à doença que pode espreitar de vários lados. As surpresas a este proósito não param de nos questionar. Enquanto os estados modernos se comportam em garantes de um direito universal à saúde e à segurança, particularmente através dos mecanismos da Segurança Social, os actores sociais são hoje confrontados com uma panóplia de doenças, inseguranças e riscos generalizados, apesar de viverem envolvidos por sistemas de segurança que, sendo complexos e frágeis, comportam em si o risco de falharem, inclusive face aos avanços da ciência. Às potenciais catástrofes tecnológicas e naturais juntam-se a instabilidade do mercado de emprego, as crises sócio-económicas e culturais, a fragilidade dos compromissos, das relações amorosas e familiares, o sentimento de crescimento das incivilidades, a emergência de doenças imprevistas, em suma, a sensação de ser permanentemente ameaçado por alguma coisa.

A obliteração das referências mais ou menos seguras e a perda de confiança nas instituições e nas instâncias de regulação favorece uma individualização das estratégias de protecção inclusive e sobretudo no âmbito da saúde, tendendo a família a representar um refúgio, um abrigo que aconchega os indivíduos e os pode proteger contra determinadas ameaças, carências e riscos, ainda que possa dar azo a outros. Seja como for, a família é muito frequentemente vivida como o único espaço onde cada um pode verdadeiramente ser ele próprio e, assim, expressar as suas proezas, sucessos e alegrias mas também as suas angustias e dores físicas e simbólicas queo acompanham, apesar das transformações que a têm assolado. Advindo muito mais selectiva, pese embora a

fragilidade que lhe possa estar associada, decerto que é ainda mais por isso que se tornou tão sedutora e tão procurada em termos relacionais e emocionais (M. Drulhe, 2014).

Compreender-se-á, até, na sequência destas considerações, que à família é atribuído um importante trabalho de socialização, protecção e prevenção relativamente à saúde. Quem tem a dita de poder viver num ambiente familiar aprazível e gratificante tem muito mais probabilidades de poder viver com boa saúde. Contudo, as escolhas realizadas em favor da saúde podem criar tensões com outras esferas da vida familiar. Ademais, os esforços feitos para preservar a saúde dos elementos da família podem ser postos em perigo através de riscos que escapam, por exemplo, ao controlo dos pais (abusos sexuais e alcoólicos, companhias mais ou menos nefastas, lazeres incautos, acidentes rodoviários, ingestão de alimentos desnecessários ou doentios, sedentarismo diante da televisão e do computador ...). Mas como podem os pais agir de modo diferente numa sociedade como a nossa absolutamente desgastante e permissiva, sedutora no atinente ao consumo, apelativa à concorrência desmesurada, à luta pelo melhor estatuto e afirmação social e absorvente de horários de trabalho e por conseguinte sem espaço nem tempo para as pessoas se encontrarem e também se preocuparem com a saúde da sua vida?

Por vezes os pais estão cansados, quiçá esgotados. Mas o que provoca uma tal fadiga quando as condições objectivas são melhores: os filhos têm mais brinquedos, mais suportes para estarem ocupados, a cozinha e os cuidados com a casa ocupam menos tempo dada a gama de electrodomésticos disponíveis e a série de serviços solicitados a outrem ou ao exterior? Porque é que ser “bom pai” ou “boa mãe” produz hoje uma maior sensação de esgotamento do que no passado, quando afinal o número de filhos por família até tem diminuído muito? Claro que não é devido ao facto dos pais e das mães de ontem ou de anteontem exercerem estas tarefas e funções com mais ligeireza, mas sim às circunstâncias da educação e dos ritmos da vida hodierna terem mudado enormemente. Anteriormente um filho deveria ser “bem-educado”, ou seja, obediente e polido. A aplicação das ordens era simples: se um filho era desobediente era punido. Hoje, as qualidades exigidas a uma criança – aliás a todo o indivíduo – são idealmente a autonomia, a independência e o exercício da responsabilidade qual nova forma de designar a moral social. O seu controlo revela-se claramente mais complexo: como saber, por exemplo, se tal ou tal recusa infantil manifesta a sua autonomia ou ao contrário o seu capricho? O que se sabe e é exigido é que os pais deverão criar melhores condições educativas para cada um dos seus filhos facilitando-lhes um crescimento harmonioso. Cada filho, independentemente da sua posição na ordem na fratria, é único e exige uma educação personalizada, o que suscita muito mais disponibilidade material e mental e maleabilidade para se adaptar a cada um. Ora, isto nem

sempre se compatibiliza com outras exigências da vida hodierna, o que pode dar azo a muitos conflitos, stress e desgaste mental.

Daí uma maior tensão e corrida aos ansiolíticos e soníferos, tendo também presente que as relações entre pais e filhos não se pautam apenas pela verticalidade, fazendo apelo ao exercício da autoridade, nem tão só pela horizontalidade, reduzindo-se a uma relação absolutamente democrática, mas englobam tudo isto e muito mais. Não se trata de dar ordens sem qualquer explicação, mas de encontrar uma outra via educativa permitindo à criança advir ela mesma, mas num quadro que cabe aos pais definir e contemplar as suas maleabilidades, garantindo segurança, protecção, afectividade, espaço de diálogo e de expressão e limitando as derivas. Os pais constroem um quadro com limites mas igualmente com aberturas para que a criança ou o adolescente possam agir mais livre e responsabilmente neste panorama e saber progressivamente quem são. Fornecem os recursos para que estes seres humanos em crescimento construam o seu mundo pessoal e o seu desenvolvimento com boa saúde, isto é, a sua autonomia e capacidade de agir com segurança, confiança e responsabilidade. Propõem igualmente “exercícios espirituais e de significação” para que o jovem possa construir a sua identidade pessoal e social (J-C. Kaufmann, 2004) e são impelidos a acompanhá-lo com atenção na construção da sua personalidade. Ao procederem deste modo estão precocemente a transmitir e a construir hábitos de saúde que decerto se irão reflectir para toda a vida.

Mas também nos podemos questionar acerca do lugar que os pais atribuem à saúde nas suas preocupações educativas e comportamentais. Porque o trabalho que aqui apresentamos é inerente aos resultados de um projecto de investigação sobre estas matérias, podemos dizer que entre os nossos inquiridos se denotam cuidados desta natureza, pesem embora os constrangimentos financeiros, estruturais, profissionais ou outros a que possam estar sujeitos. Mas há também alguns pais que mostram reagir a estas tensões ao adoptarem atitudes passivas, renunciando a antecipar riscos, dizendo que nem tudo é previsível, o que também é indesmentível. Outros, porém, ao contrário, tendem a maximizar a saúde da família, controlando o mais possível vários parâmetros (redução da autonomia dos filhos, excessos de interditos...). Mas estarão estas diversas estratégias tipicamente associadas a certas configurações familiares singulares ou a determinados grupos sociais? Segundo J. Kellerhals e C. Montadon (1991), as distinções a este respeito continuam acentuadas quando se tem em conta uma gradação social que vai das famílias de condição social modesta até às do topo da pirâmide social, o que também é confirmado pelos nossos dados. Por outro lado, estas pressões contraditórias, podem mesmo gerar sentimentos de culpa, sobretudo em relação às crianças, o que, não sendo salutar, pode pelo menos soar como sinal de alerta. Podemos, todavia, interrogar-nos acerca dos benefícios e custos de tais estratégias para os indivíduos e para as famílias. Não

suscitam eles mais questões de saúde no seio da família que exigem repensar e adoptar outras estratégias?

Numa perspectiva construtivista (P. Berger et L. Luckmann, 1966), como a que adoptamos aqui, este conjunto de elementos elaborados pelos membros da família integram igualmente parâmetros sociais, económicos, culturais e sanitários. Isto sugere, também, que os leigos possam agir segundo uma racionalidade diferente dos especialistas profissionais de saúde ou outros, porque são confrontados de outro modo com as realidades do dia-a-dia. Dado que terão de dispersar-se por muitos e variados aspectos, as suas preocupações com a saúde podem ser distintas daqueles que profissionalmente se dedicam apenas a estas questões, devido até a compromissos necessários entre aspirações contraditórias.

O nosso trabalho, sustentado em dados recolhidos através da implementação do Projecto POCI/SOC/59282/2004 – “*O contributo (in)visível. A gestão familiar dos cuidados de saúde*”, financiado pela FCT, examina dois postulados: proximidade relativa com as instituições e heterogeneidade e diversidade de competências das respostas familiares às questões da saúde, designadamente no que ao género diz respeito. Primeiramente, denota-se que o grau de convergência ou divergência com os discursos oficiais acerca da saúde e da doença são socialmente estruturados. Em geral, os meios sociais favorecidos tendem a alinhar-se mais pelas recomendações de saúde pública e dos profissionais de saúde. Não obstante, a crise de legitimidade que sob muitos aspectos atravessa o mundo médico, inclusive sob a influência da incapacidade da medicina responder a todas as aspirações em torno da saúde e da cura de certas doenças, também está ligada ao facto dos membros destas categorias sociais questionarem os fundamentos dos mesmos e se orientarem, simultaneamente, por outras formas de cuidar da saúde. Aliás a própria medicina, pelo menos sob algumas dimensões, também se tem vindo a mostrar mais aberta estes novos/velhos recursos e práticas (M^a E. Leandro, 2014). A seguir, os parâmetros culturais implicam que as normas e os valores dos actores sociais, e no caso em análise dos actores familiares, possam não coincidir cabalmente com os que estão subjacentes aos programas de promoção da saúde.

Pode sobretudo pensar-se que o valor atribuído à saúde e o investimento na sua promoção pode variar segundo os meios sociais mas também a ordem das prioridades. A título de exemplo, refira-se que a classe operária tende a fumar mais do que qualquer uma outra e a ingerir elementos mais gordurosos e salgados, ao invés do que se refere ao consumo de bebidas alcoólicas brancas, o que é mais apanágio das classes privilegiadas (P. Aïch, 1981; K. Backett, 1990). Não admira, pois que uma possa vir a sofrer mais de cancro do estômago e do pulmão e outra de cirrose ou doenças semelhantes.

Refira-se, ainda, que certas facetas da saúde se podem revelar incompatíveis com outras aspirações e buscas de bem-estar que obrigam a negocia-

ções quotidianas: mais prazeres e sensações fortes e gratificantes no presente em detrimento de melhor saúde durante mais tempo, pensando ainda que o futuro é sempre incerto. A ideia segundo a qual a saúde constitui um valor supremo deverá ser relativizada, em favor de uma análise das condições em que estes compromissos são assumidos. Isto confirma a necessidade de integrar a influência do contexto social, das situações de vida no concreto no “*hic et nunc*” as interações e os sistemas de valores na análise das decisões tomadas perante a saúde. Por um lado, o meio é sinónimo de constrangimentos ou pressão que podem limitar a capacidade individual ou familiar para modificar os hábitos de vida, visando torná-los mais saudáveis. Também a pobreza, a crise, a situação de desemprego e com ela as restrições impostas, bem como as profundas transformações demográficas, familiares, profissionais, sociais e culturais podem contribuir, tanto para agravar, como para melhorar as condições de saúde dos diferentes grupos sociais; por outro, os valores e as normas peculiares deste ou daquele contexto profissional, familiar, temporal e espacial podem tornar certas escolhas mais atractivas do que outras, mesmo em detrimento da saúde: fumar, beber e comer em excesso, arriscar-se conduzindo com excesso de velocidade, dormindo pouco... pode parecer mais gratificante no imediato do que pensar nos efeitos que daqui podem decorrer a médio e longo prazo para a saúde. Tanto mais que esses efeitos não se fazem sentir logo, podendo até dar a ideia de que se usufrui de uma “saúde de ferro” para toda a vida (M^a E. Leandro et al., 2013).

Frise-se, por outro lado, que uma leitura cuidada sobre a realidade quotidiana da saúde e da doença exige revisões continuadas. Quanto mais se conceder no futuro uma larga importância à interdisciplinaridade no estudo desta problemática – não apenas entre as várias ciências mas também entre os recursos e participação dos vários actores que aqui intervêm – designadamente a família e os vários profissionais de saúde, melhor se poderá exercer um papel fundamental na dinâmica destas procura de uma óptima saúde como todos parecem desejar.

Durante muito tempo, sobretudo os peritos tendiam a avaliar o comportamento das pessoas doentes de um ponto de vista de reacção afectiva (“Mecanismos de coping”); a tendência actual, consistindo antes em colocar a tónica na conduta de saúde que os indivíduos poderão ter a médio e a longo prazo poderá, eventualmente, desembocar num outro paradigma: conceber a percepção e os cuidados quotidianos de saúde como uma componente de uma vasta “arte de viver”, diferenciá-la e aprofundá-la em função dessa perspectiva. Não será por acaso que nos últimos tempos se tem vindo a falar tanto das “doenças de civilização”. Refira-se que, ao invés, ainda não se ouviu falar de uma “civilização da cura e da saúde”. O que parece, por conseguinte, estar a faltar é a plena consciencialização de que os meios de cura para esse tipo de doenças não se encontrará, apenas, nos hospitais, nos centros de saúde, nos

consultórios médicos ou nas farmácias, mas igualmente nos meandros concretos da vida de relação de uns com os outros, onde cada um pode intervir, sabendo que o primeiro espaço dessa relação começa por ser a família.

Tenha-se presente que a gramática subjectiva da saúde contida na célebre definição da OMS de 1946, segundo a qual a saúde é o mais completo bem-estar social e mental e não apenas a ausência de doença ou enfermidade, sendo muito generosa, implica igualmente o bio-poder (M. Foucault), que em nosso entender não poderá continuar a ser confinado à toda-poderosa medicina mas se estende igualmente ao querer e ao poder de cada um fazer a parte que lhe cabe. É sobretudo nesta dimensão que se passa da subjectividade desta noção para a sua objectividade, sabendo que esta não se queda apenas pelo que preconizam os programas governamentais. O tempo tem vindo a mostrar que, por si só, não têm vindo a conseguir criar as condições necessárias à realização plural do tal “bem-estar”, traduzido num “edifício de felicidade” a que todos aspiram, mas que não dispensa da sua intervenção quotidiana e não apenas quando a doença pode ameaçar. Frise-se, todavia, que a saúde vivida, tematizada ou objectivada não é uma realidade autónoma na vida de ninguém mas engloba todas essas dimensões como a seguir o mostraremos. Não obstante, a família é o primeiro espaço de vida susceptível de esboçar e desenvolver estes parâmetros cujos efeitos se poderão repercutir para toda a vida. É deste conjunto de questões que nos ocupamos neste trabalho.

Perspectivas sanitárias e gestão das doenças

Na Idade Média, vários tipos de doenças infecto-contagiosas: lepra, peste, sarampo, trasorelho, tifo, entre outras atingiam muito frequente e devastadoramente as populações. C. Herzlich e J. Pierret (1984), designam este flagelo particularmente mortífero até aos finais do “Antigo Regime” (fim do século XVII) de “antigo regime do mal” caracterizado pela celeridade com que a doença se manifestava, o contágio que se estendia a tudo e todos, a impotência e a morte devido sobretudo à falta de meios e condições para contrariar este “destino fatal”. As condições sociais de existência, provocando muito frequentemente deficiências alimentares e recorrentes crises de fome, tornavam os indivíduos e as famílias particularmente vulneráveis. Não era por acaso que, na época, a esperança média de vida e de modo singular para quem vivia em situações de pobreza – e era a grande maioria da população – não ia além dos 25 anos e cerca de metade das crianças morriam antes de um ou cinco anos de vida. Como a medicina ou outras terapias eram muito incipientes, o poder de cuidar e de curar acompanhava estas tendências.

Predominavam, então, as explicações religiosas do mal (idem, M. Augé et C. Herzlich, 1984) fazendo passar a ideia de que a doença era consequência

de punições divinas que se abatiam sobre os humanos. A Bíblia, sobretudo no Antigo Testamento, está repleta de interpretações desta índole (Gn 3, 14-24; 19, 11; Lev. 13, 14, 15; Dt 28, 27-28; Sab 19, 17; Job 33, 19; Eccl 31, 15). No Levítico (13,14), a doença de Jó, repentinamente atingido pela lepra e outros males, é sinónimo de impureza, pelo que doença e pecado estão profundamente imbricados, mesmo tratando-se de um justo aos olhos dos seus contemporâneos. Em contrapartida, no Novo Testamento, por exemplo no Evangelho de S. Marcos (1, 40-45), a atitude do leproso e a de Jesus Cristo (o demiurgo procurado em busca do milagre da cura, logo da salvação do que oprime e destrói) rompe com esta intrincada associação e concepção da doença. O primeiro, sentindo-se doente não se resigna ou isola no seu sofrimento, não escutando sequer as advertências dos que o rodeiam, mas parte em busca da cura, que o mesmo será dizer avança na procura da resposta para as suas necessidades e anseios e da respectiva libertação do que o oprime, no sentido soteriológico do termo. Por sua vez, Jesus Cristo, recomendando-lhe o regresso aos ditames da vida, procura destruir tal tipo de interpretação, como aliás o faz em outras ocasiões. No relato sobre a cura do cego de nascença (Jo 9, 1-3), ao ser interrogado pelos discípulos sobre quem teria pecado: o cego ou os pais, a resposta de Jesus é contundente: “Nem ele pecou nem os seus pais”. A seguir, na sua situação de demiurgo, nem por isso deixa de recorrer a algo da matéria: o lodo que fez com a saliva, para que a cura se operasse. Simbolicamente, poderá encontrar-se aqui alguma aproximação com o recurso à medicina convencional ou não e respectivos tratamentos para debelar a doença, este mal que preocupa, ao invés, de se deixar instalar na possível resignação.

Mas nem por isso a igreja católica e outras religiões ao longo dos séculos deixaram de alimentar esta interpretação da doença e do mal (F. Flandrin, 1975), apesar de no século V a. C, com a sua teoria dos humores, Hipócrates já ter libertado as forças sagradas deste opróbrio (M. E. Leandro, 2001, 2014). Como se compreenderá, a força da incrustação nas mentalidades e das ideologias, não só oferece muita resistência à mudança, como teima em fazer prevalecer interpretações que se julgariam de outro tempo, mas que também continuam ainda com grande pujança nos tempos que correm. Com isto não estamos, de modo algum, a desvalorizar o recurso às espiritualidades e à religião em busca de curas ou de combate a outros males que, a medicina ou outros recursos só por si, se afiguram incapaz de alcançar. Só que se tratam de dois registos diferentes (M^a E. Leandro e M. da Cunha, 2014).

Vários antropólogos, entre os quais se destacam E. Evans-Pritchard (1985) e Marc Augé (1984) consideram que nas sociedades estudadas por si a noção de infortúnio integra tanto as patologias como a infertilidade dos campos, as más colheitas, a perda dos animais, mas também as dificuldades, os insucessos escolares e os desaires eleitorais. Entre nós e nos tempos que correm poderia-

mos alargar a lista e acrescentar o desemprego, designadamente dos jovens e dos “seniores” na casa dos 45 e mais anos em idade activa (M^a E. Leandro, no prelo), a pobreza mas também a falta de condições para pagar as dívidas contraídas, o decréscimo do nível de vida, a fome de crianças e de idosos... Não comentamos muito frequentemente quando alguma coisa não corre de feição que se trata de falta de sorte, chegando mesmo até a expressar alguma ponta de inveja porque a sorte é ou foi só para o(s) outro(s)? E para contrariar estes infortúnios não se procuram com mais veemência os agentes destas magias para que a situação se possa inverter? Não é por acaso que o recurso às forças sagradas e mágicas em tempos de crises acentuadas está em alta. Marc Augé afirma que as doenças são formas elementares de acontecimentos, colocando sobre o mesmo termo todos os acontecimentos biológicos individuais, cuja interpretação imposta pelo modelo cultural é imediata e iminentemente social. Por outro lado, quando se trata de explicar a doença o que está mais em causa poderá não ser tanto a doença em si mas antes a significação que lhe é atribuída: porque teria isto de me acontecer a mim? Que mal fiz eu para sofrer disto?

Nestas expressões como em outras similares estão contidas não apenas componentes de índole causal individual, do destino, do acidente como do social, do possível atentado aos valores e às situações sociais estruturalmente determinadas em termos de hereditariedade, filiação, aliança, relações sociais ou pelo menos, figuradamente, de outras forças que escapam ao controlo humano e aí por diante. Nesta acepção a doença como acontecimento, apenas artificialmente poderá ser separada das outras figuras do mal, o que supõe uma semiologia e uma nosologia inscritas numa pesquisa etiológica. Há nesta matéria novos apelos ao sentido em que emerge um registo simbólico ou místico, mesmo se perpetrado de outras significações mais consentâneas com os valores ultramodernos em curso.

Ademais, saúde, doença, cura/não cura e morte, inscrevem-se na natureza da vida de todos os seres vivos, embora não assumam para todos o mesmo significado ou tenham um desfecho idêntico e de sobremaneira entre os humanos. Não se nasce, cresce, vive, adoce e recupera da mesma maneira segundo se vive nesta ou naquela época, neste ou naquele país ou região, se pertence a esta ou àquela condição social, a este ou àquele género e aí por diante. Acabam de ser divulgadas pela revista “Nature” as conclusões de uma equipa de investigadores portugueses do Instituto de Medicina Molecular da Faculdade de Medicina de Lisboa, segundo as quais existe uma intrínseca relação entre os hábitos alimentares da grávida, o desenvolvimento do sistema imunitário do feto e a capacidade da criança resistir às infecções ao longo da vida. Ora, a qualidade dos hábitos alimentares não pode ser separada das condições sociais de pertença, ainda que aqui possam intervir igualmente outros elementos culturais e sociais.

Simultaneamente do ponto de vista social e sociológico, de facto a saúde é algo mais do que uma regra fisiológica média, normal ou ideal. Engloba outra realidade. Se na perspectiva de E. Durkheim (1977 [1895]) a doença releva do acidente ou da contingência, a saúde é uma construção cultural como noção e política como espaço, que só pode ser apreendida de maneira relacional, como um produto do mundo social. À forma elementar de acontecimento que constitui a doença, embora nuns casos ainda mais do que em outros importa opor a realidade complexa da saúde como noção culturalmente determinada e como espaço politicamente estruturado (D. Fassin, 1996). Nesta noção sedimentam-se significações elaboradas, tanto pelo senso comum como pelo conhecimento científico. Trata-se de um espaço que coloca em relação um conjunto de factores económicos, sociais e culturais e de agentes, congregando profissionais, doentes e administradores. Basta referir que apenas em 1946 a Organização Mundial de Saúde criou a primeira definição de saúde que podemos apelidar de moderna, onde a saúde deixou de ser considerada como o “silêncio dos órgãos” (R. Leriche, 1936) para conferir uma dimensão crucial ao social destronando, de algum modo, a ancestral dimensão religiosa, a primazia e a quase exclusividade do biológico como a medicina a vinha entendendo (M^a. E. Leandro, 2014).

Doravante, ganha ainda mais consistência a tese de que em todas as sociedades a ordem social se transcreve nos corpos e nas suas condições sociais de existência. Se em tempos mais recuados, as diferenças de estatuto e de riqueza eram tão notórias na longevidade dos indivíduos, nos riscos face à sua existência, nas suas capacidades para se cuidar quando adoeciam têm essencialmente que ver com o facto de no essencial partilharem as mesmas condições e modos de vida. Tenha-se presente que a estratificação social durante a Idade Média e o Antigo Regime na sua trilogia clero, nobreza e povo, em termos económicos e sociais se traduzia na abastança das duas primeiras e na miséria que era o lote comum do povo. Aliás, as fatalidades e os efeitos do contágio decorrente das doenças mais infecto-contagiosas e mortíferas da época como eram a lepra e a peste, não se repercutiam igualmente sobre as gentes do povo e as grupos sociais privilegiados (C. Herzlich et J. Pierret, 1984; D. Fassin, 1996).

Os higienistas, cruzando a duração média de vida e a pertença profissional, puderam atestar a relação entre a categoria sócio-profissional, o local de residência (zona (des)favorecida), a saúde, a doença, a pobreza e a miséria. O que se procura com o recurso aos dados quantitativos é interpretar a doença à luz do social, pelo que urge criar medidas de saúde pública. Cientificamente, trata-se de demonstrar a associação entre condições sociais de vida e a situação do corpo em toda a sua dimensão.

Entre outros, sete factores fundamentais explicam estas profundas diferenciações e desigualdades: a qualidade da alimentação, da habitação, do vestuário

rio, da higiene, natureza do trabalho, a promiscuidade e o trabalho infantil (L. Villermé, 1832). Sobre este último aspecto, importa referir que estes trabalhos conduziram, em França, à lei 184, que estabelece a idade de 8 anos como patamar mínimo para entrar no mundo do trabalho, mais concretamente no trabalho da fábrica. Acrescem identicamente os efeitos do desgaste decorrente da dureza do “labor” para uns e da ociosidade para outros. Refira-se, tão só, que se hoje o trabalho, como garantia de sobrevivência que se espera ser com dignidade humana e perante o crescente desemprego, é considerado um prémio, até às épocas que analisamos ainda estava associado ao castigo, como consequência da queda do paraíso, um éden onde esta singularidade não tinha razão de existir (Gen.3, 19). Para os grupos ociosos era vergonha trabalhar. Daí que fosse coisa dos grupos sociais modestos, pobres e necessitados e ainda mais quando é duro, sujo, mal pago e desvalorizado, o que também não é estranho aos dias que correm. Evoque-se, por exemplo, o caso dos operários da construção civil e do trabalho reservado aos imigrantes (M^a E. Leandro e M. da Cunha, 2014).

Deste modo, vão-se incorporando os efeitos das desigualdades sociais, cujas marcas no corpo deixam traços diferenciais da carência, da miséria, do sofrimento, da doença e do desgaste provocado pelo uso e abuso do corpo para poder sobreviver. Até então, ninguém melhor do que J-J. Rousseau (1992 [1754]), soube descrever este estado da natureza, não pelo que era mas pelo que poderia e vinha sendo. Não porque tivesse de ser assim desde a sua verdadeira origem e criação – uma vez que as desigualdades humanas e sociais não têm sentido – mas porque a passagem do estado natural ao estado social assim o foi construindo, contrariamente ao que acontece com os outros seres animais. Se na esteira de Norberto Elias poderemos falar de um processo civilizacional das desigualdades é num duplo sentido possível da expressão, para tornar possíveis dois fenómenos paralelos: a generalização das disparidades em matéria de saúde e a acção do poder sobre os corpos (M. Foucault, 1975). O mundo contemporâneo, onde muitos consideram poder vislumbrar o desembocar de uma história civilizadora, é um mundo desigual no qual a desigualdade se tornou de algum modo civilizada e, por conseguinte, menos visível e mais tolerada (D. Fassin, 2006).

Para aprofundar o alcance de tais condições e respectivos efeitos quanto à saúde e à doença das populações vale a pena frisar que com o desenvolvimento da era industrial, os governos dos países em causa cedo foram confrontados com a problemática da saúde e com uma dupla pressão. Por um lado, tendo consciência que para atingirem os seus objectivos tinham necessidade de mão-de-obra saudável para poder trabalhar e ser rentável, foram dando cada vez mais importância à saúde dos operários e até dos seus familiares, visando a renovação e reprodução da mão-de-obra necessária para o presente e para o

futuro (R. Linhart, 1978); por outro, o próprio processo de industrialização, tal como se ia implementando, era em si mesmo um factor de degradação da saúde da classe operária, obrigada a habitar em zonas e condições insalubres mesmo infra-humanas, a trabalhar horas em excesso o que provocava desgaste até à exaustão e em condições de sub-alimentação. Tal contexto era favorável à emergência e extensão de várias doenças sendo a tuberculose a mais paradigmática em termos de doença da miséria, tão bem retratada por Victor Hugo (1862) na sua obra “Os miseráveis”.

Os higienistas do século XIX, com particular destaque para Chadwick na Inglaterra, Villermé em França e Virchow na Alemanha, entre outros³, cedo reconheceram a importância do social relativamente à saúde e à doença como o temos vindo a relevar. Na esteira de Graunt, que em 1662 havia publicado um importante trabalho sobre os principais factores de mortalidade na Inglaterra, multiplicaram as topografias médicas, os inquéritos higienistas contemplando igualmente a família, documentando abundantemente a influência das desigualdades sociais sobre a doença e a menor esperança média de vida entre as famílias pobres, com particular destaque para a classe operária (J-L. Villermé, 1832). Baseando-se nestes conhecimentos, militam em favor de reformas sociais que possam fazer inverter esta situação, que vieram a traduzir-se na implementação de estruturas de saneamento, numa intensa profilaxia do meio, na modificação das condições de vida individuais e familiares e consequentes hábitos de saúde.

Refira-se, porém, que a preocupação com a implementação de infraestruturas com objectivos sanitários não é nova. O interesse pelo conhecimento, em particular o que se relaciona com o corpo humano, prevalece entre os gregos na Antiguidade. A preocupação da gestão, designadamente no atinente à ordem sanitária, prevalece entre os romanos. Os romanos com o seu pendor essencialmente pragmático e utilitário, avançaram com muitas medidas no âmbito da lei, do governo, da guerra, da arquitectura e das infraestruturas sanitárias. “Quando Roma conquista o mundo mediterrâneo e retoma a herança da cultura grega, adopta também a medicina e as suas ideias acerca da saúde. Todavia, mesmo integrando imensas ideias da Grécia, Roma imprime-lhe a sua marca e adapta-as a dois grandes objectivos. Enquanto clínicos, os romanos eram uma pálida imitação dos gregos, mas enquanto engenheiros e administradores, construtores de sistemas de saneamento e organizadores de serviços de cuidados deram exemplos ao mundo e deixaram a sua traça na história (G. Rosen, 1958, 37-38). Invocar estas características em duas sociedades antigas da maior envergadura é invocar igualmente a sua preocupação com o desenvolvimento de medidas e construção de infraestruturas em prol

3 Entre estes conta-se o português Ribeiro Sanches que desenvolveu, essencialmente, os seus saberes e as suas artes ao serviço da Catarina da Rússia.

da saúde. Frise-se que, historicamente, querer procurar as origens da saúde pública obriga a ter em conta estas dimensões.

Entre os higienistas, é ainda Jean-Louis Villermé (1828) que, através de trabalhos rigorosos de investigação, destaca a relação entre insalubridade, pobreza, densidade populacional..., saúde e doença. Nesta óptica alarga igualmente os seus trabalhos às condições de vida nas prisões: umas são concebidas para encarcerados com fortuna pessoal pelo que usufruem de melhor tratamento e outras para pobres e vagabundos. Nas primeiras os números de mortes são de 1 sobre 40,88 ao passo que nas segundas são de 1 sobre 3,45. Do conjunto dos seus trabalhos, ressalta a constatação que a desigualdade perante a morte é manifesta logo que os grupos humanos beneficiem de recursos diferentes e tende a acentuar-se tanto mais quanto a miséria é marcante (P. Bourdelais, 2000). Assim sendo, a ordem social traduz-se na ordem biológica, isto é, as diferenças de estatuto social exprimem-se sob a forma de disparidades perante a saúde do corpo em toda as suas dimensões.

Mas antes disso, os trabalhos de Moheau (1778), já haviam constado que a duração da vida era desigualmente repartida. Constatava, então, que o fosso de mortalidade entre as crianças abandonadas e as que designa de filhos dos “rendeiros”, ou seja, os filhos que merecem o cuidado dos pais, era bastante acentuado, falando mesmo de “desproporção assustadora”. Considerava que esta mortalidade excessiva das crianças abandonadas não tinha apenas que ver com o abandono e a respectiva falta de cuidados dos pais, mas também com a má constituição das crianças que, fruto da ilegitimidade e da miséria, eram portadoras dessas marcas. P. Aïch (1978, 465) foi um dos sociólogos franceses que mais cedo trabalhou sobre as questões e os efeitos das desigualdades sociais de saúde, registando que nos meados dos 1970 a desigualdade no domínio da doença e da morte, na maioria das vezes, não é ressentida e denunciada como injustiça. Parece antes inscrita na ordem das coisas admitidas. De contrário teríamos de nos revoltar contra Deus, a natureza, os pais, o destino, a falta de sorte ou ainda a lei das estatísticas e das percentagens elevadas. Quanto mais a desigualdade parece próxima do polo natural mais se afasta do social e mais facilmente é admitida.

É de facto no século XVIII e XIX que se assiste na Europa a uma verdadeira “política de saúde”, formada na interconfluência de uma nova economia da assistência, através do desenvolvimento de um sistema hospitalar, e de um dispositivo estatístico sanitário que permite observar, medir e melhorar o estado de saúde das populações (M. Foucault *et al.* 1979). É também neste contexto, até na sequência da teoria da medicina hipocrática dos humores e da teoria do contágio de Fracastor do século XVI, que mais se desenvolve a teoria atmosférica, ou seja, a importância do movimento da contaminação do ar e se propõem medidas colectivas de saneamento. Os dejectos nauseabundos

ameaçam a ordem social e a saúde pública. Os fluxos do ar pestilento e os miasmas circulam um pouco por todo o lado. Segundo os observadores do tempo, o que caracteriza o ambiente olfativo do hospital, é a complexidade dos odores pútridos. A visita e a descrição do hospital figuram como provas iniciáticas para todos os que se preocupam com a higiene pública (A. Corbin, 1982). É contra este estado de coisas que se procura a vitória da higiene e da suavidade. Os próprios planos de urbanização, já anteriormente implementados por Haussman na cidade de Paris, continuam a reflectir esta concepção: ruas e avenidas largas, criação de mais jardins e arborização para que o ar circule livremente e se purifique sem obstáculos. Cada animal é naturalmente feito para fruir do ar puro, natural e livre, contrariamente ao ar artificial que muito frequentemente os cidadãos terão de suportar, diz-nos Louis Febre (1942). Denota-se, então, uma preocupação com um direito natural à respiração de um ar que não esteja eivado de cargas nocivas e possíveis contágios, como era frequente acontecer.

A estas medidas de carácter colectivo juntam-se outras mais orientadas para os indivíduos e para as famílias. Os higienistas viam na família, designadamente na mulher mãe, a principal aliada dos médicos, o que permitiria contornar duas dificuldades. A intervenção directa do médico na célula familiar que constituiria um travão para as tentações interventivas dos charlatães ou médicos não qualificados; a partir da família construir uma aliança privilegiada com a mãe, ou seja, entre o homem de saber: o médico e a mulher executiva das suas orientações no seio da família. Em 1876, o higienista Fonssagrives apresenta o seu “*Dicionário de saúde*”, com dois propósitos: ensinar aos indivíduos a arte de cuidar da saúde para se prevenirem dos males que a podem lesar e estabelecer relações com o seu médico de modo razoável e benéfico para todos. E a dado momento acrescenta: “...proponho-me ensinar às mulheres a arte de enfermeira doméstica... Tenho a ambição de fazer da mulher uma verdadeira guardiã da doença, conhecendo todas as coisas, mas compreendendo sobretudo que o seu papel é na família e que ela será educada para ser uma ajudante voluntária. O papel das mães e o dos médicos são e devem permanecer distintos. Um prepara e facilita o outro; completam-se ou deveriam antes completar-se no interesse de todos. O médico prescreve, a mãe executa” (J. Donzelot, 1977, 23).

Esta ligação orgânica entre o médico e a família, velada ou abertamente, também procura retirar a mulher do emprego e inscrevê-la apenas nos limites dos muros domésticos para assim se poder dedicar exclusivamente à família e aos respectivos cuidados (M^a E. Leandro, 2012). Este processo vai repercutir-se profundamente em três dimensões da vida familiar e exigir a sua reorganização: a pressão da família contra as influências nefastas do antigo contexto educativo sobre os métodos e preconceitos dos domésticos e contra todos os efeitos das promiscuidades sociais; o selar de uma aliança privilegiada com a mãe, condutora de uma promoção da mulher devido ao reconhecimento da sua

proficiência educativa e sanitária; a utilização da família pelo médico contra as antigas estruturas de ensino, a disciplina religiosa e os hábitos dos internatos.

Praticamente no último quartel do século XIX, com a formulação da teoria dos germes resultante dos trabalhos de Pasteur em França (1848/1882) e de Koch na Alemanha (1882), abre-se de novo a via a um modelo de protecção da saúde, articulado em torno da teoria dos agentes infecciosos. Este novo paradigma propulsionou os primeiros planos de programas de vacinas afastando qualquer aproximação social e cultural da saúde e da doença. Esta teoria foi considerada uma verdadeira revolução científica a que se podia atribuir a diminuição da mortalidade, embora investigações mais recentes tenham encontrado também outros factores de cariz sócio-económico para o efeito, inclusive durante o período que antecede a revolução industrial (T. Meckeown, 1976; D. Fassin, 1996). Até porque a vacina apenas confere protecção para uma determinada infecção e nunca para todas as outras que podem atingir o corpo nas suas mais variadas dimensões. Estudos sobre estas problemáticas (D. Mcadam, 1982) têm vindo a constatar, por exemplo, que o investimento na educação, até pelo simples facto das mães saberem ler e escrever, produzem mais efeitos benéficos para a saúde do que a simples vacinação. Usufruir de mais conhecimentos permite conceber a saúde de maneira diferente, investir na sua promoção e compreender a relação entre condições de vida e estado do corpo.

Nos países ocidentais mais industrializados a batalha contra as doenças infecto-contagiosas parece ter sido ganha com a descoberta dos antibióticos, em 1945. Pouco tempo depois, em 1967, tem lugar o primeiro transplante cardíaco e em 1978 nasceu na Inglaterra o primeiro bebé proveta. Estas descobertas e competências vieram favorecer o desenvolvimento de uma aproximação bio-médica da saúde e da doença e impuseram a ideia do alcance da toda-poderosa medicina (P. Adam e C. Herzlich, 1994), em detrimento do investimento em medidas de saúde pública.

A estas transformações da ciência médica junta-se uma outra de peso relativa a um novo perfil de doenças. As patologias degenerativas e crónicas – designadamente o cancro e as doenças cardiovasculares – tornaram-se nas principais causas de morte nos países desenvolvidos, após 1945. O aumento da longevidade (L-V. Thomas, 1991), e por conseguinte a intensificação do envelhecimento da população, consequência directa do controlo das epidemias e da melhoria das condições de vida, contribui para esta transformação das doenças. Porém, não se trata de causas únicas. Com efeito as duas doenças indicadas não são apenas apanágio dos idosos mas também de outras idades da vida (M. Susser e E. Susser, 1996), a que também não são alheias as atitudes e os comportamentos. Estas e outras “doenças de civilização” são antes consideradas como efeito do desenvolvimento económico e industrial, ou de uma sociedade da abundância encorajando uma alimentação demasiado rica, o consumo exa-

gerado de bebidas alcoólicas e de tabaco, o aumento da circulação rodoviária, o investimento em desportos radicais, a procura de emoções fortes e gratificantes no imediato, etc. são alguns dos elementos que também contribuem para a precocidade e aumento deste tipo de doenças.

Pelas suas próprias características, as doenças crónicas reduziram a pertinência do modelo clínico até então mais orientado para as doenças agudas, cuja gestão tem lugar num tempo relativamente curto: manifestam-se e ou a medicina tende a curá-las rapidamente ou levam à morte, como poderá ser, por exemplo, o caso de uma gripe, de uma meningite, etc. Já as doenças crónicas sendo multicausais, por conseguinte, difíceis de explicar, tendem a confrontar-se com várias temporalidades e formas de tratamento durante os quais a pessoa afectada terá de aprender a viver com as diferentes dimensões da existência e com as orientações médicas (S. Mulot, 2011). Sendo assim, é toda uma nova gestão da doença que se impõe por parte das pessoas aqui implicadas e os seus próximos (M. E. Leandro, A. S. Leandro e S. Oliveira, 2009; M. J. Gomes, 2012).

Para a própria medicina uma segunda temporalidade se impõe exigindo pesquisa, meios de despistagem, tratamentos, cuidados, questões éticas... em busca da resposta para poder um dia prevenir ou debelar este tipo de males. É exatamente esta transição entre uma terapia impotente e uma terapia curativa que fundamenta o carácter crónico da doença: incurável, não mata nem sistemática nem imediatamente. É no médio e no longo prazo que os vários actores (doente, médico, família e outros próximos) são solicitados a tratar, gerir e com-viver com a doença nos diferentes espaços sociais e privados. Daí que a doença crónica se inscreva numa história política e social marcada por controvérsias, avanços e recuos, mobilizações e oposições entre os actores e os Estados, aliás como a própria realidade em que vivemos o tem vindo a atestar. Em retorno, esta história também determina as condições em que cada indivíduo e cada família são chamados a viver a experiência de uma doença crónica com mais ou menos autonomia e a gerir as incidências que daqui decorrem para a sua vida profissional, social, cultural, familiar e individual. Com efeito, viver mais ou menos tempo com uma doença crónica, podendo provocar ou não mais incapacidade, modifica substancialmente as condições de vida do próprio e dos seus próximos, não deixando de convocar igualmente os políticos para olharem e tomarem medidas para este tipo de situações.

Ao mesmo tempo, este novo quadro de morbilidade e de mortalidade das sociedades hodiernas, similarmente, tem dado lugar a um desencanto perante a medicina no decorrer das últimas décadas. Não só as competências bio-médicas, aumentando, são questionadas mas igualmente a componente intelectual, dado que as vozes discordantes vieram romper com o consenso reinante acerca dos benefícios incontestáveis da medicina (A. Petersen, D. Lupton, 1996). Ao mesmo tempo, a partir dos anos 1970, as ligações entre os modos de vida e os

respectivos comportamentos de um grupo ou uma população e o seu estado de saúde têm sido documentados por vários estudos (L. Breslow, 1978). A acumulação destes dados empíricos contribuiu para relativizar o modelo terapêutico que procura curar uma vez declarada a doença.

Por sua vez, a ideia de prevenção e de promoção da saúde foi fazendo o seu caminho. Mas o interesse por esta problemática, também tem de ser compreendido no contexto dos anos 1970-1980 marcado pela explosão dos custos da saúde. Para os políticos, as campanhas de prevenção representam, então, um meio de reduzir os custos procurando ao mesmo tempo melhorar a saúde da população. Paralelamente, são implementadas medidas de desospitalização (B. R. Monteiro, 2006) e ao invés desenvolvido o ambulatório e os cuidados e serviços de saúde no domicílio, investindo a família de novas responsabilidades sanitárias. À centralidade hospitalar pública preconiza-se agora a centralidade hospitalar familiar para cuidar dos seus doentes crónicos, alguns até com alguma forma de dependência. Face à passagem de um modelo de doença aguda para um modelo de doença crónica verifica-se uma dupla descentralização: o actor principal não é mais o médico mas o doente e o pivot geográfico deixa de ser o hospital para ser o domicílio. Daí que se volte insistentemente a fazer apelo à família e aos seus serviços para colmatar a falta de serviços e de outras medidas que vinham sendo apanágio do Estado.

Neste contexto de mudanças e de incertezas, a família encontra-se “de novo” no topo das instituições que se devem ocupar dos doentes e dos dependentes. Simultaneamente a situação da família modifica-se consideravelmente ao longo das últimas décadas. A longevidade dos indivíduos aumentou, bem como a sua provável sobrevivência com doenças crónicas. O número de filhos por família diminuiu e esta mesma família pode ser nuclear, monoparental, recomposta... Designadamente no último caso as situações podem complexificar-se sobretudo no atinente aos laços e as respectivas relações familiares (M^a E. Leandro, 2011). As mulheres ingressaram no mundo do emprego, pelo que dispõem agora de menos tempo para se dedicarem inteiramente à família. Por sua vez, o aumento do desemprego numa sociedade salarial acentua a precariedade e a fragilidade dos designados “meios naturais” de proximidade.

Não será uma simples coincidência o facto do discurso familialista se ter desenvolvido desde finais do último século num contexto de questionamento das prioridades de utilização dos fundos públicos e o consequente apelo ao recurso à família como espaço de cuidados e de substituição. A transferência cada vez maior de responsabilidades que antes vinham sendo assumidas pelo Estado para as famílias é visto como uma solução não só para os problemas financeiros do Estado, mas também sociais. Quando se realça o valor das solidariedades familiares em detrimento das solidariedades sociais, fala-se antes de uma transferência de responsabilidades assumidas pelo sector público para

a família, vendo nela uma fonte de recursos gratuitos ou pelo menos muito menos onerosos. Em termos económicos, ainda estão por estudar os efeitos da gratuidade dos serviços familiares, sobre o PIB. Entre nós as profundas transformações no sector da saúde, das políticas sociais, da educação e do emprego constituem um exemplo bastante paradigmático destas manifestações.

Cuidados familiares, cuidados de género

No quadrofamiliar a resposta a diferentes necessidades de cuidados em matéria de saúde, de bem-estar e de suporte ⁴, implícita ou explicitamente, integra igualmente as questões de género. Pesem embora as grandes mudanças familiares e sociais a este respeito e o processo de construção em curso da igualdade entre homens e mulheres, a verdade é que continuam a ser as mulheres as que mais se ocupam destas tarefas no seio da família e até da sociedade em geral. Tenha-se em conta que as tarefas de cuidados, de apoio, de educação e de serviços, seja qual for o seu âmbito de análise e de intervenção no seio da família, são prioritariamente atribuídas às mulheres. Refira-se, ainda, que esta lógica prevalece em âmbito mais alargado, como era ou é ainda o caso do apelo às relações de vizinhança quando delas há necessidade. Não era ou não é raro que na impossibilidade de uma presença assídua a família e ainda mais as mulheres entre si, para se poder ausentarem, mesmo por pouco, façam apelo a outras mulheres da vizinhança para vigiarem a situação dos doentes e sobretudo dos doentes dependentes durante a sua ausência. Aliás, muito frequentemente, quando nos media inclusive ao nível da ficção, se abordam questões desta natureza, evoca-se a vizinha que diariamente passa e presta apoio ou pelo menos se procura inteirar da situação da pessoa em busca de cuidados.

Também aqui se trata de um tipo de solidariedade cuidadora entre mulheres, quer seja de carácter mais durável quer seja mais fragmentada no tempo e no âmbito das actividades em causa. Se as mulheres durante séculos foram arre-dadas do acesso à arte de Esculapo, em virtude da impossibilidade de acesso às faculdades de medicina que era apenas prerrogativa de homens, nem por isso deixaram de construir entre si intensas redes de informação e de suporte no atinente às designadas práticas informais de saúde e saberes de experiência, qual forma de “medicina empírica de vizinhança” e de saberes estratégicos e pragmáticos alternativos. (M^a E. Leandro, 2014).

4 Na esteira de F. Saillant (1992), neste trabalho entendemos por cuidados e suporte um complexo conjunto de “valores, símbolos, gestos e saberes especializados ou não, susceptíveis de favorecer apoio, ajuda ou acompanhamento de pessoas fragilizadas em termos de saúde, por conseguinte, limitadas temporariamente ou durante longos períodos da sua existência, na sua capacidade de viver independente. Este trabalho de dedicação aos outros, sem renumeração financeira, exige um investimento total daquelas ou daqueles que o executam, um fenómeno que tende a consagrar mais as mulheres do que os homens na (re)produção de serviços gratuitos.

Estas situações de permuta e de trabalho no feminino não assumem qualquer exclusividade na medida em que ao nível profissional se verifica idêntica situação e ainda mais quando nos hospitais passamos dos cuidados médicos para os de enfermagem, para as auxiliares de ação médica até ao extremo mais baixo da pirâmide da estratificação social. Não se poderão compreender os desafios que se colocam hoje ao Estado social, em termos de cuidados e de outros apoios sociais, sem refletir sobre estas vertentes. O indivíduo tal como a sociedade devem a sua proteção social e sanitária a uma tripla combinação que engloba a família ainda mais na sua vertente feminina, o mercado e as prestações dos poderes públicos. Mas na maioria das situações é a família e o mercado que constituem os principais recursos no atinente aos serviços de cuidados: no essencial, os nossos proventos advêm maioritariamente do mercado de emprego, mas mais geralmente ao longo da vida o apoio e suporte social são-nos essencialmente concedidos pelos membros da família.

Não obstante, estes três pilares de proteção social e sanitária estão profundamente imbricados. Se o mercado falha, voltamo-nos para a família e para os poderes públicos. O caso da educação e da saúde não é o menos significativo. Mas a revolução profissional e feminina, integrando a mulher no mercado de emprego, produzindo profundas modificações, releva outras necessidades que mais se fazem sentir no âmbito dos cuidados e na falta de tempo disponível para as crianças e para os idosos (M^a E. Leandro e A. S. Leandro, 2006). Retorquir-se-á que o mercado tem muitas respostas para colmatar estas ausências. Só que não estão ao alcance de todas as bolsas e condições familiares⁵ como se tem vindo a constatar. Tenha-se, igualmente presente que o internamento em serviços especializados com qualidade é possível mas é caro quando a reserva tradicional que constituíam as filhas de uma certa idade, suscetíveis de se ocuparem dos pais, porque não exerciam uma profissão, tende a rarear. Quando estas duas dificuldades se juntam o principal recurso orienta-se para as instituições do estado social, entre nós maioritariamente sob a égide das IPSS, grandemente financiadas pelo Estado através das nossas contribuições. Por cada utente destas instituições, o Estado concede à instituição cuidadora uma subvenção pecuniária que, por exemplo, ao nível dos cuidados primários pode atingir os 4.743,68 €/ano e ao nível de um serviço de radioterapia os 13.450,17€/ano (F. Nogueira, 2013). Mas não basta receber e ter dinheiro. Para poderem prestar os cuidados necessários, estas instituições e outras similares também têm de fazer apelo a mais prestações de serviços por parte da população feminina, inclusive ao nível do voluntariado (M^a E. Leandro, D. Cardoso, 2005).

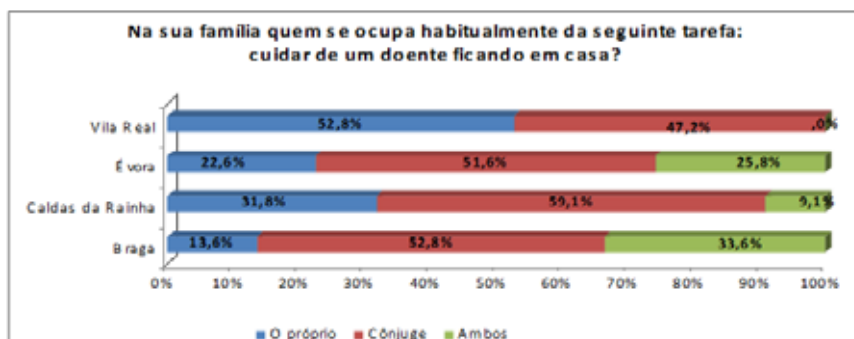
Está-se já aqui perante uma consequência expressiva das mudanças que se têm vindo a produzir, designadamente desde os anos 1970 no âmbito da famí-

5 Apesar das opiniões públicas que teimam em fazer crer que a família não cuida dos seus idosos, em média, pouco mais de 3% dos idosos portugueses vivem em lares ou instituições similares.

lia, do mercado de trabalho, das políticas sociais e da sociedade em geral. Com o acesso generalizado das mulheres ao emprego, a participação dos homens e das mulheres no mercado de trabalho veio-se tornando um direito e um dever. Aliás, o trabalho assalariado é um vector fundamental, quase exclusivo de integração social e de aquisição de direitos sociais. O modelo familiar organizado em torno do conceito de adultos ativos⁶ (*adult worker model*) tende a tornar-se numa norma tanto mais importante quanto está inscrita na agenda da União Europeia, sendo o desemprego, tanto dos homens como das mulheres, um dos graves problemas da atualidade neste rincão alargado. Porém, a erosão do modelo do “homem-ganha-pão” (*male breadwinner model*) e a promoção do modelo de “trabalhador adulto autónomo” não significa que nos dirijamos para um modelo com duas carreiras e com dois provedores de recursos e apoios familiares. A persistência de certas desigualdades entre os homens e as mulheres explica-se porque se alojam em espaços diferentes, designadamente no espaço da vida privada onde as tarefas domésticas e cuidadoras, sobretudo em prol das crianças e dos idosos dependentes, continuam a relevar essencialmente da responsabilidade feminina. Repare-se, até, no que acontece com os avós quando se ocupam dos netos: às avós mais os serviços e os cuidados do dia-a-dia e aos avós mais as atividades lúdicas.

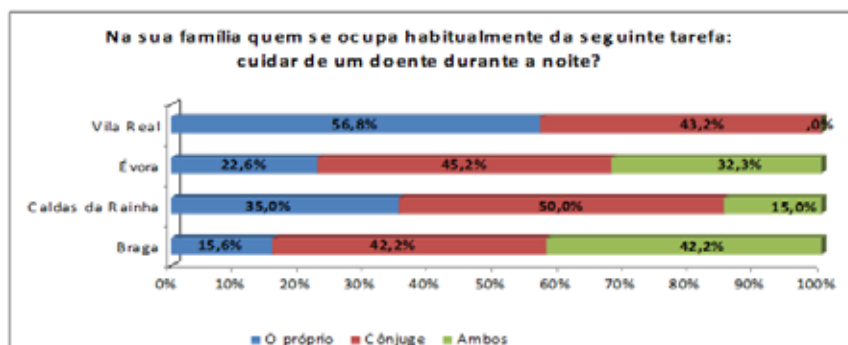
Repare-se nos dados insertos nas figuras 1 e 2. Tratava-se de saber entre os cônjuges quem mais se ocupava de um doente, logo que a situação o exigisse. Mais uma vez se revela, aqui, uma profunda ancoragem de um “habitus” inscrito nas mentalidades e nos comportamentos que faz com que sejam preferencialmente as mulheres a assumirem as responsabilidades que daí advêm, independentemente da região e da idade.

Figura 1: Pessoa que toma conta de um doente em casa



- 6 Refira-se que esta máxima de ativo, anteriormente atribuída aos trabalhadores no “ativo profissional”, de há uns anos a esta parte tem vindo a adquirir grande relevo no âmbito das instâncias nacionais e internacionais vindo a desemborcar praticamente num programa de vida concebido do exterior para os idosos e não com a sua participação.

Figura 2: Quem se ocupa de um doente durante a noite segundo o concelho de residência.



Não obstante, como se denota em outras dimensões que vão sendo assinaladas em outros trabalhos aqui incluídos, há uma gradação: são os mais novos com menos de 30 anos e mais escolarizados, alguns até com formação universitária, que mais aderem às mudanças. Daí que possamos dizer que há transformações em curso entre as novas gerações quanto à participação de género nas tarefas de cuidados familiares. Já ao nível dos mais velhos que integraram a nossa amostra, quer se trate de homens quer de mulheres, há um manifesto “habitus” profundamente enraizado que os leva a seguir as tradicionais formas de divisão das tarefas domésticas, o que reflecte uma cristalização das mentalidades e dos respectivos comportamentos a este respeito, pelo menos em determinadas idades da vida e situação escolar. A nível das entrevistas também nos foram transmitidos comentários que abonam neste sentido: “Os homens só fazem estes trabalhos quando tem de ser e mesmo assim são muito lentos. Levam o dobro do tempo” (M., casada, 63 anos).

“Claro que quando é preciso também sei cozinhar uma refeição ou ajudar uma pessoa doente. Mas a mulher faz esse trabalho melhor e mais rapidamente do que eu” (H., casado, 66 anos)

Todas as considerações que temos vindo a desenvolver também nos levam a dizer que as mutações operadas recentemente na família, no mercado de trabalho e no envelhecimento da população, segundo certos autores (P. Taylor-Gooby, 2004) trouxeram identicamente novos riscos sociais, entre os quais figura a dificuldade das mulheres em conciliarem a vida profissional e familiar. Ademais, como o emprego das mulheres é um princípio de acção comum, coloca-se a questão de saber de quem se ocupará dos membros dependentes da família e quem pagará esta sobrecarga, uma questão que não merecido grande interesse dos governos e do patronato, apesar dos insistentes apelos a mais

investimento no aumento da natalidade. Será que efectivamente as políticas de apoio à família que vigoram em Portugal favorecem a inversão de que se necessita a este propósito sem pensar nas leis e nos horários de trabalho? Para tanto bastaria olhar e seguir políticas idênticas às implementadas nos países nórdicos e em França cuja taxa de crescimento natural (2,1 filhos por mulher em idade fértil) está assegurada. A participação acrescida das mulheres no mercado de emprego, em teoria, supõe uma mudança na organização do tempo de trabalho (que entre nós até tem vindo a aumentar) e uma reorganização dos modelos de prestação de serviços de cuidados, para não colocar em risco o modelo da trabalhadora autónoma, obrigando-a, por exemplo, a ter de trabalhar a meio tempo, na medida em que é a ela que se pede mais responsabilidades e tarefas familiares. Se assim for, o emprego considerado poder conceder às mulheres uma autonomia económica, um estatuto e uma protecção social igual à dos homens, não lhe permitirá aceder à cidadania ativa.

Os cuidados “*The care*”, englobando as atividades e as relações que visam satisfazer as necessidades físicas e emocionais das pessoas dependentes, bem como os quadros normativos, económicos e sociais, nos quais estas atividades e relações se definem e são realizadas (M. Taylor, J. Lewis, 2000), estão no centro dos debates sobre a reestruturação dos sistemas de protecção social, abrangendo em primeiro lugar as mulheres. De sobremaneira, os cuidados situam-se nos interstícios de várias dicotomias que estão no âmago das políticas sociais: trabalho renumerado/trabalho não renumerado, trabalho formal/trabalho informal, trabalho feminino/trabalho masculino, mais tempo de trabalho, partilha de responsabilidades entre o Estado, o mercado e a família. Neste contexto, o que aqui também queremos relevar é o facto das possíveis e necessárias transferências dos serviços de cuidados gratuitos prestados no quadro familiar para o quadro das instituições do estado social, mormente no atinente a crianças e a idosos, se ter transformado num importante sector de empregabilidade para muita da população feminina, ainda que pareça estar agora em retrocesso: diminuem os nascimentos e o desemprego, diminuindo os recursos económicos e negligenciando as ocupações profissionais, também podem contribuir para o efeito.

Seja como for, é caso para dizer que o trabalho de cuidados, mais concretamente o “trabalho sobre o humano” (E. Gofman, 1961) e não sobre material humano, que incluindo cuidados e técnicas, faz igualmente apelo à qualidade das relações e às vivências emocionais, tende a não assumir as mesmas prerrogativas quando tem lugar no espaço familiar ou no espaço profissional sem, de modo algum, querermos dizer que é melhor ou pior neste ou naquele espaço. Não podemos, porém, obliterar a importância dos investimentos afetivos e emocionais, que são percebidos diferentemente segundo se trate do enquadramento familiar ou institucional. Mas há aspectos que este tipo

de tarefas pode ter em comum: o ser ressentido como obrigação. Só que no âmbito familiar tal acontece em virtude das responsabilidades e obrigações que brotam dos vários laços que unem os seus elementos: biológicos, aliança, civis e/ou religiosos, afectivos e electivos, ao passo que no âmbito profissional integra as próprias responsabilidades da profissão, o que implica sempre a mediação do salário.

Tal não obsta a que as grandes mudanças de que temos vindo a falar criem constrangimentos que levam a que estes serviços e cuidados não possam ser prestados por familiares, mas antes por profissionais em instituições. Tradicionalmente, outorgam-se aos familiares sentimentos de dedicação, bondade, amor, altruísmo, ainda que possam exigir sacrifícios entre os quais aprender a lidar com as privações, que até podem ter mais que ver com a organização e ocupação do tempo que passa a ser muito restrito, o desgaste, as próprias sujidades e incapacidades com tudo o que implicam. Não obstante, numa perspectiva de (des)valorização da prestação deste tipo de trabalho, aquilo que globalmente caracteriza esta distinção num espaço ou no outro é o facto destas tarefas exercidas no interior do espaço doméstico serem, na maioria das vezes associadas à obrigação, à gratuidade, à dedicação e ao amor, enquanto no âmbito de uma profissão, podendo englobar alguns destes elementos, concorre para promover quem o executa, acedendo a um estatuto profissional com tudo o que lhe está associado.

Podemos, contudo, dizer que a situação, sendo bastante distinta, não é absolutamente nova, na medida em que num passado muito pouco recuado e ainda com alguma actualidade, embora muito de forma residual, se fazia apelo a pessoas cuidadoras vindas do exterior, normalmente das aldeias para as cidades, para integrarem o grupo doméstico apoiando-o em permanência nas suas tarefas de produção e reprodução, como era o caso das “criadas”. A estas era igualmente solicitada uma dedicação incarnada (A. Martin-Fugier, 1979), havendo até muitas que dedicavam toda a sua vida àquela família como se de uma missão se tratasse. Hoje, em caso de necessidades similares, faz-se essencialmente apelo à “empregada doméstica ou à mulher-a-dias” que, na grande maioria dos casos, apenas aqui vem trabalhar umas horas, para em seguida partir para outras ou para a casa familiar, o que reveste significações e realidades muito distintas, pelo menos em termos de liberdade, autonomia, capacidade de decisão e modo de pagamento (M^a E. Leandro, 1995). Por outro lado, nas anteriores condições, o trabalho prestado circunscrevia-se aos muros das fronteiras domésticas ao passo que de há uns anos a esta parte este espaço tem vindo a ser muito extravasado para o âmbito do público e do institucional muito peculiar, mas com um largo espectro de abrangência.

Haverá ainda lugar para dizer, em contrapartida, que a nova implementação do ambulatório, implicando a transferência da hospitalização para o domi-

cílio (B. R. Monteiro, 2006), faz constantemente apelo à família e teoricamente à comunidade, visando procurar uma forma de protecção decorrente da rede de laços sociais dos próximos. Normalmente, ao nível da comunidade os possíveis cuidadores e sobretudo os que poderão integrar os grupos de suporte social, ou seja, aqueles com quem de facto se pode contar para o que der e vier, apenas poderão ser recrutados entre os amigos e os vizinhos, mas nunca para uma prestação de serviços gratuitos em permanência. Assim, o próprio suporte social de cuidados fica também muito reduzido ao grupo familiar e no interior deste a muito poucas pessoas: esposas, filhas ou noras, como o tem constatado outros estudos realizados em Inglaterra e em França sobre estas questões (M. Bungener, 1986; G. Dalley, 1988).

Ora, em muitos casos, a hospitalização domiciliária não é transitória mas poderá ser permanente e demorada, o que suscita novas questões às famílias, obrigando-as a reorganizarem-se. Como já o afirmámos, se se vive hoje mais tempo com mais saúde, muitas pessoas também vivem mais tempo com doenças crónicas e até com doenças crónicas com dependência, podendo também contribuir para desencadear doenças entre os cuidadores (F. Andrade, 2008). Os casos das lombalgias, do stress e das doenças mentais não são os menos significativos. Esta participação é um dos pilares fundamentais mas insuficiente face às novas necessidades de serviços de cuidados, muitos até na sequência do grande aumento da longevidade, podendo deixar algumas pessoas idosas numa situação de maior e mais demorada dependência e sem recursos para fazerem apelo a alguém do exterior que se possa ocupar destas tarefas. Daí que a manutenção na família exija uma importante mobilização dos seus elementos que nos dias que correm até têm vindo a diminuir, dada a redução do número de filhos por família ao longo das últimas décadas.

Nestas perspectivas, as solidariedades familiares são concebidas como um “recurso” adicional ou substantivo na tarefa de satisfação das necessidades de cuidados, guarda, alojamento, inserção, reabilitação, quiçá socialização e sociabilidade, mas também terão de ser elas próprias objecto de apoio, o que entre nós, nem sempre se afigura uma realidade. Perante estas necessidades, para os governantes e outros decisores, as relações primárias e privadas afiguram-se cada vez mais como uma resposta eficaz e económica, mas parecem ignorar as grandes mudanças introduzidas na família, na composição demográfica da população, nos meandros dos serviços de saúde e na sociedade em geral.

Não obstante, de uma tal observação pode retirar-se também um outro corolário bem interessante: o da coletivização parcial do trabalho de socialização e de reprodução de guarda das crianças e dos cuidados às pessoas dependentes, mormente os idosos, que incumbia às mulheres no quadro familiar e que as limitava no acesso ao mercado de emprego designadamente

a tempo inteiro, permite assim a sua permanência no mercado de emprego. Identicamente, frise-se que estas transformações abriram a porta a mais empregos e carreiras profissionais inclusive com horizontes de mobilidade social no quadro do recentemente designado “Terceiro Sector”. Refira-se, por exemplo, qua a maioria dos lugares técnicos e de direcção sectorial interna são ocupados por mulheres com formação superior (M^a E. Leandro, no prelo). Mas nem por isso estas prerrogativas libertaram as mulheres de outras responsabilidades de trabalho no seio da família em torno dos cuidados prestados a familiares que fazem parte da sua vida quotidiana.

Com certeza que a situação é bastante diferente para quem pode fazer apelo ao trabalho assalariado de uma outra mulher para o exercício dessas tarefas, podendo dedicar-se mais livremente ao trabalho profissional, e para quem o não pode fazer por falta de recursos económicos para o efeito. Daí que as exigências e a sobrecarga mental de umas e de outras sejam bastante distintas (M^a E. Leandro, 2001). Trata-se de uma lógica de trabalho dobrado/trabalho redobrado, o que tem vindo a traduzir-se na expressão de “dupla jornada de trabalho”. Já a noção de “sobrecarga mental” contempla o ter em conta a gestão do tempo e o papel mediador do corpo. Visa, igualmente dar conta da sobreposição do trabalho assalariado e do trabalho doméstico no quadro da própria família. Para quem tem de assumir semelhante posição, esta noção tem em conta a necessidade de organização, por conseguinte ter de pensar e fazer simultaneamente e em conjunto as sucessões da carga de trabalho, de as imbricar ou sobrepor, mas também ao contrário as desimbricar e construir continuidades. Metaforicamente, estamos face a formas de cozinhados enca-deados obrigando continuamente a articular o que funciona em conjunto e a excluir o que é incompatível. Insista-se que esta sobrecarga mental é carregada de uma tensão constante para ajustar as temporalidades e os diferentes espaços, mas não autónomos, que interferem de nodo multiplicativo (idem). Basta trazer para aqui um exemplo elementar da vida quotidiana das famílias, consistindo em articular o local de emprego de cada um dos cônjuges ou apenas de um conforme a forma de família em que se vive, creche, ama, jardim-escola, grandes superfícies, transporte, visando fazer uma escolha acertada do local de residência.

Esta noção de sobrecarga mental não tem sido muito tida em conta quando se trata de analisar questões desta natureza, sabendo, no entanto, que atinge grande alcance em duas dimensões cruciais. A primeira prende-se exactamente com o facto de nesta acumulação de tarefas, que inclui igualmente as noções de serviço e disponibilidade permanente, o trabalho intelectual, mesmo quando se trata de trabalho doméstico, estar sempre presente. Até, porque o ritmo e a organização do trabalho doméstico não reenvia para o trabalho realizado mas antes para actividades e tempos dos outros, exigindo reflexão e articulação

com os mesmos. Daí que estes trabalhos e estes tempos sejam racionalizados, fragmentados e particularmente quando têm de se acumular com os outros (D. Chabaud-Richeter, *et al.*, 1992). A segunda relaciona-se precisamente com o desgaste que esta sobrecarga mental pode provocar com consequências para a saúde das próprias actoras. Não será por acaso que a esperança média de vida das mulheres, sendo maior do que a dos homens, nem por isso impede que sejam atingidas mais precocemente de mais morbilidades inclusive com mais dependência (M^a J. Gomes, 2011). Ao longo da vida têm vindo a ser muito mais solicitadas do que os homens para exercerem esta sobrecarga mental e trabalho permanente de cuidados, muito frequentemente sob a égide de uma ideologia da dedicação, do altruísmo, do saber prático e da intuição no feminino que, apesar de ser coisa que não se ensina nos cursos escolares, se incorpora com o leite materno através das várias socializações. Mais concretamente, trata-se de fazer e de investir em tarefas menos valorizadas, mas absolutamente necessárias à produção e reprodução dos humanos, e que os homens têm vindo a recusar (A. Michel, 1978 ; M. Le Doeuf, 1998). Podemos dizer que também está aqui em causa o valor social “*variável*” desta ou daquela tarefa, deste ou daquele trabalho, mas que ao longo da vida constitui um pilar fundamental da vivência humana sem deixar de ter custos diferenciados no atinente à saúde e à doença.

Imbricação entre mudanças familiares e mudanças sanitárias

Acerca da saúde e da doença, dos respectivos serviços e cuidados, a família é interpelada por estas velhas e novas realidades de várias maneiras. Frise-se que a família é por excelência um grupo de iguais e de desiguais: idades, géneros, responsabilidades, direitos, deveres, tarefas, dependências... (M. E. Leandro, 2001). Talvez, também por isso, ela seja tão importante no atinente à inter-ajuda, sabendo embora que ninguém tem de ser objecto de subjugação de ninguém e tão valorizada numa época de tão grandes transformações a seu respeito. Ninguém é de tal maneira emancipado que possa passar sem a relação e a solidariedade do outro, pelo menos para lhe trazer um copo de água ou uma chávena de chá quando por si não os possa alcançar. Por mais que a individualização se tenha vindo a acentuar nas sociedades hodiernas e que o indivíduo seja cada vez menos alicerçado nas tradições e nas suas instituições permanece sempre um ser de relação, aspiração e necessidade, cujas respostas nem sempre encontra em si.

De resto, um individualismo exacerbado, sendo possível, também pode ser altamente arriscado, inclusive em termos de referências como se tem vindo a constatar nos dias que correm. Quando tal acontece o indivíduo é chamado a inventar-se a si mesmo, a escolher a sua herança, a sua identidade, as suas

pertenças e a sua moral e pode mais facilmente ser votado ao isolamento (A. Eherenberg, 1998). Esta nova liberdade tem igualmente constrangimentos : ao mesmo que se alarga o espaço dos possíveis, cresce o território dos riscos que lhe estão associados, mas também os conflitos que não são mais assumidos pelos suportes tradicionais entre grupos sociais e familiares e que o indivíduo tem de assumir. Daqui poderá resultar uma nova forma típica de depressão que A. Eherenberg (1998) designa como o « cansaço de ser eu ».

Este novo contexto onde cada um procura a sua identidade inscrita num intenso processo de diferenciação (F. De Singly, 2004) não é neutro do ponto de vista do laço social e das suas implicações, inclusive no atinente à saúde e à doença. Refira-se que a noção de laço social, tal como a concebemos (M^a E. Leandro, 2011), designa realidades múltiplas, englobando o conjunto de relações concretas que se tecem no dia-a-dia no seio da família, entre os amigos, os colegas, os vizinhos e se alargam até aos mecanismos de solidariedade instituída ao nível de uma comunidade ou sociedade, integrando as normas, os valores, os universos de sentido e as identidades que nos dotam de um mínimo de pertença e nos permitem saber quem somos para nós e para os outros. Ao nível mais elementar, os laços sociais baseados em experiências concretas, significam e expressam os modos como cada indivíduo e cada família se relacionam com os outros. Com o alargamento das possibilidades que as sociedades modernas têm vindo a proporcionar aos indivíduos (monetização das trocas, acesso ao emprego incluindo as mulheres, extensão da segurança social, possibilidades de mobilidade geográfica, generalização e aumento da escolarização, menos pressão normativa) o laço típico das sociedades hodiernas é fruto de uma escolha e não de uma herança cuja perenidade não se discute, como acontecia anteriormente. Daí que a qualquer momento possa ser posto em causa e revogado. O caso das frequentes rupturas familiares é paradigmático a este respeito.

Para A. Tocqueville, como para muitos pensadores ulteriores, o individualismo compreende-se como um fechamento dos indivíduos na esfera privada : família e amigos em detrimento do espaço público, ou seja, em espaços onde o indivíduo mais considera ser ele próprio e poder realizar as suas aspirações. Quando tal não acontece, facilmente está disposto a romper para partir em busca de novas procuras com objectivos semelhantes. Esta constatação guarda ainda hoje toda a sua pertinência. No entanto, pode deixar supor que o laço que prevalece nestas esferas não se transformou. Ora, a situação é bastante diferente, pois o que predomina são os laços electivos mas transformados tanto na esfera pública como na esfera privada.

Ora, a família é precisamente atingida por este lógica electiva. A desinstitucionalização de que tem vindo a ser alvo é um dos fenómenos mais correntes nas sociedades hodiernas, como o atestam as uniões de facto, os nascimentos

fora do casamento, o aumento dos divórcios... A desinstitucionalização significa que o laço familiar que fazia parte de uma regulação estatutária tem vindo a integrar uma regulação afinitária que não sendo institucional, é interpessoal e firmada entre dois indivíduos que se escolheram, mas que também se podem separar quando deixarem de prevalecer as razões dessa escolha. Aliás, este carácter optativo do laço conjugal não se refere apenas ao casal, mas igualmente aos irmãos e às irmãs, meios irmã(o)s, enteados, padrastos/madras-tas : uns com o pai outras com a mãe e/ou os seus novos maridos/esposas ou companheiros ou só com um ou com outro, os avós, os tios, os primos, os cunhado(a)s, sobretudo quando a criança cresce e se torna adulta e os pais/sogros/avós envelhecem.

Este último ponto adquire ainda maior relevância quando se têm também presente as mudanças demográficas, profissionais e familiares ocorridas sobretudo desde os anos 1960. A longevidade dos indivíduos durante o século XX, nos países ocidentais, aumentou cerca de 30 anos, o que significa que mais recentemente não só se vive mais tempo mas mais tempo com mais saúde, pese embora a dimensão das doenças crónicas e até os anos de doença crónica com dependência. Ao invés, diminuiu o número de filhos por família o que reduz identicamente a dimensão dos suportes.

Por sua vez, a família hodierna tem passado por profundas metamorfoses e pode ser nuclear, monoparental ou recomposta, e até talvez mais do que uma vez, o que complexifica ainda mais as relações, as solidariedades e os suportes familiares dentro das novas « tribos » do parentesco biológico, civil ou de facto e de aliança. De maneira geral, mais do que os laços institucionais, os indivíduos na e através da família privilegiam os laços de eleição. A família existe menos para legar heranças e patrimónios morais do que para permitir construir e vivenciar boas relações que se querem felizes e gratificantes, também elas consideradas um factor de boa saúde relacional e mental (F. Sicot, 2014).

Modificações e diversificações das formas familiares tendem a seguir múltiplas dinâmicas, cuja aspiração fundamental consiste na busca de emoções fortes e de felicidade individual. No passado esperava-se que o indivíduo se ajustasse e se encarnasse na família. Hoje o indivíduo espera que ela lhe traga um quadro de realização pessoal muito intensa. A felicidade é concebida e celebrada enquanto objectivo crucial de uma existência individual e conjugal e para isso também são chamados a participar os vários elementos das várias parentelas, sobretudo biológicas e sociais. Sacrifício, maiores sobrecargas de trabalho quando os cuidados o exigem em favor dos que precisam de apoio, ainda que possa não ser recusadas, são percebidos e vividos de modo diferente. Em síntese, as transformações no seio da família fazem com que de singular mantenha uma pluralidade de formas e possa dar azo a uma vasta e complexa teia de relações. Acresce ainda a precariedade profissional e o aumento do

desemprego, o que acentua ainda mais as fragilidades dos designados « meios naturais » de apoio, o que se ressentem de sobremaneira quando se colocam as questões de necessidade, no caso concreto de cuidado e serviços de saúde.

É também nestas situações que podem aumentar as necessidades e questões relacionadas com os cuidados que se podem vir a afigurar. No seio destas novas « tribos » e « clãs » familiares a quem os solicitar e de quem esperar a sua prestação ? Quem se sente relacionado com alguma responsabilidade nesse sentido ? O que prevalece aqui : os laços de sangue, os laços efectivos ou uns e outros e em que grau e dimensão ? No seio desta rede quem se mobiliza mais: as mulheres ou os homens, os parentes mais próximos e os mais afastados e com que fundamentos ? Se as mulheres, quase sempre, em todas as circunstâncias aparecem como as principais prestadoras de cuidados como se prefiguram aqui as opções ? Que laços tecem entre si para possivelmente assumirem alguma parte de trabalho nesta matéria ? O que se espera, joga e se prefigura sejam quais forem as decisões e as situações ? Em síntese, o que parece certo é que há aqui todo um rol de complexidades cujas respostas podem não ser imediatas. Será, ainda, que alguma parte do isolamento dos idosos e não só, com efeitos diferenciados em termos de saúde e de doença, de que tanto se fala nos dias que correm, para lá de tantos outros factores, não tenha também que ver com muitas destas transformações que sendo o que são, nem por isso deixam de nos fazer reflectir sobre as suas influências quando se trata de repensar as questões da saúde e da doença no âmbito familiar.

Saúde ocupa e preocupa mulheres e homens

Compreende-se que num quadro problemático como este, em que se pressupõe a existência de posições estruturalmente diferenciadas nos eixos do capital da família, da saúde e da doença, e a que, além disso, por vezes, se faz corresponder automatismos e propensões simbólico-ideológicas igualmente distintas, haja disponibilidade para pensar a própria ordem sanitária em particular. Voltando à questão de género no âmbito da saúde e da doença, importa relevar que as mulheres mais do que os homens formam uma grande parte da clientela consumidora de bens e serviços de saúde. Praticamente desde o nascimento, ou ainda antes dele em virtude do recurso que se faz hoje à medicina quando se pensa em engravidar, vindo depois a centrar-se na puberdade com o recurso à pílula e após a menopausa a outros tratamentos, provavelmente até ao fim dos seus dias, a vida das mulheres tende a ser uma vida medicada e medicamentizada. Ademais, as mulheres ao longo da vida, talvez até devido ao facto de terem de lidar mais directamente com a saúde e a doença dos outros familiares, recorrem muito mais ao médico do que os homens. O título de um livro publicado por Teresa Joaquim: « *Cuidar dos outros, cuidar de si* », é elucidativo a este propósito.

Em termos profissionais, refira-se que a maioria do pessoal do sistema de saúde em toda a sua dimensão integra mais mulheres do que homens. Daí que não espante que sejam atingidas em primeiro lugar pelas compressões e pelas grandes transformações de que os serviços de saúde têm vindo a ser alvo. Mas como já o referenciámos por razões essencialmente económicas por parte do Estado, tem vindo a ser feito um crescente apelo à sociedade civil através das medidas da economia social, dos grupos de suporte e dos organismos comunitários para que substituam certos serviços públicos, significando que se o emprego das mulheres pode diminuir neste sector, outro lhe está reservado. No seio da família formam a maioria da força de trabalho benévolo, logo da gratuidade como acima o analisámos.

Independentemente de outras considerações, por razões de vária ordem e designadamente de migrações internas e externas dos filhos e profissionalização das mulheres, os pais podem ser mais votados à solidão em idades mais avançadas. Para a maioria dos portugueses, em caso de necessidades desta índole, também não é fácil disporem de meios financeiros que lhe permitam fazer apelo a alguém do exterior para se ocupar destas tarefas. Daí que quando as necessidades o exigem haja cada vez mais homens a terem de se ocupar dos cuidados às esposas quando delas necessitam (M^a J. Gomes, 2011). Trata-se de uma necessidade aguçada pelo engenho, implicando uma lógica de urgência expressa na trilogia : menos forças, menos meios, mais diversidade de cuidadores, inclusive entre os homens. Está-se aqui perante uma mudança expressiva desta problemática: perante novas condições e exigências de cuidados os homens, inclusive idosos, são mais solicitados a participar na prestação de cuidados familiares, contrariamente ao que acontecia anteriormente quando a esperança média de vida era menor, as mulheres se dedicavam quase exclusivamente às tarefas domésticas e havia a presença de mais filhos para repartirem entre si a prestação destes cuidados.

A situação tende ainda a agudizar-se com a transferência das responsabilidades anteriormente assumidas pelo Estado para as famílias vista como uma solução para os problemas financeiros do mesmo, mas também para os problemas sociais. Não é por acaso, que os discursos familialistas têm subido de tom num contexto de questionamento da legitimidade do papel do Estado no social, enquanto interrogação das prioridades de utilização dos fundos públicos, como tem vindo a acontecer entre nós. Quando se fala de valorizar as solidariedades familiares e a participação da sociedade civil (B. Santos, 1994 ; K, Wall, 2001), em detrimento das solidariedades sociais do Estado, fala-se essencialmente da transferência de responsabilidades assumidas pelo sector público, logo de mulheres assalariadas, para as famílias e, por conseguinte, para mulheres mal pagas ou não assalariadas, porque em maioria desempregadas (Sim porque as que têm meios para isso fazem antes apelo a serviços pagos do exte-

rior para o desempenho destas tarefas). De resto, as recentes subversões no sector da saúde e dos serviços sociais são disto um excelente exemplo. Muitas perdas de emprego e de falta de mobilidade de pessoal podem ser ocasionados por certas fusões de estabelecimentos também em virtude do ambulatório, atingindo o emprego das mulheres em primeiro lugar.

Mas os efeitos das mudanças das políticas sociais no sector da saúde e do bem-estar não atingem apenas as mulheres, por mais importantes que sejam. Por muito neutra que possa parecer, a prioridade dos meios de proximidade, mormente a família, como espaço fulcral de resposta às diferentes necessidades de saúde e de suporte social, integra identicamente uma política sexuada, dado que atinge prioritariamente as mulheres e as consequências importantes sobre o papel que exercem, tanto na esfera pública como na esfera privada. Sob a égide de uma melhor gestão, quicá de uma relação mais humana da saúde, afigura-se uma sobrecarga crescente das mulheres em contexto doméstico, para não falar do seu afastamento do emprego e das respectivas regalias sociais e económicas que, por retroacção, se vêm a repercutir igualmente na situação económica e na qualidade de vida dos familiares. Com efeito, com o ingresso da mulher no mercado de emprego passámos simultaneamente do modelo económico da família com um ganha-pão para uma outra forma família de dupla responsabilidade conjugal para a manutenção e sobrevivência do núcleo familiar. Por alguma razão, e não apenas porque os serviços públicos de educação para isso muito contribuíram, cada vez mais crianças e jovens puderam aceder a melhores condições habitacionais, educativas, processos de escolarizações mais prolongados e com mais apoios escolares ou similares e melhor qualidade de vida, graças ao contributo económico e cultural das mães (M^a E. Leandro, 1995 ; M^a E. Leandro, 2001).

A grande maioria das mulheres exerce uma profissão como os homens, o que também se afigura cada vez mais necessária para a própria sobrevivência da própria família e dos respectivos modos de vida que a família hodierna foi construindo ou a que pelo menos aspira. Mesmo assim, a maioria dos cuidados prestados a pessoas dependentes, designadamente doentes e idosos, perante as lacunas dos serviços públicos e da ajuda profissional é da responsabilidade da família com particular destaque para as mulheres mães, avós ou empregadas domésticas ou similares. Outro tanto se diga das crianças com menos de dois ou 5 anos. A questão, tal como tem sido estudada entre nós (K. Wall, 2000) e também em outros países: F. Saillant (1992) no Canadá; M-E, Joël et C. Martin (1996) em França, atesta esta situação.

Em suma, o que se nos afigura dizer é que graças a um trabalho invisível e não contabilizado desenvolvido no seio da família, o Estado faz economias. Neste quadro, tendo em conta o lugar histórico que as mulheres têm ocupado nas esferas da produção e da reprodução dos seres humanos através da organi-

zação e da produção de actividades domésticas de cuidados têm oferecido uma resposta imediata e antecipada às diferentes necessidades humanas, sociais e culturais das famílias e das sociedades.

Não se esqueça ainda que o trabalho da mãe, podendo também ser o do pai, em parte, é constituído por gestos interactivos com o filho, necessários ao seu bem-estar físico e emocional. As mães concebem, acariciam, embalam, asseguram, alimentam, lavam, educam, divertem e, por vezes, também repreendem. Estas tarefas, ainda que algumas também possam ser exercidas, tanto pelo pai como pela mãe ou conjuntamente, são essencialmente marcadas pelo cunho da afeição, da emoção, da devoção, da gratuidade e do amor, actividades que não são mesuráveis por qualquer estatística do PIB, mas que permitem aos indivíduos usufruir de uma segurança de proximidade que de outro modolhes seria negada.

Compreende-se que num quadro problemático como este, em que se verifica a existência de posições estruturalmente diferenciadas nos eixos do capital económico, profissional, sanitário, cultural e das solidariedades familiares e sociais, a que além disso se faz corresponder automatismos e propensões simbólico-ideológicas igualmente distintos, haja disponibilidade para repensar a própria organização do sector da saúde, das solidariedades e suportes privados e sociais. Critica-se hoje muito o isolamento dos idosos, quiçá alguma menos preocupação e apoio das famílias a este respeito. No entanto, temos de reconhecer que a questão não é só a diminuição da solidariedade e dos cuidados das famílias face aos seus idosos ou dependentes, mas, ao inverso, a falta de solidariedade das políticas sociais e da sociedade perante as famílias mais frágeis, sobretudo as que têm de acumular vários tipos de ajuda aos dependentes. Os trabalhos de F. Andrade (2009) e M. J. Gomes (2012) não deixam margem para dúvidas a este propósito.

A família perante os meandros das novas políticas de saúde

T. Parsons e R. Bales, em 1955, afirmavam que a família ia perdendo parte das suas funções instrumentais devido a uma transferência de certas tarefas para estruturas especializadas, inclusive as que se relacionam com a saúde e a educação, em benefício de um desabrochar do “*polo expressivo*”, relativo à mãe orientada para o “*gineceu*”, e do “*polo instrumental*”, respeitante ao pai, dirigido para a “*androceu*”. Mais especificamente, a evolução rápida e eficaz da medicina curativa ao longo do século XX retirou à família numerosas tarefas no domínio da saúde e da doença. T. Parsons e R. Fox (1952) legitimam esta passagem de competências para os especialistas, não apenas por uma maior capacidade das instituições médicas para conduzirem este processo terapêutico, mas também pela possibilidade de favorecer uma maior protecção da vida privada

contra os efeitos nocivos da doença, o que aliás também é hoje muito evocado quando se trata de justificar o fenómeno da desospitalização. Diz-se muito frequentemente que o hospital é um foco de infecção. Esqueceram, porém, que tudo o que a família faz ou deixa de fazer na vida quotidiana e a maneira como o faz se vai repercutir na saúde dos seus membros numa dimensão muito mais abrangente do que quando a doença sobrevém e da sobrecarga que pode acarretar para a família, inclusive em termos de efeitos de doença das pessoas cuidadores, como o vêm revelando alguns estudos sobre os cuidados familiares a idosos dependentes (F. Andrade, 2008).

Refira-se, todavia que se, por vezes, há uma pressão dos doentes e da família para se ocuparem da gestão da saúde e da doença, o que vai de encontro a estas políticas de saúde, nem sempre a realidade aponta neste sentido. Claro que também há a situação inversa, sobretudo no atinente a idosos dependentes, quando estamos em épocas sociais festivas e em períodos de férias. Mesmo assim, o tempo de hospitalização após uma intervenção cirúrgica é muito mais curto ou praticamente não existe em muitas e variadas doenças, sendo quase sempre alegada a não probabilidade de contágios de doenças infecto-contagiosas, como pode acontecer frequentemente nos hospitais. No caso das doenças crónicas e degenerativas, normalmente, só em períodos agudos é que o doente é internado. De contrário, os cuidados de saúde, exigindo um tratamento prolongado e, em muitos casos para toda a vida, fazem um apelo permanente aos cuidados de saúde prestados pelos familiares no domicílio, a menos que estes doentes sejam enviados para instituições de internamento.

Como corolário, as políticas da não-institucionalização tornaram necessárias novas práticas, visando assegurar o assumir da responsabilidade dos cuidados na doença na esfera doméstica, entre outras facilitando o acesso aos serviços das trabalhadoras domésticas não especializadas, como acontece, por exemplo, nos serviços de intervenção no domicílio, mas serviços estes que se enquadram numa cadeia de ajuda e de cuidados extremamente mal pagos. Os arranjos e os acordos das relações entre o Estado e a sociedade civil no sector da saúde e os serviços sociais deram lugar à emergência e alargamento de instituições privadas, com particular destaque para o “terceiro sector” (IPSS/economia solidária/economia social) favorecendo a integração de novas trabalhadoras de saúde no mercado de emprego em Portugal, como aliás acontece em muitos outros países, ainda que não consideradas como tais.

As reorganizações destes serviços provocaram igualmente numerosas consequências sobre os grupos de utilizadores destes serviços de que fazem parte muitas mulheres pobres e mesmo imigrantes, mas também sobre a vida das trabalhadoras de saúde e das mulheres comprometidas, a vários níveis, com a ajuda aos próximos. Em certos casos, os cuidados domésticos assemelham-se cada vez mais aos cuidados dos profissionais de saúde, ao mesmo tempo que

a duração quotidiana dos cuidados se prolonga e tem uma grande amplitude durante as 24 horas do dia e da noite, o que não é de modo algum o caso das mulheres que trabalham neste sector da actividade profissional, exercendo a sua actividade das tantas às tantas horas, partindo depois para a sua casa sem qualquer sobrecarga mental, o que não acontece no domicílio. Acrescente-se que o envelhecimento da população, articulado com a nova gestão médico-administrativa da doença, supõe uma série de processos, acentuando este fenómeno e exercendo uma pressão sobre as exigências da “*responsabilidade familiar*”.

O sentido das responsabilidades e compromissos familiares, designadamente das mulheres nas práticas de ajuda e de cuidados, herdados ou transformados em “*habitus*”, delegados e transformando-se em recrutamento, ou ainda escolhidos em tempos constrangedores, é bastante similar de um grupo social para o outro, inclusive de uma sociedade moderna para a outra. Segundo os meios de proveniência das mulheres na prestação de cuidados familiares (categorias sócio-económicas e sócio-profissionais, as gerações, as culturas), o que espanta, é que um pouco por todo o lado, esta tarefa obrigatória das mulheres na prestação de cuidados familiares, é tanto mais afirmada quanto o contracto social das políticas neoliberais age como um verdadeiro catalisador. Esta difícil negociação não significa, no entanto, que o sentido dado ao dom de si nos cuidados não possa diferir segundo os contextos familiares e sociais e que se deva por isso universalizar esta ideia do dom de si. As diversas significações de compromisso nos cuidados aos próximos familiares podem variar segundo os laços de filiação, aliança, amizade, profissional, social, supondo um mais ou menos grande compromisso moral ou ainda uma forma de “obrigação instrumental”. Podem variar, também, segundo as ontologias e as éticas das sociedades, das famílias e dos cidadãos abrangidos por estas questões.

Esta situação interroga as representações que as mulheres e a sociedade em geral veiculam da sua identidade de género e da sua experiência enquanto *sujeitos-actores* na família, na sociedade e na história (M. E. Leandro, 1995). Esta situação permite constatar que há uma certa relação com o outro e as pessoas dependentes e frágeis testemunham desta identidade relacional, que a modernidade contemporânea parece ter modificado muito pouco, ou seja, são muito mais valorizados, reconhecidos e querem-se muito mais expressivos os cuidados no feminino. Podemos, assim, interrogarmo-nos sobre o lugar que ocupam a família e efectivamente as mulheres, como sujeitos-actores mais directamente implicadas nestas tarefas dos cuidados no seio da família.

Em último recurso, as políticas sócio-sanitárias reconfiguram as políticas sociais e os sistemas de saúde, tendo menos em conta a articulação com a família e as transformações de que tem vindo a ser alvo. Faz-se cada vez mais à família, mas esquecendo que as grandes modificações que se têm operado na

estrutura e vivências familiares, a fazem dispor agora de muito menos tempo propriamente dito para estar em família. Durante o dia, a família está cada vez mais dispersa: os pais no emprego e os filhos na escola, voltando apenas a reencontrarem-se de regresso a casa após um dia de trabalho e aos fins-de-semana. Ora, logo que alguém adoece ou quando se põe a questão de ter de se ocupar prolongadamente de uma pessoa dependente, como acontece frequentemente com os idosos, a situação pode tornar-se deveras complexa, tanto sob o ponto de vista material como psicoafectivo, mental e ético. Situações desta natureza tornam-se frequentemente em problemas complicados, como o apontam os resultados do nosso trabalho, que impõem novas reflexões e políticas adequadas e que englobam, simultaneamente, as políticas familiares, as políticas de trabalho e as políticas de saúde.

Tal fenómeno reveste-se de tanto mais importância quanto têm vindo a aumentar as doenças devidas a efeitos secundários, em virtude dos esforços e muitas vezes do cansaço acumulado dos cuidadores de outrem no seio da família de maneira prolongada e intensa, exigindo mais esforços físicos, afectivos e psíquicos dos cuidadores, como já anteriormente o referimos. É certo que com a criação e o apoio dos Serviços Continuados, pelo menos temporariamente, as famílias que se encontram em semelhante situação, podem vir a ser aliviadas. Mesmo assim, é sempre uma situação de recurso que pode não ser suficiente para colmatar situações de doença já instalada nos mais próximos cuidadores, sendo o caso das mulheres que assume maior significado. Não deixa de ser interessante analisar a problemática de cuidados inter-geracionais, neste caso entre mães e filhas, infância-velhice, transmissão de saberes-saberes de experiência, dom de mãe, dom de filha, cumplicidades de mãe, cumplicidade de filhas (havendo casos onde podem também ser incluídas as sogras e as noras), em suma cumplicidade de mulheres, de cuidados familiares de mulheres, mulheres dos cuidados familiares, emoções infantis, emoções de “adulter”, emoções de velhice...

Vale a pena lembrar, ainda, que nas últimas décadas se tem insistido fortemente na importância dos comportamentos quotidianos na etiologia das doenças, acentuando a importância das estratégias preventivas correlacionadas com os estilos e modos de vida favoráveis à saúde (A. Freire, 2000; L. Breslow). Ora, este tipo de prevenção encontra, por excelência, no contexto familiar a sua maior ou menor eficácia. Mas no nosso trabalho, também procuramos saber junto dos inquiridos e entrevistados como apreendem as políticas de saúde. Os dados recolhidos mostram alguma insatisfação designadamente no que se refere às listas de espera, aos preços dos serviços de saúde e respectivos medicamentos, à acumulação de vários empregos por parte de médicos e enfermeiros no sector público e no sector privado, prejudicando a disponibilidade de atendimento e a qualidade de relações que possam existir para os utentes do

Serviço Nacional de saúde. Relevam-se igualmente preocupações com o fosso das desigualdades sociais que são analogamente desigualdades de saúde, as influências e aproveitamento dos que estão melhor posicionados, inclusive no interior dos serviços de saúde, o encerramento de serviços de saúde próximos das populações, a falta de médicos nos Centros de Saúde, considerando serem estes aspectos fundamentais e que os governos deveriam ter muito em conta.

Bibliografia

- ABALÉA, F. (1987), Besoin de santé et classes sociales”, *Recherche sociale*, Numéro special, janvier-mars, pp. 2-80.
- ADAM, Philippe, HERZLICH, Claudine (1994), *Sociologie de la médecine et de la maladie*, Paris, Nathan.
- AÏACH, Pierre (1981), Contenu de l’objet santé et variabilité des attitudes, in *Conceptions, mesures et actions en santé publique*, Colloques de l’INSERM, Vol. 104, pp. 357-376.
- ANDRADE, Fernanda (2008), *Cuidadores familiares idosos : Uma realidade, um novo desafio*, Tese de mestrado, Universidade do Minho.
- ARENDT, Hannah (1983 [1958]), *La condition de l’homme moderne*, Paris, Calmann-Lévy.
- AUGÉ, M., HERZELICH, C. (dir.) (1984), *Le sens du mal*, Paris, Archives contemporaines.
- BACKETT, K. (1990), “Image and Reality: Health Enhancing Behaviours in Middle Class Families”, *Health Education Journal*, 49, pp. 61-63.
- BARRÈRE-MAURISSON, Marie-Agnès (1992), *La division familiale du travail. La vie en double*, Paris, PUF.
- BOURDELAIS, P. (2003), *Les épidémies terrassées. Une histoire des pays riches*, Paris, Ed. de la Martinière.
- BOURDELAIS, P. (2000), L’inégalité sociale face à la mort : une invention récente d’une réalité ancienne, in Anne Leclerc et al. (dir.), *Les inégalités sociales de santé*, Paris, INSERM/La Découverte, pp. 27-39.
- BOZZINI, L., TESSIER, R. (1985), Support social et santé, in J. Dufresne et al., *Traité d’anthropologie médicale, l’institution de la santé et de la maladie*, Québec, Presses Universitaires du Québec, pp. 905-940.
- BRESLOW, L. (1978), “Prospects for Improving Health through Reducing Risk Factors”, *Preventive Medicine*, 7, pp. 449-458.
- BUCHAMAN, D. R. (2000), *An Ethic of Health Promotion: Rethinking the Sources of Human Well-Being*, Oxford, Oxford University Press.
- BUNGENER, Martine (1986), Maladies à domicile: ce qu’il en coûte aux familles?, *Informations sociales*, numéro spécial Famille et santé, n° 4, novembre.
- CARAPINHEIRO, G. (org.) (2007) *Sociologia da saúde. Estudos e perspectivas*, Coimbra, Pé de Página.
- CARDIA-VONÈCHE, L. et al (1995), « Préoccupations de santé et fonctionnement familial », *Sciences Sociales et Santé*, 13, 1, pp. 65-79.
- COBB, S. (1976), Social Support as a Moderator of Life Stress, *Psychosomatic Medicine*, n° 38, pp. 301-314.

- CORBIN, Alain (1982), *Le miasme et la jonquille. L'odorat et l'imaginaire social 18^e-19^e siècles*, Paris, Aubier.
- CRESSON, G. DRULHE, M e SCHWEYER, F-X. (eds) (2003), *Coopérations, conflits et concurrences dans le système de santé*, Rennes, Ed. ENSP.
- CRESSON, G. (1995), *Le travail domestique de santé*, Paris, L'Harmattan.
- DANIELSON, C. et al. (1993), *Families, Health and Illness. Perspectives on Coping and Intervention*, St Louis, Mosby.
- DALLEY, G. (1988), *Ideology of Caring*, London, MacMillan.
- DE BAUVOIR, S. (1976 [1949]), *Le deuxième sexe*, Paris, Gallimard.
- DE SINGLY, F. (2000), *Libres ensemble. Individualisme dans la vie commune*, Paris, Nathan.
- DOHERTY, W. et CAMPBELL, T. (1988), *Families and Health*, London, Sage.
- DONZELOT, J. (1977), *La police des familles*, Paris, Ed. De Minuit.
- DURKHEIM, E. (1975 [1882]), *Textes.3. Fonctions sociales*, Paris, Ed. De Minuit, pp. 35-49.
- DURKHEIM, E. (1977[1895]), *Les règles de la méthode sociologique*, Paris, PUF.
- EVANS-PRITCHARD, E. (1985 [1937]), *Witchcraft, oracles and magic among the Azande*, London, Clarendon Press.
- EHRENBERG, A. (1998), *La fatigue d'être soi. Dépression et société*, Paris, Odile Jacob.
- ELIAS, N. (1973), *La civilisation des mœurs*, Paris, Calmann-Lévy.
- HERZLICH, Claudine et PIERRET, Janine (1984), *Maladies d'hier, maladies d'aujourd'hui*, Paris, Payot.
- ENGELS, Frédéric (1973), *La situation des classes laborieuses en Angleterre*, Paris, Editions sociales.
- FASSIN, D. (1996), *L'espace politique de la santé. Essai de généalogie*, Paris, PUF (Coll. « Sociologie d'aujourd'hui »).
- FAVROT, G. (1988), *L'activité de soins dans et le système de l'activité familiale, facteurs d'insertion et de rejet*, Paris, Rapport de synthèse à La MIRE (Ministère des Affaires sociales et de l'emploi).
- FOUCAUT, Michel et al. (1979), *Les machines à guérir, aux origines de l'hôpital moderne*, Paris, Pierre Mardaga.
- FREIRE, A. (2000), « Estratégia e qualidade », in Lopes, H. (org.), *Gestão da doença & Qualidade em saúde*, Lisboa, Comissão editorial da Saúde do IPO, pp. 75-80.
- GOFFMAN, E., (1961), *Asylums: Essays on the social Situation of Mental Patients and Other Inmates*, New York, Doubleday Anchor.
- GOMES, Maria José (2012), *Vidas após um Acidente Vascular cerebral: efeitos individuais e familiares*, Tese de Doutorado, Universidade do Minho.
- GOMES, R. (2009), "A família como actor promocional de saúde", in M^a E. Leandro, P. Nossa, V. Rodrigues (orgs), *Saúde e sociedade. O contributo (in)visível da família*, Viseu, Psicossoma.
- GOMES, R. (2009), *Família: Saberes e práticas nas prestações de cuidados de saúde*, Tese de Mestrado, Universidade do Minho.
- GRAHAM, H. (1984), *Women, Health, and Family*, Harvester, Brighton.
- HERNES, Helga (1987), *Welfare State and Woman Power: Essays in State Feminism*, Oslo, Norwegian University Press, Oxford, Oxford University Press.
- HERZLICH. C. et PIERRET, J. (1984), *Maladies d'hier, maladies d'aujourd'hui*, Paris, Payot.
- HERZLICH. C. (1984), « *Le sens du mal: anthropologie, histoire, sociologie de la maladie* », in M. Augé et C. Herzlich (dir.), *Le sens du mal*, Paris, Archives contemporaines.
- HUGO, V. (s. d. [1862]), *Os miseráveis*, Mem Martins, Publicações Europa América.

- JOËL, M-E. et MARTI, C. (1996), *L'organisation du soutien à domicile des personnes âgées dépendantes. Déterminants économiques et familiaux*, Paris, Ministère des Affaires Sociales et de l'Emploi, Rapport à la MIRE.
- KAUFMANN, J-C. (2004), *L'invention de soi. Une théorie de l'identité*, Paris, Armand Colin.
- KELLERHALS, J, et MONTADON, C. (1991), *Les Stratégies éducatives des familles. Milieu Social, Dynamique familiale et éducation des pré-adolescents*, Lausanne/Paris, Delachaux et Niestlé.
- JOAQUIM, T. (2006), *Cuidar de si, cuidar dos outros. Questões em torno da maternidade*, Lisboa, Livros Horizonte.
- LA Bible, Traduction œcuménique TOB, Paris, Cerf.
- LACHEHEB, M. (2008), « Le corps matrice d'une expérience émotive dans la relation pédagogique en éducation physique », in M. Charmillot, *Émotions et sentiments : une construction sociale. Approches théoriques et rapports aux terrains*, Paris, L'Harmattan (Coll. « Logiques sociales »), pp. 193-202.
- LANGLIE, J (1977, Social Networks, Health Beliefs and Preventive Health Behaviours, *Journal of Health and Social Behaviour*, 18, pp. 244-260.
- LAZORTHE, G. (1988), *Sciences humaines et sociales. L'homme, la société et la médecine*, Paris, Masson.
- LEANDRO, M^a E. (2014), Saberes e saúde: teorias e usos sociais, in M^a E. Leandro e B. R. Monteiro (dir), *Saúde no prisma da sociologia. Olhares plurais*, Viseu, Psicosoma, pp. 55-94.
- LEANDRO, M^a E. e DA CUNHA, M. (2014), Viver em contexto migratório. Controversias acerca da saúde, in M^a E. Leandro e B. R. Monteiro (dir), *Saúde no prisma da sociologia. Olhares plurais*, Viseu, Psicosoma, pp. 131-152.
- LEANDRO, M^a E., ANTUNES, M., LEANDRO, A. S., BARROSO, V. (2013), Cultures de la nuit, santé des étudiants et transactions sociales, *Pensée Plurielle*, 2013/2-3, n° 33-34, pp. 197-212.
- LEANDRO, M^a Engrácia (2012), Transformações estruturais e familiares. Da família da industrialização à família hodierna, in A. Esteves e M. Araújo, *Sociedade, economia e instituições*, Braga, CITCEM, pp. 361-391.
- LEANDRO, M^a E., LEANDRO, A. S., OLIVEIRA, S. (2009), "Entre família, Saúde, riscos e confiança", in M^a E. Leandro, P. Nossa, V. Rodrigues (orgs), *Saúde e sociedade. O contributo (in) visível da família*, Viseu, Psicosoma.
- LEANDRO, M^a E., MACHADO, J., GOMES, R. (2007), "Promoção da saúde e prevenção da doença: realidades e miragens nas famílias portuguesas", in G. Pereira, *Psicologia da saúde familiar: aspectos teóricos e práticos de investigação*, Lisboa, CLIMEPSI, pp. 267-294.
- LEANDRO, M^a Engrácia, CARDOSO, Daniela (2005), *A seiva humana. Sociologia do voluntariado*, Braga, ICS.
- LEANDRO, M. E. et al. (2002), "Les relations famille-médecin de famille. Une étude de cas dans le Nord du Portugal », in Cresson, G, et al., *Coopérations, conflits et concurrences dans le système de santé*, Rennes, ENSP, pp. 221-236.
- LEANDRO, M. E. (2001), *Sociologia da família nas sociedades contemporâneas*, Lisboa Universidade Aberta.
- LEANDRO, M. E. (2001), "A saúde no prisma dos valores da modernidade", *Trabalhos de Antropologia e Etnologia*, Vol. XLI (3-4), 2001, pp. 68-92.
- LEANDRO, M. E. (1995), *Au-delà des apparences. Les Portugais face à l'insertion sociale dans l'agglomération parisienne*, Paris, l'Harmattan (Coll. « migrations et changements »).
- LE Desert (1985), *La maladie: la part du social*, Paris, CNRS, CDSH.

- LE DOEUF, M. (1998), *Le sexe du savoir*, Paris, Aubier.
- LERICHE, René (1936), *De la santé à la maladie : où va la médecine?*, Encyclopédie française, Tome VI.
- LEWIS, J. MEREDITH, B. (1991), *Daughters Who Care*, London, New York, Guilford Press.
- LINHART, R. (1978), *L'Établit*, Paris, Ed. de Minuit.
- LITMAN, T. L. (1974), The Family as a Basic Unit in Health and Medical Care: a Social-behavioral Overview, *Soc. Sic. Med.*, vol. 8, pp- 459-519.
- MCADAM, D. (1982), *Political Process and the Development of Black Insurgency*, Chicago, University of Chicago Press.
- MACKEOWN, T. (1976), *The Modern Rise of Population*, London, Edward Arnold.
- MARTIN-FUGIER, A. (1979), *La place des bonnes. La domesticité féminine à Paris en 1900*, Paris, Grasset.
- MARTIN, J. and ROBERTS, C. (1984), *Women and Employment: a lifetime Perspective*, Londres, HMSO.
- MÉNORET, M. (2007), Informer mais convaincre: incertitude médicale et rhétorique statistique en cancérologie, *Sciences sociales et santé*, Vol. 25, n° 1, pp. 33-54.
- MICHEL, A. (1978), *Les femmes dans la société marchande*, Paris, PUF.
- MOHEAU, J-B. (1912 [1778]), *Recherches et considérations sur la population de la France*, Paris, Paglo Geuthner.
- MONTEIRO, B. (2006), *O fenómeno de desospitalização. Interconexões familiares, comunitárias e sociais*, Tese de doutoramento, Universidade do Minho.
- MULOT, Stéphanie (2011), Vivre et gérer les maladies chroniques, in M. Drulhe et F. Sicot (dir.), *La santé à Coeur ouvert. Sociologie du bien-être, de la maladie et du soin*, Toulouse, Presses Universitaires du Mirail, pp. 91-112.
- NOGUEIRA, F. (2013), Centralizar para ganhar ou descentralizar para servir: um serviço de radioterapia ao serviço de uma região. In: *XVIII Congresso Internacional do CLAD*, Montevideo. Reforma del Estado y de la Administración Pública. Montevideo: Mastergraf. pp. 89-101.
- PARSONS, T. BALES, R. (1955), *Family, Socialization and interaction Process*, New York, The Free Press.
- PETERSEN, A., LUPTON, D. (1996), *The New Public Health. Health and Self in the Age of Risk*, London, Sage.
- PETRONILHO, F. (2007), *Preparação do regresso a casa*, Coimbra, Formasau – Formação e Saúde, Lda.
- PIRES, J. C., *De Profundis, Valsa Lenta*, 1.ª edição, Lisboa, Publicações Dom Quixote.
- PITROUT, A. (1978), *Vivre sans famille? Les solidarities familiales dans le monde d'aujourd'hui*, Toulouse, Privat.
- PRATT, L. (1976), *Family and Structure and Effective Health Behaviour*, Boston, Houghton Muffin.
- PRATT, L. (1972), Conjugal Organization and Health, *Journal of Marriage and the Family*, 14, pp. 61-69.
- ROSEN, G. (1959), *History of public health*, New York, MD Publications.
- ROSS, C. E. (1990), "The Impact of the Family on Health: The Decade Review", *Journal of Marriage and Family*, 52, PP. 1059-1078.

- ROUSSEAU, J.-J. (1995 [1754], *Discurso sobre a origem e fundamentos da desigualdade entre os homens*, Mem-Martins, Europa-América.
- SAILLANT, F. (1992), "La part des femmes dans les soins de santé", RIAC numéro special *Prendre soin. Liens sociaux et médiations institutionnelles*, 28/68, pp. 95-106.
- SANTOS, B. (1994), *Pela mão da Alice. O social e o político na pós-modernidade*, Porto, Afrontamento (Col. "Biblioteca das Ciências do Homem2)
- SEN, Amartya (2000), *Repenser l'inégalité*, Paris, Seuil.
- SICOT, François (2014), Sociologia da saúde mental, in M^a E. Leandro e B. R. Monteiro (dir), *Saúde no prisma da sociologia. Olhares plurais*, Viseu, Psicosoma, pp. 154-174.
- SOURNIA, J.-C. (1984), *L'utopie de la santé*, Paris, Flammarion.
- STEUDLER, F. (1992), « Genèse et développement de la sociologie de la santé », *Revue suisse de sociologie*, 18, 2, pp. 265-284.
- SUSSER, M. SUSSER, E. (1996), Choosing a future Epidemiology: eras and Paradigms, *American Journal of Public Health*, 86, pp. 668-673.
- TAYLOR, Mary (org) (2004), *New Risks, New Welfare?*, Oxford, Oxford University.
- TAYLOR, Mary and LEWIS, Jack (2000), The Concept of Social Care and the Analysis of Contemporary Welfare States, *British Journal of Sociology*, 51 (2), pp. 281-298.
- THOMAS, Louis-Vincent (1991), *La mort en question. Traces de mort, mort des traces*, Paris, L'Harmattan.
- TORGA, Miguel (1969 [1937]), *A criação do mundo*, Coimbra, Gráfica de Coimbra.
- VILLERMÉ, J.-L. (1971 [1832]), *Tableau de l'état physique et moral des ouvriers employés dans les manufactures de coton, de laine et de soie*, Paris, Union Générale d'Éditions.
- VILLERMÉ, J.-L. (1971 [1828]), *Mémoire sur la mortalité dans la classe aisée et dans la classe indigente*, Paris, Union Générale d'Éditions.
- WILKINSON, S. R. (1988), *The child's World of Illness. The Development of Health and Illness Behaviour*, Cambridge, Cambridge University Press.
- VILLIMOTT, P. (1986), *Social Networks, Informal Care and Public Policy*, London, Policy Studies Institute.
- WALL, Karin (2001), *Family life and Family Policies in Portugal: Developments in the Late Nineties*, European Observatory on the Social Situation, Demography and Family, Lisboa, ICS.

A SAÚDE NO QUOTIDIANO DA FAMÍLIA

José Ricardo Tinoco Gomes | Enfermeiro no Centro de Saúde de Gualtar

Introdução

Como se sabe, a família tem influência no conceito individual de saúde e doença dado que é a primeira unidade social onde a pessoa se insere e a primeira instituição que contribui para o seu desenvolvimento e socialização. É considerada o espaço natural onde se faz a transmissão dos valores éticos, culturais, sociais e cívicos e permanece como principal suporte afectivo, pedagógico e social de todos os indivíduos (Martins, 2002). É claro que a família é não só um meio importante que influencia a saúde dos indivíduos, mas também uma unidade, cuja saúde é básica para o bem da mesma, da comunidade e da população em geral. É dentro da família que os comportamentos de saúde, incluindo a importância da saúde, os hábitos de saúde e as percepções do risco de saúde se desenvolvem, organizam, alteram e realizam. Assim, tem-se vindo a colocar cada vez mais a tónica nos saberes da população sobre as questões da saúde e da doença, na forma como a sentem, nas decisões que tomam e em que é que baseiam essas decisões. Com efeito, “as unidades de saúde deixaram de ter o monopólio da difusão do conhecimento relativo à saúde e à doença. A televisão, os jornais, as famílias intrometem-se neste processo” (Duarte, 2002: 15).

Nesta perspectiva, os modos de vida, as concepções, as estratégias e as práticas familiares constituem campos de análise em que a família continua como ponto de referência nas situações de crise, de doença, de sofrimento, sendo reconhecida como fundamental no campo da saúde por organismos internacionais como a Organização Mundial de Saúde, a União Europeia, entre outros (Marinheiro, 2002).

Reflectir sobre esta realidade conduziu à elaboração da tese de mestrado intitulada, “Família: saberes e práticas na prestação de cuidados de saúde”⁷ (Gomes, 2009), valendo a pena no presente artigo apresentar as principais con-

7 Tese de Mestrado elaborada no âmbito do Curso de Mestrado em Sociologia, Especialização em Sociologia da Saúde, da Universidade do Minho, sob orientação da Professora Doutora Ana Paula Marques e da Professora Doutora Maria Engrácia Leandro. De salientar o facto desta investigação ter sido desenvolvida em colaboração com o Projecto POCTI/SOC/59282/2004, intitulado “O Contributo (In)Visível. A Gestão Familiar dos Cuidados de Saúde”. Tratou-se de um projecto inter-universitário integrando a Universidade do Minho, a Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro e a Universidade de Évora, sob coordenação da Professora Doutora Maria Engrácia Leandro.

clusões. Mas, antes é importante referir que o intuito particular desse estudo foi o de conhecer os saberes e as práticas quotidianas adoptados pela família, no sentido de manter e promover a saúde dos seus membros. Simultaneamente, pretendeu-se caracterizar as famílias no que se refere à sua funcionalidade e às suas condições socio-económicas, apreender os hábitos pessoais de saúde presentes no seio familiar, bem como caracterizar os saberes e práticas que as famílias possuem para a resolução dos problemas e dar resposta às situações de doença no sistema familiar. Tendo em conta estes objectivos, enveredou-se por um tipo de estudo que pretendeu analisar o trabalho doméstico da saúde, especificamente, as práticas de gestão da saúde e de combate à doença, o investimento na promoção da saúde, a divisão do trabalho doméstico e certas representações no domínio da saúde.

Assim, optou-se por um estudo de índole quantitativa, com recurso ao inquérito por questionário, aplicado a noventa e três famílias inscritas na Unidade de Saúde Familiar Gualtar (ARS Norte, ACES Cávado I – Braga), que decorreu no primeiro semestre de 2008. Todas as famílias residiam num contexto urbano o que, segundo Dina Carvalho (2002), influencia as atitudes e os comportamentos acerca das medidas de saúde preventiva. A mesma autora considera que as famílias urbanas são mais preocupadas com a prevenção do que com a cura, ao contrário das famílias que residem em meio rural. A selecção de famílias residente em meio urbano baseou-se neste pressuposto. Em termos dos resultados obtidos a sua apresentação assentou em torno de quatro dimensões de análise principais: o perfil socio-demográfico das famílias, o contexto intra-familiar; as práticas de saúde familiar e os saberes familiares/procura de cuidados de saúde.

A importância da caracterização do perfil socio-demográfico das famílias reside no facto de esta possibilitar o conhecimento da realidade das situações sociais existentes na família. O contexto intra-familiar, por sua vez, abarca os aspectos mais valorizados pela família, o nível de funcionamento familiar, as tarefas domésticas e sua distribuição, assim como os principais stressores existentes no seio da família e suas forças de resistência. As práticas de saúde familiar englobam não só a auto-avaliação da saúde e os factores que influenciam o estado de saúde das pessoas que compõem o agregado familiar, mas também os hábitos de saúde presentes no seio da mesma e os cuidados de vigilância adoptados por esta no sentido da prevenção da doença e promoção da saúde. Por fim, os saberes familiares e a procura de cuidados de saúde por parte da família englobam o tipo de cuidados mobilizados em situação de doença, assim como as redes sociais de apoio e a utilização dos serviços de saúde.

Este projecto visou prosseguir um estudo teórico-empírico, interdisciplinar e comparativo sobre as dinâmicas gestionárias, muitas vezes ocultas, em torno dos cuidados familiares de saúde.

Perfil socio-demográfico das famílias

De acordo com os dados obtidos, 94,6% dos inquiridos eram do sexo feminino, o que significa que as respostas obtidas disseram respeito, sobretudo, a mulheres mães. No que concerne ao estado civil, a maioria dos participantes era casado (94,6%). O leque de idades dos inquiridos variou entre os 23 e os 60 anos, correspondendo a maior percentagem a idades compreendidas entre os 31 e os 40 anos (54,8%). A média de idades situou-se, portanto, nos 38,5 anos, o que traduz um perfil relativamente jovem das famílias inquiridas. Quanto ao nível de escolaridade, verificou-se que o número mais significativo dos participantes possuía o 9.º ano de escolaridade (29%). No entanto, é de salientar um elevado número de participantes com nível superior de escolaridade (22,7%). Relacionando a idade dos inquiridos com o seu nível de escolaridade observou-se que é na idade compreendida entre os 31-40 anos onde o nível de escolaridade é superior, isto é, dos 51 inquiridos dentro desta faixa etária 27,4% possuía o 12.º ano e igual percentagem possuía um nível universitário.

No que se refere à classificação social constatou-se, após o cruzamento da pontuação obtida nos cinco itens que integram o *índice de Graffar* (profissão, nível de instrução, fontes de rendimento, conforto do alojamento e aspecto do bairro), que a sua distribuição se situou, sobretudo, entre a classe II (49,5%) e a classe III (44,1%). Como tal, eram famílias caracterizadas por cobrirem um largo espectro de pessoas que trabalham em ocupações muito diferentes, desde empregados na indústria de serviços, a professores e profissionais da saúde. É de salientar, que as ocupações técnicas, de gestão e administrativas encontram-se entre os sectores de crescimento mais rápido da classe média. Por exemplo, no presente estudo, 47,3% do total das famílias inquiridas integram o grupo de pequenos industriais/comerciantes; encarregados; operários qualificados; funcionários públicos/administrativos.

Existem várias razões para tal. A primeira está relacionada com a importância das organizações de larga escala nas sociedades modernas. A disseminação das burocracias criou oportunidades e uma procura de colaboradores para trabalhar em contextos institucionais. Em segundo lugar, o crescimento de profissionais técnicos é um reflexo da expansão do número de pessoas que trabalham em sectores da economia onde o governo desempenha um papel importante. A criação do Estado de providência social levou a um enorme crescimento no número dos profissionais envolvidos na execução das suas funções, como os trabalhadores sociais, os professores e os profissionais dos cuidados de saúde. Finalmente, com o aprofundamento do desenvolvimento da economia e da indústria, tem havido um aumento constante da procura dos serviços de peritos nos campos da justiça, finanças, contabilidade, tecnologia e sistemas de informação. Neste sentido, os técnicos podem ser vistos, simultaneamente, como um produto da era moderna e como um contributo central para a sua

evolução e expansão (Giddens, 2004). Seguindo esta linha de pensamento, os membros das famílias inquiridas por mérito das suas qualificações técnicas ou títulos académicos, ocupavam posições que lhes forneciam maiores vantagens materiais e culturais. Portanto, poder-se-á afirmar que a maioria das famílias inquiridas eram possuidoras de um poder aquisitivo e de um padrão de vida e de consumo razoáveis, de forma a não apenas suprir as necessidades de sobrevivência mas também a permitir-se formas variadas de lazer e cultura.

Contexto intra-familiar

Como já referido, um objectivo primordial do trabalho foi o de contribuir para o reconhecimento da família como um agente activo no processo de saúde-doença. No entanto, para que tal fosse possível tornou-se necessário conhecer a realidade intrafamiliar. Sendo assim, no que diz respeito à dimensão da família, 54,8% dos inquiridos afirmaram que a sua família era constituída por 4 pessoas. Simultaneamente observou-se uma igualdade percentual (16,1%) nas famílias compostas por 3 e 5 pessoas. Esta descrição afasta-se da tendência nacional descrita pelo Instituto Nacional de Estatística (2007), segundo o qual se tem assistido ao aumento da percentagem de famílias de uma só pessoa e de duas pessoas, em simultâneo com o decréscimo da proporção de famílias com 4 ou mais pessoas. No que diz respeito ao número de filhos por agregado doméstico, conclui-se que a maioria possuía dois filhos (61,3%), seguido das famílias com um único filho (18,3%). Mais uma vez, as famílias observadas tendem a contrariar a tendência nacional no que diz respeito ao número de filhos por agregado familiar. Sabe-se que, em 2006, a proporção de agregados com apenas um filho (32% do total de agregados familiares com filhos) era a mais elevada, seguida da de dois filhos (20,3%) (INE, 2007). Apesar da diferença entre os dados apresentados no estudo e os do Instituto Nacional de Estatística existe uma clara tendência das famílias analisadas para terem poucos filhos, uma vez que a média se situa nos 2 filhos por família.

Este fenómeno tem sido explicado pelo desenvolvimento económico, pela baixa mortalidade infantil, pela melhoria dos serviços de segurança social e pelo novo *status* da mulher. O desenvolvimento económico tem levado os casais a investir mais nas suas condições de vida em detrimento de ter mais filhos. Por outro lado, a consciência da possibilidade de ter um melhor nível de vida leva também a ambicionar essa vida para os filhos, a qual só será viável se a família não for muito numerosa. Esta atitude é facilitada pela baixa mortalidade infantil não sendo necessário ter muitos filhos na esperança que sobrevivam alguns, como acontecia em famílias tradicionais do passado pré-industrial. A melhoria do sistema de segurança social veio, por seu lado, diminuir a importância dos filhos como uma forma de segurança na velhice. Finalmente,

o novo *status* da mulher leva-a a valorizar outros aspectos da vida para além dos filhos, como atingir níveis mais elevados de instrução, ter uma carreira ou simplesmente não ter ou ter poucos filhos. Em consequência, a idade do casamento é adiada e o número de filhos, bem como a altura em que devem nascer é mais programado do que no passado (*Ibidem*).

Verificou-se, também, que a esmagadora maioria das famílias (81,7%) correspondem a famílias constituídas pelo próprio, pelo cônjuge e pelos filhos (nucleares/conjugais) enquanto que 16,1% eram famílias alargadas, ou seja, famílias em que os avós ou outros familiares integraram núcleos constituídos pelos pais e filhos. As famílias monoparentais (compostas por um pai ou uma mãe sozinhos a cuidar dos filhos) corresponderam a um número relativamente diminuto (2,2%).

O facto de no estudo grande parte das famílias ser do tipo nuclear espelhou bem a realidade vivida no conjunto da população portuguesa. A comprová-lo estão os dados apresentados pelo Instituto Nacional de Estatística (2005): “em 2001 foram recenseados 3 069 745 núcleos familiares, revelando um acréscimo de cerca de 11% face a 1991. A situação mais comum manteve-se nos casais com filhos, que representavam 56,7% do total de núcleos familiares em 2001, apesar de se ter registado um ligeiro decréscimo do seu peso relativo”. É de salientar que os dois casos de famílias monoparentais eram constituídos por mães com filhos, indo também ao encontro dos dados do Recenseamento Geral da População (2001) onde, do total dos núcleos monoparentais, 10% dizem respeito a núcleos constituídos unicamente pela mãe com os filhos.

Pode-se observar que a maioria das famílias (37,6%) possuía filhos em idade escolar, ou seja, o filho mais velho apresentava uma idade entre os 6 e os 13 anos. A seguir, surgem as famílias com filhos adolescentes, correspondendo a 32,3% do total das famílias. Atendendo a estes resultados, importou, sobretudo, caracterizar estes dois tipos de famílias, na medida em que correspondem a cerca de 70% do total da amostra. Esta acção possibilitou uma visão mais global dos contextos familiares, incluindo alguns processos inerentes ao seu desenvolvimento.

As famílias inquiridas com filhos em idade escolar surgiram, então, como famílias a viverem a chamada “primeira crise de desmembramento” (Relvas, 1996: 114). Esta implica, em termos internos, uma separação entre pais e filhos e, em termos externos, o início de uma relação com um sistema novo, bem organizado e altamente significativo (escola). Observa-se, no interior destas famílias, o primeiro teste ao grau de individuação da criança, uma vez que o contacto da criança com a escola permitir-lhe-á pensar e conhecer o mundo de uma forma mais autónoma. Ao mesmo tempo, a família altera as suas vivências quotidianas, renegociando todo um conjunto de aspectos que vão desde a concepção de horários e partilha de tarefas parentais, até ao arranjo de alguns

espaços físicos no lar (criar uma área própria para estudar pode ser uma das novas necessidades).

A entrada de um filho na escola implica, portanto, a necessidade de reajustes em termos económicos e/ou laborais por parte dos pais, o que pode constituir fonte de stress para a família. Os pais reforçam o seu papel de educadores que orientam e impõem normas e limites, ao mesmo tempo que aumentam a margem de autonomia concedida aos filhos. No que respeita aos filhos, a sua crescente autonomização e responsabilização implica um respeito cada vez maior pelo subsistema paternal.

Para além desta reorganização interna, a família com filhos em idade escolar adapta-se e integra um novo subsistema executivo, que se expressa na autoridade da escola (professor). As famílias passam a lidar com situações em que a autoridade parental é contestada com base noutra autoridade reconhecida. Surgem, também, os grupos de pares e as comparações entre famílias realizadas pelos filhos, surgindo a triangulação família-crianças-outras famílias. A família fica, assim, sujeita a um jogo interactivo de influências, em que a entrada da criança na escola se torna um teste à sua capacidade de flexibilização na reformulação das suas estratégias, devendo esta ter o cuidado de saber distinguir os seus limites sem se deixar invadir e descaracterizar pelo que vem de fora (Relvas, 1996).

A etapa anteriormente descrita serve de preparação ao “radicalismo” característico da etapa que se lhe segue: família com filhos adolescentes. É impossível pensar esta etapa do ciclo vital da família sem a perceber como um período de grandes mudanças, nomeadamente, uma maior abertura da família face ao exterior, o que se traduz no aumento das relações inter-sistémicas e no confronto com diferentes valores, normas e comportamentos. Pais e filhos passam a estar menos tempo juntos e a realizarem um menor número de actividades em conjunto. A família passa a ter que gerir conflitos e a escutar as opiniões dos filhos, incentivando-os a debater e a desenvolver ideias originais. A relação pais-filhos também se modifica, passando os pais a ser figuras de vinculação na reserva, o que não lhes retira importância, mas modifica a qualidade da sua relação com os filhos (Alarcão, 2002). A recentração na vida conjugal e profissional por parte do casal (o casal tem de (re)aprender a criar novos interesses, novos compromissos e novas complementaridades) e o início do seu apoio à geração mais velha são duas tarefas que também caracterizam as famílias com filhos adolescentes. Em qualquer um dos casos há uma reorganização familiar que se impõe e a posição do sub-sistema parental não é, de forma alguma cómoda: entre duas lealdades, confrontada com o envelhecimento, e eventualmente com a morte dos próprios pais, o casal tem que exercer uma função protectora e de prestação de cuidados a duas gerações quase adultas que lhes exigem independência mas que também necessitam de dependência. O casal

tem nestas circunstâncias, que mostrar algum equilíbrio e uma boa dose de criatividade (Alarcão, 2002). Partindo de tudo o que foi descrito facilmente se conclui que grande parte das famílias inquiridas se inseriam em etapas longas e difíceis do ciclo vital, na medida em que exigiam um permanente equilíbrio entre as necessidades do sistema familiar e as aspirações de cada membro da família.

A análise dos dados referentes ao trabalho doméstico no interior da própria família, assim como aos cuidados prestados à família permitiram verificar algumas distinções de género. De facto, a preparação das refeições surgiu como uma tarefa executada por 87,1% dos inquiridos do sexo feminino. Verificou-se o mesmo tipo de situação ao analisar a questão da lavagem da roupa e loiça (87,1%); da educação (79,6%) e do tempo de carinho dedicado aos filhos (81,7%). É de salientar um maior equilíbrio no que diz respeito às questões financeiras: 51,6% dos inquiridos do sexo feminino afirmaram realizar esta tarefa, ao passo que 40,9% dos inquiridos referiram que esta é realizada pelo cônjuge do sexo masculino. A única situação que contrasta com o domínio da mulher na execução das tarefas domésticas prendeu-se, na verdade, com as questões administrativas, estas sim realizadas, sobretudo, pelo cônjuge do sexo masculino. Acompanhar um doente a uma consulta médica, ser responsável pela administração de medicamentos, cuidar de um doente durante a noite, cuidar de um doente ficando em casa, tomar a decisão de ir ao médico foram tarefas que surgiram fortemente associadas ao sexo feminino, uma vez mais.

Perante o exposto, facilmente se conclui que são as mulheres que executam grande parte das tarefas domésticas, o que é, em grande medida, corroborado com o argumento de que “o trabalho doméstico continua a ser atribuído à mulher mesmo quando esta trabalha, não obstante, o ligeiro aumento da participação dos pais nos cuidados dos filhos” (Saraceno, 1997: 183). Há, portanto, uma clara divisão sexual do trabalho doméstico. A participação da mulher surge, então, como essencial na preservação da saúde no interior da família. Este cuidar representa todo um conjunto de actos realizados no dia-a-dia, com o objectivo e a função de manter uma vida saudável aos seus elementos e permitir que se reproduza e perpetue a vida familiar (Carvalho, 2002). Assim, acerca desta questão Leandro (2001: 87) escreve: “...apesar de todas as transformações operadas em termos de uma maior igualdade entre os géneros, quer teóricas e jurídicas, quer empíricas, nas várias esferas da vida familiar, profissional, política e económica, à mulher continuam a ser socialmente atribuídas maiores responsabilidades de intervenção e implicitamente exigida mais eficácia junto dos familiares...”. No mesmo sentido, Nunes (1997) refere que a mulher tem um papel importante no que diz respeito à gestão da família, sendo muitas vezes ela a primeira e a última responsável pelas decisões. Leandro (2001: 89) acrescenta que ao homem “...cabe-lhe mais um papel de acompanhante do que

executante desta ou daquela tarefa, sobretudo quando esta exige cuidados aturados”. Considerando estas percepções e os dados recolhidos reforça-se a ideia de que os cuidados são uma função que cabe primeiramente à mulher.

No que diz respeito aos stressores da família foram apresentadas algumas situações relacionadas com alguns aspectos da vida familiar normal, como a gestão do tempo, a saúde e a doença, as tarefas de casa, as questões económicas e os comportamentos dos filhos e o trabalho. Estas situações têm o potencial de criar stress dentro das famílias ou entre familiares e o meio em que estes vivem. Interessou, portanto, conhecer de que forma estas situações afectam a vida das famílias inquiridas. Quanto maior o nível de stress identificado, mais preocupantes são as situações para a família.

Verificou-se, de um modo geral que grande parte das situações, designadamente, o tempo insuficiente para o próprio, os padrões das tarefas de casa, o tempo insuficiente para o casal, a convivência familiar insuficiente, o comportamento das crianças e as finanças familiares, foram geradoras de um nível de stress moderado. Dentro deste nível de stress, a maior percentagem referiu-se ao tempo insuficiente para o casal (35%) e a menor para o comportamento das crianças (23,8%). Dentro das situações realmente geradoras de muito pouco stress teve-se a preocupação com o regime alimentar (dietas) e a infelicidade com a situação do trabalho.

Quanto às situações geradoras de stress elevado surgiu unicamente a saúde e a doença. Não é de estranhar este resultado, pois como se verificou, a saúde é um dos aspectos mais importantes na vida dos inquiridos, o que é sinónimo de maior preocupação (quer na sua manutenção, quer na sua promoção).

Acrescente-se, ainda, que as situações de saúde e doença desencadeavam níveis mais elevados de stress nas famílias de condições sociais de níveis mais baixos do que em famílias de condições sociais de níveis mais altos. Poder-se-á afirmar que a condição social influencia a vivência das situações de saúde/doença. Na origem deste facto estão os menores recursos (médicos, educacionais) possuídos pelas famílias de classes sociais mais baixas, assim como, uma maior carência de certas habilidades na prestação de cuidados de saúde (Costa, s.d.).

As forças de resistência da família dizem respeito a todo um conjunto de atitudes e comportamentos que podem ser adoptados pela mesma, no sentido de promover o seu bem-estar e a sua unidade. Estas envolvem a capacidade da família se adaptar e se desenvolver adequadamente, de continuar a projectar-se no futuro, apesar de poderem surgir acontecimentos destabilizadores e de condições de vida difíceis (Ramos, 2004).

Partindo da análise realizada, concluiu-se que de um conjunto de dezasseis situações promotoras da saúde familiar, onze eram praticadas sempre ou frequentemente pelas famílias. As situações que foram sempre alvo de práticas pela família eram, sobretudo, as seguintes: o comunicar e ouvir entre si, o

apoiarem-se e suportarem-se uns aos outros, o ensinar o respeito pelos outros, a existência de um sistema de confiança entre os membros, a preocupação em ensinar o sentido do certo e do errado, o respeito da privacidade de cada um e o promover as refeições em família. As situações com menor investimento, isto é, realizadas com menor frequência (algumas vezes) por parte das famílias passaram, especificamente, pelo sentido de humor, pela partilha de responsabilidades, pela manutenção de rituais e tradições e pela mobilização de força adequadas perante uma adversidade. No entanto, todas estas situações eram também realizadas com alguma percentagens significativas quer frequentemente, quer sempre.

Existiu, neste sentido, uma clara tendência das famílias inquiridas para um alto nível de coesão familiar. A corroborar esta afirmação encontraram-se os dados apresentados, nos quais foi possível constatar que 50,6% das famílias apresentaram muita força do sistema familiar e 42,5% um sistema familiar com um nível de força muito elevado.

Correlacionando a condição social com o nível de força do sistema familiar, isto é, com o nível de resistência das famílias às adversidades, concluiu-se que as famílias de condição social alta e baixa apresentaram níveis de “força muito elevada” muito próximos. No entanto, quando se associa o nível de “muita força” e “força muito elevada”, as famílias de condição social mais alta apresentaram um maior nível de coesão familiar (95,8%) quando comparadas com as de condição social mais baixa (89,7%). Acrescente-se, ainda, que as famílias de condição social mais baixa apresentaram maior percentagem (10,3%) ao nível da resistência moderada.

As famílias inquiridas de condições sociais de níveis mais altos definiram-se, portanto, como mais resilientes, possuindo um maior equilíbrio de coesão e de adaptabilidade. Neste sentido, foram reveladoras de maior autonomia e de maior capacidade para enfrentar as dificuldades. Isto vai ao encontro do referido por Ramos (2004), na medida em que considera que a existência de uma boa situação económica e social é um factor de protecção familiar, contribuindo para uma boa qualidade comunicacional entre os membros da família, para a manutenção de rituais e comemorações familiares, para a existência de estilos parentais educativos adequados e para o desenvolvimento e manutenção de redes sociais duradouras.

Para se avaliar o nível de satisfação familiar utilizou-se o índice de *Apgar familiar*. É uma escala com cinco perguntas que quantificam a percepção que o próprio indivíduo tem do funcionamento da sua família. As questões em causa têm três opções (quase sempre, algumas vezes ou quase nunca), com uma valoração de respectivamente dois pontos, um ponto e zero (Martins, 2002). Em todos os itens avaliados, com excepção da pergunta relacionada com o desejo de encetar novas actividades ou modificar o estilo de vida, a resposta “quase

sempre” apresentou maior percentagem. Verificou-se que a maior parte dos indivíduos inquiridos apreendeu as suas famílias como altamente funcionais (82,4%) ou ainda como moderadamente funcionais (17,6%). É de salientar, que nenhum inquirido percepcionou o seu sistema familiar como disfuncional. Estes resultados são deveras importantes, pois permitiram concluir que grande parte dos membros das famílias inquiridas se ajudam uns aos outros na solução de problemas (80,2%) e convivem/comunicam uns com os outros, discutindo assuntos de interesse comum (67%). Para além disto, a afeição, a dedicação e o tempo em família foram também aspectos bastante valorizados (74,7%). A razão para este facto estava relacionado com as forças de resistência manifestadas pela família e, neste caso, foi possível concluir que as famílias inquiridas apresentaram uma clara tendência para um alto nível de coesão familiar.

Dada a importância da funcionalidade familiar para o seu bem-estar importa saber até que ponto este factor é influenciado pela condição social que cada família ocupa. Sendo assim, concluiu-se que as famílias de condições sociais mais elevadas demonstraram percepcionar um nível de funcionalidade mais elevado. Eram, portanto, famílias que tenderiam a resolver com maior facilidade os seus problemas e onde as relações intrafamiliares (convívio, afeição e tempo em família) eram mais valorizadas. Como já referido, eram famílias onde se cultivava um maior apreço entre os membros, isto é, procuravam de forma mais constante elogiar e enaltecer cada membro que compõe o agregado familiar. Os membros da família apresentavam, também, uma maior liberdade para expor as suas ideias e sentimentos, conduzindo a um forte sentimento de compromisso entre si (Ramos, 2004; Stanhope e Lancaster, 1999).

Na génese da funcionalidade da família estão, também, os aspectos da vida mais valorizados por esta, uma vez que muito do seu bem-estar e funcionamento depende do seu quadro simbólico-valorativo. Quando solicitado aos inquiridos para indicar os três aspectos da vida mais importantes, 32,2% seleccionaram, em primeiro lugar, a saúde. O segundo aspecto mais importante indicado foi a família (24,4%), seguido pelo emprego (9,3%). A justificação para o facto de a saúde e a família serem considerados os dois aspectos mais importantes assenta, por um lado, na sociedade actual que integra a saúde como um recurso que o indivíduo deve promover e preservar de forma permanente ao longo da sua vida e, por outro, na visão da família tendencialmente como uma instituição significativa para o suporte das condições materiais de sobrevivência, das relações afectivas e da saúde do indivíduo (Leandro *et al.*, 2008).

Os inquiridos demonstraram ter a plena consciência de que muito daquilo que são e podem construir ao longo da vida depende de dois factores principais: do nível de saúde que cada um possui e do suporte prestado pela família. Isto reflecte bem a pertinência do estudo, na medida em que se centrou nos dois aspectos mais valorizados pelos inquiridos, a saúde e a família.

Práticas de Saúde Familiar

A saúde familiar surge como “um estado dinâmico de relativa mudança de bem-estar, que inclui os factores biológicos, psicológico, espiritual, sociológico e cultural do sistema familiar” (Hanson, 2005: 7). O modo como este processo se desenrola é influenciado por determinantes sociais e culturais, o que implica conhecer a forma como cada família promove a sua saúde, a forma como avalia o seu estado de saúde, os factores que influenciam o estado de saúde e doença, os hábitos de saúde e as medidas de vigilância.

Importa antes de se proceder à apresentação dos resultados relativos à avaliação do estado de saúde explicitar o que se entende por este tipo de avaliação. Sabe-se que a auto-avaliação da saúde está longe de se resumir a uma avaliação somática, isto é, baseada numa avaliação do estado do seu corpo. O que acontece é que as avaliações pessoais do estado de saúde representam uma avaliação global da qualidade de vida e bem-estar, constituindo a melhor medida da saúde das pessoas no futuro (Reis, 2005). As pessoas que avaliam a sua saúde de forma optimista tendem a basear-se em critérios amplos, designadamente características psicológicas, emocionais e espirituais, aspectos do funcionamento físico e social, afastando-se claramente de explicações redutoras, baseadas, por exemplo, exclusivamente em critérios biomédicos. Como tal, as medidas de saúde que resultam de uma avaliação pessoal subjectiva têm provado ser um preditor poderoso e consistente de diversas alterações do estado de saúde, incluindo situações de mortalidade/morbilidade.

Tendo em conta a noção de auto-avaliação de saúde apresentada, verificou-se que 97,8% dos inquiridos afirmaram ter um estado de saúde favorável, sendo que 50% tinham uma saúde razoável, 42,2% uma boa saúde e 5,6% consideraram ter muita boa saúde. Por outro, temos uma percentagem pouco significativa (2,2%) de inquiridos que afirmaram ter um estado de saúde deficitário. Comparando estes resultados com os apresentados no Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006 (INE, 2007a) observou-se:

- Uma semelhança percentual no que diz respeito ao estado de saúde “muito bom” e “bom”, pois, 53,2% da população residente no Continente considera o seu estado de saúde como “muito bom” e “bom”, o que comparando com os resultados do estudo, se aproxima aos valores obtidos com 47,8% dos inquiridos.

- Uma maior diferença percentual em relação ao nível de saúde razoável (50% dos inquiridos do estudo consideraram ter um nível de saúde razoável em comparação com os 32,8% apresentados no Inquérito Nacional) e ao nível de saúde de “mau” ou “muito mau” (2,2% dos inquiridos do estudo consideraram a sua saúde como “má” ou “muito má”, enquanto que, segundo o Inquérito Nacional este valor é de 14,1%).

No que diz respeito à avaliação que o próprio faz da saúde do cônjuge, esta aproximou-se da sua auto-avaliação, ou seja, para 98,9% dos inquiridos o cônjuge apresentava um estado de saúde favorável. Em relação aos filhos, todos os inquiridos consideraram que estes apresentavam, também, um estado de saúde favorável. É de salientar que os filhos, comparativamente aos pais, apresentaram um estado de saúde ainda mais favorável, pois, para 67,8% dos inquiridos, os filhos apresentaram boa saúde e 18,9% muito boa saúde. Esta situação era previsível, tal como afirma Silva (2003), na medida em que a avaliação que as pessoas fazem do seu estado de saúde está significativamente relacionada com a idade (quanto mais avançado o escalão etário, mais problemas de saúde são declarados pela pessoa).

Tendo em conta a condição social das famílias e a auto-avaliação da saúde realizada pelo próprio, concluiu-se que as pessoas inseridas em famílias de condição social mais alta apresentaram auto-avaliações de saúde mais elevadas. A comprová-lo está o facto de apenas nas famílias com condição social mais alta existirem inquiridos (11,8%) com auto-avaliação de saúde “muito bom”. Pode-se, portanto, afirmar que indivíduos inseridos em famílias com condição social mais baixa tendem a apresentar auto-avaliações de saúde mais pobres, o que, segundo Reis (2005), é sinónimo de limitações no funcionamento físico e social, de fadiga e de falta de energia e a presença de altos índices de afecto negativo.

Como se sabe, a perda de saúde ou a sua promoção depende ora de factores individuais, onde a responsabilidade pelo estado de saúde é imputada, em larga medida, ao próprio indivíduo, ora de factores externos, como os actores sociais, o bem-estar económico ou a qualidade do meio ambiente, entre outros. Entre os vários factores que influenciam a saúde ou doença dos indivíduos, 60,2% dos inquiridos citaram, em primeiro lugar, a importância de levar uma vida saudável, 14% dos inquiridos apontaram, ainda, o resultado de um processo de desgaste (envelhecimento) e 10,8% os factores hereditários.

Na representação social da origem da doença sobressai, em grande parte, a desculpabilização do indivíduo que, com poucas excepções, considera a doença como uma agressão do qual não é culpado. Os indivíduos atribuem, pois, a doença a causas que não controlam (divino, ambiente, hereditariedade). No entanto, como foi possível observar nos resultados obtidos, os inquiridos inseriram-se nas ditas excepções, uma vez que “ter uma vida saudável” (praticar exercício físico regularmente, ter uma alimentação equilibrada, ter cuidados com o corpo), se apresentou como o factor que mais influência ter ou não saúde. Observou-se, desta forma, uma preocupação dos inquiridos em serem elementos activos no processo de prevenção da doença ou de promoção da saúde. Indirectamente, poder-se-á afirmar que são as pessoas que escolhem e

assumem as suas opções, através de um melhor conhecimento de si próprios, dos factores de risco das doenças e dos comportamentos e atitudes que promovem a saúde. Este conhecimento cada vez melhor de si próprios, de determinados factores de risco, do seu ambiente e da dialéctica que estabelecem com esse ambiente, permite-lhes ter um maior controlo sobre o seu estado de saúde.

Os hábitos de saúde individuais têm um impacto muito importante na saúde familiar. De acordo com um discurso que veio a tornar-se dominante na maior parte das sociedades pós-industriais, “levar uma vida saudável” é um factor tão ou mais importante para o bem-estar físico e mental da maioria dos indivíduos do que o próprio desenvolvimento dos serviços de saúde e dos cuidados médicos. Os próprios inquiridos do estudo confirmaram esta posição, como se observou no item anterior, ao considerarem que o levar uma vida saudável surge como o principal factor que influencia o nível de saúde das pessoas. Assim, realizar exercício físico, alimentar-se correctamente, não fumar, não ingerir bebidas alcoólicas em excesso, entre outros factores, têm, segundo esse mesmo discurso, um peso decisivo no estado de saúde das populações. Conjugados com medidas preventivas, como os rastreios e as consultas regulares, os bons hábitos de saúde não só proporcionam às pessoas uma vida melhor e porventura mais longa, como ajudam também a sociedade a poupar recursos no tratamento da doença (Cabral *et al.*, 2002). Perante isto, importa salientar o papel da família neste campo. Para tal, analisaram-se alguns itens preconizados pela comunidade médica e pelas organizações não governamentais na área da prevenção, como importantes na vertente da promoção de hábitos de saúde.

Segundo a informação obtida, a grande maioria dos inquiridos considerou-se uma pessoa saudável (94,4%), sendo que apenas 5,6% admitiu ser uma pessoa não saudável. Estes resultados reflectem-se nas convicções de que cada mãe/esposa e pai/marido têm sobre o que é bom para ter boa saúde. Para quantificar o grau de importância que cada família atribuiu a cada factor para se ter boa saúde, recorreu-se a uma escala de um a dez, sendo que um correspondeu ao nível mínimo de importância e dez ao nível máximo de importância. Tendo em conta o valor percentual de importância atribuído a cada factor concluiu-se que do conjunto dos vinte e dois factores promotores de saúde, dezassete apresentaram uma percentagem superior a 50% para o nível “Importância Muito Elevada”, nomeadamente:

- Acima dos 85% surgiram: vacinar as crianças (97,8%); manter um bom ambiente familiar (89,9%); usar o cinto de segurança (86,5%) e evitar o consumo de tabaco (85,5%).
- Entre os 84% e 71% encontraram-se: ter uma alimentação equilibrada (83,2%); por creme de protecção quando vai à praia (78,6%) e evitar o fumo do tabaco (77,6%).

– Entre os 70% e 54% apareceram: cumprir os limites de velocidade (70,8%); ir pelo menos uma vez por ano ao médico (69,7%); evitar o consumo de bebidas alcoólicas (69,7%); confeccionar as refeições em casa (69,7%); ter um número regular de horas de sono (66,3%); respirar ar puro e evitar a poluição (65,2%); manter as amizades (64,1%); evitar o consumo de gorduras e condimentos (64%); praticar actividades de lazer ao ar livre (51,8%) e evitar o consumo de refrigerantes (50,6%).

Os cinco factores com percentagem inferior a 50% para o nível “Importância Muito Elevada” foram os seguintes: manter boas relações de vizinhança (49,4%); praticar actividade física (48,3%); evitar os alimentos açucarados (44,9%); descontrair-se (43,8%) e ir de férias (39,4%).

Estes resultados foram de encontro aos apresentados por Leandro *et al.* (2007:288), ou seja, “ (...) a necessidade de vacinar as crianças contra as doenças de contágio infantil assume uma inequívoca primazia ao ser identificada por mais de 80% das pessoas com o nível mais elevado da escala. Outras preocupações apontadas, sobre o que é bom para a saúde, com cotações máximas entre os 70% e os 75% foram a necessidade de ter uma alimentação equilibrada, evitar o consumo de tabaco, usar o cinto de segurança nas deslocações rodoviárias, manter um bom ambiente familiar e evitar o fumo de tabaco. No pólo oposto (20 a 30% das respostas) encontrámos aqueles aspectos que, embora também sejam considerados bons para a saúde, não foram considerados tão importantes: manter boas relações de vizinhança, ir de férias (...)”.

Além das representações e práticas já referidas, outras precauções de carácter pessoal são recomendadas a fim de as pessoas manterem e, se necessário, melhorarem o seu estado de saúde. De forma a avaliar este tipo de preocupações, junto das famílias que compuseram a amostra, questionou-se o inquirido quanto às acções realizadas por ele próprio e pelo cônjuge/companheiro, nomeadamente: controlar o peso pelo menos uma vez de seis em seis meses; praticar exercício físico, pelo menos duas vezes por semana; controlar a pressão arterial, pelo menos duas vezes por semana; adoptar uma alimentação saudável diariamente; tomar medicação segundo prescrição médica; realizar exames específicos de controlo anualmente; tomar o pequeno-almoço todos os dias; comer entre as refeições principais diariamente; dormir pelo menos oito horas por dia e escovar os dentes pelo menos duas vezes por dia.

Em relação ao controlo de peso, pelo menos uma vez de seis em seis meses, verificou-se que é uma acção adoptada sobretudo pelo próprio (76,3%), seguida pelo cônjuge (62,2%). A prática de exercício físico regular apareceu como uma não preocupação, pois quer o próprio (70%), quer o cônjuge (78,4%) não praticavam actividade física pelo menos duas vezes por semana. O controlo da pressão arterial, por sua vez, era uma acção realizada em mais de 50% pelo próprio e pelo cônjuge/companheiro. No entanto, o próprio apresentou uma maior

preocupação com este tipo de acção (75,3%), do que o cônjuge/companheiro (64,4%). O cuidado com a alimentação, isto é, respeitar os princípios de uma alimentação saudável foi tida como uma preocupação dos dois, sendo maior no próprio (92,4%), seguida pelo cônjuge (75,3%). Ainda dentro dos princípios da alimentação saudável verificou-se que a maior parte dos inquiridos (97,8%) e seus cônjuges/companheiros (94,4%) tomavam o pequeno-almoço todos os dias. Quanto a comer entre as refeições principais a preocupação já não foi tão significativa, sobretudo no caso do cônjuge (59,1%). Mesmo assim, é de salientar que 75% dos inquiridos afirmaram comer entre as refeições principais. Relativamente à toma de medicação regular prescrita por um médico observou-se que 71,6% dos inquiridos e 60,7% dos cônjuges praticavam este tipo de acção. Quer o próprio, quer o cônjuge realizavam exames específicos de controlo anuais, sendo um cuidado, sobretudo, do próprio (92,4%), seguido pelo cônjuge (73,3%). Quanto ao dormir observou-se que os próprios (63,7%) e os cônjuges/companheiros (61,4%) manifestavam uma certa preocupação em dormir pelo menos 8 horas por dia. Quanto à saúde oral observou-se que o próprio e o cônjuge apresentavam uma percentagem superior a 80% na lavagem dos dentes pelo menos duas vezes por dia. De uma forma geral, as famílias inquiridas eram preocupadas com a manutenção e promoção da sua saúde, sendo de destacar o seu cuidado com a toma de pequeno-almoço todos os dias e com a escovagem dos dentes pelo menos duas vezes por dia. O tipo de acções tidas menos em conta foi a prática de exercício físico pelo próprio e pelo cônjuge. É interessante, ainda, estabelecer uma comparação entre o próprio inquirido e o cônjuge. Em todas as acções analisadas, o próprio apresentou valores percentuais superiores ao cônjuge. Relacionando esta situação com o facto de 94,6% dos inquiridos ser do sexo feminino, conclui-se que a mulher possui uma maior sensibilidade e preocupação com a manutenção e promoção da saúde do que o homem. Mais uma vez fica provado que as mulheres possuem um papel essencial na preservação da saúde no interior da família. Tal como afirma Ramos (2004: 114), “...em relação aos homens, as mulheres são mais sensíveis às variações dos seus estados corporais, recorrem mais a consultas e tratamentos médicos, têm menos comportamentos de risco, têm uma maior longevidade e são mais resistentes às doenças cardiovasculares”.

Tendo em conta as acções e tipo de acções desenvolvidas pelo próprio e pelo cônjuge/companheiro, elaborou-se uma escala que pretendeu medir o nível de promoção de saúde assumido pelos mesmos no seio da família. Da análise verificou-se que em 50% das famílias, o próprio e o cônjuge/companheiro apresentaram um nível de promoção da saúde “alto”. Seguiu-se o nível “muito alto” com 22%. Somando estes dois níveis, concluiu-se que em 72% das famílias existia uma preocupação elevada na adopção de estilos de vida saudáveis. Isto é importante, pois como se tem afirmado nos últimos tempos “pais

saudáveis geram filhos saudáveis”. O facto da maior parte dos pais inquiridos adoptarem acções de manutenção/ promoção de saúde no seu quotidiano não só permite promover a sua própria saúde como indirectamente a dos seus filhos.

No que diz respeito à influência da condição social da família no nível de promoção da saúde do próprio e do cônjuge/companheiro, concluiu-se que nas famílias de condição social mais alta o próprio e o cônjuge apresentaram uma maior percentagem no nível “muito alto” e uma menor percentagem no nível “baixo”. Mesmo quando somados os valores percentuais relativos aos níveis “muito alto” e “alto” as famílias de condições sociais mais altas apresentaram um valor percentual maior (75%) do que as famílias de condições sociais mais baixas (68,4%).

Isto poder-se-á explicar pelo facto dos membros de condições sociais mais altas serem dotados de melhores recursos, quer económicos, quer educacionais, o que lhes permitem ter um maior acesso aos cuidados de saúde formais e, conseqüentemente, um maior acesso à informação sobre prevenção da saúde e promoção da saúde (Costa, s.d., Ramos, 2004, Stanhope e Lancaster, 1999). A maior funcionalidade e capacidade de resiliência das famílias de condições sociais mais altas demonstradas podem, também, ser factores explicativos para um maior nível de promoção da saúde.

A preocupação dos pais com os hábitos dos filhos também foi objecto de análise nesta investigação. Genericamente, os pais referiram que os filhos tinham hábitos salutareis: 63,3% dos inquiridos referiu que os filhos lavavam sempre as mãos antes das refeições; 73,9% afirmaram que lavavam sempre as mãos após ter ido à casa de banho e 87,0% afirmaram que os filhos tomavam sempre o pequeno-almoço antes de sair de casa. A única excepção prendeu-se com a adopção de uma hora específica para deitar os filhos. Grande parte dos inquiridos (65,2%) afirmaram que os filhos só se deitavam às vezes à mesma hora. Esta hora situava-se na maioria das famílias entre as 22h00 e as 22h30.

É através de cuidados parentais adequados que a criança toma consciência das suas capacidades para agir de forma saudável sobre o meio. Neste sentido, as conversas entre pais e filhos sobre saúde são fulcrais. De acordo, com o estudo, os temas mais falados entre pais e filhos passavam pela higiene corporal, pela higiene dentária, pelos perigos e cuidados a ter com a circulação na rua e a alimentação equilibrada. Para mais de 95% dos inquiridos todas estas situações eram temas de conversa entre pais e filhos. Outros aspectos surgiram como secundários, mas continuavam a constituir temas importantes de conversa no seio da família, como os consumos de tabaco, álcool e drogas. A educação sexual é um aspecto que, embora fosse debatido entre pais e filhos (55,6%), pareceu, por comparação, preocupar menos os progenitores. Talvez, na génese desta situação esteja a menor disponibilidade e conhecimentos dos

pais sobre esta temática, bem como com a carga moral e ética associada. No entanto, convém não esquecer que uma grande parte das famílias inquiridas apresentava nível de instrução acima da média nacional.

Adicionalmente, os pais foram também questionados sobre as expectativas que têm acerca da possibilidade de os filhos poderem vir a ser ameaçados, nos próximos dez anos pela obesidade, anorexia, acidentes de circulação ou infecções sexualmente transmissíveis. Na opinião dos progenitores, entre estas quatro ameaças, os filhos estavam mais susceptíveis de ver a sua saúde ameaçada como resultado de acidentes de circulação (73,1%). Este resultado tem a sua justificação, pois como afirmou o Instituto Nacional de Estatística (2002), em 2000, cerca de 29% dos óbitos por causas externas foram motivados por acidentes de trânsito com veículos a motor (1375 casos), dos quais cerca de 58% ocorreram em indivíduos com idades compreendidas entre os 15 e os 29 anos (796 óbitos). Por sua vez, 57,7% dos pais referiram a obesidade como uma ameaça bastante credível. Esta credibilidade justifica-se, já que em 2005/2006, 16,5% da população era considerada obesa: 16,9% das mulheres e 16,0% dos homens. Comparativamente com os resultados obtidos em 1998/1999, a população com obesidade apresentou uma variação de mais 2,7 pontos percentuais (INE, 2007a).

Em relação às infecções sexualmente transmissíveis importa salientar que, apesar de, hoje em dia, os adolescentes terem muita facilidade em obter informação sobre a sexualidade, isto não garante que as suas escolhas sejam as mais adequadas. Como se sabe, muitos adolescentes iniciam a vida sexual demasiado cedo, não utilizam o preservativo, contraindo infecções sexualmente transmissíveis e surgindo a gravidez. Daí 51,3% dos pais inquiridos terem considerado, também, as infecções sexualmente transmissíveis como uma ameaça. Ainda, a respeito da sexualidade, constatou-se que a educação sexual é uma preocupação maioritariamente das famílias de condições sociais de níveis mais altos, na medida em que nestas famílias se fala com maior frequência com os filhos sobre os aspectos da sexualidade. A justificação para esta realidade surgiu em parte da leitura dos dados obtidos, ou seja, as famílias de condições sociais de níveis mais altos encararam as infecções sexualmente transmissíveis como uma real ameaça para os seus filhos, ao contrário das famílias de condições sociais de níveis mais baixos. No que diz respeito à anorexia, 73,1% dos pais consideraram que esta não se trata de uma ameaça efectiva para os seus filhos nos próximos 10 anos. Talvez seja um aspecto a reflectir por parte dos pais, na medida em que este tipo de perturbação é cada vez mais acentuada nos países desenvolvidos, onde o culto do corpo se espelha nos mais variados sectores da sociedade.

A alimentação é um dos factores que mais importância tem na manutenção de um bom estado de saúde. Em relação ao regime alimentar existem

vários comportamentos nocivos. Se por um lado, há um exagero no consumo de gorduras e de açúcar, os vegetais e as frutas são esquecidos e a alimentação à base de peixe decresce. Os estabelecimentos de comida rápida aumentam vertiginosamente. As pessoas são impelidas a alimentar-se de produtos altamente calóricos, o que, juntamente com o sedentarismo, leva ao aparecimento da obesidade, da hipertensão arterial, da *diabetes mellitus*, entre outras. Na verdade, outros elementos que fazem parte da nossa alimentação quotidiana foram também apontados como possíveis causadores de doença, tais como, por exemplo, as gorduras e a falta de fibras. Desta forma, observou-se que os inquiridos associam os hábitos alimentares com a saúde. Com base na frequência do consumo de determinado tipo de alimentos pretendeu-se apreender os hábitos alimentares dos inquiridos e seus familiares de forma a se compreender as acções efectuadas pela família em prol de si mesma, na procura de saúde e bem-estar.

Verificou-se que a maioria dos sujeitos consumia diariamente sal (94,6%), fruta (93,5%), legumes frescos (82,8%), água (95,7%), produtos lácteos (88,1%), pão (90,4%), carne (80,6%), peixe (64,5%), cereais (60,9%), queijo (58,7%), manteiga (73,9%) e bebidas alcoólicas (37,6%). Acrescente-se o facto de o sal, a fruta, os legumes frescos, a água, os produtos lácteos e o pão se consumirem mais do que uma vez por dia. De consumo semanal encontraram-se alguns produtos que devem ser consumidos com mais moderação ou mesmo evitados como é o caso dos refrigerantes (33,4%), os alimentos açucarados (55,9%), os produtos de fumeiro (34,4%), os fritos (72,8%) e os ovos (88%). Dentro dos que eram consumidos com mais frequência por semana referiram os refrigerantes, os alimentos açucarados e os fritos. A comida enlatada (34,4%) e o marisco (42,4%) apareceram como produtos consumidos uma a três vezes por mês. Os pratos pré-cozinhados (46,2%) e os sumos naturais (34,4%) apresentaram-se nos produtos consumidos menos de doze vezes por ano. No entanto, importa referir que os sumos naturais apresentaram igual percentagem no que diz respeito ao seu consumo semanal (34,4%) e a comida enlatada quanto ao seu consumo uma a três vezes por mês (34,4%). Os produtos macrobióticos e os exclusivamente vegetarianos não eram uma opção para a maioria das famílias inquiridas, pois 61,1% referiram nunca ter consumido produtos macrobióticos e 63,7% nunca terem consumido produtos exclusivamente vegetarianos.

De um modo geral, verificou-se que existia uma certa preocupação das famílias inquiridas em evitar o consumo, pelo menos, diário da maioria dos produtos considerados prejudiciais para a saúde, como os produtos de fumeiro, a comida enlatada e os pratos pré-cozinhados. Mesmo assim, observaram-se alguns comportamentos que deveriam ser modificados como o consumo diário de sal, o maior consumo de carne do que de peixe e o consumo de fritos duas ou mais vezes por semana. Acrescente-se, ainda, que este tipo de cuidados

deve incidir, sobretudo, nas famílias de condições sociais de níveis mais baixos visto estas revelarem consumir mais sal, mais carne, menos peixe, mais fritos e menos legumes do que as famílias de condições sociais de níveis mais altos. Perante o descrito, concluiu-se que não é fácil praticar uma alimentação saudável e equilibrada no seio familiar. A comprová-lo está o facto dos inquiridos terem considerado que a falta de tempo (72%), o preço dos alimentos (50,5%), os gostos (72%) e os hábitos e a rotina (67,7%) condicionavam a alimentação que era praticada dentro da família.

Como se sabe, o consumo do tabaco predispõe o aparecimento de doenças cardiovasculares, doenças respiratórias, neoplasias, entre outras. Tendo em conta, os riscos associados ao consumo de tabaco, procurou-se conhecer o seu respectivo consumo nas famílias inquiridas. Segundo as respostas dos inquiridos, 67,7% afirmaram não fumar ou não existir alguém que fume regularmente na sua família. Porém, a percentagem de fumadores nas famílias estudadas (32,3%) é bastante elevada quando comparada com a percentagem obtida pelo Inquérito Nacional de Saúde 2005-2006 relativamente ao consumo de tabaco. Sabe-se, por exemplo, que no Continente o consumo de tabaco na população com 10 ou mais anos de idade situou-se em 19,6%, em 2005/2006 (INE, 2007a). Dentro do universo das trinta “famílias fumadoras” pode-se auferir, ainda, outras conclusões: 60% caracterizou-se pela presença de um único fumador; 70% afirmou que o fumador não fuma na presença de outros familiares dentro de casa e 73,3% já tentou deixar de fumar, mas sem consequências positivas. Relacionando a condição social das famílias com o consumo de tabaco no seio familiar, constatou-se que as famílias de condições sociais de níveis mais baixos apresentaram um maior número de pessoas fumadoras do que as famílias de condições sociais de níveis mais elevados. Esta situação é preocupante na medida em que a associação entre o consumo de tabaco e os menores recursos económicos cria um ciclo vicioso. As famílias com menores recursos gastam uma proporção do seu rendimento global em tabaco, o que leva a que este não possa ser investido em necessidades humanas básicas, como a alimentação, educação e cuidados de saúde. Daí se dever atender à abrangência dos problemas que o consumo de tabaco pode provocar, não se situando apenas em problemas patológicos, mas também em problemas sociais.

A fim de caracterizarmos as medidas de vigilância do estado de saúde adoptadas pelas famílias, seleccionaram-se os cuidados médicos regulares adoptados pelo inquirido e pelos filhos, os exames periódicos realizados pelo próprio e a vacinação.

No que diz respeito aos cuidados médicos regulares verificou-se que 67,7% dos inquiridos não iam ao médico só quando estavam doentes. A sustentar este dado esteve o facto de 84,4%, afirmarem que a prevenção era o principal motivo de consulta nos últimos 12 meses. A doença surgiu como o segundo

motivo. Tendo em consideração a influência da condição social das famílias na ida ao médico observou-se que os inquiridos de famílias de condições sociais mais baixas apresentaram uma maior percentagem de ida ao médico só quando estavam doentes (38,1%) e de maior recurso a consultas médicas nos últimos 12 meses (97,6%), não se especificando nenhum motivo. Atendo à condição social e aos motivos de consulta, por doença e por prevenção, chegou-se à conclusão que os inquiridos das famílias de condição social mais alta recorreram em maior percentagem a consultas médicas nos últimos 12 meses, quer por motivo de doença (61,2%), quer por motivo de prevenção (85,7%). É de referir, que a diferença percentual entre as duas condições sociais se situou mais no motivo doença, do que no motivo prevenção. No que diz respeito ao tipo de consultas utilizadas pelo próprio nos últimos 12 meses, verificou-se que a ida a um médico de família (85,4%) apareceu como o principal tipo de cuidados de saúde utilizados pelo próprio. Em relação aos cuidados com os dentes, verificou-se que 70,9% dos inquiridos declarou ter ido ao dentista no último ano. Pode-se afirmar que os inquiridos do estudo se preocupavam com o cuidado aos dentes, até porque no estudo apresentado por Cabral *et al.* (2002) apenas 33,5% da população inquirida tinha sido consultado por um dentista no último ano. É de salientar, também, que 50% dos inquiridos sentiram necessidade de recorrer a um serviço de urgência, assim como 54,4% a um médico especialista. O recurso às medicinas alternativas e às medicinas populares ou tradicionais apresentou valores pouco relevantes, pelo que não foram considerados para a generalidade dos inquiridos.

Quando se relaciona a condição social das famílias com o tipo de consultas utilizadas pelo próprio nos últimos 12 meses concluiu-se que os inquiridos de famílias de condições sociais de níveis mais altos recorreram em maior percentagem: ao médico de família (85,7%); ao dentista (77,6%); ao médico especialista (73,5%) e às medicinas alternativas (12,2%). Os inquiridos de famílias de condições sociais mais baixas recorreram em maior percentagem ao serviço de urgência (53,7%) e às medicinas populares ou tradicionais (4,9%). Como se sabe, a menor percentagem por parte dos inquiridos de famílias de condições sociais de níveis mais baixos de ida a um dentista, a um médico especialista e às medicinas alternativas explica-se em grande medida com a limitada oferta dos serviços públicos em algumas especialidades, constituindo, por consequência, uma restrição significativa ao acesso da população com menores recursos económicos a este tipo de assistência.

Em relação ao tipo de consultas utilizadas pelos filhos no último ano, das famílias analisadas, 88,2% afirmaram que os seus filhos foram a uma consulta no médico de família. Seguiram-se a ida às urgências (65,6%) e a ida a um dentista (65,6%). Em apenas 38,7% dos casos se verificou a ida a um pediatra. Este valor talvez se justifique pelo maior recurso ao médico de família. Tal como se

verificou com o próprio inquirido, mas aqui de forma mais expressiva, a ida dos filhos às medicinas alternativas ou às medicinas populares ou tradicionais foi praticamente inexistente. Correlacionando a condição social das famílias com a ida dos filhos ao médico de família, ao dentista e ao pediatra, concluiu-se que os filhos de famílias de condições sociais mais altas recorreram com maior frequência ao dentista e ao pediatra. Em contrapartida as famílias de condições sociais mais baixas recorreram em maior percentagem ao médico de família, apesar da diferença percentual não ser tão significativa como nos dois recursos anteriores.

Concluiu-se, portanto, que a ida ao médico de família constituiu o principal tipo de recurso no que diz respeito às consultas utilizadas pela família, o que é significativo da sua importância na saúde familiar. É, também, de destacar, uma maior utilização do serviço de urgência pelos filhos do que pelo próprio. O próprio recorre mais às especialidades médicas e ao dentista do que os filhos. Apesar de uma diferença percentual de 6,8 pontos, entre o próprio e os filhos, pode-se afirmar que as famílias inquiridas apresentaram uma sensibilidade/preocupação significativa para com a saúde oral.

Sendo a saúde o aspecto considerado mais importante, era de esperar encontrar grandes preocupações na prevenção de situações que potencialmente podem ser geradoras de doença, como é o caso da realização de exames médicos periódicos. A periodicidade dominante com que se realizavam os exames, controlos e medidas preventivas acabou por ser anual. Para esta periodicidade (1x/ano), 45,2% dos inquiridos realizaram um exame de saúde geral, 68,5% realizaram um controlo ginecológico ou urológico, 42,4% realizaram um controlo dentário, 36,6% realizaram um exame de despiste do cancro da mama ou da próstata e 49,5% realizaram uma medida do colesterol. Ainda assim, observou-se, com excepção do controlo dentário, uma tendência para a realização destes tipos de exames raramente ou nunca. Por exemplo, na realização de um exame geral, 27,9% dos inquiridos admitiu raramente ou nunca o ter realizado e na realização de um exame para o cancro da mama (ou da próstata) 47,2% referiram, também, raramente ou nunca o ter realizado. Saliente-se que a média de idade da amostra é de 38,5 anos o que se aproxima de uma faixa etária onde a preocupação com a realização deste tipo de rastreios deve ser tida mais em consideração.

Analisando especificamente a relação da condição social da família com a realização de exames médicos observou-se que os inquiridos de famílias de condições sociais de níveis mais altos realizavam anualmente um maior número de exames de saúde geral, nomeadamente, controlo ginecológico (urológico), controlo dentário e exame do cancro da mama ou da próstata. É de salientar, que o exame do cancro da mama (ou próstata) é o tipo de exame que apresentou uma maior percentagem ao nível do “raramente” ou “nunca”

entre todos os tipos de exames apresentados, adquirindo um maior valor nas famílias de condições sociais de níveis mais baixos.

Uma das medidas de vigilância fundamental na prevenção e manutenção da saúde é a vacinação. Na verdade, a esperança de vida da humanidade prolongou-se essencialmente pelo desenvolvimento de medidas sanitárias básicas e dos esquemas de vacinação contra as principais doenças infecto-contagiosas (Silva, 2003). Conforme se pode observar, no que diz respeito à apresentação do esquema vacinal actualizado pelo próprio, 95,7% referiram que sim. No que diz respeito aos filhos, 98,8% dos inquiridos referiram que, também, possuíam o esquema actualizado. Existia, portanto, uma aposta das famílias inquiridas na prevenção das doenças, no que diz respeito ao manterem o esquema vacinal actualizado.

Saberes familiares e a procura de cuidados de saúde

Neste ponto foram analisados os saberes que a família mobiliza em situação de doença, nomeadamente a sua capacidade de autogestão e procura de cuidados formais e informais de saúde. Tendo em conta a capacidade intrafamiliar para gerir o processo saúde/doença importa, também, analisar quais as redes sociais de apoio mais valorizadas por esta, bem como descrever a relação da família com diversas estruturas formais de apoio na prestação de cuidados de saúde.

Perante uma situação de doença ou incapacidade de algum membro da família, incluindo o próprio, constatou-se que 93,5% dos inquiridos recorriam à ajuda de pessoas da família. A família aparece, assim, como o principal suporte em situação de doença. Constatou-se que “a família (...), continuando a usufruir duma aura tradicional de segurança e de apoio aos familiares, aparece, normalmente aos indivíduos como enseada onde se encontra abrigo, paz, compreensão, protecção, amor, reconhecimento individualizado, solidariedade e resposta para as questões fundamentais da vida presente (...)” (Leandro, 2001:86). Saraceno (1997), por sua vez, conclui que, apesar das instituições terem à disposição das famílias uma variedade de soluções para alguns encargos, o trabalho doméstico, o tratamento e assistência de membros não auto-suficientes, desenvolve-se ainda em grande escala nas famílias a nível da convivência ou a nível das redes parentais. Este seu papel é, ainda, confirmado quando se inquiriu o próprio sobre quais as três principais fontes de informação sobre saúde, dado que a família apareceu como segunda fonte de informação (19,4%), antecedida pelos Médicos (60,2%) e precedida pelos Enfermeiros (8,6%).

A família constitui, desta forma, um dos principais agentes estabilizadores de saúde e bem-estar, pelo que quando alguém na família está doente é com os familiares que conversam e pedem ajuda. Contudo, importa referir que embora

os cuidados sejam assegurados pelo sistema informal, grande parte dos cuidados provém do sistema formal e, neste sentido, como se observou, uma parte significativa dos inquiridos costumava conversar com profissionais de saúde (médicos e enfermeiros). Configura-se, assim, um padrão de dependência em relação aos médicos e enfermeiros. Dentro das fontes e trocas de informação foi, também, importante saber se o casal costumava conversar entre si sobre as medidas a tomar para ter uma vida saudável. Verificou-se que a grande maioria dos casais (97,8%) costumava conversar sobre medidas preventivas de doença ou promotoras da saúde familiar. No que concerne à frequência, 62,6% dos casais afirmaram fazê-lo muitas vezes, dado revelador da importância em levar uma vida saudável para as famílias. Correlacionando a condição social das famílias com o conversar com o marido sobre uma vida saudável, verificou-se que os inquiridos inseridos nas famílias de condições sociais de níveis mais altos têm este hábito mais presente no seu dia-a-dia, ou seja, 66% afirmaram conversar muitas vezes. Quando se analisa em comum a frequência “poucas vezes” e “raramente”, as famílias de condições sociais de níveis mais baixos já revelaram um maior valor percentual (38,5%). Saliente-se que o maior cuidado apresentado pelas famílias de condições sociais de níveis mais altos no conversar sobre uma vida saudável poderá, também, ser um factor que contribuiu de forma decisiva para estas concederem um maior nível de importância aos factores promotores de saúde, assim como, para o próprio e o companheiro apresentarem um maior nível de promoção da saúde, como já referido.

Foi possível constatar que as acções imediatas adoptadas pelo principal cuidador quando algum membro da família adoece passavam por recorrer à farmácia caseira (83,9%), pela realização de outras acções (82,4%), tais como, o recurso aos saberes familiares e tradicionais e pelo aconselhamento farmacêutico (51,6%). Desta descrição concluiu-se que a família, num primeiro momento de contacto com a doença, tenta ela autonomamente resolver a situação, demonstrando assim a sua responsabilidade pela manutenção da saúde dos seus elementos. A comprová-lo está o facto de se constatar que grande parte não recorria aos conselhos de outras pessoas (62,4%), não ia imediatamente ao médico, salvo situações de urgência/emergência médica (90,3%) e não recorria às medicinas alternativas (88%).

No que diz respeito à farmácia caseira importa referir que 84% das famílias inquiridas usavam medicamentos sem receita médica. Dentro destas famílias, 69,2% costumavam recorrer a medicamentos de venda livre, assim como 80,8% recorriam a medicamentos que lhes foram receitados para a mesma doença numa situação anterior. Talvez o desconforto de uma dor de cabeça, febre, tosse ou diarreia pudesse terminar após um breve período de tempo, sem o uso de qualquer medicação. No entanto, na sociedade contemporânea, a possibilidade de esperar, por exemplo, a cura espontânea de uma constipa-

ção parece cada vez mais remota. Analgésicos, vitaminas, descongestionantes nasais, anti-sépticos, antidiarreicos, laxantes, antiácidos e outros medicamentos estão presentes na maioria dos lares e fazem parte do quotidiano das pessoas. Esses medicamentos possibilitam a automedicação onde o indivíduo reconhece os sintomas e a sua própria doença e os trata. Surge, no entanto, o problema da automedicação que é efectivamente uma realidade (não só com medicamentos não sujeitos a receita médica). Como afirma Matos (2005), de um modo geral, o consumidor não tem experiência nem conhecimentos necessários para distinguir distúrbios, avaliar a gravidade e escolher o mais adequado entre os recursos terapêuticos disponíveis, o que leva a que a prática da automedicação possa ser bastante danosa para a saúde de quem a pratica. Neste sentido, as famílias inquiridas poderão estar sujeitas a alguns riscos relacionados, por exemplo, com o diagnóstico incorrecto do distúrbio, de mascarar doenças mais graves com o controlo dos sintomas, escolha de terapia inadequada, dosagem inadequada ou excessiva, uso excessivamente curto ou prolongado, possibilidade de reacções alérgicas, entre outras situações. Perante isto, é fundamental apostar num reforço das medidas de informação, sob pena de não funcionar e de a automedicação ser mais prejudicial do que benéfica, competindo aos profissionais de saúde, em especial ao farmacêutico um papel fundamental neste processo, até porque como já se referiu, 51,6% dos inquiridos recorreram a aconselhamento farmacêutico em situação de doença.

Por outro lado, também se sabe que a doença é um fenómeno inerente à vida humana, assim como o direito que o homem tem a procurar os meios para a prevenir ou tratar. Desde sempre o homem recorreu ao “auto-tratamento” das suas doenças e o conjunto das famílias inquiridas não se afasta desta realidade. Por isso, verificou-se que 82,4% das famílias fizeram outras acções. Estas “outras acções” dizem respeito ao saber familiar e tradicional transmitido de geração em geração. Berta Nunes (1997: 199) considera-o “...um saber pragmático, um saber de acção e não de abstracção, um saber que provém do fazer e do ver fazer, do acreditar e não sistematizar, experimentar e abstrair. O que convence é o resultado que se constata e não o debate hipotético.” De salientar, que estes saberes se encontram em relação directa com a prevenção da saúde ou o tratamento de certas doenças, normalmente menos graves, como, por exemplo, o recurso aos chás e cuidados alimentares. Torna-se aqui importante, a apresentação de alguns destes saberes que foram referidos pelos inquiridos no contexto das questões abertas:

“...para a tosse, preparo um sumo de cenoura ou então coloco uma cebola partida a meio sob a mesinha de cabeceira...” (Senhora M, 40 anos)

“...quando me sinto agitada, preparo um chá de camomila...e resulta...” (Senhora X, 38 anos)

“...quando o meu filho está mal disposto do estômago, preparo-lhe um chá verde e faço uma sopa de arroz branco (...) ele sente-se melhor...” (Senhora T, 35 anos)

Através destes comentários, deparamo-nos com um mundo onde praticamente todos os indivíduos conhecem algumas *mezinhas caseiras*, como lhes chamam. Interessante assinalar, tal como já tinha comprovado Carvalho (2002), que estes saberes se baseiam, particularmente, nas plantas. Acrescente-se, ainda, que quando questionados sobre a eficácia destes saberes, os interlocutores referiram ter experiências positivas (perante situações não muito graves) com este tipo de saberes. Perante uma má disposição, uma dor de cabeça, de estômago, de garganta, uma constipação ou algo semelhante as famílias recorriam, então, aos saberes que lhe foram transmitidos, sobretudo, de gerações anteriores. Estas acções são exemplos de autonomia familiar na gestão do processo saúde-doença. Ao falar-se de autonomia familiar na gestão do processo saúde-doença importa analisar a influência da condição social neste processo. Para tal, relacionou-se o tipo de cuidados mobilizados em situação de doença com a condição social das famílias inquiridas. Apesar das ligeiras diferenças percentuais observou-se que os inquiridos de famílias de condições sociais de níveis mais altos recorrem em maior número aos conselhos de outras pessoas (39,2%), à farmácia caseira (88,2%) e às medicinas alternativas (14%). Revelaram, ainda, recorrer em maior percentagem a “outras acções”, nomeadamente, aos saberes tradicionais e familiares (83,7%). As famílias de condições sociais de níveis mais baixos já recorriam com maior frequência ao aconselhamento farmacêutico (54,8%), assim como, na ida imediata ao médico (11,9%). Constatou-se que as famílias de condição social mais alta revelaram uma maior autonomia na autogestão do processo saúde/doença, pois as suas acções centraram-se em maior percentagem nos seus próprios recursos, como a “farmácia caseira” e “outras acções”. Poder-se-á afirmar que, perante uma situação inicial de doença não grave, as famílias de condições sociais mais altas revelam uma menor dependência do sistema médico convencional.

Os dados até aqui apresentados permitiram, então, auferir, que a família consoante a sua condição social possui uma capacidade para adquirir conhecimentos úteis e um saber-fazer que lhe permite uma gestão dos saberes médicos, familiares e tradicionais. Diz-nos, a este respeito, Cresson (1995: 85), que “para gerir a saúde e a doença, os profanos mobilizam um certo número de saberes, de origem e de natureza diversas, mesmo se, apenas os dispõem de maneira fragmentada.” Na perspectiva de Leandro (2001: 83), “...o doente, individualmente ou em família, tem toda a probabilidade de adquirir conhecimentos úteis e um saber-fazer que lhe permitem uma melhor gestão dos saberes médicos, familiares e tradicionais que a sua própria situação lhe vai proporcionando.” No livro, *O Saber Médico do Povo* (Nunes, 1997), descreve-se a cultura

e as práticas do cuidado do corpo e da saúde numa população rural de Trás-os-Montes e aofazer-se referência exactamente aos itinerários terapêuticos seguidos pelas pessoas dessa comunidade refere-se o seguinte: “ as pessoas utilizam vários recursos terapêuticos sucessiva ou simultaneamente quando tal se lhes afigura necessário. As escolhas são pragmáticas: tentando-se tudo porque o que importa é resolver o problema (...) pode-se ir ao hospital para um tratamento sintomático e voltar à aldeia para um tratamento etiológico” (*Idem*: 183). É de notar, portanto, que a família tem capacidade de auto-gestão da saúde e doença, sendo capaz de construir um sistema próprio de cuidados mais ou menos dependente dos cuidados médicos formais.

Perante a doença, os indivíduos de acordo com o meio em que estão inseridos e a partir dos saberes de saúde e doença que dispõem e do grau de ansiedade que a doença lhes desencadeia recorrem a vários campos do saber médico. De forma a analisar as orientações e as formas de valorização de alguns aspectos relacionados com a procura de cuidados e partindo do trabalho desenvolvido por Leandro *et al.* (2008), agruparam-se diferentes variáveis em quatro categorias: valorização dos saberes oriundos da medicina convencional; orientação da procura de cuidados centrada nos prestadores privados; valorização dos cuidados de saúde primários e valorização das práticas alternativas ou complementares. No que diz respeito à valorização dos saberes oriundos da medicina convencional, concluiu-se que as famílias inquiridas reconheceram-nos como importantes e de recurso frequente, na medida em, que 53,8% concordaram e 37,6% concordaram totalmente que a opinião médica, nomeadamente uma segunda opinião, é indispensável perante uma situação de doença. A reforçar esta orientação, 52,7% dos inquiridos concordaram ser fundamental seguir rigorosamente o que o médico prescreve, assim como 53,8% afirmaram que sem o progresso da ciência, em especial a ciência médica, não se teria uma qualidade de vida tão elevada. Indispensável neste ponto é fazer-se referência a uma certa visão hospitalocêntrica dos cuidados de saúde por parte dos inquiridos, isto porque, 46,7% concordaram com o facto dos centros de saúde não conseguirem dar resposta a algumas solicitações por parte dos utentes, o que leva a um maior recurso às urgências hospitalares. Por sua vez, 52,2% concordaram que o hospital permite fazer todos os exames necessários, o que não acontece no Centro de Saúde. Estes resultados levam a reflectir sobre a importância que os Cuidados de Saúde Primários assumem actualmente. Ainda não se conseguiu transmitir a mensagem de que o Hospital deve ser considerado como uma “peça superior”, mas não principal do Serviço Nacional de Saúde. Neste sentido, está-se perante um desafio extremamente exigente que passa por uma maior valorização dos Cuidados de Saúde Primários, por parte dos profissionais de saúde, em especial, e da sociedade civil, no seu todo (Antunes, 2001).

Em relação aos cuidados prestados no sistema privado 31,9% dos inquiridos nem concordou nem discordou que os médicos sejam mais atenciosos, no entanto, concordaram (42,9%) que este responde mais rapidamente às necessidades da população do que os hospitais. Um aspecto importante diz respeito ao preço das consultas do sistema privado, sobre o qual mais de metade dos inquiridos (54,4%) concordaram ou concordaram totalmente que o seu preço os impede de recorrer a este tipo de serviços. Em relação aos Cuidados de Saúde Primários, os inquiridos chamam a atenção para a importância de se ter um médico de família, ou seja, 71% concordaram totalmente com o facto de ter um médico de família que os segue e, sobretudo, que conhece os seus problemas. Também é importante salientar que 44% dos mesmos concordaram e 35,2% concordaram totalmente no que diz respeito à ida ao centro de saúde, pois têm lá o seu médico de família que os conhece.

As medicinas alternativas, bem como as medicinas tradicionais não foram vistas pelos inquiridos como um recurso em situação de doença. Isto porque 34,4% dos inquiridos discordaram totalmente e 22,2% discordaram que as medicinas tradicionais sejam capazes de tratar uma doença grave. No que diz respeito, às medicinas alternativas a opinião já não é tão evidente. Assim, 43,8% não teve uma opinião formada quanto ao seu papel no tratamento de uma doença grave; no entanto, 25% discordaram mesmo que este tipo de medicina seja capaz de tratar uma doença grave. A resposta para este tipo de comportamento poderá estar numa maior racionalidade presente na cultura urbana. Como se sabe, as famílias inquiridas residiam numa área urbana, o que segundo Carvalho (2002), leva a que os indivíduos sejam mais autónomos, reservados e assumam comportamentos mais racionais que se reflectem, impreterivelmente, nos modos de conceber a saúde e a doença. Daí que, na globalidade das famílias inquiridas, se acredite em primeiro lugar no poder da Medicina e dos Médicos quando a doença surge. Dentro deste tipo de cuidados, é de salientar o facto das pessoas conceberem o hospital como uma instituição com maior capacidade de resposta perante situações de doença. Ao mesmo tempo consideram de extrema importância ter-se um médico de família, pois este é conhecedor de todos os problemas.

Para os inquiridos a principal razão que o levou a si e aos familiares a uma consulta num Centro de Saúde foi o sentir-se doente (64,5%). Já para 28% tiveram como principal razão a realização de exames médicos (6,5% motivados por doença, 21,5% sem ser motivado por doença). Os restantes motivos são residuais e referiam-se a ter baixa médica (1,1%), pedir receitas ou exames (3,2%), monitorizar tensão arterial (2,2%) e outros motivos (1,1%). Estes resultados vão ao encontro dos apresentados pelo próprio quando questionado sobre quais os principais motivos que o levaram a uma consulta médica no último ano, considerando também a prevenção e a doença como os dois prin-

cipais. A única diferença reside no facto do próprio, no último ano, ter tido como primeiro motivo a prevenção e em segundo a doença.

Conclusão

A investigação levada a cabo revelou-se bastante pertinente, na medida em que a temática apresentada é ainda pouco estudada. Dispõem-se de poucas teorias que permitam dar conta da relação entre a família e a saúde, a família e os cuidados de saúde, logo que a doença surge e da importância da relação entre a família e a promoção da saúde.

Posto isto, vale a pena um esforço final para sintetizar as principais conclusões a que foi possível chegar. Desde logo, as famílias inquiridas consideraram a saúde como o aspecto mais importante da vida, aparecendo assim como um elemento indispensável de felicidade e de sentido para a existência. Este estado de hipervalorização da saúde é, também, reforçado pelo facto das famílias considerarem as questões de saúde como um dos aspectos que mais gera preocupação e stress no interior da família. Esta preocupação é não só num sentido negativo, de aparecimento de uma doença súbita, assim como, num sentido positivo, de adopção de práticas promotoras de saúde. Assinale-se que as famílias consideraram o levar uma vida saudável como o factor que mais influencia o ter ou não saúde, o que introduz uma nova forma de pensar e agir sobre a saúde. Por exemplo, conversar com o marido (esposa) /cônjuge/companheiro/a sobre medidas a tomar para ter uma vida saudável foi uma prática muito frequente em mais de 95% das famílias, o que é revelador da sua importância para estas. Observa-se, assim, uma oposição à representação etiológica da doença de causa exógena, exterior ao indivíduo, fortuita e accidental.

O “saudável” e a sua promoção/manutenção revelou-se, então, como um objectivo quotidiano das famílias. Estas revelaram uma clara tendência para a promoção da saúde familiar, pois estas referiram ser capazes de desenvolver um sentido de confiança, ensinar o respeito pelos outros, apresentar um sentido de responsabilidade partilhada, partilhar o tempo, adaptar-se e ser capaz de lidar com situações de stress, promover o bem-estar espiritual, respeitar a privacidade de cada um, comunicar e ouvir de forma eficaz, fomentar o tempo à mesa e partilhar sentimentos. Para além disto, revelaram preocupação em promover hábitos de saúde saudáveis e medidas de vigilância periódicas adequadas. Assinale-se, identicamente, que as famílias avaliam o seu estado de saúde como favorável, o que permite induzir, que são famílias que percepcionam a vida como um todo que vale a pena, tem sentido e dá prazer. As crises, os problemas não são suficientes para destabilizar o sistema familiar. A comprová-lo, estão os níveis de funcionamento das famílias apresentados, ou seja, nenhum inquirido percepcionou o seu sistema familiar como disfuncional.

É de notar, que um dos aspectos considerados mais cruciais pelos inquiridos para se ter boa saúde diz respeito à existência de um bom ambiente familiar. Este indicador vem reforçar a ideia de que a família é um espaço fundamental para a saúde individual, uma vez que as relações sociais e afectivas entre os membros de uma família fornecem uma motivação especial para enfrentar as adversidades e um sentimento de segurança, bases para a promoção da saúde de cada um. A Organização Mundial de Saúde (2003: 1) descreve-a mesmo como “a unidade básica da organização social mais acessível às intervenções preventivas, terapêuticas e de promoção...” e, como “o meio onde o comportamento de saúde e as decisões de saúde são inicialmente estabelecidos”. A participação da família aparece, desta forma, como vital no centro de acção da promoção da saúde.

No entanto, para que essa participação seja eficaz e eficiente é necessário capacitar a família para tal, cabendo ao Estado essa tarefa, fornecendo os meios e as oportunidades para tal. Ao mesmo tempo que isto se processa, é fulcral que se devolva à família autonomia em matéria de saúde, retirando o excesso de poder e influência que as instituições, os profissionais de saúde e a tecnologia exercem sobre a mesma. Está em causa o desenvolvimento de uma atitude favorável à saúde, um longo processo de educação relativamente à promoção da saúde e de hábitos saudáveis, assente na responsabilidade individual, organizacional e social. Envolver as famílias nesta interpretação salutogénica é a grande tarefa para os profissionais de saúde no século XXI. Neste sentido, cabe aos profissionais de saúde adoptar políticas de promoção da saúde que se centrem na família; criar ambientes de apoio à acção familiar; desenvolver as competências familiares e, por fim, integrar a família na equipa de saúde. E aqui importa reflectir sobre a noção integrar, na medida em que o que se sugere não é uma independência total da família na prestação de cuidados de saúde, mas sim uma parceria integrada e constante entre os profissionais de saúde e a família. Esta mesma ideia foi defendida pelas famílias inquiridas quando uma parte significativa afirmou adoptar como principal fonte de informação sobre saúde e doença os Médicos.

Dentro do campo de intervenção da família é de referir o domínio da mulher na prestação dos cuidados de saúde. Sem querer entrar no estudo e influência das questões de género nas várias esferas da vida familiar, profissional, política ou económica, denota-se que à mulher continuam a ser socialmente atribuídas maiores responsabilidades de intervenção e a participação junto dos familiares, logo que se trate de questões relacionadas com a saúde e a doença. Esta participação é notória e constata-se a vários níveis, desde as práticas alimentares, cujos gostos são moldados, desde a tenra idade, no interior da família, dos cuidados prestados na infância e aos idosos dependentes, a quem ela deve prestar serviços particulares e acompanhá-los, logo que necessário, às consultas ou outros serviços de ordem médica, a maneira como se forjam os modos de vida e de relação com o meio envolvente, das concepções como interioriza e aplica os sabe-

res especializados transmitidos pelos profissionais de saúde em relação a certas patologias ou até o conhecimento dos ditos saberes tradicionais (Silva, 2003). A mulher assume, desta forma, como sua responsabilidade a manutenção e gestão das tarefas domésticas e do cuidar no interior da família.

Fazendo ainda referência à importância da família em matéria de saúde refira-se que esta surge como a principal rede social de apoio, o que é indicador de que é no seu interior que os indivíduos procuram a solução para os seus problemas. Constatou-se, portanto, que em situação de doença a família revela autonomia na gestão do processo de saúde-doença. Com base nos saberes familiares e tradicionais e no recurso à farmácia caseira, a família num primeiro momento de abordagem à doença, tenta ela autonomamente resolver a situação, demonstrando mais uma vez responsabilidade pela manutenção da saúde dos seus membros. A ida imediata ao médico fica adiada, com excepção de situações de emergência, uma vez que antes do encontro com o profissional de saúde, a família já construiu uma narrativa sobre o problema de saúde ou sobre uma determinada atitude ou acção preventiva. Pode dizer-se, pois, que quando a família se apercebe de uma alteração do estado de saúde de um dos seus membros avalia o que estima estar a suceder e põe em prática todo um conjunto de intervenções com base no seu conhecimento sobre processos de saúde e doença. De facto, as famílias constroem significações pessoais sobre os seus processos de saúde e doença a partir de uma lógica das pessoas comuns, a qual emerge e é transformada a partir de experiências pessoais e do processo de socialização, do *background* cultural e das redes sociais imediatas. Este processo de interpretar ou de dar uma explicação ao estado de saúde é um processo autónomo, ainda que seja concebido no âmbito de uma interacção social. Perante isto, é possível afirmar que as famílias inquiridas são dotadas de uma *autonomia conceitual-afectiva* (Reis, 2005), isto é, são capazes de realizar autonomamente avaliações subjectivas sobre os sintomas, nas interpretações ou significações sobre as causas e as evoluções de determinada doença, na reflexão relativa à implementação e modificação de estilos de vida ou na decisão em aderir às recomendações feitas pelo médico.

Contudo, apesar das famílias terem demonstrado autonomia de acção quando a doença surge, importa referir que estas, também, revelaram um padrão de dependência em relação à medicina dita convencional, isto é, consideraram a opinião médica como soberana quando o problema de saúde não consegue ser resolvido por si. Consideram os médicos como principais fontes de informação, assim como, valorizam os cuidados hospitalares como aqueles com maior capacidade para a resolução dos problemas. Enaltecem, ainda, o papel decisivo do médico de família, pois este tem a capacidade de conhecer todos os seus problemas, possibilitando uma abordagem mais holística da medicina. A comprová-lo está, também, o facto de a ida ao médico de família,

ser o tipo de consulta mais utilizado pela família. Quanto ao recurso às medicina tradicionais e alternativas estas não são vistas como um recurso a utilizar, dada a incerteza quanto à sua eficácia na resolução de um problema de saúde.

Um outro aspecto importante a referenciar prende-se com a percepção que as famílias têm do seu estilo de vida e as práticas que adoptam no seu dia-a-dia. Para a totalidade dos inquiridos os factores promotores de saúde para se levar uma vida saudável, são de importância muito elevada para se ter boa saúde. No entanto, algumas destas crenças não se traduzem em acções, nomeadamente, nas práticas alimentares, na realização de exames de rastreio, no consumo de tabaco e na prática de exercício físico. Constatou-se que os inquiridos têm consciência dos benefícios de determinados comportamentos para a saúde individual e familiar e dos riscos de outros, como o consumo de gorduras, de sal, de tabaco, de bebidas alcoólicas; todavia, através dos questionários realizados, verificou-se que os inquiridos acabam por não abandonar alguns comportamentos de risco. Portanto, a atitude adoptada, muitas vezes, não entra em consonância com a consciência que se tem dos riscos, em termos de saúde, que determinados comportamentos podem acarretar. Neste sentido é relevante, chamar a atenção para alguns aspectos a melhorar por parte das famílias no que diz respeito ao seu papel como agente de manutenção e promoção da saúde. Verificou-se, por exemplo, em termos de práticas alimentares um elevado consumo de sal, um maior consumo de carne do que de peixe e o consumo de duas ou mais vezes por semana de fritos e alimentos açucarados.

Perante isto, as famílias devem investir mais nos princípios da alimentação saudável, tendo-se sempre presente que esta tarefa não é fácil, até porque, segundo os inquiridos está condicionada por diversos factores, dos quais se destaca a falta de tempo e os gostos pessoais. A falta de prática de exercício físico pelos progenitores aparece, também, como uma situação a rever pelos próprios. Como se sabe, esta prática é importante para uma boa saúde, na medida em que diminui o risco de hipertensão, de doença coronária e de mortalidade devida a várias causas. O recurso à automedicação surge como outra situação a melhorar. É deveras importante que as famílias tenham a noção que este tipo de prática poderá ser extremamente prejudicial. A educação sexual é mais um aspecto a ter em conta, na medida em que, de todos os assuntos debatidos e discutidos entre pais e filhos é a que menor percentagem apresenta. Torna-se, ainda, mais preocupante se tivermos em conta que mais de 60% das famílias inquiridas tinham filhos em idade escolar e filhos adolescentes.

No que diz respeito à influência da condição social das famílias nos saberes e nas práticas adoptadas na gestão da saúde e no combate à doença é possível concluir que o diferencial socioeconómico está ligado a desigualdades de modos de vida, nomeadamente, na prestação de cuidados de manutenção e promoção da saúde familiar. A comprová-lo está o facto das famílias de condições sociais de

nível mais baixo apresentarem: nas situações de saúde e doença, maiores níveis de stress; auto-avaliações de saúde mais baixas; menor preocupação com a educação sexual dos filhos; práticas alimentares menos cuidadas; um maior número de pessoas fumadoras; uma maior percentagem de idas ao médico só quando estão doentes; um menor número de exames de saúde geral anuais.

Acrescente-se, ainda, o facto de nas famílias de condições sociais de níveis mais baixos se conversar menos sobre uma vida saudável, assim como, apresentarem uma menor autonomia na gestão do processo saúde/doença, pois as suas acções e soluções perante uma situação de doença não grave centram-se pouco nos seus próprios recursos. Existe, portanto, uma maior dependência das famílias de condições sociais de nível mais baixo do sistema médico convencional. A prová-lo está, também, o maior recurso a consultas médicas por este tipo de famílias. Uma justificação para este cenário poderá prender-se com o facto das famílias de condições sociais de nível mais baixo apresentarem um menor nível de coesão familiar e funcionalidade familiar, possuindo como consequência uma menor capacidade de adaptabilidade e autonomia na gestão do processo de manutenção e promoção da saúde. Os menores recursos financeiros e educacionais das famílias de condições sociais de níveis mais baixos estarão, também, na origem destes resultados pois, como se sabe são factores de protecção familiar, isto é, contribuem de forma decisiva para o optimismo, para a auto-confiança, para a auto-eficácia e para a resiliência familiar.

O estudo apresentado neste trabalho vem, portanto, reforçar o papel decisivo da condição social na saúde familiar e alertar para o facto de que as actuais e crescentes desigualdades sociais terão como impacto imediato uma diminuição na qualidade de saúde das famílias de classes sociais de níveis mais baixos.

Bibliografia

- ALARCÃO, Madalena (2002), *(des) Equilíbrios Familiares*, Coimbra, Quarteto.
- CABRAL, Manuel Villaverde *et al.* (2002), *Saúde e Doença em Portugal*, Lisboa, Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa.
- CARVALHO, Dina (2002), *Cuidar e Prevenir. Os saberes familiares, tradicionais e medicinais acerca da saúde e da doença*, Dissertação de Mestrado, Braga, Universidade do Minho, Instituto de Ciências Sociais.
- COSTA, Maria (s.d.), *A Família com filhos com necessidades educativas especiais*, Viseu, Escola Superior de Enfermagem de Viseu. Consultado em Maio de 2007: <http://www.ipv.pt/milennium/Milennium30/7.pdf>.
- CRESSON, Geneviève (1995), *Le Travail Domestique de Santé – analyse sociologique*, Paris, Éditions L'Harmattan.
- DUARTE, Susana (2002), *Saberes de Saúde e de Doença: Porque vão as Pessoas ao Médico?* Coimbra, Quarteto Editora.
- GIDDENS, Anthony (2004), *Sociologia*, Lisboa, Fundação Calouste Gulbenkian.

- GOMES, Benedita e PEREIRA, Maria da Graça (2007), «Preparação para o parto: impacte na grávida e companheiro», in PEREIRA, Maria da Graça, *Psicologia da Saúde Familiar: aspectos teóricos e investigação*, Lisboa, Climepsi, pp. 319-358.
- GOMES, José (2009), *Família: saberes e práticas na prestação de cuidados de saúde*, Dissertação de Mestrado, Braga, Instituto de Ciências Sociais, Universidade do Minho.
- HANSON, Shirley May Harmon (2005), *Enfermagem de cuidados de saúde à família*, Loures, Lusociência.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA (2002), *Destaque – Censos 2001 – Resultados Definitivos*, Lisboa. Consultado em Março de 2007: http://www.ine.pt/ngt_server/attachfileu.jsp?look_parentBoui=94774&att_display=n&att_download=y.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA (2005), *Destaque – Dia Internacional da família*, Lisboa. Consultado em Outubro de 2008: http://www.ine.pt/ngt_server/attachfileu.jsp?look_parentBoui=99184&att_display=n&att_download=y.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA (2007), *Destaque – Dia Internacional da família*, Lisboa. Consultado em Outubro de 2008: http://www.ine.pt/ngt_server/attachfileu.jsp?look_parentBoui=5518692&att_display=n&att_download=y.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA (2007a), *4º Inquérito Nacional de Saúde 2005-2006*, Lisboa. Consultado em Outubro de 2008: http://www.ine.pt/ngt_server/attachfileu.jsp?look_parentBoui=6487190&att_display=n&att_download=y.
- LEANDRO, M^a Engrácia (2001), «A saúde no prisma dos valores da modernidade», *Trabalhos de Etnologia e Antropologia*, vol.41 (3-4), pp.67-93.
- LEANDRO, M^a Engrácia et al. (2007), «Promoção da saúde e prevenção da doença: realidades e miragens nas famílias portuguesas», in PEREIRA, Maria da Graça, *Psicologia da Saúde Familiar: aspectos teóricos e investigação*, Lisboa, Climepsi, pp. 267-294.
- LEANDRO, M^a Engrácia et al. (2008), *Família, trabalho e saúde: os desafios da actualidade*. Trabalho inserido no projecto: POCI/SOC/59282/2004 – O Contributo (In)visível. A gestão familiar dos cuidados de saúde. Universidade do Minho Universidade do Minho, Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro e a Universidade de Évora.
- MARINHEIRO, Providência (2002), *Enfermagem de Ligação*, Coimbra, Quarteto Editora.
- MARTINS, Maria (2002), *Uma crise acidental na família – o doente com AVC*, Coimbra, Formasau.
- MATOS, Maria (2005), *Auto-Medicação*, Porto, Universidade Fernando Pessoa. Consultado em 6 de Novembro de 2008: <http://www.psicologia.com.pt/artigos/textos/TL0048.pdf>.
- NUNES, Berta (1997), *O Saber Médico do Povo*, Lisboa, Edições Fim de Século.
- OMS (2003), *Família e Saúde*, 44º Conselho Director/55ª Sessão do Comité Regional, Washington. Consultado em Maio de 2007: <http://www.ops-oms.org/portuguese/gov/cd/cd44-10-p.pdf>.
- RAMOS, Natália (2004), *Psicologia Clínica e de Saúde*, Lisboa, Universidade Aberta.
- REIS, Joaquim da Cruz (2005), *O que é a saúde? Significações pessoais, modelos científicos e educação para a saúde*, Lisboa, Vega.
- RELVAS, Ana Paula (1996), *O ciclo vital da família – perspectiva sistémica*, Porto, Edições Afrontamento.
- SARACENO, Chiara (1997), *Sociologia da família: perspectiva sistémica*, Porto, Afrontamento.
- SILVA, Cristina (2003), *Saúde e envelhecimento – a autogestão da saúde no ocaso da vida*, Dissertação de Mestrado, Braga, Universidade do Minho.
- STANHOPE, Márcia e LANCASTER, Jeanette (1999), *Enfermagem Comunitária – Promoção da Saúde de Grupos, Famílias e Indivíduos*, Lisboa, Lusociência.

CAPÍTULO II

SAÚDE COMO CONSTRUÇÃO FAMILIAR E SOCIAL

TRABALHO DE EMOÇÃO: ARTES DOMÉSTICAS NO ÂMBITO DA SAÚDE

Maria Engrácia Leandro | Investigadora do CIES-ISCTE, Instituto Universitário de Lisboa,
Ana Sofia da Silva Leandro | Técnica Superior de Serviço Social, SONAE

*Se tu me cativares, a minha vida ficará cheia de sol. Fico a
conhecer uns passos diferentes de todos os outros passos*
Saint-Exupéry

*É uma dor serena,
Sofre porque vê.
Tenho tanta pena!
Soubesse eu de quê!..*
Fernando Pessoa

Introdução

O recurso às emoções como noção e até como objecto moral ou ideológico baralha um pouco as cartas, na medida em que são muito difíceis de avaliar sob o ponto de vista estatístico ou em termos de dimensão e intensidade. As emoções também não são assimiláveis a qualquer mercadoria que se expõe nas prateleiras de qualquer grande superfície que se compra e vende ou das quais se podem fazer descontos ou promoções directas. Contudo a alquimia emocional transforma um capital em desejo, um sorriso em recurso ou uma antipatia ou um insulto em recusa.

Nos cuidados de saúde familiares, as emoções, enquanto forma de investimento no outro, revestem uma importância fulcral. A dedicação e afectividade que os pais exprimem pelos filhos e nestas tarefas ainda mais as mães, permitem-lhe adaptar-se rapidamente às necessidades do filho. Em geral nas interações com os profissionais de saúde, a mãe advém uma aliada de peso em virtude deste conhecimento individualizado que tem do seu filho. O idoso decrepito recobra saúde perante o sorriso de uma criança.

A responsabilidade perante outrem será em suma uma forma particular de devoção humana, incitando a agir por ele, a viver com esta carga emocional e mental particular, resultante da certeza ou pelo menos da percepção que definitivamente pesa sobre os seus ombros, as suas competências e actividades em favor do bem-estar, da saúde ou da sobrevivência de um outro, que no caso em análise é um familiar. Este sentido de responsabilidade também é notório-quando, sobretudo as mães, não encontram no seu contexto mais próximo os meios para cuidar da saúde dos filhos. Não só, tendem a procurar no médico

essa competência que lhes falta, mas ao mesmo tempo a considerar estes serviços de saúde ou outros como um auxílio e não como um substituto no exercício das suas responsabilidades, que não é menos captado e vivido com alguma emoção. Basta constatar que, normalmente, aquando da hospitalização de um familiar, a família não se sente racional e emocionalmente liberta de responsabilidades perante esse doente, o que até pode ser objecto de mal entendidos com os profissionais de saúde, podendo acusá-la de querer imiscuir-se em conjunturas que não são da sua competência (G. Favrot, 1988).

O que podemos sublinhar é a importância e ambiguidade dos sentimentos e das implicações emocionais e relacionais quanto à saúde e à doença. Fundamentam a preocupação com o outro e intervêm de maneira decisiva na responsabilidade dos cuidados aos próximos. Mas a sua implementação não está isenta de custos nem de disfuncionamentos, com esta particularidade interessante que as pessoas que prestam cuidados laicos suportam mais os custos do que a sua isenção e também, provavelmente, do que aquelas que os recebem, embora nestas relações haja sempre elementos que escapam a este tipo de lógicas contabilísticas (M^a E. Leandro, 2014).

Numa perspectiva sócio-histórica, coube a Norberto Elias o pioneirismo do estudo da lenta socialização (civilização) das pulsões. Se os corpos são influenciados pelas necessidades e as pulsões, somos forçados a constatar que são objecto de uma incessante elaboração visando canalizar as suas formas e dominar as suas expressões, ou seja, a socializá-las (A. Meidani e M. Drulhe, 2011). Com o decorrer do tempo, o contexto social produz paulatinamente uma distinção e uma distanciação entre o que se sente e a acção que esses elementos suscitam. Tal implica não falar e reagir de imediato, mas dar tempo para reflectir antes de o fazer; substituir a passagem ao acto instantâneo ou impulsivo por uma decisão amadurecida. Perdura, então, uma praxe das pulsões ditas “naturais” ou inatas e um enquadramento das mesmas, dando forma a um conteúdo socialmente partilhado, tendo sido objecto de mudanças que induzem “novas emoções”, ou seja, uma outra forma de dar azo às pulsões ditas “naturais” e uma outra sensibilidade na sua relação com o mundo cultural e social.

Tal não significa que as emoções sejam “totalmente socializadas” sob a égide da razão reflexiva e reduzidas a qualquer expressão linguística ou discursiva. Seria ignorar a componente corporal e sensual das emoções. O medo perante uma situação angustiante, a surpresa perante um acontecimento fortemente inesperado ou um caso considerado perdido, favorecendo a emergência de emoções fortes, podem provocar muitas formas de reacção podendo, até, levar à morte. Normalmente, perante o outro, toda a gente tende a corar quando é assolada por sentimentos de vergonha. Tais factos permitem-nos dizer que nesta coerência lógica das emoções ecoa também uma lógica social e colectiva que nem sempre tem sido tida em conta pela sociologia. Ao poder

considerar-se que esta problemática está mais conectada com a psicologia, está-se a obliterar o que Max Weber designava de “racionalidade afectiva” como factor para a acção. Também outros sociólogos, como G. Simmel, M. Mauss e M. Halbwachs afirmaram que os sentimentos e as emoções constituem uma dimensão incontornável da inteligibilidade do corpo em movimento ou do corpo siderado. Muitas vezes, associadas a certas sensações (odor, voz, imagens, espectáculo...) mas também às nossas pulsões, pode acontecer que sejam as emoções a orientar as nossas condutas corporais: uma injúria, uma calúnia, a confrontação inesperada com uma cabala, a tonalidade ofensiva duma palavra podem fazer desencadear uma crise de lágrimas ou suscitar sentimentos de cólera que de outro modo não teriam lugar. Há, também, profissões que funcionam sob a égide de uma forte carga emocional como poderá acontecer com cuidadores de saúde, da medicina legal, de desgostos, de tanatórios... Os odores e as imagens daqui decorrentes podem provocar sensações e expressões faciais de desgosto ou de rejeição.

Deste conjunto de reflexões com que fundamentamos a problemática que aqui nos ocupa é legítimo retirar o princípio segundo o qual havendo um enraizamento orgânico das emoções e dos sentimentos, tal não significa que sejam tão só a expressão de algo interno expresso no exterior. Verifica-se, outrossim, que há um contexto emergente da construção e manifestação das emoções: interações, inter-relações, inter-dependências são o espaço próprio das suas expressões, dado possuírem uma tarefa comunicativa incontestável: desencadeiam-se entre pessoas que se comunicam por palavras, gestos, sinais, símbolos quicá por silêncios ou em contextos muito “sui generis”.

Assim sendo, a actividade emocional não emerge espontaneamente. Constrói-se no seio de uma relação específica com outrem que implica a duração temporal, permitindo que os laços simbólicos se enraizem numa dimensão corporal, numa forma de solidariedade (que não exclui a violência e o conflito), fundadora da composição do Eu e da sua identidade, um modo de mediação que permita estabelecer e provar a sua humanidade para além das actividades exigidas pela sobrevivência. Por outro lado, as emoções integram manifestações e impactos diferentes segundo as circunstâncias, os grupos, as profissões, as idades da vida...

Neste trabalho, versando sobre as lides emocionais do cuidado doméstico (*emotion work*), apoiando-nos também em dados empíricos à base de entrevistas realizadas no âmbito do projecto POCI/SOC/59282/2004 – “*O contributo (in)visível. A gestão familiar dos cuidados de saúde*”, financiado pela FCT, visamos estudar os modos como as dimensões emocionais vividas no quadro familiar, não sendo apanágio exclusivo de um dos seus membros, podem exercer efeitos sobre a saúde, a doença e a prestação dos respectivos cuidados. Visamos igualmente apreender os modos como estes actores de cuidados utilizam as

suas competências e saber-fazer em matéria emocional, graças à socialização nas componentes emocionais da “arte doméstica”.

Construção social das moções e dos sentimentos

Todo o esforço reflexivo acerca das relações sociais, os olhares sobre o corpo, a saúde, o impacto dos sentimentos e das emoções e as respetivas influências fisiológicas e sociais, tem conduzido a uma reapreciação destas dimensões da vida humana e social. O corpo, na sua plena operacionalidade, os seus aspectos gozosos, sensuais e emocionais, nunca foram objecto de tanta valorização e preocupação e de tantos estudos. Importa frisar, na esteira de D. Le Breton (1990), que sem corpo que lhe dê uma imagem o homem não seria quem é. Viver, é reduzir continuamente o mundo ao seu corpo, através do simbolismo e operacionalidade que encerra. A existência do homem, sendo corporal, é objecto de procedimento social, cultural, racional, imagético, sensual, estético, técnico e político-anatómico (M. Foucault, 1975). De domínio ou manipulação da vida, diferenciadamente segundo o sexo, a pertença social, o modo de vida e o estatuto social, variando de uma sociedade, de um tempo e de uma estrutura social para outros, o corpo dos humanos é simultaneamente um dado da natureza e objecto de construção social. Podemos invocar, igualmente a ascendência das novas organizações do trabalho, dos mitos, das crenças, das religiões, das vulgarizações e das ideologias em geral acerca do mesmo. Seja como for, o corpo, até como suporte da saúde e da doença, de força e de fragilidade, de emoções e de insensibilidade é um significante polissémico que reenvia para múltiplas dimensões e exprime várias realidades materiais, simbólicas e emocionais.

E. Durkheim, nos seus primeiros trabalhos de sociologia, considera o corpo um elemento da natureza com as suas formas, cores, necessidades, movimentos... Daí que não fosse objecto de estudo prioritário na sociologia. Mais tarde, estudando os mitos e os rituais religiosos australianos, dá-se conta que afinal o corpo estabelece uma mediação crucial do viver humano na construção da sociedade. O corpo é, de facto, um reservatório de símbolos individuais, sociais e sagrados e duma gama infindável de sentimentos (E. Durkheim, 1985 [1912]). A variedade de utilizações, os usos e as propriedades do corpo permitem a identificação dos grupos sociais e culturais, a sua posição de sujeição ou de superioridade na hierarquia social e o simbolismo de que se revestem. “A ordem social inscreve-se nos corpos através da confrontação permanente, mais ou menos dramática, mas concede sempre um espaço alargado à afectividade e, mais concretamente, às transacções afectivas com o contexto social” (P. Bourdieu, 1997, 168).

Usualmente, é através do corpo e das suas manifestações que as sociedades constroem a alteridade: a cor da pele, as diferenças sexuais, a expressão ou não

das marcas religiosas, as pertenças socioculturais, as atitudes, as indumentárias, as posturas, os sinais peculiares, os rituais, as subjetividades, os adornos, os artefactos... É numa dimensão corpórea, ainda que socialmente enquadrada, que se constroem as relações, se marcam os encontros, se registam os (re)conhecimentos, têm lugar as interacções e as expressões dos sentimentos e das emoções.

Importa frisar, por outro lado, que os sentimentos e as emoções inscrevendo-se no corpo não são estados absolutos, substâncias transportáveis ou transponíveis de um indivíduo ou de um grupo para o outro ou somente processos fisiológicos cujo corpo deterá o segredo. Expressam-se outrossim nas relações que os indivíduos tecem entre si. Daí a importância das interacções e as suas influências emocionais. A este respeito, E. Goffman (1967) concede particular importância à regra da “manutenção da face” e do “amor-próprio” em busca de “consideração” que cada um considera merecer do outro, não esquecendo que este supõe um tratamento idêntico e adequado. Trata-se de uma regra de conveniência capaz de assegurar as condutas sociais e respectivas linhas de acção.

Importa, contudo, acautelar a confusão entre atitudes, comportamentos, “*palavras e as coisas*” (M. Foucault, 1966), e não naturalizar as interacções e as emoções transportando-as, sem precaução, de uma cultura para a outra através de um sistema de tradução algo alheado das condições sociais que envolvem a afectividade e a própria fisiologia. Seja qual for o registo afectivo de uma sociedade é imprescindível apreendê-lo no contexto das condições reais das suas expressões.

Compreende-se, então, que os sentimentos e as emoções não sejam de modo algum fenómenos puramente fisiológicos ou psicológicos, nem deixados ao acaso ou à iniciativa pessoal de cada actor social. Nos meados de 1921, M. Mauss incita a ultrapassar a evidência do “*corpo natural*”. O corpo, na sua realidade total e não num dualismo “*corpo-espírito*” é, como muitas outras realidades humanas, objecto de construção social. Pense-se, tão só, nas bandeastes colocadas nos pés das meninas da Antiga China para que permanecessem sob os ditames da cultura e dos respectivos usos simbólicos. Podemos reparar, igualmente, como as condições sociais de existência, onde se inclui a natureza do trabalho, a qualidade da alimentação e os cuidados de saúde, vão influenciar não só a silhueta mas também o crescimento dos humanos, como se tem vindo a notar, de maneira ainda mais acentuada ao longo das últimas décadas em correlação com a melhoria dos níveis de vida, o aumento da escolarização e a mudança dos sistemas alimentares.

De uma tal observação pode, então, retirar-se um corolário: o social exerce profunda influência sobre o biológico e o afectivo e muito concretamente sobre a construção do corpo e de tudo o que integra. Deste ponto de vista,

M. Halbwachs (1947), ao estudar a cultura afectiva, considera que as nossas emoções são submetidas a uma verdadeira disciplina social, dado que perante certos géneros de acontecimentos, produzindo-se e manifestando-se em tal ou tal circunstância, é a sociedade que nos indica como devemos reagir.

Coube a Norberto N. Elias⁸ o pioneirismo incontestável do recurso a uma sociologia histórica, para explicar a lenta transformação dos costumes e da socialização das pulsões e dos sentimentos. O contexto social envolvente produz progressivamente uma distinção e uma distanciação entre o que se sente e a acção que este sentimento suscita, levando a não agir e a não falar como se ressentido no imediato, mas a compreender e a reflectir antes de falar ou agir. Estas são algumas das características deste longo “*processo de civilização*”⁹.

Publicado pela primeira vez em 1939, O processo de civilização constitui um marco importante como objecto de investigação sociológica na obra de Elias, incidindo sobre as maneiras de gerir as emoções corporais. Denota-se

- 8 Frise-se que antes de Norberto Elias se ter debruçado sobre as questões dos sentimentos e das emoções e a sua relação com o social, já se encontram preocupações a este respeito na obra de J-J. Rousseau, George Simmel (1985) e Marcel Mauss (1921), ainda que não tenham feito apelo a metodologias de trabalho idênticas, como o fez Norberto Elias ao adoptar uma perspectiva socio-histórica, o que também se veio a notar em outros dos seus trabalhos. Refira-se igualmente a originalidade da sua metodologia bem expressa no modo como se socorre da perspectiva interdisciplinar, muito pouco em voga no seu tempo, ao fazer a articulação da história, da sociologia, da politologia e da psicologia, bem como da sua capacidade para trabalhar com o micro e o macro ou a sua respectiva articulação.
- 9 Refira-se, contudo, que a intervenção externa e social sobre a expressão das emoções não surge apenas com o alvor da modernidade. No atinente, por exemplo, à dominação das pulsões sexuais, já no Antigo Testamento se encontra este apelo bem expresso no Decálogo (Deuteronómio, 5), e no caso concreto da castidade (apesar da esterilidade ser um opróbrio para as mulheres), no livro da Sabedoria (4, 1) é feita uma apologia da virgindade como valor supremo: “Mais vale uma vida sem filhos, mas rica de virtudes...”. Jesus Cristo faz um convite à castidade aos arautos de evangelho (Mt 19, 12-21). Refira-se, ainda, que se “comoveu e perturbou profundamente” quando se confrontou concretamente com a morte do amigo Lázaro (Jo. 11, 33). Por sua vez, S. Paulo (5, 25), fazendo a apologia da liberdade de escolha, afirma: “Os que são de Cristo crucificaram a carne com as suas paixões e apetites”. Mas é o mesmo S. Paulo que diz: “vale mais casar-se que abrasar-se”. Na sua República (3605-6), Platão afasta os poetas considerados culpados de atiar as emoções que prejudicam a serenidade razoável da cidade. O ideal do cidadão concretiza-se através da temperança que não deverá ser corrompida em circunstância alguma. Por sua vez, Aristóteles (1991, 183) foi o primeiro a sublinhar a parte activa do indivíduo nas emoções que o atravessam. Considera, no entanto, que importa compreender o estado de espírito da pessoa, contra quem normalmente dirige a sua cólera e os motivos da mesma. R. Descartes, apesar de viver na Suécia, publicou em Paris um livro intitulado “Paixão da alma”, onde afirma que as emoções se inscrevem numa dimensão corporal, mas não são afeições exclusivas da alma, mas simultaneamente um movimento psíquico do homem face ao mundo. Em 1668, o pintor Charles Le Brun, primeiro pintor de Luis XVI, em Paris, na Academia Real de pintura e de escultura, faz uma conferência sobre a “expressão das emoções”. Outro exemplo histórico poderá ser encontrado na escravatura, dada a constante opressão exercida sobre os escravos, da qual muito dificilmente se poderiam libertar ou ripostar sobre o que quer que fosse. O que se pode, então, dizeré que, apesar destas orientações antigas, nunca como antes tinha acontecido, com o alvor da modernidade há lugar à generalização progressiva desta civilização dos costumes relativa à socialização das pulsões extensiva aos diferentes grupos sociais.

uma orientação claramente definida que, pelo menos os ocidentais procuram adoptar, tentando repelir qualquer comportamento mais associado à “*natureza animal*”. Esta lógica omnipresente tende a aumentar o controlo de tudo o que releva do designado “natural”, tornando-o menos visível ou desviando-o para o domínio da intimidade.

Esta constatação permite a Elias mostrar, que no ocidente se foi operando uma lenta socialização, que designa de “*civilização*” das pulsões. O contexto cultural e social segrega progressivamente uma distinção e distanciação entre o que se ressent e a acção que os sentimentos e as emoções suscitam. Esta transformação dos “*gestos*” que define de “*costumes*” é indissociável da mudança da sensibilidade e, singularmente, da intensificação progressiva e colectiva do sentimento de repugnância. Doravante, tornam-se insuportáveis as manifestações culturais de outrem que não se inscrevam nos novos ditames. Emergem os sentimentos de vergonha, incómodo, pudor e recato, que incitam a poupar ao outro o espectáculo do corpo, das suas excreções e pulsações. Profundamente incorporados e sentidos como naturais, estes sentimentos conduzem à formulação de regras de conduta, que constroem um consenso sobre os gestos e acções que importa ou não adoptar, ingredientes estes que por retroacção contribuem para modelar as sensibilidades humanas e sociais.

O apaziguamento e a pacificação dos costumes nas classes privilegiadas das sociedades ocidentais aquando da emergência da modernidade manifestam uma transformação profunda da articulação entre o social e o biológico, o inato e o adquirido, uma questão primordial com que a sociologia continua a com-viver. Vão-se forjando condições socioculturais para enquadrar a manifestação das (im)pulsões “naturais” ou “inatas”, ou seja, um reconhecimento e enquadramento da expressão ou repressão das emoções, visando que as mudanças introduzidas induzam “novas emoções”, tendo por base uma outra expressão das pulsões naturais e uma outra sensibilidade quanto à relação com os mundos natural e social, na modernidade ocidental.

Construção duma sociologia das emoções e dos sentimentos

Um olhar retrospectivo sobre a trajectória do pensamento social e da sociologia em particular permite-nos constatar que se trata de um processo muito criativo e produtivo no atinente à construção, interpretação e compreensão do social e a sua influência sobre os humanos. E. Durkheim (1977 [1895]), afirma que a sociologia é esse modo de pensar que se declara disposto a penetrar o desconhecido. Tanto mais que a condição humana, para lá da sua materialidade, se tece num universo complexo de sentido e de valores e de uma afectividade individual e colectiva em curso (Le Breton, 2001). Toda a análise sociológica é uma interpretação dessa realidade social e tal como toda a teoria

correlativa implica uma visão social, seja qual for o domínio a que se refere: entre actor e sistema, estrutura e significação, privado e público, objectividade e subjectividade, liberdade e determinismo.

Sob o ponto de vista sociológico, vale a pena insistir no facto da sociologia do conhecimento se ter constituído em torno dum projecto de investigação sobre os modos de construção social, colectiva e histórica de todos os conhecimentos e formas de consciência, firmados desde os precursores e os pioneiros aos sucessores¹⁰. O projecto deste legado é reconhecido pela Academia. Em contrapartida, é algo novo formular hipóteses de pesquisa sobre os sentimentos e as emoções¹¹, cujos estudos foram, durante muito tempo, mais confinados às ciências de cariz psicológico e à neurologia, por se considerar que eram de cariz mais neurológico e subjectivo. Mesmo no seio das ciências humanas e sociais há quem tenha uma concepção de um “sujeito” individual livre, consciente e voluntário que é responsável não apenas pelas suas representações, mas também pelas suas afeições, o que estará no cerne das suas vivências psíquicas.

Não é o que perfilhamos, pois tendo também presente os estudos já realizados (G. Simmel, 1991 [1908]; N. Elias, 1969; E. Goffman, 1968; A. R. Hochschild, 1979; C. Mantandon, 1996; G. L. Treweek, 1996; A. Meidani e M. Drulhe, 2011), os sentimentos e as emoções não decorrem muito mais de uma componente fisiológica ou neurológica como o releva António Damásio (2008, 2010), mas igualmente de uma construção que decorre da actividade social, colectiva, cultural e histórica. Basta pensar, por exemplo, como este ou aquele acontecimento social, como um ritual religioso, militar, desportivo, académico, fúnebre... pode dar azo a sentimentos e emoções que sem ele não teriam existido. O olhar que projectamos sobre o mundo exterior exerce-se através duma grelha de leitura condicionada pelo cultural que nos foi incorporada desde a infância. A esta grelha tendem a juntar-se outras grelhas resultantes dum olhar renovado no seio dos contextos culturais e sociais em que nos inscrevemos ao

10 Entre outros, indicamos: C. Montesquieu, Saint Simon, J-J. Rousseau, K. Marx, A. Comte, F. Tonnies, E. Durkheim, M. Weber, G. Simmel, K. Manheim, A. Schütz, M. Mauss, M. Halbwachs, R. Merton, E. Goffman, G. Mead, J. Séguéy, R. Nisbet, P. Berger, T. Luckmann, P. Bourdieu, P-H. Chombart de Lauwe, L-V. Thomas, G. Balandier, D. Le Breton, F. Farrugia...

11 Não obstante, tenha-se presente que Durkheim no seu livro *As regras do método sociológico*, publicado pela primeira vez em 1895, ao definir o que é um “facto social” diz que integra “maneiras de agir, pensar e sentir”, pelo que podemos dizer que as questões do sentir não são alheias ao seu pensamento e obra sociológica. Aliás, na sua obra, tal como na de M. Mauss, as noções de simbólico, representações colectivas e cultura são centrais. Para ambos, a invenção do simbólico corresponde à invenção da sociedade. M. Weber preconiza a análise das significações vividas e os objectivos dos actores socialmente situados. G. Simmel insiste na relevância das significações, dos sentimentos, do amor, do segredo e das relações inter-individuais (díades e tríades), que o mesmo será dizer das interações, sendo os sentimentos e as emoções uma sequência moral dos acontecimentos que manifestam na sua expressão. Outro tanto se diga, ainda de modo mais claro, de trabalhos de M. Mauss e M. Halbwachs ou mais recentemente de M. Drule, A. Meidani, T. Luhmann, D. Le Breton entre outros.

longo da vida e das suas circunstâncias. Quando o homem caminha no mundo, nunca é pura consciência, uma vez que o seu corpo está permanentemente em interface, sem nunca poder separar-se desta condição (D. Le Breton, 2001).

O corpo em todas as suas vertentes sendo projecto social¹² é projecto sobre o mundo. Percepção, intenção, sentimentos e acção estão profundamente imbricados nas relações humanas e são automaticamente uma inteligência do mundo e uma teoria actuante sobre o contexto social. Este conhecimento sensível inscreve o corpo na continuidade das intenções do indivíduo confrontado com o mundo que o envolve. Em princípio, orienta os seus movimentos, sentimentos ou acções sem necessidade de uma reflexão antecipada. Aludindo, a algumas singularidades da experiência emotiva do corpo, importa começar por dizer que o corpo é um significante polissémico que reenvia a múltiplas dimensões e exprime várias realidades.

Na vida quotidiana os múltiplos movimentos, sentimentos e acções que tecem a trama do dia-a-dia, estando incorporados, fazem-se sem a mediação aprofundada do “cógito”, encadeando-se como que naturalmente numa clara relação com o mundo em que se move. Há como que uma forma de continuidade entre o corpo, os sentimentos que o animam e o mundo, e esta convivência prolonga-se tanto quanto não brote e se imponha algum mal-entendido ou incompreensão no âmago desta relação. É o que D. Le Breton (2001) designa de “monismo” da vida quotidiana. Ao invés, num contexto em que o sujeito é confrontado com o insólito ou sabe ser observado, receia cometer alguma gafe ou não ser compreendido, é confrontado com uma dupla dualidade que poderá produzir vários tipos de efeitos em termos emocionais.

Não sendo indiferente a estas situações, numa perspectiva sociológica da saúde, tal como muitos outros autores, relevando os trabalhos de Marcel

12 Como afirma L-V. Thomas (1992), o corpo é um produto social: ainda que certos caracteres morfológicos pareçam dados naturais, são forjados pelo género de vida. A postura, o caminhar... as atitudes revelam a maneira como cada um vive e se relaciona com o seu corpo. Por exemplo, o burguês ocidental movimentava-se de forma verticalmente rígida, fazendo do porte da cabeça o centro fulcral da sua postura marcada pelo triunfo do racionalismo, ao contrário do camponês ou do homem da savana africana que, não conhecendo os tabus do corpo, adoptam posições corporais muito mais maleáveis e mais orientadas para o baixo-ventre, também em virtude das posições exigidas pela qualidade do trabalho que realizam. Com o triunfo da industrialização, o corpo advém corpo-máquina ao serviço da tecnologia emergente e da rentabilidade económica capitalista. Assim, se esboça o que Michel Foucault (1975), designa de anatomia-política dos corpos humanos. Progressivamente, em nome do saber e do poder, têm-se vindo a elaborar disciplinas que permitem aumentar a produtividade (relações humanas, taylorismo, fordismo...), multiplicar os recursos, melhorar as técnicas e através de tudo isto e muito mais dominar a vida nas suas várias dimensões. Permanece uma excepção: a da morte que continua implacável, apesar das dezenas de anos de vida que lhe têm sido ganhas, designadamente desde a segunda metade do século XX. Não obstante, têm vindo a triunfar as reparações estéticas, ósseas ou de outras partes e órgãos do corpo em todas as idades da vida, qual nova forma de regeneração e ressurreição terrestre para quem é rico, graças aos avanços da medicina e da tecnologia, com destaque para a medicina regenerativa, a nanomedicina e as biotecnologias em busca duma promessa de imortalidade (M. E. Leandro, 2014).

Drulhe e da sua equipa, destacamos o facto da saúde ser uma realidade profundamente imbricada no objectivo e no subjectivo, não sendo, também por isso, menos influenciada pelo afectivo. É assim que ao longo das últimas décadas, podemos falar do desenvolvimento de uma nova sociologia do conhecimento subjectivo.

Uma primeira questão poderá exactamente colocar-se sobre a estreita ligação entre a esfera do conhecimento e a esfera das emoções e neste horizonte sobre uma potencial produção sociológica nestes domínios. Em rigor não se trata de uma problemática absolutamente nova, inclusive no seio da sociologia se pensarmos em autores como G. Simmel, M. Mauss e M. Halwachs que já concederam grande importância a estas dimensões em vários dos seus trabalhos, uns insistindo mais no amor e nos sentimentos e outros nas emoções propriamente ditas. Poderia pensar-se igualmente em outras escolas e heranças como é, por exemplo, o caso da escola de Frankfurt em favor da inovação, tendo como pano de fundo as emoções, os sentimentos e o conhecimento, isto é, a relação entre o conhecimento e os afectos. Estamos, assim, perante uma problemática que assume grande significado, sobretudo numa época em que estas dimensões da vida têm vindo a ser grandemente valorizadas e a assumir grande impacto nas relações da vida quotidiana. Por conseguinte, há necessidade de olhar para a subjectividade e para o conhecimento sobre a realidade, inclusive a corporal e a afectiva como um todo subjectivo-objectivo, pensando a nossa relação e o objectivo como uma modalidade no interior do subjectivo. Max Weber (1971) define uma racionalidade afectiva como um dos pilares da acção, ou seja, a acção fundamentada em valores que não se confinam apenas aos valores racionais.

Praticamente, verifica-se que quando as pessoas estão emocionalmente mais empenhadas, são capazes de construir outros conteúdos de sentido e de agir diferentemente enquanto actores sociais. Os estados afectivos, ainda que por vezes possam ser acalentados de modo subterrâneo, nem por isso deixam de influenciar as condutas humanas e sociais. Como afirma M. Halbwachs (1947, 5) “Os estados afectivos ... não subsistem e não se desenvolvem num mundo onde incessantemente estamos em contacto com os outros, sem a possibilidade de se apresentarem de forma a poderem ser compreendidos, aprovados e encorajados, pelos meios de que fazemos parte”.

G. Simmel (1985) faz das sensações instrumentos de conhecimento que se acompanham de sentimentos e emoções particulares, também eles forjados culturalmente em função dos contextos sociais. Se a constituição orgânica dos humanos é similar para toda a espécie, ninguém lhe confere o mesmo sentido e os mesmos valores e vive a sua condição de modo idêntico. O que importa então relevar é a maneira como o social e o cultural condicionam o agir concreto do corpo e o jogo das turbulências da vida afectiva, inclusive no que se

refere à saúde e à doença. Não basta sentir ou experienciar certas sensações uma vez que as suas formas de expressão se devem adaptar ao contexto socialmente admitido. O mesmo acontecimento suscita vários tipos de respostas afectivas e uma pluralidade de respostas segundo as histórias pessoais e sociais de cada indivíduo. Deste modo, “as nossas emoções são objecto de uma verdadeira disciplina social, uma vez que é perante certos acontecimentos e nesta ou naquela circunstância que na maioria das vezes se produzem e é a sociedade que nos indica como devemos reagir (M. Halbwachs, 1947, 8).

Também a corrente construtivista tem mostrado que o processo de socialização é tributário não só de uma inscrição na estrutura social objectiva, mas igualmente numa inserção num mundo subjectivo, constitutivo de uma maneira de ver e interpretar o mundo. Opondo-se à ideia, segundo a qual emoções e sentimentos relevam de um substrato pré-social, esta corrente sustenta que as suas definições são culturalmente marcadas, que a maneira como são geridos contribui para os criar e que as características linguísticas desvelam e reforçam a sua gestão colectiva. As investigações feitas a este propósito mostram que emoções e sentimentos, fazendo parte de fenómenos culturais, contribuem para inserir o actor numa ordem social e reforçar esta mesma ordem (M. Drulhe, 2014; A. Meidani e M. Drulhe, 2011; V. James e J. Cabe, 1996). Na esteira de P. Berger & T. Luckmann (1966), afirmando que há “uma construção social da realidade”, admitimos que há uma construção social dos sentimentos e das emoções e sobretudo da sua expressão. Basta reparar como actualmente se dá facilmente expressão no espaço público a emoções de carácter afectivo que num passado recente eram apenas reservadas para o privado, graças às modificações culturais e sociais a este respeito.

Noção de emoção e de sentimento

Segundo C. Jonckheere (2001a), todas as relações têm uma componente emocional, quer entre partículas anatómicas, quer entre os humanos. As emoções, em correlação com a cognição estão no centro do processo relacional. Seja qual for a situação, a nossa relação com a realidade é mediatizada pelos sentimentos e pelas linguagens que precederam as nossas existências individuais e sociais e as que se lhe seguirão. Quer isto dizer que as emoções são vividas na relação com os outros e produzem eficácias concretas sobre a realidade. Situando-nos ao nível do corporal, pragmaticamente é no movimento constante dos gestos e das palavras que este movimento é construção contínua do espaço social através da construção permanente dos indivíduos que o compõem. Exemplos desta índole podem recolher-se, por exemplo, no espaço da dança e do desporto onde as pessoas compõem e constroem uma coreografia capaz de os fazer emocionar e advir contagiante para os que os observam. Basta olhar para

os modos com os adeptos vibram emocionalmente com os feitos dos seus ídolos, tornados os seus heróis, quicá o seu móbil. Podemos evocar igualmente o apetite alimentar como essência do homem que também serve para assegurar a sua conservação e reprodução. Mas o homem, em busca de prazer, de sensações mais ou menos fortes ou do seu domínio sobre o mesmo, é livre de o seguir, bem como os seus impulsos (B. Espinosa, 1954 [1677]). Daí que o humano também se defina pelo que faz ou deixa de fazer e pelos sentimentos e emoções que acompanham a sua actividade.

No seu livro: *O sentimento de si. O corpo, a emoção e a neurobiologia da consciência*, A. Damásio (2008) considera o corpo na sua única dimensão orgânica e prescreve um fundo biológico e funcional subjacente ao desencadear das emoções e sentimentos. A distinção que A. Damásio estabelece entre emoções e sentimentos que retoma no seu trabalho: *O livro da consciência. A construção do cérebro consciente* (2010), apoia-se no aspecto demonstrativo e visível das emoções e sobre o carácter privado e invisível dos sentimentos. Segundo esta lógica as emoções corresponderiam a respostas “dirigidas para o exterior” e, por conseguinte, tornam-se perceptíveis por outrem. Ao contrário, os sentimentos seriam “dirigidos para o interior”, relevando dum mundo subjectivo e pessoal, pelo que não são discerníveis por outrem e não se podem inscrever num processo interactivo e comunicacional¹³.

Anteriormente as teorias do psicólogo americano W. James muito focado na experiência, apesar das muitas críticas a que deram azo, fizeram grande furor no estudo e na definição das emoções. Muito concretamente divide-as em “emoções fortes” e “emoções subtis”. Estão no primeiro caso a cólera, o medo, o amor, o ódio, a alegria, o desgosto, a vergonha, o orgulho, a desilusão, o (des)contentamento... na medida em que produzem repercussões fortes sobre o corpo; no segundo inclui os sentimentos morais, intelectuais e estéticos. A nível corporal, este último tipo de emoções produzem efeitos muito sensíveis mas menos intensos. Poderão antes ser designadas de comoções. Para o autor, a emoção corresponde a um certo tipo de experiência e a percepção, sendo suscitada por ela, tende a segui-la. Daí que considere que a emo-

13 Refira-se, igualmente, que A. Damásio (2010) diz reservar o termo emoção para um programa de acções com relativa complexidade dado incluir mais do que uma ou duas reflexões desencadeadas por um objecto ou acontecimento identificáveis, um estímulo emocionalmente competente. Acrescenta ainda que o facto das emoções serem inatas, automatizadas e estabelecidas pelo genoma humano, também não afasta a influência da educação. Falando de estímulo e de educação, necessariamente faz intervir a intervenção do social no desencadear e viver das emoções. Até porque sociologicamente não se pode falar numa expressão das emoções, mas de inúmeras maneiras como o corpo e em particular a face e os olhos falam da afectividade e do actor social num determinado contexto. Também não se pode falar numa expressão das emoções, mas de inúmeras maneiras como o corpo através dos seus diferentes órgãos testemunha a afectividade do actor social num determinado contexto. Segundo M. Mauss (1968) os sentimentos forjam-se num indivíduo que vive numa situação social concreta e no âmago duma relação singular deste ou daquele acontecimento.

ção designa os movimentos conscientes do ser e, por conseguinte, decorre da experiência que o mesmo é dizer da experiência corporal. Fala do célebre caso das reacções perante o avistar de um urso. Se temos medo, é porque o mesmo é um objecto estimulante que faz com que os nossos sentimentos mudem em função da percepção que temos desse facto, o que leva ao sentir e à manifestação da emoção, normalmente expressa na fuga. Afirma, então: “As mudanças corporais seguem directamente a percepção e o sentimento dessas mudanças no momento em que sobrevém constituindo a emoção” (W. James, 1903, 41). Podemos, assim, dizer que as manifestações corporais se interpõem entre o estado mental associado à percepção do facto estimulante e é este estado mental que designa de emoção, ou seja, a consciência que se tem deste movimento.

Sob o ponto de vista sociológico, podemos suscitar outras questões dando destaque à importância “dos factos psíquicos” ou do conhecimento no âmbito das emoções. No exemplo seleccionado acerca do urso, à partida, se não soubéssemos que se trata de um animal temível teríamos a mesma emoção de medo na sua presença? Se reconhecemos que é de facto um animal ameaçador apenas se deve aos conhecimentos que nos foram transmitidos a seu respeito, através do processo de socialização de que somos alvo. Daí a forte influência do social, tanto a nível da sua apreensão como da acção que pode ou não fazer desencadear. Frise-se que é ainda W. James que afirma que a emoção é sempre uma “aventura colectiva” que contém ela mesma uma “tonalidade emocional” em virtude do seu envolvimento humano. O conhecimento que temos dos elementos que apreendemos intervém vivamente na experiência emocional e através deste facto a cultura é parte integrante deste movimento. Recorde-se, no entanto, que o físico e filósofo Gaston Bachelard advertia para o facto do objecto apercebido não ser o objecto científico.

Interessa anotar, por outro lado, que os sentimentos que muito frequentemente se confundem com as emoções relevam de uma vivência incorporada na pessoa que os experiencia. Porém, a sua presença distende-se no tempo e exprime um estado de profunda sensibilidade, bem como uma conduta prolongada, ambas susceptíveis de transformar as relações do indivíduo, dos cidadãos e dos atores sociais com o mundo, em sentido amplo. A transformação operada está intrinsecamente associada ao valor que os sentimentos comportam, dado poderem ser (des)valorizados e incitar à aproximação ou à rejeição no decurso das relações. Por conseguinte, os sentimentos e as emoções contribuem para tecer uma rede relacional singular do “sujeito-actor” e para a sua orientação para outrem (M^a E. Leandro, 1995a). Neste fio de raciocínio, é importante relevar que os sentimentos e as emoções, embora não sejam sinónimos, emergem e constroem-se num indivíduo que vive uma situação social concreta no interior duma relação singular relativa a este ou àquele acontecimento (D. Le Breton, 1998).

Quanto aos sentimentos, esta concepção é bem expressa por G. Simmel (1991) para quem as sensações são instrumentos de conhecimento que se acompanham de emoções e sentimentos particulares. Por sua vez, M. Mauss no seu artigo: “A expressão dos sentimentos” (1968), afirma que os sentimentos não exprimem o estado fisiológico do indivíduo e não constituem uma reacção fisiológica ocasional. Insiste, outrossim, na dimensão social dos sentimentos, na medida em que são integrados na ordem das interacções e se encontram inelutavelmente geridos por normas colectivas. Nesta perspectiva, os sentimentos traduzem uma maneira de estar no mundo e explicam as escolhas bem como as tendências subjectivas que fundamentam a relação com o outro. De algum modo são eles que conferem sentido à relação que se constrói entre os actores sociais. Aliás, na vida corrente faz-se muitas vezes apelo a uma manifesta distinção da expressão dos sentimentos. Pelo menos ao nível das representações tende a considerar-se que os indivíduos de boa condição social, “porque mais educados”, usufruem de maior sensibilidade e delicadeza de sentimentos e inversamente, o que nem sempre é corroborado pela realidade.

Quanto às emoções, A. Meidani e M. Drulhe (2014, 23) afirmam que « ... não aparecem só como um « movimento interior » indefinido e misterioso ; nem se exprimem nas substâncias que se descobrem no sangue ou nos neurónios. São práticas sociais que podem, decerto, exprimir-se, mas que acima de tudo tomam formas corporais no desenrolar das interacções (I. Burkitt, 1997): através do corpo comunica-se um ressentimento e um vivido que subsiste entre as pessoas : atracção, agressividade, cólera, desejo, repulsão, amor... Por exemplo, a agressividade não é uma emoção que se reduz a um abalo lutador nas profundezas de alguém segundo uma dinâmica biopsíquica : produz-se no seio duma relação onde a pessoa agressiva é parte integrante dessa relação... ».

Classicamente, o afecto designa uma emoção ou um sentimento experienciado mas não manifesto. É nestes fundamentos que a psicanálise fala de ódios intensos mas jamais declarados relativos às várias figuras rivais. A emoção é um abalo interior, uma agitação interna, uma confusão, tanto no sentido positivo (uma palavra ou um gesto tocam-nos e podem suscitar a atracção e o prazer mas também o inverso), como contrário (ferem, fazem sofrer, provocam dor, desilusão...). Este movimento interior, este calafrio ou mal-estar tendem a manifestar-se corporalmente de maneira abrupta se não são canalizados para assumirem formas convencionais aceitáveis, tal como as descritas por N. Elias (1969). Enfim, através do sentimento procura-se um estado emocional estável e durável, uma “inclinação” que perdura como o afirmam A. Meidani e M. Drulhe (2011). Nesta perspectiva, ouve-se muito frequentemente dizer que esta ou aquela pessoa é dotada de bons ou maus sentimentos como se de um património construído e adquirido paulatinamente se trate.

Teias do emocional no quadro conjugal e familiar

No contexto relacional em que nos situamos não se pode menosprezar o papel do clima emocional forjado no seio da família, até pela natureza do próprio foro familiar onde a vida afectiva assume dimensões peculiares e se vai reflectir na saúde. Pelo menos teoricamente, desde tempos de antanho que à família estão associados amor e afeição particulares, ainda que na prática e em muitas circunstâncias estes ideais fossem bastante preteridos em favor dos interesses económicos, patrimoniais, políticos, sociais e culturais. Observe-se, todavia, que o direito canónico, forjado no século XII com a reforma gregoriana, ao elevar o casamento à dignidade de sacramento (por volta de 1140) faz do livre consentimento e, por conseguinte, da afeição dos esposos uma condição “sine qua non” da sua realidade (J. Goody, 1983). Muito mais tarde, G. Bachelard (1984 [1957]) falando da poesia do espaço evoca a simplicidade da casa que abriga a família como um reservatório, uma concha, um ninho de protecção, segurança, ternura e doçura aconchegantes, tornando-se num verdadeiro cosmos de vida onde tudo se adensa.

Actualmente, o casal e a família advindo verdadeiros enredos relacionais, no seio dos quais se procuram viver emoções fortes e gratificantes não conhecem limites. De maneira imediata e simples nas aparências quer-se viver bem e ser feliz, o que precisamente se inscreve na célebre noção de saúde da OMS, de 1946: “A saúde é o mais completo bem-estar psíquico, mental e social e não apenas a ausência de doença”. E para tanto a qualidade dos sentimentos e das emoções exercem influências primordiais. A propriedade relacional tornou-se numa prioridade. Este primado impõe-se num contexto geral do limiar de percepção da dor e do sofrimento e, por conseguinte, do aumento do patamar da percepção do prazer e do bem-estar da vida. De contrário, avança-se facilmente para as rupturas no atinente à família e para a busca de toda a gama de analgésicos quando os males, as dores reais ou simbólicas se manifestam (M. Drulhe, 1996).

Através do espelho, esta lógica de recusa da dor, mesmo quando se manifesta e impede de usufruir do conforto e do prazer máximos em todos os domínios da existência, com destaque para a vida a vida conjugal e familiar, parece condenar o contexto em que se sonha viver. Até porque no espírito do tempo em que vivemos quando a tecnologia é cada vez mais performante, supõe-se que o casal deva funcionar bem, tal como uma máquina de lavar, um automóvel, um telemóvel... Dificilmente se aceita que o sucesso do progresso tecnológico não seja transmutado para as relações humanas e com maioria de razão para o casal e para a família. A exigência de eficácia quer-se extensiva a todos os domínios da vida: tudo poderá ser previsível. Porém, a realidade e ainda mais no que se refere às conjugalidades e às relações familiares, nem sempre

atesta estas primícias, como as rupturas, as violências domésticas, as ansiedades de muitas crianças e tantos outros desaires no-lo atestam.

Em semelhantes situações, pode até acontecer que no seio do casal heterossexual os homens procurem fora da família no trabalho e na vida profissional as eficiências que procuram e as mulheres tentem granjeá-la nas suas tarefas de mãe que, apesar de exigentes e desgastantes, podem comportar também uma importante carga emocional. Seja como for, é inegável que o laço conjugal cada vez mais enredado nas teias emocionais, se tem vindo a fragilizar enquanto a família advém, como nunca, um valor essencial das sociedades hodiernas. Tudo se passa como se não existisse uma ligação intrínseca entre estes dois modos de vida e o casal não estivesse necessariamente na origem da família. O prazer e as compensações emocionais parecem mais acessíveis na esfera da família do que na do casal, sem que este deixe de ser igual e intensamente procurado. Com a presença dos filhos tal facto parece impor-se por si mesmo¹⁴. Já o prazer do casal – ou no casal – supõe uma constante confrontação entre duas pessoas diferentes que querendo viver em fusão, simultaneamente querem guardar a sua parte de autonomia, o que necessita, sem sombra de dúvida, uma atenção e esforços permanentes que integram outros meandros para que o amor e as afeições se mantenham vivos e actuantes, isto é, de boa saúde.

Neste contexto, perante o decréscimo do impacto e da influência do religioso tradicional, uma nova religião secular terrestre pós-religiosa se patenteia com os seus dogmas e crenças: o investimento no amor do ser amado, na afeição e nas emoções fortes em busca de uma realização plena “hic et nunc” (U. Beck e E. Beck-Gernsheim, 1990). Enquanto a religião nos ensina que há uma vida eterna de felicidade no além após a morte, esta nova religião de auto-realização através do amor e do emocional intenso diz-nos que há uma vida de plena felicidade e de boa saúde antes da morte. O seu significado é a procura de uma experiência particular concreta, emocional, totalitária que se quer auto-realizadora e contagiante para aqueles com quem é partilhada. Repare-se como nas sociedades hodiernas se valoriza o amor-paixão em todas as idades da vida, até como sinónimo de boa saúde mental e social e como após uma ruptura devido a um falhanço afectivo, cada vez mais banalizada, se procura rapidamente partir para a busca de outra gruta de felicidade onde as emoções fortes assumem um lugar proeminente. Neste sentido, o casal, o par em si mesmos, podendo até assumir novas formas de “poligamia sucessiva” ou de “nomadismo conjugal e familiar” (M^a E. Leandro, 2008), são extremamente procurados.

14 Invoque-se apenas a maneira como os pais também se empenham nos cuidados, exprimem a sua afectividade e, apesar da fragilidade dos laços familiares, se batem hoje pela guarda dos filhos, enquanto no passado eram muitos mais propensos a recusar a sua paternidade entre muitos filhos nascidos fora do casamento, considerando-se, assim, libertos de qualquer forma de responsabilidade, quicá de falta de “honorabilidade” face às regras morais em vigor.

Daí que o relacional assuma neste constructo uma posição proeminente, cujo processo engloba várias sequências de actividades e acções diversificadas, tendentes a abarcar a totalidade da existência. A partir deste ponto é possível dizer que certas actividades e serviços, mesmo os mais materiais, se desenrolam no decorrer de um tempo relacional não menos conectado com as emoções que não fazem menos apelo às condições de saúde dos seus protagonistas. Aliás é a própria medicina que ao longo das últimas décadas vem dando grande importância às influências do emocional sobre a saúde e à recuperação logo que a doença e mesmo a doença grave sobrevém (A. R. Hochschild 1979; I. Baszanger, 1995; F. Saillant, 1999; H. Machado, 2003; A. Meidani et M. Drulhe, 2011; M^a E. Leandro, 2014).

Pense-se, por exemplo, nos efeitos do stress e concretamente sobre a depressão, a principal doença do século, fruto dos muitos dilemas que atravessam muitas famílias e caracterizam as sociedades hodiernas. Teoricamente, assumem aqui particular destaque a individualidade contemporânea, os novos modos de vida e as fragilidades do normativo, deixando os indivíduos mais isolados e confrontados consigo mesmos. “Esta maneira de ser apresenta-se como ‘uma doença da responsabilidade’ na qual domina o sentimento de insuficiência. O deprimido não está à altura, está cansado de ter de ser ele” (A. Ehrenberg, 1998, 11), o que se vai reflectir em todas as dimensões da sua vida.

Muito frequentemente, em situações desta índole, a família pode ser concebida num duplo sentido. Por um lado, procura-se aqui um espaço onde cada um possa ser igual a si mesmo e dar azo às suas vivências e expressões mais afectuosas, no quadro de uma vida partilhada com outrem; por outro, espera-se que funcione como espaço de compensação, de oásis face às agruras exteriores como o preconizavam T. Parsons e R. Bales (1955), o que poderá nem sempre acontecer de forma permanente e persistente. Quando assim acontece podem surgir as frustrações e com elas as vivências emocionais podem tornar-se mais problemáticas. Todos os espaços de vida e ainda mais quando são extremamente interactivos como os que analisamos têm os seus meandros de maior ou menor intensidade e qualidade, pelo que se afigura necessário saber com-viver com os mesmos e contorná-los da melhor forma. Só que ninguém o pode fazer de forma autónoma, uma vez que a vida conjugal e familiar congrega a presença de outras pessoas com que se interage em permanência, pelo que os comportamentos de uns influenciam profundamente os dos outros, desde a mais tenra idade. Ninguém na família pode viver como eremita, ainda que se invista muito na auto-realização.

Uma digressão, breve e convenientemente simplificada, sobre o processo do individualismo hodierno bastante banalizado, inclusive no seio da família (F. de Singly, 2003), é muito frequentemente assimilado ao egoísmo e à auto-centralização. A afirmação do indivíduo corresponderia a uma reivindicação

de prazer, do seu bem-estar absoluto e a uma fuga perante toda a forma de sofrimento e de frustração, na lógica do que temos vindo a analisar. No entanto, consideramos que o individualismo tal como tem vindo a ser concebido é um valor em perda de alguma velocidade. Denota-se, outrossim, uma busca de proliferação dos laços mostrando que o risco que cada um pode conhecer ao individualizar-se tende a fragilizar-se em benefício da prevalência destes laços, ainda que mais distendidos e plurais. A título de hipótese é possível considerar que o indivíduo tende não só a difundir-se na trama dos laços, mas igualmente sob a égide de múltiplas informações que estes lhe concedem (M^a E. Leandro e L. Ferreira, 2011).

Os jardins secretos são hoje invadidos por uma maré mediática, ou seja, por uma necessidade de tudo dizer, tudo partilhar e tudo explicar, cujo recurso generalizado aos blogs e aos telemóveis como espécie de paranóia do sempre contactável e inter-conectável em todo lugar e a toda a hora é paradigmático a este respeito. Somos constantemente incitados a mediatizarmo-nos, a falar de nós e a explicar tudo a um outro ou a outros. Daí que para o melhor e para o pior possamos ser invasores e objecto de invasão de outrem. Ao nível do casal, não é raro que nos primeiros tempos se façam promessas mútuas de tudo dizer, tudo revelar e nada omitir, esconder ou deixar na clandestinidade. Tudo acontece sob a égide da ilusão da simplicidade e da fluidez. Deixa-se transparecer a ideia que uma relação afectiva pode libertar-se de qualquer risco, instituindo uma obrigação de abertura e transparência totais, como se bastasse querer falar, tudo dizer, para encerrar a complexidade de uma relação na realidade nem sempre clara e transparente e, por vezes, envolta de vários enredos afectivos e materiais.

Nas sociedades hodiernas, o aborrecimento e cansaço da solidão e designadamente do isolamento, tornaram-se muito difíceis de suportar e procura-se por todos os meios colmatá-los. Todo o tempo deverá estar preenchido, pelo que se inventam novas actividades que, por vezes, não têm apenas uma finalidade: ocupar o tempo e partilhá-lo com alguém. Um exemplo claro desta euforia aparece em muitos dos programas concebidos para o que se tem vindo a designar de “envelhecimento activo”, visando exactamente combater o que se designa de isolamento ou de solidão. Estar só ou viver só tornou-se numa punição, quiçá sinónimo de anomalia, o que pelo menos sobre alguns aspectos também pode ter as suas mais-valias e fazer parte de certas opções. Os outros suportam mal o solitário, o coitado que tem de viver sozinho, e procuram envolve-lo numa série de presenças que são apresentadas como salvíficas. Repare-se, por exemplo, como se mediatiza a situação de idosos que vivam nestas circunstâncias, ou mesmo outras pessoas que vivam sós qual anátema ultramoderno. O solitário questiona na medida em que confronta cada um com as suas próprias solidões, para lá das aparentes redes de relações e comunicação que possa ou aparente ter.

É mais frequente e mais fácil tornar-se “como” o outro do que ser diferente ou “contra” o outro. Este mimetismo mata toda a individualidade, pois é cada vez mais difícil ser distinto quando se é facilmente tentado a parecermo-nos com os que se afiguram como modelos. Até por volta dos anos 1970-1980, os jovens procuravam afastar-se tão rapidamente dos pais quanto possível. Ao invés, ao longo das últimas décadas, agarram-se cada vez mais e cada vez mais tempo, também mercê do prolongamento dos estudos e do desemprego, à casa dos pais, dando por vezes a impressão que são os pais a viver em casa dos filhos. Por sua vez, estes não procuram afastar-se e têm inventado uma nova forma de laços: uma inteligente e subtil mistura de dependência material e autonomia afectiva tendente a prolongar o tempo de “namoro” vivido com períodos intercalares de coabitação de fins-de-semana, períodos de férias ou outros momentos de evasão e, por conseguinte de alternância/persistência emocional. Nos nossos dias um jovem casal ainda que manifeste uma tendência para casar-se ou para coabitar mais tardiamente, compromete-se numa coexistência mais distendida no tempo: cerca de 50 e mais anos, o que é enorme comparando com a curta média de duração da vida conjugal no passado, em virtude de uma muito menor esperança média de vida. Além disso, a grande generalidade da população habita em meios urbanos o que diminui as tramas do controle social e alarga as possibilidades de (re)encontro, ao contrário dos meios rurais.

É também nestes contextos que a depressão em curso nas sociedades hodiernas – pouco importa que seja designada como um mal-estar, um mal-viver ou uma verdadeira doença – tem de particular o facto de expressar a própria incapacidade do viver que em certas situações se exprime na tristeza, no cansaço, na falta de energia e de vontade, na inibição e falta de horizontes de futuro, em síntese em dificuldades anímicas de ser capaz de dar a volta à situação, como se diz correntemente, inclusive no seio da família. Cansados e esvaziados, agitados e violentos, desolados e incapacitados, em suma nervosos, medimos e experienciamos no corpo o peso das duras exigências da vida moderna com cada vez mais aberturas e formas de autonomia, mas também mais exigências e várias formas de solidão, inclusive no seio de grupos que até se consideram de proximidade e calorosos como poderá ser o caso da família e talvez de certas situações de trabalho onde se recrutam vários amigos. É, por vezes, em contextos desta índole que emergem várias formas de indiferença, distância ou desconfiança relativamente a outrem e de violência que mais não são do que uma forma de expressão emocional não contida no que é considerado fazer parte da civilização dos usos e costumes (N. Elias, 1969; M^a E. Leandro et al., 2013; M. Drulhe, 2014).

Ora, um bom ambiente familiar, exigindo afeição e cooperação de todos os seus elementos, é considerado poder contribuir para evitar ou cuidar destes aspectos e inversamente quando não estão reunidas as condições para o

efeito. Daí que a família, para além de ser um actor informal de saúde, nestas condições possa ser igualmente um actor informal de doença, muitas vezes construída no decorrer do tempo e de que nem sempre é fácil sair curado. Não estão apenas em causa os recursos às intervenções dos psis, aos tratamentos médicos e medicamentosos, mas simultaneamente a criação de condições para as mudanças de atitudes e comportamentos que se afiguram necessários e que não congregam menos a qualidade das emoções.

Nunca como nos nossos dias a procura dos níveis de prazer e ao invés a recusa da dor e de tudo o que pode fazer pensar no sofrimento foram tão elevados. Esta “mecânica” aplica-se de modo singular aos laços conjugais e familiares. Na realidade, denota-se que é cada vez mais fácil deixar de fazer parte de um casal ou de uma família, porque dificilmente se encontram aqui os níveis de satisfação que cada um pensa ter direito a encontrar e a usufruir. Tal como o prazer as emoções fortes impõem-se por si mesmas e a sua ausência condena rapidamente o contexto em que deveriam acontecer. Nos nossos espíritos hodiernos tem deslizado sorrateiramente a ideia e mesmo a “quase certeza” que um casal tem de ser e viver permanente num auge de felicidade e quando assim não é desiste-se deste, mas parte-se em busca de outro reduto onde se espera vir a (re)alcançar esses objectivos.

Na verdade têm sido feitas muitas descobertas pelas ciências biológicas e tecnológicas, mas nem sempre têm sido acompanhadas de descobertas semelhantes quando se trata do saber-viver com o outro e dos universos emocionais que envolvem os indivíduos e as famílias hodiernas no âmago das suas relações. Pesem embora as grandes mudanças económicas que se têm operado de há uns tempos a esta parte, a realidade também vem mostrando que a estabilidade da família, no essencial, depende muito mais das relações entre os seus membros do que das contingências materiais. Comparando com tempos pouco recuados podemos até dizer que a família foi passando duma problemática do risco para uma problemática da fragilidade (R. Castel, 1990). A manutenção e duração da família hodierna depende, sobretudo, do seu equilíbrio relacional/emocional perante o qual o Estado se afigura desprevenido, ao invés das medidas de apoio social, apesar destas, em nome da crise, terem vindo a decrescer enormemente. É assim que este novo tipo de família faz muito mais apelo a uma vasta gama de especialistas da relação, aos técnicos da fragilidade onde se destaca uma enorme “avalanche” de psis.

Importa, identicamente, ter presente que se as sociedades hodiernas elevaram muito alto a fasquia das aspirações e a busca dos escores de felicidade, em suma de bem-estar “hic et nunc”, também se denota que têm vindo a diminuir fortemente as oportunidades da sua realização, dando azo a muitas formas de frustração, que podem vir a desembocar em várias formas de expressão emocional violenta. O caso do aumento da violência doméstica entre casais

mais novos, inclusive ainda namorados (M^a E. Leandro et al., 2013) e do desporto futebolístico, concebido até para uma canalização saudável das emoções, é sintomático a este propósito. A estes aspectos juntam-se outras exigências e frustrações da vida profissional extremamente exigente e cronometrada, sem espaços de compensação emocional que podem levar a atitudes de fazer “saltar a tampa” (M. Drulhe, 2014) ou trazer para a família esta sobrecarga, cujo desfecho poderá ser imprevisível.

Atinge-se, assim, um novo patamar de complexidade mais próximo do pólo da mudança/patologia das emoções que não tem necessariamente de passar pelos recursos usuais da medicação e da medicamentação como bem o acentua D. Servan-Schreider (1983). O principal objectivo consiste identicamente em fazer apelo a relações mais humanas e emocionalmente gratificantes, sendo a família o espaço mais procurado para o efeito. Apesar de todas as “turbulências” de que tem sido alvo, a verdade é que para o melhor e para o pior, continua a ser considerada por excelência o grupo onde cada um se pode melhor revelar ao outro, ser acolhido, compreendido e partilhar a sua existência. Daí esta carga emocional de que é portadora, embora integre igualmente as suas doses de (des)ilusões.

Recurso às emoções como componente de saúde

As condições sociais e culturais de existência, as estruturas familiares e a qualidade das relações modelam os comportamentos até um certo ponto, mas não se podem transformar em estereótipo, negando as peculiaridades de cada caso e até de cada indivíduo em situações muito concretas. Ninguém é uma cópia absoluta de uma “cultura”, de um português típico, pois se assim fosse equivaleria a obliterar a capacidade criadora de cada um. A matriz cultural é uma reflexividade para o autor, mas sem se confundir com ela em absoluto. Em todos os tempos e circunstâncias há sempre desvios e inovações. Se assim não fosse ainda hoje vivíamos em “sociedades clássicas”. O indivíduo não se reduz a uma fórmula social ou cultural única, qual modelo unissexo, mas ao que faz das influências que pesem sobre si e do que a sociedade quis fazer dele (J-P. Sartre, 1986; M^a E. Leandro, 1995b). Os comportamentos, inclusive ao nível emocional, não funcionam sobre carris, mas são também fruto de apreciações pessoais ligadas a muitos dados (culturas locais, rurais, urbanas, religiosas, diferenças de geração e de sexo, situação profissional, contexto temporal ou outro) que podem introduzir rupturas e continuidades (D. Le Breton, 2002).

No atinente à família e à saúde, a singularidade dos percursos individuais em correlação com esta ou aquela cultura e contexto social conduz cada elemento ou mesmo cada doente e respectivos cuidadores a serem mais ou menos resistentes ao mal e a reagirem emocionalmente de forma diversificada. Neste

quadro não é uma cultura que sofre, embora não se possa dizer o mesmo relativamente à família, mas é particularmente o doente e/ou o cuidador que são marcados pela sua singularidade, atravessados por lógicas de género, experiência, crença religiosa, condicionamentos ou aberturas, resiliências... que não os podem reduzir a um todo englobante que anule a sua própria existência e intervenção. Por exemplo, as mulheres, independentemente da condição social, tendem a ser mais expressivas relativas aos males que as afectam, sem que se possa dizer que a “feminilidade” assume a exclusividade das queixas, pois tal como a “virilidade” e as suas reservas são objecto de construção social. A socialização das raparigas autoriza-as a chorar, a gritar (nunca existiram carpideiros mas sim carpideiras), a queixar-se, a falar das suas tensões, a serem mais “lamechas”..., enfim a expressarem todo um conjunto de atitudes que têm vindo a ser desaconselhadas aos rapazes, ainda que actualmente esta polaridade feminino/masculino não seja tão contrastante.

Processos desta natureza podem, em grande parte, explicar a relação diferenciada dos homens e das mulheres com a sua vida afectiva e as distinções que poderão existir quanto ao trabalho emocional e às suas componentes expressivas. Os trabalhos de M. Zborowski (1969) e I. Zola (1966) nos Estados Unidos, junto de grupos migrantes de várias nacionalidades, permitem concluir que reagem diferentemente à dor, como é notório nas suas reacções sensoriais. I. Zola, entre Julho de 1960 e Fevereiro de 1961, compara 63 italianos (34 mulheres e 29 homens) e 81 irlandeses (42 mulheres e 39 homens) numa consulta de oftalmologia no hospital de Boston. Para patologias idênticas, os italianos manifestam muito mais o seu sofrimento, enquanto os irlandeses tendem a negá-lo ou atenuá-lo. O autor descreve esta tendência como uma “dramatização” que autoriza uma luta contra a ansiedade, exprimindo-a de modo exagerado ou dissimulado. Os italianos assinalam vários sintomas em vários locais do corpo, ao passo que os irlandeses minimizam os seus males. No contexto histórico da Irlanda, como também o sublinha M. Zborowski, o facto de ignorar a adversidade ou de a assumir em silêncio prende-se com uma tradição católica que insiste sobre a dureza da vida carregada de sofrimento. A felicidade total é para a vida do além. Resistentes ao mal, os irlandeses avaliam e reagem diferentemente dos italianos perante a saúde e os sintomas de doença. Os primeiros dão tempo ao tempo antes de se dirigem aos serviços de saúde, contrariamente aos segundos.

Por sua vez, os trabalhos de M. Zborowski, comparando comportamentos idênticos entre italianos, judeus e irlandeses acentuam o facto dos dois primeiros, desde a mais tenra idade, serem envolvidos permanentemente pelos pais. Estes modelos de comportamento são impregnados pela interiorização ou imitação, reforçados pelos encorajamentos ou reprovações dos pais. Assim, entre os italianos e os judeus, a criança doente é objecto de uma atenção, pro-

ximidade e protecção permanentes da “mamma” italiana e da mãe judia. Estas crianças, inclusive quando se tornam adultas, procuram mais a solicitude dos pais e exprimem a sua compaixão de modo “dramatizado”, isto é, de maneira fortemente emocional. Refira-se que nas famílias judias o reconhecimento da doença e da dor é correlativo de uma aprendizagem de uma certa ansiedade em função do futuro. Já os doentes de velha origem americana, protestantes e anglo-saxónicos, são muito mais retidos na manifestação dos sentimentos e emoções associados ao sofrimento. Dar uma imagem de si demasiado sensível poderá corresponder a uma certa “fraqueza” e fazer perder a face perante os outros (E. Goffman, 1967). Para M. Zborowski, o doente americano branco típico esforça-se por controlar a dor e a sua expressão. Para tanto, contribui a socialização que as famílias conferem diferentemente aos rapazes e às raparigas relativamente a estes sentimentos e às suas expressões, muito mais contidos nos primeiros do que nas segundas. Vinte anos depois, os trabalhos de C. Koopman et al. (1984), vieram revelar que estas diferenças se mantêm, mas de maneira residual. As gerações mais novas, graças a um processo de aculturação progressiva, vão atenuando estas singularidades.

De resto, tais fenómenos não se inscrevem menos na perspectiva sócio-histórica de N. Elias acerca dos mesmos (1973) e o destaque que confere à influência contextual em toda as suas dimensões na construção das vivências e expressão emocionais. Alegria, tristeza, comoção, sofrimento, orgulho, raiva, compaixão, medo, ansiedade... estão sempre correlacionados com os contextos socializadores e os espaços onde se exprimem as respectivas emoções. Basta pensar que, desde a segunda metade do século XX, praticamente até finais do século, o facto de algumas teorias psicológicas e pedagógicas terem insistido num tipo de educação muito mais liberto de interditos, também foi dando azo a que o controle sobre as emoções fosse menos apertado, como ainda se denota nos nossos dias.

Já quanto à família, dado tratar-se de um grupo de coexistência permanente, de busca de emoções fortes e gratificantes, de intimidades e de encontros face a face, as vivências emocionais tendem a assumir singularidades muito próprias para o melhor e para o pior. Importa não ignorar o outro lado da questão. Pensar que tudo o que a família faz contribui para um clima emocional sadio corresponde a assumir uma concepção demasiado idealista, segundo a qual todas as tarefas que a família promoveem favor dos seus membros é sempre feito por amor e afeição, logo saudável só por si. Seria, entre outros aspectos, esquecer os aspectos paradoxais e até penosos deste “trabalho por afeição” e os efeitos que podem fazer desencadear nas pessoas que concedem estes cuidados. No caso de doenças prolongadas ou dos cuidados prestados a pessoas dependentes durante anos a fio podem advir efeitos perversos para os cuidadores em termos de saúde, cansaço e stress, tal como os trabalhos de F. Andrade (2009) e M^a. José Gomes

(2012) o vieram a revelar. A exigência de afeição que se requer destes cuidadores, mais mulheres do que homens, traduz-se em exigências contraditórias relacionadas com a sua maneira de ser e de estar no mundo: ser espontânea, natural aos olhos dos que beneficiam deste trabalho também exige esforços; ocultar a separação entre o público e o privado, dado que a sociedade e os homens tendem a ver nas mulheres as que mais concedem afeição, considerada como um atributo natural, um dever moral, sem que haja consciência da incompatibilidade das duas vertentes (G. Cresson, 1995).

Estudos feitos na Inglaterra sobre estas problemáticas, mais relacionados com o apoio a idosos ou doentes dependentes, vieram revelar que apenas 7% dos deficientes de todas as idades viviam em instituições. Entre as pessoas mais dependentes, 86% vivem no domicílio; os serviços públicos apenas dão uma ajuda pessoal em 4% dos casos e 12% para uma ajuda doméstica, sendo quase exclusivamente sobre as mulheres que recaem estes cuidados. Estas informações estatísticas vêm dizer que na Inglaterra a probabilidade dos membros adultos prestarem cuidados de saúde a um dos seus elementos é elevada no seio da cadeia inter-geracional. Segundo os mesmos dados, a guarda de metade das crianças, cujas mães exercem uma profissão, é assegurada pelas avós. Por conseguinte, as mulheres são muito mais solicitadas para estas tarefas do que os homens (J. Martin e C. Roberts, 1984).

Interessa notar, por outro lado, que os serviços de cuidados são quase inteiramente exercidos pelas mães, embora haja alguma transformação ao nível do empenhamento dos homens neste sentido, como o atestam os resultados do nosso projecto. A família como instituição tem sido objecto de profundas transformações que tornam aleatório o exercício tradicional das obrigações e solidariedades familiares. A taxa de divórcio em Portugal é, nos últimos anos, uma das mais elevadas da Europa. Nada está garantido acerca da possibilidade destes filhos partilharem o sentimento de obrigação de cuidarem dos seus pais, nem que estes esperem por uma tal ajuda da sua parte quando até podem viver a maior parte da vida de costas voltadas ou com relações muito esporádicas ou pontuais. A ideia de uma responsabilidade ou de uma reciprocidade fundamentada apenas no amor e na afeição não parece prevalecer sempre nas sociedades hodiernas quando se trata de cuidar de dependentes de maneira permanente. Até por falta de condições materiais para o efeito dadas sobretudo as exigências da vida profissional, que dificilmente contemplam estas necessidades fundamentais do cuidar familiar. Mesmo assim, quando é o caso, são de sobremaneira as mulheres que se ocupam destas tarefas como nos revelam os dados recolhidos no âmbito da nossa investigação. Só que nas últimas décadas ingressaram no mercado de emprego como os homens o que torna este cenário mais complexo, devido sobretudo a menos disponibilidade de tempo e a mais acumulações e fragmentações das responsabilidades.

Sem querer de modo algum fazer uma correlação entre esta nova situação e as mudanças que se vem operando no atinente às reciprocidades no seio da família, consideramos ser importante não mistificar a afeição e neste caso ainda mais a das mulheres como condição natural para cuidar do outro, fazendo pesar sobre elas o impacto dos sentimentos. Por outro lado, dizer que o amor e a afeição são uma norma nas relações intra-familiares é invocar as distâncias a esta regra, as suas insuficiências, lacunas, excessos, ou contradições como já o sublinha Luís de Camões num dos seus sonetos.

No âmbito destas considerações, refira-se que o funcionamento interno da família é difícil de compreender sem ter em conta os sentimentos e ainda com maior vigor nos tempos que correm. Trata-se de um potencial que tende a mobilizar os indivíduos, ainda que sob a sua égide possa haver espaço para muitas manipulações, explorações e até violências, como a realidade o tem vindo a revelar. Situações há em que se trata de uma “operação mágica” através da qual se procuram mobilizar energias heterogêneas e resultados contraditórios, podendo contudo ser considerados equivalentes. No contexto actual dos serviços de saúde, o preço a pagar pelos indivíduos e pelas famílias é tal, que mesmo o amor “romântico” estando mais ou menos ultrapassado, é transmutado ao fazer-se apelo a outros sentimentos para o substituir: o sentido da responsabilidade, o amor dos filhos, o amor dos pais idosos... Na prática o amor, no sentido emocional do termo, revela-se um ingrediente necessário mas não suficiente para assumir a responsabilidade de outrem, num discurso ideológico de recurso ao amor como produto e reduto, podendo revelar-se uma máscara do conflito de interesses, que se ignora neste jogo de atropelos, quiçá de necessidades algo imperiosas.

Porém, faz-se muito pouco para que sejam proporcionadas as condições para as assumir, inclusive ao nível da segurança do emprego e das medidas da segurança social para o efeito. Mas o Estado não se descompromete totalmente destas tarefas de cuidados de saúde fazendo figura de filantropo ao evocar serviços “feitos por amor e dedicação”, visando também a co-responsabilidade de um certo número de serviços entre os profissionais de saúde e a família. O amor na sua vertente emocional e de responsabilidade serve para explicar a prestação “natural” de cuidados de saúde da família, através das mulheres junto dos seus próximos. Daqui decorre alguma (des)valorização destes cuidados bem como do trabalho doméstico em geral, em favor dos profissionais de saúde. Mas idênticamente entre homens e mulheres sendo que estas são muito mais solicitadas pelos cuidados, resultando daqui uma muito maior sobrecarga de trabalho e mental, mais uma vez em nome do amor e da dedicação. Não é por acaso que, se as mulheres em média têm uma maior esperança de vida do que os homens, começam muito mais precocemente a sofrer de vários tipos de morbilidade. As vertentes sentimentais e emocionais, sendo culturalmente para as mulheres a

expectativa que vem preencher todas as lacunas, transfigura-se muito frequentemente num sentimento apresentado como antitético com outras formas de auto-realização, dadas as exigências que lhes estão associadas. Daí que o efeito de máscara seja um elemento importante da socialização das mulheres nesta lógica.

Em síntese, o que podemos sublinhar é a importância e ambiguidade dos sentimentos e das implicações emocionais e relacionais. Fundamentam a preocupação com o outro e intervém de maneira decisiva na responsabilidade dos cuidados aos seus próximos. Mas a sua implementação não está isenta de custos nem de disfuncionamentos, com esta particularidade interessante das pessoas que prestam cuidados laicos suportarem mais os custos do que a sua isenção e também, provavelmente, do que aquelas que os recebem, embora nestas relações haja sempre elementos que escapam a este tipo de lógicas contabilísticas (M^a E. Leandro, 2014).

O trabalho emocional de saúde no espaço doméstico

Para enquadrar as interações entre família e saúde, referimo-nos à aceitação fenomenológica que apreende o corpo segundo três modalidades. É acima de tudo uma realidade orgânica limitada por leis objectivas, o que corresponde ao corpo em si mesmo, que se manifesta na vida quotidiana, no trabalho, na alimentação, nos movimentos, no descanso, na saúde, na doença, nas relações e muito concretamente na expressão dos sentimentos e das emoções. Uma segunda modalidade da existência do corpo prende-se com a do “corpo para si”, que reenvia ao corpo propriamente dito, encontrando-se aqui um fundamento de subjectividade. O próprio corpo significa a realidade vivida que exprime a soma das nossas experiências e a nossa existência concreta no mundo. Enfim, a última modalidade de existência corporal é a que tem a ver com a do corpo para outrem, sendo através da intersubjectividade, que dá sentido à realidade social e cristaliza a relação do sujeito com o outro (M. Merleau-Ponty, 1996), o que sobre certos aspectos assume dimensões singulares no espaço família.

Nesta perspectiva, poder-se-á dizer que o corpo, sendo da ordem do biológico e do social, muito precocemente está implicado na realização e expressão das emoções. Pense-se tão só nas expressões dos pais ou familiares mais próximos aquando do nascimento duma criança, quando podem contemplar o seu corpo pela primeira vez. Doravante, independentemente da natureza dos cuidados, a criança reage emocionalmente à prestação dos mesmos. Uma criança bem cuidada, bem alimentada e acarinhada, respira um clima de segurança e de ternura que lhe oferece confiança e suscita manifestações de alegria e de bem-estar, que decerto irão repercutir-se no seu crescimento, na expressão dos seus afectos na sua saúde ao longo da vida.

Aliás, sentimentos e emoções tendem a traduzir uma maneira de ser, que começa por ser incorporada na família e no contexto social envolvente e explicam tendências subjectivas que fundamentam a relação com o outro, seja qual for a situação em que se encontre. Dão sentido às relações que se estabelecem entre os actores sociais, sobretudo no seio da família, onde os corpos vivem com mais proximidade, são objecto de mais enlevo e de preocupação uns com os outros; suscitam também mais interesse de cada um por todos os membros do grupo unidos por laços muito peculiares de aliança, sangue, razão, sentimentos, cumplicidade, responsabilidade..., que não se encontram ou se vivem de modo semelhante em qualquer outra instituição social. Até porque a proximidade, concebida como experiência subjectiva num espaço partilhado, cria o encontro obrigatório e fortuito, faz com que a grande maioria dos actos uns dos outros se dêem a ver e a apreender, reclama atenções, cria solidariedades ímpares, dado que normalmente todos têm acesso aos mesmos bens, partilham o mesmo espaço, a mesma mesa das refeições, muitas experiências comuns, ainda que cada um seja único e, como tal, também queira ser respeitado nesta dinâmica de proximidade/distância, individual/grupal.

A proximidade reenvia para aspectos particulares nos quais se tecem interacções específicas determinadas pelas rotinas e rituais quotidianos de reciprocidade. No quadro familiar, a distância que separa os protagonistas, também é um elemento central para a estruturação das suas interacções e a definição das suas relações e dos seus espaços no seio de um microcosmo colectivo. Esta distância, para além dos muros físicos (para além do quarto do casal, a individualização do quarto, quiçá com casa de banho privativa é hoje de regra), também é marcada pelo corpo, apreendido como um espaço limitado do eu e do outro. Neste sentido, E. Goffman (1973), fala de “território pessoal”, como espaço próprio do indivíduo, que atribui sentido às interacções com os outros, no caso em análise no seio de um grupo que se quer operante e caloroso. O encontro num espaço privado e grupal como o espaço doméstico dá azo a uma sensibilidade particular entre os vários protagonistas que o habitam e aí constituem um quadro de vida, onde sentimentos e emoções contribuem para dar azo a uma experiência humana com uma linguagem única e partilhada, susceptível de produzir efeitos benéficos para a promoção do bem-estar e da saúde de todos os familiares.

É inegável que toda a forma de relação comporta uma importante componente afectiva, tendendo esta a ser ainda mais intensa no seio da família quer para o bem quer para o menos bom. Ademais, a acção emocional releva de um trabalho contínuo, na medida em que exige tempo de aprendizagem e realização para constituir uma dimensão específica na relação com o outro. As emoções fomentam uma composição de si e da identidade pessoal, um modo de mediação que permite estabelecer e provar a sua humanidade, para além

das actividades necessárias pelas exigências da sobrevivência (I. Lynch, 1989). Nesta perspectiva, os laços simbólicos enraizados na experiência corporal e familiar, são uma forma de solidariedade, que também não exclui a violência e o conflito.

Frise-se, por outro lado, queo trabalho emocional e ainda mais o trabalho emocional de saúde traz cansaço e faz apelo ao repouso e a um controlo quanto à oportunidade para manifestar afectos, proporcionando, assim, a emergência e a gestão das suas próprias emoções, bem como a gestão das emoções dos outros. Dizer ou fazer, não dizer ou não fazer, suscita do outro reacções diferentes, emocionalmente falando, como o acentua E. Goffman ao falar da tónica do “salvar a face” sob o ponto de vista das interações.

Na situação que aqui nos ocupa, não se pode substituir e muito menos ajudar as pessoas na sua confrontação com problemas de saúde, podendo fazer despoletar emoções fortes, sem que se auto – reaja sobre o mesmo registo emocional, sem contudo vivê-las ou manifestá-las de forma idêntica, como acontece frequentemente na família. Uma das estratégias deste complexo trabalho consiste em escolher a expressão das suas próprias emoções ou, ao contrário, a sua dissimulação, quiçá repressão ou ocultação consoante a natureza das situações. Aliás, convém ter presente que o contexto relacional do trabalho emocional não é exclusivo ou apanágio de uma única pessoa e muito menos quando se é membro de um grupo como a família, onde as pessoas tendem a desvelar-se e a revelar-se tais quais são sem outros subterfúgios. Os diferentes membros da família, cada um a seu modo, participam nesta e desta realização. Com certeza que as formas, a intensidade da expressão da relação emocional são diferente entre os membros do casal entre os pais e os filhos ou entre os saudáveis e os doentes.

Tendo presente a persistente divisão sexual do trabalho no espaço doméstico, ainda que seja hoje mais atenuada, constata-se que são as mulheres que continuam a realizar um trabalho emocional que assegura cuidados, suporte e estabilidade das relações familiares, permitindo viver de forma segura e confiante. M. Drulhe (2000), refere que os laços entre confiança e certas variáveis psicossociais têm um valor terapêutico importante para a saúde e, inversamente, logo que há uma perda de confiança na confiança. Na relação com o outro, cada um espera que haja humanidade, isto é, conta encontrar na permuta e na confiança a estima e a consideração necessárias para continuar o rumo da sua existência e o sentido da sua vida, o que não é menos importante numa relação terapêutica. Numa interacção de confiança, a objectividade não é o único critério a ter em conta nas relações, mas também o sentido das relações de que depende o grau de empenhamento, implicação, expressão pessoal dual e grupal, como acontece numa relação terapêutica e ainda mais aquela que implica toda a família.

Ainda que aqui e ali possam haver hesitações e tensões, as relações de confiança nos actos terapêuticos e nos cuidados de saúde em geral, incluindo competências técnicas associadas aos diagnósticos e às prescrições, a transmissão de informações que até podem ser duais, as singularidades relacionais, a dimensão ética, as questões económicas e financeiras, as aspirações visando melhorar a qualidade de saúde... invocam todo um arsenal de domínios que concorrem para reforçar a confiança recíproca, quer seja de carácter interpretativo, quer de entrega ou as duas simultaneamente. Pode-se mesmo adiantar que as profissões mais próximas de tarefas efectuadas ao nível da família, como é o caso dos cuidados de saúde e da educação, fazem apelo a competências e saberes-fazer em matéria emocional, adquiridos durante a socialização familiar (*idem*).

A componente emocional da “arte doméstica” de saúde é cada vez mais solicitada ao nível profissional e muito valorizada pelos doentes que não se cansam de realçar as qualidades humanas dos médicos e outros profissionais que os acompanham. Aliás, uma das razões apontadas para a hospitalização no domicílio, para lá da evocação dos possíveis contágios no contexto hospitalar, prende-se exactamente com esta dimensão da família considerada ímpar, o que implica tarefas “maternas” ou “maternantes”, tacto, generosidade, gentileza, simpatia, empatia, compreensão, reconhecimento, dom de si, altruísmo, suporte. Dito de outra maneira, a relação instaurada no seio da família entre os seus membros e ainda mais quando as condições de fragilidade da saúde o impelem, não implica só uma mobilização cognitiva. Faz, conjuntamente apelo a um saber-fazer incorporado e, simultaneamente, a uma intensa interacção emocional que a família é considerada poder conceder, embora mais recentemente também venha a ser muito enaltecida pelos profissionais de saúde no quadro do acompanhamento dos doentes ou dos seus utentes.

De facto, as famílias não dão apenas apoio, suporte e conforto material. Recorrem também ao emocional como gérmen permitindo ultrapassar certos obstáculos: os pais sabem suscitar sentimentos de frustração para sancionar os filhos, incitar a questionar certos comportamentos ou, inversamente, apoiar, elogiar, enaltecer; os doentes ou dependentes são capazes de se servir da sua situação de fragilidade para atrair mais a atenção de outrem; os idosos em fazes de dependência poderão sentir necessidade e exigir mais atenção, cuidados e carinho dos outros familiares. Refira-se que o trabalho emocional, seja qual for a esfera do seu exercício associa uma função “materna” (the nurturance) muito importante. A teoria parsoniana do “papel expressivo” das mulheres no espaço familiar, testemunha esta posição historicamente definida e datada, ainda que mais recentemente os homens, designadamente os mais novos e mais escolarizados, como os nossos dados empíricos o revelam, também se tenham vindo a socializar nestas artes domésticas. Todavia, a realidade vem indicando que ainda há muito caminho a percorrer neste sentido.

Pode, pois dizer-se, que o trabalho emocional e a sua expressão sendo também fruto de construção social e, por conseguinte, de um intenso processo de socialização, tem as suas peculiaridades no quadro familiar. Não menos importante é o facto de predispor para a construção de boas relações entre os seus membros, o que é em si um sinal e factor de boa saúde e que também contribui para a elevação moral dos doentes ou dos fragilizados, sendo os saberes-fazer domésticos os mais emblemáticos neste domínio. Predispõe também para a prevenção e a normalização da vida familiar e social. No universo doméstico, as normas e as formas de trabalho emocional, que se querem apropriadas por outrem, fazem parte da transmissão de uma cultura familiar e/ou de um projecto educativo, podendo ser objecto de debate e negociação entre os membros do casal, entre pais e filhos e do grupo familiar em conjunto. De qualquer modo, designadamente a fragilidade identitária das pessoas implicadas neste fenómeno familiar torna necessária a construção de um espaço de intimidade, de à vontade relativamente aos cuidados de saúde, exigindo abnegação e confiança recíproca.

Tal não significa que apesar destes atributos, o emocional se revele de modo espontâneo e seja assegurado de uma vez por todas. Muito pelo contrário. Seja qual for a sua dimensão e as suas orientações inscreve-se em temporalidades que se vão construindo, solidificando e até modificando. Decerto que as vivências emocionais no seio do casal não serão idênticas antes do nascimento do primeiro filho quando estão ainda numa situação de “namorados” e depois ou quando nascem outros filhos agora já numa família com irmãos. Trata-se de dinâmicas diferenciadas, quer sob o ponto de vista material (as técnicas do corpo e as práticas correlativas) quer simbólico (a cultura somática) com as suas normas, compromissos e relações com tudo o que a vida individual, familiar e social envolve.

Mas a temporalidade, mais concretamente a duração não está apenas associada à relação desde o princípio ao fim. De maneira geral a actividade emocional neste espaço concreto não emerge de forma espontânea, dado que a sua construção requer tempo. A este respeito C. Montandon (1996), fala de “montagem de um cenário emocional”. Trata-se de um trabalho que cada vez que se realiza mobiliza vontade, energia, experiência, sentimentos e racionalidades. E se falamos de trabalho é exactamente porque se trata de actividades que requerem tempo de realização e dedicação para se constituírem numa dimensão singular de relação com o outro, como se revela nos tempos de brincadeira e troca de mimos entre pais e filhos ou de conversa com um doente. Evoque-se, ainda, a maneira como os filhos ao fim de um dia de afastamento uns dos outros requerem a presença dos pais junto de si em actividades que até se poderiam considerar dispensáveis ou substituíveis por outrem. Mas não. É a sua presença, companhia, empenhamento, expressão e ternura que são solicitados pelos mesmos. Repare-se tão só no desvelo e na dedicação do trabalho domés-

tico ou outros serviços das mães, e cada vez mais também dos pais, em favor dos filhos mesmo quando essas tarefas lhes exigem esforço, desgaste, menos horas de sono e menos descanso ou outras privações. Outro tanto se diga de um doente acamado ainda que temporariamente. Por vezes, até parece que não concede qualquer capacidade de vida própria ou de escape à/ao cuidador/a. De facto, os laços simbólicos enraizados numa presença e experiência corporal, numa habitual proximidade, fundadora de auto-composição e de identidade constituem um modo de mediação que permite estabelecer e experienciar uma forma de humanidade para além das actividades necessárias à sobrevivência.

Outros cenários de acções no âmbito das relações familiares relevam do conhecimento (transmitir informações, apoiar e confortar o outro quando está confrontado com uma dificuldade, oferecer confiança e partilha...), do acesso a recursos materiais, de participação na produção de um bem ou de um serviço, da legitimação de comportamentos e assim por diante. As actividades que são consideradas como expressão desta ou daquela emoção são constitutivas de laço social observável e o seu modo de designação necessita de uma interpretação que tenha em conta as diferentes componentes do contexto em que se estruturam, desenrolam e as suas temporalidades.

Importa frisar, no entanto, que o trabalho emocional constitui uma verdadeira economia da função emocional. Até porque releva de um processo de elaboração visando manter à distância o tempo de manifestação das emoções, fundamentando-se na distinção entre o que se sente e a acção que este ressentir suscita. Trata-se de agir após um tempo de consciencialização e não impulsivamente no imediato, para evitar enveredar por comportamentos menos convenientes. Por vezes é preciso guardar “sangue frio” para poder agir com clareza e não com uma sentimentalidade isenta de qualquer tipo de racionalidade. Não queremos com isto dizer que esta elaboração anule a componente corporal e sensual das emoções. Só que a expressão das mesmas nem sempre é oportuna nos mesmos momentos e circunstâncias. Pense-se apenas no caso de ter de fazer de conta perante uma pessoa doente que desconhece a possível gravidade da sua situação, porque emocionalmente parece não reunir as condições para o efeito e pode ser mais nefasto que benéfico.

Por outro lado, o trabalho emocional pode provocar desgaste e cansaço e, ao invés, exigir compasso de espera até para avaliar a oportunidade de manifestar um afecto ou de o reter. Pense-se, por exemplo, no desgaste emocional que pode advir duma situação de cuidados durante meses e anos prestados permanentemente pela mesma pessoa a um familiar doente. Não é difícil admitir que estes cuidadores tenham necessidade de fazer a gestão das suas próprias emoções para poderem reagir emocionalmente com outrem sem que ninguém seja alienado em situações desta natureza como nos revelam alguns extractos de entrevista dos nossos interlocutores.

“Quando se passam meses e anos a fio a ter de cuidar de uma pessoa dependente como acontece com a minha mãe não é fácil aguentar tudo isto sem sentir cansaço. Procuo não o mostrar, mas não sei se o consigo sempre. Desde há meses que não sei o que é ter um fim-de-semana livre para fazer o que gostaria, de sair para poder tomar ar e mudar de ideias... Mas sinto-me tranquila quando penso que é uma necessidade e que ela se sente bem e até me agradece. Conversamos sobre muita coisa...” (Mulher, casada, 61 anos).

Em situações desta natureza ou semelhantes, até em virtude do aumento da duração da vida com dependências, não é raro que no seio do espaço doméstico alguns cuidadores também adoeçam em virtude do desgasta material e emocional em prole de outrem, normalmente os pais envelhecidos e/ou dependentes. Trata-se de uma situação familiar e social que nem sempre é devidamente tida em conta, quer pelas instâncias políticas quer pelas próprias opiniões públicas. Até porque não custa dinheiro ao erário público, pois salvo raras excepções, não é objecto de salário.

Dir-se-á que para obviar a situações desta índole existem os “Cuidados continuados”. Mas será que funcionam de modo a responder cabalmente a situações desta natureza? A questão é deveras complexa. Quando se trata da prestação de cuidados prolongados por meses e anos a situação é hoje muito diferente da de um passado recente. E não se evoque apenas o ingresso das mulheres no mercado de emprego. Se nos apraz evocar igualmente o aumento dos anos ganhos à morte com melhor saúde, também não se podem ignorar possíveis dependências a exigirem mais cuidados prolongados, tendendo agora a concentrar-se muito mais nas mesmas pessoas, enquanto nesse passado, como a prole era mais alargada, podiam repartir-se esses cuidados entre mais filhas e mais noras. Neste contexto não será de estranhar que aumentem as sobrecargas materiais, mentais e emocionais.

Seja como for, em qualquer situação de doença ou de mal-estar a carga emocional vivida na família tem para os seus membros significados ímpares, como nos revelam alguns extractos de entrevista dos nossos interlocutores.

“A família é muito importante. Todos nós precisamos uns dos outros. Eu não sou muito forte. Tenho um sistema nervoso muito fraco. Tanto que até tomo medicação para isso. Sou muito sensível e qualquer coisa me enerva...Até não tenho muita razão para isso, pois o meu marido e os meus filhos falam muito comigo e apoiam-me muito. Mas às vezes também me sinto cansada. Olhe é assim...”(M. casada, 44 anos)

“A família é tudo. Nunca tivemos problemas de maior. E os que temos tido têm sido resolvidos pelo melhor. Os meus pais também me dão muito apoio e como eu tenho duas crianças e uma delas ainda é pequenita ainda sinto mais essa necessi-

dade... Eu e o meu marido trabalhamos fora, a minha mãe faz as refeições e nós almoçamos em casa dela. É uma ajuda muito grande e que me deixa mais descansada. Quando eles precisam nós também os apoiamos... Isto é muito bom para nos sentirmos bem.” (M. casada, 36 anos).

“É mais a mãe que se ocupa dos filhos quando estão doentes ou precisam assim de alguma coisa mais apapricada. Quando isso acontece eles até querem mais o colo da mãe. Mas eu também me preocupo bastante e procuro dar todo o apoio que me é possível. Assim ela pode ser mais aliviada. Não há dinheiro que pague esta dedicação” (Homem, casado 46 anos).

“Não há nada que chegue ao apoio, ao carinho, à ternura, à esperança, à fé e à crença, aos esforços de todos na família para estar ao lado de quem precisa” (Homem, casado 68 anos).

“Na família apoiamo-nos muito. Isso dá-nos força e tranquilidade. O que nos vale é sentirmos esta confiança. Mas sou eu que asseguro a maioria dos cuidados quando alguém precisa. O meu marido às vezes também ajuda. Mas não é a mesma coisa” (Mulher, casada, 54 anos).

“Eu também ajudo, mas nada que se compare com o que faz a minha mulher. Às vezes até vejo que está cansada, pois também ajuda os filhos e os netos. Mas não reclama. Devo muito à minha família” (Homem, casado 64 anos).

“Quando estive internado com doença grave fui muito bem tratado. Não tenho razão de queixa de ninguém. Os médicos eram atentos e houve duas enfermeiras que foram extraordinárias. Cuidavam de mim, falavam comigo e acompanhavam-me. Mas sempre quis vir para casa. Aqui tudo é diferente. Não há nada que chegue ao carinho e aos cuidados da minha mulher, dos meus filhos e dos meus netos” (Homem, casado, 71 anos).

Em termos gerais, expressa-se aqui um ponto comum: todos os interlocutores, independentemente da idade e do género, valorizam de sobremaneira a qualidade das relações, o carinho, o desvelo e os cuidados prestados e recebidos no seio da cadeia familiar para lá do desgaste ou das dificuldades que daqui possam advir. Estes aspectos relacionais, interactivos e emocionais traduzem-se pela disponibilidade e capacidade para prestar cuidados, ajudar, ouvir, consolar, apoiar, estar disponível, ser meigo e reconhecido. Denotam-se igualmente formas singulares de apoio entre mulheres, designadamente mães-filhas e entre famílias, englobando por vezes três gerações, ou seja, forjam-se e manifestam-se entre pessoas que se reconhecem e comunicam entre si. Se no

âmbito do profissional, na esteira de Maxde M. Weber (1971), podemos assim dizer que a “ação afetiva” advém um meio mas não uma finalidade, ao nível da família entra, geralmente, no âmbito das suas características, do dom, da reciprocidade, da invisibilidade e da gratuidade recíproca.

Bibliografia

- ANDRADE, F. (2009), *O cuidado informal à pessoa idosa dependente em contexto domiciliário: necessidades educativas do cuidador principal*, Dissertação de mestrado, Universidade do Minho.
- BACHELAR, G. (1984 [1957]), *La poétique de l'espace*, Paris, PUF.
- BASZINGER, I. (1995), *Douleur et médecine, la fin d'un oubli*, Paris, Seuil.
- BALANDIER, G. (1986 [1971]), *Sens et puissance*, Paris, PUF.
- BECK, U. e BECK- GERNSEIM, E. (1990), *Das ganz normale Chaos der Liebe*, Frankfurt/M. Suhrkamp.
- BERGER, P. e LUCKMANN, T. (1999 [1966]), *A construção social da realidade*, Lisboa, Difelivro.
- BOURDIEU, P. (1997), *Méditations pascaliennes*, Paris, Seuil.
- BRONCKART, J-P. (2003), *Actividade da linguagem. Por um interaccionismo sócio-discursivo*, S. Paulo, EDUC.
- BURKITT, I. (1997), Social relationships and emotions, *Sociology*, Vol. 31, nº1, February, pp. 37-55.
- CASTEL, R. (1991), L'Etat providence et la famille, in F. De Singly e F. Schultheis(dir.), *Affaires de famille, affaires d'Etat*, pp. 30-31.
- GRESSON, G. (1985), *Le travail domestique de santé*, Paris, L'Harmattan.
- DAMÁSIO, A. (2010), *O livro da consciência. A construção do cérebro consciente*, Lisboa, Círculo dos Leitores.
- DAMÁSIO, A. (2008), *O sentimento de si. O corpo, a emoção e a neurobiologia da consciência*, Mem Martins, Publicações Europa América.
- DE JONCKHEERE, C. (2001a), *Agir envers autrui*, Paris, Lonay, Delachaux et Niestlé.
- DRULHE, M. (2014), Dinâmica social das emoções e meandros da saúde, in Mª E. Leandro e R. Monteiro (orgs), *Manual de Sociologia da saúde. Olhares Plurais*, Viseu, Psicosoma, pp. 45-55.
- DRULHE, M. (2000), Le travail émotionnel dans la relation soignante professionnelle, in G. Cresson e F. Schweyer (dir.), *Professions et institutions de santé face à l'organisation du travail. Aspects sociologiques*, Rennes, ENSP, pp. 15-29.
- DRULHE, M. (1996), *Santé et société. Le façonnement sociétal de la santé*, Paris, PUF.
- DURKHEIM, E. (1995 [1922]), *Education et sociologie*, Paris, PUF (Coll. «Quadrige »).
- DURKHEIM,E.(1985 [1912]), *Les formes élémentaires de la vie religieuse*, Paris, PUF.
- DURKHEIM, E.(1977 [1895]), *Les Règles de la méthode sociologique*, Paris, PUF.
- ELIAS, N. (1990 [1987]), *La société des individus*, Paris, Fayard.
- ELIAS, N. (1975 [1969]), *La dynamique de l'occident*, Paris, Pocket.
- ELIAS, N. (1973 [1938-1969]), *La civilisation des mœurs*, Paris, Calmann-Lévy.
- ESPINOSA, B. (1954 [1677]), L'Éthique, in *Œuvres complètes*, Paris, Gallimard.
- FAVROT, G. (1988), *L'Activité de soins dans le système d'activité familial*, Paris, Rapport MIRE.
- FOUCAULT, M. (1966), *Les mots et les choses*, Paris, Gallimard.

- FOUCAULT, M. (1975), *Surveiller et punir*, Paris, Gallimard.
- GOODY, Jack (1983), *Developpement of the family and marriage in Europe*, Cambridge, University of Cambridge.
- GOFFMAN, E. (1967), *Interaction Ritual : Essays on Face to Face Behavior*, New York, Doubleday Anchor.
- GOFFMAN, E. (1956), *The Presentation of Self in Everyday Life*, Edinburgh, University of Edinburgh, Social Sciences Research Centre.
- GOMES, M^a J. (2012), *Vidas após um acidente vascular cerebral: efeitos individuais, familiares e sociais*, Tese de doutoramento, Universidade do Minho.
- HALBWACHS, M. (1947), L'expression des émotions et la société, in M. Halbwachs, *Échanges sociologiques*, Paris, Alcan, pp. 5-12.
- EHREMBERG, A. (1998), *La fatigue d'être soi. Dépression et société*, Paris, Odile Jacob.
- HOCHSCHIL, A. R. (1979), Emotion work, feeling rules, and social structure, *American Journal of Sociology*, 85, pp. 551-575.
- JAMES V., GABE, J. (eds) (1996), *Health and the sociology of emotions*, Oxford (UK) and Cambridge (USA), Blackwell Publishers, Sociology of Health and Illness Monograph Series.
- JAMES, William (1903), *La théorie de l'émotion*, Paris, Alcan.
- KOOPEMAN, C. et al. (1984), Ethnicity in the reported pain, emotion, distress and requests of medical outpatients, *Social Science and Medicine*, Vol. 18, n^o 6.
- LA BIBLE, Traduction œcuménique (1989), Paris, CERF.
- LATOUR, B. (2001), *Le métier de chercheur : regard d'un anthropologue*, Paris, Aubier.
- LEANDRO, M^a E. (2014), Saberes e saúde : teorias e usos sociais, in M^a E. Leandro, B. R. Monteiro (orgs), *Saúde no prisma da sociologia. Olhares plurais*, Viseu, Psicosoma, pp. 55-94.
- LEANDRO, M^a E., LEANDRO, A. S., CERQUEIRA, A. e MONTEIRO, B. (2013), Desafios da intimidade familiar. Violências que permanecem, violências que se modificam, *Revista da Misericórdia de Braga*, n^o 9, pp. 13-54.
- LEANDRO, M^a E e FERREIRA, L. (2011), Os laços sociais em questão. Metamorfoses sociais, metamorfoses de uma noção, in M^a E. Leandro (org.), *Laços familiares e sociais*, Viseu, Psicosoma, pp. 27-57.
- LEANDRO, M^a E. (2008), A família em questão. A família da revolução, a revolução da família, in A. Torres e L. Baptista, *Sociedades contemporâneas. Reflexividade e ação*, Porto, Afrontamento, pp. 133-151.
- LEANDRO, M^a E. (1995a), *Au-delà des apparences, Les Portugais dans l'agglomération parisienne*, Paris, L'Harmattan (Coll. « Migrations et Changements »).
- LEANDRO, M^a E. (1995b), *Familles portugaises. Projets et destins*, Paris, L'Harmattan (Coll. « Migrations et Changements »).
- LE BRETON, D. (2002), *L'interactionnisme symbolique*, Paris, PUF.
- LE BRETON, D. (2001), *Les passions ordinaires. Anthropologie des émotions*, Paris, Colin/Masson.
- LE BRETON, D. (1990), *Anthropologie du corps et modernité*, Paris, PUF.
- LYNCH, K. (1989), Solidarity Labour : its Nature and Marginalisation, *The Sociological Review*, Vol. 37, n^o 1, pp. 72-83.
- MACHADO, H. (2003), *Ciência & humanismo*, Coimbra, Almedina.
- MARTIN J. e ROBERTS C. (1984), *Women and Employment: a Lifetime Perspective*, London, HMSO.
- MAUSS, M. (1968), *Essais de sociologie*, Paris, Ed. de Minuit.

- MAUSS, M. (1921), « L'expression obligatoire des sentiments », *Journal de Psychologie*, 18, pp.81-88.
- MEIDANI, A. e DRULHE, M. (2011), L'expérience corporelle en société : gérer ses émotions et entretenir sa forme, in M. Drulhe e F. Sicot (dir.), *La santé à cœur ouvert. Sociologie du bien-être, de la maladie et du soin*, Toulouse, Presses Universitaires du Mirail, pp.19-42.
- MERLEAU-PONTY, M. (1996 [1945]), *Phénoménologie de la perception*, Paris, Gallimard.
- MONTANDON, C. (1996), Processus de socialisation et vécu émotionnel des enfants, *Revue Française de Sociologie*, Vol. 42, n° 3, pp. 393-413.
- MORIN, E. (1962), *L'esprit du temps*, Paris, Grasset.
- PARSONS, T. e BALES, R. (1968 [1955]), *Family, Socialization and Interactions Process*, London, Routledge & Kegan Paul.
- PESSOA, F. (1987), *Poesias de Fernando Pessoa*, Lisboa, Ed. Ática.
- POLLAK, M., PAICHELER G., PIERRET, J. (1992), AIDS, a Problem for Sociological Research, *Current Sociology*, 40, p. 3
- PRATT, L. (1976), *Family Structure and Effectif Health Behaviour*, Boston, Houghton Muffin.
- ROSS, C. E.(1990), The Impact of the Family on Health: The Decade Review, *Journal of Marriage and the Family*, 52, pp. 1059-1078.
- SAILLANT, F. (1999), Femmes, soins domestiques et espace thérapeutique, *Anthropologie et Sociétés*, vol. 23, n° 2, pp. 15-39.
- SAINT-ÉXUPÉRY, A. (1978 [1943]), *Le Petit Prince*, Paris, Gallimard.
- SARTRE, J-P. (1986 [1960]), *Questions de méthode*, Paris, Gallimard.
- SCHILLING, C. (1997), Emotions, embodiment and the sensation of society, *The Sociology Review*, vol. 45, n° 2, pp. 45– 56.
- SIMMEL, G. (1991[1908]), Essais sur la sociologie des sens, *Sociologie et épistémologie*, Paris, PUF.
- SIMMEL, G. (1988), *Philosophie de l'amour*, Paris, Rivages.
- SINGLY, F. (2003), *Les uns avec les autres. Quand l'individualisme crée du lien*, Paris, Armand Colin.
- THOMAS, L-V. (1992), Au-delà des apparences, *Galaxie antropologique. Transversalités*, n° 1, pp. 5-20.
- TREWEEK G. L. (1996), Emotion work, order, and emotional power in care assistant work, in V. James, J. Gabe (eds), *Health and the sociology of emotions*, Oxford (UK) Cambridge (USA), Blackwell Publishers, Sociology of Health and Illness Monograph Series.
- WEBER, Max (1971 [1922]), *Economie et sociologie*, Paris, Plon.
- ZBOROWSKI, M. (1969), *People in Pain*, San Francisco, Jossey Bass.
- ZOLA, I. K. (1966), Culture and Symptoms. An Analisis of Patients' Presenting Complaints, *American Sociological Review*, n° 31.

OLHARES DE ACTORES : DA EVOLUÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE EM PORTUGAL ÀS (DES)IGUALDADES SOCIAIS

Fernanda Nogueira | Investigadora do CAPP, Professora do Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas da Universidade de Lisboa.

Maria Engrácia Leandro | Investigadora do CIES-ISCTE / Instituto Universitário de Lisboa.

Introdução

O estudo da determinação social da saúde parte de um entendimento diferenciado e muito mais lato da mesma, não se restringido apenas ao aspecto biológico que, embora tenha irrefutável importância, se mostra insuficiente para abarcar a saúde global dos indivíduos. Partindo deste pressuposto, o entendimento sobre o que é a saúde do indivíduo deve superar a ideia de simples ausência de doença. A concepção aqui adoptada é, portanto, a de saúde no seu sentido mais lato e adoptada pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 1986) que a define como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social”. Se no passado a saúde era a perfeição morfológica e a harmonia funcional dos órgãos e aparelhos, ou seja do bom desempenho das funções vitais do vigor físico e do equilíbrio mental, mas tudo isto centrado apenas no indivíduo, ao nível da pessoa humana, hoje, a saúde passou a ser analisada numa dimensão muito mais vasta; saiu do indivíduo para passar a ser vista nas relações do indivíduo com o trabalho e deste com a comunidade. No que diz respeito ao indivíduo em si, quanto ao seu bem-estar físico, assumimos hoje que não há saúde de órgãos porque a saúde é total, é o todo. Assim como não existem doenças estritamente locais, também não existe uma “saúde local”. No entanto, para que se dê o perfeito equilíbrio neuro-psíquico, que o indivíduo esteja adaptado às condições de vida, dentro do ambiente em que vive, é necessário simultaneamente que exista entendimento, equilíbrio, tolerância, compreensão dos indivíduos entre si, pois a “Mente e o Corpo São” apenas permanecerão sadios, por muito tempo, em ambiente calmos, tranquilos, harmoniosos e adequados. Esta necessidade da higiene física e mental é universal e, como tal, para todos.

Já no domínio económico, a Vida e as suas exigências sociais requerem uma correcta adaptação ao nível das “relações humanas” em geral não esquecendo as relações estabelecidas no núcleo familiar, no trabalho e na comunidade. A Saúde representa, por tudo isto, um bem-estar social. A “saúde social” (bem-estar social) é a que responde ao ajustamento ou às exigências do meio onde se vive e depende fundamentalmente das condições socioeconómicas do

grupo a que se pertence, da distribuição da riqueza, da oportunidade que se ofereça ao indivíduo para que este seja parte integrante de uma comunidade. Desta forma, a “saúde social” apresenta-se, hoje, mais coletiva do que individual. Em suma, onde ainda há miséria, fome e ignorância; onde é grande a competição da luta pela vida; onde não há compreensão entre os homens; onde os constrangimentos económicos não oferecem oportunidades iguais para todos; onde a actuação política sufoca os direitos essenciais da pessoa humana e, onde a liberdade do homem é permanentemente suprimida para que o domínio de alguns se exerça sobre a comunidade, então, é certo que as políticas de “bem-estar social” não estão a ser respeitadas e, consequentemente, estaremos a contribuir para a “falta de saúde”, física e mental, das nossas comunidades.

Esta nova conceitualização da saúde depende e resulta, assim, num conjunto de factores que se combinam e se devem manter mais ou menos estáveis, tais como: o trabalho, o rendimento, a habitação, o acesso a vários serviços, a alimentação, os hábitos alimentares e de lazer, etc. Estudar a interferência destes factores ou dimensões da vida na saúde das famílias inquiridas é o objectivo deste trabalho. Partimos, para o efeito, das várias dimensões da vida para identificarmos as várias desigualdades sociais a que são sujeitos, a seu ver, um conjunto de 1.067 famílias de quatro concelhos portugueses (Braga, Caldas da Rainha, Évora e Vila Real) e que se vão transformando igualmente em desigualdades face à gestão da própria saúde. São as várias posturas, as diversas oportunidades os diversos hábitos a que estas famílias estão sujeitas, no seu dia-a-dia, e nas várias dimensões da vida (condições habitacionais, condições laborais, acesso e utilização dos serviços de saúde, comportamentos de socialização e lazer, comportamentos de prevenção e educação para a saúde, hábitos alimentares e as condições sociais e económicas) que vão contribuindo para moldar os diversos perfis de saúde, permitindo o surgimento de desigualdades sociais perante a saúde que põem em jogo todas as dimensões de poder na implementação das diversas políticas públicas. Na óptica de Fassin (1996), a incorporação das desigualdades, o poder de se curar e o governo da vida constituem as três dimensões do espaço político da saúde.

Minimizar as desigualdades, perante a impossibilidade de as eliminar, oferecer a oportunidade de cura e a de administrar condignamente as várias dimensões da vida, devem ser os objectivos centrais de todas as políticas públicas. Procurar incessantemente resultados positivos por parte dessas políticas é uma obrigação social. Reduzir assimetrias sociais é um dos requisitos para que uma política pública possa ser considerada como social, já que nem toda a acção governamental tem essa virtude apenas porque está ancorada em sectores sociais como sejam a saúde, a educação, a segurança social, a habitação, entre outros.

Sobre a evolução das políticas públicas de saúde em Portugal na sua vertente equidade

Em Portugal, as melhorias substanciais nos resultados em saúde podem ser atribuídas à interação das condições de saúde e sociais induzidas pela evolução sanitária e pelo crescimento no acesso e qualidade dos cuidados de saúde (Saltman, Bankauskaite, & Vrangbaek, 2007). Até ao ano de 1968, o regime ditatorial restringia os direitos civis em que o papel do estado ao nível da saúde era considerado suplementar. A responsabilidade na assistência na doença e apoio social foi iniciada lentamente a partir de 1935, culminando com a criação da Segurança Social após a revolução de 1974. A Constituição da República Portuguesa de 1976 (artigo 64º) afirmou que “todos têm direito à proteção da saúde e o dever de a defender e promover”, o que demonstra uma nova preocupação para que todos os cidadãos tenham o mesmo direito à proteção e promoção da sua própria saúde, o que requeria a criação de um Serviço Nacional de Saúde (SNS) universal, geral e gratuito, para além da melhoria das condições económicas, sociais, culturais e laborais. Noutros artigos da Constituição, existem referências sobre o acesso equitativo a bens produtores ou promotores de saúde, como o alojamento em condições adequadas, o saneamento básico, as condições de segurança no trabalho e a educação. É certo que determinadas condições socioeconómicas poderão atribuir um maior acesso aos bens promotores de saúde, no entanto deverão ser garantidos níveis mínimos de acesso para todos. Se considerarmos que o objetivo constitucional é o igual acesso, então o que verdadeiramente distingue esta de outras metas é o facto de dizer respeito aos bens que promovem a saúde e não simplesmente aos cuidados de saúde (Pereira, 1991).

A Lei do Serviço Nacional de Saúde de 1979, ainda hoje em vigor, era segundo os seus proponentes, uma aplicação dos princípios consignados na Constituição, em “que o Estado assegura o direito à proteção da saúde, nos termos da Constituição promulgada em 2 de Abril de 1976, que tem como objetivo a prestação de cuidados globais de saúde a toda a população gratuitamente” (Lei n.º 56/79). Foi argumentado que o Estado deveria assegurar o desenvolvimento da igualdade na política de saúde nacional, todavia, a Lei pouco se refere à saúde e concentra-se nos serviços de saúde. Os objectivos de equidade do SNS estão consagrados nas suas próprias características: universal (destinado a todos os cidadãos, sem discriminação), geral (prevenção, tratamento e reabilitação) e gratuito (financiado pelo Estado e não implica pagamento direto dos utentes) (Pereira, 1991). O artigo 4º explicita que “o acesso ao SNS é garantido a todos os cidadãos, independentemente da sua condição económica e social” (Lei n.º 56/79). A interpretação correta desta afirmação deve ser feita em termos de igualdade de acesso aos cidadãos do SNS para iguais necessidades (Pereira, 1993).

Em 1990 um novo quadro legal do serviço nacional de saúde foi aprovado, através da Lei de Bases da Saúde em que se define que “é objectivo fundamental obter igualdade dos cidadãos no acesso aos cuidados de saúde, seja qual for a sua condição económica e onde quer que vivam, bem como garantir a equidade na distribuição de recursos e na utilização de serviços” (Lei 48/90). Como se verifica, os objectivos de equidade aqui abordados são ao nível do acesso e da utilização. Os objectivos de equidade em saúde têm assim sido gradualmente introduzidos nos documentos legais. No Despacho 25360/2001, é facultado aos cidadãos estrangeiros que residam legalmente em Portugal, igualdade no tratamento (como o dado aos beneficiários do SNS), aos cuidados de saúde e assistência medicamentosa prestados pelas instituições e serviços que constituem o SNS.

Em 2004 foi aprovado o Plano Nacional de Saúde (PNS) 2004-2010, que representa uma nova forma estratégica de contemplar a saúde (DGS, 2004). Neste documento, a equidade é considerada como um valor realmente orientador da ação no sector da saúde, essencial para garantir uma maior aproximação entre o cidadão, o poder político e uma cidadania mais centrada numa participação activa na vida pública em geral e nas coisas da saúde em particular, para que se aumentem as opções de escolha do cidadão, se multipliquem os mecanismos de participação do indivíduo no sector da saúde e se apoiem as organizações da sociedade civil, numa perspectiva promotora de comportamentos saudáveis e de contextos ambientais conducentes à saúde” (DGS, 2004).

Recentemente a OMS avaliou o Plano Nacional de Saúde (PNS), identificando as suas potencialidades, limitações e lacunas e fornecendo recomendações (OMS, 2012). Segundo este relatório, o PNS apresenta diversas lacunas e limitações políticas, sendo referido que parece existir uma falta de atenção em relação ao tema da equidade em saúde e nos cuidados de saúde em geral, apontando como desafios o alinhamento estratégico entre os decisores políticos e a implementação do PNS, a dificuldade na acção intersectorial dirigida para obter “ganhos em saúde”, a implementação regional diferente e a dificuldade em coordenar e implementar os diversos programas de saúde ao nível local (*idem*). A OMS enumera diversas recomendações para que o PNS obtenha “ganhos em saúde”, sugerindo entre outras, que o próximo plano seja mais claro, compreensível, implementável, com fundamentação transparente e com diversas versões adequadas às audiências a que se destinam (*idem*). Os Programas dos XVII e XVIII Governos Constitucionais para a Saúde (2005-2009 e 2009-2013) referem a equidade como princípio orientador. No Programa do XVII Governo Constitucional é referido que o mesmo tem em conta o contexto social no qual as pessoas nascem, crescem, vivem e morrem. E o contexto do País, neste domínio, é particularmente preocupante: elevadas taxas de pobreza, desemprego, abandono escolar precoce, média de rendimentos baixa e reduzido nível de literacia geram intoleráveis situações de exclusão social e desigualdades em

saúde que devem ser combatidas (Programa do XVII Governo Constitucional para a Saúde– 2005-2009).

No Programa do XVIII Governo Constitucional, o próprio título “Saúde para todos” parece tencionar referir-se à igualdade de tratamento ou oportunidade para a saúde, no entanto o documento só se refere à equidade como objectivo geral do programa, em que o foco da reforma é acrescentar valor para o cidadão, tendo por objectivo conseguir bons resultados de forma eficiente e mais equitativa, como necessidade no reforço do sistema de saúde pelo que se devem concentrar em aprimorar a qualidade dos resultados e em corrigir as desigualdades ainda existentes e a respeito do medicamento: promover uma revisão global do sistema de comparticipação no sentido de obter melhor equidade e mais valor para todos os cidadãos (Programa do XVIII Governo Constitucional para a Saúde – 2009– 2013).

Do conceito de (des)igualdades sociais perante a saúde às famílias inquiridas

A igualdade é o princípio pelo qual todos os cidadãos podem invocar os mesmos direitos. Quando nos deparamos com um sistema que preconiza a igualdade de condições para todos os membros da sociedade, onde igualdade corresponde a justiça, equidade, relação entre indivíduos em virtude da qual todos eles são portadores dos mesmos direitos fundamentais que provêm da humanidade e definem a dignidade humana, dizemos que estamos perante um sistema igualitário. Contrariamente, a desigualdade é considerada como sinónimo de injustiça, iniquidade, relações onde os direitos fundamentais são desrespeitados e a dignidade ferida.

Como já tivemos oportunidade de constatar é a própria Constituição da República Portuguesa que no seu Artigo 13.º adopta o conceito de igualdade. Seja por reconhecer que “Todos os cidadãos têm a mesma dignidade social e são iguais perante a lei”, seja porque segundo o mesmo “Ninguém pode ser privilegiado, beneficiado, prejudicado, privado de qualquer direito ou isento de qualquer dever em razão de ascendência, sexo, raça, língua, território de origem, religião, convicções políticas ou ideológicas, instrução, situação económica ou condição social”. A igualdade constitui, assim, um objectivo nacional (Constituição da República Portuguesa, PARTE I – Direitos e deveres fundamentais – TÍTULO I – Princípios gerais).

Mas as grandes diferenças históricas entre pobres e ricos têm, progressivamente, dado lugar, nas sociedades ocidentais modernas, a formas mais subtis de desigualdades. Tocqueville (1993 [1850]) identifica a modernidade e o sentido da história com o “triunfo obstinado da igualdade”. Porém, esta igualdade não é uma pura igualdade real das condições de vida, mas apenas a extensão de

um princípio, o da igualdade dos indivíduos para lá das desigualdades sociais reais. Retira-se daqui o princípio segundo o qual as sociedades modernas são igualitárias tão só na medida em que estendem o direito à igualdade de oportunidades, o que na realidade levanta muitas questões, na medida em que a correlação entre igualdade e desigualdade dos estatutos sócio-económicos é bastante complexa. A contradição das desigualdades “reais” e da igualdade de princípio ignoram também as condições reais dos enredos e o facto de que as desigualdades não forjam apenas as diferenças inter-individuais, ou seja, cada geração herda as desigualdades da precedente. De maneira geral, o encontro entre a igualdade e o mérito agem como se os indivíduos tivessem as mesmas capacidades ou a mesma possibilidade de atingir os seus objectivos, de realizar as suas aspirações, visando alcançar o que consideram ser um bom nível de vida para si e para os seus.

Olhando para estas realidades, constatamos que as sociedades industriais liberais preconizaram, progressivamente, a passagem da igualdade jurídica para a igualdade política e depois para a igualdade social. Pelo menos, devido à persistência e até ao aumento das desigualdades, têm procurado contê-las em domínios aceitáveis, o que parece tornar-se cada vez mais problemático. Por todo o lado, a conciliação entre eficácia económica e justiça social tem suscitado muitas questões. As crises sócio-económicas que têm existido, com particular para aquela em que vivemos mergulhados, põem cada vez mais em causa as políticas que têm vindo a ser seguidas (Nogueira, 2014). O que é certo é que as sociedades modernas e designadamente da ultramodernidade permanecem assediadas entre ideais igualitários e as disparidades familiares, escolares, profissionais, sanitárias...

Aumentam, assim, as questões do fosso entre ricos e pobres, da conciliação entre o reconhecimento dos “méritos” pessoais e uma igualdade de princípio que, por vezes, redundam em reivindicações, culpabilizações, deslealdades, injustiças, indignações e até possíveis violências. Estes aspectos estão essencialmente associados à “brutalidade” da economia capitalista, tal como tem sido vivida nos últimos tempos, levando Forrester (1997) a falar do “horror económico”. No entanto, os vários indivíduos ou os vários grupos puderam ver reforçar-se mais igualdade em certos domínios, como o acesso à saúde e à educação, enquanto as desigualdades se acentuaram em outros domínios como os rendimentos, a segurança no emprego e as próprias condições de trabalho, o que não é indiferente às (des)igualdades perante a saúde. O que se pode, então, dizer é que se há sociedades menos desiguais não é porque as leis do capitalismo são diferentes aqui e ali, mas antes porque, a partir destas leis, os agentes políticos e económicos agem de maneira diferente.

Não perdendo de vista estes aspectos, podemos afirmar que as desigualdades são processos sociais, com mecanismos e experiências individuais e colecti-

vas, conduzindo a desigualdades e injustiças, por vezes, “escandalosas”. Ignorar estes aspectos corresponde, frequentemente, a confundir as desigualdades com a ordem da natureza das coisas. Dado que falamos de saúde vem a propósito lembrar, por exemplo, que as disparidades físicas entre os indivíduos não se fundamentam, de maneira absoluta, na natureza, numa espécie de essência biológica do ser humano, mas são também determinadas pelas desigualdades que a sociedade institui. Basta pensar nos efeitos da pertença social, mesmo sem a relacionar com os níveis de crescimento das novas gerações, comparando-as com as anteriores. Nos anos 1950, Chombart de Lauwe (1956), após um apurado trabalho de campo, tendo em conta a pertença social e os modos de vida respectivos, pôs em destaque o facto das pessoas que na cidade de Paris viviam na designada “rive gauche” (mais rica, burguesa e chique) serem bastante mais altas do que as que viviam na chamada “rive droite” (condição social mais modesta, operária e popular). Situações desta natureza são também bastante notórias desde que as transformações económicas, sociais e culturais, desde a 2ª metade do século XX, permitiram melhorar os níveis e modos de vida no que se refere ao aumento extraordinário da Esperança de Vida.

Só que os seus efeitos, como o refere Antunes (2014, 119), não se manifestam igualmente para todos. “A produção de estatísticas de mortalidade em articulação com os modelos de estratificação e classes sociais têm demonstrado, de forma consistente, uma relação inversa entre a subida na hierarquia da posição social e as taxas de mortalidade (Cockerham, 2008). Ou seja, os indivíduos localizados nas classes mais altas apresentam em média valores de longevidade superiores relativamente aos indivíduos localizados nas classes mais baixas”.

Metodologia de inves

Daí que o nosso “postulado”, com outros que trabalham sobre estas problemáticas (P. Aich, M. Drulhe, M. Baumann, D. Fassin, A. Leclerc, M. Kaminski, L. Boltanski, A. Diop, R. Illsley, D. Beker, A. Perrenoud, M. Ruggie, E. Thompson, A. Young, P. Santana, P. Ribeiro, etc.), seja o de que as desigualdades perante a saúde e a doença, avaliadas concretamente a partir das taxas de morbilidade e de mortalidade, a frequência das deficiências motoras ou perturbações mentais, a esperança e a qualidade de vida, assentam igualmente nas desigualdades sociais. A questão crucial que daqui decorre tem que ver com a forma como as desigualdades sociais produzidas pelas sociedades se inscrevem na integridade do corpo, ou seja, com o modo como o social se inscreve no biológico, numa espécie de “genética social” (Leandro *et al.*, 2002).

Trata-se de desigualdades fundamentais na medida em que se prendem essencialmente com a “condição humana”, de que tão brilhantemente fala

Harendt (1963, 111), ainda mais quando afirma “...que vivemos em condições tais que não estão asseguradas nem a propriedade dos nossos talentos, nem da nossa capacidade de trabalho”. Podemos, assim, falar de desigualdades que, podendo inscrever-se na existência sócio-biológica, produzem efeitos, tanto na vida familiar e social, como face à doença e à morte (Thomas, 1975). Não se adoece e morre da mesma maneira quando se pertence a esta ou àquela categoria social, a esta ou àquela cultura, exerce esta ou aquela profissão, vive nesta ou naquela família, nesta ou naquela sociedade, neste ou noutro tempo (Leandro, 2001).

Mas o que não deixa de ser intrigante é que quanto mais estes imbróglis são conhecidos, inclusive cientificamente, mais têm vindo a aumentar as desigualdades sociais, com particular destaque após os anos oitenta do último século com o exacerbar da economia neo-liberal, precipitando o passo, quiçá o salto para uma queda “violenta” na actual crise que assola o mundo. Perante esta situação não faltam vozes a alertar para os riscos do aumento da insegurança, precariedade do emprego, vulnerabilidade, conflitos sociais, aumento das doenças, da pobreza, da exclusão... Sobre este último conceito, preferimos continuar a falar de desigualdades na medida em que os fenómenos que estudamos não se situam apenas numa perspectiva do dentro/fora, centro/periferia, inclusão/exclusão, integração/marginalização, mas antes nos fenómenos estruturais que atravessam todos os “poros” da sociedade. Até, porque frequentemente, utiliza-se a designação de “*exclusão social*” como se um “*passe par tout*” se tratasse, sem antes querer ir ao fundo da análise dos factores e efeitos das desigualdades sociais de toda a ordem, produzidas em termos mais abrangentes. Até porque se as pessoas ditas “excluídas” continuam a viver na sociedade, é porque não estão totalmente fora, embora não participem ou beneficiem de muitas das suas prerrogativas (Leandro, 2007, 2009).

Por outro lado, ninguém duvida que os sistemas políticos são os mais directamente implicados numa sociedade que produz disparidades, clivagens e discriminações, mas que a sua drástica redução, exige medidas eficazes, supondo intervenções de redistribuição que congreguem o conjunto das estruturas sociais. Deste modo, o fenómeno das desigualdades deixará de ser apreendido numa concepção “vertical” para, doravante, ser analisado numa perspectiva “horizontal”, contendo assim as principais dimensões da vida: as condições habitacionais, as condições laborais, o acesso e a utilização dos serviços de saúde, os comportamentos de socialização e lazer, os comportamentos de prevenção e educação para a saúde, os hábitos alimentares e as condições sociais e económicas.

Não ignorar estas dimensões, permite-nos dizer que se a “miséria e a pobreza” estão mais associadas à extremidade inferior da hierarquia social, as

desigualdades, ao contrário, ligam de maneira indissolúvel todas as componentes da sociedade e a sua redução supõe intervenções redistributivas, atingindo o conjunto das estruturas sociais.

Nos nossos dias, basta tão só pensar no crescimento do que vulgarmente se designa de “novos pobres”, referindo-se a pessoas, famílias e grupos sociais que até tinham boas condições de existência, mas a quem de um momento para o outro faltou o emprego, única fonte de sobrevivência pessoal e familiar. Da parte do Estado e de instituições similares, perante o aumento da precariedade, vão aparecendo medidas singulares para atenuar os efeitos da pauperização e absorção das desigualdades, mais frequentemente sob a designação de “*exclusão*”, preocupando-se tanto com os efeitos sociais propriamente ditos, como com os sanitários.

Nos países de maior desenvolvimento económico e não só, como acontece em Portugal, as desigualdades sociais, enquanto tais, não parecem ser questão, e as desigualdades perante a saúde ainda menos, absorvidas que são pelo que mais correntemente tem vindo a designar-se de exclusão social (Björnberg, 2012). Ora se há situações em que, de facto, se verifica esta situação, outros há em que as pessoas vivem antes em situação de desigualdade e não tanto de exclusão, tendo presente que esta integra sobretudo uma ruptura com o laço social e não apenas a pobreza económica. O que pode acontecer é haver cada vez mais casos em que uma conduz à outra, o que é “*terrível*” para a coesão social “em tempo de paz” (Fitoussi, 1997).

Foi tendo por base estas e outras reflexões que partimos para a análise dos dados recolhidos através de um inquérito ministrado a 1.067 famílias de quatro concelhos de Portugal Continental. Deram resposta ao inquérito um dos elementos adultos das famílias. Os inquiridos responderam a questões relacionadas com a sua saúde e à do seu agregado em geral, com a saúde do(a) seu(sua) companheiro(a), com a saúde dos seus filhos e ainda a questões relacionadas com a situação sócio-económica e demográfica do agregado, assim como a questões referentes a comportamentos e hábitos relacionados com a saúde, organizadas no questionário em quatro grandes dimensões: Sobre os Inquiridos e a Família em Geral; Sobre os Cônjuges dos Inquiridos; Sobre os Filhos dos Inquiridos e Outros Dados de Identificação dos Inquiridos e da Família. Estiveram, assim, em análise 71 questões e 365 variáveis.

Metodologia – estimação do modelo

Não perdendo de vista as dimensões do questionário e as respectivas variáveis que as compõem e juntando-lhes as dimensões encontradas na literatura sobre as várias componentes da vida que podem contribuir de forma directa ou indirecta para o conceito mais lato de saúde (Condições Sociais e Económicas,

Condições Habitacionais, Condições de Utilização e de Acesso aos Serviços de Saúde, Condições Laborais, Comportamentos de Socialização e Lazer, Hábitos Alimentares, Comportamentos de Prevenção e Educação para a Saúde), construímos o nosso modelo de análise tendo por base todas as variáveis e factores, extraídos através da análise factorial exploratória, que ao longo do estudo se foram mostrando, na óptica dos nossos inquiridos, estatisticamente significativas.

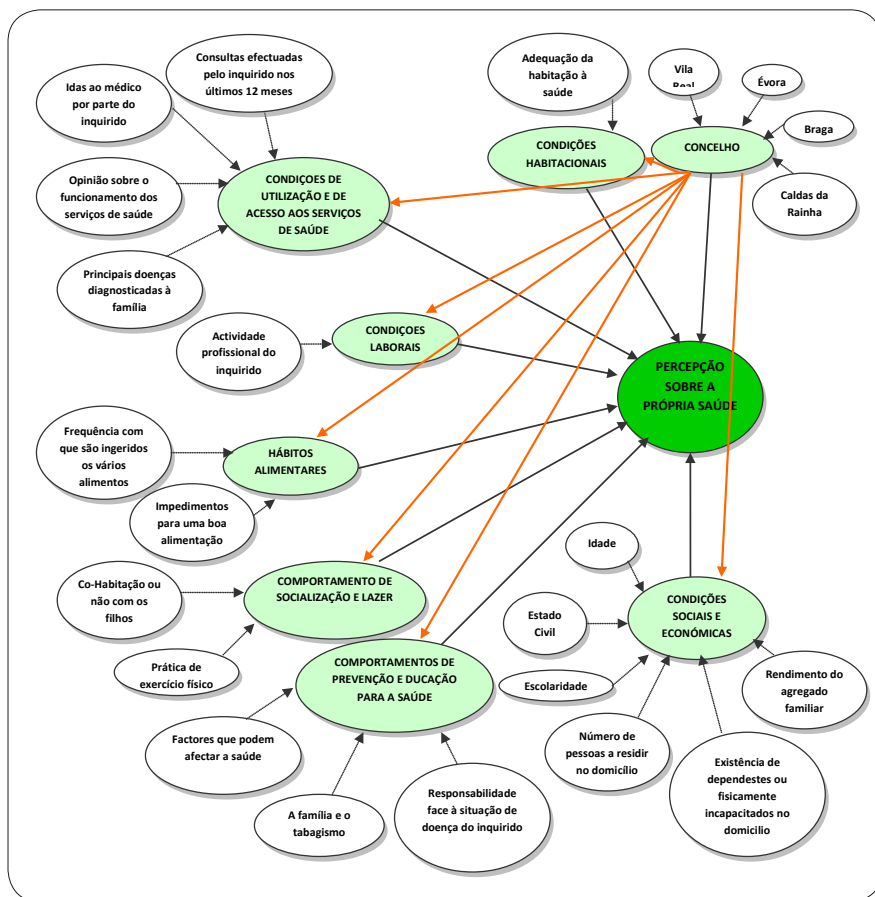
Na estimação dos nossos modelos por concelho (Évora, Braga, Vila Real e Caldas da Rainha), para além das variáveis independentes, assumimos como Variável dependente a Variável 2 – “Percepção sobre a sua própria saúde” e como Variável filtro a Variável 72 – “Concelho onde foi realizado o inquérito”. A figura 1 mostra-nos, as variáveis e os factores que se foram mostrando estatisticamente significativos (mais importantes) para o total dos respondentes e que, por tal motivo, foram inseridas em cada um dos modelos de forma a identificarmos as respectivas diferenças.

A nossa hipótese de estudo foi colocada nos seguintes moldes: *A importância atribuída pelas famílias inquiridas sobre as diversas dimensões da vida que contribuem para o conceito lato de saúde, conduz à identificação de um determinado perfil familiar de gestão da sua própria saúde.*

Quanto ao modelo de estimação, optamos pela análise discriminante de forma a examinarmos as diferenças entre os quatro grupos de inquiridos em análise (os residentes em Évora, Braga, Vila Real e Caldas da Rainha) e, desta forma, os podermos distinguir face à importância atribuída por cada um deles às diversas dimensões da vida que contribuem para a gestão familiar da sua própria saúde. A selecção das variáveis independentes é um aspecto crítico neste tipo de modelo. Obviamente, será necessário seleccionar as variáveis independentes que mais influenciam a dependente. Ao existirem múltiplas variáveis independentes, há que decidir quais a incluir na equação. Perseguindo o objectivo de caracterizar os quatro concelhos em análise face às desigualdades sociais perante a saúde, foram seleccionadas e testadas as variáveis que potencialmente seriam mais influentes. No seguimento da análise, foi avaliada a pertinência da inclusão das variáveis seleccionadas através da sua significância estatística. Foram utilizados métodos *stepwise* na análise discriminante com o intuito de auxiliar a selecção das variáveis¹⁵.

15 Para um maior desenvolvimento sobre este assunto consulte-se, por exemplo Maroco, 2007.

Figura 1. Modelo Conceptual Proposto



Resultados – desigualdades sociais perante a saúde

Assumimos existirem desigualdades sociais perante a gestão da própria saúde quando se verificarem desigualdades significativas nas várias dimensões da vida que contribuam para a prevenção, promoção e manutenção da saúde das populações.

Das 1067 observações que constituem a nossa amostra 70% são mulheres. Têm idades compreendidas entre os 18 e os 91 anos. A amostra apresenta uma

média de 45 anos e um desvio padrão de 15, 21. No total, são maioritariamente casados (63,2%) e exercem activamente uma profissão 67% dos inquiridos. O número mínimo do agregado familiar é de dois elementos e o máximo de oito. Contudo, em média o agregado familiar é composto por 3 elementos (desvio padrão de 1). Residem com alguém doente ou fisicamente incapacitado 8,4% dos respondentes. Refira-se, ainda, que 31,4% detêm formação superior, 66,4% o ensino secundário e 2,2% não detêm qualquer tipo de formação. Apresentam rendimentos mensais *per capita* (valores estimados) a variar entre os 43€ e os 1500€. Para esta variável a amostra apresenta uma média de rendimento *per capita* mensal de 475,62€ e um desvio padrão de 298,6. Apesar de todas estas características tão distintas os nossos respondentes consideram-se, maioritariamente, pessoas saudáveis ao responderem de forma afirmativa em 84,1% à questão “Considera-se uma pessoa saudável?”.

Como se pretendia apurar a opinião dos inquiridos sobre as várias dimensões da vida que contribuem para a gestão da sua saúde, de forma benéfica ou desfavorável, começamos por lhes perguntar “Quais são para si os três aspectos da vida mais importantes?” O primeiro aspecto que é referido pelos inquiridos é a saúde (71,8%), seguido da família (11,3%) e do trabalho com 4,3%. Juntando os 3 aspectos referidos pelos inquiridos numa só dimensão de análise verificamos que se mantém a liderança da saúde (32,3%) seguida da família com 16,7%, passando o dinheiro para terceiro lugar com 10,1%. O trabalho passa para quarto lugar com 9,3% do total de respostas. Quando cruzamos esta informação (os aspectos mais importantes da vida) com a questão “Considera-se uma pessoa saudável”, verificamos que dos que responderam ser a saúde o valor mais importante da vida, 83,9% considera-se uma pessoa saudável. Após esta sumária apresentação dos nossos respondentes vejamos, de seguida, como pensam os mesmos sobre as diversas dimensões da vida que, de forma mais directa ou indirecta, se encontram relacionadas com a gestão da sua saúde.

A – Sobre as Condições Habitacionais das Famílias Inquiridas

No que respeita às condições habitacionais estiveram em análise sete variáveis (Sobre as principais tarefas domésticas, Tipo de Alojamento, Tipo de Ocupação, Número de divisões, Existência de casa de banho, Adequação da habitação à saúde e Outros elementos) mostrando-se, no entanto, apenas uma estatisticamente significativa (Adequação da habitação à saúde). Quanto ao tipo de alojamento, 43,2% dos inquiridos vive num apartamento, 55,9% numa moradia (vivenda) e 0,9% noutro tipo de alojamento. No que respeita ao tipo de ocupação 77,4% vive em casa própria, 21,3% em casa alugada e 1,2% em casa de familiares. O número de divisões é bastante díspar apresentando, a amostra, uma média superior a 7 divisões mas com um des-

vio padrão de 2,26. O número mínimo de divisões é 1 e o máximo é 20. Do total das famílias inquiridas 99,1% refere ter casa de banho, 99,7% tem água canalizada, 99,4% tem água quente e 93% afirma habitar uma casa adequada a uma boa saúde.

Uma vez que só a questão 69 – Adequação da habitação à saúde – se mostrou significativa procedemos ao seu cruzamento com a variável dependente – Considera-se uma pessoa saudável. Do cruzamento destas duas variáveis apuramos que 85,1% afirma ser uma pessoa saudável e considera a sua habitação adequada a uma boa saúde. Este facto não é, para nós, uma surpresa uma vez que as famílias inquiridas residem, todas, em concelhos urbanos, onde as condições mínimas habitacionais já se encontram, normalmente, garantidas.

B – Sobre as Condições de Utilização e de Acesso aos Serviços de Saúde

A segunda dimensão da vida em análise diz respeito às condições de utilização e acesso aos serviços de saúde. Do conjunto de questões que compõem esta dimensão (Idas ao médico do inquirido, Consultas efectuadas pelo inquirido nos últimos 12 meses, Motivo e tipo de médico (factores), Medicamentos utilizados nos últimos 12 meses (factores), Exames médicos realizados nos últimos 12 meses (factores), Opinião sobre o funcionamento dos diversos serviços de saúde (factores), Principais doenças diagnosticadas aos elementos da família (factores), Consultas realizadas nos últimos 12 meses com os filhos (factores)) seis, dada a sua extensão, foram sujeitas à análise factorial de forma a reduzirmos a informação. Ainda deste conjunto de variáveis apenas 3 se mostraram estatisticamente significativas.

Dos nossos respondentes cerca de 46% vai ao médico apenas quando está doente e destes 87% considera-se uma pessoa saudável. Ainda sobre esta dimensão mais de 82% afirma ter ido a uma consulta nos últimos 12 meses e destes mais de 81% considera-se, ainda assim, uma pessoa saudável. No entanto, e, com o intuito de reduzirmos a informação para melhor a entender (qual o motivo da ida ao médico, que tipo de médico foi procurado, que tipo de serviço de saúde, etc.), procedemos à análise factorial às diversas questões que compõem esta dimensão de análise mesmo cientes de que iríamos perder alguma informação com a utilização desta técnica.

Quadro 1: Procura de serviços de saúde nos últimos 12 meses

Factores	Peso Factorial ¹⁶	Variância Explicada
Factor 01: Causas da Procura		14,77
Doença	0,794	
Prevenção	-0,713	
Foi a um serviço de urgência	0,632	
Esteve internado	0,406	
Factor 02: Tipo de Médico Procurado		10,26
A outro médico especialista	0,752	
A um médico de família	-0,623	
A um dentista	0,434	
Factor 03: Motivo da Procura I		9,61
Pedir receitas	0,658	
Pedir baixa	0,613	
Factor 04: Motivo da Procura II		9,23
Acidente	0,764	
Factor 05: Outro Tipo de Serviços		8,85
A alguém das medicinas populares	0,828	
A alguém das medicinas alternativas	0,491	

Método de extração: Análise das Componentes Principais. KMO¹⁷ = 0,754; $\chi^2 = 495,46$; df = 66; sig. = 0,000.

Os resultados obtidos para a questão 5 do nosso questionário (Procura de serviços de saúde nos últimos 12 meses) surgem expressos no Quadro 1, onde se apresentam os cinco factores encontrados que explicam 52,72% da variância total das respostas. Sobre estes mesmos factores e no que diz respeito ao primeiro, ao qual denominamos “Causas da Procura”, mostra-nos que os nossos inquiridos o fizeram por motivos de doença e não por prevenção, como já havíamos apurado anteriormente, e fizeram uso de um serviço de urgência. Quanto ao factor dois, “Tipo de Médico Procurado”, surge-nos em primeiro lugar a procura de um médico especialista e não do médico de família. Os “Motivo da Procura” encontram-se reflectidos nos factores três e quatro. Com excepção para os acidentes, estes factores mostram ser os pedidos de receitas e as baixas médicas os motivos pelos quais estas famílias mais procuram um serviço de saúde. Nesta

¹⁶ A este campo deveríamos retirar as variáveis com pesos factoriais (em valor absoluto) inferiores a 0,5. No entanto, e dada a relevância teórica de algumas delas resolvemos manter as que se apresentaram com valor superior a 0,4.

¹⁷ KMO – Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.

análise é-nos, ainda, dado a conhecer o facto destas famílias procurarem, simultaneamente, ajuda nas medicinas populares ou alternativas.

Uma vez identificados os factores, resta-nos averiguar se existem, ou não, dentro dos mesmos, diferenças que nos possam levar a concluir que os nossos inquiridos responderam de forma diferente, ou não, à questão. Procedemos, para tal, à realização do *t-test for Equality of Means*¹⁸ para inferirmos da significância de cada um dos factores para os nossos respondentes. De acordo com o teste em causa deveremos rejeitar os factores dois e quatro e aceitar os factores um, três e cinco com sendo os de maior consenso para os nossos inquiridos.

Quadro 2: Posição face à ciência e à procura dos serviços de saúde

Factores	Peso Factorial	Variância Explicada
Factor 01: Sobre a ciência e o hospital		15,11
É importante proteger o ambiente visando assegurar também às gerações vindouras boa qualidade de vida	0,669	
É indispensável seguir rigorosamente o que o médico prescreve	0,650	
Sem o progresso da ciência nós não teríamos uma qualidade de vida tão elevada como a que temos	0,645	
Para toda a doença grave é indispensável ter pelo menos uma 2ª opinião de outro(s) médico(s)	0,527	
É melhor aproveitar o momento presente porque nunca se sabe o que nos reserva o amanhã	0,509	
Factor 02: Sobre a procura dos serviços de saúde privados		12,41
O sistema de saúde privado responde mais rapidamente às necessidades da população do que os hospitais	0,774	
Nos consultórios privados, os médicos são mais atenciosos	0,719	
O preço das consultas privadas impede-me de recorrer a esses serviços	0,556	
Factor 03: Sobre a procura dos centros de saúde		11,27
Prefiro ir ao centro de saúde porque tenho lá o meu médico que me conhece e sabe quais os meus problemas	0,811	
É muito importante ter um médico de família que nos segure toda a vida e que conhece os nossos problemas	0,674	
Factor 04: Sobre a procura de outros serviços de saúde		9,59
As medicinas alternativas (homeopatia, osteopatia, acupunctura, naturopata, etc.) são capazes de tratar uma doença grave	0,815	
As medicinas tradicionais ou populares são uma boa alternativa para tratar uma doença grave	0,788	

Método de extracção: Análise das Componentes Principais. KMO = 0,787; $\chi^2 = 1962,05$; df = 120; sig. = 0,000.

18 Fazendo recurso ao *package* estatístico SPSS.

A questão 14 do nosso questionário está relacionada com a procura dos serviços de saúde (Em que medida concorda com as seguintes afirmações). Da análise factorial a esta questão resultaram quatro factores que explicam 48,38% da variância total das respostas. Refira-se, no entanto, que dos quatro factores extraídos apenas o factor quatro não se mostrou significativo, todos os restantes se apresentaram significativos.

Da análise factorial à questão 18 (Tem na sua família alguém com algum dos seguintes problemas) do questionário resultaram seis factores que explicam 50,95% da variância total das respostas. Refira-se, no entanto, que dos seis factores extraídos apenas o factor um e o factor seis se mostraram significativos.

Quadro 3: Doenças diagnosticadas aos elementos do agregado familiar

Factores	Peso Factorial	Variância Explicada
Factor 01: Doenças Grupo I		12,48
Hipertensão	0,685	
Doenças reumáticas	0,647	
Doenças cardiovasculares/AVC	0,599	
Diabetes	0,582	
Doenças hereditárias	0,503	
Factor 02: Doenças Grupo II		8,20
Bulimia	0,773	
Anorexia	0,718	
Factor 03: Doenças Grupo III		8,04
Sida, seropositividade	0,751	
Cancro do pulmão	0,577	
Factor 04: Doenças Grupo IV		7,70
Danos de saúde provocados por acidente de viação	0,731	
Doença degenerativa associada ao envelhecimento	0,611	
Factor 05: Doenças Grupo V		7,54
Cancro da próstata	0,703	
Hepatites	0,689	
Factor 06: Doenças Grupo VI		7,00
Outros	0,747	
Obesidade	0,576	

Método de extracção: Análise das Componentes Principais. KMO = 0,714; $\chi^2 = 742,14$; df = 120; sig. = 0,000.

C – Sobre as Condições Laborais

Nesta dimensão estiveram em análise 18 variáveis (Actividade profissional do companheiro, Local de trabalho do companheiro, Tempo gasto de casa ao trabalho, do companheiro, Influência da actividade profissional sobre a saúde do companheiro, O companheiro trabalha por turnos ou não, O companheiro realiza horas extraordinárias ou não, Qual a situação do companheiro face à segurança social, Absentismo do companheiro por doença do próprio, Absentismo do companheiro por doença de outro membro da família, Actividade profissional do inquirido, Local de trabalho do inquirido, Tempo gasto de casa ao trabalho pelo inquirido, Influência da actividade profissional sobre a saúde do inquirido, O inquirido trabalha por turnos ou não, O inquirido realiza horas extraordinárias ou não, Qual a situação do inquirido face à segurança social, Absentismo do inquirido por doença do próprio, Absentismo do inquirido por doença de outro membro da família) respeitantes quer à situação laboral do inquirido quer do seu companheiro.

De todas as questões anteriores, apenas se mostrou estatisticamente significativa a questão “Actividade profissional do inquirido”. Assim, dos que exercem uma actividade laboral (67%) consideram-se pessoas saudáveis 91%. Nos restantes 33%, que não exercem uma actividade profissional fora de casa, esta percentagem desce para os 70%.

D – Sobre os comportamentos de Socialização e Lazer

Na dimensão “Comportamentos de Socialização e Lazer” estiveram em análise sete variáveis (Actividades físicas praticadas por si, Tipo de relacionamento – vive com o seu (sua) companheiro(a), Diálogo sobre a saúde da família com o companheiro, Coabitação ou não com filhos, Diálogo sobre saúde com os filhos, Actividades físicas praticadas pelos filhos e Actividades realizadas com os filhos) tendo-se revelado estatisticamente significativas, para as famílias em análise, apenas duas; “Pratica alguma actividade física?” e “Tem filhos que residam consigo?”.

Quanto à prática da actividade física 47% das respostas foram afirmativas. Ao cruzarmos esta variável com a variável dependente, “Considera-se uma pessoa saudável?”, verificamos que são os praticantes de uma actividade física os que se consideram mais saudáveis (90%). Quanto à segunda variável em análise “Tem filhos que residam consigo?” apenas 48% respondem de forma afirmativa e, destes 48%, 87% consideram-se uma pessoa saudável.

E – Sobre os Hábitos Alimentares

Nesta dimensão estiveram em análise duas questões (“Frequência com que são ingeridos os vários alimentos” e “Impedimentos para uma boa alimentação”), tendo-se mostrado ambas estatisticamente significativas, na óptica dos

nossos inquiridos. No entanto, dado o elevado número de indicadores em cada uma delas procedemos de imediato à análise factorial por forma a reduzir e sistematizar a informação.

Da análise factorial à questão “De uma maneira geral, com que frequência consome com os seus familiares os seguintes produtos?” resultaram seis factores (Quadro 4) que explicam 55,17% da variância total das respostas. Refira-se, no entanto, que dos seis factores extraídos apenas os factores um, três e cinco se mostraram estatisticamente significativos.

Quanto à análise factorial para a questão “Há diversos impedimentos para uma alimentação sadia. Na lista que lhe propomos indique-os” resultaram dois factores (Quadro 5) que explicam 43,29% da variância total das respostas. Refira-se, que nesta dimensão de análise ambos os factores se mostraram estatisticamente significativos.

Quadro 4: Dimensões da alimentação das famílias inquiridas

Factores	Peso Factorial	Variância Explicada
Factor 01: Alimentos saudáveis		18,61
Legumes frescos	0,804	
Pão	0,791	
Água	0,780	
Peixe	0,767	
Carne	0,726	
Fruta	0,711	
Produtos lácteos	0,600	
Legumes secos (feijão, grão)	0,574	
Factor 02: Alimentos a evitar		9,68
Corantes alimentares	0,738	
Gorduras	0,690	
Sal em excesso	0,672	
Produtos de fumeiros	0,512	
Factor 03: Alimentação <i>fast food</i>		7,92
Sumos refrigerantes	0,746	
Pratos pré-cozinhados (pizza, congelados)	0,636	
Alimentos açucarados	0,585	
Factor 04: Condimentos e conservantes		6,55
Caldos (tipo Knorr)	0,759	
Conservantes	0,611	

Factores	Peso Factorial	Variância Explicada
Especiarias	0,570	
Factor 05: Alimentação vegetariana		6,42
Produtos exclusivamente vegetarianos	0,796	
Produtos macrobióticos	0,687	
Factor 06: Enlatados e bebidas alcoólicas		5,99
Bebidas alcoólicas	0,795	
Comida enlatada	0,580	

Método de extracção: Análise das Componentes Principais. KMO = 0,857; $\chi^2 = 6554,7$; df = 276; sig. = 0,000.

Quadro 5: Inibidores de uma alimentação saudável

Factores	Peso Factorial	Variância Explicada
Factor 01: Hábitos		26,23
Os hábitos e a rotina	0,815	
A falta de vontade	0,741	
Os gostos	0,686	
A falta de tempo	0,521	
Factor 02: Disponibilidade para os adquirir		17,06
O preço dos alimentos	0,685	
As necessidades decorrentes de doenças de alguns membros da família	0,644	
O tipo de alimentos habitualmente disponíveis	0,613	

Método de extracção: Análise das Componentes Principais. KMO = 0,740; $\chi^2 = 588,56$; df = 28; sig. = 0,000.

F – Sobre os Comportamentos de Prevenção e Educação para a Saúde

Nesta dimensão estiveram presentes, para análise, 17 questões (Situação face às vacinas obrigatórias, do inquirido, Situação face a outras vacinas, do inquirido, Responsabilidade face a situações de doença do inquirido, Factores que podem afectar a saúde, Importância das atitudes do dia a dia para a saúde, Acções efectuadas quando um dos elementos da família está doente, A família e o tabagismo, Apreciação global da saúde do inquirido, Responsabilidade face à doença do seu companheiro, Apreciação global da saúde do seu companheiro, Hábitos dos filhos, Medicamentos utilizados nos últimos 12 meses com os filhos, Situação face às vacinas obrigatórias, Situação face a outras vacinas, Apreciação global da saúde dos filhos, Responsabilidade face à doença dos filhos) tendo-se mostrado apenas estatisticamente significativas três.

Uma vez mais procedemos à análise factorial para a questão “Alguma vez lhe aconteceu sentir-se responsável por algumas das situações seguintes?”. O resultado obtido foi a extracção de um único factor, estatisticamente significativo e que explica 53,59% da variância total das respostas.

Quadro 6: Responsabilidade face à própria doença

Factores	Peso Factorial	Variância Explicada
Factor 01: Responsabilidade face à própria doença		53,59
Responsável: quando tem uma cárie	0,783	
Responsável: quando fica ferida(o) em casa	0,757	
Responsável: quando apanha gripe	0,721	
Responsável: quando fica com excesso de peso	0,661	

Método de extracção: Análise das Componentes Principais. KMO = 0,729; $\chi^2 = 726,19$; df = 6; sig. = 0,000.

O resultado para a análise factorial à questão “Nos últimos 5 anos, a sua saúde e a dos seus familiares foi afectada por alguns dos seguintes aspectos?” foi a extracção de três factores que explicam 55,32% da variância total das respostas. No entanto, dos três factores extraídos apenas o factor um se mostrou estatisticamente significativo.

Quadro 7: Aspectos da vida nocivos para a saúde

Factores	Peso Factorial	Variância Explicada
Factor 01: Condições de vida e de trabalho		19,82
Os ritmos da vida quotidiana	0,744	
O stress relacionado com a doença de familiares	0,709	
As condições de trabalho	0,603	
Factor 02: Poluição ambiental		19,44
A poluição do ar	0,768	
O ruído / barulho	0,736	
O tabaco	0,478	
Factor 03: Condições habitacionais		16,06
As condições de habitação	0,866	
A localização da residência	0,678	

Método de extracção: Análise das Componentes Principais. KMO = 0,686; $\chi^2 = 675,8$; df = 28; sig. = 0,000.

Deste grupo de questões fazia ainda parte a questão “Fuma ou há na sua família alguém que fume regularmente?” que foi tratado de forma isolada. Responderam que “Não” a esta questão 58,4% dos nossos inquiridos. Ao cruzarmos esta questão com a nossa variável dependente “Considera-se uma pessoa saudável”, verificamos que dos 41,6% que afirmaram fumar, ou ter na sua família alguém que fume regularmente, são mais de 87% os que se consideram pessoas saudáveis.

G – Sobre as Condições Sociais e Económicas

Sobre esta dimensão, estiveram em análise dez variáveis (Sexo, Ano de nascimento (Idade), Estado civil, Escolaridade, Formação continua, Nacionalidade, Número de pessoas a residir no domicílio, Composição do agregado familiar, Existência de dependentes ou fisicamente incapacitados no domicílio, Rendimento do agregado familiar) tendo-se mostrado estatisticamente significativas seis delas.

Procedendo apenas à análise daquelas que se mostraram estatisticamente significativas, uma vez que já caracterizamos a nossa amostra no início desta secção, verificamos que os nossos respondentes se situam maioritariamente no escalão etário dos 30-49 anos (40%) e 50-69 (35%). Ao cruzarmos esta informação com a nossa variável dependente verificamos, como era de esperar, que à medida que avançamos na idade, os nossos respondentes se vão considerando indivíduos menos saudáveis. Quanto ao estado civil, são os solteiros e os que vivem em união de facto aqueles que se consideram mais saudáveis. Opostamente são os casados, os separados e os viúvos os que se sentem menos saudáveis. Também são os que não detêm qualquer tipo de escolaridade os que afirmam sentir-se pouco saudáveis. As famílias em análise são compostas em média por 3 elementos e são estas as que se consideram mais saudáveis. Ao invés são as mais reduzidas (dois elementos) as que se dizem menos saudáveis. Os 8,4% que residem com alguém doente ou fisicamente incapacitado são um grupo se que afirma, também, pouco saudável.

O rendimento médio destas famílias é de 1.330 euros. No entanto, existem neste grupo famílias com rendimentos superiores a 3.000 euros mas, também, existem com menos de 300 euros. Ao cruzarmos esta informação com a nossa variável dependente verificamos que são precisamente as famílias com menores rendimentos as que se consideram menos saudáveis. Ainda sobre esta variável (rendimento) foi possível observar que o rendimento médio mensal, perca-pita é de 475 euros existindo, porém, uma grande discrepância na amostra: surgem-nos, nesta amostra, rendimentos perca-pita mensais de 45 euros e, em oposição, rendimentos per-capita de 1500 euros.

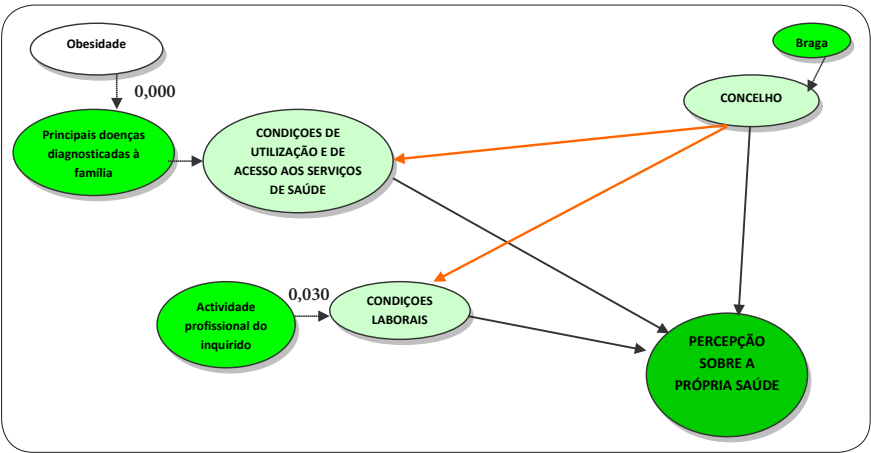
Apresentada a análise descritiva das variáveis em estudo, do seu cruzamento com a variável dependente (Percepção sobre a sua própria saúde), da realização das análises factoriais e da análise à significância, quer dos facto-

res extraídos quer das variáveis não manipuladas, apresentaremos de seguida a estimação dos modelos, para os quatro concelhos em análise. Esperamos, assim, que todas as dimensões em análise se revelem efectivamente com “pesos” diferentes face à variável “Considera-se uma pessoa saudável?”.

Modelo parcial por concelho – Braga

Corrido o modelo para o concelho de Braga, com o intuito de identificarmos quais as dimensões da vida, na óptica das famílias inquiridas residentes neste concelho, mais importantes ou preocupantes face à saúde, surgem-nos como resultado duas dimensões; as “Condições de Utilização e de Acesso aos Serviços de Saúde” e dentro destas as 18 – Principais doenças diagnosticadas aos elementos da família (factores 1); em concreto – 18.6 Obesidade. A outra dimensão importante para as famílias residentes no Concelho de Braga são as “Condições Laborais” e dentro destas a “Actividade profissional do inquirido”.

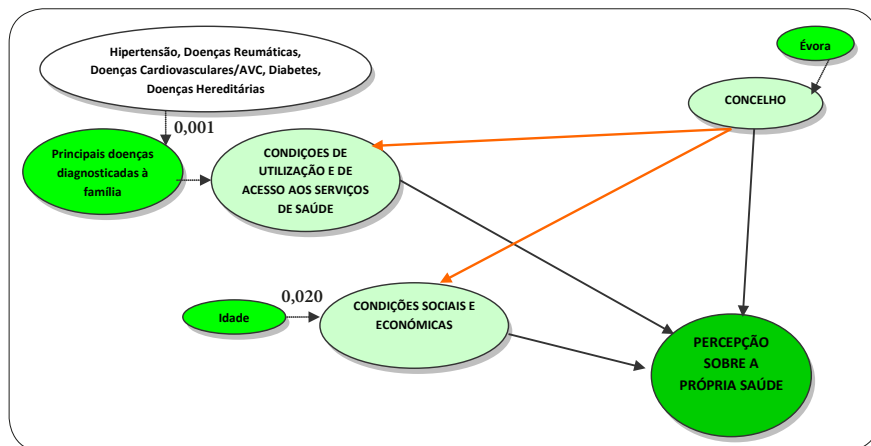
Figure 2. Resultados do Modelo para o Concelho de Braga



Modelo parcial por concelho – Évora

Para as famílias residentes no concelho de Évora, revelaram-se muito importantes as seguintes dimensões da vida face à saúde: as “Condições Sociais e Económicas” e em concreto a variável “Ano de nascimento (Idade)” e as “Condições de Utilização e de Acesso aos Serviços de Saúde” e em concreto as “Principais doenças diagnosticadas aos elementos da família (Hipertensão, Doenças Reumáticas, Doenças Cardiovasculares/AVC, Diabetes, Doenças Hereditárias).

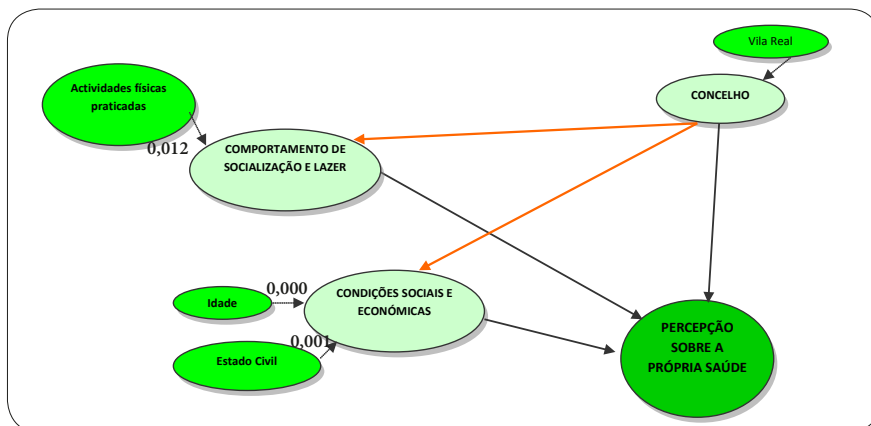
Figure 3. Resultados do Modelo para o Concelho de Évora



Modelo parcial por concelho – Vila Real

Quanto às famílias residentes no concelho de Vila Real as dimensões da vida mais importantes face à saúde são as “Condições Sociais e Económicas” e em concreto as variáveis “Ano de nascimento (Idade)” e o “Estado civil” e os “Comportamentos de Socialização e Lazer” e concretamente a variável “Actividades físicas praticadas por si”.

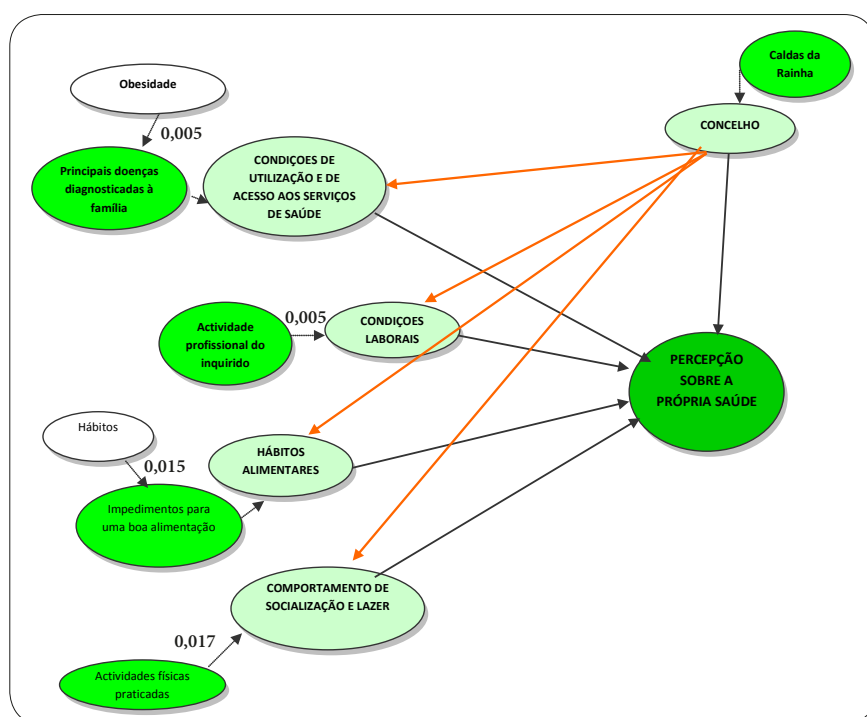
Figure 4. Resultados do Modelo para o Concelho de Vila Real



Modelo parcial por concelho – Caldas da Rainha

Para os residentes do concelho das Caldas da Rainha as dimensões mais importantes são as “Condições de Utilização e de Acesso aos Serviços de Saúde” e em concreto a variável “Principais doenças diagnosticadas aos elementos da família – Obesidade”, as “Condições Laborais” na variável “Actividade profissional do inquirido”, os “Comportamentos de Socialização e Lazer” nomeadamente as “Actividades físicas praticadas por si” e por último a dimensão “Hábitos Alimentares”, concretamente a variável “Impedimentos para uma boa alimentação – Hábitos”.

Figure 5. Resultados do Modelo para o Concelho de Caldas da Rainha



Conclusões

As desigualdades em saúde podem ser analisadas por inúmeras dimensões. Uma delas é a situação da saúde expressa pelos perfis epidemiológicos dos diferentes grupos sociais. Tais perfis compreendem, por um lado, o conjunto dos determinantes da saúde e da doença (factores de protecção e factores nocivos

à manutenção da saúde) e, por outro, o padrão de morbi-mortalidade, isto é, o conjunto de doenças e danos à saúde, correspondentes àqueles determinantes. Mas, além da distribuição do perfil epidemiológico entre os diferentes grupos sociais, a análise das desigualdades em saúde deve compreender, também, as diferenças na distribuição e organização das várias respostas sociais subsidiárias das diversas dimensões da vida. Neste sentido, destacam-se os aspectos relativos ao financiamento e manutenção da qualidade de vida e, ainda, o acesso, a utilização e a qualidade, entre outros, relacionados com a provisão e o uso dos serviços de saúde. Quatro concelhos, quatro formas distintas de ver a importância das diversas dimensões da vida para a saúde.

No concelho de Braga, na opinião dos nossos inquiridos, a obesidade e a actividade profissional do indivíduo são os dois factores de preocupação face à saúde. Quanto à importância atribuída à actividade profissional, recordemos que este concelho é o concelho que apresenta maior percentagem de população activa (72%). Este é, também, o concelho que maior percentagem apresenta na questão “tem filhos que residam consigo no domicílio” (60%). Daí que os problemas da obesidade possam ser para esta população uma preocupação face à saúde.

No concelho de Évora, os factores da vida que mais preocupam esta população, face à sua saúde, ou à dos seus familiares, são os factores relacionados com a idade e por conseguinte as doenças associadas à mesma; a Hipertensão, as Doenças Reumáticas, as Doenças Cardiovasculares/AVC, os Diabetes e as Doenças Hereditárias. Recordemos que na nossa amostra é o concelho que apresenta a população mais envelhecida. Mais de 19% detêm uma idade superior a 65 anos. É, também, neste concelho onde o número de idas ao médico, durante os últimos 12 meses, apresenta uma percentagem bastante elevada (cerca de 30%).

Para o concelho de Vila Real as principais preocupações associadas à saúde são a prática de uma actividade física, a idade e o estado civil. Este é também, na nossa amostra, um concelho caracterizado por uma população envelhecida. 11,5% tem mais de 65 anos. O facto do estado civil ser uma preocupação para estes indivíduos pode estar relacionado com o facto de cerca de 40% dos mesmos estarem numa situação de solteiros, separados/divorciados ou viúvos. Quanto à prática de uma actividade física esta pode estar relacionada com o facto de os indivíduos em causa serem maioritariamente activos bastante jovens (mais de 57% dos activos inquiridos neste concelho tem menos de 44 anos).

O concelho das Caldas da Rainha, é aquele que mais dimensões da vida associa à sua percepção sobre a sua saúde ou à do seu agregado familiar. Para estes indivíduos a obesidade, as condições laborais dos indivíduos, os hábitos alimentares e a prática de uma actividade física são as suas principais preocupa-

ções. Este é um concelho com algumas características distintas dos anteriores. É constituído por uma população activa maioritariamente jovem (mais de 47% dos activos inquiridos tem menos de 44 anos), a viver com uma companhia (mais de 74% é casado ou vive em união de facto), com um nível de instrução igual ou superior ao secundário (cerca de 39%) e a viver maioritariamente em casa própria (87%). No entanto, é também neste concelho, apesar de cerca de 54% deterem um rendimento médio mensal compreendido entre os 1.250€ e os 3.000€, onde a percentagem de agregados familiares com um rendimento médio inferior a 400€ é maior (17,6%).

A reflexão sobre estas temáticas tem implicações importantes. Ao nível da sociedade em geral vimos a saúde como um estado de bem-estar que permite ao indivíduo realizar o seu potencial, ser activo e produtivo, contribuindo para o desenvolvimento pessoal e da comunidade (Shah & Beinecke, 2009), destacando-se o controlo da saúde pelas populações, sendo a mesma entendida como recurso individual e colectivo (Silva, 2008). Também com impacto para a comunidade temos os resultados dos nossos modelos de investigação, que nos mostram as diferenças existentes nos comportamentos das famílias dos 4 concelhos analisados expondo, desta forma, a sua actuação e preocupação sobre as várias dimensões da vida que contribuem para a sua saúde. Estas análises permitem afirmar que a percepção da consideração de uma pessoa saudável não é independente do aspecto de vida mais valorizado, da faixa etária, do estado civil, do facto de exercer uma actividade profissional, da escolaridade, da adequação da habitação à saúde, do número de residentes no domicílio nem de praticar exercício físico, nem de ter filhos a residir consigo, nem dos hábitos tabágicos. Também ficou claro que a actividade profissional, o trabalho por turnos ou as horas extraordinárias, não são independentes do sentimento de se sentir uma pessoa saudável.

Ao nível da família, esta possui um sistema de crenças e de práticas sobre a saúde e a doença que lhe permitem integrar diferentes tarefas no âmbito da promoção da saúde e bem-estar (Hanson, 2005; Ha, Kim, Shin, Choi, Park, Kang, & Kim, 2010; Hallal, Bauman, & Heath, 2012) ajudando o indivíduo a desenvolver-se como ser individual, social e cultural, a adquirir hábitos e estilos de vida saudáveis, a dar um sentido aos acontecimentos de vida e a construir um sentimento de pertença (Ramos & Ferreira, 2004), sendo que a falta e/ou inadequação de cuidados por parte da família aos seus membros é responsável por muitas carências e perturbações que afectam a saúde dos mesmos (Ramos & Ferreira, 2004).

Ao nível dos profissionais, em Portugal, são conhecidas as limitações e necessidades, nomeadamente a crónica carência de recursos humanos, como médicos (Pisco, 2003; Santos, et al., 2007) e enfermeiros de família, entre outros profissionais. (Santos, et al., 2008). As implicações dos determinantes

sociais de saúde, nos serviços de saúde pública são também evidentes (Doval, Borracci, Darú, Giorgi, & Samarelli, 2008; Albernaz & Victora, 2003; Fernandez, Vasquez, & Martinic, 2010; Bos, 2007; Barata, Almeida, Montero, & Silva, 2007). Existe também um impacto das intervenções nas dimensões da vida diminuindo as desigualdades relacionadas com a estratificação social, visando fortalecer a coesão e ampliar o “capital social” das comunidades vulneráveis, promovendo a participação social no desenho e implementação das políticas e programas para a saúde (Comissão das Comunidades Europeias, 2009; CDSS, 2010).

Na perspectiva do utente é fundamental que este percepcione a qualidade (Pereira, 2003), a excelência, a efectividade e a eficiência dos serviços (Florentim, 2006), sendo que a satisfação com os cuidados de saúde e o recurso aos mesmos se altera consoante o referencial socioeducativo e cultural, a personalidade, o estado de saúde e a idade, entre outros, do indivíduo (Lee & Yom, 2006), com impacto na sua qualidade de vida (Toscano & Oliveira, 2009).

Em termos de implicações na intervenção em saúde, e enquadrando com a atual situação económica, constatamos que a definição de prioridades é essencial. A forma como uma crise socioeconómica afecta a saúde depende essencialmente da protecção social à partida e da qualidade das respostas oferecidas pelos serviços existentes (Stuckler, 2011; Mladovsky, 2011; McKee, 2011). É um facto que Portugal pode orgulhar-se do posicionamento relativo do seu Sistema de Saúde em termos internacionais, não obstante, hoje vivem-se realidades contraditórias. Ainda assim, o SNS continua a ser o sistema de saúde mais usado pelos portugueses, havendo boa percepção por parte da população, que reporta como maior receio para o futuro a perda de qualidade do SNS (Cegedim, 2012).

Afirma-se no programa de Governo o objectivo de continuar a melhorar a qualidade e o acesso efectivo dos cidadãos aos cuidados de saúde, num sistema universal, equitativo, tendencialmente gratuito, assim como aperfeiçoar o sistema de preços e de revisão do sistema de comparticipação de medicamentos, garantindo uma gestão eficiente e dinâmica dos recursos, redefinindo o modelo de avaliação dos medicamentos para efeitos da sua comparticipação pelo Estado, sem descuidar os cidadãos mais desprotegidos (Presidência do Concelho de Ministros, 2010). Mas, nem sempre a confrontação com a realidade é a mesma. Vimos atrás que o estado de saúde de um grupo populacional, num determinado território, é definido não só pelos problemas e necessidades em saúde, mas também pelas respostas sociais a essas adversidades, pelo que ao pretender alterar situações de injustiça social e territorial é necessário identificar as barreiras no acesso aos serviços de saúde e aos seus cuidados (Comissão Europeia, 2010; ONU, 2011). Uma atenção especial deve ser dada aos grupos mais vulneráveis, principalmente os que estão expostos à pobreza, exclusão

social ou mesmo ao isolamento geográfico (Comission on Social Determinants of Health, 2008).

O relatório de Primavera do Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2012) alertava para as dificuldades no acesso da população aos cuidados de saúde, referindo que “não se atende suficientemente às dificuldades e necessidades crescentes de uma população em empobrecimento”. Também os indicadores que sucessivamente vão sendo conhecidos mostram um abaixamento significativo das consultas e dos tratamentos providenciados devido às dificuldades económicas de muitas pessoas, conjugadas com o aumento dos custos dos serviços e das taxas moderadoras (Observatório Português dos Sistemas de Saúde, 2012), com consequências de um risco de “racionamentos implícito” nos serviços públicos de saúde que inibam a “prestação de cuidados de saúde necessários” ou a “existência de claros sinais relativos à diminuição da acessibilidade aos medicamentos por parte dos doentes, associada ao seu empobrecimento (Cegedim, 2012).

Constatamos, assim, a valorização por parte das várias famílias inquiridas das várias dimensões da vida para a sua saúde, mas na prática deparamo-nos com um menor investimento nos cuidados de saúde, menos recursos, no número de profissionais, gerindo-se a saúde numa perspectiva demasiado empresarial, olhando apenas para a dimensão métrica, do mercado, obliterando muitas das suas especificidades. A percepção sobre o trabalho de Enfermeiros, Farmacêuticos e Médicos é favorável (Cegedim, 2012), mas persiste um défice de contratação e motivação sobretudo em geografias mais periféricas.

Temos assim um foco nos números, nos *outputs*, mas não valorizamos os *outcomes*. Assumimos como objectivos a busca de maior qualidade de vida e bem-estar, de maior equidade, de menores desigualdades, mas depois queremos os resultados somente em números. É o foco no *output* (resultados), ignorando o *outcome* (consequências de se ter alcançado ou não esse resultado). Daí a questão: para onde nos leva cada uma das alternativas das várias políticas públicas, ao nível da saúde, que temos vindo a estabelecer? É pois fundamental olharmos para o *outcome* das nossas acções e não apenas para os múltiplos *outputs* que podemos escolher à medida de cada momento. É a isto que se chama redução das desigualdades através da sustentabilidade das políticas públicas, olhando para os seus bons e consistentemente resultados. É este o equilíbrio que precisamos para contornar a nossa tendência em constantemente apresentar *outputs*, que de pouco servem, se o sistema não for cada vez mais eficiente, mas focado no serviço às pessoas, às famílias e às comunidades.

Bibliografia

- ALBERNAZ, E., & Victora, C. (2003), Impacto do aconselhamento face a face sobre a duração do aleitamento exclusivo, *Revista Panam Salud Pública*, pp. 17-24.
- ANTUNES, R. (2014), As desigualdades sociais e as desigualdades de saúde, in M^a E. Leandro e B. Monteiro (orgs.), *Saúde no prisma da sociologia. Olhares Plurais*, Viseu, Psicosoma, pp. 117-131.
- BARATA, R., Almeida, M., Montero, C., & Silva, Z. (2007), Gender and health inequalities among adolescents and adults in Brazil, *Rev Panam Salud Publica*, 320-7.
- BJÖRNBERG. (2012), *Euro Health Consumer Index*, Health Consumer Powerhouse AB.
- BOS, A. (2007), Health care provider choice and utilization among the elderly in a state in Brazil: a structural model, *Rev Panam Salud Pública*, pp. 41-50.
- COCKERHAM, W. (2008), *Social Causes and Health and Disease*, Cambridge, Polity Press.
- DGS (2004), *Plano Nacional de Saúde 2004-2010*, Ministério da Saúde.
- CDSS (2010), *Redução das desigualdades no período de uma geração. Igualdade na saúde através da ação sobre os seus determinantes sociais. Relatório Final da Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde*, Portugal, Organização Mundial da Saúde.
- CEGEDIM (2012), *Estudo sobre a Saúde em Portugal*, Oeiras, Cegedim.
- CHOMBART DE LAUWE, P.-H. (1977 [1956]), *La vie quotidienne des familles ouvrières*, Paris, CNRS.
- COMISSÃO das Comunidades Europeias (2009), Solidariedade ns Saúde: reduzir as desigualdades no domínio da saúde na EU, *Comunicação da comissão ao parlamento europeu, ao conselho, ao comité económico e social europeu e ao comité das regiões*, Bruxelas.
- COMISSÃO Europeia (2010), *EUROPA 2020: Estratégia para um crescimento inteligente, sustentável e inclusivo*, Bruxelas, CE.
- COMISSION on Social Determinants of Health (2008), *Closing the gap in a generation: Healthy equity through action on the social determinants of health*, Geneva, World Health Organization.
- DOVAL, H., Borracci, R., Darú, V., Giorgi, M., & Samarelli, M. (2008), Perception of consultation length in cardiology and its ethical implications, *Rev Panam Salud Pública*, pp. 31-5.
- ERS, Entidade Reguladora da Saúde (2012), *Acesso, Concorrência e Qualidade no Setor da Prestação de Cuidados de Saúde e de Radioterapia Externa*, Lisboa, ERS.
- FASSIN, D. (1996), *L'espace politique de la santé. Essai de généalogie*, Paris, PUF (Coll. «Sociologie d'aujourd'hui»).
- FERNANDEZ, V. O., & MARTINIC, J. (2010), Modelamiento y simulación computacional de la red de consultas médicas de un servicio público de salud chileno, *Rev Panam Salud Pública*, pp. 203-10.
- FITOUSSI, J.-P (1997), *O debate tabu – Moeda, Debate, Pobreza*, Lisboa, Terramar.
- FLORENTIM (2006), A qualidade dos serviços de saúde prestados no departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do Centro Hospitalar da Cova da Beira: um estudo empírico, *Revista de Investigação em Enfermagem*, vol nº13, Fevereiro (pp. 15-26).
- FORRESTER, V. (1997), *O horror económico*, Lisboa, Terramar.
- HA, A., Kim, J., Shin, D., Choi, D., Park, S., Kang, N., & Kim, Y. (2010), Eating habits, obesity related behaviors, and effects of Danhak exercise in elderly Koreans, *Nutrition Research and Practice*, 4 (4), pp. 295-302.

- HALLAL, P. C., Bauman, A. E., & Heath, G. W. (2012), *Physical activity: more of the same is not enough*, Federal University of Pelotas.
- HANSON, S. (2005), *Enfermagem de cuidados de saúde à família: teoria, prática e investigação*, Camarate, Lusociência.
- HARENDT, H. (1983 [1963]), *Condition de l'homme moderne*, Paris, Clamann-Lévy.
- LEANDRO, M^a E. (2009), Migrações internacionais. Incorporação das desigualdades sociais e sanitárias, in Z. Coelho (org.), *Não poupes no semear*, Coimbra, Pé de Página Editores, Lda, pp. 159-175.
- LEANDRO, M^a E. (2007), Famílias, Pobreza e Exclusão Social, *Brotéria*, 2, Vol. 164, pp. 155-170.
- LEANDRO M^a E. et al. (2002), Os males do corpo em terra estrangeira, in M. E. Leandro, M. Lobo, M. Costa (orgs), *Saúde. As teias da discriminação social*, Braga, ICS, pp. 181-210.
- LEANDRO M^a E. (2001), "A saúde no prisma dos valores da modernidade", *Trabalhos de Antropologia e Etnologia*, Vol. 41 (3-4), pp. 67-93.
- LEE, M. A., & Yom, Y.-H. (2006), A comparative study of patients and nurses perceptions of the quality of nursing services, satisfaction and intent to revisit the hospital: A questionnaire survey, *Internacional Journal of Nursing Studies*, pp. 1-11.
- MAROCO, J. (2007), *Análise Estatística com Utilização do SPSS*, Lisboa, Sílabo.
- MCKEE, M. (2011), Responding to the economic crisis : europe's governments must take account of the cost of health inequalities, *Journal Epidemiology Community Health*, 65.
- MLADOVSKY, D. [. (2011), Health policy responses to the financial crisis and other health system shocks in europe, *WHO Regional Office for Europe*, Copenhagen, European Observatory on Health Systems and Policies.
- NOGUEIRA, F. (2013) "Da Saúde ao Económico/Do Económico à Saúde: Questões, Políticas e Contributos para o seu Desenvolvimento" in M^a E. Leandro & B. Monteiro (orgs), *Saúde no prisma da sociologia. Olhares Plurais*, Viseu, Psicosoma.
- OBSERVATÓRIO Português dos Sistemas de Saúde (2012), *Crise e Saúde, Um País em Sofrimento – Relatório de Primavera*, Lisboa, ENSP.
- OMS (1986), A Promoção da Saúde, Carta de Ottawa, *Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde*, Ottawa.
- OMS (2012), *Environmental health inequalities: Assessment report*, Copenhaga, OMS.
- ONU, O. d. (2011), *Human Development Report: Sustainability and Equity, A Better Future for All*, New York, USA, United Nations Development Programme.
- PEREIRA, L. F. (1991), *Qualidade é ferramenta fundamental da nova estratégia para a saúde*, Lisboa, Qualidade em Saúde, n.º 7.
- PEREIRA, L. F. (2003), *Qualidade: Ferramenta Fundamental da nova estratégia para a saúde, Qualidade em Saúde, n.º7, Junho*, pp. 3-8.
- PISCO, L. (2003), Da Memória, *Lisboa MVA Invent*, pp. 15-23.
- PRESIDÊNCIA do Conselho de Ministros (2010), *PROGRAMA DO XIX GOVERNO CONSTITUCIONAL*, Lisboa.
- PROGRAMA do XVII Governo Constitucional para a Saúde 2005-2009. (s.d.), *Portal da saúde*, Obtido em 02 de 03 de 2010, de Portal da saúde: <http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/politica+da+saude/politica+arquivo/programa.htm>
- PROGRAMA do XVIII Governo Constitucional para a Saúde 2009-2013 (s.d.), *Portal da Saúde*, Obtido em 02 de 03 de 2010, de <http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/politica+da+saude/programa/programa+xviii.htm>

- RAMOS, L., & Ferreira, V. (2004), Geração de empregos e realocação espacial no mercado de trabalho brasileiro, *Instituto de Pesquisa Econômica e Aplicada (IPEA)*, Rio de Janeiro.
- SALTAMA, R., Bankauskaite, V., & VRANGBAEK, K. (2007), *European Observatory on Health Systems and Policies Series: Decentralization in Health Care*, Saltman, R.; Bankauskaite, V.; Vrangbaek, K. (editores).
- SANTOS, O., Biscaia, A., Antunes, A., Craveiro, I., Júnior, A., Caldeira, R., & Charondière, P. (2007), Os centros de saúde em Portugal: a satisfação dos utentes e dos profissionais, *Lisboa, Missão para os Cuidados de Saúde Primários*.
- SANTOS, O., Biscaia, A., Antunes, A., Craveiro, I., Júnior, A., Caldeira, R., & Charondière, P. (2008), *Os centros de saúde em Portugal: a satisfação dos utentes e dos profissionais. Lisboa: Missão para os Cuidados de Saúde Primários em Portugal: reformar para novos sucessos (Grande Prémio Fundação AstraZeneca)*, Lisboa, Padrões Culturais Editora.
- SHAH, A., & Beinecke, H. (2009), Global mental Health Needs, Services, Barriers and Challenges, *International Journal of Mental Health*, Vol 38, pp. 14-29.
- SILVA, S. F. (2008). Municipalização da saúde e espaços de inovação nas gestões locais, *Municipalização da saúde e poder local*, p. 41.
- STUCKLER, D. [(2011), Effects of the 2008 recession on health : a first look at European data, *Lancet*. 378, pp. 124– 125.
- THOMAS, L.-V. (1975), *Anthropologie de la mort*, Paris, Payot.
- TOCQUEVILLE, A. (1993 [1850]), *De la démocratie en Amérique*, Paris, Flammarion.
- TOSCANO, J. O., & OLIVEIRA, A. (2009), Qualidade de vida em idosos com distintos níveis de atividade física, *Rev. Bras. Med. Esporte*, 15 (3).

QUESTÕES DE BIOPOLÍTICA: A PRODUÇÃO DE CUIDADOS DE SAÚDE NA FAMÍLIA

Baltazar Ricardo Monteiro | Professor Coordenador, Instituto Politécnico de Leiria

Introdução

Michel Foucault (Downing, 2008) dizia que a nossa sociedade atravessou o “umbral da modernidade biológica” na passagem do século XVIII para o XIX, quando o indivíduo e a espécie entraram nas estratégias e nos cálculos do poder político. A vida biológica e a saúde da nação tornaram-se alvos fundamentais de um poder sobre a vida, num processo que o autor denominou como “estatização do biológico”. O biopoder clássico articulava-se numa dupla forma, como uma anátomo-política do corpo, em cuja base estavam os processos de disciplinamento do corpo e como uma biopolítica das populações. A optimização das qualidades biológicas das populações eram fundamentais nesta estratégia, com fortes ligações ao fortalecimento do Estado, afirmação da burguesia e a formação de um vínculo jurídico que visava a medicalização e a normalização da sociedade.

Arendt (1961) também diagnosticou o “umbral da modernidade biológica” quando, nas suas investigações acerca do fenómeno totalitário sublinhou que nos campos de concentração dos regimes totalitários se operava a transformação da natureza humana, visando a redução biopolítica dos indivíduos e o mero facto biológico, à vida nua ou ao que ela chamava “abstracta nudez de ser unicamente humano”. Essas análises têm continuidade na crítica que a autora faz à modernidade, segundo a qual a condição vital destrói as condições mundanas e plurais da existência. Se no totalitarismo o poder artificialista da técnica era utilizado para reduzir a humanidade ao facto biológico, nas sociedades liberais modernas recorre-se à mesma artificialidade com o objetivo de aumentar o poder do processo natural, transformado numa norma implícita da vida em comum. A vida transformou-se numa “verdade axiomática” (Arendt, 1961: 88) de validade incontestável; o carácter sagrado da vida e a vitória do “*animal laborans*” (Arendt, 1961: 22) na modernidade está vinculado ao processo de crescente despolitização em que a vontade de agir se transformou “na passividade mais mortal e estéril que a vida jamais conheceu” (Arendt, 1961: 183). O regime biopolítico das sociedades liberais pós-totalitárias encontra-se sob o primado da “imortalidade do processo vital” que invadiu o espaço público e tornou-se regra de organização social, ligado à negação da instituição do

mundo como regra de organização política da pluralidade humana. Com isto a vida passou a ocupar o vazio deixado pela decomposição do âmbito público. Esse movimento de politização da vida – a que Foucault (2004) chamava biopoder – que teve o seu início nas sociedades ocidentais no século XVIII é para Arendt (1961) profundamente antipolítico.

Adorno (2008) afirmava que o sentido de biopolítica “oscila entre uma sinonímia com a geopolítica, com a qual arrisca confundir-se e a definição de uma estratégia de governação baseada num holismo organicista, entre o signo de um regresso de uma política, de uma outra época e uma simples metáfora”. A questão colocada pelo autor é que Foucault limitou-se a conceptualizar e aplicar algo que vinha a ser debatido e que continuou a sê-lo durante todo o século XX. Deste modo a biopolítica “veio a identificar todas as políticas que se ocupavam da vida enquanto objeto específico, ou seja, o facto biológico na sua especificidade, sendo o biopoder constituirá tudo o que se relaciona com a gestão, a administração da zoe, ou seja, de tudo o que se relacione com a existência biológica do indivíduo e da população enquanto grupo de indivíduos, *omnes et singulatim*” (Adorno, 2008).

Na aula em que foi feita a anterior afirmação, Foucault debate a ideia do poder enquanto algo de material e concreto, através do qual alguém influencia ou determina a acção do outro ou dos outros. Neste contexto, o problema político é o “da relação entre a unidade e a multiplicidade no quadro da cidade e dos seus cidadãos. O problema pastoral diz respeito às vidas dos indivíduos” (Foucault, 2004: 256). Em todos os sentidos, nunca se governa um Estado, um território, uma estrutura política: governam-se pessoas, homens, indivíduos ou coletividades.

Nesse sentido Foucault apresenta-nos através da análise de escritos antigos, o papel do poder pastoral. Este é um poder benigno, totalmente orientado para o bem-fazer, ou seja, para a salvação do rebanho. A grande preocupação do pastor é o rebanho, ou seja, o bem dos outros e de cada um, nunca o seu próprio bem, no contexto do “problema do *welfare state*”. Este constitui-se de um jogo, introduzido pelo “pastorado cristão” cujos elementos são a vida, a morte, a verdade, a obediência, os indivíduos e a consciência de si. As referências maiores neste tipo de política são as de líderes que zelam pelos comportamentos honestos dos cidadãos neste mundo, os quais abrem “caminho para a felicidade celestial” (Foucault, 2004: 44), ou seja, para uma recompensa maior num além que se tem por certo. Ora este comportamento honesto não se impõe pela violência. Como Foucault explica a violência sujeita os indivíduos, mas a moral, ou seja, a compreensão, “é capaz de inculcar na população a modéstia, a caridade, a lealdade, a diligência, a cooperação amistosa e a honestidade”.

Esta forma de governação é responsável pelo homem e pela vida, destinando-se em sentido amplo a garantir a comunicação entre os homens, uma

vez que tem a finalidade de desenvolver relações de trabalho e comércio entre eles, bem como de assistência e auxílio mútuo.

De acordo com Tarabochia (2011: 87) a biopolítica é uma nova tecnologia de poder que não se atribui um poder disciplinador, mas integra-o, modifica-o e usa-o, através da sua incorporação nas tecnologias disciplinares já existentes. Por um lado, a disciplina é dirigida aos corpos, na medida em que pretende controlar os indivíduos e os grupos a que possam pertencer. Por outro lado, o biopoder exerce-se sobre a massa anónima de indivíduos, como se pudessem ser reduzidos aos seus processos orgânicos e mentais. Se a biopolítica se dirige ao corpo individual, o biopoder é exercido em relação às massas. Ou seja, a sua dimensão é o homem enquanto espécie, reduzida à sua natureza biológica.

A demarcação entre biopolítica e disciplina não é bem clara e parece que Foucault pretendia que assim se mantivesse (Tarabochia, 2011): a biopolítica evolui a partir das técnicas disciplinares, as quais ultrapassa, permanecendo nelas embebida. De alguma forma Foucault considera que a disciplina constitui um novo mecanismo de poder que se opõe à soberania do sujeito. Nesta medida o antigo poder de tirar a vida ou de deixar viver foi sendo substituído por um poder de promover a vida ou de a proibir, ao ponto de deixar morrer.

Se o promover a vida – protegendo-a e contribuindo para a sua promoção – é o oposto de limitar ou tirar a vida, já a possibilidade de a proibir parece ser sobreponível ao tirar a vida ou deixar viver. A afirmação de Foucault (2004) de que a soberania anterior de tirar ou conceder a vida passou a ser complementada por um novo poder que não apaga o anterior, mas que o penetra e o permeia, parece poder ser interpretada da seguinte forma: distingue-se a política da vida da política sobre a vida (Esposito, 2008). A política da vida pode ser vista como afirmativa, ou seja, um conjunto de actividades que a defendam e protegem, orientada para a vida de cada um, no sentido de a maximizar. O facto da política da vida ser um modo de gerir a vida, pode vir a tornar-se numa tanatopolítica, um poder sobre a vida, que pode ser exercido contra a própria vida. Esta verdadeira política da morte assume importância crucial nas ditaduras, nas quais a essência biológica do homem é determinante e assumem excepcional poder as questões eugénicas ou de gestão da própria vida. Esta capacidade é permanente ao longo da história da humanidade, quando lutas fratricidas opõem etnias, como no Ruanda. O poder sobre a vida assume-se aqui como uma extensão da antiga soberania; a capacidade de tirar a vida, assim como a capacidade de a proteger, assumem-se num contínuum.

As questões de partida: cuidado e autocuidado

A questão parte da mobilização que os nossos entrevistados faziam de conhecimentos para se manterem ou serem saudáveis. Referiam que, para serem sau-

dáveis: “*procuro ter o máximo de higiene possível, uma alimentação também saudável e exercício, não faço, mas procuro caminhar bastante*”; “*mas procuro sempre meter os legumes nas refeições e saladas, portanto diariamente*”; “*não abusar das gorduras*”; “*uso o azeite, principalmente*”; “*tento não comer fritos. Tento comer peixe, é o que eu como mais. Pronto, bebo vinho, tento não abusar? Normalmente um copo de vinho. Uma sopa pelo menos ao jantar, de legumes. Nesse aspecto é? Nessas coisas. E as carnes? Tento não comer carnes vermelhas, portanto, um frango, um coelho, um peru? Essas coisas*”; “*Portanto um dos exemplos de prevenção de doenças, será em termos de alimentação*”; “*É ter uma alimentação saudável, portanto ter cuidado com gorduras*”; “*mais com a alimentação, tenho os cuidados de comer verduras, fruta? Mais cuidados não tenho*”.

Como se verifica, para se manterem saudáveis as pessoas privilegiam a alimentação e o exercício físico. Uma e outra das opções passam por consumir mais fruta, peixe, legumes e menos gorduras. A terminologia aplicada desenvolve-se sobre um conjunto de ideias que são normalmente veiculadas pelos profissionais de saúde e pelas organizações de saúde (de nível nacional ou global) de que nós somos o que comemos. Os alimentos, logo que consumidos, passam a ser parte integrante de nós, podendo beneficiar ou serem prejudiciais para a nossa saúde. Mas deveremos ainda ter sobre este conjunto de informações uma ideia flutuante. De algum modo o impacto sobre a saúde de cada um, partindo dos alimentos que se consomem, possui interpretações por vezes contraditórias, conforme as épocas históricas e as culturas.

Contudo, através de um conjunto de recomendações baseadas nos resultados científicos mais recentes, são cada vez mais as preocupações do estado e dos profissionais de saúde em obter um consumo alimentar que, sob a égide dos seus efeitos benéficos sobre a saúde, seja normalizado, independentemente das questões culturais subjacentes. Estas mudanças comportamentais que se pretendem obter partindo da demonstração factual dos efeitos deletérios de alguns alimentos sobre a saúde, não toma em conta as diferenças individuais, mas assume, como à frente se debaterá, que só é possível se tivermos em conta a envolvente social e contextual das pessoas.

O mesmo se passa, nos dias que correm com o exercício físico. Partindo dos efeitos benéficos que meia hora de exercício físico diário podem ter na saúde de cada pessoa, pretende-se tornar este comportamento transversal à sociedade e a cada um dos indivíduos, independentemente das diferenças socio-culturais, em nome dos benefícios para a pessoa e para todos nós. Os efeitos deletérios do sedentarismo são demonstrados à exaustão, seja a pessoas idosas, seja aos mais jovens, homens e mulheres, independentemente das suas práticas antecedentes em termos de exercício físico, seja qual a forma ou modalidade. Novos e velhos, encontram-se nas ruas e nos caminhos, com mais ou menos domínio do corpo, mas atribuindo todos ao seu esforço, uma conotação

de benefício para a saúde, seja ela na sua vertente psíquica, seja na vertente física. Como que movidos por uma causa comum, os indivíduos são capazes de calcorrear cidades ao início da noite ou no dealbar do dia, consoante a sua predisposição pessoal ou a sua agenda.

Estas questões inscrevem-se numa ideia de cuidado e de autocuidado, uma nova forma de regulação dos corpos, um modo de estar pessoal e social que é incentivado com finalidades concretas, pelo estado. Tomemos para já o significado de cuidado como reflexão, pensamento (do latim *cogitatu*), que significa também atenção, cautela, precaução. Começemos pela análise da ideia de cuidado e passamos depois para a de autocuidado.

O ser-com-o-outro e o cuidado de si

O positivismo cartesiano encerra-nos no corpo: o nosso corpo. O sujeito existe dentro dos limites do corpo, de tal forma que este é o local onde sempre poderá ser contactado: o local onde existe! O sujeito pode tudo perder – tudo o que tem de material ou imaterial – mas não pode abandonar o corpo, pois este é o seu veículo no mundo, aquilo que o faz pertencer ao mundo e existir enquanto materialidade. O sujeito apresenta-se no corpo e a este permanecerá limitado na saúde e na doença. Particularmente nesta – sobretudo se mais dolorosa e limitativa – tomará plena consciência da incapacidade de o poder abandonar, de se aliviar da parte que lhe causa sofrimento e nele se sentirá encerrado.

A perspetiva cartesiana coloca o *eu* dentro da pele que envolve todo o corpo, sendo portanto que cada “*ego cogito*” fica encapsulado no seu corpo privado. Contudo a fenomenologia coloca as coisas de outra forma, ou seja, afasta-se da questão essencial da mente imaterial e do corpo material, para se ocupar do modo como nos envolvemos com os outros no mundo. Os outros mostram o seu ser especial no mundo circundante. Descobrimos portanto que os outros estão no mundo de forma igual a nós. Não estão para o nosso uso, tal como nós não somos objetos utilitários para os outros. Quando os outros se mostram, temos previamente um conhecimento do nosso próprio ego e separamo-los imediatamente de nós mesmos e de outros que nós conhecemos. De algum modo, estes outros estão separados de nós mesmos, têm uma existência própria. Partindo destes pressupostos Heidegger (2005) tem um sentido de objectalidade que identifica com a ideia de presença, ou seja, daquilo que subsiste, o que pode encontrar-se, o que se dá ou está presente. Também Deus, o ser eterno, é presença total e indefectível.

É deste modo que Heidegger (1985) introduz o sentido de quotidianidade ou medianidade: a análise do ser do homem deve dirigir-se ao seu modo de dar-se. É neste sentido que somos participantes no mundo com os outros, não somos apenas uma mente imaterial e um corpo material, pois o homem

está referido ao seu ser como a sua possibilidade mais própria: o poder ser e o próprio sentido do conceito de existência. Descobrir que o homem é o ente que é enquanto está referido ao seu próprio ser como à própria possibilidade, isto é, que é só enquanto pode ser, significa descobrir que o carácter mais geral e específico do homem, a sua natureza ou essência, é existir!

A existência deve entender-se na sua etimologia de *ex-sistere*, estar fora, ultrapassar a realidade simplesmente presente no sentido de possibilidade. O homem é tudo o que puder ser, não deve ser reduzido a qualquer determinismo acerca do seu devir. O reconhecimento desta existência, é a separação suprema que se faz entre o homem e as coisas. Martin Heidegger (2005) afirmava que, mesmo que queiramos referir-nos aos compostos físicos, psíquicos (ou) espirituais, deixaremos completamente de lado a questão de como determinar estas realidade, na medida em que o que é para ser determinado é a forma de existir, a existência em si mesma.

Para Heidegger a existência é o *Dasein* (Aho & Aho, 2009), a expressão coloquial alemã para referir a existência humana quotidiana. O filósofo entendia exatamente o *Dasein* como o ser-com, sendo que esta é uma característica existencial do *Dasein*, ou seja, estar só é uma forma deficiente de estar-com, a negação da característica essencial da existência. Esta expressão ajuda-nos a entender que existir é estar-com-os-outros-no-mundo, não é isolarmo-nos como os eremitas, os quais não se sentirão nunca existir pela sua incapacidade de partilhar e de se sentirem existir com os outros. Existir afinal, é estar para além dos limites do nosso corpo, estar além da materialidade ou imaterialidade que o cartesianismo nos atribui, estarmos abertos ao mundo. Não somos egos auto-encapsulados, olhando os outros através dos orifícios da nossa pele, duvidando que os outros egos existam também. Pelo contrário, somos regiões ou campos de mútuo cuidado e preocupação connosco e com os outros, intimamente ligados através das práticas sociais, das organizações e dos artefactos materiais.

Através desta reflexão é-nos permitido entender a co-existência: os outros não são aqueles que eu não sou e dos quais sou distinto; os outros são aqueles com os quais eu me confundo e entre os quais me encontro, esta intramundaneidade – preocupação do ser com o mundo que o envolve – é explicativa da nossa co-existência com os outros. Nesta medida o ser é sempre ser-no-mundo-com-os-outros, sendo que os outros serão sempre pessoas como nós. Desde que assim nos entendamos, seremos sempre seres preocupados, sempre com algo. Este estar sempre preocupado com algo, inicia-se sempre pelo próprio e manifesta aquilo a que Heidegger (2005) identificava como estrutura do cuidado. Esta estrutura inicia-se como uma preocupação inicialmente consigo, sendo esta uma característica do ser. Assim, cuidar é um modo de ser já da existência que, iniciando-se em si mesmo, atira para fora de si o ser da exis-

tência. Poderemos então entender que o cuidar se constitui como uma estrutura que pode ser identificada como “être-en-avant-de-soi-même” (Heidegger, 2005: 235), isto é, sempre intimamente envolvido em alguma coisa no mundo que o rodeia. Cuidar é uma atividade própria do ser que está envolvido consigo nos cuidados de higiene, alimentação, habitação, por exemplo, mas que, nesta medida, se envolve também com os outros no seu contexto.

A compreensão feita acerca do cuidar (de si e dos outros) ergue duas questões essenciais: uma primeira que é a ideia de uma circularidade, aquilo a que Heidegger (2005) chamava “círculo hermenêutico”. Esta ideia pode parecer reducionista da compreensão, como se esta fosse uma atribuição de significado posterior ao contacto. O conceito circular de compreensão permite que o ser identifique as coisas não como algo a que posteriormente atribua um significado, mas sim como pré-existindo em si esse mesmo significado. Unicamente porque as coisas são possíveis de serem referidas a uma mesma totalidade de significações já do domínio do ser é que poderão ser para alguém. Os significados que atribuímos às coisas não podem ser outros senão os da utilidade que lhes damos para os nossos fins. Porque o homem está no mundo sob a forma de projeto, toda as coisas se constituem também assim e a própria compreensão não pode ser mais do que também um projeto. Esta é uma forma de guia que permite as adaptações e modificações às realidades que irá encontrando.

Em segundo lugar aparece a questão da êxtase (do grego: *ek-statikon*) (Heidegger, 1985: 267). Esta êxtase não se relaciona com emoções momentâneas, pois atribui-se-lhe praticamente o sentido contrário: estar de fora do *self*, um termo próximo da ideia de existência acima explicado. A ideia é a de que os humanos estão do lado de fora de si mesmos, não estão encapsulados e existem no mundo com os outros. Esta ideia fica subjacente a muito do conhecimento que tem sido produzido na epidemiologia social, quando se descreve que, quanto menos redes de apoio social uma pessoa tiver, menor será a sua capacidade para resistir à doença e para encontrar apoio em caso de necessidade. Indivíduos isolados estão mais predispostos a doenças e a mortalidade evitável e a sua longevidade será menor (Kawachi e Berkman, 2003; Walsh, e Gannon, 2011). O que isto significa, na fenomenologia de Heidegger, é que a individualidade da vida humana é fundamentalmente relacional, ou seja, fora dos limites do ego e constituída de laços sociais, como se o amor e as relações sociais formassem a essência da vida de cada um de nós.

A questão do autocuidado

Encontrar uma definição de autocuidado não é apenas uma questão filosófica ou de semântica (Webber, Guo e Mann, 2013). Também não é uma questão de relacionamento de profissionais e indivíduos que necessitam de cuidados, nem

sequer é uma questão de se aprender, ou não, como lidar com situações concretas de saúde e de doença. A noção de autocuidado e o seu conceito apelam para questões muito mais complexas, quer em matéria de política, quer de prática individual, de grupo e profissional. Os reflexos destas ideias e a sua extensão tecem uma enorme quantidade de ligações e de interpretações que aqui faremos com o apoio da ideia de biopolítica e biopoder de Michel Foucault.

A questão do autocuidado deve referir-se a duas vertentes essenciais: em primeiro lugar uma mensagem organizacional e, por essa via, política e depois a instrumentalização disciplinadora do conceito, tendo como pano de fundo as questões mercantilistas das sociedades pós-industriais da modernidade.

De acordo com Godfrey et al (2011) não existe uma definição de autocuidado que seja aceite por todos os autores nesta área de investigação. As definições variam de acordo com: quem se envolve no autocuidado; a motivação para os autocuidados; a variabilidade de intervenção dos profissionais de saúde. Esta variabilidade conceptual é também sentida entre profissionais de saúde e público em geral e entre os vários grupos profissionais chamados a intervir ou a estudar esta questão, seja enquanto prática leiga ou como uma prática tutelada, através da intervenção dos vários profissionais de saúde.

Num documento do National Health Service (<http://www.nhs.uk/Planners/Yourhealth/Pages/Whatisselfcare.aspx>) é proposta uma política que visa o apoio às pessoas que vivem com doenças crónicas. O National Health Service (NHS) introduziu uma política a que chamou cuidados centrados nos pacientes, onde transmite a ideia do papel activo que estes podem assumir para fazer face às suas doenças. “*Our health, our care, our say*” foi o lema escolhido, pretendendo afirmar que os doentes podem fazer escolhas, tomar decisões e que terão apoio para as assumir. A finalidade desta política é a produtividade, na medida em que decresce a procura de consultas e atendimentos em hospitais.

A política de autocuidado está exposta numa página de Internet do NHS, onde se dão conselhos para uma vida melhor e se oferecem cursos para que as pessoas aprendam os seus autocuidados. O conceito de autocuidado defendido é o seguinte: “o autocuidado significa olhar por si de um modo saudável, seja através da lavagem dos dentes, tomar medicamentos, quando tem gripe ou fazer algum tipo de exercício”. No caso do doente possuir uma doença crónica poderá ter de fazer mais algumas coisas, como seja mudar a dieta, fazer exercícios diferentes ou tomar medicamentos apropriados. Mas, o autocuidado significa ainda manter-se ativo, seja através de simples atividades como a jardinagem, ir de férias, sair para visitar os amigos, ou levar um estilo de vida saudável (para o qual se disponibiliza informação apropriada).

O Comité Permanente dos Médicos Europeus (<http://www.aesgp.eu/self-care/about-self-care/>) possui uma página de Internet financiada pela União

Europeia que inicia com a seguinte afirmação: “O autocuidado constitui o primeiro passo e a primeira escolha nos cuidados de saúde”. De seguida, nesta página explica-se que “os cidadãos e as sociedades” estão em posição de assumir todas as vantagens e benefícios do autocuidado, caso as políticas e decisões sigam um conjunto de orientações que ali são descritas. Estas orientações partem do pressuposto de que existe um conjunto limitado de circunstâncias da saúde em que os cidadãos podem auto-medicar-se (devidamente listadas), apontando claramente que esta actividade pode ser mantida entre três e sete dias, sendo responsabilidade de médicos e farmacêuticos o apoio ou aconselhamento (para continuar ou reorientar a toma dos medicamentos).

O ponto de partida é um conceito de autocuidado que “inclui acções e medidas que a pessoa toma para melhorar a sua saúde e bem-estar, para prevenir ou reduzir a probabilidade de doença ou para restaurar a sua saúde, depois de um episódio de doença ou lesão”. Neste conceito, “a escolha de estilos de vida saudáveis e a auto-medicação são os dois aspectos mais importantes do autocuidado. Insiste-se sobre o esforço constante que terá de ser feito para manter um estilo de vida saudável.

Para o National Primary Care Research and Development Centre (2009: 8) o autocuidado pode assumir diferentes definições, mas adoptam a seguinte: “O cuidado assumido pelos indivíduos em relação à sua saúde e bem-estar engloba: os estilos de vida saudáveis; a satisfação das necessidades sociais, emocionais e psicológicas; a gestão das doenças crónicas; e as destinadas a prevenir eventuais doenças ou acidentes”.

Para além disso, o autocuidado pode assumir diferentes tipos: autocuidados reguladores (alimentação, sono, higiene pessoal); autocuidados preventivos (exercício físico; dietas, higiene oral); autocuidados reativos (responder a sintomas sem intervenção médica); autocuidados restauradores (mudança comportamental e conformidade com regimes terapêuticos). O termo utilizado para se lidar com regimes terapêuticos é “*compliance*”, ou seja, conformidade. A escolha do termo faz toda a diferença, na medida em que na conformidade, a pessoa está constrangida por alguém que possui a incumbência de prescrever o plano terapêutico, a aceitá-lo e a levá-lo por diante, até às últimas consequências (curar-se, gerir uma doença crónica, ou evitar complicações). Em sua substituição poderia ser utilizado o vocábulo “adesão”. Aderir significa compreender, depois de devidamente informado e depois cumprir, por se entender adequado para a situação com que a pessoa está a lidar. Dum lado está um sujeito passivo, cuja única atividade é cumprir com a prescrição, independentemente de compreender qual a doença ou alteração de saúde e o que tem de fazer para a debelar; do outro está um sujeito ativo, capaz de tomar decisões e que incorpora uma atividade no conjunto das suas acções diárias, esta destinada a um fim concreto que conhece e domina.

É ainda importante compreender quais as tarefas que são descritas no conjunto do autocuidado, destinadas a levar a bom termo uma situação de saúde de longa duração, ou uma doença crónica: reconhecimento e resposta a sintomas; utilização de medicamentos; resposta a episódios agudos e emergências; gestão alimentar e da dieta; exercício ou actividade física; deixar de fumar; relaxamento e redução do stress; interação com profissionais de saúde; procurar informação e utilizar recursos da comunidade; adaptar-se ao seu trabalho; gerir os relacionamentos com pessoas significativas; gerir emoções. Como se verifica, existe uma longa lista de tarefas que as pessoas são estimuladas a fazer, traçando-se um evidente limite entre a intervenção autónoma da pessoa e a esfera de actividade dos profissionais de saúde. Estas balizas têm por finalidade traçar claramente o limite entre o profano e o profissional, na área da saúde; se antes esta questão era secundária, na medida em que o poder dos profissionais se estendia a todas as esferas da vida onde se manifestasse o sintoma ou o sinal, os quais, pela sua natureza ameaçadora e desconhecida induziam no doente a responsabilidade de procurarem ajuda especializada (o *sick role* de Talcott Parsons) e atribuíam aos profissionais de saúde o papel de controladores sociais, aparece agora ao estado como essencial que sejam os próprios indivíduos a tomarem as primeiras medidas, de modo a não onerarem o sistema de saúde, não utilizarem prematuramente as consultas e a libertarem os profissionais para o essencial: uma doença objetivada e não nos seus pródromos.

Após a Segunda Grande Guerra Mundial, a saúde passou a ser também bem-estar e não apenas doença (no seu sentido físico). Essa noção, essencial para muitos indivíduos, veio a transformar-se numa questão essencial nos dias que correm, sobretudo em termos de eficácia e efectividade dos serviços de saúde: a queixa de mal-estar passou a ser banalizada e motivo de procura de cuidados de saúde. Os indivíduos passaram a procurar aconselhamento, informação para tomarem decisões e passaram a preocupar-se em fazer exames complementares de diagnóstico que os ajudassem a prevenir doenças. Gerou-se com isto uma contradição: a prevenção, mensagem que passou a ser valorizada pelos cidadãos, transformou-se num peso para os sistemas de saúde, já que os doentes apareciam na consulta com um mal-estar, não exactamente um conjunto de sintomas e evidências de doença. O médico veio a transformar-se aos poucos, também num conselheiro, aquele de quem se aguarda uma palavra que oriente para uma conduta.

Poderia falar-se aqui da medicalização do social, na medida em que os indivíduos tenderão a compreender como problema de saúde as manifestações que anteriormente não eram reconhecidas como tal. Contudo, a questão é bem mais ampla e reguladora das escolhas: o indivíduo não está agora responsabilizado pela procura de cuidados profissionais de quem sabe mais sobre o assunto: pelo contrário, é sua incumbência conhecer, saber interpretar, decidir,

na ausência de ajuda profissional. Até porque, para além do que acima se esclareceu acerca da conformidade com os tratamentos e com a adesão individual, também se reconhece que os indivíduos são capazes de “não-conformidade estratégica” (Collins et al, 2009). Os autores descrevem que os doentes diabéticos desenvolvem diferentes estratégias para lidar com a doença, as quais mudam de acordo com o valor que cada um atribui ao autocuidado, do qual resulta a conduta individual face às escolhas de dieta e exercício, frequência de verificação do açúcar no sangue e conformidade com o regime terapêutico. O que as conclusões apontam definitivamente é que os indivíduos assumem a escolha na gestão da sua doença e não se conformam estritamente com as prescrições. A “não-conformidade estratégica” é o exercício do controlo da doença pelo doente, no sentido de obter equilíbrio entre qualidade de vida percebida e doença, subida de níveis de glicemia e sensação de bem-estar.

Em todos os sentidos então, a não-conformidade estratégica visa acomodar o plano terapêutico à vida individual, aos entendimentos que cada doente faz sobre o que percebe como qualidade de vida e bem-estar, mas sobretudo o modo como individualmente lida com a ideia de autocuidado. Não será pelo facto de se aumentar a qualidade dos autocuidados que se obterá a adesão a normativos comportamentais. Porém, a não-conformidade estratégica associa-se a: evolução temporal da doença e desenvolvimento da experiência pessoal de lidar com o corpo; desenvolvimento da confiança nas acções e observações pessoalmente desenvolvidas; desenvolvimento de um papel menos subserviente e mais questionador face aos profissionais de saúde; maior conhecimento acerca da doença e dos seus mecanismos; controlo sobre a perigosidade da doença. Para além disso, o autocuidado, enquanto atividade individual, ou seja, como um conjunto de habilidades para desempenhar tarefas a título individual, acompanha-se também (National Primary Care Research and Development Centre, 2009: 9) de um conjunto de outras actividades socialmente partilhadas. Nessa medida, o autocuidado adquire uma dimensão pública, inerente à noção de capital social.

É nesse sentido que as explicações sistematizadas em modelos de autocuidado, expõem estas orientações sociais. A família, os serviços de saúde, a vizinhança e o ambiente físico e sociocultural serão determinantes sociais do autocuidado. A ideia destes sistemas explicativos é a de habilitar o indivíduo a obter uma mudança comportamental que o torne mais eficaz no autocuidado, sabendo que este aumento se reflete e alimenta a mudança comportamental em todo o ambiente social e físico onde se insere. O controlo do comportamento individual face à saúde e à doença operam agora como alternativa de primeira linha. Se anteriormente se optava por um comportamento reactivo de um sujeito passivo, que desconhecia como fazer face aos sinais e sintomas e que apenas poderia reivindicar uma mudança de papel depois da doença ser

sancionada pelos médicos – aquisição do estatuto de doente – dir-se-ia que se espera que seja o indivíduo a auto-rotular-se como doente, a iniciar o seu próprio tratamento e, apenas se reconhecer que é impotente face às manifestações detectadas e ao tratamento assumido, poderá recorrer ao sistema de saúde e aos seus profissionais. Um dos primeiros passos é o controlo da alimentação (como referido pelos nossos entrevistados acima) e a adesão ao exercício físico, para além da auto-medicação.

Deste modo organizado, o conceito de autocuidado é extensível a todos os cidadãos e aos grupos sociais, independentemente da sua idade e localização na escala social. A recente introdução do conceito de envelhecimento activo (UE, 2012) constitui ainda uma demonstração de aplicabilidade destas ideias. A União Europeia (UE) afirma que o envelhecimento activo significa principalmente três coisas: permitir que tanto homens como mulheres permaneçam empregados durante mais tempo, com benefícios sistémicos e individuais; facilitar a cidadania activa; e permitir que homens e mulheres vivam independentes por mais tempo. Uma organização transnacional, como a UE assume como encargo a aplicação de políticas onde o autocuidado é essencial (nas suas múltiplas vertentes, atrás assinaladas), visando uma vida mais activa, participativa, sem encargos para o Estado, pela ausência ou retardamento da dependência ou da doença, facto que se manifesta ao nível pessoal, mas também ao nível colectivo. O colectivo assume aqui uma dimensão que ultrapassa em muito o grupo etário em causa e que se difunde na sociedade em geral, quer por diminuir os encargos da segurança social, quer porque diminui as despesas com saúde (um dos principais problemas identificados com o aumento da esperança média de vida), quer ainda porque transforma os cidadãos em trabalhadores activos durante mais tempo – geradores de riqueza, em vez de dependentes –, quer ainda porque fomenta a solidariedade intergeracional. O esbatimento do conflito intergeracional é a recompensa do envolvimento dos idosos com os seus autocuidados. Ou seja, na medida em que a sua autoresponsabilização gerar mais actividade e participação, o conflito intergeracional no contexto da economia moral esbate-se e aumenta a possibilidade de inclusão social.

Desconstruindo a ideia de cuidado e de autocuidado

Ao longo dos últimos anos foram transmitidas às famílias as principais responsabilidades de cuidados aos dependentes. Esta tem sido sempre uma questão controversa, até porque interessa directamente as pessoas, individual e colectivamente, bem como as políticas públicas. Estas têm respondido sempre, de forma diversa, às necessidades das famílias e das pessoas em particular, através de políticas de apoio que vieram a formar aquilo a que se chama o Estado Providência, o qual assume em maior ou menor grau, de acordo com cada

sociedade, as necessidades sociais. Este cuidado é também um autocuidado: em primeiro lugar porque é assumido informalmente, ou seja, com eventual supervisão profissional, mas não assumido completamente pelos profissionais; em segundo lugar porque a pessoa cuidada é parte responsabilizada por assumir comportamentos saudáveis, gerir o seu plano terapêutico e procurar ajuda, logo que a sua situação se torne, para si e para os seus, insustentável.

Contudo, as sociedades estão mais aptas a criticar as pessoas individualmente, pelas eventuais incapacidades reveladas em assumir os seus dependentes, do que propriamente o Estado pelas mudanças de política, com reflexos sobre os cuidados que os membros de cada família necessitam. Nesta medida, as eventuais falhas em termos de cuidados são sempre atribuídas às famílias e à crise de valores ou de disponibilidade que estas demonstram para assumirem o cuidado intergeracional. A hipótese aqui levantada é que o cuidado existente para com os dependentes dentro da família, baseia-se num conjunto de normas sociais que tendem a esbater-se, abandonando a tradição e o costume, incidindo sobre a norma disciplinadora do autocuidado.

O trabalho de cuidados, remunerado ou não, envolve sempre investimento nas capacidades de quem os recebe, contribui para a evolução positiva das suas capacidades intelectuais, cognitivas, emocionais e físicas. Estas capacidades assim desenvolvidas, beneficiam indirectamente todos os que com eles interagem. Quer isto dizer que os benefícios do cuidado não se restringem à pessoa cuidada, mas acabam por se projetar noutros. Os beneficiários directos de cuidados são os estudantes ao serem ensinados, os doentes do hospital ou do cuidador informal, o cliente da terapeuta e a criança cuidada pelos pais ou por educadores. Quando um beneficiário de cuidados desenvolve competências, permanece saudável ou recupera a saúde, aprende como interagir com os outros ou aprende hábitos de autocontrolo, os outros também beneficiam disso. Numa perspectiva marxista poderia afirmar-se que os cuidadores não-remunerados, em casa, acabam por pertencer a um grupo explorado nas sociedades capitalistas, dado que os seus cuidados fazem com que novas gerações de trabalhadores altamente preparados, contribuam para tornar a sociedade mais produtiva.

O estudo do cuidado serve uma multiplicidade de propósitos, daí a variabilidade de conceitos. O cuidado, seja ele como for conceptualizado, é uma actividade eminentemente feminina sendo, por isso, que o seu estudo pode necessitar de uma abordagem de género. O cuidado serve, ao mesmo tempo, para fazer uma abordagem às questões de política e do Estado Providência, ideologias e sistemas dominantes.

As definições de cuidados são muito complexas, pois são multifacetadas, como já vimos. Thomas (1993) argumenta sobre a existência de sete dimensões comuns a todos os conceitos de cuidados. Para a autora estas sete dimensões

são os blocos-base sobre os quais são construídos diferentes conceitos de cuidados. Isto quer dizer que, a combinação das diferentes dimensões e a importância relativa de cada uma delas dentro do conceito faz com que surjam diferentes definições que, afinal, têm na base as mesmas variáveis. A identidade social do cuidador é a primeira das dimensões, a qual está relacionada com as características sociais do cuidador. Os cuidadores podem definir-se através dos seus papéis familiares: esposas, mães, irmãs; ou em relação às suas características profissionais: ajudantes domiciliárias, enfermeiras, voluntárias e por aí fora. Para muitos autores, a característica essencial é o género.

Outra dimensão é a identidade social da pessoa cuidada. Esta dimensão está relacionada com as características sociais da pessoa cuidada. Em muitos dos conceitos de cuidados, as pessoas cuidadas são identificados pelas características do grupo a que pertencem. Podem ser grupos etários: adultos, crianças, idosos, ou grupos sociais como por exemplo, a família. Contudo, a variável mais importante nesta dimensão é o estatuto de dependência: as pessoas a receberem cuidados são incluídas nos grupos definidos pelas políticas sociais (idosos, pessoas com dificuldades de aprendizagem, doentes crónicos). A relação interpessoal entre a pessoa cuidada e o cuidador é outra das dimensões. Em termos da investigação que tem sido feita, este relacionamento é caracterizado pelos laços existentes, significando graus de parentesco e obrigação. Embora os laços existentes entre as pessoas cuidadora e cuidada sejam habitualmente estudados em termos de família, ou seja, aquilo que liga um membro da família a outro, podem existir muitos mais laços, como sejam os de amizade, de vizinhança, ou pode mesmo ocorrer um relacionamento entre estranhos, na medida em que eles sejam voluntários ou cuidadores remunerados. Thomas (1993) caracteriza este último relacionamento como “relação contingente de cuidados” (uma relação de cuidados na qual os indivíduos são habitualmente estranhos entre si, mas que se estabelece mediante certas condições e para determinados fins).

A natureza dos cuidados tem sido uma dimensão de difícil definição, uma vez que cuidar pode ter duas vertentes essenciais: um serviço concreto ou um sentimento nutrido entre ou para com a pessoa cuidada. Como alguns autores têm considerado, cuidar pode querer significar um sentimento (emoção, afecto, amor) ou uma atividade (trabalho, tarefa, remuneração). O contexto onde a relação de cuidados se situa relaciona-se com a clivagem na divisão social do trabalho mais observável nas sociedades capitalistas: a divisão entre o privado e o público, entre o doméstico (que aqui significa o privado). Dependendo da localização da relação de cuidados em termos destes domínios, o conceito de cuidados pode ser radicalmente diferente. Por exemplo, se o domínio dos cuidados for o privado (doméstico, cuidado informal), os cuidadores formais (voluntários ou remunerados) tendem a ficar de fora do conceito de cuidados, e vice-versa.

O carácter económico da relação de cuidados enuncia-se pelo facto do relacionamento de cuidados ter subjacente um determinado retorno, sejam pessoas da mesma família ou não. Embora muito relacionada com a dimensão anterior, esta é analiticamente separada daquela, uma vez que as relações de cuidados privadas não são exclusivamente não remuneradas e as públicas não são exclusivamente remuneradas. Finalmente a instituição onde ocorre a relação de cuidados diz respeito às condições físicas onde ocorrem os cuidados.

Para England (2005) as actividades tradicionalmente femininas auferem menor remuneração que as masculinas. Estas diferenças são evidentes tanto para homens como para mulheres que estejam em ocupações tidas como próprias das mulheres, sobrecarregando proporcionalmente estas últimas, dado que são as mais representadas nesses sectores de actividade. Incluem-se neste grupo as profissões de prestação de cuidados. Como as diferentes culturas desvalorizam a mulher, por associação cognitiva, o seu trabalho é também desvalorizado. Outra consequência é a que atribui, por esta via, uma maior importância ao trabalho desenvolvido pelos homens, fazendo com que os seus empregos sejam melhor remunerados, mesmo para as mulheres que os desenvolvem. As consequências destes enviesamentos culturais são mais notórias de cada vez que uma nova profissão é reconhecida pela sociedade.

Prosseguindo esta perspectiva a prestação de cuidados, por ser uma actividade vista como algo que é próprio da mulher, algo especificamente feminino, acaba por ser pouco valorizado e remunerado. England (2005) identifica o “trabalho de cuidados” (*care work*) como um conjunto de ocupações que prestam um serviço às pessoas capazes de lhes desenvolver as suas capacidades. No grupo dos “trabalho de cuidados” estão profissões que envolvem cuidados a crianças, ensino a todos os níveis académicos e todos os tipos de prestadores de cuidados de saúde (enfermeiros, médicos, psicólogos, psicoterapeutas). Controlando uma série de variáveis (competências requeridas, níveis educacionais, indústria, componentes de género), England (2005) verificou que as ocupações de prestação de cuidados, pagavam menos 5 a 10% que outras profissões. Estas conclusões são compatíveis com os quadros de desvalorização do trabalho de cuidados, embora não exista evidência que permita afirmar que isto ocorre pelo facto de se tratar de um trabalho eminentemente feminino e da subsequente institucionalização destas diferenças.

Interessa finalmente rever alguns aspectos profissionais que se relacionam com a questão do cuidado e do autocuidado, pela sua implicação em termos de biopolítica e biopoder. Um dos objectivos do trabalho de enfermagem, passou a ser a maximização do bem-estar e a promoção do autocuidado. Quando se trabalha para o autocuidado pessoal e mesmo em contexto de grupo, os enfermeiros pretendem promover a saúde, a autonomia, a responsabilidade, a independência das pessoas, visando que elas diminuam a utilização (indevida

e/ou excessiva) dos serviços de saúde, contribuindo deste modo para a redução das despesas com saúde. Esta reflexão, anteriormente veiculada também em relação aos médicos e farmacêuticos, visa estabelecer que os profissionais de saúde são executores de políticas. Em certa medida os profissionais de saúde, através da incorporação de princípios orientadores, princípios de boas práticas ou de políticas assumidas pelo Estado, são aqueles que executam a política, que a passam à prática e que servem de correia de ligação entre as decisões que interessam ao estado e as mudanças comportamentais que são esperadas nos cidadãos. De algum modo são elementos de biopolítica, ou seja, quem está capacitado para transmitir, convencer e habilitar o cidadão a tomar conta de si.

Se regressarmos ao início deste capítulo, verificamos que esta capacidade que, de acordo com as estratégias do Estado, terá de ser cada vez mais treinada e assumida como uma responsabilidade de cada profissional, visa a mudança comportamental de cada um dos doentes – tornando-o mais responsável pela sua saúde e pela gestão da sua doença -, mas também pretende a desvalorização do seu trabalho. Ao treinar habilidades necessárias ao autocuidado, o profissional aceita passar para a esfera profana, aquilo que em ambientes profissionais é alvo de remuneração. Ao mesmo tempo, uma habilidade treinada pode ser replicada na família ou na vizinhança, deixando de pertencer à esfera profissional e alvo de remuneração. Esta banalização daquelas que são actividades remuneradas em contexto profissional, numa época em que cada vez mais cuidados exigentes de conhecimento e habilidades são passados para o domicílio dos doentes, produz um duplo efeito: haverá cuidados que deixarão de pertencer à esfera profissional, deixando por isso, de ser remunerados, ao mesmo tempo que (esses mesmos profissionais que vêm o seu trabalho desvalorizado) treinam os cidadãos a lidarem cada vez mais e melhor com tarefas preventivas e de gestão da doença, no sentido de diminuir a despesa com saúde e de evitar a utilização excessiva dos serviços de saúde.

Verificamos nesta abordagem de conceitos teóricos próprios de cada profissão de saúde (as suas responsabilidades nesta matéria estão explícitas em documentos doutrinários) que estes desenvolvimentos da medicina social (Foucault, 2004) apenas são passíveis de se desenvolverem no contexto neoliberal que perpassa a modernidade tardia. A preocupação com a disciplina, com o controlo e com a normalização da vida quotidiana, em proveito do capitalismo acaba por se intensificar, através de técnicas cada vez mais sofisticadas de governamentalização liberal. Apenas neste contexto político seria possível vermos desenvolver-se a capacidade de normalização da vida de cada um e de todos, envolvendo claramente nesse âmbito os próprios grupos profissionais. Este modo de governação supõe uma nova relação entre poder e verdade, através da qual o Estado assume a naturalidade da vida social, ou seja, incorpora e apoia os discursos profissionais de sua conveniência, difundindo

um conjunto de ideias apoiadas em basta evidência, de acordo com os interesses liberais. Nessa medida, as elites investigadoras e responsáveis pela difusão dessas evidências, acabam por fornecer ao Estado uma panóplia de razões que compõem a verdade que interessa em cada momento. Este conceito de liberalismo permite compreender o erro daqueles que teimam em reduzi-lo a uma teoria política, na medida em que os princípios normativos do liberalismo são indissociáveis de um conjunto de técnicas disciplinadoras, de controlo e de normalização dos indivíduos e das populações. Permite ainda compreender dois factos essenciais: em primeiro lugar o modo como se transformaram grupos profissionais em executores de políticas (de *l'État de police*) (Foucault, 2004) e em segundo lugar, compreender como é que a saúde pública aparece como problema político, através de um novo regime de poder e de uma nova organização social.

Estes dois aspectos estão associados, na medida em que o poder atribuído à medicina surgiu como consequência de um novo regime de poder que a transformou num dos saberes que contribui para o seu sucesso e desenvolvimento. O mesmo se passa quando também os enfermeiros afirmam o autocuidado como um dos seus desígnios. Visam enquadrar-se exactamente como um dos saberes que difundem e incrementam a disciplina e a normalização, contribuindo em simultâneo para a sedimentação do capitalismo. Estas duas questões são ainda resultantes de duas transformações ilegítimas (Foucault, 2004): em primeiro lugar a substituição da saúde pela doença, como objecto da medicina e em segundo lugar, a substituição de uma medicina coercitiva por outra que desse resposta prioritária às necessidades formuladas pelos doentes. Se num primeiro momento tivemos todo um movimento de medicalização do social que ainda hoje se debate com propriedade, num segundo momento encontramos a abertura e receptividade do estado neoliberal à ideia de resposta às necessidades dos doentes como uma prioridade. Esta prioridade abriu campo à descentralização, mas também à ideia de que os sistemas de saúde, e os seus profissionais, estão centrados sobre si mesmos, permitindo-nos afirmar que a principal dificuldade desses sistemas foi estarem centrados sobre aquilo que entendiam que era melhor para as populações, em vez de se preocuparem com a procura. O investimento inverso ganhou caminho, num quadro de desvinculação do Estado para com as políticas sociais, mormente da saúde. Em nome de um novo universalismo, o estado liberal passou a pretender assumir os melhores cuidados para todos, sem qualquer excepção. Num contexto de contração económica e mantendo este desígnio, instala-se uma nova lógica, ou seja, a intervenção de privados na prestação de cuidados de saúde, como forma de garantir, mediante arranjos financeiros em que o Estado é o principal financiador, que todos possam aceder a cuidados de saúde. É deste modo que o Estado surge como financiador de prestadores privados de cuidados de saúde,

orientado pela razão maior da igualdade de acesso: onde o Estado não tem resposta, surge a substituição pelos privados, pagos simultaneamente pelos cidadãos e pelo Estado.

Conclusão

A produção de cuidados de saúde na família não é mais do que uma forma de autocuidado. Esta constitui uma nova tecnologia de poder utilizado pelo Estado como forma de disciplinar os corpos e de normalizar os comportamentos. A produção de cuidados pelas famílias, pelos cuidadores informais e a incorporação do autocuidado pelos indivíduos, surgem cada vez mais como práticas correntes que desoneram o Estado de substanciais despesas de saúde. Ao mesmo tempo, estas ideias são veiculadas através de discursos de verdade acerca da gestão das doenças crónicas.

No âmbito de uma transição epidemiológica que torna cada vez mais presentes as doenças crónicas e a polimedicação, o Estado transforma o doente, a família e a sociedade em actores capazes de actividades preventivas e de gestão da doença. Esta mudança para a aceitação do doente enquanto elemento activo na relação com os profissionais de saúde e com a sua própria saúde, passa pela normalização dos comportamentos, através de discursos de verdade acerca do que é o não saudável e do que pode ou não ser feito em prol da saúde. Neste contexto, a capacitação do doente funciona em duas vertentes: de um lado um indivíduo ou uma sociedade saudáveis serão mais produtivos; de outro lado, pessoas que consigam lidar com factores preventivos (alimentação, exercício, auto-medicação) irão desonerar o Estado em matéria de saúde, ao mesmo tempo que utilizam mais racionalmente os serviços de saúde.

Se o cuidado é algo inerente à existência humana, esta ideia de autocuidado que se vê cada vez mais sancionada e regulamentada pelo Estado e suportada em evidência que demonstra as suas consequências e a necessidade de políticas que a enquadrem, surge como um exercício regulador, não de algo que seja intrinsecamente humano, mas de um conjunto normativo que é integrado no discurso clínico, visto aqui como uma das formas de exercício do poder, pelo Estado neoliberal. Cuidado e autocuidado são banalizados pelo Estado e devolvidos aos cidadãos como uma reificação de uma característica do ser, mas também de uma actividade que teria de remunerar se exercida em exclusivo por algum dos grupos profissionais da saúde.

Bibliografia

- ADORNO, F. (2008), Editorial. Klésis Revue philosophique, *La biopolitique*, 8, 2-4.
- AHO, J. e AHO, K. (2009), *Body matters. A phenomenology of sickness, disease, and illness*, Lanham (USA), Lexington Books.
- ARENDT, H. (1961), *Between past and future-Six exercises in political thought*, New York, The Viking Press.
- COLLINS, M., BRADLEY, C., O'SULLIVAN, T. e PERRY, I. (2009) Self-care coping strategies in people with diabetes: a qualitative exploratory study, *BMC Endocrin Disorders*, 9, 6. DOI: 10.1186/1472-6823-9-6.
- DOWNING, L. (2008), *The Cambridge introduction to Michel Foucault*, Cambridge (UK), Cambridge University Press.
- ENGLAND, P. (2005), Emerging theories of care work, *Annual Review of Sociology*, 31, 381-99.
- ESPOSITO, R. (2008), *Bíos: biopolitics and Philosophy*, Minneapolis, University of Minnesota.
- FOUCAULT, M. (2004), *Naissance de la biopolitique. Cours au Collège de France (1978-1979)*, Paris, Seuil/Gallimard.
- GODFREY, C., HARRISON, M., LAMB, M., GRAHAM, I., OAKLEY, P. (2011), Int. J. Evid. Based Health, 9(1):3-24. doi: 10.1111/j.1744-1609.2010.00196.x.
- HEIDEGGER, M. (1985), *The history of the concept of time*, Bloomington, Indiana University Press.
- HEIDEGGER, M. (2005), *Ser e tempo* (parte 1), (Tradução de Marcia Schuback), Rio de Janeiro, Editora Vozes.
- KAWASHI, I. e BERKMAN, L. (Ed.) (2003), *Neighborhoods and Health*, New York, Oxford University Press.
- National Primary Care Research and Development Centre (2009), *What influences people to self care?*, University of Manchester.
- TARABOCHIA, A. (2011), Affirmative biopolitics and human nature, in Franco Basaglia's thought, Angelaki, *Journal of the Theoretical Humanities*, 16 (3), pp. 85-99.
- THOMAS, C. (1993), De-constructing concepts of care, *Sociology, Sage Publications*, 27 (4), pp. 649-69.
- União Europeia (2012), *A contribuição da UE para um envelhecimento ativo e solidariedade entre gerações*, Luxemburgo, Serviço de Publicações da União Europeia.
- WALSH, K. e GANNON, B. (2011), Perceived neighbourhood context, disability onset and old age, *The Journal of Socio-Economics*, 40, pp. 631-636.
- WEBBER, D., GUO, Z., MANN, S. (2013), Self-Care in health: we can define it, but should we also measure it? Self-care, *Advancing the study and understanding of self-care*, 4 (5), pp. 101-106

SAÚDE DO PONTO DE VISTA FAMILIAR E ALIMENTAR

Ângela Oliveira | Socióloga: Agente Bimby da empresa Voz Werk Portugal

Maria Engrácia Leandro | Investigadora do CIES-ISCTE Instituto Universitário de Lisboa

Os Nossos alimentos devem ser os nossos medicamentos

Ernest Shneider

Introdução

Do ponto de vista do público, desde tempos de antanho, a alimentação é o domínio de prevenção por excelência (M. Blaxter e L. Paterson, 1982; D. Harris e S. Guten, 1979; F. Osiek-Parisod, 1990; D. Servan-Schreiber, 2003). Há cerca de dois mil e quatrocentos anos, Hipócrates dizia: deixa a tua alimentação ser o teu remédio e o teu remédio a tua alimentação (J. Jouanna, 1992). Estudos mais recentes sobre a dieta dos primeiros humanos e os efeitos dos alimentos com ómega 3 sobre o desenvolvimento do cérebro atestam que se trata de um elemento crucial para o efeito (D. Servan-Schreiber, 2003). Actualmente, o stress e a depressão são definidos pela Organização Mundial de Saúde (OMS) as doenças do século. Só que as mesmas manifestam-se muito mais intensamente nas sociedades ocidentais, ao invés das populações asiáticas onde a depressão é cerca de doze vezes menor. Ora, estas últimas introduzem na alimentação corrente muito mais alimentos com estas propriedades, como é o caso do peixe e nomeadamente do peixe pequeno.

Não obstante, durante muitos séculos a própria medicina ocidental, talvez mais recentemente deslumbrada com as descobertas químicas e biológicas, a eficácia dos antibióticos e dos medicamentos no combate à doença, em grande parte, foi dando menos importância à influência da alimentação sobre a saúde, ao contrário da medicina antiga chinesa, tibetana e greco-romana. Posição contrária tem vindo a ser tomada ao longo das últimas décadas, mercê de estudos que têm vindo a revelar que os alimentos são constituintes essenciais da saúde dos humanos em todas as suas dimensões biológicas, mentais, culturais e sociais (idem). Não basta alimentar-se para não passar fome. Importa, simultaneamente, seleccionar o que é benéfico para a saúde e ao invés banir o que a pode prejudicar. E não se pense que comportamentos desta índole têm essencialmente a ver com as condições económicas e sociais de existência. Há muitos outros factores não menos importantes que contribuem para este fenómeno, com particular destaque para a cultura e a construção dos gostos alimentares desde a mais tenra idade (M^a E. Leandro, A. S. Leandro, V. Henriques, 2010).

O espectro da oferta alimentar nunca foi tão variado e tão aliciante para o olhar e para a pituitária, quiçá para a afirmação social e cultural, como hoje, sem que se possa dizer que as escolhas possam ser as melhores para a saúde. Fica, assim, claro que se as sociedades modernas, mesmo caracterizadas pelo facto de dominarem a raridade dos produtos alimentares, são atravessadas por uma ansiedade relacionada com os critérios a ter em conta quando se trata de escolher os alimentos que se querem consumir (C. Fischler, 1980).

Os comportamentos alimentares são hoje muito mais individualizados e menos sujeitos ao controlo social do que no passado, em que as regras restritas, veiculadas sob a forma de interditos ou de rituais em grande parte decorrentes das religiões, dos hábitos e costumes, definiam as margens do permitido e do proibido, do aceitável e do absolutamente interdito (J-P. Poulain, 2002). Vários estudos (C. Fischler, 1986; L. Cardia -Vonèche e B. Bastard, 1991). Nos nossos dias, os comportamentos e os saberes relacionados com a alimentação no seio da população inscrevem-se numa constelação de representações sociais, científicas e tecnológicas, inclusive no que se refere à tradição, como vem sendo, por exemplo, o caso da revalorização da alimentação mediterrânea e do peixe miúdo.

Uma interpretação estruturalista pode permitir apreender este recurso aos conhecimentos médicos como um reflexo da medicalização da sociedade das práticas quotidianas (L. Cardia -Vonèche e B. Bastard, 1991, M. Drulhe, 1996). Adoptando uma posição funcionalista, C.Fischler (1986), sugere que as normas médicas, definindo o que é bom e nocivo para a saúde, vêm substituir os saberes tradicionais e, deste modo, preencher as lacunas actuais do sistema simbólico, permitindo às mães – uma vez que são estas que mais continuam a ocupar-se da alimentação dos familiares – de efectuar escolhas judiciosas e justificar as suas práticas.

Por outro lado, a industrialização das sociedades, o desenvolvimento da ciência, da tecnologia e das redes modernas de distribuição alimentar têm vindo a subtrair a ligação entre o consumidor e a produção dos alimentos que come. Os elementos de confiança e segurança inter-pessoal que existiam nos circuitos tradicionais desapareceram com a pujança da indústria alimentar e dos seus canais de divulgação, distribuição e comercialização (J-P. Poulain, 2002). Aliás, os modos actuais de produção têm vindo a criar novos riscos como se verificou recentemente com a crise das vacas loucas, a febre aftosa, a gripe das aves... transmitidos aos humanos sob o espectro de novas formas de doença até mortíferas em algumas situações. Outro tanto se diga dos medos modernos em torno de bactérias, agentes conservadores, pesticidas, hormonas, excessos de sal, gordura, açúcar e outras substâncias químicas contidas nos alimentos. Trata-se de um conjunto de riscos invisíveis (U. Beck, 2001) ou ainda de riscos manufacturados (A. Giddens, 1990).

Actualmente, pesem embora o aumento dos estudos prosseguidos sobre esta matéria, os efeitos (des)favoráveis para a saúde decorrentes da alimentação ainda não estão cabalmente estudados. Não obstante, a multiplicidade e a diversidade das informações relativas à alimentação levam a um sentimento de mal-estar no seio da população. Considerada crucial para a manutenção da saúde, quer por peritos quer pelas populações em geral, a alimentação é, assim, um reduto de esperança para evitar e vencer muitas doenças (D. Khayat, 2010; D. Servan-Schreiber, 2003) e um domínio de tensão entre saberes dos leigos e saberes dos cientistas e dos peritos.

Queira-se ou não, terá que se ter igualmente em conta o papel das famílias, e no seu seio particularmente das mães, que procuram elaborar práticas alimentares sãs num contexto muito frequentemente marcado pela pluralidade da oferta, publicidade, a restrição dos horários familiares para o exercício destas tarefas, pelas incertezas, a construção dos gostos alimentares, os hábitos culturais, mitos, ritos e condições sociais de existência. As questões que levantamos sobre esta problemática, no âmbito do projecto POCTI/2004, financiado pelo FCT, com o título: “*O contributo (in)visível. A gestão familiar dos cuidados de saúde*” visam sobretudo relevar a intrincada relação que se tece entre a família, enquanto prestadora de cuidados, a alimentação e a saúde. Para estudar este fenómeno socorremo-nos de uma metodologia de cariz quantitativo, cujos dados foram recolhidos através de inquéritos por questionário, junto de 1067 famílias, em quatro concelhos de regiões diferenciadas do país: Braga, Caldas da Rainha, Évora e Vila Real.

A alimentação e as suas vicissitudes

Vivemos numa época em que a alimentação quase que define a evolução dos países: por um lado temos os países desenvolvidos, em que há excesso de alimentos e cujas populações tendem a sofrer de obesidade, diabetes, colesterol... cuja incidência se alastra desmesuradamente; por outro temos os países subdesenvolvidos em que a desnutrição por falta de alimentos é avassaladora. Ambos os extremos conduzem a doenças que matam diariamente muitos seres humanos.

A industrialização da alimentação e os agentes químicos que esta implica são igualmente importantes para compreendermos as consequências que os alimentos emitem ao nível da saúde. Estes eram conhecidos e tidos como os “nossos medicamentos” mas, à medida que as sociedades se desenvolvem há uma inversão no desempenho do papel activo da alimentação. Esta (in)evolução da sociedade repercute-se na instituição elementar que é a família. A família era a instituição educadora e cuidadora e, muitas vezes, curandeira, pois era nas mulheres que estava o conhecimento do poder dos componentes

alimentares, dos chás, das ervas e das mesinhas, enquanto hoje se desvaloriza o seu impacto. As revoluções científicas, tecnológicas, económicas, sociais, culturais e medicamentosas, com a indústria farmacêutica sempre em busca de mais novidades e de ganho, revelando-se mais rápidas e mais operatórias sob o ponto de vista das curas, têm contribuído para esse muito menor impacto. Se antes se corria à sabedoria e à experiência dos antepassados, o que os ingleses tão bem traduziram na expressão: “a apple a day keeps the doctor away”, hoje – graças também ao aumento do poder de compra e às medidas da segurança social no atinente ao pagamento de medicamentos – recorre-se sobretudo às experiências laboratoriais transformadas em medicamentos: “é o remédio”, apelam as sociedades hodiernas.

A estas transformações juntam-se também as que se têm vindo a produzir nas formas e nos modos de ser família. As relações de género modificam-se e a mulher ingressa no mercado de emprego como o homem e participa mais na vida pública e social, pelo que não dispõe agora de tempo e condições para se poder ocupar da família e das tarefas domésticas como antes. Daí toda esta aceitação da industrialização da alimentação e do recurso aos pratos pré-cozinhados. Não que a culpa seja da “Eva” ou do “Adão”, mas é o “vírus” que invariavelmente consome os frutos das transformações sociais.

A história do desenvolvimento dos humanos passa pelo desenvolvimento da alimentação, as condições de vida, a higiene, a salubridade e a saúde. Desde sempre, tiveram necessidade de satisfazer uma carência bio-fisiológica – o acto de comer – tomando, paulatinamente, consciência que a alimentação contribui enormemente para o desenvolvimento humano saudável. Basta reparar no crescimento dos humanos ao longo dos séculos correlacionado com múltiplos factores geográficos, climáticos, económicos, profissionais, sociais e culturais no seio dos quais se destaca a influência da alimentação e da pertença social (C. Fischler, 1990; M^a E. Leandro, A. S. Leandro, V. Henriques, 2010). As actuais gerações crescem mais do que as anteriores.

Haverá, ainda, lugar para dizer que as práticas alimentares nem sempre foram lineares. Nos primórdios, os primatas apenas comiam o que a terra lhes fornecia: raízes e plantas. Depois descobriram o fogo, que para além da sua função de aquecimento, também permitia cozinhar estes alimentos. À medida que o tempo passava, os humanos foram criando novas formas de preparação e de desinfecção, juntando novos elementos nutritivos. Com a pesca, verifica-se uma melhoria significativa na alimentação e, mais tarde, surge a caça e o cultivo das terras. É desta forma, que desenvolvemos os dentes caninos, cuja função é rasgar a carne.

Bastante tarde, graças à revolução industrial, uma nova era social e económica permite uma revolução salarial que, por sua vez, confere o acesso a melhores níveis de vida, mais higiene e cuidados na própria casa e no trabalho

e a possibilidade de escolha de uma alimentação mais variada, completa e saudável. Mas só após a 2ª Guerra Mundial estes aspectos foram mais notáveis, graças a uma intensa melhoria das condições sócio-económicas nas sociedades ocidentais, permitindo também aos operários e suas famílias acederam ao consumo dos bens que produziam, como de vários outros, o que se veio a intensificar. É a afirmação contínua da designada sociedade de consumo, do desperdício e do descartável. Contudo, estas facetas não crescem em todos os países de igual modo, nem da mesma forma, o que faz com que tenhamos vindo a assistir à penúria alimentar para uns e ao excesso e exagero na facilidade de aquisição de produtos alimentares para outros. Só que, muitas vezes, estes são pobres em nutrientes favoráveis para a saúde e ricos em produtos nocivos.

Frise-se que, sobretudo desde a segunda metade do século XX, com a crescente industrialização da alimentação e a respectiva introdução de produtos químicos com destaque para os conservantes, produtos gaseificados, açucarados, salgados e molhos para os tornar mais apetecíveis ao paladar, logo mais consumíveis, têm vindo a surgir mais efeitos nocivos para a saúde, como muitos estudos vindos de vários bordos o têm vindo a assinalar. Mas, apesar disto, a busca do lucro pelo lucro não para de crescer. O que importa é que sejam consumíveis, vendáveis, lucrativos e saborosos ao paladar (idem).

Nos países desenvolvidos, há cada vez mais adeptos das comidas rápidas, tipo “fast-food” económico e saboroso, inventando mil e uma desculpas para não preparar refeições mais saudáveis. Este tipo de comidas vicia os consumidores e estes nem se questionam quanto ao valor nutricional do que ingerem. Neste universo alimentar reinam as batatas fritas, banhadas em óleo, os hambúrgueres acompanhados com molhos deliciosos como o ketchup, maionese, mostarda, salsichas, enfim os fritos e o sal (dois grandes inimigos da saúde, se não forem ingeridos de forma moderada e saudável). Prevaecem os lanches com bolos e bebidas açucaradas. A sopa nem sempre aparece nas refeições das crianças, adolescentes e adultos. Quando muito, é só para os mais pequenitos, quando o médico assim o recomenda ou para os mais velhos que do seu consumo fizeram hábito.

A água ou vinho que, frequentemente, regavam as refeições, são substituídos por refrigerantes açucarados, com destaque para a gente jovem. Estas novas atitudes face à alimentação emergiram graças ao desenvolvimento económico, à solidificação da sociedade de consumo, às mudanças sociais, como, por exemplo, a entrada da mulher no mercado de trabalho, ao crescente impacto da difusão do fast-food, do recurso aos pratos congelados, proporcionando o “pronto a cozinhar” e do pronto a deitar fora e pelas mudanças culturais, também intensificadas com o fenómeno da globalização, mais benéfica para as sociedades ocidentais.

Ao contrário, nos países subdesenvolvidos, impera a escassez alimentar onde nem pão suficiente há para alimentar as populações, já para não falar nas frutas, legumes, no leite, na carne e no peixe. A alimentação destas populações é muito pobre e isso é sequência e consequência do seu menor desenvolvimento, da propagação de doenças, da menor esperança média de vida, pois além de não possuírem grandes condições de higiene, também não estão fisicamente dotadas de defesas internas. Posto isto, verificamos que a falta de qualidade da alimentação pode conduzir à doença e ao invés no que se refere à saúde se for bem cuidada.

Mudanças sociais e alimentares sob a influência da Revolução Industrial

Sob a égide das ideologias do progresso e do desenvolvimento, a revolução industrial trouxe consigo profundas transformações sociais, económicas, culturais, sanitárias e políticas, entre outras. A este surto de desenvolvimento, também não escapa a paisagem construída. Crescem as cidades existentes, emergem muitas outras e com elas muito do que estamos habituados a ver nos nossos dias: cinemas, restaurantes, cafés, bares, grandes superfícies comerciais, etc. Refira-se, porém, que foi apenas no século XIX que foi criado, em França, o vocábulo de restaurante que rapidamente se difundiu para outras culturas e que ainda hoje prevalece em toda a parte (J. Goody, 1982). Anteriormente, por razões mais relacionadas com as condições económicas e as culturas, tais práticas não faziam parte dos usos e costumes.

Para adoptar um novo alimento ou vocábulo capazes de se universalizarem, não bastam que estejam disponíveis. É preciso haver outras condições, como, por exemplo, saber que são apreciados por um grupo social julgado superior ou por culturas e povos prestigiados como era o caso dos franceses nesta época (M^a E. Leandro, 1987; 1995, 2012), embora hoje seja mais o que vem dos Estados-Unidos. Repare-se que a recente valorização que tem vindo a ser atribuída à “dieta mediterrânea”, para além das (re)descobertas médicas e nutricionistas acerca das suas benéficas influências sobre a saúde, também não escapa a influências desta índole, tal como entre nós vai acontecendo com a revalorização da gastronomia tradicional.

De qualquer modo, as características do espaço habitado e muito concretamente a divisão entre espaço urbano e espaço rural têm contribuído para muitas transformações no âmbito da problemática que estudamos. Invoquemos o lugar da mulher e a sua relação com a sociedade. Segundo B. Kayser (1990), M. Weber (1971) e J. Madureira Pinto (1985), as características que delimitam o rural, o campo, prendem-se com a densidade de habitantes e construções relativamente fraca, o uso económico predominantemente agro-silvo-pastoril,

a taxa de fecundidade normalmente mais alta do que na cidade (o que hoje é menos o caso), a estrutura etária mais envelhecida, o maior grau de solidariedade e sociabilidade entre a vizinhança, o maior número de festividades religiosas, o menor recurso e gozo de férias. A homogeneidade e a igualdade social fazem-se notar mais nas comunidades tradicionalmente camponesas. Já a cidade caracteriza-se pela concentração geográfica, espaço considerado grande e de elevado número populacional, acentuada divisão do trabalho, heterogeneidade e grande oferta de bens e serviços.

A cidade, ainda que de modo mais fugaz, é palco de mais interação social através da grande diversidade de contactos sociais, na maioria das vezes de cariz utilitário. É igualmente considerada como fonte de inovação, tanto em termos de desenvolvimento técnico, como espiritual, intelectual e cultural, dado ser aqui que estão instaladas as respectivas infra-estruturas. Apesar de todas estas diferenças, hoje menos acentuadas, a cidade e o campo estabelecem relações de troca entre si, ainda que desiguais. Mas é o campo que além de mais se poder abastecer a si próprio, também abastece a cidade não apenas em bens alimentares mas também com alguma força de trabalho que aí se desloca quotidiana ou semanalmente para o efeito. Esta divisão territorial, de algum modo, dividiu também consciências e, conseqüentemente, formas e comportamentos sociais diversificados inclusive de natureza alimentar.

Por outro lado, a revolução industrial fomentou analogamente o desenvolvimento científico e tecnológico. Porém, foi sobretudo após a Segunda Guerra mundial que mais se tem intensificado e tornado extensivo a todos os domínios da vida humana, profissional, social e cultural. Ao nível da agricultura verificaram-se grandes invenções com o aparecimento de novas alfaías agrícolas e produtos químicos que em muito favoreceram a vida dos agricultores. Estes permitem ao agricultor um trabalho mais rápido, mais eficiente e menos pesado fisicamente. Os produtos químicos também contribuem para profundas transformações na agricultura, favorecendo o aumento da produção. O aparecimento destas técnicas e produtos fez com que as frutas, hortaliças e legumes crescessem mais depressa, estando presentes todos os dias nas nossas casas. Simultaneamente, com o impacto do desenvolvimento da tecnologia de refrigeração operam-se duas grandes mudanças: reverter as qualidades alimentares e prolongar a vida dos alimentos. Assim, é possível consumir vários tipos de alimentos que de sazonais passaram a estar disponíveis durante todo o ano. Se daqui advém benefícios também podem vir conseqüências para a saúde de quem os consome, devido essencialmente a um muito maior recurso a produtos químicos, visando acelerar a produção e a maturação e aos efeitos secundários da própria refrigeração.

Em suma, todos estes surtos de progresso e desenvolvimento, tendo sido pensados para aliviar a penalidade do trabalho agrícola, em função da

utilidade e rentabilidade dos investimentos na agricultura e, sem sombra de dúvida, no aumento da produção, também têm vindo a produzir efeitos secundários quanto à saúde. “O Homem da era industrial perdeu o contacto com a natureza e, em poucas gerações, desbaratou conhecimentos empíricos fundamentais acerca de equilíbrios alimentares” diz-nos E. Peres (2003).

A gestão dos cuidados alimentares na família

A filosofia platónica “tem subjacente uma “paideia”¹⁹, isto é, uma noção própria de educação e cultura onde está patente a reflexão sobre o homem como ser individual e social. Aristóteles, na sua “Polis”, pensando o homem como ser urbano, designa-o de “animal político”, que deve prover a tudo o que diz respeito à vida da “cité”. Apenas está aqui incluído o homem ser masculino e cidadão grego (deixando de fora as mulheres, os metecas e os escravos), a quem compete lidar com as questões da educação, do ensino e da política, já que a mulher era possuidora de capacidades para a virtude. Milenar e secularmente, esta ideia foi predominante no pensamento dos homens e no comportamento das mulheres. Desta forma, ambos necessitavam de partilhar a vida porque eram interdependentes e reciprocamente úteis. De algum modo, as mulheres eram concebidas como seres incompletos, encontrando esse complemento no homem. Frise-se que só a partir de 1828 foi considerada e aceite a ideia da mulher também ser possuidora duma alma (P. Darmon, 1983). Assim se concebia e deveria funcionar a família. As mulheres, como não podiam e não tinham capacidades para participar na vida política, social e no trabalho fora de casa, eram obrigadas a depender dos homens para as sustentarem. Para os homens, era muito cómodo e vantajoso casar porque necessitavam de cuidados domésticos e, desta forma, garantiam a continuidade das gerações, através da reprodução. O casamento era uma “troca de favores”.

Os casamentos eram objecto de arranjo entre famílias que, propositadamente, tendiam a escolher o cônjuge para os seus filhos entre famílias da mesma classe social ou classes mais ricas, mas nunca para grupos mais pobres do que o seu. As famílias caracterizavam-se por serem alargadas e tradicionais, onde o jovem casal dependia da casa dos pais ou dos avós para viver. Estas famílias eram prolíferas, pelo que as taxas de natalidade eram elevadas. Havia uma restrita hierarquia e rígida divisão das tarefas entre o marido e a esposa. A ele cabia-lhe ser o senhor ganha-pão, por conseguinte angariador de recursos de sobrevivência familiar fora de casa. A ela, estava atribuído o trabalho doméstico. Como refere S. Beauvoir (1976 [1949]), para a mulher o acto sexual

19 Termo grego que significa educação, não como mera transmissão de uma técnica, mas como formação global e universalizante do ser humano. Significa também cultura na sua acepção mais profunda (M. Fernandes e Barros, 1997: 172).

é um acto que esta presta ao marido, em troca de sobrevivência e fonte de capital que representa e pode explorar. É desta forma que, segundo a autora, o casamento pode ser uma profissão com (des)vantagens de vária ordem. As obrigações práticas das mulheres para com os homens são “cuidar da casa e educar os filhos” (idem: 226).

Era realmente o que se verificava. Enquanto o homem trabalhava fora de casa, a mulher ocupava-se das tarefas domésticas: cuidar da casa, lavar a louça e a roupa, passar a ferro, educar os filhos, confeccionar as refeições e cuidar da horta. Neste contexto, os filhos homens, desde cedo, saíam de casa com os pais para trabalharem, com a intenção de ajudar a suportar as despesas da família. Já as raparigas, vestidas de saias ou vestidos, permaneciam em casa para aprenderem a desempenhar as mesmas tarefas que as mães. A horta, tratada e cuidada pelas mulheres, permitia colher produtos frescos e saudáveis que cresciam apenas com terra, estrume e água. Assim cozinhavam de forma saudável. Neste espaço ou noutros, a dona de casa colhia ainda frescas ervas ou plantas medicinais que em muito contribuíam para a prevenção da saúde ou cura da doença. Este sábio conhecimento, transmitido de geração em geração, tem vindo a revalorizar-se em virtude da importância que se atribui aos produtos naturais e às “medicinas não convencionais” (M^a E. Leandro, 2014). Estas permitiam e permitem curar uma indisposição, dor de estômago, da barriga, da cabeça ou até mesmo feridas, acalmar os nervos e perturbações de sono ou outras maleitas.

As refeições, nas quais a sopa estava sempre presente, regiam-se por um horário rígido, ajustado aos horários de trabalho do marido e da escola dos filhos. Em muitas situações, “O pão e a sopa garantiam a sobrevivência, neste regime de penúria e carência alimentar, na quotidianidade rotineira, e a carne (alimento dos ricos e abastados) estava associada nas classes desfavorecidas à quotidianidade excepcional, tanto problemática, em situações de doença, como festiva, revestimento de significação agonística” (P. Lopes, 2006, 84). Convém recordar que o pão desde sempre fez parte da história da alimentação do Homem. Este é um alimento universal. No livro do Génesis, após a queda do paraíso, Deus diz ao homem: “Comerás o pão com o suor do teu rosto” (Gén.3, 19), embora o vocábulo pão, nesta afirmação, se refira a tudo o que diz respeito à alimentação. O pão remete para o corpo de Jesus Cristo, e quem dele comer, isto é, quem dele se alimentar espiritualmente, viverá para sempre, dado que os católicos acreditam na vida para além da morte. Porém, quando utilizamos a expressão “comer o pão que o diabo amassou”, referimo-nos a uma punição, a um castigo. Nos Actos dos Apóstolos, o autor ao falar da comunidade modelo, afirma: “Partiam o pão em suas casas e tomavam o alimento com a alegria e simplicidade de coração, louvando a Deus e tendo a simpatia de todo o povo” (Actos 2, 46-47).

“Quem dá o pão, dá a educação” (isto é o sustento) é um provérbio utilizado, muitas vezes, pelos pais para assegurarem a sua autoridade perante os filhos, já que estes dependem daqueles para sobreviverem. Assim sendo, a autoridade pertencia ao pai que era soberano no espaço familiar. Como chefe de família, sentava-se no topo da mesa e era o primeiro a ser servido. “Comia-se o que a terra dava” (P. Lopes, 2006, 87), sem adição de condimentos, para além dos alimentos produzidos pela própria agricultura e pecuária, estes conservados através das marinadas e do sal. Na verdade, saboreava-se uma refeição saudável, equilibrada e em quantidades próprias, devido à escassez de dinheiro e à oferta que o mercado dispunha que, pelo menos, não era tão abastada, quicá exagerada, como aquela que tenta invadir as nossas casas todos os dias. Era, essencialmente, nestas tarefas que “se traduzia” o papel da mulher, pois no que respeita à vida social, política e financeira, ela não tinha qualquer tipo de intervenção, nem espaço para tomar decisões próprias.

A mulher e a sociedade desde a segunda metade do Século XIX

Todo o desenvolvimento descrito anteriormente contribui para a mudança do papel e estatuto das mulheres, na medida em que favorece a sua maior integração nas sociedades. Desde os inícios da era industrial que as mulheres entraram, ainda que temporariamente, na esfera do emprego das fábricas do têxtil, revelando-se até mais adestras do que os homens, pelo que se afiguravam uma mão-de-obra mais rentável e mais barata. Só que, com o nascimento dos filhos e sem estruturas de apoio, tinham que voltar para casa a fim de exercerem as tarefas de esposa, mãe e dona de casa, como tradicionalmente acontecia (M^a E. Leandro, 2012a).

Porém, após a segunda Guerra Mundial, designadamente por volta dos anos 1960, a situação modifica-se enormemente, devido ao grande impulso de desenvolvimento económico, social e cultural em todas as sociedades ocidentais, ímpar na história da humanidade. J. Fourastié (1979) designa este período, entre 1945-1974, de “trinta gloriosos”. É também nesta altura que se intensifica e solidifica a amplitude da sociedade de consumo (J. Baudriallard, 1995), abrindo a perspectiva de mais emprego na área dos serviços, grande sector de absorção do emprego feminino (M^a E. Leandro e F. Nogueira, no prelo). Desta feita, as mulheres entram no mercado de emprego para ficarem, acedem tal como os homens a trajetórias de escolarização mais prolongadas, beneficiam das descobertas científicas e tecnológicas em curso, com destaque para a possibilidade de poderem controlar efectivamente a sua fecundidade, graças à descoberta da pílula anticonceptiva, do menor impacto da religião em prol da defesa de valores tradicionais, da abertura das mentalidades e de mudanças jurídicas mais flexíveis. Neste contexto, a mulher deixa de ser somente a mãe/

esposa/dona de casa e passa a ser também indivíduo que trabalhar fora de casa, sendo remunerada.

É claro que este turbilhão de mudanças e esta nova forma de vida repercutir-se-ão a nível familiar. Para além do trabalho doméstico, a mulher entra num ritmo alucinante com muitas horas laborais, o que a deixa menos disponível para assegurar do mesmo modo as tradicionais tarefas domésticas. Todavia, o acesso ao salário permite-lhe contribuir para as despesas da casa e, simultaneamente, não ficar confinada às tensões do marido e ir, assim, conquistando muito mais autonomia económica, social e familiar e em consequência mais reconhecimento social.

Outra conquista paulatina das mulheres por esta altura prende-se com a questão de igualdade entre sexos, o que tem que ver precisamente com a questão de oportunidades iguais às dos homens com destaque para o emprego e a repartição das tarefas domésticas. “A igualdade entre homens e mulheres constitui um dos princípios fundamentais do direito comunitário. Os objectivos da União Europeia (EU) em matéria de igualdade entre as mulheres e homens consistem em assegurar a igualdade de oportunidades e tratamento entre os dois sexos, por um lado, e em lutar contra toda a discriminação, fundamentada no sexo, por outro” (sítio oficial da União Europeia).

Frise-se que se este conjunto de mudanças está intrinsecamente associado à plêiade de transformações em curso nas sociedades e nas mentalidades, também não é alheio à força e união das mulheres entre si, na busca de alcançarem direitos idênticos aos dos homens nas várias facetas da vida humana, social, profissional, política, cultural e familiar. É verdade que os direitos de igualdade foram alcançados, pelo menos juridicamente. Porém, quando nos referimos às tarefas domésticas, estas continuam a recair, na maior parte dos casos, sobre os ombros das mulheres. Constata-se que além das mulheres trabalharem fora de casa, ainda são elas que mais continuam a ter de se ocupar das tarefas domésticas. Daí que quando chega a casa tenha de continuar a trabalhar noutras tarefas relacionados com a vida doméstica, sem horário definido mas até que as necessidades o exijam, ao passo que grande parte dos homens se senta a ver televisão, embora alguns já invistam mais nestas dimensões da vida humana e familiar, como aliás nos revelam dados recolhidos no âmbito do projecto onde se inscreve este trabalho.

Quanto à preparação das refeições, mais de 90% das mulheres inquiridas revelam serem elas a preparar as refeições no seio da família. Embora a diferença seja mínima, as mulheres que mais preparam refeições são as que possuem o 2º e 3º ciclo (94,9%), seguidas das que completaram o 1º ciclo (94,4%); depois as que terminaram o ensino superior (94,0%) e, finalmente, as que possuem o ensino secundário (93,3%). Podemos assim concluir, que independentemente do grau de escolaridade, as mulheres continuam a ser as que mais se ocupam

destas tarefas domésticas alimentares. Contudo, segundo algumas inquiridas (4,0%), destacando-se as que possuem graus de escolarização mais elevados, os maridos/companheiros também preparam as refeições. No geral, da amostra, embora o aumento da escolarização não tenha exercido uma influência notória, a verdade é que se denota alguma mudança, à medida que a escolarização aumenta.

Relativamente aos homens, mais de metade dos inquiridos assume que é a esposa/companheira quem prepara as refeições: 87,3% dos homens com o 2º e 3º ciclo, 81,6% dos que terminaram o 1º ciclo, 65,1% dos que acabaram o ensino superior e 61,5% dos que fizeram o secundário revelam que são precisamente as esposas/companheiras que preparam as refeições.

Quando se olha para a partilha desta tarefa com o cônjuge, são os homens com ensino superior os que mais o fazem (11,6%), seguidos dos que têm o ensino secundário (6,2%). Os homens cuja escolaridade não ultrapassa o 2º e 3º ciclo são os que menos partilham estas tarefas (1,6%), seguidos dos que concluíram o 1º ciclo (2,0%). Estes dados vêm revelar que, apesar de algumas mudanças devido à abertura das mentalidades e a uma atenuada influência do aumento da escolaridade, nem por isso o ingresso da mulher no mercado de emprego lhe retirou uma maior responsabilidade e sobrecarga das tarefas doméstica quanto à alimentação.

Se tivermos em conta a influência da idade quanto à preparação das refeições, apesar da maior sobrecarga continuar a recair sobre as mulheres, denotam-se mudanças nos inquiridos com ou menos de 30 anos. Neste caso, os homens assumem uma participação ligeiramente maior do que as mulheres (52,9%). Tal facto pode ter que ver com a situação dos homens viverem sozinhos algum tempo, quer por opção, quer por motivos de emigração, ou quando, por exemplo, estudam longe de casa ou até para aqueles que têm níveis de escolarização mais elevados. Afora estas situações, constata-se, claramente, que as mulheres são as que mais se dedicam à preparação das refeições em todas as idades da vida: atingem 96,1% nas mulheres com menos de 30 anos; 91,1% nas mulheres com idades entre 30-44 anos, 95,5% nas mulheres com idades entre 45-59 anos e 94,4% nas mulheres com mais de 60 anos. Contudo, há mulheres que consideram que esta tarefa também cabe aos homens. Ora, as mulheres que afirmam contar com a execução masculina destas tarefas são as que têm mais de 60 anos (4%), seguidas das que têm idades compreendidas entre os 30-44 anos (3,7%), depois as que têm entre os 45-59 anos (2,7%) e, finalmente, as que têm menos de 30 anos (2,6%), sendo que estas são em muito menor número.

Para as mais velhas, tal facto pode também ter que ver com uma maior morbilidade das mulheres em idades mais precoces comparativamente aos homens, levando-os a aterem de assumir estas tarefas e, em alguns casos, talvez

até com possíveis trajectórias migratórias internacionais, pois nestas situações os homens partilham mais comumente com as mulheres este tipo de tarefas (M^a E. Leandro, 1995b; P. Vila, 1997). Para as dos dois escalões mais novos, é inegável a influência da escolarização e a abertura paulatina das mentalidades e dos respectivos comportamentos.

No que se refere à partilha destas tarefas entre ambos, são as mulheres dos 30-44 anos que mais dizem contar com a participação dos maridos (5,3%), ao contrário das que têm menos de 30 anos de idade, que são as que menos podem contar com a ajuda do cônjuge. No caso dos homens são que têm menos de trinta anos que mais dizem executar estas tarefas (52,9%), seguidos dos que têm idades compreendidas entre os 30-44 (28,6%), e dos homens com mais de 60 anos (14,1%). É entre os que têm entre os 45-59 anos que esta faceta é menos notória (12,2%). Note-se que são os homens com mais de 60 anos que mais atribuem esta tarefa à mulher (81,3%) e os que menos afirmam fazê-lo têm menos de 30 anos (cerca de 1%). Já os homens com idades entre 45-59 anos partilham mais esta tarefa com as mulheres (8,1%), seguidos dos que têm mais de 60 anos (4,7%) e logo atrás os que têm entre 30-44 (4,3%).

Nestas declarações parece haver algo contraditório quanto aos homens e às mulheres com menos de 30 anos: eles afirmam que são eles, maioritariamente, quem prepara as refeições; elas, por outro lado, afirmam que só 2,6% dos seus companheiros é que cozinham e são ainda as que menos podem contar com a ajuda dos homens na partilha desta tarefa. O que acontece, é que como já foi ressaltado em outros trabalhos deste livro, os inquiridos não visavam interrogar o casal mas sim o membro mais representativo do casal ou até o que se mostrasse mais disponível para o efeito. Daí até a discrepância da amostra em termos de sexo: 70% de mulheres contra 30% de homens.

Perspectivas acerca da alimentação

Os humanos, sendo omnívoros, devem procurar a diversidade da sua alimentação. Desta necessidade de ordem biológica têm vindo a construir ciência: a dietética e a nutrição. Tanto quanto sabemos, para os nossos antepassados dos tempos primórdios, a busca de nutrientes dependia do que a terra oferecia em produção espontânea.

A alimentação é uma “acção capaz de fornecer ao organismo os nutrientes de que precisa, sob a forma de produtos alimentares naturais ou modificados ou, até, em parte sintéticos” (F. Ferreira, 1994). Só que estes nutrientes muito raramente são ingeridos na sua forma natural, mas são objecto de vários tipos de tratamento, transformação, confecção e apresentação até chegar à sua ingestão, o que faz da alimentação um acto simultaneamente biológico, social e cultural (M^a E. Leandro, 1987, 2012b)). A nutrição, por sua vez, é “um conjunto

de fenómenos físicos, químicos, físico-químicos e fisiológicos que se passam no interior do organismo e mediante os quais este recebe e utiliza os materiais fornecidos pelos alimentos, que lhe são necessários para a formação e manutenção da sua matéria viva e para a realização das actividades próprias, quer da vida vegetativa, quer da vida de relação e trabalho. Neste sentido, a nutrição corresponde aos fenómenos que se passam com os alimentos e os nutrientes no organismo, independentemente da nossa vontade, depois de ingeridos. (...) Inclui os processos de digestão e absorção, as reacções do catabolismo e anabolismo e dos nutrientes entre si e o estudo das necessidades de nutrientes para todos os segmentos do organismo da pessoa saudável” (F. Ferreira, 1994).

Aquando da preparação do acto alimentar existem muitos factores que contribuem para a escolha dos alimentos, principalmente nesta época em que a variedade dos alimentos não é rara. Assim sendo, esta escolha é determinada por factores culturais (mitos e tradições culturais, religião, padrão alimentar da região ou país); genéticos (sensibilidade aos sabores, sendo que estes também se forjam); cognitivos (hábito, alimentos de conforto, publicidade, factores sociais, valor nutricional e crenças na saúde); sensoriais (sabor, cheiro e textura) e condicionantes de saúde (restrições por doença, perda de sensações, idade e sexo).

A Família como actor determinante na alimentação e na saúde

Consumir alimentos é simultaneamente uma necessidade biológica e social fundamental. Se a nutrição consiste em fornecer ao organismo os elementos de que necessita para se nutrir e sobreviver, tal como acontecia no Paleolítico, obrigando os humanos ao nomadismo, precisamente em busca de alimentos e melhores condições de vida, já a alimentação tem que ver com o desenvolvimento das culturas nas diferentes civilizações, religiões, sociedades, épocas, pertenças sociais... com toda a sua panóplia de técnicas, códigos culturais e sociais (M^a E. Leandro, 1987, 2010). Daí que os alimentos não sejam consumidos no seu estado natural, a começar pela sua produção que tem vindo a ser cada vez mais objecto de muitas interferências, mas são sim matéria de intervenção e construção social, cultural, económica e comercial.

Estas asserções permitem-nos afirmar que o homem é não só uma criação da natureza, mas também uma criação social, no seio das quais o próprio desejo alimentar é condicionado e formatado pela sociedade e regulado por códigos culturais e sociais. Deste modo, a alimentação também é um acto de penetração na interioridade da corporeidade, que permite incorporação e provoca experiências sensoriais agradáveis ou desagradáveis. Aliás, o prazer e o sofrimento constituem um todo que funciona como sede de desejo, onde cada uma das partes é indissociável da outra. A fome é dolorosa e provoca

choro e agitação numa criança e o acto de comer suscita satisfação gustativa, bem-estar, apaziguamento, prazer e emoção (P. Lopes, 2006). A alimentação é efectivamente uma central de sensualidade, produzindo um intenso prazer sensorial e emocional de que o gosto, o cheiro e a visão, todos implicados no acto alimentar são catalisadores essenciais (M^a E. Leandro, A. S. Leandro, V. Henriques, 2010). Refira-se que todos os humanos nascem providos de quatro matrizes gustativas: o doce, o amargo, o salgado e o ácido (J-M. Bourre, 1990). Ora, os gostos alimentares não se confinam a estes códigos genéticos, mas são muito mais abrangentes, mercê das construções culturais e sociais de que foram alvo desde a mais tenra infância no seio da família.

Mais recentemente, com o ingresso precoce das crianças em instituições de cuidados e escolares, com as suas respectivas estruturas alimentares, o maior recurso à alimentação pré-cozinhada e ao fast food vêm coadjuvar a família neste forjar e incorporar dos gostos alimentares. Vale a pena insistir sobre o facto dos gostos alimentares desta fase da vida, com destaque para os forjados no seio da família, ficarem para sempre gravados na nossa memória. Quem não se recorda com saudade de tal ou tal prato, tal ou tal iguaria, tal ou tal petisco ou acepipe cozinhado pelas nossas avós ou pelas nossas mães e tias a que mais ninguém se lhe consegue igualar, ainda que de excelentes cozinheira(o)s se trate!?. Que o digam os migrantes e os estudantes estrangeiros para quem uma refeição típica da sua terra, da sua família pode ser argumento de reunião entre amigos e conhecidos (M^a E. Leandro, 1987, 2010, 2012).

Normalmente, a cozinha, os cheiros e os sabores estão associados à mãe ou à avó. Elas são possuidoras de um dom inigualável no que concerne à preparação e confecção dos alimentos. O cheiro e o paladar das suas refeições, ainda que não fossem muito elaboradas, são únicos. Quantas vezes o olfacto e o paladar falam mais alto e nos revelam sentimentos de prazer tais como: Hum, ah o cheirinho e o sabor da feijoada da minha avó, o coelho guisado, o arroz solto de feijão! Eram únicos. E a água na boca cresce-nos sem darmos conta. Estes sentidos apelam à memória, provocando uma sensação de bem-estar, conforto, satisfação, felicidade, mas simultaneamente de nostalgia.

O olfacto em articulação com o gosto é o que mais engloba a explicação da nossa infância, em que a mãe, muito mais do que o pai, em virtude da função de dona de casa que lhe era atribuída, foi enriquecendo o nosso aparelho sensorial originário e onde a alimentação, o cheiro desta ou daquela planta, deste ou daquele sabonete, perfume, desodorizante, desta ou daquela cadeira ou móvel... com os quais nos identificamos plenamente, nos impregnam de um “habitus que ficará para sempre gravado na nossa memória (A. Corbin, 1982; M^a E. Leandro, A. S. Leandro e V. Henriques, 2010). Desta maneira, a alimentação pode ser apreciada de forma condimentada para uns, e apenas com água e sal para outros. Tudo depende da forma como os educadores se

relacionam com a comida, forjando, posteriormente, os gostos dos educandos. “O acto alimentar é, na verdade, não só um poderoso vector da consciência nacional, mas também um recurso e suporte simbólico central para a produção e reconstrução das identidades colectivas e individuais. Tornámo-nos no que comemos” (P. Lopes, 2006: 72). Nestes casos, a mãe e a avó são as primeiras fontes de socialização e familiarização com o paladar e o olfacto e são ainda elas que influenciam os gostos, na medida em que cozinham com mais ou menos sal, pimenta, piri-piri, alho, entre outros condimentos que realçam e adicionam sabor à comida. Mais ainda, pela forma como é habitual confeccionarem os alimentos.

Será também por tudo isto que a gastronomia tradicional, a par de outros interesses económicos ou novas redescobertas acerca do seu valor alimentar, está tão em voga. Com a alimentação reactivam-se temporalidades, sentimentos, solidariedades, identidades e os dispositivos neurovegetativos através dos quais se satisfazem as pulsões vitais do metabolismo do organismo, se excitam as pupilas gustativas que desencadeiam as sensações organolépticas que, por sua vez, geram mudanças no estado do corpo, ou seja, desencadeiam emoções e sentimentos de bem-estar, satisfação, plenitude e prazer que resultam nessas mudanças no estado corporal (P. Lopes, 2006).

Frise-se, que a mesa da comida, das refeições (com a do jogo) é a que mais congrega as pessoas. E isto não acontece apenas no seio do espaço doméstico, mas estende-se a todas as outras dimensões da vida humana. Muito frequentemente os negócios, os acordos políticos ou outros selam-se à volta da mesa da comida. Sob o ponto de vista da hospitalidade e do acolhimento do outro, do estrangeiro o convite para tomar uma refeição em conjunto, e ainda mais se for em sua casa, é o primeiro passo para o integrar entre os seus e até no contexto social do seu espaço de vida (M^a E. Leandro, 2012b).

É nestes alicerces que, frequentemente, dizemos que comer bem é um dos grandes prazeres da vida, podendo embora ter o reverso da medalha se não se tratar de uma alimentação adequada, como vem acontecendo muito frequentemente com o aumento do produtos recheados de químicos, sintéticos, açucarados, salgados, bebidas gaseificadas, gordurosos, molhos, conservantes, corantes... E não se pense que a família escapa a esta onda de influências. Muito pelo contrário. Nas grandes superfícies, basta olhar para os espaços onde os consumidores tendem a passar mais tempo sem ter que sujeitar às filas de espera. São as prateleiras onde estão os açucarados e os salgados que mais os detém. Outro tanto se diga para o que carregam nos seus carrinhos de compras e das exigências das crianças quando acompanham os pais nestas tarefas ou mesmo depois em casa (M. Oliveira, 2003). Nesta perspectiva, o papel da família, dado a sua capacidade transmissora, socializadora e construtora de gostos,

é primordial quanto aos efeitos que a qualidade da alimentação ou a falta dela podem exercer sobre a saúde dos seus elementos.

A Alimentação nas sociedades desenvolvidas

“A absorção quantitativa do alimento é limitada, o sistema digestivo é limitado, mas o sistema cultural da alimentação revela-se indefinido” (J. Baudrillard, 1995, 64). A alimentação nos dias de hoje caracteriza-se sobretudo por ser rápida, prática e, de alguma forma, “barata”. Em boa verdade, os pais, actualmente, queixam-se do ritmo frenético do trabalho, das responsabilidades, falta de tempo, dinheiro, As mulheres queixam-se da falta de ajuda por parte dos homens e por isso recorrem, muitas vezes, à comida de restauração para poderem ter tempo para elaborar outras tarefas domésticas. Nota-se aqui uma despreocupação face à comida que entra em casa, devido ao facto de ser confeccionada nos restaurantes. Sabe-se, também, que os restaurantes recorrem ao caldo knorr, para dar sabor à refeição, aos molhos, ao mesmo óleo inúmeras vezes. O fenómeno da “MacDonaldisação” (E. Peres, 2003) está em voga.

Peres evidencia oito erros alimentares que nos invadem todos os dias e destroem a nossa saúde. São eles o excesso de sal, o abuso de bebidas alcoólicas, o excesso de gorduras, a carência de leite na nossa alimentação, a escassez de produtos hortícolas e frutas, o facto de “saltar merendas e falhar o primeiro almoço”, o excesso de açúcar e “a comida em excesso” (idem, 140-141). Quanto à cadência das refeições até muito recentemente quedava-se pelo pequeno-almoço, o almoço e o jantar, podendo ou não adicionar-se-lhe o lanche, a merenda. Hoje em dia, mais por influência dos nutricionistas, tem-se vindo a introduzir também o lanche da manhã, considerado muito importante para a saúde. O que se verifica entre os jovens é que para além de comerem muito e ingerirem muitas guloseimas, abusam ainda mais quando estão em frente à televisão a ver telenovelas ou a jogar vídeo jogos, adoptando uma postura altamente sedentária, enquanto os pais trabalham no emprego ou se ocupam de tarefas domésticas.

De há umas décadas a esta arte, a tecnologia atingiu performances inovadoras e a indústria alimentar proporciona refeições mais baratas e apetitosas. Daí que também a nossa composição alimentar tenha mudado drasticamente. Mudam-se os tempos, mudam-se os comportamentos alimentares. Como não há tempo, as famílias recorrem, em massa, à restauração, ainda que com o agudizar da crise a situação tenha vindo a modificar-se. Este facto tem lugar porque conhecendo as necessidades alimentares, os restaurantes procuram encontrar soluções económicas, de acordo com as possibilidades de cada um, proporcionando-lhes refeições saborosas e baratas, ainda que prejudiciais à saúde. O que importa para os clientes é o momento, o dinheiro que pensam poupar e

o prazer que retiram destas refeições. Assim, se intensifica a restauração “fast-food, a McDonaldisação. Fica mais barato recorrer a estes restaurantes. Até as grandes superfícies comerciais e os cafés já dispõem de refeições prontas. Este tipo de alimentação inclui o consumo de produtos pré-preparados, contendo excessos de açúcares, gorduras e sal. Estes “não – lugares” (Marc Augé, 1994), apelam inconscientemente ao consumo, pela forma como dispõem os artigos.

João Breda, no programa Sociedade Civil, transmitido pela 2, em Janeiro de 2010, com o tema “Os Efeitos da Crise na Saúde: a Alimentação”, afirmou que “os pais, muitas vezes, consentem que os filhos vão aos restaurantes”, no sentido em que lhes é mais fácil e prático. De certa forma, desabam as transgressões em nome da falta de tempo, ainda que saibam da má qualidade dos alimentos nestes lugares. Refere ainda que a escolha dos miúdos é compreensível porque “os bares estão cheios de bolos com creme super apetitosos, chocolates ou bebidas açucaradas”, o que acontece frequentemente devido a este tipo de escolhas proporcionar prazer, convívio e bem-estar emocional e psíquico. Porém, não se afigura o mais saudável. Na verdade, quando estamos emocionalmente mais fragilizados, temos mais propensão para recorrermos e nos refugiarmos nas compensações que a comida oferece. São exemplo disso, o recurso ao chocolate, conferindo a sensação de mais bem-estar devido, por um lado, aos efeitos emocionais e, por outro, à libertação das respectivas endorfinas e a outras doçarias ou salgadinhos.

Novas tecnologias no apoio às tarefas domésticas

Ao ritmo que a sociedade se desenvolve e que a família está mais dispersa e ocupada em outras tarefas durante o dia, torna-se mais difícil para a mulher desempenhar as tarefas domésticas, sozinha. Também é verdade que o homem, não estando habituado a ocupar-se destas tarefas, com o recurso a uma vasta gama de electrodomésticos (microondas, “actifry”, bimby, aspirador, máquinas de lavar roupa e louça e de secar, frigorífico), vai-se mostrando mais disponível para o efeito. Por exemplo, o microondas serve para aquecer e confeccionar alimentos. Porém, as opiniões acerca da sua utilização e dos seus efeitos sobre a saúde divergem. Ivo Mai, no âmbito do Mestrado Profissional em Ensino de Física, constata que há uma ideia errada sobre este aparelho, que é fundamentada nos malefícios provocados na saúde devido às radiações lançadas, nomeadamente, na possibilidade de desencadear cancro. O autor defende que as microondas são “radiações de baixa energia, tanto que insuficientes para ionizar as moléculas ou átomos dos alimentos”. Acrescenta ainda que a única cautela que devemos ter face a estes aparelhos está relacionada com queimaduras profundas em caso de acidentes. “Apesar da conveniência e necessidade de tomar medidas de segurança e prevenção contra queimaduras

com microondas, não existe nenhum perigo dos alimentos preparados num forno de microondas ficarem contaminados com a radiação” (I. Mai, 2008, 10). Ainda sobre o microondas, num spot publicitário, patrocinado pela energia positiva, refere-se que, para aquecer alimentos, o microondas não constitui qualquer perigo para a saúde, contudo não aconselham a cozinhar alimentos através do microondas.

Outra invenção tecnológica recente que visa facilitar a vida na cozinha é a “Actifry” – um aparelho que permite confeccionar algumas refeições, perfeitamente sozinho. Isto é, basta seguir as indicações, colocar lá os alimentos, marcar o tempo que necessita para o período da confecção e deixar cozinhar. Esta nova invenção é muito prática porque, graças à sua capacidade giratória, permite mexer e virar os alimentos automaticamente sem os desfazer. Além disso, ao nível das gorduras que se utilizam é muito mais saudável e económico, pois permite fritar 1 kg de batatas apenas com uma colher “actifry” de óleo ou azeite, conforme a preferência. Mais avançada que a “actifry” é a Bimby, uma panela que permite cozinhar de todas as formas, excepto, assar, de forma muito rápida, económica e muito prática, não precisando de panelas adicionais, uma vez que é composta por divisões, permitindo, também, cozinhar a vapor. Esta tem-se tornado na melhor amiga da mulher na cozinha.

Já o aspirador não substitui a mulher, na medida em que é preciso alguém para trabalhar com ele, mas garante uma limpeza rápida e com menor esforço físico. Já as máquinas de lavar roupa e louça concretizam as suas tarefas sem a ajuda de ninguém, só é necessário que alguém coloque as peças no seu interior, programe a lavagem e retire a roupa. A máquina de secar é muito útil, principalmente no Inverno e ainda mais para quem vive em apartamentos. Enfim, cada um a seu modo, facilita as lides domésticas. Quanto ao frigorífico e à arca congeladora, os benefícios são inegáveis: ao nível das compras permitem concentrá-las no tempo; ao nível da qualidade, conservam e aumentam o tempo de vida e a qualidade dos mesmos.

A revalorização do fresco e do natural

Apesar de todos os prodígios e mais-valias trazidas pelas tecnologia, pesem igualmente os seus desaires (U. Beck, 2001), a verdade é que se têm vindo a revalorizar os alimentos frescos e de preferência os produtos da época. Estes são uma ótima escolha porque são mais baratos e são aqueles que a natureza criou para nos proteger das doenças sazonais, por exemplo, os citrinos aparecem no Outono e Inverno, permitindo ao organismo criar defesas contra a gripe, graças à enorme quantidade de vitaminas que contêm. Fala-se ainda, e cada vez mais, nos produtos biológicos sem qualquer tratamento ou introdução de químicos, considerados os melhores para a saúde. No entanto, porque

de menor produção e rentabilidade, são mais caros, o que inibe a sua venda. Mesmo assim, perante o crescimento do consumo desmesurado de tudo o que contém muitos artefactos, como que para contrariar esta tendência mas também porque há cada vez maior informação a este respeito, denota-se, nos últimos tempos, uma procura renovada do “natural” em prol da saúde (M^a E. Leandro, 2014).

É nesta perspectiva, que Policarpo Lopes (2006, 73) situa o aparecimento do neologismo “alimento”, para designar os “alimentos com qualidades dietéticas particulares”. Resulta da fusão das palavras alimento e medicamento, procurando o alimento já seleccionado, com base nas suas qualidades e benefícios para a saúde, bem como na prevenção de determinadas doenças. Talvez de forma inconsciente, este tipo de alimentação seja mais apanágio do meio rural, onde em muitas casas se pratica a agricultura de subsistência, embora possa não estar totalmente isenta de outros aditivos como se tem vindo a verificar. Por exemplo, o recurso a algum tipo de pesticidas aparece como uma necessidade perante a variedade de pragas e de míldios que podem surgir.

Seja como for, o ser humano é o único que pode desfrutar do privilégio de escolher, combinar e transformar o alimento, um dos elementos essenciais da sua existência e da sua saúde. As antigas culturas, menos preocupadas com a rentabilidade e a ganância do lucro fácil e rápido, desenvolveram tradições que tinham em conta alimentos saudáveis, incluídos nos ingredientes alimentares. Assim, integravam na alimentação quotidiana, para o bem-estar do ser humano, além dos legumes, das frutas, da carne e do peixe, as leguminosas as especiarias.

Ao invés, a medicina moderna relativamente ao regime alimentar, tem vindo a preocupar-se mais quando a doença já está instalada, ainda que nas últimas décadas, também em virtude do aumento dos défices com a saúde e a impotência perante a cura de certas doenças, tenha vindo a dar mais crédito a estas questões. São cada vez mais as vozes que no seu seio se levantam a insistir sobre a importância da qualidade da alimentação para a saúde e muito concretamente no que se refere ao combate de doenças muito temidas como são o cancro, as doenças cardio-vasculares e as depressões (D. Servan-Schreiber, 2003; I. do Carmo, 2004; R. Béliveau e D. Gingras, 2005; W. William, 2005; D. Khayat, 2010).

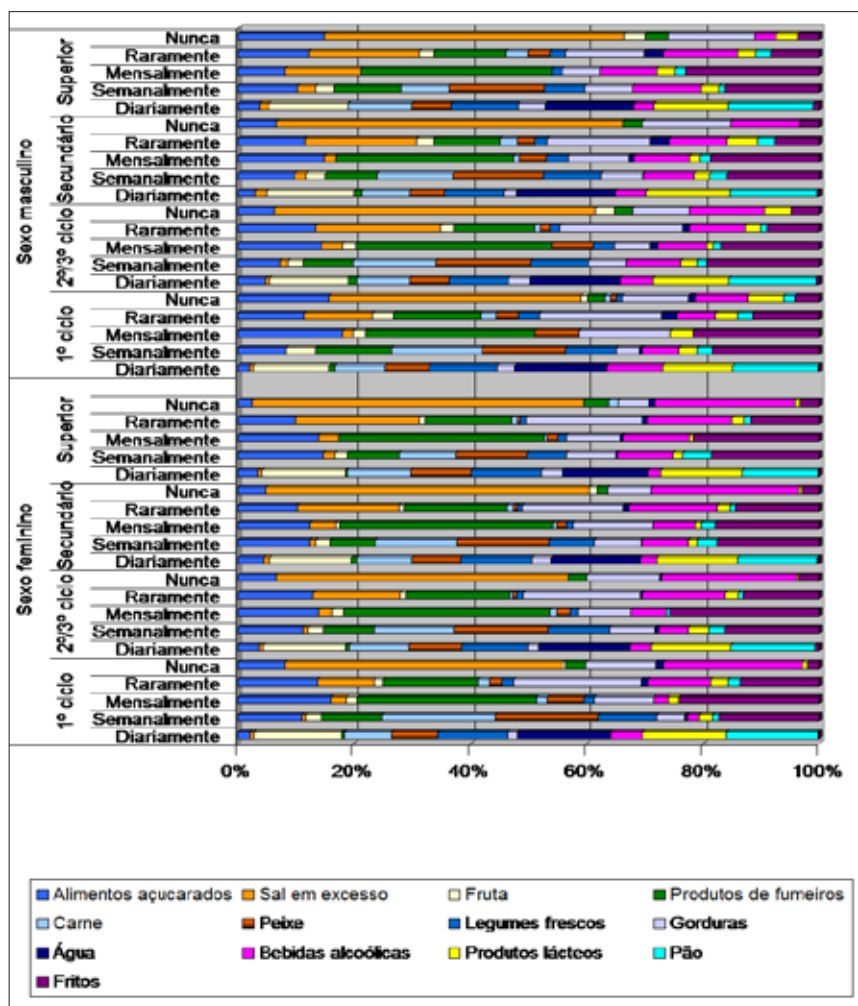
Mas até há muito pouco tempo, habitualmente, é quando a doença já está instalada no organismo, algumas até bastante silenciosas como as neoplasias, a hiper-tensão, a diabetes e o colesterol, que os médicos recomendam aos doentes e aos seus familiares os cuidados a ter com a alimentação. Porém, os conselhos concedidos são quase sempre negativos: evite isto, elimine aquilo, nada de gorduras, sal, açúcar, cafeína, álcool, tabaco e por aí adiante. De facto os médicos ou estão mal informados ou têm demorado tempo a conhecer os fundamentos

da relação entre o regime alimentar e a saúde. Em contrapartida, os doentes e o público em geral, ainda que possam transgredir, solicitam essas informações e devoram as notícias sobre os antioxidantes, compostos fitoquímicos e outras substâncias que fazem parte da alimentação. Refira-se que Honoré Balzac (1844) no seu romance: “Os camponeses. O Médico da aldeia”, releva como conselho e exigência do médico junto da esposa do doente a importância da alimentação recomendada e os efeitos das transgressões quando assim não é.

Tem aqui lugar um caso que presenciámos num hospital público, quando o marido já com alguma idade, veio procurar informações sobre o estado de saúde da sua esposa internada, junto da respectiva médica. Enquanto esta lhe dizia que ia ter alta nesse mesmo dia, a única preocupação que manifestava consistia em saber se ao regressar a casa ela podia comer de tudo. Perante tal insistência, a médica ia avançando em mais informações acerca da sua doença a ponto de lhe dizer abertamente: a sua mulher tem um cancro. Só que a questão continuou a ser a mesma, mas sem que lhe fosse dada qualquer informação sobre o regime alimentar a adoptar ou não. Nem uma palavra da médica sobre o assunto.

A propósito do cancro, o Prof. Richard Béliveau, no laboratório da universidade de Montreal, foi o primeiro a criar métodos modernos para estudar, de forma rigorosa e pormenorizada, as relações entre o regime alimentar e a angiogénese, podendo ser considerado um dos visionários inovadores da nova ciência dos alimentos, ao proporcionar aos seus leitores ficarem informados sobre as escolhas dietéticas que exercem influências profundas no desenvolvimento das neoplasias. Semelhante situação verifica-se nos trabalhos de David Khayat, Prof. e director dos serviços de oncologia do Hospital de La Pitié-Salpêtrière, em Paris. O mesmo se denota nos trabalhos do Prof. David Servan-Schreiber, psiquiatra de renome da Universidade de Pittsburg, nos Estados Unidos, quanto ao stress e à depressão. Podemos, pois, dizer que comer não é um acto sem consequências quanto à promoção da saúde e a prevenção, quiçá, cura da doença. Trata-se sim de uma forma simples e natural de nos precavermos activamente contra muitos males que podem ameaçar a nossa saúde e a nossa vida. Indagando acerca desta problemática junto dos nossos inquiridos procurámos saber a frequência do consumo de certos produtos, a influência do género e as mudanças que possam ter vindo a verificar-se, como pode ser observado no gráfico seguinte.

Com que frequência consome com os seus familiares os seguintes produtos?



A pertinência desta questão consiste em apreender três aspectos: o tipo de alimentação que estas famílias praticam, as mudanças em curso e, comparativamente, observar as diferenças entre os 4 concelhos e regiões estudadas. No leque dos alimentos enunciados, encontram-se alimentos açucarados, carne, água, fritos, sal em excesso, peixe, bebidas alcoólicas, fruta, legumes frescos, produtos lácteos, produtos de fumeiros, gorduras e pão.

Os resultados indicam que a maior parte dos homens, independentemente dos seus níveis de escolaridade, consome diariamente e em maior quantidade água, pão, produtos lácteos e legumes frescos. Depois, em menor quantidade,

surge o peixe e a carne pelo facto destes integrarem as refeições principais, nomeadamente, o almoço e o jantar. Tais dados permitem-nos prever que os homens alternam entre a carne e o peixe nestas duas refeições. A ingestão de bebidas alcoólicas também é diária e moderada, mas menos frequente nos homens que concluíram o ensino superior. Em geral, quando se referem aos alimentos consumidos, os homens indicam que raramente ou nunca incluem o sal em excesso.

Quando passamos ao nível semanal, a dieta alimentar dos homens altera-se. A maior parte dos homens, independentemente dos graus de escolaridade, diz consumir fruta e pão. Ao invés, os produtos lácteos diminuem bruscamente na sua dieta, dando lugar aos fritos, ao aumento do consumo de gorduras, bebidas alcoólicas, produtos de fumeiro e alimentos açucarados. Os alimentos que se mantêm, embora com ligeiro decréscimo do seu consumo, são os legumes frescos. A carne e o peixe permanecem. Uma situação interessante é que o aumento da ingestão de bebidas alcoólicas tende apenas a diminuir nos que têm o 1º ciclo e inversamente para os outros. Ora, tradicionalmente, as representações sociais vão em sentido contrário. No entanto, há cada vez mais estudos indicando que os grupos sociais de boa condição tendem a consumir mais bebidas alcoólicas de carácter destilado do que os outros. Tal facto, prende-se, por um lado, com maior poder económico e, por outro, com questões de estatuto social e muito snobismo socialmente exibidos.

Mensalmente, a dieta alimentar dos homens também sofre mudanças. Seja qual for o grau académico, aumenta o consumo de produtos de fumeiro e alimentos açucarados. Já no atinente ao consumo de bebidas alcoólicas, gorduras, alimentos açucarados e fritos, gradualmente, tende a diminuir quando se passa do 2º e 3º ciclo, ao ensino secundário e ao superior que aumenta. No que se refere ao consumo de pão, à medida que se dilata o período alimentar observado vai perdendo expressão na dieta dos inquiridos, bem como os produtos lácteos e a água. São apenas os homens com o ensino superior que diminuem o consumo de gorduras na sua dieta.

Denota-se que a passagem do consumo alimentar, tendo em conta a dimensão temporal (dia, semana e mês), informa de várias contradições por parte dos inquiridos, designadamente, ao nível da ingestão de sal e bebidas alcoólicas. Quanto ao consumo de sal, os homens, são unânimes em afirmar que nunca ou raramente comem sal em excesso. Todavia, se tivermos em conta que o pão tem 3 a 4 vezes mais sal do que o recomendado, já para não falar nos produtos de fumeiro e que a grande maioria dos alimentos ainda leva muito-sal entre nós, torna-se efectivamente necessário relevar estas contradições ou então a falta de conhecimento a este propósito. Não terão estes inquiridos a noção clara da quantidade de sal recomendada e a que os alimentos em questão poderão conter? A questão fica em aberto.

Seja como for, em termos de investimento na promoção da saúde três questões se colocam: será que os indivíduos preferem satisfazer os gostos incorporados em matéria de sal sem pensarem nos seus efeitos sobre a saúde? Até que ponto a promoção da saúde é uma prioridade? Que mecanismos e políticas devem ser implementados para poder proporcionar uma mudança dos comportamentos? Hoje, dificilmente alguém poderá considerar-se desinformado sobre estas matérias. Mas aqui como em muitas outras dimensões, os indivíduos preferem investir mais nos aspectos gozosos do imediato do que na prevenção da doença. Tanto mais que se trata de consequências que apenas se podem vir a sentir a médio e longo prazo (M^a E. Leandro, M^a Antunes, A. S. Leandro, V. Henriques, 2013). Mas o que é deveras importante é que situações desta natureza estão intrinsecamente associadas à família pois é esta que, inscrita numa ordem cultural e social, desde tenra idade, mais contribui para a formação dos gostos alimentares. Por exemplo, se em média os portugueses ingerem diariamente o triplo de sal relativamente aos europeus, mais uma vez nos apercebemos que estamos perante questões de culturas alimentares e não de qualquer determinismo biológico.

Dirigindo, agora, o nosso olhar para as mulheres, grande parte delas, independentemente do grau de escolaridade, refere ingerir, diariamente, água, fruta, produtos lácteos, pão, legumes frescos, peixe, carne, alimentos açucarados e bebidas alcoólicas. Semanal e mensalmente para as nossas inquiridas, as gorduras, os fritos e os produtos de fumeiro destacam-se como os alimentos mais consumidos, em detrimento do pão, dos produtos lácteos e da fruta. São as mulheres do ensino superior que, semanalmente, ingerem mais alimentos açucarados e bebidas alcoólicas, ao passo que as que possuem o 1^o ciclo são as que semanalmente ingerem menos álcool. Estes dados permitem-nos depreender que continuam a ser as mulheres que consomem mais nutrientes açucarados, ao invés dos homens, tendendo estes a ingerirem mais alimentos salgados e bebidas alcoólicas, tratando-se assim de duas vertentes correlativas. Ainda hoje se acompanham os aperitivos com salgados, mesmo se se vão introduzindo modificações em termos de misturas salgado-doce ou agri-doce. Com os doces servem-se os cafés e os licores.

Qualquer destas dimensões está muito sedimentada nas culturas tradicionais, nas divisões e atributos de género. Pesem embora as profundas mudanças alcançadas em termos de igualdade de género, o facto relevante é que ainda se continua a verificar uma maior “reprovação” das mulheres em muitos e variados aspectos da vida social e cultural. Social e tradicionalmente, as mulheres eram consideradas estarem ao nível ou assimilarem-se mais às crianças. Ora, a estas, pelo menos em termos de cuidados de saúde, estaríamos longe de lhes serem dadas bebidas alcoólicas. Ao invés, era a coisa mais natural do mundo, dar-se-lhes doces e outras guloseimas” (M^a E. Leandro, A. S. Leandro, V. Henriques,

2010). Já no que se refere aos homens o consumo de bebidas alcoólicas, desde sempre e em qualquer lugar, foi considerado normal. Se pararmos nos cafés ao domingo, antes da hora de almoço, é frequente vermos os homens beberem mesmo que não comam, ao contrário das mulheres, mesmo se se vão introduzindo mudanças significativas a este propósito. Todavia, as mulheres mais jovens começam a estabelecer um contacto cada vez mais precoce com bebidas alcoólicas, tal como acontece com o tabaco. Estas, enquanto estudantes, consomem muito álcool nas saídas nocturnas, um hábito socialmente aprovado e cultivado, o que, de certa forma, começa a moldar a vertente feminina. Porém, nas zonas rurais, é muito difícil encontrarmos mulheres sentadas numa mesa ou ao balcão a beberem uma bebida alcoólica.

Dimensão comparativa: influências regionais

Um dos objectivos deste projecto era estudar, também, as influências sócio-culturais a nível regional acerca da imbricação entre a família e a saúde. Daí que a alimentação tenha aqui o seu espaço. Olhando para a realidade sócio-geográfica em Portugal, damos-nos conta que se há uma cultura comum que nos identifica como portugueses, no seu seio também há uma vasta amplitude de micro-culturas que fazem com que um minhoto não seja um alentejano e vice-versa, como bem o atestam as iguarias e a gastronomia em geral de cada uma das respectivas regiões. No primeiro caso destacam-se, entre outros pratos, as papas de sarrabulho, os rojões e o caldo-verde e no segundo a carne de porco à alentejana, as açordas, os ensopados de borrego e uma maior profusão de ervas aromáticas alimentares. É sobre estas vertentes que incide agora a nossa análise.

Tendo presente a influência do género na distribuição das tarefas domésticas e muito concretamente na preparação das refeições, constata-se que tanto no concelho de Vila Real como no de Évora, nenhum dos inquiridos afirma partilhar a preparação das refeições com o cônjuge. Quando cada um se ocupa destas tarefas não conta com a participação do outro. Em Vila Real, 31,0% dos inquiridos refere que são eles quem preparam as refeições, enquanto 69,0% aponta o cônjuge como operador desta tarefa. Em Évora, os inquiridos mostram que são os cônjuges quem mais prepara as refeições (63,4%) e 36,6% dos inquiridos assumem assegurar esta tarefa doméstica, pelo que se revelam aqui aproximações muito significativas.

Já no concelho das Caldas da Rainha, a situação apresenta-se algo diferenciada. Se são menos os que assumem ocupar-se sós destas tarefas (21,7%), por um lado, são mais os que as atribuem ao outro cônjuge (73,9%) e, por outro, denota-se haver aqui alguma partilha entre os cônjuges (4,3%). Outro tanto acontece no concelho de Braga, sendo ainda mais significativo este último

aspecto (8,2%). Ao invés, denota-se aqui uma maior distância, quer ao nível da assunção individual destas tarefas (14,2%), quer na atribuição das mesmas ao outro cônjuge (77,6%). O que podemos, então, dizer é que nos concelhos de Braga e das Caldas da Rainha se observa uma maior tendência para a partilha conjugal nesta matéria, que mais conta com a participação do cônjuge na preparação das refeições, podendo significar que há uma maior partilha/divisão deste trabalho entre o casal. Estas tendências podem ser explicadas pelo facto de ser aqui que se verificam os maiores índices de escolarização ao nível superior e terem sido inquirida uma maior proporção de jovens, factores que não são alheios a este tipo de mudanças.

Grosso modo, denota-se que há mudanças em curso. No total verificamos que 32,3% dos homens que concluíram o ensino secundário e 23,3% dos que terminam um curso superior afirmam preparar as refeições no seio da família e que são ainda os homens com menos de 30 anos e com idades compreendidas entre os 30-44 anos que mais o fazem: 52,9% e 28,6%, respectivamente. Uma constatação se impõe: pesem embora algumas transformações, prevalece nos quatro concelhos em estudo, a “regra” de ter de ser a mulher a ocupar-se muito mais do que o homem da preparação e confecção das refeições no seio da família.

Já no atinente à variedade dos produtos consumidos, os dados não apresentam diferenças significativas ao nível dos concelhos inquiridos. Embora mais nuns lados do que em outros, como acontece, por exemplo, com os salgados e os enchidos ainda mais propalados nos concelhos de Braga, Évora e Vila Real, mercê de tradições e gostos mais arraigados, são igualmente valorizados o pão, os legumes e a fruta. Tenha-se presente, como acima o dissemos, que a horta, pequena ou grande, está secularmente inscrita no património das famílias. A fruta, tradicionalmente de maior consumo e até de impacto económico no concelho das Caldas da Rainha, tem sido um ingrediente alimentar muito preconizado para a saúde ao longo das últimas décadas, ainda que tradicionalmente não fosse muito valorizada em certas regiões do país e muito menos objecto das práticas alimentares das famílias de condição social bastante modesta, por falta de meios e económicos para a adquirir. Seja como for, com o grau de valorização de que tem vindo a ser alvo e a sua maior acessibilidade durante todo o ano a preços mais ou menos módicos, não admira, que grosso modo, todos a mencionem enquanto elemento da sua alimentação.

Por sua vez, as gorduras atingem mais impacto nos concelhos de Évora e de Vila Real, o que também não é indiferente a condições sócio-geográficas, hábitos e gostos alimentares bastante incrustados. Se olharmos para o consumo de produtos açucarados, fritos e álcool, os dados revelam que é no concelho de Braga que a sua expressão é mais elevada, o que para além de outros aspectos, se prende igualmente com hábitos ancestrais. Se os legumes e a sua abundância são tradicionalmente parte integrante da paisagem e alimentação minhota, até

mais recentemente, outro tanto não se diria da fruta (com grande excepção para os citrinos), ao invés dos inúmeros recursos a produtos de doçaria, inclusive à base de mel, o que era muito comum em todas as culturas populares portuguesas e não só. Basta pensar nas rabanadas, nos mexidos e na enorme variedade de broas, bolos e outras doçarias à escala nacional. O mel, tal como muitos outros ingredientes da gastronomia nacional trazida de novo para a ribalta, faz parte de um daqueles dons que a natureza concede/concedia gratuitamente a pobres e ricos.

Frise-se, ainda, que um maior recurso às sobremesas de bolos ou a guloseimas em geral, para lá de todas as formas de aliciamento das publicidades e construção de novos gostos alimentares, não está desligado de questões económicas e poder de compra de muitas famílias. Em média, a fruta embora cada vez mais abundante entre nós e paga a baixo preço ao produtor, nem por isso deixa de sair mais cara do que recursos desta índole. Refira-se, enfim, a importância do álcool. Sendo transversal aos quatro concelhos em estudo, é no das Caldas da Rainha que o seu consumo assume menor importância, seja qual for a periodicidade em questão: diária, semanal ou mensal.

Em contrapartida, o sal e os seus excessos de consumo afiguram-se comuns a todos os inquiridos, independentemente do concelho de residência. Não obstante, quando interrogados, a maior parte dos inquiridos refere que raramente ou quase nunca come sal em excesso. Mas logo a seguir, independentemente dos períodos seleccionados, indicam comer produtos de fumeiro, gorduras, pão, carne e queijos, ou seja, alimentos que, tradicionalmente, são temperados com sal, alguns mesmo até com excesso de sal, que quando consumidos fora de casa, são ainda mais salgados com o objectivo dos comerciantes de, ao fazê-lo, favorecerem o aumento do consumo de bebidas e, assim, fazerem crescer os seus lucros. Tais estratégias denotam bem o sentido de responsabilidade social em curso quanto à promoção da saúde dos indivíduos. Desde que esteja em causa o aumento do “Nosso Senhor do Dinheiro”, motor e primordial objectivo nas sociedades hodiernas, a saúde dos indivíduos e o seu bem-estar são muito secundarizados. Tenha-se presente que “os portugueses são dos maiores consumidores deste tempero: ultrapassam em duas a três vezes o recomendado” (Proteste, 2010: 22 artigo sal a mais). E, em sequência, na Europa, são também os que mais sofrem de cancro do estômago, têm altos índices de hipertensão e acidentes vasculares cerebrais e aí por diante.

Quanto a uma certa tendência para a uniformização dos gostos que aparece nestes dados, designadamente no que a determinados produtos diz respeito, podemos invocar dois aspectos essenciais. Uma cuidada análise destas características leva-nos a olhar para passado próximo e mais distante. A descoberta da refrigeração dos alimentos e a sua divulgação junto dos grupos de condição social modesta é recente, como acima frisámos. Se nas sociedades

mais desenvolvidas tal facto data do início do terceiro quartel do século XX (anos 1950-1970), entre nós, por razões de vária índole, mas designadamente políticas, económicas e culturais essa difusão foi tardia. Apenas a maioria dos cidadãos e as pessoas de melhor condição social acediam a estes bens. As outras, e particularmente as que viviam no interior, viam-se coagidas a ter de recorrer às tradicionais formas de conservação dos alimentos: sal, almoeiras, vinha-de-alhos, gorduras para as carnes e secagem ou açúcar para as frutas em várias formas de compota e de conserva (M^a E. Leandro, 1987b).

Foi neste caldo cultural e social que se foram forjando os gostos de muitos dos nossos contemporâneos que, por sua vez, no seu espaço familiar foram trilhando caminhos de socialização idêntica junto dos seus descendentes, o que continua a reflectir-se nos nossos dias, contra todas as advertências em prol da saúde. Mas porque de situações sócio-económicas modestas na maioria das vezes se tratava, as pessoas também não podiam ingerir muitos alimentos desta índole, pelo que os efeitos do sal e do açúcar de que hoje tanto se fala, não teriam a amplitude dos nossos dias. A matança do porco, principal sustento de carne das famílias rurais (só suplantadas pela urbanas a partir de 1960, A. Sedas Nunes, 1964) era anual. Acresce ainda que a esperança média de vida, sendo muito mais reduzida, não dava espaço para a manifestação de tantas doenças como acontece nos tempos que correm.

O segundo aspecto, em parte, prende-se com o grande desenvolvimento da indústria alimentar, a sua vasta e variada oferta e a alegada falta de tempo dos cuidadores familiares. A divulgação das cantinas, das refeições fora de casa ou o recurso aos congelados e pré-cozinhados, nestes últimos casos pelo menos enquanto a crise não se acentuou, eram muito frequentes, o que muito tem contribuído para uma certa “uniformização” dos gostos e de muitas práticas alimentares, independentemente da região. Não obstante, prevalecem as peculiaridades regionais alimentares e gastronómicas.

Conclusão

Ao estudarmos a alimentação humana e as peculiaridades, tal como outros autores já o frisaram (C. Levi-Strauss, 1964; C. Grigon e C. Grigon, 1980; J. Goody, 1982; E. Peres, 2003; I. do Carmo, 2003; P. Lopes, 2006), podemos considerar que é um fenómeno complexo, plural e multidimensional. Nele se inter-conectam vertentes biológicas, nutricionais, dietéticas, psicológicas, sociais, culturais, económicas, familiares, éticas, gustativas, sanitárias, de identificação... É nesta perspectiva que constitui um “facto social total” (M. Mauss, 1998), pois congrega em si todos os aspectos da vida humana e social, indispensáveis à sobrevivência humana. Por outro lado, é através da alimentação e da respectiva cultura que um povo ou grupo se revela.

Neste trabalho, tratando-se de um estudo comparativo de índole sócio-geográfico, visando estudar a intrincada relação entre a família e a saúde, a implicação dos seus principais actores tendo presente as relações de género, a prestação de cuidados alimentares e a influência da região e do seu contexto, os dados recolhidos, sinteticamente, permitem-nos relevar algumas vertentes fundamentais.

Nas famílias inquiridas, normalmente por via das mulheres, tenta-se elaborar práticas alimentares sadias num contexto marcado por incertezas, inseguranças e indisponibilidades quanto ao uso do tempo. O ingresso da mulher no mercado de emprego, deixa-a agora menos disponível para se ocupar das tarefas domésticas. Mas, ao invés, conjuntamente com outras determinantes, os homens também têm vindo a ser mais impelidos a investirem nestes cuidados. Voltando às incertezas, muitas destas situam-se na articulação entre a tradição no que à construção dos saberes e dos gostos diz respeito e a modernidade com muitos outros desafios e riscos, numa época em que os saberes acerca da saúde estão muito mais ao alcance das populações. As restrições relevadas pelos nossos inquiridos, as mulheres/mães mais do que os homens/pais, operam, limitando ou procurando eliminar ou utilizar menos certos produtos, são um indicador claro da sua “consciência” alimentar e dos efeitos que lhe podem estar associados quanto à saúde.

Estas preocupações são em si construtivas, pois baseando-se em dados insertos numa grelha de escolha entre uma vasta variedade de alimentos, foram valorizados os produtos que oferecem menos riscos para a saúde, embora a nível das práticas, independentemente do concelho em estudo, mais nuns lados do que em outros, se revelassem usos recorrentes de produtos salgados, açucarados e gordurosos. O facto de alimentar a família aparece, assim, como uma tarefa difícil, obrigando a forjar a sua própria filosofia perante as incertezas e as inseguranças bem como as contradições das informações relacionadas com a alimentação. Enquanto a alimentação é uma tarefa incontornável da família, os dados que recolhemos mostram quanto é atravessada por dúvidas e tensões manifestas ou não.

No que se refere à prestação de cuidados domésticos por cada um dos cônjuges ou os dois conjuntamente, muito concretamente no atinente à alimentação, pesem embora algumas transformações em curso que levam os homens, designadamente os mais jovens e mais escolarizados, a investirem mais nestas tarefas, o certo é que muito globalmente continuam a ser as mulheres que mais se ocupam destas tarefas. As ténues mudanças a este propósito, são mais visíveis nos concelhos de Braga e Caldas da Rainha, respectivamente. Mas é também aqui que se situa uma maior percentagem de inquiridos que reúne as condições que acabamos de indicar, ao invés do que se passa em Évora e Vila Real. Procuramos, assim, mostrar que no âmago da complexidade da realidade

familiar e social, são várias as concepções acerca da alimentação e os respectivos efeitos sobre a saúde. Outro tanto se diga acerca das formas de gestão, da implicação de género e da prevenção acerca dos riscos que podem decorrer das práticas alimentares. Trata-se de elementos incontornáveis da gestão dos cuidados domésticos, mais singularmente dos cuidados alimentares, designadamente num contexto onde as crises e as incertezas reforçam a necessidade de repensar os laços que unem os indivíduos no seio da família, no quadro das instituições e na sociedade. Com efeito, a promoção da saúde e a prevenção dos respectivos riscos só podem ser concebidos como uma contínua articulação das várias vertentes que nela intervêm.

Bibliografia

- AUGÉ, Marc (1994), *Não Lugares. Introdução a uma Antropologia da sobremodernidade*, Lisboa, Bertrand Editora.
- BALZAC, Honoré de (1980 [1844]), *Os camponeses. O médico de aldeia*, Barcelos, Livraria Civilização Editora.
- BAUDRILLARD, Jean (1995), *A Sociedade de Consumo*, Lisboa: Edições 70.
- BEAUVOIR, Simone (1976 [1949], *Le deuxième sexe*, Paris, Gallimard.
- BECK, Ulrich (2001 [1986]), *Sociologie du risque*, Paris, Aubier.
- BIBLIA SAGRADA (1988), Lisboa, Difusora Bíblica.
- BLAXTER e PATERSON (1982), *Mothers and Daughters: A Three-Generational Study of Health Attitudes and Behaviour*, London, Heinemann.
- BOURRE, Jean-Marie (1990), *La diététique du cerveau. De l'intelligence et du plaisir*, Paris, Odile Jacob.
- CARMO, Isabel (2004), *Alimentação segura, alimentação saudável*, Lisboa, Dom Quixote.
- CORBIN, Alain (1982), *Le miasme et la jonquille. L'odiat et l'imaginaire social 18e-19e siècles*, Paris, Aubier.
- DARMON, Pierre (1983), *Mythologies de la femme dans l'Ancienne France*, Paris, Seuil.
- DRULHE, Marcel (1996), *Santé et société. Le façonnement societal de la santé*, Paris, PUF.
- FERNANDES E BARROS, M. (1997), *O livro das ignoranças*, Rio de Janeiro, Contra Ponto.
- FERREIRA, Francisco (1994), *Nutrição Humana*, Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- FISCHELER, Claude (1980), *L, Omnivore*, Paris, Odile Jacob.
- FISCHELER, Claude (1980), Food Habits, Social Change and the Nature/Culture Dilemma, *Social Science Information*, 19, 6, pp. 937-953.
- FOURASTIÉ, Jean (1979), *Les trente glorieuses*, Paris, Fayard.
- GIDDENS, Antony (1990), *The Consequences of Modernity*, Cambridge, Polity Press.
- GOODY, Jack (1982), *Cuisines, cuisine et classes*, Paris, Centre George-Pompidou.
- GRIGNON, C. GRIGNON, C. (1980), Style d'alimentation et goûts populaires, *Revue Française de Sociologie*, 21 (4), pp. 531-569.
- HARRIS, David e GUTEN, S. (1979), Health Protective Behavior: An Exploratory, *Journal of Health and Social Behavior*, 20, pp. 17-29.
- JOUANNA, J. (1992), *Hippocrate*, Paris, Fayard.

- KAYSER, Bernard (1990), *La Renaissance rurale. Sociologie des campagnes du monde occidental*, Paris, Armand Colin.
- LEANDRO, M^a Engrácia (2014), Saberes e saúde. Teorias e usos sociais, in M^a E. Leandro e B. R. Monteiro (orgs), *Saúde no prisma da sociologia. Olhares plurais*, Viseu, Psicosoma, pp. 52-91.
- LEANDRO, M^a Engrácia e NOGUEIRA, Fernanda (no prelo), Situações inéditas. Com o envelhecimento a criatividade e o emprego.
- LEANDRO, M^a Engrácia, Antunes, M. Conceição, LEANDRO, Ana Sofia, HENRIQUES, Virgínia (2013), Cultures de la nuit, Santé des étudiants et transations sociales, *Pensée Plurielle*, 33-34, pp. 187-212.
- LEANDRO, M^a Engrácia (2012a), Transformações estruturais e familiares. Da família da industrialização à família hodierna, in M. Lobo, A. Esteves (orgs), *Ponte de Lima, Sociedade, economia e instituições*, Braga, CITCEM, pp. 361-391.
- LEANDRO, M^a Engrácia (2012b), Recomposições identitárias e culturas alimentares migratórias, in M. Lobo, A. Lázaro, M. Ramos, A. Esteves (orgs), *O tempo dos alimentos, os alimentos do tempo*, Braga, CITCEM, pp. 201-223.
- LEANDRO, M^a Engrácia, LEANDRO, Ana Sofia, HENRIQUES, Virgínia (2010), Alimentação familiar. Os fabulosos odores, (dis)sabores e saúde, *Sociologia, Problemas e Práticas*, n^o 62, pp. 57-80.
- LEANDRO, Ana Sofia e Leandro, M^a Engrácia (2006), “Transmissão de valores no seio da família. Persistências e Mudanças”, in Actas do Atelier do V Congresso de Sociologia, com o tema “Sociedades Contemporâneas: Reflexividade e Acção” (Atelier: Famílias).
- LEANDRO, M^a Engrácia (1995a), *Au-delà des apparences. L'insertion sociale des Portugais dans l'agglomération parisienne*, Paris, L'Harmattan (Coll. “Migrations et changements”).
- LEANDRO, M^a Engrácia (1995b), *Familles portugaises. Projet et destins*, Paris, L'Harmattan (Coll. “Migrations et changements”).
- LEANDRO, M^a Engrácia (1987a), Alimentação e relações interculturais dos emigrantes portugueses, *Cadernos do Noroeste*, Vol. I, n^o 1, pp. 31-40.
- LEANDRO, M^a Engrácia (1987b), La morue et les choux. Um plat caracteristique du Portugal, *Actes do Colloque International d'Anthropologie*, Paris, MHESH.
- LEVI-STRAUSS, Claude (1964), *Le crut et le cuit*, Paris, Union Générale des Editions.
- LOPES, Policarpo (2006), *A Modernidade Alimentar – In(E)volução Simbólica do Acto Alimentar*, Lisboa, Edições Colibri/ CEOS.
- MAI, Ivo (2008), *Utilizando um forno microondas e um disco rígido de um computador como laboratório de física*, Porto Alegre, UFRGS.
- MAUSS, Marcel (1998), *Ensaio Sobre a Dádiva*, Lisboa: Edições 70.
- OLIVEIRA, M^a das Dores (2003), *Consumidores de palmo: a criança e a família perante o consumo*, Dissertação de Mestrado, Braga, Universidade do Minho.
- OSIEK-PARISOD, Frederic (1990), *C'est bon pour la santé!, Représentations et pratiques familiales en matière d'éducation à la santé*, Genève, DIP, Service de Recherche sociologique.
- PERES, Emílio (2003), *Saber Comer para Melhor Viver*, Lisboa, Editorial Caminho S.A.
- PINTO, José (1985), *Estruturas sociais e práticas simbólico-ideológicas nos campos. Elementos de teoria e de pesquisa empírica*, Porto, Afrontamento.
- Proteste, Deco (2010), *Sopas embaladas*, n^o 318, p 22.
- POULAIN, Jean-Pierre (2002), *Sociologies de l'alimentation*, Paris, PUF.

- SEDAS NUNES, A. (1964), Portugal, sociedade dualista em evolução, *Análise Social*, nº 7-8, pp. 407-462.
- SERVAN-SCHREIBER, David (2003), *Curar. O stress, a ansiedade e a depressão sem medicamentos nem psicanálise*, Lisboa, Dom Quixote.
- SHNEIDER, Ernest (1990), *La santé par les aliments*, Paris, Roger Jollois.
- VILA, Pilar (1997), *Muller e emigración*, Santiago, Xunta de Galicia.
- WILLIAM, Li, Support our research and your health Tryour green tea here: <https://co/ZbUh5cOsfE>.

CAPÍTULO III

PROMOÇÃO DA SAÚDE E CONTINGÊNCIAS SOCIAIS

COMPORTAMENTOS PREVENTIVOS DE SAÚDE: DETERMINANTES DA DECISÃO DE FAZER EXAMES DE RASTREIOS AO CANCRO

Carlos Veiga | Universidade do Minho, Centro de Investigação em Ciências Sociais

Paula Veiga | Universidade do Minho, Núcleo de Investigação em Microeconomia Aplicada

Introdução

Dados sobre os riscos de morrer em Portugal por doenças detectáveis através de diagnóstico prévio, alertam para a importância de melhor compreensão dos comportamentos preventivos, em particular dos determinantes da realização de exames de rastreio ao cancro. O cancro é uma das principais causas de morte em Portugal. O cancro da mama é a primeira causa de morte por cancro entre as mulheres e a primeira causa de morte da população feminina na faixa etária dos 35 aos 54 anos. O cancro do útero é uma das dez principais causas de morte no grupo etário dos 35 aos 44 anos. Os cancros urológicos, por ordem decrescente de frequência estimada para Portugal, incluem o cancro da próstata, da bexiga, do rim e do testículo. Entre os homens, o cancro da próstata é o cancro mais frequente e a segunda causa de morte por cancro [Ministério da Saúde (2008a, 2008b)].

A procura de cuidados de saúde preventivos é um exemplo típico da ocorrência de falhas de mercado no sector da saúde, nomeadamente a presença simultânea de externalidades, de incerteza e de informação imperfeita. As falhas de mercado, podem implicar um nível de procura de cuidados preventivos inferior ao que é socialmente desejável e justificar a existência de políticas públicas que visem o (adequado) consumo de cuidados de saúde preventivos.

Apesar da justificação e da importância das políticas públicas dirigidas aos cuidados preventivos, os sistemas de saúde falham na atenção que lhe dão, tendendo a organizar-se preferencialmente em torno das respostas a necessidade agudas e urgentes das populações (World Health Organization, 2003). Em parte, esta situação resulta da falta de consenso sobre o custo efectividade das recomendações preventivas (Russell, 1986, 1993; Garber e Phelps, 1997) e do seu potencial para redução da mortalidade (Wu, 2003). Adicionalmente, o consumo de cuidados preventivos, quando não compulsório, é uma decisão individual/familiar frequentemente tomada em conjunto com o médico, cujos determinantes são variados e complexos. Neste contexto, compreende-los é crucial para a definição de políticas de saúde adequadas.

Modelos teóricos incluem trabalhos inspirados na Teoria do Capital Humano, na Utilidade Esperada (Grossman, 1972; Grossman e Rand, 1974; Cropper, 1977; Phelps, 1978; Byrne e Thompson, 2002) e no modelo de “crenças de saúde” (Rosenstock, 1966; Janz e Becker, 1984, entre outros). Os estudos empíricos, em diferentes áreas do saber, procuram compreender a importância das características demográficas, socioeconómicas e de saúde, assim como das crenças e dos incentivos, na procura de cuidados preventivos.

O presente trabalho, numa perspectiva comparativa, estuda os determinantes da realização de exames de rastreio ao cancro, por adultos residentes em quatro concelhos de Portugal, a saber: Braga, Caldas da Rainha, Évora e Vila Real. Os dados foram recolhidos por inquérito, no âmbito do projecto: *O contributo (in)visível A gestão familiar dos cuidados de saúde* (POCTI/SOC/59282/2004) financiado pela Fundação Ciência e Tecnologia.

O artigo está organizado em três secções: Na primeira, revemos os principais resultados da literatura. A seguir descrevemos a base de dados, a construção das variáveis e métodos de estimação utilizados. Finalmente, são apresentados e discutidos os resultados. Procuramos, enfim, retirar alguns elementos conclusivos deste trabalho.

Determinantes da procura de cuidados de saúde preventivos: previsões teóricas e evidência empírica

Os modelos teóricos antecipam a importância de vários factores a influenciar a procura de cuidados preventivos, nomeadamente de exames de rastreio de cancro. A evidência empírica tem, no entanto, referido a dificuldade de estabelecer associações fortes e consistentes (Jepson et al., 2000). Um resultado consistente é a maior propensão das mulheres a usarem cuidados médicos (Cameron et al., 1998; Winkelmann, 2004), em particular cuidados médicos preventivos (Deb, 2001). Os indivíduos casados tendem a ter comportamentos mais saudáveis e a procurar com mais frequência cuidados preventivos (Ross et al., 1990). No caso do exame de rastreio de cancro da mama (mamografia) a evidência é, no entanto, fraca (Jepson et al., 2000). A presença de filhos tem dois efeitos potencialmente concorrentes: ter crianças requer tempo, o que pode afetar negativamente o uso de serviços de cuidados de saúde preventivos, ao mesmo tempo que pode criar incentivos aos pais para se manterem saudáveis e adoptarem práticas preventivas. Entre a população mais idosa, a presença de filhos em casa pode significar a existência de uma rede de suporte e de cuidados informais.

A associação entre a idade e o uso de cuidados preventivos é ambígua. De acordo com a teoria do Capital Humano, o aumento do risco de doença (maior depreciação do capital da saúde) pode levar ao aumento do consumo de cuidados preventivos, mas a percepção de um período mais curto para o retorno do investimento pode diminuir a procura de cuidados de saúde (Grossman,

1972; Cropper, 1977). O resultado depende portanto da importância relativa dos efeitos. A evidência empírica é inconclusiva (Jepson et al. 2000). Os estudos empíricos sugerem que a frequência de mamografias aumenta com a idade (Kenkel, 1994; Blustein e Weiss, 1998; Walter et al., 2004). De igual modo, a evidência sugere que a idade é um determinante da procura de exames de rastreio de cancro de colo de útero (citologia) (Kenkel, 1994; Sabates e Feinstein, 2006). No entanto, em ambos os casos, partir de uma determinada idade, as indivíduos tendem, a dar maior importância ao efeito de retorno do investimento e a diminuir o uso dos cuidados preventivos (Kenkel, 1994; Jepson et al. 2000, Lairson et al., 2005)

O nível de escolaridade parece afectar a decisão de procurar cuidados preventivos de várias formas. De acordo com Grossman (1972), os indivíduos com maior escolaridade são mais eficientes na produção de saúde. A eficiência diminui o “preço-sombra”²⁰ de obter capital de saúde e, em resultado, os indivíduos tendem a ter um maior *stock* de saúde. Kenkel (2000) argumenta que a escolaridade influencia a procura de cuidados preventivos através da melhoria da eficiência distributiva, isto é o conhecimento conduz a uma melhor distribuição dos recursos favorecendo a procura de cuidados de saúde preventivos. Hammond (2002, 2003) sugere que o nível de educação resulta numa melhor comunicação com os médicos, o que leva a um aumento da procura de cuidados preventivos. O nível de escolaridade pode ainda estar relacionado com os comportamentos preventivos através de outros mecanismos, como a preferência temporal. Fuchs (1982) sugere que associação estatística entre educação e saúde não é causal, antes resulta do facto dos indivíduos mais “orientados para o futuro” tenderem a simultaneamente investir na sua escolaridade e na sua saúde com vista a aumentar os rendimentos e os benefícios futuros. Grossman e Kaestner (1997) reviram a literatura sobre a relação entre a escolaridade e a saúde, e evidenciam que os indivíduos com maior nível de escolaridade são menos propensos a fumar e mais propensos a praticar exercício físico, usar cinto de segurança e a participar em programas de rastreio de cancro. A evidência é secundada por diversos estudos (Harlan, Bernstein e Kessler, 1991; Hammond, 2002; Sabates e Feinstein, 2006). Os resultados de Hershey et al. (1975), Lairson e Swint (1979), Kenkel (1994), Lairson et al. (2005) mostram que o nível de escolaridade é mais importante na procura de cuidados preventivos secundários do que outros tipos de cuidado médico. Na sua revisão de literatura empírica, Jepson et al. (2000) concluem não existir associação consistente entre o nível de escolaridade e a decisão de fazer mamografias, mas encontram evidência de que a escolaridade está positivamente associada com a decisão de fazer exames de cancro da próstata.

20 Preço que prevaleceria se a saúde fosse produzida e vendida no mercado e valorada ao custo oportunidade dos recursos usados para produzir.

Outro factor tido como importante na procura de cuidados de saúde preventivos é o nível de rendimento. A expectativa de que indivíduos com rendimentos mais elevados tendam a ter melhores comportamentos preventivos, incluindo maior procura de cuidados preventivos, recebe amplo suporte (Gluck et al., 1989; Greene et al., 2001; Picone e Taylor, 2004; Lairson et al., 2005). Rundall e Wheeler (1979) sugerem ainda que o efeito do rendimento é sobretudo indirecto, isto é afecta a percepção dos indivíduos sobre o seu estado de saúde. A separação empírica dos efeitos não é fácil. Jepson et al. (2000) não encontraram evidência de associação entre o nível de rendimento e a realização de rastreio de cancro da próstata.

Os seguros podem diminuir os incentivos ao uso de cuidados preventivos, ao diminuir o custo dos cuidados de saúde curativos suportado pelos indivíduos (Pauly, 1986). Por outro lado, os seguros estão associados a um maior acesso aos cuidados de saúde, incluindo os cuidados preventivos. A evidência empírica é, conflituante (Kenkel, 2000). O efeito positivo da cobertura de seguro na procura de cuidados preventivos é, suportado por diversos trabalhos empíricos (Gluck et al., 1989; Kenkel, 1994; Greene et al., 2001; Picone e Taylor, 2004; Jepson et al., 2000). No caso da citologia a evidência é fraca (Jepson et al., 2000).

Quanto mais os indivíduos acreditam que estão em risco para um problema de saúde que possa ser evitado, ou reduzido, por cuidados e comportamentos preventivos mais elevado será o retorno esperado do uso de serviços preventivos e consequentemente maior deverá ser a procura. Já a incerteza acerca da eficiência e eficácia dos cuidados tende a diminuir a procura. Picone e Taylor (2004) examinaram o efeito do risco objectivo do cancro da mama, medido pela incidência ajustada de cancro da mama. Os autores não encontraram associação significativa e concluíram que o risco objectivo pode não ser uma boa *proxy* para o risco efectivamente percebido pelos indivíduos. A hipótese de que os indivíduos tendem a ter uma percepção enviesada dos seus riscos tem aliás largo apoio empírico (Weinstein, 1989; Bortorff et al., 2004). French et al. (1982) mostraram que o medo do cancro era substancialmente superior entre as mulheres que não realizavam mamografias do que entre as que realizavam. Um dos factores que pode aumentar o risco (e a percepção de risco) de algumas doenças é a presença da doença em familiares. McCaul et al. (1996) mostra que os estudos tendem a encontrar uma relação positiva entre a história familiar de cancro e a probabilidade dos indivíduos fazerem exames de rastreio regulares.

Alguns estudos sugerem que desempregados tendem a usar os cuidados de saúde mais frequentemente do que os indivíduos com emprego, o que parece estar associado à percepção de deterioração do estado de saúde e à diminuição do custo de oportunidade do tempo dedicado aos cuidados de saúde (Ferrie et

al., 1995; Carr-Hill et al., 1996; Harris et al., 1998). Mullahy (1999) e Voncina et al. (2007) sugerem que esta relação não se aplica à procura de cuidados de saúde preventivos. Os resultados de Mullahy (1999) indicam que os indivíduos com maior número de horas de trabalho são os que mais procuram cuidados preventivos. De acordo com Mullahy (1999), esta associação resulta do facto dos trabalhadores que têm maiores custos de oportunidade na procura de cuidados preventivos também terem maiores custos de oportunidade de ficarem doentes.

A relação entre o estado de saúde e a procura de cuidados de saúde preventivos depende do tipo de prevenção. Wu (2003) concluiu que os indivíduos com piores condições de saúde tendem a fazer mais vezes exames ao colesterol e a tomar a vacina para a gripe, mas são menos propensos a fazer exames de prevenção do cancro. Factores psicológicos associados ao receio dos resultados parecem explicar esta diferença.

Dados e Métodos

Os dados para este trabalho foram recolhidos, por inquérito presencial, a famílias de quatro concelhos de Portugal: Braga, Caldas da Rainha, Vila Real e Évora, em 2006. A escolha dos concelhos para aplicação dos inquéritos foi determinada por objectivos de índole comparativa, tendo em conta a regionalização dos mesmos e a possível influência daí decorrente sobre a problemática em estudo: a articulação entre a família e a saúde e os modos como a primeira investe nesta dimensão da vida. Os concelhos apresentam diversidade de características sociodemográficas e de disponibilidade de recursos de saúde.

O inquérito foi respondido por um elemento adulto da família: um dos cônjuges. Os inquiridos responderam a questões relacionadas com a sua (e do seu agregado) situação socioeconómica e demográfica, assim como a questões referentes ao estado(s) de saúde e aos comportamentos de saúde.

Foram eliminadas da amostra as observações referentes a dois indivíduos que responderam “Não sabe/Não responde” a todas as variáveis dependentes do estudo. A amostra final inclui 1067 observações, 748 de mulheres e 319 de homens.

Variáveis Dependentes

Aos inquiridos foi perguntado a frequência com que realizam os seguintes exames: mamografia (rastreamento de cancro e da próstata), citologia (outros) exames urológicos. A frequência é medida numa escala com os seguintes itens: Nunca, Raramente, 1/dois em dois anos, 1/ano, 2/ano, + de dois por ano. Para cada um dos exames foi criada uma variável ordinal de 0 (nunca) a 5 (+2/ano) corres-

pondendo aos diferentes níveis de frequência. Foi criada uma variável dicotómica igual a 1 se o inquirido realizou o exame pelo menos uma vez por ano o controlo e igual a 0, caso contrário. A razão para o uso de variáveis dicotómicas é a de acomodar as recomendações das entidades de saúde ²¹ e distinguir os comportamentos de prevenção regulares dos ocasionais.

Análise Estatística

Dado que a idade é uma referência na definição das políticas preventivas o objectivo da análise bivariada apresentada é o de traçar um perfil da estrutura de correlações entre idade e a frequência das práticas preventivas. A natureza ordinal da variável dependente justificou a aplicação de exames não paramétricos. Aplicamos o teste *Wilcoxon-Mann-Whitney* para verificar se existem diferenças na distribuição das respostas de duas amostras independentes (grupo etário de risco/ grupo etário baixo risco). A hipótese nula do teste de *Wilcoxon-Mann-Whitney* é a de que as duas amostras são oriundas da mesma população. Aplicamos o teste de *Kruskal-Wallis* para testar se existem diferenças na distribuição das respostas em mais de duas amostras independentes (diferentes grupos etários). A hipótese nula é a de que as várias amostras são oriundas da mesma população. Para medir a correlação entre a intensidade do uso de diferentes práticas utilizamos o coeficiente de correlação de *Spearman*.

Na análise multivariada, concentramo-nos na análise dos factores que levam os indivíduos a realizar os exames preventivos pelo menos uma vez por ano. Dada a natureza binária das variáveis dependentes usamos modelos *probit* estimados por máxima verossimilhança. Os modelos relativos às decisões de rastreio de cancro na mama e do colo do útero são naturalmente estimados usando dados dos inquiridos femininos²² e os relativos às decisões de realizar exames urológicos e de rastreio de cancro da próstata são estimados na amostra de inquiridos masculinos. Todos os modelos foram corrigidos para a heterocedasticidade. Para cada tipo de cuidado preventivo, reportamos os

21 As recomendações sobre a prática preventiva variam por país. No entanto as emanadas pelas organizações profissionais americanas são as mais aceites e difundidas. “American Cancer Society” recomenda que os testes para detecção de cancro na próstata devem ser realizados anualmente a partir dos 50 anos. Os indivíduos com um familiar próximo detectado antes dos 65 anos devem começar a realizar testes a partir dos 45 anos, ou no caso de múltiplos familiares a partir dos 40 anos. No caso da prevenção do cancro mama, a “American Cancer Society” recomenda que as mulheres com idade superior a 40 anos realizem uma mamografia anual. O teste ginecológico de Papanicolaou (citologia) é talvez o teste com maior sucesso na detecção de cancro. O declínio da incidência e da mortalidade do cancro do colo do útero é atribuído a generalização do teste. A “American Cancer Society” recomenda a realização do teste anualmente 3 anos após o início de actividade sexual e não mais tarde do que os 21 anos. Após três anos de testes normais a periodicidade pode ser alterada para 2/3 anos. (consultar em: <http://www.cancer.org/index>)

22 O cancro da mama pode também afetar o sexo masculino, mas com uma probabilidade muito menor. A mamografia não é prática preventiva recomendada para rastreio de cancro no sexo masculino.

efeitos marginais estimados de cada variável. Os modelos passaram o exame de significância conjunta dos seus parâmetros. O programa econométrico utilizado foi o *Stata* 10 (Stata, 2007).

Variáveis independentes

As variáveis independentes foram escolhidas de entre as sugeridas pela literatura e disponíveis no questionário. Dado o elevado número de “não respostas” para a variável “Classe de rendimento” usando o método de imputação simples, substituindo valores em falta por valores previstos por um modelo de regressão linear dos dados observados.²³ Para capturar o provável efeito não-linear da idade incluímos 5 variáveis dicotómicas que identificam grupos etários (<30 anos, 30-40 anos, 40-50 anos, 50-60 anos, 60 anos). Variáveis dicotómicas foram também criadas para ter em conta os efeitos da escolaridade (Escolaridade1, Escolaridade2 e Escolaridade3). Foram criadas diferentes variáveis dicotómicas que identificam a prevalência de doenças nas famílias, de acordo com risco associado às diferentes práticas preventivas (CancroF, MamaF, ProstataF). O modelo inclui variáveis dicotómicas que identificam o Concelho de residência do inquirido (Braga, Castelo Branco, Évora e Vila Real). As variáveis procuram capturar diferenças explicadas pelas características socioeconómicas e a oferta de serviços nos concelhos. Existe evidência prévia da prevalência de significativas diferenças regionais na disponibilidade de recursos de saúde em Portugal (Santana, 2000; Bentes et al., 2004; Correia e Veiga, 2010) afectando desfavoravelmente populações do interior e rurais.

Foi pedido aos inquiridos que classificassem um conjunto de práticas relativamente à sua importância para ter uma boa vida. A escala proposta na resposta vai de 0 (Menos importante) a 10 (Muito importante). Usamos a resposta à afirmação “Ir pelo menos uma vez por ano ao médico” (AMEDICO) como uma *proxy* para a importância percebida da prevenção secundária.

Interpretação dos resultados

Análise univariada e bivariada

Passamos, agora, a apresentar e discutir os principais resultados da análise descritiva e bivariada. A tabela 1 apresenta as estatísticas descritivas para as variáveis dependentes usadas no estudo. Aproximadamente 30% da amostra é do sexo masculino, e 48% da amostra reside em Braga. A amostra está uniformemente distribuída pelos grupos etários e níveis de escolaridade.

23 No total, 314 observações das 367 em falta foram imputadas. O valor médio (desvio padrão) da variável antes da imputação é de 3.324 (1.376). O valor médio das variáveis imputadas 3.399 (0.899).

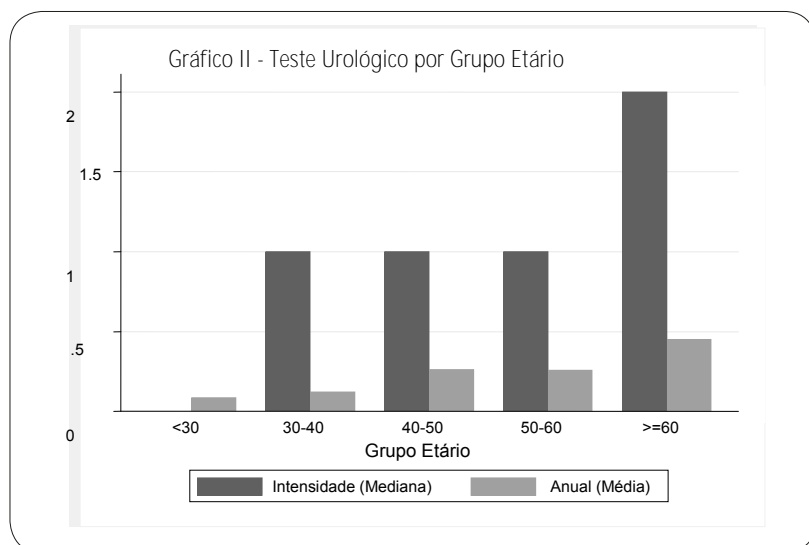
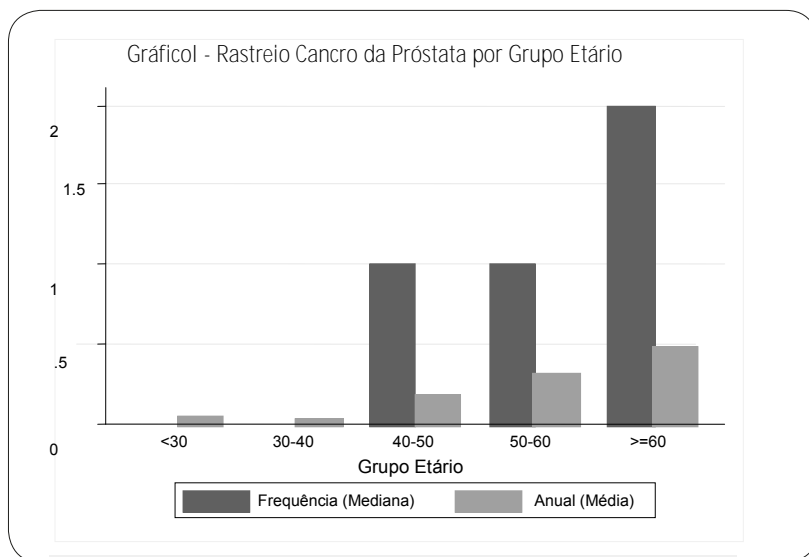
A tabela 2 apresenta dados sobre a frequência com que os inquiridos do sexo masculino realizam exames de rastreio de cancro da próstata e exames urológicos. A primeira coluna apresenta os resultados para o caso do rastreio de cancro da próstata para toda a amostra e a segunda coluna apenas para os indivíduos com 60 anos ou mais. De acordo com as respostas dos inquiridos, menos de 24% dos adultos realiza pelo menos um exame e 45% nunca realizou nenhum. No grupo de indivíduos com 60 anos ou mais, a percentagem de inquiridos que realizou pelo menos um exame anualmente sobe para aproximadamente 42%.

O gráfico I apresenta resultados das variáveis associadas à realização de rastreio de cancro da e da próstata por grupo etário. Nas barras à esquerda estão representados os valores medianos da variável categórica (0 (nunca) a 5 (+2/ano)) e à direita o valor médio da variável dicotómica (0/1) isto é, a proporção de indivíduos que realizou pelo menos um exame anualmente. Do gráfico I retiramos que o respondente mediano no grupo etário dos 60 nos realiza um teste a cada dois anos e que menos de 50% realizaram pelo menos um teste. A interpretação dos restantes gráficos do trabalho é similar.

Os dados sugerem que a frequência de exame, a realização pelo menos uma vez por ano, está associada à idade, sendo que os grupos etários mais elevados tendem a realizar com mais frequência. A hipótese de que a frequência de rastreio varia por grupo etário é corroborada pela aplicação do teste *Kruskal-Wallis* aos dados ($\chi^2_{(4)} = 70.32$; $P=0.0001$). O teste *Wilcoxon-Mann-Whitney* para duas amostras independentes (indivíduos com menos de 60 e indivíduos com 60 ou mais) leva também à rejeição da hipótese nula ($z = -7.990$; $p=0.0001$).

Tabela 2 – Frequência com que realiza exames (rastreios masculinos)

	Próstata		Urologia
		60 ou mais	
Nunca	44.6%	21.2%	39.1%
Raramente	27.5%	30.3%	31.1%
1 de 2 em 2 anos	5.4%	6.8%	5.7%
1 por ano	18.8%	36.4%	17.4%
2 por ano	2%	3.0%	3.7%
Mais de 2 por ano	2%	2.3%	3.0%
nº observações	305	132	299



Dados sobre a frequência com que os inquiridos realizam exames urológicos estão apresentados na terceira coluna da tabela 2. Aproximadamente 24% dos inquiridos realiza um ou mais exames urológicos anualmente, enquanto 39% nunca realizou um exame.

O gráfico II apresenta resultados das variáveis associadas à realização de exames de urologia por grupo etário. Os resultados sugerem uma forte asso-

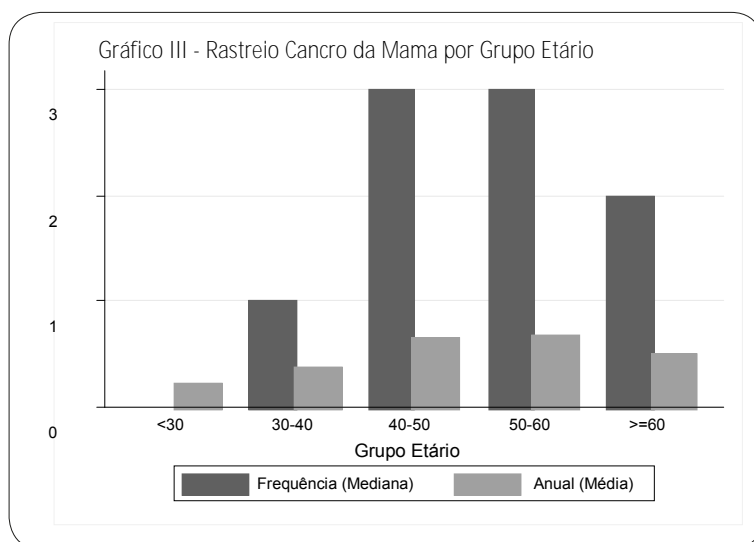
ciação entre a idade e a frequência de exames, assim como a realização de pelo menos um anualmente. Aproximadamente metade dos indivíduos com 60 anos ou mais realizou pelo menos um exame anualmente. Da aplicação do teste de Kruskal-Wallis ($\chi^2_{(4)} = 27.317$ $p=0.0001$) rejeita-se a hipótese nula de igualdade na distribuição das respostas de frequência de uso dos exames nos grupos etários a níveis convencionais de significância.

Como se vem constando, os indivíduos que realizam exames de rastreio ao cancro da próstata tendem também a realizar outros exames urológicos e vice-versa. O coeficiente de correlação de *Spearman* entre as variáveis de frequência é de = 0,41 ($p=0.0001$) e entre as variáveis dicotômicas é de = 0,510 ($p=0.0001$) sugerindo uma correlação moderada.

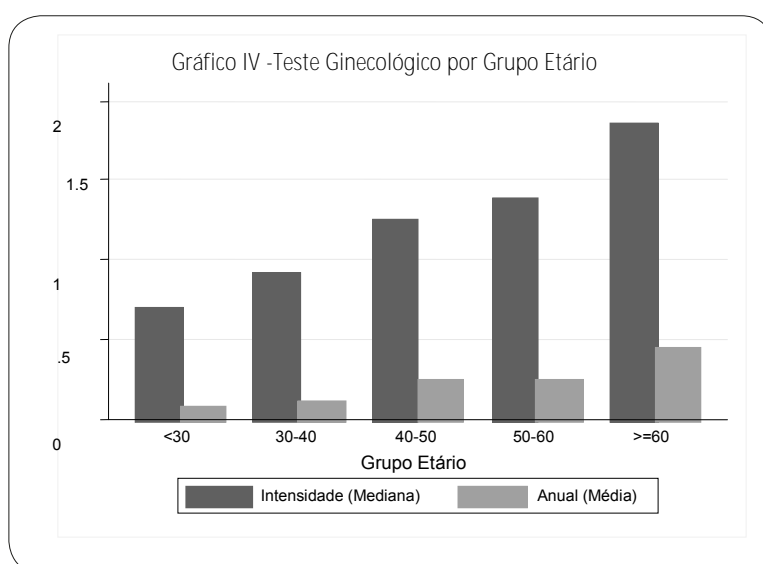
A tabela 3 apresenta dados sobre a frequência da realização de exames nos testes do grupo feminino. A primeira coluna apresenta a frequência de mamografias para toda a amostra e a segunda coluna para a amostra de mulheres com 40 anos ou mais. Das mulheres inquiridas cerca de 51% faz pelo menos uma mamografia anualmente e cerca de 24% nunca realizaram nenhuma. A maioria das mulheres com 40 anos ou mais realiza pelo menos uma mamografia anualmente. No entanto, aproximadamente 12% das mulheres com 40 anos ou mais nunca realizaram nenhuma mamografia e 16% fá-lo raramente. O gráfico III sugere uma relação côncava entre a idade e a frequência na realização de mamografias. A aplicação do teste *Kruskal-Wallis* aos dados ($\chi^2_{(4)} = 99.192$; $p=0.0001$), rejeita a hipótese nula de igualdade na distribuição das respostas relativas à frequência de uso dos exames de rastreio nos grupos etários a níveis convencionais de significância. O teste de *Wilcoxon-Mann-Whitney* para duas amostras independentes (indivíduos com menos 40 anos e indivíduos com 40 anos ou mais) ($z = -9.142$; $p=0.0001$) leva também à rejeição da hipótese nula.

Tabela 3 – Frequência com que realiza exames (rastreios femininos)

	Mamografia		Citologia
		40 anos ou mais	
Nunca	23.6%	11.8%	7.5%
Raramente	15,6%	15.8%	19.7%
1 de 2 em 2 anos	10.3%	11.2%	9.9%
1 por ano	41.8%	51.9%	52.1%
2 por ano	5.6%	6.1%	6.7%
Mais de 2 por ano	3.1%	3.4%	4.1%
Nº observações	702	476	735



A terceira coluna da tabela 3 sumaria as respostas sobre a frequência com que as inquiridas realizam citologia(s). Aproximadamente 63% das mulheres realiza pelo menos uma citologia anualmente. De notar também a elevada percentagem de mulheres com idade inferior a 30 que realiza frequentemente o exame (Gráfico IV). Esta aparente diferença é corroborada pela aplicação do teste Kruskal-Wallis ($\chi^2_{(4)} = 49.455$, $p=0.0001$).



Como esperado a frequência e a realização de pelo menos um exame em cada um dos exames estão correlacionados. O coeficiente de correlação de *Spearman* entre as variáveis de frequência é de $= 0.611$ ($p=0.000$) e entre as variáveis dicotômicas é de $= 0,594$ ($p=0.000$) sugerindo uma correlação moderada entre a frequência dos dois exames.

Análise multivariada

A tabela 4 reporta os resultados (efeitos marginais) estimados do modelo para a probabilidade de realizar pelo menos um rastreio de cancro da próstata anualmente. A primeira coluna reporta os valores para todas as observações de inquiridos do sexo masculino e a seguinte da amostra dos indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos. A amostra constituída apenas pelos indivíduos com 60 anos ou mais é pequena pelo que as conclusões devem ser cuidadosas.

A idade aparece como o factor explicativo mais importante, cerca de 20% da variação total da procura de exames de rastreio de cancro da próstata. Os indivíduos com 40 anos ou mais têm, em média, maior probabilidade de realizar pelo menos um exame anualmente. A probabilidade de fazer exame(s) anualmente após os 60 anos aumenta cerca de 66.3 p.p. relativamente aos indivíduos com menos de 30 anos (variável omitida), *ceteris paribus*.

Tudo o resto constante, os indivíduos com escolaridade superior têm uma probabilidade acrescida em 29.8 p.p. relativamente aos indivíduos com escolaridade inferior ou igual ao ensino obrigatório. O impacto da educação aumenta no grupo etário dos maiores de 50 anos. Os indivíduos residentes no concelho de Vila Real têm menor probabilidade de realizar o rastreio. Tudo o resto constante, a probabilidade de realizarem exame anualmente é menor em 21.6 p.p. comparando com os residentes em Braga (variável omitida). As diferenças geográficas aumentam no grupo de maior risco.

Ser casado diminui a probabilidade de realizar pelo menos um exame anualmente. Ter filhos, em casa, por outro lado, aumenta a probabilidade de realizar pelo menos um exame anualmente. Curiosamente a probabilidade aumenta no grupo de indivíduos com 60 anos ou mais, o que pode estar associado à rede de suporte e de cuidados informais. O nível de escolaridade afecta a decisão de se submeter a pelo menos um exame anualmente. Os que mais acreditam que “ir ao médico anualmente é uma prática para uma vida boa” têm uma probabilidade acrescida de realizar pelo menos um exame de rastreio de cancro da próstata, *ceteris paribus*. O coeficiente não é estatisticamente significativo na amostra de indivíduos com 60 anos ou mais. Não encontramos evidência que a história familiar de cancro aumenta a probabilidade de procurar exames de rastreio de cancro da próstata.

A coluna 3 da tabela 4 apresenta os efeitos marginais estimados do modelo de probabilidade de realizar anualmente pelo menos um exame urológico. A capacidade explicativa do modelo é pequena, mas a proporção de previsões correctas é de 80%.

Os resultados sugerem que os indivíduos com mais de 60 anos e os indivíduos com maiores níveis de escolaridade são os que têm maior propensão para fazer pelo menos um exame urológico anualmente. Tudo o resto constante, os indivíduos com mais de 60 anos têm uma probabilidade maior em 37.6 p.p de realizar pelo menos um exame anualmente. Acreditar que “ir ao médico é uma condição para ter uma boa vida” afecta positivamente a probabilidade dos indivíduos realizarem pelo menos um exame urológico mas a evidência estatística é fraca. Os homens com filhos a morar em casa, tudo o resto constante, submetem-se com maior probabilidade a um ou mais exames anuais. O coeficiente estimado para o rendimento, tem o sinal negativo mas não é estatisticamente significativo aos níveis convencionais de significância. Não encontramos evidência de associação estatística significativa entre a idade e a escolaridade com a probabilidade de realizar pelo menos um exame anualmente.

A tabela 5 reporta os efeitos marginais estimados da probabilidade de realizar pelo menos uma mamografia anualmente. A primeira coluna reporta os valores para toda a amostra feminina e a segunda para a amostra dos indivíduos com idade igual ou superior a 40 anos).

Os resultados sugerem que a idade está positivamente relacionada com a probabilidade de realizar uma mamografia anualmente. No entanto, tal como em outros estudos (Kenkel, 1994; Lairson et al., 2005), a probabilidade de as mulheres realizarem pelo menos uma mamografia anualmente diminui no grupo etário dos maiores de 60 anos quando comparada com as mulheres do grupo etário dos 40 aos 60 anos, *ceteris paribus*. Não existe evidência que as mulheres com mais educação sejam mais propensas a realizar mamografia(s); os coeficientes estimados são negativos e não são estatisticamente significativos.

Haverá agora lugar para fala das importantes assimetrias regionais. As residentes nos concelhos de Évora e em Vila Real têm menor probabilidade de fazer mamografia(s).. Não existe evidência estatística que a escolaridade determine a propensão a realizar pelo menos uma mamografia anual. O rendimento familiar anual está positivamente associado com a probabilidade de fazer pelo menos uma mamografia anualmente. As mulheres que acreditam que os cuidados médicos são determinantes para a saúde também tendem a realizar com maior probabilidade pelo menos um exame anualmente. A história de cancro familiar afecta a probabilidade de realizar uma mamografia. No entanto, não encontramos evidência estatística de que a história familiar de doença no cancro da mama aumente significativamente a probabilidade de realizar mamografia(s) anualmente. Apesar do coeficiente estimado para a variável que

representa a ocorrência de cancro da mama na família ser positivo, não é estatisticamente significativo a níveis de significância convencionais.

A terceira coluna da tabela 3 reporta os efeitos marginais estimados da probabilidade de realizar pelo menos uma citologia anualmente. Apesar de globalmente pouco explicativo, a proporção de previsões correctas do modelo é de aproximadamente 72%. A idade parece diminuir a probabilidade de realizar uma citologia. De acordo com o coeficiente estimado, tudo o resto constante, as mulheres maiores de 60 anos têm uma probabilidade menor em 16.6 p.p., mas a evidência estatística é fraca. Mais uma vez encontramos diferenças regionais desfavorecendo os residentes nos concelhos de Évora e Vila Real, que em média afecta tendem a ter menor propensão para realizar exame(s) anualmente. O rendimento familiar determina positivamente a probabilidade das mulheres realizarem citologia(s), mas o coeficiente estimado é menor do que no modelo de procura de mamografia(s). Ser casada e reconhecer importância da ida anual ao médico aumentam a probabilidade de realizar pelo menos uma citologia. Não encontramos evidência de que a escolaridade, o estado de saúde ou a história familiar de cancro afecte a decisão de realizar com regularidade anual o exame ginecológico.

Conclusão

O presente trabalho procurou contribuir para a compreensão dos determinantes da procura de exames rastreio ao cancro, em quatro concelhos de Portugal. Os resultados indicam que a política deve ter em especial atenção à procura de cuidados preventivos no sexo masculino. Nos grupos etários de risco, menos de metade dos homens revelou comportamentos de saúde preventiva de acordo com o que é recomendado. No grupo das mulheres cerca de 60% das inquiridas fazem exames de acordo com as recomendações. Por outro lado, os dados sugerem a procura de exames de rastreio superior ao que poderíamos antecipar em grupos mais jovens da população. Este resultado indicia excesso de procura de exames de rastreio na população jovem. Trabalho futuro deve avaliar a eficácia da informação dos riscos associados à faixa etária e o papel dos cuidados de saúde primários na promoção do uso adequado dos exames de rastreio de cancro.

De uma maneira geral, os resultados indicam, que o impacto dos determinantes socioeconómicos e demográficos varia de acordo com o tipo de rastreio e com o género. Este resultado sugere que as políticas de promoção de cuidados de saúde preventivos devem considerar as especificidades dos diferentes tipos de cuidados e em particular o género dos indivíduos.

A procura de exames de rastreio pelas mulheres tende a ser mais sensível ao rendimento e ao concelho de residência. Por outro lado, a procura de exa-

mes de rastreio por parte dos homens é, em média, mais sensível ao nível de escolaridade, à idade e às características familiares. A idade é um determinante importante da procura de exames de rastreio de cancro excepto na citologia. Os resultados suportam ainda tese de que o efeito da deterioração do *stock* de saúde está associado à idade, mas apenas entre as mulheres. A interpretação tem de ser cautelosa já que os dados não permitem distinguir o “efeito idade” do “efeito geração”. No entanto, o estudo aponta para a importância de promover os exames de rastreio de cancro entre as mulheres mais idosas. Tal como em estudos anteriores a evidência da escolaridade é mista. O nível de escolaridade parece ter apenas impacto na procura de exames pelos homens. A presença de filhos em casa parece afectar as decisões de rastreio dos homens, em particular dos mais velhos. Este resultado sugere que as redes de suporte e de cuidados entre os mais idosos são importantes para os seus comportamentos de saúde preventiva. Este resultado deve ser explorado em estudos futuros. A evidência do efeito da percepção do estado de saúde na procura de cuidados de saúde é fraca. Os resultados sugerem que os indivíduos saudáveis são menos activos na procura de cuidados de saúde preventivos mas, a evidência estatística é inexistente ou fraca.

Não encontramos evidência de que risco associado à história clínica da família e/ou o aumento do conhecimento das doenças pela experiência de outros familiares, aumente a propensão dos indivíduos a procurarem exames de rastreio. Apenas no caso da decisão de realizar pelo menos uma mamografia, a história de cancro na família parece ter alguma influência. O resultado sugere duas observações. Em primeiro lugar, é necessária maior sensibilização dos indivíduos (e dos prestadores de cuidados) para o que parece ser uma maior propensão a ter cancro nas pessoas com história de cancro na família. Em segundo lugar, a decisão de rastreio não parece ser sensível à informação informal que os indivíduos têm sobre a doença.

Apesar dos coeficientes estimados serem, em geral pequenos, o estudo conclui que os indivíduos que acreditam que “ir ao médico anualmente contribui para uma boa saúde” têm maior propensão a fazer rastreios. Este resultado indicia que o conhecimento das crenças deve ter um papel importante na definição das políticas de cuidados preventivos.

O estudo aponta diferenças significativas na procura de exames de rastreio nos diferentes concelhos em estudo. As diferenças são desfavoráveis aos residentes dos concelhos de Vila Real e de Évora. A evidência de desigualdade geográfica indicia desigualdades no acesso aos cuidados, as quais estão a condicionar o uso dos cuidados preventivos. Este resultado era esperado dada a evidência de assimetrias geográficas nos recursos e no estado de saúde em Portugal dada por estudos anteriores. Compreender as diferenças no uso de cuidados de saúde entre os concelhos deve merecer maior atenção em trabalhos futuros

A evidência empírica apresentada, em geral, é consistente com as previsões teóricas e converge para os resultados de estudos anteriores. Mas, em linha com a maioria dos estudos anteriores, a proporção da variação da procura explicada pelos modelos é pequena. Como implicação, mais esforço deve ser destinado à compreensão do papel de outras variáveis tradicionalmente não consideradas nos inquéritos. Outras limitações merecem nota: O estudo não considera o papel do médico. Compreender melhor o papel do médico, em particular do médico de família, nas decisões de rastreio pode ajudar a explicar uma parte importante das diferenças de comportamento dos indivíduos. O papel de seguros adicionais não é analisado neste trabalho por falta de informação. É importante notar que variável rendimento usada no estudo pode não ser uma boa medida da riqueza das famílias, em particular porque não se pondera para a dimensão do agregado familiar. Finalmente, os resultados não podem ser facilmente extrapolados para a realidade nacional.

Bibliografia

- BENTES, M., DIAS, C., SAKELLARIDES, C.; BANKAUSKAITE, V. (2004), *Health care systems in transition, Portugal*, Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.
- BLUSTEIN, J.; WEISS, L. (1998), *The use of mammography by women aged 75 and older: factors related to health, functioning, and age*, *Journal of the American Geriatrics Society*, 46(8), pp. 941-946.
- BOTTORFE, J.; RICHARDSON, C.; BALNEAVES L.; McCULLUM, M.; BUXTON, J.; RATNER, P.; HACK, T. (2004), *Unraveling women's perceptions of risk for breast cancer*. *Health Education Research*, 19(4), pp. 469-475.
- BYRNE, M.; THOMPSON, P. (2001), *Screening and Preventable Illness*, *Journal of Health Economics* 20(6), pp. 1077-1088.
- CAMERON, A.; TIVEDI, P.; MILNE, F.; PIGOTT, J. (1998), *A microeconomics model of the demand for health care in Australia*, *Review of Economic Studies*, LV, pp 85-106.
- CARR-HILL R.; RICE, N.; ROLAND, M. (1996), *Socioeconomic determinants of rates of consultation in general practice based on fourth national morbidity survey of general practices*, *British Medical Journal*; 312:1008-1012.
- CORREIA, I.; VEIGA P.(2010), *Geographic distribution of physicians in Portugal*, *The European Journal of Health Economics*, 11, pp. 383-393.
- CROPPER, M. (1977), *Health, investment in health, and occupational choice*, *Journal Political Economy*, 85, pp.1273-1294.
- DEB, P. (2001), *A discrete random effects probit model with application to the demand for preventive care*. *Health Economics*, 10, pp. 371-383.
- FERRIE, J.; SHIPLEY, M.; MARMOT, M.; STANSFELD, S.; DAVEY-SMITH, G. (1995), *Health effects of anticipation of job change and non-employment: longitudinal data from the Whitehall II study*, *British Medical Journal*.311, pp. 1264-1269.
- FRENCH, K.; PORTER, A.; ROBINSON, S.; MCCALLUN, F.; HOWIE, J.; Roberts, M. (1982), *Attendance at a breast screening clinic: problem of administration or attitudes*, *British Medical Journal*, 285, pp. 617-620.

- FUCHS, V. (1982), Time preference and health: An exploratory study. In: V. Fuchs (Ed), *Economic Aspects of Health*, University of Chicago Press, Chicago, pp. 93–120.
- GARBER, A.; PHELPS, C. (1997), Economic foundations of cost-effectiveness analysis. *Journal of Health Economics*, 16, pp. 1–31.
- GLUCK, M.; WAGNER, J.; DUFFY, B. (1989), *The use of preventive services by the elderly* (Vol. 2). Report from Washington, DC, Office of Technology Assessment.
- GREENE, J.; LAFLAMME K. (2001), Use of preventive care services, beneficiary characteristics, and medicare HMO performance, *Health Care Financing Review*, 22(4), pp. 141–153.
- GROSSMAN, M.; RAND, E. (1974), Consumer incentives for health services in chronic illness. In: S. Mushkin (Ed.), *Consumer Incentives for Health Care*. Milbank Memorial Fund, New York, pp. 114–151.
- GROSSMAN, M. (1972), The demand for health: a theoretical and empirical investigation. National Bureau of Economic Research, New York.
- GROSSMAN, M.; KAESTNER, R. (1997), Effects of education on health In: J. Behrman e N. Stancey (Eds), *The social benefits of education*, The University of Michigan Press, Ann Arbor.
- HAMMOND, C. (2002), What is it about education that makes us healthy? Exploring the education–health connection, *International Journal of Lifelong Education*, 21(6) 551–571.
- HAMMOND, C. (2003), ‘How education makes us healthy’, *London Review of Education*, 1 (1), pp. 61–78.
- HARLAN, L.; BERMSTEIN A.; KESSLER, L. (1991), Cervical cancer screening: Who is not screened and why?, *American Journal of Public Health*, 81, pp.885–890
- HARRIS, E; WEBSTER, I; HARRIS, M; LEE, P. (1988), Unemployment and health: the healthcare system’s role, *Medical Journal of Australian*; 168(6), pp. 291–293, 296.
- HERSHEY, J.; LUFT, H. ; GIANARIS, J. (1975), Making sense out of utilization data. *Medical Care*, 13, pp. 838–853.
- Janz, N; BECKER M. (1984), The health belief model: a decade later, *Health Education & Behavior*, 11 (1), pp. 1–47.
- JEPSON, R.; CLEGG, A.; FORBES, C.; LEWIS, R.; SNOWDEN, A.; KLEIJNEN, J. (2000), The Determinants of Screening Uptake and Interventions for Increasing Uptake: A Systematic Review, *Health Technology Assessment*, 4(14), pp. i–vii, 1–133.
- KENKEL, D. (1990), Consumer health information and the demand for medical care, *Review of Economics and Statistics*, 72, pp. 587– 595.
- KENKEL, D. (1991), Health behaviour, health knowledge and schooling, *Journal of Political Economy*, 99, pp. 287– 385.
- KENKEL, D. (1994), The demand for preventative medical care, *Applied Economics* 26, pp. 313–325.
- KENKEL, D. (2000), Prevention, In A. Culyer e J. Newhouse (Eds). *Handbook of Health Economics*, North Holland, 31, pp. 1675–1720.
- LAIRSON, D.; CHAN, W; NEWMARK, G. (2005), The demand for breast cancer screening among women veterans: an empirical analysis. *Social Science and Medicine*, 61(7), pp. 1608–1617.
- LAIRSON, D.; SWINT, J. (1979), Estimates of preventive versus non-preventive medical care demand in an HMO, *Health Services Research*, 14(1), pp. 33–43.
- McCaul, K.; BRANSTETTER, A.; SCHROEDER, D.; GLASGOW R. (1996), What is the relationship between breast cancer risk and mammography screening? A meta-analytic review, *Health Psychology*, 15, pp.1–8.

- Ministério da saúde (2008a), *Riscos de morrer em Portugal 2005* – Volume I, Direcção-Geral da Saúde – Direcção de Serviços de Epidemiologia e Estatísticas de Saúde – Divisão de Epidemiologia – Lisboa.
- Ministério da saúde (2008b). *Riscos de morrer em Portugal 2005* – Volume II, Direcção-Geral da Saúde – Direcção de Serviços de Epidemiologia e Estatísticas de Saúde – Divisão de Epidemiologia – Lisboa.
- MULLAHY, J. (1999), It'll only hurt a second? Microeconomic determinants of who gets flu shots, *Health Economics*, 8, pp. 9–24.
- PAULY, M. (1968), The economics of moral hazard: comment, *American Economic Review*, 84, pp. 531–37.
- PHELPS, C. (1978), Illness prevention and medical insurance, *Journal of Human Resources*, 13, pp. 183–207.
- PICONE, S.; TAYLOR, D. (2004), Effects of risk and time preference and expected longevity on demand for medical tests, *The Journal of Risk and Uncertainty*, 28(1), 39–53.
- ROSS, C.; MIROWSKY, J.; GOLDSTEIN, K. (1990), The Impact of the Family on Health: The Decade. *Review Journal of Marriage and Family*, 52 (4), pp. 1059–1078.
- ROSENSTOCK, I. (1966), Why People Use Health Services, *Milbank Memorial Fund Quarterly* 44, pp. 94–124.
- RUNDALL, G.; WHEELER J. (1979), The Effect of Income on Use of Preventive Care: An Evaluation of Alternative Explanations, *Journal of Health and Social Behavior*, 20 (4), pp. 397–406.
- RUSSELL, L. (1986), *Is prevention better than cure?*. Washington DC: Brookings Institution Press.
- RUSSEL, L (1993), Too Much for Too Few: What Cost-Effectiveness Tells Us About Prevention, In: W. Skeltone e M. Osterweis (Eds), *Promoting Community Health: The Role of the Academic Health Center*, Washington, DC: Association of Academic Health Centers.
- SABATES, R.; FEINSTEIN L. (2006), The role of education in the uptake of preventative health care: The case of cervical screening in Britain. *Social Science & Medicine*, 62, pp. 2998–3010.
- SANTANA, P. (2000), Ageing in Portugal: regional inequalities in health and health care, *Social Science & Medicine*, 50(7), pp. 1025–1036.
- SCHOR, E.; TARFIELD, B.; TIDLEY, C.; HANKIN, J. (1987), Family Health: Utilization and Effects of Family Membership, *Medical care*, 25(7), pp. 616–626.
- STATA CORP. (2007), *Stata Statistical Software: Release 10*. College Station, TX: Stata Corp LP.
- VONCINA, L.; PRISTAS, I; MASTILICA, M.; POLASEK, O; SOSIC, Z.; STEVANPVIC, R. (2007). Use of Preventive Health Care Services among Unemployed in Croatia, *Croatian Medical Journal*, 48 (5), pp. 667–674.
- WALTER, L.; LINDQUIST, K.; COVINSKY, K. (2004), Relationship between health status and use of screening mammography and Papanicolaou smears among women older than 70 years of age, *Annals of Internal Medicine* 140 (9), pp. 681–688.
- WEINSTEIN, N. (1989). Optimistic biases about personal risks, *Science*, 246, 4935, pp. 1232–1233.
- WINKELMANN, R. (2004), Health care reform and the number of doctors visits. An econometric analysis, *Journal of applied Econometrics*, 19, pp. 455–472.
- World Health Organization (2003), *Primary health care: a framework for future strategic directions*. Geneva, (WHO/MNC/OSD/03.01).
- WU, S. (2003), Sickness and preventive medical behavior. *Journal of Health Economics*, 22(4), pp. 675–689.

Tabela 1— Estatísticas descritivas

	Variável	Média (Desvio padrão)
Masculino	Variável dicotómica igual a 1 se género masculino, 0 caso contrário	0.300
<30	Variável dicotómica igual a 1 se idade <30, 0 caso contrário	0.165
30-40	Variável dicotómica igual a 1 se idade neste intervalo, 0 caso contrário	0.187
40-50 anos	Variável dicotómica igual a 1 se idade neste intervalo, 0 caso contrário	0.243
50 -60 anos	Variável dicotómica igual a 1 se idade neste intervalo, 0 caso contrário	0.201
> 60 anos	Variável dicotómica igual a 1 se idade >=60, 0 caso contrário	0.204
Profissional	Variável dicotómica igual a 1 se exerce actividade profissional, 0 caso contrário	0.685
Escolaridade1	Variável dicotómica igual a 1 se menos que a escolaridade obrigatória, 0 caso contrário	0.321
Escolaridade2	Variável dicotómica igual a 1 mais se tem frequência (ou concluiu) de escolaridade secundária, 0 caso contrário	0.382
Escolaridade3	Variável dicotómica igual a 1 mais escolaridade tem frequência ou concluiu o ensino superior, 0 caso contrário	0.297
Braga	Variável dicotómica igual a 1 se reside em Braga, 0 caso contrário	0.478
Caldas da Rainha	Variável dicotómica igual a 1 se reside em Caldas, 0 caso contrário	0.171
Évora	Variável dicotómica igual a 1 se reside em Évora, 0 caso contrário	0.194
Vila Real	Variável dicotómica igual a 1 se reside em Vila real, 0 caso contrário	0.157
Filhos	Variável dicotómica igual a 1 se tem filhos a viver em casa, 0 caso contrário	0.501
Saudável	Variável dicotómica igual a 1 se saudável, 0 caso contrário	0.836
Casado	Variável dicotómica igual a 1 se casado ou vive em união de facto, 0 caso contrário	0.676
AMedico	Crença sobre a importância de ir ao médico anualmente	8.909 (1.728)
Rendimento	Classe de rendimento familiar	3.344 (1.248)
CancroF	Variável dicotómica igual 1 se tem/teve familiares com problemas cancro, 0 caso contrário	0.138
CancroF1	Variável dicotómica igual 1 se tem/teve familiares com problemas cancro (excepto cancro mama), 0 caso contrário	0.070
CancroF1	Variável dicotómica igual 1 se tem/teve familiares com problemas cancro (excepto cancro próstata), 0 caso contrário	0.082
MamaF	Variável dicotómica igual a 1 se tem/teve familiares com cancro da mama, 0 caso contrário	0.063
ProstataF	Variável dicotómica igual a 1 se tem/teve familiares com cancro na próstata, 0 caso contrário	0.052

Tabela 4 – Probabilidade de realizar pelo menos um exame anual (Efeitos Marginais)

	Cancro da próstata		Exame de Urologia
		60 anos ou mais	
30-40 anos	–		-0.0341
	–		(0.107)
40-50 anos	0.192		0.0955
	(0.152)		(0.135)
50 -60 anos	0.481***		0.192
	(0.144)		(0.142)
Maiores de 60 anos	0.663***	0.249**	0.376***
	(0.120)	(0.116)	(0.138)
Profissional	-0.0214	-0.168	-0.0185
	(0.0761)	(0.128)	(0.0711)
Escolaridade2	0.0607	0.230*	0.0212
	(0.0871)	(0.129)	(0.0743)
Escolaridade3	0.298**	0.335**	0.170*
	(0.148)	(0.169)	(0.109)
Caldas da Rainha	0.204	0.440***	0.171
	(0.142)	(0.165)	(0.116)
Évora	-0.0656	-0.143	0.0439
	(0.0775)	(0.130)	(0.0839)
Vila Real	-0.216***	-0.280**	-0.0768
	(0.0515)	(0.115)	(0.0763)
Filhos	0.273***	0.348***	0.166**
	(0.0805)	(0.116)	(0.0705)
Saudável	-0.112	-0.152	-0.144*
	(0.0930)	(0.125)	(0.0945)
Casado	-0.216*	-0.174	-0.0476
	(0.125)	(0.185)	(0.0967)
AMedico	0.0559**	0.0475	0.0297*
	(0.0218)	(0.0356)	(0.0175)
Rendimento familiar	-0.0571	-0.0211	-0.0436
	(0.0396)	(0.0640)	(0.0327)
CancroF1	0.0266	0.272	0.152
	(0.114)	(0.190)	(0.0989)
ProstataF	0.148	0.297	
	(0.199)	(0.254)	
Observações	207	117	256
Pseudo R ²	0.268		0.166

Erros padrão robustos em parêntesis * significativo a 10%; ** significativo a 5%; *** significativo a 1%

Tabela 5– Probabilidade de realizar pelo menos um exame anual. (Efeitos marginais)

	Mamografia		Citologia
		50 anos ou mais	
30-40 anos	0.135*		-0.0697
	(0.0789)		(0.0774)
40-50 anos	0.388***		-0.0378
	(0.0622)		(0.0722)
50 -60 anos	0.432***	0.106	-0.0993
	(0.0561)	(0.0650)	(0.0800)
Maiores de 60 anos	0.345***	0.0266	-0.166*
	(0.0710)	(0.0809)	(0.0852)
Profissional	0.0502	0.0730	0.0736
	(0.0593)	(0.0668)	(0.0538)
Escolaridade2	-0.0108	-0.000637	0.0481
	(0.0638)	(0.0675)	(0.0573)
Escolaridade3	-0.00771	-0.0374	0.0735
	(0.0814)	(0.0959)	(0.0693)
Caldas da Rainha	0.0623	0.0432	-0.0264
	(0.0631)	(0.0717)	(0.0592)
Évora	-0.317***	-0.452***	-0.376***
	(0.0596)	(0.0723)	(0.0618)
Vila Real	-0.179***	-0.111	-0.237***
	(0.0592)	(0.0848)	(0.0630)
Filhos	0.00897	0.0702	0.0396
	(0.0535)	(0.0601)	(0.0505)
Saudável	-0.0328	-0.0408	0.0570
	(0.0650)	(0.0643)	(0.0605)
Casado	-0.00736	0.0112	0.115**
	(0.0574)	(0.0652)	(0.0529)
AMedico	0.0420***	0.0373**	0.0475***
	(0.0149)	(0.0166)	(0.0131)
Rendimento familiar	0.0923***	0.0987***	0.0491**
	(0.0265)	(0.0310)	(0.0234)
CancroF2	0.142*	0.166**	0.0462
	(0.0752)	(0.0726)	(0.0562)
MamaF	0.0963	0.0991	
	(0.0889)	(0.0960)	
Observações	620	399	
Pseudo R ²	0.170	0.165	0.162

Erros padrão robustos em parêntesis * significativo a 10%; ** significativo a 5%; *** significativo a 1%

FAMÍLIA, TRABALHO E SAÚDE: OS DESAFIOS DA ACTUALIDADE

Carlos Alberto da Silva | Sociólogo, Professor Auxiliar com Agregação da Universidade de Évora
Ana Paula Marques, Socióloga | Professora Associada com Agregação da Universidade do Minho
Liliana Liliana Pereira Ferreira | Enfermeira, Mestre em Intervenção Sócio-Organizacional na Saúde,
Universidade de Évora
Tânia Cristina Santos | Bolseira FCT, Licenciada em Sociologia, Universidade de Évora.

Nota preliminar

Apresentamos neste documento uma síntese dos resultados dum estudo sobre os desafios da família no campo do trabalho e da saúde, integrado no projecto *POCI/SOC/59282/2004 – O contributo (in)visível. A gestão familiar dos cuidados de saúde*, financiado pela FCT. Tratou-se de um projecto inter-universitário congregando a Universidade do Minho, entidade onde foi sediado o projecto, a Universidade de Évora e a Universidade de Vila Real e Trás-os-Montes.

Definimos como pano de fundo da análise, a informação recolhida nos estudos de caso em Braga, Caldas da Rainha, Évora e Vila Real, entre 2005-2008. Para a análise dos dados recolhida, junto de 1067 inquiridos e 9 entrevistas de profundidade, procedemos a uma abordagem dual de cariz qualitativo para desocultar as crenças sobre a saúde e doença, bem como as suas relações com as expectativas sócio-culturais, traduzidas em práticas de cuidados de saúde, e os problemas específicos da relação família, trabalho, saúde e de doença, em particular as situações que afectam o estado de saúde da família e dos seus membros.

Em síntese, são apresentados neste *paper* os resultados dum estudo de caso, procurando neste ponto dar a conhecer, de forma intensiva, as inter-relações subliminares entre a Saúde, a Doença, o Trabalho e a Família.

1.– Entre o Trabalho e a Saúde: a gestão das incertezas nas famílias

1.1.– Impacto do trabalho na saúde do próprio e cônjuge

É indubitável que a família se apresenta como uma instituição significativa para o suporte das condições materiais de sobrevivência, das relações afectivas e da saúde do indivíduo. A família “permanecerá sempre como uma referência de valores, o que não significa que esses valores e atitudes se mantenham estáticos e homogêneos” (Pimentel, 2005: 65) e como o principal valor dos indivíduos. Na verdade, no âmbito do estudo realizado em Braga, Caldas da Rainha, Évora

e Vila Real verifica-se que a “Família”, a “Saúde”, o “Trabalho” e as “Condições financeiras e materiais”constituem os aspectos mais valorizados pelos inquiridos, pese embora as referências ao “Amor e felicidade”, assim como à “Paz, ambiente e justiça” e “Liberdade” ganharem, igualmente, expressão no seu quadro simbólico-valorativo. À excepção do item “Saúde” que se distribui de forma idêntica pelos concelhos em análise, a “Família” apresenta-se o segundo valor mais importante para os inquiridos de Braga e de Caldas da Rainha, ao passo que para Évora é o “Trabalho” e para Vila Real as “Condições financeiras e materiais” (cf. Quadro 1).

Quadro 1. Aspectos mais importantes da vida

	Braga (n= 509)		Caldas da Rainha (n=182)		Évora (n= 209)		Vila Real (n=167)	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Saúde	493	96,9%	176	96,7%	196	93,8%	160	95,8%
Família	284	55,8%	107	58,8%	63	30,1%	80	47,9%
Trabalho	114	22,4%	54	29,7%	89	42,6%	31	18,6%
Amizade	55	10,8%	18	9,9%	22	10,5%	24	14,4%
Condições financeiras e materiais	164	32,2%	51	28,0%	41	19,6%	84	50,3%
Dignidade, honestidade e solidariedade	24	4,7%	5	2,7%	30	14,4%	4	2,4%
Amor e felicidade	162	31,8%	61	33,5%	79	37,8%	65	38,9%
Paz, ambiente e justiça	105	20,6%	39	21,4%	44	21,1%	26	15,6%
Lazer	10	2,0%	3	1,6%	3	1,4%	1	0,6%
Fé religiosa	6	1,2%	-	-	-	-	-	-
Liberdade	71	13,9%	26	14,3%	30	14,4%	22	13,2%
Educação	22	4,3%	4	2,2%	1	0,5%	3	1,8%

No que concerne ao trabalho, embora não sendo o aspecto mais valorizado, é indiscutível que o exercício de uma actividade profissional caracteriza a maioria dos inquiridos, em especial quando se refere à actividade do cônjuge (cf. Quadro 2).

Quadro 2. Exercício de uma actividade profissional do próprio e cônjuge

		Concelhos									
		Braga		Caldas da Rainha		Évora		Vila Real		Total	
Próprio	Sim	354	73,1%	117	68,4%	127	63,2%	95	59,4%	693	68,3%
	Não	130	26,9%	54	31,6%	74	36,8%	65	40,6%	323	31,8%
	Total	484	100,0%	171	100,0%	201	100,0%	160	100,0%	1016	100,0%
Cônjuge	Sim	273	74,4%	103	78,0%	63	61,8%	69	69,0%	508	72,5%
	Não	94	25,6%	29	22,0%	39	38,2%	31	31,0%	193	27,5%
	Total	367	100,0%	132	100,0%	102	100,0%	100	100,0%	701	100,0%

O recurso à caracterização da profissão e grupos socioprofissionais dos inquiridos apresenta-se como uma tarefa complexa e não isenta de algumas ambiguidades²⁴ já que se baseia em informação primária. Com efeito, neste registo estão incluídos estereótipos sociais, recursos cognitivos e auto-representações de identidade, mesmo que inconscientemente, forjadas pelos inquiridos. Atendendo aos limites associados a esta informação é possível registar grosso modo uma variedade de actividades profissionais que foram recodificadas com base na Classificação Nacional das Profissões do INE (CPN94) para uma melhor leitura dos dados. Estes grupos combinam vários aspectos na sua constituição. Para além do nível de escolaridade e da profissão declarada estão incluídos os aspectos referentes à situação na profissão, à dimensão da empresa ou organização, à especialidade profissional e qualificação e ao sector de actividade a que se pertence.

Assim, o exercício desta actividade profissional enquadra-se, sobretudo, no grupo profissional do “Pessoal dos serviços e vendedores” tanto para o próprio como para o cônjuge, seguido do grupo dos “Técnicos e profissionais de nível intermédio” no que diz respeito ao próprio e dos “Operários, artífices e trabalhadores similares” para o cônjuge.

²⁴ Permanece o debate teórico e empírico sobre o conceito de profissões dado o levantamento das utilizações diferenciadas do vocábulo pelos actores sociais no quotidiano.

Quadro 3. Grupos socioprofissionais do próprio e cônjuge

	Próprio		Cônjuge	
	N	%	N	%
Membros das forças armadas	6	0,9	13	2,6
Empresários, dirigentes e quadros superiores de empresa	26	3,8	26	5,2
Especialistas das profissões intelectuais e científicas	60	8,7	36	7,3
Técnicos e profissionais de nível intermédio	155	22,5	58	11,7
Pessoal administrativo e similares	73	10,6	67	13,5
Pessoal dos serviços e vendedores	216	31,3	121	24,4
Agricultores e outros trabalhadores ligados à silvicultura e pescas	3	0,4	14	2,8
Operários, artífices e trabalhadores similares	42	6,1	90	18,1
Trabalhadores não qualificados	52	7,5	22	4,4
Professores	56	8,1	49	9,9
Total	689	100,0	496	100,0

De um modo geral, os inquiridos declararam exercer a sua actividade profissional fora do domicílio, apesar de se verificar algumas diferenças significativas em função dos concelhos de residência dos inquiridos. Com efeito, Évora apresenta uma maioria dos inquiridos que exerce a sua actividade ao domicílio, ao passo que nos restantes concelhos tal não se verifica. Considerando a actividade do cônjuge, as percentagens obtidas reforçam aquela tendência do exercício da actividade profissional fora da residência.

Parte desta explicação poderá ser dada a partir do conteúdo das actividades desempenhadas e do facto de se tratar de uma amostra maioritariamente feminina. As actividades de “cabeleireira”, “balconista”, “ama de crianças”, “empregada de limpeza”, “artesã”, para além das que se descrevem a partir da expressão de “ajudante” ligada à restauração e prestação de pequenos serviços ao domicílio, permitem perceber que até que ponto poderá ser fluida e mesmo inexistente a fronteira entre o trabalho e a vida familiar ou privada. Por sua vez, neste contexto, também se compreende que a possibilidade de se ter de fazer turnos ou horas extraordinárias não assuma proporções estatísticas muito elevadas, já que uma das características do trabalho ao domicílio consiste na menor formalização dos horários de trabalho.

Ora, tendo presente as informações atrás expostas é possível verificar que uma elevada franja dos inquiridos (o próprio e o seu cônjuge) que exercem uma actividade profissional possui a percepção dos efeitos do trabalho na sua saúde individual. De notar que, na comparação com os próprios, são os côn-

juges de todos os concelhos em análise que apresentam valores percentuais ligeiramente mais elevados (cf. Quadros 4 e 5).

Quadro 4. Efeitos sobre a saúde em função da actividade profissional do próprio

	Concelhos				
	Braga	Caldas da Rainha	Évora	Vila Real	Total
Sim	191 55,5%	51 45,1%	70 55,6%	50 53,2%	362 53,5%
Não	153 44,5%	62 54,9%	56 44,4%	44 46,8%	315 46,5%
Total	344	113	126	94	677

Quadro 5. Efeitos sobre a saúde em função da actividade profissional do cônjuge

	Concelhos				
	Braga	Caldas da Rainha	Évora	Vila Real	Total
Sim	158 59,8%	51 51,0%	35 55,6%	40 60,6%	284 57,6%
Não	106 40,2%	49 49,0%	28 44,4%	26 39,4%	209 42,4%
Total	264	100	63	66	493

Tendo presente o peso da actividade económica na vida familiar destes inquiridos, é importante aprofundar a nossa análise relativa aos impactos dos efeitos do trabalho na saúde individual e/ou familiar. Assim, de uma forma geral, constata-se que as percepções dos efeitos do trabalho na saúde individual incidem pelo menos num sintoma experienciado pelo inquirido e ou pelo seu cônjuge. Por sua vez, atendendo que muitos dos inquiridos responderam, em simultâneo, a dois ou mais sintomas, podemos reforçar o impacto dos efeitos do trabalho na saúde do próprio ou do cônjuge (cf. Quadros 6 e 7).

Quadro 6. Número de sintomas apontado pelo próprio

	Concelhos				Total
	Braga	Caldas da Rainha	Évora	Vila Real	
1 sintoma	82 73,2%	30 60,0%	58 85,3%	29 58,0%	199 71,1%
2 ou mais sintomas	30 26,8%	20 40,0%	10 14,7%	21 42,0%	81 28,9%
Total	112	50	68	50	280

Quadro 7. Número de sintomas apontado pelo cônjuge

	Concelhos				Total
	Braga	Caldas da Rainha	Évora	Vila Real	
1 sintoma	111 70,3%	34 68,0%	28 80,0%	28 70,0%	201 71,0%
2 ou mais sintomas	47 29,7%	16 32,0%	7 20,0%	12 30,0%	82 29,0%
Total	158	50	35	40	283

Entre os sintomas apresentados pelo inquirido e ou pelo seu cônjuge, destacam-se o stress, as “dores nas costas” e a fadiga em geral (cf. Quadros 8 e 9). Dado tratar-se de uma questão em aberto, foi necessário proceder a uma recodificação da mesma para se prosseguir com o tratamento estatístico. Além daqueles sintomas identificados, foram incluídos sob a designação de “outros”, sintomas variados, tais como: problemas de audição, de visão, respiratórios, circulação; ansiedade/ depressão, lesões/ acidentes de trabalho, sedentarismo/ obesidade, entre outros.

Quadro 8. Tipo de sintomas apontados pelo próprio

	Concelho				Total
	Braga	Caldas da Rainha	Évora	Vila Real	
Dores de costas	19	4	6	3	32
	10,6%	8,2%	8,8%	6,0%	9,2%
Fadiga geral	23	10	13	12	58
	12,8%	20,4%	19,1%	24,0%	16,7%
Stress	71	11	30	18	130
	39,4%	22,4%	44,1%	36,0%	37,5%
Outros	67	24	19	17	127
	37,22%	48,98%	27,94%	34,00%	36,60%
Total	180	49	68	50	347

Quadro9. Tipo de sintomas apontados pelo cônjuge

	Concelho				Total
	Braga	Caldas da Rainha	Évora	Vila Real	
Dores de costas	11	4	2	8	25
	7,4%	8,3%	6,5%	20,0%	9,3%
Fadiga geral	17	8	8	5	38
	11,4%	16,7%	25,8%	12,5%	14,2%
Stress	63	19	9	11	102
	42,3%	39,6%	29,0%	27,5%	38,1%
Outros	58	17	12	16	103
	38,93%	35,42%	38,71%	40,00%	38,43%
Total	149	48	31	40	268

As razões apontadas são das mais diversas, sendo de destacar as que resultam do contexto e do conteúdo do trabalho, entre as quais a natureza do trabalho, os materiais existentes no local de trabalho, o ritmo intenso de trabalho e a responsabilidade profissional inerente ao trabalho (cf. Quadros 10 e 11). Na verdade, estas informações permitem-nos corroborar algumas das principais tendências avançadas pelas investigações no domínio da saúde no trabalho que têm vindo a demonstrar a influência do trabalho e das condições de trabalho na saúde, no bem-estar e na motivação dos trabalhadores (cf. Derriennic,

Tiuranchet e Volkoff, 1996; Schwartz, 2000; Gollac, Volkoff, 2000; Lamcoblez, 2000)²⁵.

Quadro 10. Razões dos efeitos do trabalho na saúde apontadas pelo próprio

	Concelho				
	Braga	Caldas da Rainha	Évora	Vila Real	Total
Sujeito a posições penosas e fatigantes	25 18,7%	8 21,1%	8 14,3%	17 38,6%	58 21,3%
Ritmo intenso de trabalho	17 12,7%	3 7,9%	6 10,7%	2 4,5%	28 10,3%
Devido aos materiais ou instalações, ou ferramentas usadas	24 17,9%	9 23,7%	3 5,4%	9 20,5%	45 16,5%
Outros	68 50,75%	18 47,37%	39 69,64%	16 36,36%	141 51,84%
Total	134	38	56	44	272

Quadro 11. Razões dos efeitos do trabalho na saúde pelo cônjuge

	Concelho				
	Braga	Caldas da Rainha	Évora	Vila Real	Total
Sujeito a posições penosas e fatigantes	15 12,4%	4 10,5%	4 14,8%	9 24,3%	32 14,3%
Ritmo intenso de trabalho	16 13,2%	7 18,4%	3 11,1%	4 10,8%	30 13,5%
Responsabilidade profissionais	19 15,7%	6 15,8%	6 22,2%	2 5,4%	33 14,8%
Outros	71 58,68%	21 55,26%	14 51,85%	22 59,46%	128 57,40%
Total	121	38	27	37	223

Ao aprofundar-se a análise, recorrendo às razões apontadas pelos inquiridos daqueles efeitos do trabalho na saúde, assume particular relevância na sua explicação as transformações ocorridas nas últimas décadas nos contextos de

²⁵ Em particular, as investigações desenvolvidas têm subjacente os principais resultados dos estudos dos processos de envelhecimento no e pelo trabalho.

trabalho e nas relações laborais, com evidência para as condições de trabalho²⁶. Assim, se, em termos gerais, se verifica uma diminuição do número de horas de trabalho, o ritmo de trabalho tende a intensificar-se exigindo jornadas de trabalho mais longas. Com efeito, os constrangimentos resultantes dos processos de formalização, de compromisso de *standarts*, prazos e exigências dos clientes aumentaram pelo que os quotidianos de trabalho se apresentam, hoje, lugares de pressão e de *stress* contínuos.

Por sua vez, considerando a temática específica do *stress*, os resultados obtidos pela *Agência Europeia para a Segurança e a Saúde no Trabalho* (2002), apontam para o facto de este se apresentar como o segundo problema de saúde mais comum na UE a seguir às dores lombares, afectando, em 2000, 28% dos trabalhadores, ou seja, 41,2 milhões de pessoas, com particular incidência no sexo feminino. As causas apontadas para o desenvolvimento de situações de *stress* com o trabalho prendem-se com as condições em que este é exercido, o conteúdo do mesmo e a forma como a organização se encontra estruturada. Além disso, as exigências de conciliação da vida profissional com a família e as práticas de flexibilidade de trabalho podem também desencadear situações de *stress*. Os factores explicativos mais apontados são, entre outros, os seguintes: *i*) falta de controlo sobre a sequência e velocidade de execução das tarefas, dos métodos de trabalho, da determinação das pausas e do horário de trabalho; *ii*) monotonia relacionada com funções repetitivas e parcelares por parte de trabalhadores não especializados e operadores de máquinas; *iii*) prazos curtos na concretização das actividades; *iv*) realização de tarefas a altas velocidades; *v*) exposição à violência, assédio moral e outras formas de assédio particularmente evidenciados pelos trabalhadores na linha da frente do serviço público do sector do serviço de saúde e dos transportes; *vi*) condições de trabalho em ambientes de risco físico, tais como os ruídos, os riscos biológicos, radioactivos e químicos.

1.2.– Principais consequências do absentismo

É indiscutível que se tem vindo a assistir, nos últimos quinze anos, em Portugal, assim como na maioria dos países da União Europeia, a mudanças significativas em matéria de legislação específica e de criação de organismos vocacionados para as questões de segurança e saúde no trabalho²⁷, a fim de atingir os objectivos da Estratégia de Lisboa de mais e melhor emprego para todos.

26 Seguimos de perto a proposta de Castillo e Prieto (1983) que definem “condições de trabalho tudo aquilo que envolve o trabalho do ponto de vista da sua incidência sobre as pessoas que trabalham” (Castillo e Prieto, 1983: 121). Esta conceptualização vai no sentido de se ultrapassar a definição restrita das condições de trabalho às suas dimensões constitutivas para se privilegiar uma perspectiva relacional.

27 É de referir, a este propósito, os relatórios desenvolvidos pelo Ministério da Saúde (2002; 2004).

Assim, o impacto do absentismo laboral por motivos de saúde não deixa de se revelar como uma das dimensões centrais na análise da gestão das incertezas por parte da família no quadro da relação entre o trabalho e a saúde.

Atendendo aos nossos resultados, faltar ao trabalho por razões de doença pessoal ou do familiar apresenta-se como uma situação relativamente pouco frequente, mesmo assim com percentagens superiores a 16% (cf. Quadros 12 e 13). Se consideramos a distribuição dos inquiridos que responderam afirmativamente por Concelho, verificamos que são nos concelhos de Évora e Braga que se registam percentagens relativas mais significativas, tanto do próprio, como do cônjuge.

Quadro 12. Faltas ao trabalho por motivos de saúde do próprio

	Concelho				Total
	Braga	Caldas da Rainha	Évora	Vila Real	
Sim	94 26,8%	19 16,2%	36 29,5%	13 13,7%	162 23,6%
Não	257 73,2%	98 83,8%	86 70,5%	82 86,3%	523 76,4%
Total	351	117	122	95	685

Quadro 13. Faltas ao trabalho por motivos de saúde do cônjuge

	Concelho				Total
	Braga	Caldas da Rainha	Évora	Vila Real	
Sim	59 21,7%	21 20,8%	17 27,0%	11 16,4%	108 21,5%
Não	213 78,3%	80 79,2%	46 73,0%	56 83,6%	395 78,5%
Total	272	101	63	67	503

Em relação ao número de faltas ao trabalho por motivos de saúde, nos últimos 12 meses, é de relevar que a maioria dos inquiridos declararam não ser habitual faltar ao trabalho. A distribuição das faltas ao trabalho pelos inquiridos quando é o próprio a responder é relativamente superior face à do cônjuge, o que, atendendo ao facto de a maioria da nossa amostra ser composta por sexo feminino (70,1%), permite perceber que está aqui em causa sobretudo a falta ao trabalho por parte das mulheres, mães e esposas.

Assim, daquela distribuição do número de faltas, é em Braga que se regista a percentagem relativa mais elevada de apenas uma falta ao trabalho quando comparada com os outros concelhos em análise. Por sua vez, entre aqueles que afirmaram faltar, a maioria já faltou 4 ou mais vezes ao trabalho, por razões de doença pessoal ou para cuidar dum familiar doente (cf. Quadros 14). Porém, analisando por concelho, Caldas da Rainha apresenta uma percentagem relativa superior de um dia de falta ao trabalho, sendo seguido pelos concelhos de Braga e Évora com 2 dias de falta ao trabalho, Évora, com 3 dias de faltas e, por fim, com 4 ou mais dias ao trabalho, novamente Caldas da Rainha.

Quadro 14. N° de dias de faltas ao trabalho por motivos de doença do próprio

	Concelho				
	Braga	Caldas da Rainha	Évora	Vila Real	Total
1 dia trabalho	11 13,3%	5 27,8%	6 19,4%	2 16,7%	24 16,7%
2 dias trabalho	21 25,3%	2 11,1%	6 19,4%	3 25,0%	32 22,2%
3 dias trabalho	10 12,0%	1 5,6%	6 19,4%	2 16,7%	19 13,2%
4 ou mais dias de trabalho	41 49,40%	10 55,56%	13 41,94%	5 41,67%	69 47,92%
Total	83	18	31	12	144

Ao se atender a outros motivos, é-nos possível estruturar um comportamento de absentismo laboral centrado nas questões de doença do próprio, a par de apoio dado a um elemento da família, em geral aos filhos ou ao cônjuge, reproduzindo, em larga medida, os padrões dominantes dos papéis masculinos e femininos. Assim, as faltas ao trabalho para cuidar de um familiar do próprio assumem uma percentagem relativa superior junto dos inquiridos residentes no concelho de Braga (cf. Quadro 15).

Quadro 15. Faltas ao trabalho para cuidar dum familiar do próprio

	Concelhos				Total
	Braga	Caldas da Rainha	Évora	Vila Real	
Sim	68	21	29	11	129
	19,4%	17,9%	23,8%	11,6%	18,8%
Não	283	96	93	84	556
	80,6%	82,1%	76,2%	88,4%	81,2%
Total	351	117	122	95	685

Tal como se verificou atrás, também se assiste a uma certa variação pelos concelhos em análise tendo em conta as faltas ao trabalho. Quando se trata de faltar ao trabalho para cuidar de um familiar do cônjuge, a tendência é para se registar, mais uma vez, uma maior incidência junto dos inquiridos do concelho de Braga, quando comparados com os outros inquiridos (cf. Quadro 16).

Quadro 16. Falta ao trabalho para cuidar dum familiar do cônjuge

	Localidade				Total
	Braga	Caldas da Rainha	Évora	Vila Real	
Sim	43	6	8	3	60
	15,9%	5,9%	12,9%	4,5%	12,0%
Não	228	96	54	64	442
	84,1%	94,1%	87,1%	95,5%	88,0%
Total	271	102	62	67	502

No âmbito do presente estudo, embora sejam pouco frequentes os inquiridos declararem faltar ao trabalho por razões de doença do familiar, verifica-se que uma certa franja de inquiridos apresenta uma tendência para procurar soluções no interior das suas redes de solidariedade primárias, onde se assiste ainda a um sentimento de obrigação generalizado para com os membros das redes familiares e de parentesco.

Apesar de só cerca de 9% dos inquiridos afirmarem coabitar com familiares doentes ou com incapacidade física, na verdade, os problemas surgem quando o grau de dependência de um dos elementos da família aumenta e são necessários cuidados mais específicos, exigindo uma mobilização dos recursos familiares (cf. Quadro 17).

Quadro 17. Reside alguém doente ou fisicamente incapacitado

	Concelho				Total
	Braga	Caldas da Rainha	Évora	Vila Real	
Sim	23 4,9%	7 4,5%	36 24,2%	17 11,6%	83 9,0%
Não	445 95,1%	148 95,5%	113 75,8%	129 88,4%	835 91,0%
Total	468	155	149	146	918

Segundo Pimentel (2005:73) “a noção do dever de solidariedade e de entajuda varia em função do grau de parentesco e, em especial, da proximidade afectiva que se tem em relação a estes parentes”. No entanto, as alterações ocorridas na sociedade, e já referidas anteriormente, modificaram a capacidade de ajuda da família em relação ao cuidado da pessoa com dependência, sobretudo pela entrada da mulher no mercado de trabalho, pelo menor número de filhos e pelas reduzidas dimensões das habitações mais recentes, entre outros factores.

Mesmo com as mudanças estruturais ocorridas nos últimos anos, com a mulher cada vez mais envolvida na vida pública, é ela que continua a ser o garante do apoio familiar, ao mesmo tempo que desenvolve uma actividade profissional (Fernandes, 2001). Como conciliar esta multiplicidade de papéis? O facto de a mulher estar cada vez mais inserida no mundo do trabalho não significa que se tenha afastado do seu papel tradicional na família, como já referimos. Pelo contrário, ela acumula os dois papéis, o doméstico e o profissional, resultando numa sobrecarga física, psicológica e intelectual que, por vezes, se traduz num elevado absentismo no trabalho, devido a dificuldades e doenças familiares (Relvas, 2002; Marques, Silva e Veiga, 2006). Embora, a franja daquelas que faltam ao trabalho em Braga, Caldas da Rainha, Évora e Vila Real seja pouco frequente, não é de admirar que 38,1% dos cônjuges dos inquiridos afirmam que, dito no sentido lato, o trabalho doméstico e profissional é gerador de efeitos de *stress*.

Luísa Pimentel refere que “a mulher assume um papel preponderante neste processo e o seu protagonismo ao nível da transformação da instituição familiar cria descontinuidades na prestação de cuidados. A mulher continua a ser a principal prestadora de cuidados, mesmo quando isso constitui uma sobrecarga e que põe em causa a sua estabilidade pessoal e profissional.” Pimentel, (2005), 76; Brown e Stetz (cf. Brito, 2001) referem que a prestação de cuidados exige um esforço contínuo a nível cognitivo, emocional e físico que, muitas vezes, não é reconhecido e tão pouco recompensado. Nesta linha de argumentação, são vários os estudos que sugerem que os prestadores de cuidados a

familiares, durante períodos longos, como nos casos de familiares que cuidam de idosos dependentes, sofrem frequentemente de alterações na vida familiar e social, problemas económicos e laborais, cansaço e desgaste a nível físico e psíquico.

Nos concelhos que integram a nossa amostra, nomeadamente Braga, Caldas da Rainha, Évora e Vila Real, o envolvimento do próprio inquirido na divisão do trabalho doméstico é notória. Os dados recolhidos revelam que tais situações não são exclusivamente femininas e incidem essencialmente na participação não só em algumas tarefas domésticas, mas também nas decisões de ida ao médico, no acompanhamento à consulta ou, ainda, na administração do medicamento quando algum familiar se encontra doente. Cuidar de um familiar doente, ficando em casa, ou em matéria de educação e dispensa de tempo de carinho para os filhos parece ser mais, no quadro da divisão sexual do trabalho, uma matéria reservada às mulheres/cônjuges.

Embora, não tenha sido possível recolher mais informações que permita aprofundar a problemática que envolve a saúde física e mental dos indivíduos, com base na análise da observação no terreno e nas entrevistas de profundidade realizadas (cf. capítulo seguinte), é possível inferir que tais situações perturbam os membros da família, afectando essencialmente a saúde física e mental de quem cuida. Também as questões económicas são de extrema importância, pela carga financeira que representa cuidar de pessoas que necessitam de cuidados especiais, medicamentos, ajudas técnicas, entre outros.

2. Saúde, Doença e Família: Da Concepção à Intervenção. Estudo de Caso

A saúde e a doença têm significados diferentes relacionados com o que é para cada um estar doente ou ter saúde, pelo que são determinadas por um conjunto de factores que actuam sobre o indivíduo, factores esses que vão desde os aspectos sociais, psicológicos, biológicos, bem como, o meio-ambiente, estilos de vida e serviços de saúde. Para compreender os diferentes significados de saúde e doença e o papel da família em termos de prevenção e de cuidados de saúde, com base nos objectivos do estudo e no guião da entrevista extraímos as dimensões de análise (Experiências de Saúde e Doença; Enquadramento dos Serviços de Saúde), incidindo em particular sobre as seguintes categorias: Auto-gestão da Saúde e Doença; Saberes de Saúde e Doença.

2.1. Auto-gestão da Saúde e Doença

Numa primeira aproximação, a maioria dos inquiridos autoavaliam o seu estado de saúde e dos seus familiares como boa ou aceitável. Raras são as situações de avaliação que se situam em “más” ou “péssimas”, exceptuando uma

certa franja dos seus cônjuges que a autoavaliam como tal. A doença é concebida pela presença de sintomas físicos como, por exemplo, a febre e pela existência de doenças, o que pode levar a ter de ficar em casa por incapacidade física e funcional. As expressões seguintes são elucidativas da auto-percepção do estado de saúde:

- “ (...) *é estar muito obeso e com pouca mobilidade.*” (Entrevistado 1)
- “*É sentir algum desequilíbrio a nível físico (...).*” (Entrevistado 4)
- “*É ficar na cama, é ter febre!*” (Entrevistado 5)
- “*Quando estou doente (...) doente de cama não é?*” (Entrevistado 7)

A representação da doença pela existência de sintomas e ausência de aptidão física, está relacionado com o sofrimento e limitação funcional que a doença geralmente provoca, conduzindo a uma incapacidade para trabalhar. Alguns entrevistados traduzem a doença por um estado negativo global, um mal-estar que conduz a um desvio do normal.

A representação social da saúde está relacionado com a capacidade para a prática de actividades, como andar e trabalhar, ou seja, ser independente. Assim sendo, a prática de actividades é uma condição para ser saudável e pelo contrário, quando concebida num sentido negativo, conduz à perda de capacidades e dependência de outros.

Existem vários estudos que enfatizam e reconhecem a necessidade de estar activo, porque o Homem é um sistema aberto mantendo-se e transformando-se através da sua acção. A inactividade e a perda de autonomia física ou mental conduz à dependência de outros, tanto na doença como no envelhecimento. Este sentimento de incapacidade está relacionado com a dificuldade de desenvolver, sem esforço e por si próprio, as actividades do dia-a-dia, que dificilmente conseguem adaptar-se a novas tarefas e desenvolver novos interesses ou novas capacidades.

- “*Sentir uma incapacidade e incapacitada para fazer qualquer coisa, ficar acamada. Deixar de fazer o habitual!*” (Entrevistado 3)

O conhecimento das práticas de saúde a que os indivíduos recorrem, bem como, as estratégias que desenvolvem para gerir a sua própria saúde, permite compreender o processo de auto-gestão da saúde e da doença. Os diferentes recursos culturais e sociais contribuem para a adaptação de diferentes estratégias de manutenção da saúde. O modo como é feita a gestão da sua própria saúde é influenciado por determinantes sociais e culturais que implica o conhecimento dos saberes e representações sociais da doença e da saúde. Por outras palavras, conhecer o que significa para cada indivíduo estar saudável ou

doente, o que conhece sobre a(s) doença(s), como age perante a doença e as práticas a que recorre.

As estratégias de auto-gestão da saúde têm origem nos hábitos e modos de vida próprios, pelo que a mudança de atitudes e comportamentos, só é possível através da adopção de estilos de vida saudáveis. As atitudes dos indivíduos têm origem em tudo o que foi considerado bom ou mau para garantir o desenvolvimento do corpo, daí os cuidados com a alimentação e a prática de exercício físico serem comportamentos para o bem-estar físico e mental da maioria dos indivíduos:

- “Devo ter uma alimentação cuidada, praticar algum desporto”. (Entrevistado 2)
- “ (...) eu procuro fazer uma alimentação saudável e equilibrada (...) e tento também fazer algum exercício físico (...)”. (Entrevistado 4)
- “ (...) tenho cuidado com a alimentação, depois, faço algum exercício físico (...)”. (Entrevistado 6)
- “Ando e faço isso para tentar ter uma vida saudável.” (Entrevistado 7)
- “Convém fazer exercícios e tentarem ter uma boa alimentação.” (Entrevistado 8)
- “ (...) ter uma boa alimentação.” (Entrevistado 9)

A alimentação constitui um factor de grande importância na manutenção da saúde. Todos sabemos que a ausência de uma boa alimentação conduz à debilidade e até mesmo, à doença ou agravamento desta. De um modo geral, o que uma boa alimentação representa na expectativa do prolongamento da vida humana, é um assunto actual e significativo, pelo que uma alimentação “racional”, ou seja, variada e equilibrada, constitui um factor para aumentar a esperança de vida.

Na análise factorial efectuada aos resultados dos questionários recolhidos foi possível identificar quatro factores que explicam esta realidade em Braga, Caldas da Rainha, Évora e Vila Real, com um total de 64,2% da variância explicada. O primeiro factor é representado pelas variáveis que traduzem as práticas alimentares saudáveis (evitar consumos). O segundo incorpora um conjunto de variáveis orientadoras das actividades de lazer nos tempos livres. O terceiro factor traduz uma orientação para práticas contra os elementos nocivos à saúde, entre os quais o tabagismo, valorizando a necessidade de alimentação equilibrada e o número regular de horas de sono. O quarto e último factor revela uma valorização das boas práticas de cidadania e de saúde, quer ao nível do espaço público quer no espaço privado inter-familiar (cf. Quadro 18).

Quadro 18. Matriz factorial dos hábitos de vida saudável dos inquiridos

	Factores			
	1	2	3	4
Evitar o consumo de bebidas alcoólicas	,798			
Evitar o consumo de sumos refrigerantes	,765			
Evitar o consumo de gorduras e condimentos	,764			
Evitar os alimentos açucarados	,735			
Ir pelo menos uma vez por ano ao médico	,442			
Ir de férias		,747		
Praticar actividades de lazer ao ar livre		,675		
Descontrair-se		,652		
Manter as amizades		,637		
Praticar actividade física		,614		
Pôr de creme de protecção quando vai à praia		,409		
Evitar o fumo do tabaco			,726	
Ter uma alimentação equilibrada			,654	
Respirar ar puro e evitar a poluição			,649	
Evitar o consumo de tabaco			,626	
Ter um número regular de horas de sono			,583	
Cumprir os limites de velocidade				,719
Usar o cinto de segurança				,713
Manter boas relações de vizinhança				,675
Vacinar as crianças contra as doenças de contágio infantil				,591
Manter um bom ambiente familiar				,587
Confeccionar as refeições em casa				,582

Nota: Total de 1067 casos. Método das Componentes Principais, com rotação varimax e normalização kaiser (Kaiser-Meyer-Olkin: 0,935; Bartlett's Test: Chi-Square: 13205,241; df: 231: Sig.: 0,000).

De facto, os hábitos individuais, como por exemplo, dormir 8 horas, têm influência significativa no estado de saúde das populações. Deste modo, alguns indivíduos procuram cumprir estilos de vida saudáveis, não fumando, não consumindo bebidas alcoólicas e não consumindo drogas, como pudemos constatar nos seguintes discursos:

- “Dormir um mínimo de 8 horas (...)”. (Entrevistado 1)
- “Pronto, em termos de vida saudável, não consumir drogas, não consumir álcool, não fumar”. (Entrevistado 6)

Apesar dos comportamentos saudáveis, as medidas preventivas, como os rastreios, as consultas e exames periódicos, são percebidos como situações que proporcionam uma melhor qualidade de vida e consequentemente,

um aumento da esperança de vida. Embora as idas às consultas não sejam muito regulares e tendam a acontecer só quando se está doente, alguns dos entrevistados dos casos aprofundados argumentam o seguinte:

- “ (...) vou ao médico de tanto em tanto tempo, depois faço as rotinas que ele manda, as análises. Depois, de acordo com isso tomo mais alguma coisa ou mesmo, deixo de tomar.” (Entrevistado 7)
- “ (...) tento fazer revisões periódicas.” (Entrevistado 8)

Os estilos de vida dos indivíduos e as decisões que tomam relativamente à sua saúde, estão parcialmente sob o seu controle e interesse, pelo que alguns indivíduos procuram manter-se informados acerca das evoluções e actualizações na área da saúde. Enquanto membros activos das famílias e comunidades em que se encontram inseridos, os indivíduos não vivem isoladamente, também porque vivem e desenvolvem-se num ambiente constituído por elementos humanos, físicos, políticos, económicos, culturais e organizacionais que condicionam e influenciam o estilo de vida dos indivíduos. Apesar dos hábitos individuais, por oposição, aos factores sócio-económicos e aos cuidados de saúde, reflectem a crescente responsabilidade individual pelo estado de saúde da população. Na verdade nos casos estudados apenas uma reduzida percentagem dos inquiridos recorrem aos conselhos de outras pessoas quando está doente.

De relvar ainda que, apesar dos cuidados médicos “regulares”, uma parte significativa dos entrevistados quando está doente, recorre a fármacos, quer por iniciativa própria ou conselho de outros, quer por indicação médica:

- “ (...) pode tomar qualquer medicamento anti-gripe e em princípio resolve a situação”. (Entrevistado 2)
- “Quando se pode ir à farmácia comprar aquele medicamentosinho que se pode comprar sem receita médica, eu vou.” (Entrevistado 4)
- “Por vezes, já se sabe de alguns medicamentos que não é preciso receita médica e que resolve o problema para coisas simples.” (Entrevistado 8)
- “ (...) no caso de uma gripe, vai à farmácia e compra um “cê-gripe” ou “ilvico” e tento solucionar a questão.” (Entrevistado 9)

No âmbito dos quatro casos estudados, os fármacos mais utilizados pelos inquiridos nas situações de doença com a prescrição médica, são os analgésicos, anti-piréticos e os anti-inflamatórios. Porém, para problemas simples, a auto-medicação sem prescrição parece ser uma prática frequente antes de recorrer ao médico, que se traduz na toma de analgésicos, anti-inflamatórios e antipiréticos, mas em alguns casos, os indivíduos não cumprem as prescrições médicas e apesar de adquirir os fármacos na farmácia com prescrição médica,

gerem a toma destes. Além disto, os indivíduos recorrem a mezinhas, chás e remédios caseiros. De facto, no âmbito da saúde, existem vários saberes e crenças que mobilizam os indivíduos na procura social de cuidados de saúde. Além dos tratamentos farmacológicos da medicina convencional, alguns indivíduos recorrem a práticas paralelas nas medicinas alternativas e acupunctura.

- “*Também, uma ou outra pessoa de família que entretanto vai, vai ensinando umas mezinhas que ajudam: limão com mel.*” (Entrevistado 1)
- “*Quando é menos grave, eu tento resolver. Sim, (com remédios caseiros), eu tento resolver.*” (Entrevistado 4)
- “*Mas se for pela entrada de uma gripe, não ia logo a correr dar um supositório, tentava controlar primeiro com banhos de imersão, pachos de água fria na cabeça.*” (Entrevistado 6)
- “*Ou com mezinhas em casa, chás ou algumas coisas que sejam possíveis.*” (Entrevistado 9)
- “*O que experimentei foi a acupunctura. Melhorei imensamente.*” (Entrevistado 1)

Quadro 19. Procura de cuidados pelo inquirido quando está doente, segundo Localidade

	Localidade				
	Braga	Caldas da Rainha	Évora	Vila Real	Total
Recorre aos conselhos de outras pessoas	79 15,8%	29 16,0%	24 12,7%	44 26,5%	176
Recorre à farmácia caseira	245 49,0%	83 45,9%	66 34,9%	63 38,0%	457
Aconselha-se com o farmacêutico	253 50,6%	94 51,9%	52 27,5%	95 57,2%	494
Vai imediatamente ao médico	490 98,0%	181 100,0%	172 91,0%	165 99,4%	1008
Recorre às medicinas alternativas	35 7,0%	20 11,0%	21 11,1%	21 12,7%	97
Faz outras acções	16 3,2%	4 2,2%	2 1,1%	1 ,6%	23
Total	500	181	189	166	1036

Nota: percentagens de respostas múltiplas.

Apesar de a auto-medicação, alguns indivíduos preocupam-se pelo cumprimento do plano de vacinação, nomeadamente dos seus filhos, e outros pelo uso excessivo e/ou abusivo de fármacos.

- “ (...) com algum cuidado para não abusar dos medicamentos.” (Entrevistado 6)
- “Tenho os cuidados relativamente às vacinas.” (Entrevistado 6)
- “Por exemplo, no caso dos idosos temos as vacinas contra a gripe.” (Entrevistado 9)

Face à doença e aos sentimentos provocados por esta, os indivíduos tendem a culpabilizar-se, atribuindo essa responsabilidade a si próprios. Neste sentido, quando questionados de quem depende uma boa saúde, grande parte considera que depende do próprio e do meio em que está envolvido, bem como, dos seus estilos de vida.

- “Essencialmente de mim própria.” (Entrevistado 1)
- “Da própria pessoa.” (Entrevistado 3)
- “De nós próprios, e às vezes também do que nos envolve (...).” (Entrevistado 4)
- “De mim próprio (...).” (Entrevistado 7)
- “Depende do próprio e da assistência que tiver quando tiver problemas de saúde.” (Entrevistado 8)
- “Da família, dos hábitos se são incutidos nas próprias pessoas desde crianças.” (Entrevistado 9)

Os estilos de vida saudáveis que o indivíduo tem ao longo do seu desenvolvimento, contribuem para uma expectativa de vida autónoma. Neste sentido, os comportamentos e hábitos de saúde asseguram a manutenção da saúde, influenciando o aparecimento ou agravamento de determinadas doenças. No entanto, alguns atribuem essa responsabilidade a alguns familiares como a mãe. Uma parte significativa considera que há doenças que não dependem de ninguém, que são transmitidas por factores genéticos e hereditários.

- “Temos doenças hereditárias (...) aparecem porque aparecem e que não conseguimos de forma alguma controlar.” (Entrevistado 5)
- “Há vários factores: os genéticos, hereditários, estão completamente fora do nosso controle.” (Entrevistado 6)
- “A idade faz com que vão aparecendo coisas.” (Entrevistado 7)
- “ (...) os factores de risco e as atitudes das próprias pessoas.” (Entrevistado 9)

Para outros, a doença depende do médico, ou seja, do diagnóstico que este faz e do tratamento imposto. Ainda há alguns que atribuem a doença ao estado psicológico, porque quando não estão bem psicologicamente, estão mais propensos à doença física.

Considerando a família como unidade básica da organização social, constituída por indivíduos em constante interacção entre si e o ambiente, incluindo outras pessoas fundamentais para a modelagem de práticas de saúde, esta tem um papel preponderante no apoio a qualquer um dos seus elementos. A situação de doença desencadeia alterações no estilo de vida, consoante o papel que o indivíduo doente dependente desempenha dentro do grupo da família. Para a maioria dos entrevistados, os familiares ficam preocupados, procurando apoiar e acompanhar o processo de doença com vista a reabilitação do indivíduo doente.

- “Muita preocupação logo. (...) a família é o apoio, é o guia.” (Entrevistado 1)
- “Muitas vezes, a atenção que damos aos nossos filhos ou que se recebe dos nossos pais é determinante e os conhecimentos que se tem da saúde e da doença.” (Entrevistado 2)
- “(...) a preocupação da mãe (...) é a mãe é que está sempre. Põe o casaco (...)”. (Entrev. 3)
- “ (...) ajudam-me, dão-me os curativos essenciais e ajudam-me nisso.” (Entrevistado 7)
- “Normalmente há uma união muito grande que se haver um problema e normalmente em conjunto.” (Entrevistado 8)
- “Preocupação em resolver a questão.” (Entrevistado 9)

A família tem uma organização funcional para desempenho de funções e prestação de cuidados, o que vai depender a gravidade da doença e consequências desta, bem como, da idade do indivíduo doente. Muitas vezes, é a família que assume os cuidados de um membro doente ou que perdeu a autonomia. Nestas situações, pode haver necessidade de reorganização dos papéis familiares, de modo a enquadrar as actividades familiares e sociais dos seus elementos. Em síntese, a organização funcional para o desempenho das funções da família deve ser analisada de acordo com o contexto social e a especificidade das interacções entre os componentes do sistema familiar.

2.2. Saberes de Saúde e Doença

Os saberes e os conhecimentos da saúde e doença derivam de várias fontes, sendo os familiares os mais mencionados pelos entrevistados e inquiridos. De facto, é na família que se aprende a maior parte dos métodos e técnicas tradicionais para gerir a doença, saberes estes que são transmitidos de geração em geração.

Os familiares directos e mais próximos são os principais transmissores destes conhecimentos, embora para alguns, existam familiares afastados que também são produtores deste conhecimento.

- “Os meus conceitos vêm muito do que me foi transmitido pela família, dos hábitos que fui adquirindo, os bons e os maus!” (Entrevistado 1)
- “Através da educação que recebi dos meus pais (...)”. (Entrevistado 2)
- “Dizem-me os meus familiares e os meus pais principalmente (...)”. (Entrevistado 9)

No entanto, o senso comum e a experiência própria têm um impacto significativo na origem dos saberes, o que tende a aumentar a responsabilidade individual crescente da população pelo seu estado de saúde, reflectindo-se nas práticas de saúde. As experiências prévias de cada indivíduo em relação à doença, quer as ocorridas com familiares e amigos, quer com o próprio, vão determinar as atitudes que cada um toma quando confrontado com a situação de doença, assim como a procura de cuidados de saúde.

- “ (...) e da vida pessoal que tenho e que controlo ao longo da vida.” (Entrevistado 2)
- “Às vezes as nossas experiências de vida também nos ensinam a tomar certas atitudes e ajudam a resolver certos problemas.” (Entrevistado 4)
- “É um bocadinho do senso comum.” (Entrevistado 5)

De facto, face à doença, o indivíduo é exposto a diferentes significações dos familiares, amigos e também dos profissionais de saúde. Os médicos e enfermeiros são detentores do conhecimento científico, que podendo ser familiares e amigos ou não dos entrevistados, são em grande parte, considerados a origem dos conhecimentos.

- “O meu pai era médico. Tenho um irmão que é médico, tenho uma irmã que é enfermeira. O meu saber se calhar vem um bocado daí.” (Entrevistado 6)
- “ (...) pergunto ao vizinho que é meu cunhado e é médico ou então à minha cunhada que é enfermeira e a outras pessoas que conheço.” (Entrevistado 7)
- “Mais ou menos é alguma informação que se tem e da experiência da vida e dos contactos que temos com os amigos, com os familiares e com os médicos, com quem por vezes dialogamos.” (Entrevistado 8)

Além do referido anteriormente, por interesse ou curiosidade, uma parte significativa adquire os seus saberes de saúde em livros e revistas especializadas ou através dos meios de comunicação social, como a televisão e a internet.

- “Também tento ter alguma informação sobre algumas variações de doença. (...) na Internet, às vezes quando tenho um sintoma mais desconhecido procuro ver.” (Entrevistado 2)

- *“De outras pessoas e de ler livros e de ouvir outras pessoas que são mais especialistas, através da televisão, através de leituras.”* (Entrevistado 4)

A estrutura familiar e as redes de apoio sócio-familiar vão influenciar os saberes de saúde e doença e consequentemente, a procura de cuidados, bem como a estrutura e funcionamento dos serviços de saúde. Assim sendo, a escola também é uma fonte de informação sobre os cuidados de saúde.

- *“As coisas que são básicas são transmitidas essencialmente na escola (...)”* (Entrevistado 5)
- *“(...) de alguma informação que receba pontualmente, e da escola.”* (Entrevistado 9)

Partindo do princípio que todo o indivíduo, família e comunidade tem uma vontade de mudar potencial, capacidade de desenvolver a sua saúde e o seu bem-estar ao máximo, bem como adaptar-se às novas condutas e comportamentos, a comunidade não fica alheia a este processo, sobretudo no que diz respeito aos princípios de promoção da saúde, o seu direito e dever de co-responsabilização. Na verdade, para a maioria dos entrevistados, a família constitui o primeiro e principal grupo de suporte emocional, sendo um agente estabilizador da saúde e bem-estar, pelo que quando alguém na família está doente, é com os familiares que conversam e pedem ajuda.

As relações familiares e de vizinhança são reveladoras de apoio e muitas vezes, promotoras da manutenção da saúde, o que também é considerado por alguns entrevistados que procuram ajuda junto dos amigos e vizinhos. Contudo, embora os cuidados sejam assegurados pelo sistema informal, grande parte dos cuidados provém do sistema formal e neste sentido, uma parte significativa dos entrevistados, costuma conversar com profissionais de saúde (médicos e enfermeiros).

A procura dos cuidados de saúde é influenciada por determinantes sociais e culturais que implica o conhecimento das práticas de saúde da população, bem como dos saberes e representações sociais sobre a doença, a saúde e os recursos da comunidade, ou seja, conhecer o que significa para o indivíduo estar saudável ou doente, o que conhece sobre a(s) doença(s), como é que age perante a doença e a que práticas recorre.

De facto, para grande parte dos indivíduos, a procura de cuidados, como vimos anteriormente, primeiro é feita na família e só depois, se não conseguem resolver é que recorrem ao médico.

- *“Logo de caras, com a minha mãe, até porque a minha mãe é uma pessoa que tem alguma experiência. (...) Logo em primeiro lugar com ela, depois com os médicos.”* (Entrevistado 1)

- “Quando não consigo, vou ao médico.” (Entrevistado 2)
- “ (...) se é uma coisa mais complicada vou lá à consulta.” (Entrevistado 7)

O recurso ao médico é feito no Centro de Saúde, ao médico de família e só se este não for eficaz ou se a situação for grave, é que recorrem ao Hospital.

- “Geralmente vou aos médicos (...)” (Entrevistado 4)
- “Quando tenho qualquer sintoma que vejo que não está, não está bem, recorro então ao médico.” (Entrevistado 8)
- “ (...) se vimos que os sintomas persistem ou se vimos que é uma situação realmente crítica, vamos ao serviço de urgência.” (Entrevistado 9)

No entanto, alguns indivíduos recorrem logo ao Hospital e até mesmo ao médico particular.

- “Geralmente vou ao médico, no hospital.” (Entrevistado 5)
- “ (...) quando tenho qualquer problema, recorro sempre a serviços privados (...)”. (Entrevistado 8)

Na realidade, perante a doença, os indivíduos de acordo com o meio em que estão inseridos e a partir dos saberes de saúde e doença que dispõem e do grau de ansiedade que a doença lhes desencadeia, recorrem a vários campos do saber e não exclusivamente à ciência médica.

Os representantes do sistema informal, familiares ou não, são elementos representativos para os doentes e que proporcionam a maior parte dos cuidados, bem como a ajuda e apoio na realização voluntária das visitas domiciliárias, ou seja, sem receber remuneração económica, sendo intitulados de cuidadores informais. Quando questionados acerca do enquadramento social e familiar em termos de acesso aos cuidados de saúde, a totalidade dos entrevistados considera importante o apoio da família e uma parte significativa refere que o apoio e envolvimento familiar permite melhorar o estado psicológico. Cerca de metade dos entrevistados não se sente isolado em relação à família, vizinhos e amigos.

- “Uma pessoa quando tem o apoio de alguém e tem algum carinho é meio caminho andado para uma boa recuperação.” (Entrevistado 3)
- “ (...) os médicos ajudam na medicação, mas se não houver em casa uma compreensão, um apoio, isso pode descambar.” (Entrevistado 4)
- “Às vezes, basta uma troca de impressões, uns com os outros, resolve-se as situações (...)”. (Entrevistado 8)
- “O apoio familiar é fundamental para as questões psicológicas e até para as físicas.” (Entrevistado 9)

A existência das redes informais de apoio, com carácter doméstico ou popular, permitem resolver alguns problemas de saúde, sem a intervenção de outro tipo de instituição. Estas redes informais baseiam-se essencialmente na família mais próxima, mas envolve também, outros vínculos de parentesco e relações de inter-conhecimento com base nos laços de amizade e vizinhança. Na generalidade das situações de doença, é a família que assume os cuidados de um membro doente ou que perdeu a autonomia. Quando um doente tiver de escolher algum membro da família para lhe prestar cuidados, a sua escolha recai sobre o elemento que para ele é mais significativo no desenvolvimento do seu projecto de vida. Alguns entrevistados referem que o apoio dos familiares é importante para os familiares dependentes, por exemplo, os filhos. Uma parte significativa dos entrevistados refere que se sente isolado em relação à família e que o apoio familiar melhora o estado físico.

Em síntese, a rede de relações não se confina aos elementos da mesma família, estende-se a vários elementos da comunidade, ainda que, com uma vinculação afectiva distinta. Para um sistema de saúde mais eficiente, mais justo, mais flexível e socialmente mais útil, é imperioso o desenvolvimento de estratégias de intervenção que valorize a acção dos cuidadores informais.

Conclusão

Os principais resultados do estudo na componente dos “Cuidados da Família, Trabalho e Saúde” do projecto – POCI/SOC/59282/2004 – *O contributo (in) visível. A gestão familiar dos cuidados de saúde* – sugerem que as orientações de saúde e de doença dos inquiridos são moldadas por um *puzzle* de questões nem sempre fáceis de descodificar numa primeira aproximação. Na verdade, a Saúde é apresentada como um estado hipervalorizado, sendo afectado por um conjunto de factores, entre os quais as condições materiais de existência e as de origem laboral. Constata-se ainda que nos quatro casos estudados, ou seja, nos espaços sócio-geográficos de Braga, Caldas da Rainha, Évora e Vila Real os inquiridos não têm o hábito de faltarem ao trabalho para prestarem cuidados aos seus familiares. Embora a problemática da conciliação da vida profissional e familiar não se apresente como factor constrangedor às necessidades de prestação de cuidados de saúde, quando existem familiares doentes ou incapacidades físicas, não é menos verdade, que, no plano da divisão do trabalho doméstico ainda radica na mulher o protagonismo do acompanhamento dos familiares e de outras tarefas.

De notar ainda que se é verdade que a procura dos cuidados de saúde é influenciada por determinantes sociais e culturais, não é menos verdade que os dados recolhidos junto dos inquiridos sugerem que os saberes e representações sociais sobre a doença, a saúde e os recursos da comunidade são

moldados pela percepção objectiva dos recursos disponíveis. Na verdade, os resultados do estudo sugerem ainda que os inquiridos e entrevistados nos estudos de casos aprofundados valorizam as práticas da medicina convencional, designadamente as disponibilizadas pela via dos hospitais ou dos centros de saúde. Porém, o recurso a acções não médicas precede muitas vezes, a consulta médica, embora nem sempre afirmada de forma categórica pelos inquiridos.

De relevar que, em situação de doença, nos casos estudados é frequente a integração das práticas tradicionais nas práticas médicas, como por exemplo, a auto-medicação e o conselho fornecido por vizinhos ou familiares é uma prática frequente. Esta situação parece subscrever a tese de Berta Nunes. Segundo Nunes (1995: 245), os vizinhos e outros prestadores não formais são um “recurso de saúde e uma fonte de aconselhamento” importantes, sendo frequente emprestarem ou darem medicamentos como uma das formas de inter-ajuda e solidariedade.

Os resultados do estudo sugerem ainda que a avaliação funcional da família face à saúde e doença se apresenta de certo modo instrumental e assume uma lógica auto-gestionária interdependente à capacidade de resposta da família às actividades da vida diária, às crenças, papéis e demais alianças de conciliação da vida profissional e de divisão sexual do trabalho no espaço público e privado. Deste modo, a família deve ser cada vez mais considerada uma parceira informal no cuidar, o que vai de encontro aos objectivos de muitos profissionais de saúde da actualidade que pretendem integrar o doente no contexto familiar.

Em suma, os resultados do trabalho desenvolvido exigem ainda o aprofundamento do conhecimento sobre os saberes desenvolvidos pelas famílias na gestão da sua saúde e doença, assim como o desenvolvimento de instrumentos de avaliação familiar e a utilização de estratégias de intervenção de alguma forma distintos dos actuais instrumentos e estratégias de intervenção de melhoria da qualidade de vida e sobretudo da saúde do indivíduo e do seu núcleo familiar.

Bibliografia

- AGÊNCIA EUROPEIA PARA A SEGURANÇA E A SAÚDE NO TRABALHO (2002), *Contra o stresse no trabalho, trabalhe contra o stresse* (http://ew2002.osha.europa.eu/ew2002/press-pack/Stressbackground_pt.rtf [pesquisa em 24 de Março 2007]).
- BRIS, H. (1994), Responsabilidades Familiares pelos Dependentes Idosos nos Países das Comunidades Europeias, Lisboa, Fundação Europeia para a Melhoria das Condições de Vida e de Trabalho.
- CASTILLO, J.J., PRIETO, C. (1983), *Condiciones de trabajo. Un enfoque renovador de la Sociología del Trabajo*, Madrid, C.I.S.
- DERRIENNIC, F. TOURANCHET, A. VOLKOFF, S. (1996), *Age, travail, santé*, Paris, Les Editions INSERM.

- DUARTE, S. (2002), *Saberes de Saúde e de Doença: Porque vão as Pessoas ao Médico?*, Coimbra, Quarteto Editora (Coleção Educação e Saúde, n.º 3).
- FERNANDES, A. (2001), “Velhice, Solidariedades Familiares e Política Social”, *Sociologia Problemas e Práticas*, n.º. 36, pp. 39-52.
- FERREIRA, L. P. (2006), *Auto-gestão da saúde numa comunidade rural do concelho de torres vedras: um olhar da enfermagem*, Dissertação de Mestrado em Intervenção Sócio-organizacional na Saúde, Évora, Universidade de Évora (policopiado).
- FOUCARDE, B. (1992), “A evolução das situações de emprego particulares de 1945 a 1990”, *Travail et Emploi*, n.º 52.
- GEMITO, M. L.(2004), *O Quotidiano Familiar do Idoso numa Freguesia Rural do Alentejo*, Dissertação de Mestrado em Sociologia, Évora, Universidade de Évora (policopiado).
- GIMENO, A. (2001), *Família – O desafio da diversidade*, Lisboa, Instituto Piaget.
- GOLLAC, M e VOLKOFF, S. (2000), *Les conditions de travail*, Paris, Editions la Découverte.
- GUERREIRO, M. D., PEREIRA, I. (2006), *Responsabilidade Social das Empresas, Igualdade e Conciliação Trabalho – Família, Experiência do Prémio Igualdade e Qualidade*, Estudos n.º5, Lisboa, Comissão para a Igualdade no Trabalho e no Emprego.
- IMAGINÁRIO, C.(2004), *O Idoso Dependente em Contexto Familiar*, Coimbra, Formasau.
- LACOMBLEZ, M. (2000), *Factores psicossociais associados aos riscos emergentes. Riscos emergentes da nova organização do trabalho*, Lisboa, EDICT.
- LEANDRO, M. E. (2001), “A saúde no prisma dos valores da modernidade”, *Trabalhos de Antropologia e Etnologia*, Volume XLI (3-4), pp. 67-93.
- LEANDRO, M. E. (2001), *Sociologia da família nas sociedades contemporâneas*, Lisboa, Universidade Aberta.
- LUDERS, S., STORANI, M. S.(1999), “Demência: Impacto Para a família e a Sociedade”, in Matheus Papaléo Netto, *Gerontologia – A Velhice e o Envelhecimento em Visão Globalizada*, S. Paulo, Editora Atheneu.
- MARQUES, A. P. (2009), “Intensificação dos ritmos de trabalho. Implicações na qualidade de vida profissional, familiar e individual”, in M^a E. Leandro, P. Nossa e V. Rodrigues (orgs), *Saúde e Sociedade. Os contributos (in)visíveis da família*, Viseu, Psicosoma, pp. 351-368.
- MARQUES, A. P. (2004), “Género na precariedade: tempos de trabalho em início de uma carreira”, in E. Figueira e L. Rainha (coords.) *Qualificação e Género: O papel das competências-chave*, Programa POEFDS/ IEFP, pp. 123-138.
- MARQUES, A. P., SILVA, M. C. e VEIGA, C. V. (2006), *Assimetrias de género e classe. O caso das Empresas de Barcelos*, Barcelos, Kerigma.
- NUNES, B. (1997), *O Saber Médico do Povo*, Lisboa, Fim de Século (Col. “Margens”).
- PIMENTEL, L. (2005), *O Lugar do Idoso na Família*, Coimbra, Quarteto.
- RELVAS, A. P.; ALARCÃO, M. (2002), *Novas Formas de Família*, Coimbra, Quarteto Editora.
- SOUSA, L.; FIGUEIREDO, D.; CERQUEIRA, M.(2004), *Envelhecer em Família – os cuidados familiares na velhice*, Porto, Âmbar.
- TORRES, A. C. (2001), *Sociologia do Casamento. A Família e a Questão Feminina*, Oeiras, Celta Editora.
- TORRES, A. C. (coord.) (2005), *Homens e Mulheres entre Família e Trabalho*, Lisboa, CITE.
- WALL, K. (org.). (2005), *Famílias em Portugal*, Lisboa, Instituto de Ciências Sociais.
- WALL, K. (2003), “Famílias no Censo 2001 – Estruturas domésticas em Portugal”, *Sociologia, Problemas e Práticas*, n.º 43, p. 9-11.

SITUAÇÕES DE RISCO E PERCEÇÃO DOS AMBIENTES PATOGENICOS

Paulo Nuno Nossa | Professor de geografia, Universidade de Coimbra
Victor Terças Rodrigues | Professor de sociologia, Universidade do Minho

Introdução

No domínio da saúde, assistimos na última década à emergência de um conjunto de alertas relacionados com a probabilidade de difusão regional ou global de determinadas patologias, maioritariamente de causa infecciosa, cujas estratégias de prevenção e contenção envolvem a actuação concertada dos Estados, dos decisores no domínio da saúde bem como das populações potencialmente afectadas, exigindo a adopção de um conjunto de comportamentos consentâneos com o nível de ameaça esperada, tendo como objectivo comum a redução do risco.

Em sentido *lato*, e adoptando a categorização de Last (1995) podemos entender como factor de risco qualquer aspecto do comportamento individual ou do “estilo de vida”, ou ainda derivado da exposição ambiental ou característica herdada que, com base em evidência científica se sabe estar associado com a ocorrência de uma ou mais doenças, ou degradação das condições de saúde e que, por este motivo, se julga importante poder evitar. Assim, perante a difusão massiva de alertas e de partilha de informação diversa, específica sobre determinados comportamentos associados ao risco, questionamo-nos seriamente porque motivo, individualmente ou em grupo, encontramos séria resistência à adopção de procedimentos tidos como adequados para reduzir a probabilidade de ocorrência de determinado risco.

Neste contexto, são diversos os autores (Lima, 2005; Fonseca, 2007; Maria de Araújo & Gunter, 2009) que sublinham a utilidade de se proceder a uma destrinça preliminar entre o que se entende por risco real e risco percebido. Para Lima (2005) a *percepção do risco* deve ser observada no registo dos não especialistas, conformando o modo como os leigos ou o público em geral avaliam subjectivamente um determinado grau de ameaça potencial face a um acontecimento ou actividade. Assim, a percepção do risco inclui sempre três aspectos: a fonte do risco, a dimensão da incerteza – maioritariamente associada a uma avaliação da probabilidade de ocorrência de determinado evento, bem como a avaliação das perdas potenciais realizada pelo indivíduo, o que determina a gravidade atribuída à ocorrência de determinado evento. É esta

última avaliação que conduz o sujeito a atribuir níveis de gravidade à informação percebida, condicionando comportamentos posteriores, construindo-a em função das experiências, das representações, das crenças e dos valores que atribuem significado a qualquer acontecimento ameaçador (Lima, 2005:203-204).

Neste sentido, Fonseca (2007:40) complementa a ideia expressa por Lima (2005), sublinhando o contributo dado por Douglas e Slovic (1999) para distinção da existência de uma dimensão real de risco, regra geral produzida por técnicos e/ou especialistas, face à dimensão percebida, mediada por criações mentais e sociais definidas em termos de graus de crença: « (...) a equação risco/resposta ao risco é mediada por valores, tornando claro que outros factores, além de uma *avaliação técnica do risco*, são nitidamente importantes para a compreensão de como as pessoas percebem e respondem aos riscos» (Slovic, 1999; citado por Fonseca, 2007:41).

Este diferencial de leitura, alavancado por *desigual know-how* técnico e/ou empírico, justifica o modo frequentemente diverso como técnicos e leigos respectivamente, *analisam e percebem* o risco: «Os resultados dos estudos de avaliação de riscos mostram que os riscos associados a uma central nuclear ou a uma incineradora são extremamente baixos, mas os estudos de percepção de risco mostram que estes mesmos riscos são vistos pelas populações que vivem nos locais próximos destes empreendimentos como assustadores e inaceitáveis. Por outro lado, os riscos associados a sismos ou ao tabaco são descritos como muito elevados pelo mesmo tipo de metodologias de avaliação, mas são desprezados pelo público que resiste ao envolvimento em projectos de prevenção» (Lima, 2005: 204).

Devemos juntar às diferenças subjacentes ao processo de avaliação e de percepção do risco uma outra questão que se prende com a possibilidade de dissonância entre o modo como determinada ameaça é percebida e o comportamento que lhe é consequente. Fonseca (2007) destaca três aspectos fundamentais que actuam na mediação entre a percepção de risco e o comportamento: características individuais, características socioculturais, as características das práticas. Adicionalmente, Fonseca (2007), Lima (2005) e Maria de Araújo & Gunter (2009) sintetizam diversos estudos produzidos por Slovic e Fischhoff na década de 70, bem como por Wolpert (1996) e Lion (2002), que procuram esclarecer, entre outros aspectos, alguns factores que podem contribuir para a dissonância ocorrida entre a percepção do risco e o comportamento individual ou colectivo. Sabe-se que a convivência com determinado padrão de risco tendo a produzir sentimentos securizantes, contrastando com a atribuição de níveis de perigosidade superiores a eventos novos ou aparentemente novos. Por outro lado, investigações realizadas por Starr (1969, citado por Lima, 2005) com o intuito de perceber o nível de avaliação produzido pelos

grupos quando comparam riscos tecnológicos *versus* benefícios permitiu-lhe alcançar três conclusões complementares:

1. Existe uma associação directa entre riscos e benefícios, variando a tolerância ao risco na razão directa dos benéficos proporcionados por determinada tecnologia;
2. Para o mesmo nível de benefício, aceitamos correr maiores riscos no desempenho de actividades do que no desempenho de actividades involuntárias;
3. O nível de risco tolerado para actividades voluntárias é semelhante ao risco de morte por doença, parecendo este último funcionar como padronizador do nível de risco aceitável para determinada sociedade (Lima, 2005: 214).

Pese o facto do inegável interesse e complexidade que rodeia os mecanismos de percepção do risco como fenómeno individual, investigado em abordagens psicométricas do risco, neste artigo apenas nos propomos debater a pertinência que abordagem cultural e social detém ao nível da percepção do risco, e também na consequente reposição de estados de saúde que são consequentes à sua exposição, procurando actores diferenciados que prestam ajuda em sectores distintos. Quer numa quer noutras, devemos ter presente que os seres humanos medeiam os seus comportamentos face a determinado acontecimento ou evento, em função de um conjunto de significados que são cultural e socialmente construídos.

Factores sociais e culturais intervenientes na construção da percepção de risco

No presente, concorrem para a edificação da percepção de risco e da consequente reposição do estado de saúde um conjunto importante de actores que envolvem os grupos de sujeitos, as suas características, o modo como lhes conferem coesão e solidariedade, agentes que processam a informação, peritos, reguladores entre outros. Todos, através da informação que (re)produzem, o modo como a decodificam, como regulam o acesso e suscitam normas de controlo, concorrem para gerar condições específicas que interagem na percepção dos riscos e nos modos adequados para resolver os eventuais danos por si gerados.

Uma revisão bibliográfica sobre esta temática, incidindo agora e de modo específico sobre a percepção do risco, confronta-nos com um conjunto de contributos produzidos por Beck, Giddens ou Palmlund que passaremos sumariamente a examinar.

Ulrick Beck (2001) define a actual sociedade como uma sociedade de risco. A passagem da sociedade industrial para uma *sociedade de risco* – à qual atribui características de modernidade reflexiva – determina que os riscos gerados pela própria sociedade são agora distribuídos para além do local onde são produzidos, assumindo características globais, ao mesmo tempo que são progressivamente mais difíceis de controlar pelas instituições tradicionais que tinham por missão propor políticas e modos de regulação, abrindo espaço para o envolvimento crescente e significativo de organizações de cidadãos como forma de resposta, desejavelmente informada, às ameaças com que são confrontados.

Neste processo evolutivo, o modo de descodificar o risco sofreu alterações significativas. Nas sociedades industriais, pautadas por uma elevada confiança no conhecimento científico, na técnica e na racionalidade, acreditava-se que o conhecimento gerado pelos especialistas era suficiente e adequado para criar dispositivos capazes de controlarem ou minorarem a exposição a esses mesmos riscos. Tal como sublinha Lima (2005) ao discutir a abordagem de Beck, os riscos agora presentes na denominada sociedade de risco são de ordem diversa da anterior pois, em muitos casos, deixaram de ser perceptíveis, ou adquiriram tal complexidade, manifestando-se por via directa ou difusa, necessitando para uma adequada identificação e cabal descodificação do contributo especializado da ciência, alcançando em alguns casos um carácter contraditório mercê das diferentes perspectivas que os especialistas defendem. Ao mesmo tempo, emergem categorias de riscos que abandonam a anterior delimitação espacial, tornando-se por este motivo e pela sua origem “invisíveis”. Um exemplo disto pôde ser observado aquando do acidente na central nuclear de Chernobil, ocorrido em 1986 no norte da Ucrânia, cuja nuvem radioactiva atingiu o território sueco, detendo potencial patogénico sobre populações humanas e animais que necessitaram de ser avisadas para garantirem a sua protecção.

Assim, no registo de Beck, a natureza dos riscos que hoje enfrentamos (sociedade de risco) acarreta uma mudança no critério das desigualdades que está para além da observação clássica sustentada na desigual distribuição da riqueza, dando lugar a uma outra baseada na distribuição dos riscos alterando, consequentemente, o nível de percepção do registo do risco visível para o invisível, ao mesmo tempo que a sua distensão global contribui para relativizar as diferenças de classes observadas até aqui: «(...) os riscos não têm fronteiras, não ficam onde são produzidos; por exemplo a poluição industrial numa zona onde vivem pobres não deixa de afectar os habitantes das zonas mais ricas (...) É por isso que Beck insiste em que “*poverty is hierarchic, smog is democratic*”» (Lima, 2005: 224).

Se Beck (2001) nos ajuda a reflectir sobre a globalização e democratização do risco, Maria de Araújo e Gunter (2009) ao executarem uma adequada revi-

são metodológica centrada nos contributos da teoria social para a percepção dos riscos de saúde em áreas contaminadas, dão-nos conta dos contributos de Palmlund (1992) sobre a presença de diferentes actores e dos papéis sociais que desempenham na construção social do risco.

Palmlund conceptualiza para a avaliação social do risco a actuação de seis actores sociais: os portadores de risco, os defensores dos portadores de risco, os geradores de risco, os investigadores do risco, os árbitros do risco e por último os informadores do risco.

Confirmando Beck, Giddens interpreta o risco como sendo uma “característica da civilização industrial da era moderna”, própria de uma “sociedade que tenta activamente desligar-se do passado” (2000:33). O autor recorre a duas tipologias de risco: os riscos criados (*manufactured risks*) e os riscos exteriores (*external risks*). Os primeiros são produzidos pelo homem e os segundos são da esfera do tradicional e do natural. Os riscos criados podem ter efeitos sobre os riscos exteriores. Disso são exemplos os possíveis efeitos da acção humana no aquecimento global do planeta, o episódio da BSE ou os efeitos do acidente de Chernobyl em 1986. Estes riscos, por além de afectarem a dimensão física ambiental, também podem afectar a dimensão social. Práticas sociais que, há muito tempo, eram reguladas pela tradição e asseguravam uma certa estabilidade são hoje em dia objecto de incertezas perante um destino cada vez mais vasto. Giddens (2000) ilustra a sua ideia com o exemplo da percepção moderna do casamento. O pensamento central que distingue as duas tipologias do risco assenta numa “cultura do risco” que repudia cada vez mais o passado dando mais benefício a acções orientadas para o futuro. Somos todos geradores de riscos para o nosso ambiente e isso pode produzir situações ameaçantes para a saúde, tanto em contexto global, como social ou individual (Giddens *in* Peretti-Watel, 2001).

Os *portadores de risco*, na proposta de Palmlund (1992, *op. cit.* Maria de Araújo & Gunter, 2009), conformam um conjunto de indivíduos que são atingidos pelo risco e que por esse motivo arcam com as consequências directas de trabalharem, habitarem ou de algum modo estarem expostos a ambientes patogénicos [visíveis ou invisíveis]. Progressivamente, estes portadores de risco, mercê da actuação de outros actores que a seguir se discutem, ganharam relevo, tornando-se progressivamente mais participativos nas discussões e questionando a validade e justeza das decisões que de um modo cada vez mais consciente reclamam face ao risco que os atinge.

No que toca aos *defensores dos portadores de risco*, Palmlund engloba indivíduos ou grupos que por conta da defesa dos direitos dos portadores de risco adquirem visibilidade pública. Estes podem conformar organizações que emergem da sociedade civil, de âmbito local ou regional, podendo envolver sujeitos diferenciados, com níveis de formação e especialização diversos, com

capacidade de influência técnica e política e que, em algumas situações, podem assumir um protagonismo heróico na defesa dos seus “objectos”.

Na categoria dos *geradores de risco*, podemos encontrar actividades produtivas de natureza diversa, públicas ou privadas, que mercê das matérias-primas que manipulam ou dos bens que produzem constituem-se em fontes de risco, congregando em algumas situações forte acusação, ou até mesmo animosidade por parte dos defensores dos portadores de risco.

Como *investigadores do risco*, emergem os produtores de conhecimento científico, ligados às universidades e aos centros de produção de conhecimento, que congregam agentes públicos e/ou privados a quem, na perspectiva de Palmlund, o poder público delega competências para colher provas sobre quem é portador de risco, quando e como a exposição ao risco gerado pode ser aceitável ou não. Esta categoria é, não raro, objecto de uma avaliação ambígua ou ambivalente por parte dos portadores de risco e dos seus defensores, consoante as suas produções (pareceres, peritagens, relatórios, análises) sejam mais favoráveis às vítimas ou aos geradores de risco.

Relativamente aos *árbitros do risco*, que podem envolver protagonistas tão diversos como agentes de regulação, mediadores, centros de arbitragem ou tribunais, em suma entidades de quem se espera uma avaliação neutral e equidistante, com poderes de gestão, determinação, mitigação entre outros.

Por último, mas não menos importante, emergem os *informadores do risco*, que assumem o papel de mensageiros ou repetidores de mensagem, tal como Palmlund os designa, que detêm capacidade para influenciar a agenda pública, dando visibilidade e notoriedade às consequências de que os primeiros são vítimas, e que de um modo genérico são identificados com os meios de comunicação social, podendo também ser discutida nesta categoria o lugar desempenhado pelas agências de comunicação que trabalham a informação com o objectivo de a partilharem junto da opinião pública e dos decisores.

Como facilmente se pode reconhecer, a geometria de actuação e de dependência dos diversos actores e o seu contributo para a percepção do risco é variável, tendo evoluído de modo significativo nas últimas décadas em função da múltipla complexidade e causalidade que vem sendo estabelecida para determinados riscos, colocando alguns destes actores em categorias diversas consoante o cenário em questão.

Tomando como exemplo o caso da saúde a evolução da pandemia do VIH/SIDA, à medida que a patologia foi sendo prevalente na sociedade, alcançando diferentes classes, envolvendo sujeitos com diferentes níveis de notoriedade, no registo de Palmlund podemos dizer que determinados agentes fizeram alianças de tal forma estreitas que, nalguns cenários, fundiram os seus limites, ou assumiram duplo protagonismo. Hoje, as associações de doentes, são compostas simultaneamente por sujeitos portadores de risco e por defensores de

risco, assessoradas e, em alguns casos também compostas, por diversos peritos (investigadores de risco) que unem os seus esforços para credibilizar e ampliar as exigências dos portadores de risco, colocando-se, em determinadas situações, também ao dispor dos árbitros no sentido contribuírem com o seu conhecimento para a produção de medidas preventivas, ou determinação de patamares de tolerância mais adequados às necessidades dos portadores de risco.

Por outro lado, as empresas farmacêuticas podem ser observadas em determinados territórios como aliadas dos defensores de risco, subsidiando materialmente as iniciativas destes, informando sobre novas descobertas e produtos que podem melhorar a vida dos portadores de risco ao mesmo tempo que ampliam e sustentam o seu mercado potencial. Simultaneamente, noutros territórios, são alvo de actividades violentas por parte dos mesmos defensores de risco, por não se disponibilizarem a partilhar os seus produtos por um preço que estes consideram adequado, ampliando por esta via o risco de quem é portador, sendo ostensivamente rotuladas e observadas como vilãs geradoras de risco. No que respeita aos produtores de conhecimento e aos peritos (investigadores de risco), podem ocasionalmente ser interpretados como próximos dos geradores de risco, caso as suas descobertas ou medições sejam mais úteis à defesa destes, ou podem também ser qualificados como árbitros quando, por exemplo, produzem peritagens e/ou medições capazes de determinar níveis aceitáveis de tolerância a determinado agente, de acordo com o estado da arte, agravando ou despenalizando o libelo acusatório que recai sobre o(s) gerador(es) de risco.

Adicionalmente, a percepção do risco é também atravessada pela dimensão cultural, onde os mecanismos de protecção, gestão e tolerabilidade adoptados por diferentes grupos são conformados em função dos valores culturais que cada grupo tem como objectivo preservar. O modo como os grupos observam e constroem os seus dispositivos de gestão do risco estão intimamente ligados aos valores que têm para si como válidos, moldando a informação disponível para a gestão do mesmo risco de forma diversa. Um grupo defensor de valores religiosos mais conservadores observará e gerirá o risco de exposição a infecções sexualmente transmissíveis recorrendo a estratégias educativas onde sublinha o elevado potencial patogénico dos agentes como factor punitivo, reforçador do valor moral/religioso a preservar – castidade. Ao mesmo tempo, um grupo defensor de valores menos conservadores, ou até destituído de conceitos de religiosidade, defenderá o recurso ao mesmo instrumento – educação, como forma de aquisição de conhecimento, contribuindo deste modo para o reforço do arbitrio individual através de uma informação que permita a autodeterminação face ao confronto com o risco. O modo como os sujeitos dos diferentes grupos vão perceber a exposição ao risco, bem como os mecanismos de controlo individual que lhes estão inerentes são pois diversos entre si.

Uma outra dimensão do risco é sublinhada por Fonseca *et al.* (2007: 40) que esclarece o papel que as representações detêm no confronto com as estratégias para lidar com o risco. Estas representações são mediadas por um complexo cultural que influencia a maneira pela qual os indivíduos percebem o risco, podendo levá-los a desencadear comportamentos específicos, entre os quais o de ignorar a sua probabilidade de ocorrência, expondo claramente a diferença existente entre conhecimento e comportamento.

Recorrentes vezes assiste-se à desqualificação da mensagem (in)formativa emitida por peritos por parte dos indivíduos sujeitos ao risco, alavancando a sua desqualificação ou transformação na autoridade gerada pela *experiência* e *convivialidade* com determinada exposição ao risco. Os níveis de tolerância ao risco tendem a ser mais dilatados quanto maiores forem os benefícios percebidos pelos sujeitos face a determinada exposição, ao mesmo tempo que o adiamento da punição (ex. sintomas indesejados) emerge como elemento reforçador e transformador da percepção de risco. Esta fluidez presente na percepção de risco, como lhe chama Fonseca *et al.* (2007), e exemplificada pela autora ao investigar a tolerância culturalmente desenvolvida por agricultores expostos a produtos agrotóxicos. Embora todos reconheçam *a priori* que o uso destes produtos químicos compreende elevados perigos para a saúde, com o tempo (experiência = competência), tendem a flexibilizar os procedimentos de segurança encarando sintomas de toxicidade tais como dor de cabeça e/ou problemas gástricos como processos normais: «O mal...se não fizer hoje faz mal amanhã ou daqui a um ano, ou dois ou três...» (Fonseca *et al.* 2007: 43).

O mesmo estudo demonstrou o que já havíamos mencionado na parte inicial deste artigo quando Lima (2005) enuncia que a disponibilidade para correr riscos em actividades geradas voluntariamente pelos sujeitos é semelhante à tolerável para o risco de morte por doença. Quando é o próprio indivíduo que decide expor-se ao risco, tendo a noção de controlo da actividade desenvolvida, mediada pela experiência e competência que lhe é reconhecida, tende a desqualificar ou a observar selectivamente o risco de exposição, ao mesmo tempo que o amplia quando a mesma actividade é exercida por terceiros.

É pois inequívoco o carácter social associado à construção da percepção de risco, cujo jogo de actores, dimensão e extensão, pode ser mais claramente entendida à luz dos contributos enunciados.

Factores sociais e culturais intervenientes na valorização da assistência na saúde

Se, até aqui, discutimos o modo como algumas teorias sociais contribuem para a decodificação da percepção do risco, propomo-nos daqui para diante abordar o modo como os indivíduos expostos ao risco procuram restabelecer

a sua saúde, procurando diferentes actores e diferentes níveis de assistência, onde aspectos culturais e sociais também participam na conformação das decisões tomadas.

Começamos pois por relembrar o que Quartilho (2001) sublinha como um importante dado oriundo da psiquiatria transcultural – o conceito de *illness*, definido como uma experiência de estado alterado de bem-estar e do funcionamento social, de carácter eminentemente subjectivo, frequentemente explicitado pelo doente, mas nem sempre descodificado pelo médico à luz dos sinais e sintomas que estão codificadas nas entidades diagnósticas da medicina biológica. Consoante se trate de um registo de *disease* – entidade diagnóstica confirmada pela medicina, a que corresponde uma anormalidade funcional ou estrutural de um órgão ou sistema de órgãos, ou de um registo de *illness*, maior é a probabilidade de um indivíduo procurar ajuda nos diferentes sectores prestadores de cuidados de saúde, tal como Kleinman (1980) os categorizou: sector popular, tradicional e profissional.

Cada um destes sectores cumpre uma determinada função no restabelecimento dos estados de saúde do indivíduo, seja a sua queixa categorizada como *illness* ou como *disease*, podendo a orientação e o seu consumo variar em função da actuação conjunta de vários factores tais como a crença individual, nível de sofrimento, severidade da queixa, satisfação à resposta produzida pelos actores de cada sector, pelo grau de literacia em saúde, conformando percursos singulares ora gerando percursos mistos e complexos entrecruzando procedimentos, avaliações, prescrições e aconselhamentos oriundos de diversas orientações.

O sector popular inclui pois todas as opções terapêuticas a que os sujeitos recorrem, de modo gratuito, fora dos sectores tradicional e profissional (Quartilho, 2001). Para Helman (2003), este é o domínio leigo, não profissional e não especializado da sociedade que comporta um conjunto vasto de opções:

- Autotratamento e automedicação;
- Conselhos ou tratamentos recomendados por amigos, vizinhos, conhecidos...;
- Actividade de cura ou de cuidados prestados por grupos de auto-ajuda, grupos religiosos entre outros;
- Consultas com outros leigos com experiência específica em certas queixas ou tratamentos.

A família é neste registo o principal prestador de cuidados de saúde, com destaque para a mulher que, tal como sublinham Quartilho (2001) e Leandro *et al.* (2006) encontram nas mães e avós os seus principais agentes. Neste domínio, o estatuto social ou a educação formal são maioritariamente subvaloriza-

das, advindo as principais formas de credibilização da experiência pessoal ou a que resulta de cuidado prolongado e/ou frequente de outrem, da idade, da prática da maternidade à qual está subjacente o acto de cuidar, ou mesmo pelo reconhecimento de poderes especiais.

Esta aprendizagem empírica pode ainda autorizar a inversão de posições, validando como prestador de cuidados informais aquele que é simultaneamente um paciente experiente portador de uma doença crónica cuja sobrevivência o credibiliza como fonte de conhecimento. Helman (2003) complementa a inacabada lista de putativos prestadores neste sector adicionando a *consulta informal* a profissionais de saúde tais como enfermeiros, farmacêuticos ou técnicos de diagnóstico, a informação oriunda de familiares próximos de profissionais de saúde, mercê da observação sistemática de aconselhamento ou prescrição, ministros religiosos e indivíduos cujo desempenho profissional proporciona espaço ou tempo propícios à escuta de relatos de enfermidades ou experiências subjectivas de mal-estar, desde que a título gracioso.

O denominado *sector tradicional*, com crescente relevância nas sociedades ocidentais e de valorização milenar nas sociedades orientais²⁸, é constituído maioritariamente por actores que ocupam uma posição intermédia entre o sector popular e o profissional, demonstrando ou anunciando competências orientadas para determinada tipologia de queixa, onde se incluem endireitas, adivinhos, médiuns e prognosticadores. Também neste sector intermédio podem ser consideradas as medicinas ditas alternativas, que alguns preferem designar por *complementares*, reforçando a sua posição de conhecimento diferenciado. A busca de ajuda ou alívio neste sector é também transversal à classe social sublinhando Helman (2003) o registo de uma maior procura deste sector em territórios de baixa renda, respondendo simultaneamente a uma barreira de acesso ao sector profissional, cuja capacidade de resposta nestes territórios é algumas vezes inversamente proporcional às necessidades da procura. Por outro lado, pode também conformar uma resposta culturalmente modelada, gerada pelo convívio de diferentes etnias num mesmo espaço, dando lugar a uma partilha de símbolos e valores culturais, atribuindo competência ao saber do outro, numa manifestação de tolerância e solidariedade face à ausência de respostas profissionais a dificuldades comuns.

Um dos aspectos que assume alguma relevância na crescente procura deste sector é, por um lado, a sua crescente capacidade de publicitação, propagandeando de modo organizado e sistemático a sua presença, recorrendo a meios de comunicação social para adquirir ou consolidar notoriedade. Por outro lado, parecem tirar partido da excessiva normalização praticada por pro-

28 Quartilho (2001: 142) sublinha o facto de nos Estados Unidos da América (1990) 1/3 da população admite já ter alguma vez recorrido a uma forma de medicina não convencional, originando um total de consultas superior ao verificado no âmbito dos cuidados de saúde primários.

fissionais cuja prática é legalmente reconhecida e sancionada, nomeadamente os praticantes da medicina científica ocidental, que frequentemente desqualificam a dimensão social e psicológica associada a determinado quadro de alteração de saúde. A familiaridade do discurso, traduzindo a enfermidade ou a doença em termos perceptíveis para o doente, a valorização da dimensão espiritual, o tempo dedicado à escuta e a tendencial substituição da descrição da doença – presente maioritariamente no discurso clínico, pela explicação da causa da enfermidade ou doença – frequentemente presente no discurso tradicional, mesmo que violando as bases científicas, fortaleça relação empática que se gera entre o consumidor e o prestador de serviços do sector tradicional.

Por último, o *sector profissional*, que Quartilho (2001) adverte como excessivamente identificado com a medicina científica ocidental, conforma para Helman (2003) um sector onde estão presentes as profissões que estão legalmente autorizadas a tratar da saúde, regra geral sujeitas aos princípios interpretativos do modelo biomédico ocidental, e mais recentemente algumas modalidades de medicina complementar que o mesmo modelo tem vindo a sancionar de modo progressivo.

Esta ressalva de sancionamento legal, normalizando e certificando determinado conjunto de práticas e conhecimentos como válidos para a saúde, constitui pois o importante factor de distinção do sector profissional, embora Kleinman (1980) advirta para a possibilidade de os sistemas médicos ditos tradicionais também poderem deter níveis de profissionalização, gozando mesmo de reconhecimento governamental em algumas regiões do globo o que numa interpretação mais *lata*, os colocará no sector profissional. Na lista de profissionais autorizados, são comumente identificados licenciados em medicina, em enfermagem, paramédicos, fisioterapeutas entre outros, com diferentes graus de especialização devidamente validados e credenciados pela norma biomédica ocidental.

Dados de estudo

A investigação realizada através do projecto: *O contributo (in)visível. A gestão familiar dos cuidados de saúde* (POCTI/SOC/59282/2004), financiado pela FCT, comportava no inquérito por questionário um conjunto de dezasseis questões onde se averiguavam um conjunto de informações que envolviam desde a adopção de aconselhamento oriundo do sector popular, as convicções em relação à actividade da medicina como ciência, a capacidade de acesso ao sector profissional privado de saúde, a forma de encarar o quotidiano e a posição sobre a protecção do meio ambiente.

No tocante ao sector alternativo (complementar) e popular, verificamos que os inquiridos recorrem pouco às medicinas alternativas (6,9%, n=1067) e

às medicinas populares (2,5%, n=1067), sendo a pouca frequência centrada na prática de acupunctura, massagem/osteopatia e homeopatia. Por outro lado, confiam nos saberes dos endireitas. Numa situação de doença grave, os inquiridos não acreditam que as medicinas tradicionais ou populares sejam uma boa alternativa. No caso das medicinas alternativas, entendidas pelas ciências biomédicas cada vez mais como complementares, os inquiridos revelam ter dificuldades em pronunciar-se de modo categórico. O grau de concordância com a afirmação “*Chá e caldos de galinha nunca fizeram mal a ninguém*” demonstra que um recurso adicional a mesinhas ainda se harmoniza com outras formas de se curar.

Em relação ao crédito atribuído à actividade médica, revelaram-se preferências para o *Centro de Saúde* pelo facto do médico conhecer melhor a situação do inquirido, ao mesmo tempo que reconhecem o *Hospital* como melhor equipado para fazer exames e, em certos casos, as urgências são melhor opção. Valorizam o papel do progresso da ciência na qualidade de vida e acreditam que se deve seguir rigorosamente as prescrições do médico mas, esta confiança, não impede que em caso de uma doença grave se deva ter, pelo menos, uma segunda opinião médica apesar de declarar que é necessário ter um médico de família que nos conhece melhor.

Quadro 1: grau de concordância com as seguintes afirmações (de 1 a 10)

	média ²⁹	dp	n
As medicinas tradicionais ou populares são uma boa alternativa para tratar uma doença grave	3,92	2,79	883
As medicinas alternativas (Homeopatia, Osteopatia, Acupunctura Naturista, etc) são capazes de tratar uma doença grave	5,62	2,63	805
Prefiro ir ao centro de saúde porque tenho lá o meu médico que me conhece e sabe quais os meus problemas	7,01	2,87	1019
O preço das consultas privadas impede-me de recorrer a esses serviços	7,21	2,95	1038
“Chá e caldos de galinha nunca fizeram mal a ninguém”	7,97	2,25	1000
Os centros de saúde são mais frequentados por pessoas com menores recursos económicos	7,99	2,57	1016
O sistema de saúde privado responde mais rapidamente às necessidades da população do que os hospitais	8,29	2,23	982
Nos consultórios privados, os médicos são mais atenciosos	8,47	2,08	988
A incapacidade de resposta dos centros de saúde conduz a um maior recurso às urgências hospitalares.	8,54	2,00	994

29 Os inquiridos deviam responder a seguinte pergunta: “Em que medida concorda com as seguintes afirmações (1 correspondendo a discordo totalmente e 10 correspondendo a concordo totalmente)?”

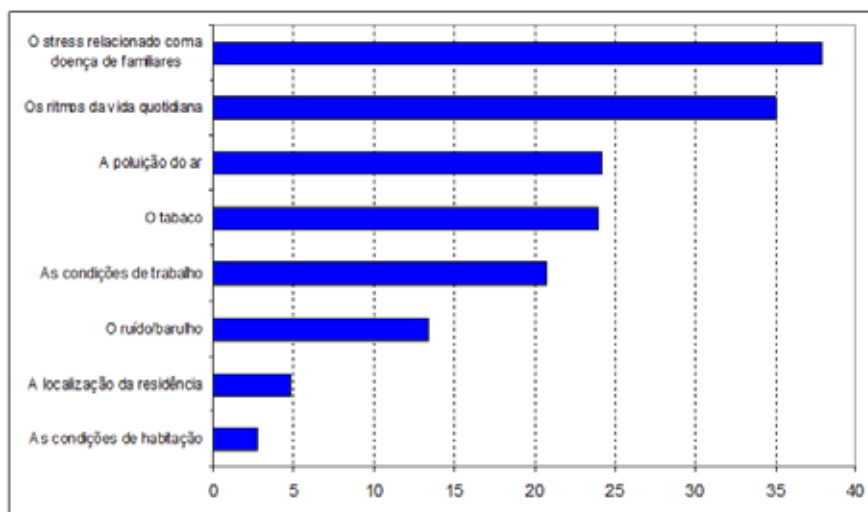
	média	dp	n
O hospital permite fazer todos os exames necessários e tal não acontece no centro de saúde.	8,63	1,86	1003
É indispensável seguir rigorosamente o que o médico prescreve.	8,81	1,70	1062
É melhor aproveitar o momento presente porque nunca se sabe o que nos reserva o amanhã.	8,82	1,77	1062
Sem o progresso da ciência, nós não teríamos uma qualidade de vida tão elevada como a que temos.	8,95	1,62	1057
Para toda a doença grave é indispensável ter, pelo menos, uma 2ª opinião de outro(s) médico(s).	8,97	1,72	1053
É muito importante ter um médico de família que nos segue toda a vida e que conhece os nossos problemas.	8,98	1,70	1053
É importante proteger o ambiente, visando assegurar também às gerações vindouras boa qualidade de vida.	9,62	0,95	1061

Confrontando a prestação de serviços do sector privado com o sector público de saúde, identificam a prática de medicina liberal (consultas privadas) como proibitivas para o seu nível de rendimento. Daí afirmarem que as pessoas com menores recursos económicos são mais frequentadoras dos centros de saúde. Senão, admitem que o sector privado tem uma maior capacidade de resposta e melhor atendimento.

Preferem aproveitar os momentos do presente e preocupam-se com a protecção do ambiente admitindo que este é um meio para assegurar uma boa qualidade de vida para as gerações futuras, como se verificar através dos dados insertos no nº quadro 1.

A preocupação com a protecção do ambiente, surge noutras esferas do inquérito. Quando questionados sobre os aspectos que afectaram o inquirido ou os seus familiares nos últimos cinco anos, encontramos várias dimensões das preocupações com o ambiente.

Gráfico 1: Aspectos que afectaram o inquirido ou os seus familiares nos últimos 5 anos (%)



O ambiente, entendido como um espaço multi-referencial (Bucha, 2004), permite reter três dimensões essenciais que se articulam: o meio físico, o social e o tecnológico.

No gráfico 1, encontramos várias destas dimensões nos factores e agentes que podem comprometer a saúde do inquirido e da sua família. Nos factores associados ao meio físico encontramos, essencialmente, a poluição do ar com destaque para o tabaco e o ruído/barulho, qualificados como factores que contribuíram para limitar a saúde do inquirido ou dos seus familiares. O meio social também está referenciado com o stress relacionado com familiares doentes, os ritmos da vida quotidiana e as condições de trabalho. Assim, encontramos diferenças significativas entre os inquiridos que se encontram em idade activa e os que têm 65 e mais anos no tocante aos ritmos da vida quotidiana ($p=0,003$) e às condições de trabalho ($p=0,000$).

A promoção da saúde é definida da seguinte maneira pela Organização Mundial da Saúde: “*Health Promotion* is a process of enabling people to increase control over their health and its determinants, and thereby improve their health.”³⁰

30 World Health Organization, <http://www.searo.who.int/en/Section1174/Section1458/Section2057.htm>. consultado em 20/03/2010.

Assim, recai sobre o indivíduo e as colectividades a responsabilidade do controlo e da orientação dos determinantes de saúde. Neste contexto entendem-se todas as dimensões ambientais anteriormente indicadas.

A identificação destas dimensões (física e social), por parte dos inquiridos constitui o desafio adequado para que estes factores possam vir a ser objectivamente tidos em conta aquando do desenvolvimento de estratégias orientadas para a *promoção da saúde*. Desde a adopção da Carta de Ottawa (1986) que é amplamente reconhecido que a melhoria da condição de saúde dos grupos humanos teria que comportar estratégias que vão para além do combate ou mesmo prevenção a determinada patologia ou grupo de patologias, mas antes deveriam conformar um processo de capacitação à comunidade, permitindo-lhe melhorar a sua qualidade de vida, o que passará obrigatoriamente pelo conhecimento e melhoria das condições ambientais às quais os grupos estão sujeitos. Deste modo, o que é percebido pela comunidade como ameaça à sua qualidade de vida ou deterioração do nível de saúde, deveria ser incorporado na orientação de estratégias de governança e capacitação, que permitissem aos grupos deterem um maior controlo sobre a sua saúde, fomentando competências orientadas para a transformação das condições de vida e de trabalho, numa abordagem intersectorial, sempre que daí se validassem ganhos para a qualidade de vida, satisfação e consequentemente para a saúde. Como se apreende, a perspectiva de promoção da saúde é bastante mais completa do que a “mera” antecipação de estratégias conducentes à prevenção de estados mórbidos, regra geral orientadas para uma etiologia ou grupo etiológico específico. Como sublinha Buss (2004: 27), os contributos necessários para a criação de ambientes favoráveis à saúde, passam pelo reconhecimento da complexidade das nossas sociedades e das relações de interdependência entre diversos sectores: «A protecção do meio ambiente e a conservação dos recursos naturais, o acompanhamento sistemático do impacto que as mudanças no meio ambiente produzem sobre a saúde, bem como a conquista de ambientes que facilitem e favoreçam a saúde, como o trabalho, o lazer, o lar, a escola e a própria cidade, passam a compor centralmente a agenda da saúde.»

Neste sentido, e como defendia o Relatório Lalonde (1996), a *dimensão ambiental* deverá incluir todos os factos relacionados com a saúde, externos ao organismo humano e sobre os quais a pessoa tem pouco ou nenhum controlo, alguns dos quais foram questionados e estão representados no gráfico 1.

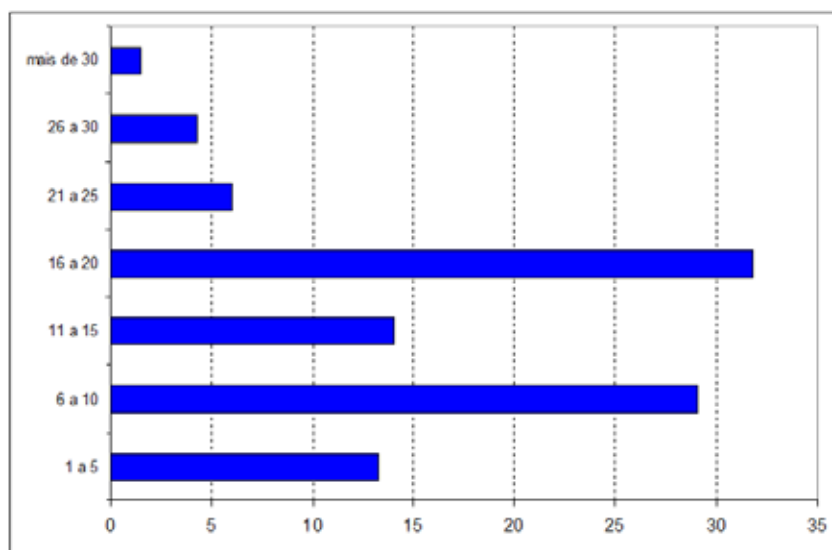
Naturalmente que se os indivíduos de *per se* não podem garantir a inocuidade dos alimentos, do ar ou da água, ou até mesmo dos seus espaços de trabalho, precisam de um compromisso transversal de diversos sectores, quer para a elaboração de políticas saudáveis, quer para a melhoria da criação de ambientes favoráveis à saúde, incluindo a reorientação do sistema de prestação

de cuidados e de educação em situação de doença, para um mais favorável à promoção de estratégias de saúde.

Partindo desta consciência que se reconhece ainda difusa e frágil em alguns contextos, dever-se-iam desenhar estratégias participadas que conduzissem os grupos à aquisição de poder técnico e consciência política para actuarem na defesa da sua saúde (Czeresnia, 2004).

Focalizando a atenção num tipo de comportamentos que expõe os inquiridos e a sua família a situações de risco para a saúde, decidimos reter o consumo de tabaco. O tabaco é responsável por um vasto número de doenças tanto do aparelho respiratório como do sistema cardiovasculares. Cada cigarro consumido pode retirar uma média de cinco minutos e meio de vida (American Cancer Society, 1986 *in* Stroebe e Stroebe, 1999). Segundo os dados do Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006, 20,9% da população residente em Portugal é fumadora e 18,7% fuma todos os dias³¹. Assim sendo, 41,6 % dos agregados familiares tidos em conta na amostra têm, pelo menos, um elemento fumador. O consumo médio de tabaco é de perto de 15 cigarros por dia (média de 14,8 e dp de 7,88) e a amplitude do consumo varia desde 1 até 80 cigarros por dia e por indivíduo (Gráfico 1). Estes resultados vão de encontro com o que se observou no Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006.

Gráfico 2: Número médio de cigarros consumidos por pessoa e por dia (%)



31 Machado, Ausenda *et al.* (2009). URL: <http://www.insa.pt/sites/INSA/Portugues/Publicacoes/Outros/Documents/Epidemiologia/Tabaco.pdf> Consultado em 22 de Março de 2010.

A gestão dos riscos ambientais no contexto familiar condiciona certas práticas associadas a estilos de vida que podem prejudicar a saúde de quem as pratica mas, igualmente, dos outros elementos do agregado. Assim, verificámos que num total de 431 agregados com fumadores, 56,38% ($p=0,008$) não fumam na presença de outros familiares dentro de casa, mas a presença de filhos no mesmo espaço condiciona mais fortemente esta prática (62,55%, $p=0,000$). Numa óptica de promover a saúde através da revista de determinantes sociais que afectam o meio ambiente do agregado familiar encontramos a vontade de evitar que o fumo prejudique a saúde de todos os elementos do agregado familiar, protegendo os eventuais fumadores passivos e reconvertendo os fumadores activos. Desta forma, 61,3% dos fumadores declararam já ter feito tentativas para deixar de fumar.

Considerações finais

A percepção do meio ambiente numa óptica sanitária é essencial para orientar os comportamentos e as práticas de todos os actores sociais. A questão do ambiente não deve ser entendida somente na sua dimensão física – a mais popular – mas, igualmente, na dimensão social, que inclui a cultura e a tecnológica. A gestão dos riscos nem sempre é consciente por corresponder a práticas quotidianas regularizadas e interiorizadas graças a processos de socialização fora das consciências de quem as pratica. Poderíamos falar de uma cultura reproduzida que pode actuar em prol de da saúde ou condicionar situações de risco. A apreensão das situações de risco permite promover a saúde em vários contextos. Nestes, abarca-se o contexto familiar. Geradora de cuidados informais de saúde, a família é também produtora de situações de risco muitas vezes condicionadas por factores externos. Disso são exemplos as opções de escolha alimentares, os ritmos da vida quotidiana ou o condicionamento no acesso aos cuidados de saúde. A nível interno, os elementos do agregado familiar governam as suas práticas no sentido da promoção da saúde tendo em conta a sua pessoa, mas, igualmente, a presença de outros elementos mais sensíveis como os filhos ou familiares doentes.

Bibliografia:

- BECK, Ulrich (2001), *La société du risque. Sur la voie d'une autre modernité*, Paris, Flammarion.
- BUCHA, Agostinho Inácio (2004), *A gestão sustentável do ambiente*, Chamusca, Ed. Cosmos.
- BUSS, Paulo Marchiori (2004), Uma Introdução ao Conceito de promoção da saúde. in – CZERESNIA, Dina; Machado de Freitas (2004, Org.) *Promoção da saúde, conceitos, reflexões e tendências*, Rio de Janeiro, Editora FioCruz.
- CZERESNIA, Dina (2004), O Conceito de saúde e a diferença entre Prevenção e Promoção. in – CZERESNIA, Dina; Machado de Freitas (2004, Org.) *Promoção da saúde, conceitos, reflexões e tendências*, Rio de Janeiro, Editora FioCruz.
- FONSECA, Maria das Graças Uchôa; Peres, Frederico, Firmo, Josélia oliveira; Uchôa, Elizabeth (2007), Percepção de Risco: maneiras de pensar e agir no manejo de agrotóxicos, *Ciência & Saúde Coletiva*, Vol. 12 (2), pp. 39-50.
- GIDDENS, Anthony (2000), *O mundo na era da globalização*, Lisboa, Editorial Presença.
- HELMAN, Cecil G. (2003), *Cultura, Saúde & Doença*, Artmed. 4ª Edição, São Paulo.
- KLEINMAN, A. (1980), *Patients and Healers in the Context of Culture*, California, University of California Press.
- LAST, John M. (1995), *A Dictionary of Epidemiology*, New York, Oxford, University Press.
- LEANDRO, Maria Engrácia, RODRIGUES, Victor Terças, LEANDRO, Ana Sofia (2006) “Família um actor informal de saúde”, in Manuel Costa e Maria Engrácia Leandro, *Participação, Saúde e Solidariedade. Riscos e Desafios*, Braga, ICS. pp. 183-198.
- LIMA, Maria Luísa Pedroso (2005), Percepção de Riscos Ambientais. In SOCZKA, Luis (Org.) *Contextos Humanos e Psicologia Ambiental*, Lisboa, Fundação Calouste Gulbenkian.
- MARIA de ARAÚJO, Joyce; Gunter, Wanda Maria Risso (2009), Riscos à saúde em áreas contaminadas: contribuições da teoria social, *Saúde e Sociedade*, Vol. 18, n.º 2, pp. 312-324.
- PERETTI-WATEL (2001), *La société du risque*, Paris, La Découverte (Coll. « Repères »).
- QUARTILHO, Manuel João Rodrigues (2001), *Cultura, Medicina e Psiquiatria*, Coimbra, Ed. Quarteto.
- STROEBE Wolfgang, Stroebe Margaret (1999), *Psicologia Social e Saúde*, Lisboa, Ed. Piaget.

MULHERES E HOMENS NA FAMÍLIA E NA SAÚDE. INTERVENÇÃO DO MASCULINO NA GESTÃO DOS CUIDADOS DE SAÚDE FAMILIARES

Andreia Susana Rodrigues | Enfermeira Especialista de Enf. de Reabilitação, Hospital S.C. M. Vila Verde
Maria Engrácia Leandro | Investigadora do CIES, ISCTE/Instituto Universitário de Lisboa

Introdução

A investigação empírica tem mostrado a possibilidade de se afirmar a existência de uma relação estreita e directa entre sociedade e família e os respectivos reflexos sobre a saúde. Se compreendermos a saúde como o resultado de um processo de produção contínua e quotidiana, a responsabilidade por essa produção social da saúde é da sociedade, das famílias, dos indivíduos e diferentes grupos, como o Estado e as diversas instituições e corporações.

A ideia de que a família possa ser o contexto principal da responsabilidade pela saúde ou que esta pudesse ser uma preocupação permanente na vida familiar é ainda pouco estudada na sociologia da saúde e da família. Trabalhos publicados em Inglaterra e em França, destacando o estudo de Geneviève Cresson sobre o trabalho doméstico da saúde publicado em 1995, são importantes contributos nesta matéria. Neste último caso, Cresson refere que o trabalho feito em casa no quotidiano, para manter a saúde, é aquele que se designa também como trabalho profano sanitário, trabalho este assumido maioritariamente pelas mulheres no contexto da família. No seu desenvolvimento teórico, a autora reflecte sobre a divisão sexual do trabalho familiar que faz da mulher um agente primário da saúde da família.

Mesmo assim e sendo considerada um sistema pouco visível de cuidados de saúde, a família integra a rede social de apoio e pode influenciar os comportamentos de procura de ajuda (Quartilho, 2001). Citando Pitrou (1984), Leandro (2001a: 89) considera que "... a influência da família sobre a saúde é diversificada". Daí que os modos e estilos de vida, assim como a sua cultura, crenças e valores influenciem e até determinem a qualidade de saúde de cada um dos membros da família, isto para além dos factores genéticos e hereditários que naturalmente estão subjacentes. No fundo "a família pode ser vista como um elemento facilitador da doença ou pelo contrário, como um elemento impeditivo da doença" (Quartilho, 2001:63). Para além da família, o Estado e os Serviços de Saúde também intervêm nos modos e ritmos de vida familiares (Leandro, 2001b; Leandro, Leandro, Rodrigues, 2006), através de diversas legislações e políticas públicas.

No meio familiar, é à mulher que tem sido atribuída a responsabilidade, dedicação e intervenção no processo de cuidar, da promoção da saúde e da prevenção da doença. A mulher pode ser, na maior parte das vezes, a “enfermeira doméstica” (Fonssagrives, citado por Leandro, 2001a: 88). A sua participação nos cuidados de saúde verifica-se a todos os níveis, desde os cuidados prestados na infância até aos momentos em que a doença ocorre, em qualquer fase da vida. Na infância, o cuidar assume maior importância ao nível da prevenção da doença e promoção da saúde, através do ensino de regras e hábitos de sono, higiénicos e alimentares, assim como a ida a consultas de vigilância de saúde e vacinação. Quando a doença já está instalada e existem pessoas dependentes dos cuidados de saúde, como pode acontecer com mais frequência na velhice, o cuidar afigura-se essencialmente ao nível de intervenções que promovam o bem-estar, a qualidade de vida e o controle da doença.

Contudo, a modernidade tem trazido consigo uma série de mudanças em diferentes aspectos da vida das pessoas, das quais se destacam as transformações ocorridas na sociedade e, conseqüentemente, nas famílias portuguesas. A conseqüente modernização e industrialização das estruturas económicas têm causado um conjunto de alterações familiares na estrutura, na organização, nas relações e nas solidariedades familiares.

Nos últimos anos, sobretudo a partir do final da década de 1970, têm ocorrido modificações importantes na divisão sexual do trabalho doméstico e, desta forma, uma reconfiguração dos papéis de género. Com a inserção feminina no mercado de trabalho, o tempo da mulher para cuidar da família foi diminuindo e o homem foi mudando o seu espaço no interior da família. Foi-se adaptando, assumindo tarefas julgadas tipicamente femininas, inclusive em matéria de cuidados. Deixa de ser o pilar da estabilidade económica da família e começa a sentir a necessidade de se abrir ao campo emocional, dando lugar a um “pai afectivo”, substituindo o “pai provedor” em termos materiais e o “pai autoritário” que impõe a disciplina. Todavia, este reconhecimento parece ainda afectado pelas leituras e pressupostos que afirmam que o cuidar é algo incompatível com a esfera de actuação masculina. Muitos dos estudos que surgiram nos últimos anos sobre a prestação informal dos cuidados ainda se baseiam em estereótipos comportamentais de género, assentes na ideia de que a tarefa de cuidar é uma actividade essencialmente feminina, marginalizando e até omitindo os maridos, filhos e genros que também providenciam cuidados (Thompson, 2002).

Tendo em conta a abordagem tradicional da literatura em torno do papel da mulher na prestação de cuidados familiares, a investigação sobre o homem no papel de cuidador é um tema de interesse científico recente (Kirsi, Hervonen e Jylha, 2000, citado por Ribeiro, 2005), para além do facto de que, do ponto de vista sociológico, este tipo de estudos não abundarem.

Numa pesquisa bibliográfica cuidada e rigorosa de diversos trabalhos científicos na área da sociologia e das ciências da saúde, alusivo ao tema em estudo, apercebemo-nos da escassez de informação presente no contexto português. A maior parte da literatura portuguesa assenta sobretudo em estudos acerca de cuidadores masculinos, na sua maioria maridos idosos, no apoio a idosos dependentes e a doentes com patologia mental (Ribeiro & Paúl, 2006). Neste contexto, um estudo efectuado por Sotto-Mayor, Varandas e Ribeiro em 2004 (Ribeiro, 2005), já nos dava conta da presença de um número crescente de cuidadores idosos do sexo masculino.

Ribeiro (2005) publica um estudo que procurou conhecer a experiência masculina do cuidar num subgrupo de idosos, maridos de doentes com demência, no sentido de contribuir para uma apreciação diferente do envolvimento e capacidades do homem idoso para cuidar. A nível internacional, Kramer (2002, citado por Ribeiro, 2005) afirma que alguns investigadores estimam que haja mais maridos no papel de cuidador do que esposas, no grupo de idosos com idade igual ou superior a 75 anos. Também segundo o relatório oficial do National Family Caregivers Association (2000, inDucharme et al., 2006, citado por Ribeiro, 2007), existem actualmente cerca de 44% de cuidadores homens. Em Espanha, em 2004, estimava-se que 16,4% dos prestadores informais de saúde fossem homens – maridos e filhos solteiros ainda em casa dos pais (IMSERO, 2005, citado por Ribeiro, 2007). Em Portugal, os valores apresentados resultam de estimativas, pois não existem estudos a nível nacional sobre cuidadores informais masculinos, sem estarem associados à gerontologia e à doença mental e terminal. Contudo, os resultados do inquérito «Family and gender roles» do ISSP (International Social Survey Programme), realizado em 2002/2003 em trinta e quatro países europeus, mostram que uma das tarefas que os casais mais partilham é os cuidados com os doentes (L. Amâncio, 2007), existindo, assim, uma tendência para os homens portugueses participarem mais nos cuidados prestados aos familiares (Crompton & Lyonette, 2007).

O homem já não é só visível nas instituições de saúde, pois converteu-se também em cuidador informal de saúde da sua família. Hoje é possível constatar que o homem tem uma relação afectiva mais intensa com os filhos, que se ocupa muito mais dos mesmos no interior da vida doméstica (Leandro, 2001b). O estudo coordenado por Anália Torres et al. (2005), intitulado «Homens e Mulheres entre Família e Trabalho», realizado entre 1997 e 2000, mostra que, apesar do homem colaborar nas tarefas domésticas, a crescente participação da mulher no mercado de trabalho não encontra o seu equivalente numa maior colaboração do cônjuge naquelas. Não é a condição perante o trabalho, mas sim o género a variável que introduz o principal factor de assimetria na repartição de tarefas, ou seja, não é apenas uma relação simples entre o tempo gasto no trabalho (profissional) e tempo gasto em casa, mas uma questão de valores e de atitudes.

Apesar de sabermos que a mulher é o principal agente activo no processo de cuidar da família, tem-se vindo a verificar que os homens participam cada vez mais na gestão dos cuidados de saúde, fruto das modificações ocorridas nas famílias, nas funções e actividades profissionais e sociais e na abertura das mentalidades. Isto é mais visível quando nos reportamos a casais idosos, em que o marido tem assumido o papel de cuidador informal de saúde, quando se verifica a ausência de uma rede de suporte descendente, composta tradicionalmente por noras e filhas. Uma vez que a ideia social dominante é a de que o cuidar é uma tarefa essencialmente feminina, os homens que assumem este papel têm sido "...negligenciados quer pela sua reduzida expressão numérica, quer pelo pressuposto reduzido envolvimento efectivo nas tarefas de cuidar." (Ribeiro, 2005,231).

Urge, portanto, conhecer a verdadeira dimensão da participação do homem na gestão familiar dos cuidados de saúde em todas as fases da vida, face a um outro cuidado que ainda é tido como normativo, o cuidado feminino (Rodrigues, 2009). O próprio Plano Nacional Para a Igualdade Cidadania e Género de 2007-2010 aponta como uma das medidas de intervenção "promover investigação que identifique as diferenças de atitudes entre homens e mulheres em relação à saúde" (Conselho de Ministros, 2007:3957). Desta forma, poderemos identificar formas de intervenção em cuidados de saúde dirigidos à família, contemplando o homem e a mulher como parceiros activos, deixando de lado algumas imagens estereotipadas e práticas sexistas, por parte dos profissionais, que podem influenciar a gestão dos cuidados de saúde quando afirmam, de forma infundamentada, que o homem não tem capacidade para cuidar. Senão vejamos: ao nível dos cuidados de saúde formais, a profissão médica tem sido exercida maioritariamente por homens e mesmo na profissão de enfermagem, exercida na sua maioria por mulheres, tem-se vindo a verificar uma maior adesão dos homens ao seu exercício. Hoje em dia, o homem encontra-se mais votado aos domínios do cuidar, seja através do exercício de uma profissão relacionada com o cuidar, seja no seio familiar, prestando cuidados informais. Se antes a realização de tarefas essencialmente femininas por parte dos homens levava a que estes fossem considerados "maricas", hoje esses homens são enaltecidos no seio de algumas sociedades, o que evidencia a existência de mudanças nas relações sociais de género nas sociedades ocidentais hodiernas e na própria família, a favor da igualdade de género e do abandono dos papéis tradicionais. Os homens exprimem mais a sua emotividade, o afecto pelos filhos e a própria cultura de cada sociedade, integra mais estes domínios, o que mostra que os estereótipos ligados à diferenciação social e de género parecem estar em mudança, já que os jovens parecem aceitar com maior naturalidade a divisão igualitária dos cuidados de saúde e das tarefas domésticas no seio da família (Torres & Moura, 2004), onde estes elementos parecem cada vez mais incorporados.

Este trabalho resulta da investigação empírica sobre a participação masculina na gestão dos cuidados de saúde familiares junto de 1067 famílias, em quatro concelhos do país: Braga, Caldas da Rainha, Évora e Vila Real, à luz dos resultados do projecto *POCTI/2004, financiado pelo FCT, com o título: “O contributo (in) visível. A gestão familiar dos cuidados de saúde”*. Trata-se de um estudo de natureza quantitativa e qualitativa inovador, dado existirem poucos conhecimentos neste domínio e tem consigo um objectivo primordial: analisar, numa perspectiva comparativa, a nível de género e sócio-geográfico, a participação do homem na gestão familiar dos cuidados de saúde.

Cuidados de saúde familiares

Enquanto estrutura base da sociedade, a família esforça-se por desempenhar tarefas que possam responder às necessidades de cada um dos seus membros e da sociedade. Uma das tarefas básicas da família está relacionada com a saúde, uma vez que a família contribui para um desenvolvimento físico e psicossocial saudável de cada um dos seus membros. Sendo a primeira unidade social em que o indivíduo se integra, a família influencia o conceito individual de saúde e doença, gera os primeiros cuidados de saúde, transmite os valores cívicos, éticos, culturais e sociais, desenvolve o sentimento de competência e auto-estima e serve de suporte pedagógico, afectivo e social. A família é o grupo responsável pela “(re)produção social, na medida em que determina o grupo social de pertença individual” (Leandro, 2001b: 205), englobando o processo de reprodução biológica e o de socialização. Nessas circunstâncias, a família não é apenas produtora de novos seres humanos, mas é responsável pela sua sobrevivência, o que implica uma série de cuidados como protecção e afecto, necessários para a preservação da saúde. Neste sentido, entende-se por saúde familiar um estado dinâmico de bem-estar, que é influenciado por factores biológicos, psicológicos, culturais e espirituais do sistema familiar. A saúde da família é afectada pela saúde dos seus membros e vice-versa, o que torna difícil dissociar a família do seu estado de saúde e da saúde dos seus membros (Friedman et al., 2003; Hanson, 2001).

De acordo com as diversas características familiares, Stanhope e Lancaster (1999:504), referem que a maior parte das famílias apresenta as seguintes tarefas e funções relacionadas com a saúde: “assegurar alimentos, abrigo e vestuário adequados; manutenção do ambiente físico domiciliário; manutenção do ambiente psicossocial domiciliário; garantir recursos de manutenção da higiene pessoal; responder às necessidades espirituais; asseverar a educação para a saúde e a sua promoção (nutrição, exercício, etc.); tomar decisões em situação de saúde/doença; reconhecer rupturas no desenvolvimento de cada um e na própria saúde; prover aos cuidados em situação de doença, da saúde

oral e prestar primeiros socorros; supervisionar a administração de medicações (prescritas e sobras existentes); dispensar cuidados de saúde a curto e a longo prazo, de reabilitação e envolvimento na saúde da comunidade”.

De facto, a família “está profundamente implicada na preservação da saúde e nos respectivos cuidados” (Herzlich, 2004: 384). É o espaço social onde os seus membros interagem, trocam informações, procuram reunir esforços e solucionar problemas. Produz o seu próprio sistema de cuidados, no qual estão reflectidos os seus saberes sobre a saúde e a doença, impregnados de valores e crenças que se vão estruturando no seu quotidiano. De facto, “é no seu seio que o indivíduo recebe os primeiros elementos de socialização e educação para a saúde e uma panóplia de cuidados de saúde informais que atravessam todos os actos, práticas e vivências familiares” (Leandro et al., 2006:185). Inserida num grupo social, a família é caracterizada por vários tipos de arranjos domésticos, onde organiza as suas relações internas e externas de acordo com determinado repertório cultural. Ora, a apreensão dessa diversidade é relevante, pois a pertença social, o repertório cultural da família e as formas de organização doméstica condicionam e delimitam as possibilidades de cuidados com a saúde e as relações entre família e profissionais de saúde.

Segundo Kleinman (1980, citado por Helman, 2003,72), a família insere-se num dos três sectores de assistência à saúde: o sector informal (os restantes dois são o sector popular e o sector profissional), onde a maior parte das situações que levam à alteração de saúde é identificada e tratada. É “nesse sector que se dá o cuidado primário à saúde”. Desta forma, a família é vista como uma unidade primária de cuidados de saúde. Enquanto cuidador informal recorre aos saberes medicinais tradicionais e à aprendizagem das experiências que decorrem do contacto com os profissionais de saúde (Leandro et al., 2006). Segundo Quartilho (2001), a experiência gera importantes efeitos culturais sobre a saúde, a doença e a medicina. É na experiência quotidiana que, as normas, valores externos e as emoções interagem de tal modo que o indivíduo sente profundamente aquilo que é realmente importante para ele e para as pessoas que estão próximas de si. Deste modo, pode-se inferir da importância dos factores sociais, interpessoais, culturais e familiares para além dos constrangimentos biológicos e orgânicos na origem da doença na família e no indivíduo (Machado, 2003).

A família em conjunto com o sistema de saúde constitui um suporte fundamental tanto nas acções preventivas como na promoção da saúde e nos cuidados durante a doença. Esta concepção intensificou-se durante o século XIX quando surgiu o movimento higienista, que se propunha cuidar da população, educando-a e ensinando-lhe novos hábitos, tornar patente as más condições de vida em que esta vivia e as altas taxas de mortalidade infantil. Nesta altura fez-se notar a consolidação do novo papel social da Medicina, que ampliou

o seu domínio para além da exclusiva preocupação com o corpo. A alimentação, as condições ambientais e o comportamento humano passaram a ser objectos de preocupação médica, na busca de soluções para problemas como a mortalidade infantil, as infeções como a tuberculose, as infeções com carácter venéreo e as miseráveis condições de existência em que vivia a classe operária (Villermé, 1971). O estado e diversos movimentos sociais imbuídos de diversas preocupações higienistas colocaram em prática medidas colectivas que visavam proteger as populações das doenças, criando unidades sanitárias e introduzindo várias regras de controlo ambiental e moral, no sentido de assegurar a saúde física e mental das populações. (Ferreira, 1990; Saillant, 1999). Esta trajetória foi pautada desde o início pela formulação de regras rígidas impostas à família e, sobretudo, à mulher-mãe, no intuito de modelar o seu comportamento a favor da saúde da criança. Ao conjunto dessas regras, inspiradas nas descobertas de Pasteur, deu-se o nome de higiene familiar. Surgiam, assim, os primeiros livros de puericultura que descreviam regras sobre a “«arte de criar cientificamente os bebés»” (Abdelmalek & Gérard, 1999:54), com o objectivo de regular a vida na esfera privada, estabelecendo uma relação entre ciência e moral. Outro aspecto importante ocorrido nesta altura é a insistência no alojamento individualizado, a favor do asseio e da moral familiar, numa tentativa de regular hábitos e intervir nas promiscuidades (Vigarello, 2001), já que as condições habitacionais e a forma como as pessoas partilham os diversos espaços habitacionais e sociais vai influenciar a sua saúde (Drulhe, 2002).

Em 1876, o higienista Fonssagrives apresenta o seu *Dicionário da Saúde*, onde afirma que pretende ensinar as pessoas a gerir a sua saúde e a estabelecer relações com o seu médico de família de uma forma razoável e proveitosa para ambos. Pretendia, igualmente, ensinar às mulheres a arte da enfermagem doméstica. O papel do médico e da mulher complementar-se-iam a favor do interesse do doente e nesse sentido, “o médico prescreve, a mãe executa” (Fonssagrives, citado por Donzelot, 1977,23). Numa época em que a medicina tradicional e popular das mulheres mais velhas imperava, o médico triunfava graças à sua aliança com a mãe, ganhando, assim, um novo poder na esfera doméstica. De facto, na opinião de Donzelot (1977), a ligação entre família e medicina vai influenciar profundamente a vida familiar e levar a uma nova reorganização no sentido em que vai quebrar as ligações que tinha com as más influências do antigo meio social educativo, com os métodos e preconceitos domésticos até aí existentes e criar uma aliança importante com a mãe, já que esta é um elemento familiar fundamental nos processos de educação. Daqui se depreende a importância da família como cuidadora e promotora de saúde. Aludindo à Carta de Otawa sobre a promoção de saúde, promulgada em 1986 pela Organização Mundial da Saúde, entende-se como promoção de saúde o processo que permite à família exercer um maior controlo sobre a sua saúde e

melhorá-la. Para conseguir óptimos níveis de saúde, a família deve estar apta a identificar e realizar aspirações, satisfazer as suas necessidades e a alterar comportamentos ou a interagir com o meio (Leandro, Machado, Gomes, 2007).

Com o desenvolvimento da ciência, embora se tenha reconhecido o valor da família enquanto contexto de prestação de cuidados, o lugar do cuidado foi transferido para o hospital e as famílias substituídas pela hospitalização. Contudo, a crise dos sistemas de saúde e de protecção social que tem marcado as últimas décadas, dá novamente às famílias a responsabilidade da prestação de cuidados de saúde familiares, considerando a família como um elemento fundamental e suporte privilegiado de cuidados.

Porém, apesar deste seu importante papel e da crescente revalorização da família por parte das políticas de saúde, não podemos esquecer as alterações que se têm operado na estrutura e funcionamento familiar. Hoje em dia as mulheres exercem uma profissão, trabalham fora de casa, sustentam as suas famílias, estão mais ausentes no seu papel de cuidadoras familiares e nem sempre têm possibilidades económicas para contratarem uma empregada doméstica para as substituírem nas lides domésticas e na prestação de cuidados de saúde. Por isso, verifica-se que nem sempre a família cuidadora tem as condições necessárias para assegurar os cuidados de saúde o que pode resultar em disfunção familiar. Nesta linha de pensamento, não podemos esquecer que, assim como a família tem um papel importante na promoção da saúde dos seus elementos, ela pode ser a fonte de doença. Muitas doenças (crónicas, infecto-contagiosas) surgem associadas aos estilos de vida e às condições socio-económicas, de higiene e habitacionais em que muitas famílias vivem. Veja-se o exemplo de doenças como a diabetes e obesidade, cuja prevalência tem aumentado, fruto de estilos de vida cada vez mais sedentários e da má alimentação praticada pelas famílias. Também o aparecimento de novas doenças e a “fragilização ou até a ruptura dos laços familiares pode exercer efeitos nefastos sobre a saúde dos seus membros” (Leandro et al., 2006, 191).

Daí que a gestão familiar dos cuidados de saúde englobe o conjunto de acções que as famílias consideram necessárias para promover a sua saúde e prevenir o aparecimento da doença. Trata-se da capacidade da família em gerir a sua própria vida, o que permite uma maior participação da mesma nas decisões a tomar, mas poderá também conduzir a uma diminuição do capital de saúde e qualidade de vida, se essas decisões forem tomadas por alguém com falta de conhecimentos (Silva, 2003). Sabemos que, muitas vezes, a falta de informação, aliada à iliteracia e às crenças e mitos sobre a saúde e a doença, condicionam o estado de saúde e elevam a propensão para os riscos de saúde.

Segundo Silva (2003,68), existem três elementos base do processo de gestão da saúde: os indivíduos, os modos de vida/comportamentos e a sociedade. Assim, “a gestão da saúde deve ser perspectivada como a expressão operativa

do equilíbrio desses três elementos, em cada período histórico. Factores culturais, sociais, económicos estão, assim, na origem das diferenças encontradas em termos de autogestão em relação à saúde dos indivíduos, isto porque se traduzem em modos de vida distintos. São também estes modos de vida que podem facilitar, ou não, a exposição aos factores de risco de doenças”.

Também Carvalho (2002), considera que as famílias assumem comportamentos distintos em termos de saberes acerca da saúde e da doença, conforme pertençam ao meio rural ou ao meio urbano. Perante um problema de saúde, as famílias rurais tendem mais a recorrer aos diversos saberes que são transmitidos ao longo das gerações e só depois ao médico. Já as famílias urbanas recorrem primeiro ao médico ou à “farmácia caseira”. Nas famílias rurais existe uma forte crença, para além da medicina, nos bruxos, nos endireitas, nas mezinhas caseiras, enquanto nas famílias urbanas a crença remete-se essencialmente para a medicina (Carvalho, 2002,170).

De igual modo, a condição social das diferentes famílias, influencia a sua intervenção ao nível da saúde: “São as famílias com mais habilitações escolares e uma melhor condição social que se apresentam mais intervenientes ao nível da saúde. A título exemplificativo, referimos que estas famílias têm mais cuidado com a alimentação, com o vestuário, uma maior preocupação com a higiene e recorrem mais vezes ao médico seguindo com mais minúcia os seus conselhos. Nas classes populares, a doença é considerada como uma alteração brusca e importante das suas faculdades, susceptível de impossibilitar a sua actividade diária. Nas classes médias, pelo contrário, a doença é, muitas vezes, considerada como uma alteração progressiva da saúde que é possível prevenir ou curar em todas as suas etapas” (idem, 2002, 169).

Segundo Honoré (2004, citado por Ribeiro, 2007), o cuidar constitui uma acção dinâmica, pensada, reflectida em relação a algo ou alguém. Já o termo cuidado, por sua vez conota responsabilidade e zelo. Para Collière (1989:235) “cuidar, prestar cuidados, tomar conta é, primeiro que tudo, um acto de vida, no sentido em que representa uma variedade infinita de actividades, que visam manter, sustentar a vida e permitir-lhe continuar e reproduzir-se.” Esta autora afirma, ainda, que se pode tratar de um acto individual prestado pelo próprio, se a pessoa é autónoma ou um acto de reciprocidade, quando prestado a toda a pessoa que, temporária ou definitivamente, necessita de ajuda para assumir as suas necessidades vitais. Para Leninger (1988), cuidar é o conjunto de actos de suporte e assistência prestados ao indivíduo ou grupo, com necessidades evidentes ou previstas ao nível do aperfeiçoamento das condições humanas e estilo de vida.

O processo de cuidar é a forma como se dá o cuidado e assume-se como um processo complexo que envolve dimensões objectivamente mensuráveis e outras mais subjectivas e que se caracteriza por ser interactivo, desenvolvendo

acções, atitudes e comportamentos com base no conhecimento adquirido, na experiência e na intuição (Ribeiro, 2007).

A quantidade e o tipo de tarefas utilizadas na actividade do cuidar constituem a sua dimensão mais operacionalizável. Atendendo à família enquanto alvo de cuidados, muitos são os factores que determinam o tipo de cuidados que serão necessários, desde o contexto sócio – económico e geográfico, passando pelos comportamentos e estilos de vida até às diferentes fases do ciclo de vida familiar. Várias dimensões têm sido apontadas como tarefas de cuidar na prestação informal de cuidados, nomeadamente a satisfação de necessidades de companhia, suporte emocional, financeiro e social e a supervisão da pessoa dependente. Contudo, para muitos cuidadores, as tarefas relativas ao trabalho doméstico, como a limpeza semanal do espaço doméstico, o tratamento da roupa, não são muitas vezes definidas como prestação de cuidados, sendo mesmo subvalorizadas enquanto promotoras de saúde e bem-estar (Ribeiro, 2007). E, no entanto, são imprescindíveis para a saúde.

Ainda assim, não podemos deixar de considerar que a relação de cuidado familiar tem início nos primeiros anos de vida de um ser. Entre esses cuidados estão incluídos o suporte físico, mental, emocional e financeiro para que este possa desenvolver-se e garantir a sua sobrevivência. A preparação das refeições, a tomada de decisões em situações de doença, a educação em geral e para a saúde em particular, a compra e o uso correcto de medicações, o acompanhamento a consultas, a promoção de saúde, o cuidar de familiares doentes, o apoio afectivo e emocional, etc., são exemplos do tipo de cuidados (Rodrigues, 2009).

O trabalho doméstico da saúde é efectuado maioritariamente por mulheres, sem contrapartidas monetárias e tem sido considerado um trabalho invisível (Cresson, 1995), tal é a forma como está imbricado na prática do quotidiano e nas normas sociais. Este não é apenas um trabalho meramente técnico, mas é, também, um trabalho de relações humanas, de amor e solidariedade, que contribui para assegurar a reprodução da saúde dos seus membros, o bem-estar e a qualidade de vida. Tudo isto terá certamente influência no bom funcionamento da sociedade, daí que se possa afirmar que o trabalho doméstico da saúde não se cinge apenas à esfera privada, mas também à esfera pública.

Frequentemente o papel da prestação destes cuidados é atribuído à mulher, fruto da educação recebida e de um sistema subentendido de crenças construídas socialmente sobre o cuidar, o que favoreceu a ideia de que as mulheres estão melhor preparadas que os homens, são mais voluntárias e têm maior capacidade de sofrimento. “Durante milhares e milhares de anos, a prática de cuidados correntes, isto é, todos os cuidados que suportam a vida de todos os dias, ligam-se fundamentalmente às actividades da mulher” (Collière, 1989:40) Por outro lado, a informação transmitida pelos profissionais de saúde, assim

como os saberes familiares, dirige-se na maior parte das vezes às mulheres, o que “faz da mulher um actor primário de promoção da saúde, no interior da família” (Leandro, 2001^a, 89). Brewer (2001), citado por Ribeiro, (2007), afirma que a actual predominância de mulheres cuidadoras resulta de um processo de socialização e de políticas sociais que reiteram os padrões genderizados do cuidar.

O cuidado informal diz respeito à prestação de cuidados a pessoas dependentes, por parte da família, amigos, vizinhos ou outros grupos de pessoas, que não recebem retribuição económica pelos cuidados que oferecem (Lage, 2005). No que diz respeito ao cuidado que é prestado, pode considerar-se a existência de dois tipos de cuidadores: Os cuidadores primários ou principais e os cuidadores secundários (Andrade 2009; Ribeiro, 2007). O cuidador primário ou principal é aquele que realiza mais de metade do cuidado informal recebido pela pessoa dependente, nomeadamente “as tarefas relativas ao transporte, às lides domésticas, à preparação de comidas, às lavagens de roupa, aos cuidados pessoais e /ou de suporte financeiro” (Martin, 2005:184, citado por Andrade, 2009). É neste cuidador que recai a maior responsabilidade do cuidado e que não é remunerado pelos serviços que presta (Carrero, 2002; Davies, 1992; Jamuna, 1997, citado por Lage, 2005). As tarefas desempenhadas pelo cuidado secundário são aquelas que estão relacionadas com o apoio emocional e o auxílio nas compras e no transporte, bem como outras tarefas mais pontuais relacionadas com situações de emergência (Quaresma, 1996, citado por Ribeiro, 2007).

Paúl (1997, citado por Andrade, 2009), considera que a aquisição do papel de cuidador primário é explicada pelo Modelo Hierárquico Compensatório, também designado de Substituição Hierárquica de Cantor. Este modelo defende a existência de uma ordem de preferência na aquisição do papel de cuidador. A primeira preferência é dada ao cônjuge, marido ou esposa. Quando o cuidador principal é o cônjuge homem, este recebe mais apoio, quer formal, quer informal, dado que se considera que as mulheres precisam de menos apoio quer da família, quer do exterior.

O género masculino na prestação de cuidados familiares

Em Portugal, apesar de já existirem vários estudos sobre os papéis de género na família (Amâncio, 1994; Almeida, 1995), nomeadamente sobre a divisão sexual de trabalho doméstico, começam agora a surgir estudos que têm como objectivo quantificar e conhecer as características dos homens cuidadores em contextos familiares, nomeadamente no que se refere a homens idosos que cuidam das suas esposas em situação de dependência, pois perspectiva-se que a grande maioria de cuidados prestados por eles ocorra nesse âmbito. Sabe-se que mais

frequentemente é a mulher que assume o papel de cuidadora. Contudo, os cuidados prestados pelos homens no seio da família começam agora a ser mais perceptíveis (Torres et. al, 2005; Amâncio & K. Wall 2007; Perista 2002), fruto da mudança de mentalidades, da entrada da mulher no mercado de trabalho, do aumento da escolaridade, do desenvolvimento tecnológico, das alterações legislativas às licenças de maternidade e paternidade e do envelhecimento demográfico.

Perante a constatação da natureza genderizada do cuidar, e uma vez que este trabalho foca a participação do homem como prestador de cuidados à família, não se pode deixar de falar sobre o conceito de género. A palavra género é uma tradução do inglês “gender” e diferencia-se do sexo (diferenças biológicas entre homens e mulheres). Género é a construção social, cultural e económica dos papéis feminino e masculino na sociedade. Refere-se às categorias que representam as diferenças socialmente construídas entre o feminino e o masculino, codificando personalidades, identidades e comportamentos tipicamente atribuídos aos homens (Aboim, 2007; A. Torres et al., 2005). É ao nível das relações sociais que o género, como processo e prática, pode ser apreendido.

O conceito de género é concebido por muitos à luz do determinismo biológico ou essencialismo, mas do ponto de vista das ciências sociais tem que ver com o construcionismo social. Segundo o essencialismo, o conjunto de atitudes, comportamentos e condições sociais, está vinculado aos homens e às mulheres pela biologia. “O género é concebido como algo estático, a-histórico, *trans-cultural* e *trans-situacional*; e, nesta perspectiva, o feminino é o oposto de masculino e o homem é o reverso da mulher” (Ribeiro, 2007, 85). Já o construcionismo social refere que não existem determinações biológicas na definição do género e as definições sociais de masculinidade e feminilidade não são estáticas, na medida em que são influenciadas pelas mudanças que ocorrem nas ideologias, valores, condições sociais, factores económicos e acontecimentos históricos. “O género é nesta óptica, um sistema de significados que se constrói, que se organiza nas interações, e que não se afasta do acesso ao poder e aos recursos” (Ribeiro, 2007, 85). O processo de incorporação dos significados de género resulta como algo adquirido inconscientemente, a partir do convívio social (Bourdieu, 1980) em virtude da sua aprendizagem ser permanente e não reflectida. Deste modo, o género é um dos componentes da identidade pessoal e social de qualquer um de nós. A sua manifestação só pode ser entendida em relação e interacção com outras dimensões da vida social e cultural, mas também, com outros componentes do crescimento físico e do desenvolvimento cognitivo, afectivo e emocional. Assim, o desenvolvimento dos padrões comportamentais masculinos e femininos, é um processo multidimensional que integra várias dimensões, que nem sempre estão relacionadas,

como as características psicossociais, os interesses pessoais, o relacionamento social e as características simbólicas como, por exemplo, os gestos, os padrões de linguagem ou o comportamento não-verbal.

A teoria social do gênero de Connel (1987) é considerada uma das grelhas interpretativas mais utilizadas na literatura sobre o homem e as masculinidades. Esta teoria parte de um posicionamento assumido como algo relacional e que se caracteriza pela existência de múltiplas masculinidades e feminilidades. A masculinidade é simultaneamente uma posição nas relações sociais de gênero, um conjunto de práticas através dos quais homens e mulheres ocupam essa posição e os efeitos dessas práticas nas experiências físicas, na personalidade e na cultura (idem). É um modelo que enfatiza as relações de poder entre homens e mulheres e, igualmente, entre diferentes grupos de homens (Ribeiro, 2007).

Segundo esta teoria, as estratégias identitárias dos homens são construídas através da sua aceitação ou resistência face aos estilos masculinos dominantes. As relações de poder, a hierarquia e as desigualdades que caracterizam as relações de gênero são entendidas à luz de um poder que é negociado entre homens e mulheres e entre homens. Entre homens e mulheres coloca-se a tónica na dominação masculina. Entre homens a divisão encontra-se presente no tipo de masculinidade. R. Connell apresenta quatro tipos de masculinidades que se relacionam entre si:

- A masculinidade hegemónica, que é contra a hierarquia das masculinidades de forma a manter as relações sociais de gênero. Esta construção social de gênero subordina as feminilidades bem como outras formas de masculinidades, como a seguir é indicado. É influenciada pelo contexto cultural, histórico e espaço-temporal. Nas culturas ocidentais, corresponderá ao homem europeu e americano, associada ao casamento, à heterossexualidade, à autoridade, ao salário e à resistência física.
- A masculinidade subordinada, corresponde ao grupo de homens que são vítimas de vários tipos de violência e discriminação. Na cultura ocidental corresponderá à homossexualidade e a outros tipos de masculinidade, que de alguma forma estejam associados à feminilidade, como aquelas dos homens mais associados às actividades de menor exigência física.
- A masculinidade cúmplice, descreve os homens que se acomodam aos benefícios do sistema hegemónico, embora não possuam as suas características, apresentando alguma passividade em relação ao sistema. Corresponderá à maioria dos homens que geralmente recebem

promoções mais facilmente do que as mulheres ou que encetam relações sexuais sem recriminação social.

- A masculinidade marginalizada, reporta a outras condições estruturantes da posição do homem numa hierarquia da masculinidade como a etnia e a classe social (Ribeiro, 2007).

Esta teoria, segundo alguns autores trouxe inúmeras vantagens, nomeadamente o facto das identidades masculinas puderem ser estudadas no plural, de ser uma teoria útil à problemática do género como estrutura de relações sociais e de considerar relevantes as relações entre homens, bem como as relações entre homens e mulheres na formação de identidades genderizadas. Contudo foi alvo de algumas críticas, nomeadamente a de não deixar evidente de como as várias formas de masculinidade regulam a vida dos homens e o facto da masculinidade hegemónica não corresponder à descrição de um homem real, mas de um conjunto ideal de normas sociais representadas simbolicamente, embora sejam parte integrante da vida quotidiana, nas rotinas e actividades sociais (Ribeiro, 2007).

Perante aquelas críticas, Connel e Messerschmidt (2005, citados por Ribeiro, 2007), no sentido de repensar o conceito de masculinidade hegemónica, acabaram por apresentar alguns aspectos que deveriam ser reformulados, como a hierarquia de género, a geografia das configurações masculinas (numa análise das masculinidades hegemónicas a três níveis – o local, o regional e o global), o processo de personificação social e a natureza dinâmica das masculinidades.

Os mesmos autores tecem algumas conclusões acerca do amplo conjunto de estudos que têm sido realizados sobre as masculinidades, de entre elas o facto de existirem: múltiplas masculinidades, pois culturas e sub-culturas diferentes, assim como períodos diferentes da História constroem a masculinidade de formas diferente; uma hierarquia entre as diferentes masculinidades, sendo a forma mais dominante a masculinidade hegemónica, podendo não ser a mais comum; as masculinidades não existem previamente ao comportamento social, são construídas continuamente nas inteirações do dia-a-dia enquanto padrões de prática social; as masculinidades são dinâmicas, passíveis de reconstrução; as masculinidades não são homogéneas, podendo cada uma delas englobar múltiplas possibilidades de atributos, o que revela a sua complexidade interna.

Na prática, a prestação de cuidados tem sido vista por muitos investigadores e instituições sociais e de saúde como algo que é do domínio da mulher e não dos homens. E os homens que o fazem, são muitas vezes vistos como “corajosos” (Murray, 1996, citado por Ribeiro, 2005,2007), pois tentam integra-se numa área que não dominam e até vistos como “desviantes” (Thompson, 1997,

in Russell, 2001, citado por Ribeiro, 2005, 2007) e por assumirem um comportamento não concordante com o socialmente aceite. Ribeiro (2005,2007) refere, ainda, que este grupo de cuidadores é frequentemente descrito sob a definição genérica de «homens cuidadores», obedecendo a um único estereótipo de género sem considerar todo um conjunto de masculinidades que organiza a vida social de cada homem neste papel, que depende da idade, do tipo de relação com o doente, da cultura e das interacções sociofamiliares que este tem.

Por não se incluírem no estereótipo do género masculino, os homens cuidadores são muitas vezes definidos como actuando fora do seu papel social, facto que se tem vindo a revelar pouco claro em algumas investigações, já que nem sempre os homens têm comprometido a sua identidade masculina para dar lugar a uma auto-apreciação mais feminina, quando comparados com homens não cuidadores (Fuller-Jobap e Halley, 1995, citado por Ribeiro, 2005).

Nos finais da década de 1990, resultados de vários estudos começam a dar maior relevo à figura masculina e a reconhecer dois subgrupos de homens cuidadores: maridos com esposas em situações de demência e companheiros de doentes com HIV no contexto de relações homossexuais. O século XXI é marcado, desta forma, pelo reconhecimento da participação dos homens nas tarefas do cuidar (Ribeiro, 2007).

Como já foi dito anteriormente, no âmbito da prestação de cuidados, os homens assumem um leque muito reduzido de tarefas domésticas, relacionadas com as lides instrumentais da casa e do jardim, de transportado receptor de cuidados e de gestão de finanças, envolvendo-se menos com tarefas mais exigentes do ponto de vista físico e emocional, como os cuidados de higiene. Contrapondo esta situação, hoje reconhece-se que alguns subgrupos de homens cuidadores, como o dos idosos, estão mais envolvidos nas tarefas de cuidar, desempenhando um vasto conjunto de actividades, incluindo aquelas do campo emocional. Alguns estudos chegam mesmo a enfatizar que o cuidador idoso cônjuge não só investe profundamente no campo emocional, realizando até tarefas íntimas, como é capaz de optar deliberadamente por fazê-lo (Fisher, 1997, citado por Ribeiro, 2005).

Aliás, o reconhecimento progressivo do envolvimento masculino nas tarefas do cuidar é perspectivado por Russell (2001, citado por Ribeiro, 2007:157), que sugere que os homens “são realmente cuidadores aptos para a execução de tarefas de gestão de cuidados, bem como de grande proximidade emocional, mostrando-se adaptativos, inovadores e competentes”.

À luz das recentes transformações na sociedade e na família, os homens começam a descobrir novas formas de estar e tornam-se cuidadores de saúde activos no seio familiar (Rodrigues, 2009). Começam a incorporar-se no lar, a repartir tarefas domésticas e a viver a paternidade de uma forma mais intensa, privilegiando os afectos e ao cuidarem mais dos filhos.

Estas mudanças têm-se manifestado de uma forma lenta, nem sempre fáceis de interiorizar e, por vezes, pouco visíveis ao nível da prática, pois ainda se nota a existência de desigualdades na partilha de tarefas domésticas. Não obstante, hoje os homens recusam o papel tradicional de único provedor e de principal figura de autoridade dentro da família. Eles sabem aquilo que não querem ser, procurando afastar-se das figuras de um marido e pai distante, ausente e autoritário. (Wall & Amâncio, 2007).

A participação do homem no cuidado é influenciada pela sua motivação para o cuidar, pela idade e relações familiares existentes e por outros factores relacionados com o contexto social e cultural em que vivem, assim como factores económicos. Estudos recentes dão-nos conta que os homens com maiores níveis de instrução participam mais nos cuidados (Amâncio 2007; Carvalho, 2002; Torres et al. (2005); Perista 2002), que os homens mais jovens e têm uma atitude mais igualitária na partilha dos cuidados (Torres & Moura, 2004), do que os homens idosos. Muitas vezes são os cuidadores principais das esposas que se encontram numa situação de dependência em consequência do aparecimento de doenças crónicas e incapacitantes (Lage, 2005; Ribeiro, 2005, 2007). Daí que a participação masculina nas tarefas do cuidar muitas vezes dependa do contexto geográfico em que vivem, consoante este seja mais a norte ou a sul (Torres & Moura, 2004) ou mais urbano ou rural (Carvalho, 2002). Segundo os dados da nossa investigação acrescem ainda outras componentes: as imperiosas necessidades familiares, as idades e os níveis de escolarização. Os homens mais novos e com mais escolarização participam mais do que os outros em tarefas de cuidados de saúde familiares (Leandro, Leandro e Nogueira, 2009)

Caracterização da amostra

O presente estudo, de índole comparativa, baseia-se nos resultados do projecto “O contributo in (visível): A gestão familiar dos cuidados de saúde”, financiado pela FCT. A unidade de análise elementar, é constituída por as famílias seleccionadas em quatro concelhos: Braga, Caldas da Rainha, Évora e Vila Real. De acordo com os censos de 2001, existiam nestes concelhos um total de 107202 famílias, repartidas da seguinte forma: 51173 em Braga, 18262 nas Caldas da Rainha, 20954 em Évora e 16813 em Vila Real. A dimensão da amostra foi calculada, considerando um nível de confiança de 95% e um erro máximo de 3%, proporcional à distribuição das famílias nos quatro concelhos. A dimensão da amostra utilizada foi de 1067 famílias, sendo a respectiva distribuição de 47,7%, 17%, 19,5% e 15,7%, nos concelhos de Braga, Caldas da Rainha, Évora e Vila Real respectivamente.

A caracterização dos sujeitos que constituem a totalidade da população da amostra, isto é, das 1067 famílias, é feita em função do sexo, ao nível das

variáveis independentes: idade, escolaridade e localidade de residência. Apesar do estado civil não ser considerado como variável independente neste estudo, a caracterização da amostra também é feita em função deste parâmetro, uma vez que para se fazer a comparação entre género masculino e feminino, é importante analisar as respostas dos inquiridos casados, acerca dos respectivos cônjuges. Os dados relativos à caracterização da amostra são apresentados no Quadro 1.

Quadro 1. Caracterização da amostra

	Sexo Masculino n = 319	Sexo Feminino n = 748
Faixa etária		
Menos de 30 anos	19,7%	18,4%
Dos 30 aos 44 anos	29,2%	30,5%
Dos 45 aos 59 anos	27,9%	32,7%
60 ou mais anos	23,2%	18,4%
Idade		
Média	45,81	45,30
Desvio-padrão	16,18	14,79
Escolaridade		
1º ciclo	18,8%	23,5%
2º/3º ciclo	27,6%	27,7%
Secundário	32,5%	27,2%
Superior	21,1%	21,6%
Localidade		
Braga	53,9%	45,1%
Caldas da Rainha	10,3%	19,9%
Évora	21,6%	18,7%
Vila Real	14,1%	16,3%
Estado Civil		
Solteira (o)	25,9%	20,8%
Casada (o)/União de facto	65,9%	66,2%
Separada (o)/ Divorciada (o)	5,0%	5,3%
Viúva (o)	3,2%	7,7%
Total	29,9%	70,1%

Os resultados insertos no quadro 1 são apresentados percentualmente, na medida em que se pretende observar a distribuição das pessoas inquiridas pelas categorias de resposta. Em algumas situações, por razões de simplificação, algumas categorias estão apresentadas de forma agrupada e no que se refere às categorias de resposta de natureza puramente quantitativa, os resultados encontram-se sintetizados através de médias aritméticas e desvios padrão.

Das 1067 famílias inquiridas, 30% eram homens e 70% eram mulheres. De um modo geral, é de realçar que a percentagem de homens e de mulheres em cada uma das variáveis apresenta uma distribuição muito parecida entre si (homens e mulheres). Esta discrepância entre a percentagem de mulheres e homens inquiridos deve-se tão só ao facto de apenas ser inquirido um ou outro em cada família segundo a sua disponibilidade para o efeito. De maneira geral, esta ocorrência reflecte o que se passa na realidade, tendo presente que as mulheres sempre foram e continuam a ser as principais cuidadoras no seio da família.

A análise descritiva dos dados sugere que a amostra de homens apresenta na sua maioria de idades entre os 30 e os 59 anos (57,1%), embora estejam distribuídos de forma homogénea pelos quatro grupos etários, com frequências que se situam entre os 20% e os 30%. A idade média situa-se nos 46 anos, com um desvio padrão de 16 anos. As mulheres, à semelhança dos homens, apresentam idades compreendidas entre os 30 e os 59 anos (63,2%), situando-se a média de idades nos 45 anos, com um desvio padrão de 15 anos.

Analisando a escolaridade completa, cerca de 33% dos homens inquiridos possuem o ensino secundário, seguindo-se os homens que possuem o 2º e o 3º ciclos, representando cerca de 28% dos inquiridos. Os homens que possuem o 1º ciclo são cerca de 19% e os homens que possuem a licenciatura são cerca de 21%. Relativamente às mulheres, 28% referem possuir o 2º e 3º ciclo e 27% referem possuir o ensino secundário, o que revela uma distribuição homogénea. Segue-se o 1º ciclo, representado em cerca de 23% e o ensino superior em cerca de 22%.

A amostra a nível concelhio é proporcional à população residente em 2001, pelo que não admira que a maioria dos homens inquiridos resida em Braga (54%) e quase metade das mulheres inquiridas (45%). Dos restantes, 10% dos homens e 20% das mulheres residem nas Caldas da Rainha; 22% dos homens e 19% das mulheres residem em Évora; 14% dos homens e 16% das mulheres vivem em Vila Real. No que se refere ao estado civil, a maior parte dos homens são casados ou vivem em união de facto (66% e os restante 25,9% são solteiros, 5% são divorciados e 3,2% são viúvos. No atinente às mulheres a maioria também é casada ou vive em união de facto (66,2%), seguindo-se as solteiras (20,8%), seguidas das viúvas (7,7%) – mais do dobro dos homens viúvos – e, por fim, as divorciadas (5,3%).

Analisando as respostas masculinas, denota-se que há uma forte correlação entre a participação dos homens nas tarefas de preparação das refeições e o grau de escolaridade ($p < 0,01$). São os homens que possuem o ensino secundário e o ensino superior os que mais preparam as refeições (32,3% e 23,3% respectivamente). São ainda estes últimos os que mais partilham a tarefa de preparar as refeições (11,6%). Os homens que possuem o 2º e o 3º ciclo, são os que mais referem que é a esposa/companheira que se ocupa desta tarefa (87,3%).

Já as mulheres deram respostas diferentes. Mais de 90%, independentemente do grau de escolarização ($p > 0,05$), respondeu que são elas que preparam as refeições. Mas também neste grupo, os maridos/companheiros das mulheres com o ensino secundário, são os que mais preparam as refeições (4%), seguidos dos maridos/companheiros das mulheres com o ensino superior (3,4%). Os maridos/companheiros daquelas que possuem o 2º e o 3º ciclo são os que mais partilham esta tarefa (2,9%), seguindo-se os maridos/companheiros das que possuem o ensino secundário (2,7%) e os maridos/companheiros das que têm o ensino superior (2,6%).

No que diz respeito ao acompanhamento de um doente a uma consulta, as respostas dos homens e das mulheres são muito diferentes. Verifica-se nas respostas masculinas, que tanto os homens como as suas esposas acompanham um doente a uma consulta. Mas são os homens com o 1º ciclo os que mais acompanham os doentes às consultas (36,7%). Quando comparados com as respectivas esposas/companheiras, são os homens com ensino superior os que mais acompanham os doentes a uma consulta (32,6%), chegando mesmo a superar a esposa/companheira (19,6%). Também são os homens com o ensino superior os que mais responderam que ambos realizam esta tarefa (47,8%), como se pode ver na Figura 2 ($p < 0,05$).

Relativamente às respostas femininas, a grande maioria, independentemente da escolaridade, considera que são elas que acompanham os doentes a uma consulta ($p > 0,05$). Porém, a prevalência vai para as mulheres com o 1º ciclo (86,9%) e são as que têm uma formação superior as que menos exercem nesta tarefa (79,3%). Mas estas últimas (12,9%) referem que ambos os cônjuges partilham esta tarefa; 7,8% refere que são os maridos/companheiros quem acompanham os doentes a uma consulta. São as mulheres com o ensino superior as que mais referem serem os respectivos maridos/companheiros a exercer esta tarefa, apresentando, mesmo assim, percentagens muito inferiores às das mulheres, como poderá ser constado na Figura 2.

Quanto à administração de medicamentos a doentes, os indivíduos do sexo masculino, com o ensino secundário (38,1%) ou superior (31,1%), são os que mais referem administrar os medicamentos, enquanto os que têm estudos até ao 3º ciclo, indicam ser a esposa/companheira que maioritariamente desempenha esta tarefa. Os homens que possuem o ensino superior são os que

mais partilham esta tarefa com o cônjuge. Nota-se, ainda, que para estes indivíduos, esta tarefa é realizada em primeiro lugar por ambos (42,2%), depois o próprio (31,1%) e por último pela esposa/companheira (26,7%), como se pode verificar na Figura 3 para o sexo masculino ($p < 0,05$).

Relativamente às respostas femininas, independentemente da escolaridade, são elas que mais se ocupam da administração de medicamentos a doentes ($p > 0,05$). Contudo, é nas mulheres com o ensino superior que se nota uma maior participação do marido/companheiro: 7,7% responderam que são eles que realizam esta tarefa e 10,3% responderam que são ambos a realizá-las.

No seguimento da análise dos dados quanto à tarefa de cuidar de um doente durante a noite, apercebemo-nos que são mais os homens com o 1º ciclo que mais cuidam de um doente durante a noite (37,5%), o que também ter que ver com a idade dos inquiridos, dado haver nestes estratos sociais cada vez homens a terem de se ocupar das esposas/companheiras em virtude da dependência das mesmas. Já a partilha desta tarefa com a esposa/companheira é maior nos indivíduos do sexo masculino, com o ensino superior (55,8%). Ainda assim, comparando com a respectiva esposa/companheira, e excluindo aqueles que possuem o ensino superior, onde a partilha é maior, nos restantes níveis de ensino é a esposa/companheira que detém maioritariamente esta tarefa.

Incidindo sobre as respostas das mulheres, mais uma vez a grande maioria refere que são elas que mais se ocupam da tarefa de cuidar de um doente, independentemente do nível de ensino ($p < 0,05$). De realçar que as mulheres que possuem o ensino superior são as que mais referem que é o marido/companheiro que se ocupa desta tarefa (7,1%) ou que ambos a realizá-la (17,77%).

Quanto ao ter de ficar em casa para cuidar de um doente, verifica-se que na maioria dos casos são os homens que possuem o ensino superior que afirmam que ambos partilham esta tarefa (41,5%). Para os indivíduos com outros níveis de ensino, é a esposa/companheira, que na maioria das vezes fica em casa para cuidar de um doente. São os homens que possuem o 1º ciclo (33,3%) que mais ficam em casa para cuidar de um doente, mas não assim tão distantes dos que têm uma licenciatura ou o ensino secundário (24,4% e 24,1% respectivamente).

Denota-se, porém, nas respostas das mulheres que em maioria são elas que executam esta tarefa independentemente do nível de escolaridade ($p > 0,05$). Em contrapartida, destacam-se as respostas das mulheres que possuem o ensino superior em que 13,2 % refere que são ambos a realizar esta tarefa e 6,6% refere mesmo que é o marido/companheiro, o que revela investimentos superiores relativamente às mulheres com outros níveis de educação, como se poderá constatar na Figura nº 4.

No que se refere às acções realizadas quando um membro do agregado familiar fica doente, mais de 90% dos homens refere consultar imediatamente o médico, independentemente do grau de escolaridade. Mas, antes disso,

são os homens com ensino superior e secundário os que, em primeiro lugar, mais recorrem à farmácia caseira, utilizando também os medicamentos que o médico receitou em situações anteriores. Por sua vez, os indivíduos que possuem o 1º ciclo são os que mais recorrem às medicinas alternativas (9,3%).

Identicamente, as mulheres, mais de 90% referem recorrer imediatamente ao médico em todos os graus de escolaridades, recorrendo depois ao farmacêutico e à farmácia caseira, fazendo uma utilização idêntica à dos homens. As mulheres com o ensino secundário (11,3%), são as que mais referiram recorrer às medicinas alternativas (11,3%), seguidas daquelas que possuem o ensino superior.

Daqui se pode inferir que independentemente da necessidade absoluta dos homens advirem cuidadores e até principais cuidadores, em virtude das mulheres adoecerem e se tornarem dependentes, o grau de escolarização, abrindo a outros horizontes culturais e incitando à mudança das mentalidades e dos comportamentos, revela-se o principal factor de mudança no que aos homens diz respeito. Fica assim claro que as mentalidades ancestrais no atinente à divisão das tarefas domésticas entre homens e mulheres, apesar de algumas transformações no seio da família, se revelam ainda muito tenazes. Tenha-se presente que as novas modificações no que às concepções de género diz respeito e respectivas profissões e/ou tarefas domésticas são um fenómeno socialmente construído que, para mudar, parece levar tempo e exige sobretudo mudanças culturais, sociais, económicas e políticas quando se trata de transformações de mudança de atitudes e comportamentos.

Influência da idade e da escolaridade sobre a intervenção dos homens nos cuidados de saúde familiares

Para aferir a influência da idade retivemos apenas algumas vertentes da problemática em estudo. No atinente à preparação das refeições, os indivíduos do sexo masculino, com menos de 30 anos são os que mais preparam as refeições (52,9%), mesmo comparativamente com esposa/companheira (47,1%). Consoante a idade vai aumentando, esta tarefa é cada vez menos assumida pelos homens. São os que se situam nas faixas etárias dos 45 aos 59 anos os que mais partilham esta tarefa com a sua esposa/companheira.

Quanto às mulheres, mais de 90%, independentemente da idade, afirma que são as próprias que preparam as refeições ($p > 0,05$) e segundo as suas afirmações, a participação do marido/companheiro é muito reduzida. Ainda assim, é na faixa etária de 60 anos ou mais que as mulheres referem uma maior participação dos maridos/companheiros (4%), comparativamente com as restantes idades, o que se pode também explicar por uma maior incapacidade das mulheres relativamente aos homens à medida que a idade avança. São as

mulheres com idades compreendidas entre os 30-44 anos as que mais afirmam que esta actividade é partilhada com o marido/companheiro (5,3%).

No que se refere ao acompanhamento de um doente a uma consulta, 77,3% dos indivíduos do sexo masculino, com menos de 30 anos, refere que são os próprios que acompanham um doente a uma consulta, mas 13,6% refere que é a esposa/companheira e 9,1% refere que ambos executam esta tarefa. Dos indivíduos do sexo masculino com idades compreendidas entre os 30-44 anos, 32,9% refere que são os próprios a fazer esse acompanhamento e a mesma percentagem refere que é a esposa/companheira. Nas restantes faixas etárias, os homens afirmam ser a esposa/companheira que detém essa tarefa, mas aqui é notório que a partilha desta tarefa ronda os 30% nas respostas dos homens com idades superiores a 30 anos.

Quando analisamos as respostas femininas às mesmas questões, a maioria das mulheres refere que são as próprias quem executa esta tarefa, em todas as faixas etárias ($p > 0,05$). O contributo do marido/companheiro é inferior a 6% em todas as faixas etárias. Em contrapartida, 15,3% das mulheres com idades compreendidas entre os 30-44 anos refere que esta tarefa é realizada por ambos.

Situação semelhante verifica-se ao nível da administração de medicamentos. São os indivíduos com menos de 30 anos (71,4%), os que mais administram os medicamentos a doentes na família, seguindo-se os indivíduos com 60 anos ou mais (32,8%). Nas idades mais avançadas, segundo eles, é a esposa/companheira quem mais executa essa tarefa, colocando-se 57,3% na faixa etária dos 45-59 anos e 42,6% com 60 e mais anos. A tendência para a partilha observa-se entre os 30-40 anos (40,9%). No que às mulheres diz respeito, mais de 84% respondeu que são elas que executam esta tarefa, independentemente da idade. Todavia, também entre estas é nas idades compreendidas entre os 30-44 anos que mais se envereda pela partilha destas tarefas (10,4%). Estas prerrogativas são recorrentes quando passamos ao registo dos cuidados a outrem durante a noite em caso de doença e quando se trata de faltar ao trabalho para ficar em casa a cuidar de um familiar doente.

Perante estes resultados, o que se nos afigura dizer é que à semelhança de outros estudos indicados anteriormente, continuam a ser as mulheres as mais implicadas na gestão dos cuidados de saúde familiares, continuando a verificar-se uma divisão de género no seio do trabalho informal de saúde no doméstico. A divisão destas tarefas é sem sombra de dúvida influenciada pela socialização de género, pois a negociação de tarefas encontra-se fortemente determinada pela incorporação diferenciada, pelos cônjuges, dos gestos domésticos e dos hábitos de limpeza e cuidados de saúde (Kaufmann, 1992). Não obstante, os nossos dados indicam que se tem vindo a verificar uma maior participação dos homens no trabalho doméstico e nos cuidados de saúde familiares, em virtude das mudanças ocorridas nas últimas décadas na sociedade com o ingresso con-

sistente das mulheres no mercado de emprego, o aumento da escolarização e a abertura das mentalidades. Daí que as gerações mais jovens se mostrem mais sensibilizadas para estas mudanças.

Muito concretamente, relativamente à escolaridade, os resultados mostram que quanto maior for o grau de escolaridade, maior é a intervenção masculina nas tarefas de cuidados ou participação conjunta dos cuidados entre os cônjuges. Neste estudo, os homens com o ensino secundário e ensino superior, comparativamente com os outros níveis de escolaridade, são os que mais se empenham no exercício dos cuidados de saúde ou mais partilham com o cônjuge estas tarefas. Daí que possamos afirmar que há uma intrínseca correlação entre a idade, o nível de escolarização e a envolvimento nos cuidados domésticos de saúde.

Importa, porém, salientar que os dados recolhidos relevam algumas distorções acerca destas matérias quando se tem em conta as respostas dos homens e as das mulheres sobre os mesmos assuntos. Mas vale a pena voltar a frisar que neste trabalho não se pretendeu inquirir casais, mas sim um cuidador no seio da família e que foi inquirida a pessoa que na família se mostrou mais disponível para o efeito, o que aconteceu na maioria dos casos com as mulheres. Daí que esta amostra seja constituída por mais de dois terços de mulheres. De qualquer modo, vale a pena determos sucintamente em algumas explicações sobre essas deformações.

Em vários aspectos, as afirmações dos homens valorizadas a seu respeito são contrariadas pelas das mulheres quanto a quem faz o quê no quadro dos cuidados domésticos de saúde. Avançamos com três possíveis explicações para estas discordâncias. A primeira, a título de hipótese, pode ter que ver com o facto de algumas mulheres com mais idade ou mais ruralizadas, apesar de reclamarem maior igualdade e participação dos homens, ainda oferecerem alguns entraves à entrada dos homens em domínios que consideram naturalmente seus e para os quais consideram não possuírem habilidades suficientes para o efeito. A segunda poderá estar relacionada com outras mudanças quanto ao grau de envolvimento na execução de cada uma das tarefas domésticas. Para alguns homens, o facto de prepararem alguns dos alimentos para serem confeccionados, pode significar a preparação imediata das refeições, enquanto para as mulheres, a preparação das refeições não implica só a preparação dos mesmos, mas também a sua confecção e tudo o que com ela se relaciona. A terceira poderá consistir no facto dos homens (que mais frequentemente conduzem o carro familiar), única e simplesmente transportarem o doente a uma consulta, mas não o acompanharem à consulta, enquanto para as mulheres o acompanhamento a uma consulta implica, além do transporte, a companhia do doente na consulta e a troca de informações com o próprio médico.

Refira-se, ainda, que são os homens com maiores níveis de instrução que mais participam nos cuidados e partilham mais as tarefas domésticas e as

mulheres com maiores níveis de instrução que participam menos nos cuidados de saúde, comparativamente com outras mulheres de escolaridade inferior. A menor participação das mulheres com maiores níveis de escolaridade, neste estudo, aparece relacionada com a maior partilha das tarefas com o cônjuge. Mas poderá estar, também, relacionada com a delegação destas tarefas a terceiros inclusive de solicitação de serviços externos ou familiares próximos, facto que não foi analisado neste estudo.

No que se refere à gestão da saúde e da doença, os homens que possuem o ensino superior e o ensino secundário, são os que mais recorrem à farmácia caseira, utilizando, também os medicamentos que o médico receitou em situações anteriores, o que pode significar que à medida que estes possuem mais conhecimentos, haverá maior tendência para a auto-medicação, pois sentem mais segurança em fazê-lo. Já os homens com níveis de escolaridades inferiores, segundo os dados recolhidos, são os que mais recorrem às medicinas alternativas, decerto em virtude da influência das transmissões inter-geracionais nesta matéria. Já quanto às mulheres que possuem o ensino secundário e superior são as que mais recorrem às medicinas alternativas que até poderão envolver novas medicinas muito em voga. Se considerarmos que maiores níveis de escolaridade implicam mais esclarecimento e racionalização mas, também, melhor condição social, então estes resultados podem estar relacionados, com a recorrência à acupuntura, à homeopatia e outras medicinas alternativas que implicam tratamentos muito dispendiosos e que estão na moda, sendo cada vez mais emergentes nas classes sociais mais elevadas.

Contexto sociogeográfico e interferência dos homens nos cuidados de saúde familiares.

Numa dimensão comparativa, denota-se que nos quatro concelhos onde teve lugar esta investigação, em todas as dimensões analisadas, é a esposa/companheira que mais se encarrega destas tarefas. Começamos pela preparação das refeições. É em Braga que os homens (77,6%) mais referem ser a esposa/companheira quem prepara a refeição, seguindo-se as Caldas da Rainha (73,9%), Vila Real (69%) e Évora (63,4%). É nesta última localidade que os homens manifestam um maior empenhamento nestas tarefas (36,6%) ao contrário de Braga (14,2%), o que perfaz uma diferença expressiva de 22,4%. Para além das mudanças que se têm vindo a verificar nesta matéria esta diferença é ainda mais significativa quando é em Braga que foram inquiridos homens mais jovens e com formação escolar mais avançada.

Já no que se refere ao acompanhamento de um familiar doente a uma consulta médica, é em Vila Real que os homens mais investem nesta tarefa (61,5%), seguindo-se as Caldas da Rainha (48,0%). É em Évora que este empenhamento

é menor: 15,6%, seguido de Braga: 25,2%. Quanto ao acompanhamento conjunto por parte dos dois cônjuges é em Évora que os índices são mais elevados (50,0%), ao invés de Vila Real onde é inexistente. Braga e Caldas da Rainha quedam-se pelos 36,7% e 16,0% respectivamente.

Quanto à administração de medicamentos, constata-se que em todas as localidades, à excepção de Vila Real, é maioritariamente a esposa/companheira que se encarrega na maior parte das vezes desta tarefa, seguindo-se as Caldas da Rainha (55%), Évora com 43,8% e Braga com 40,7%. Em Vila Real 57,9% dos homens referem ser os próprios a administrar os medicamentos a doentes na família, enquanto Braga e Évora, apresentam os valores mais baixos, mas muito semelhantes: 24,4% e 21,9% respectivamente, situando-se as Caldas da Rainha em valores intermédios entre estes dois extremos: 35,0%.

Quanto a cuidar de um doente durante a noite, observa-se que nas Caldas da Rainha 50% dos homens refere ser a esposa/companheira que executa esta tarefa, seguindo-se Évora (45,2%), Braga (42,2%) e Vila Real (43,2%). No concelho de Braga, em 42,2% dos casos este papel é partilhado por ambos os cônjuges, seguindo-se Évora, com 32,3%. Em Vila Real 56,8% dos homens referem ser os próprios a realizar esta tarefa, sendo os que mais cuidam durante a noite, seguindo-se os homens das Caldas da Rainha (35,0%). São os bracarense os que menos exercem estas tarefas (15,6%).

É também em Vila Real que os homens cuidam maioritariamente de um doente ficando em casa (52,8%). Já nas Caldas da Rainha, 59,1% dos homens referem que é a esposa/companheira que fica em casa para cuidar do doente, contra 31,8% dos homens que dizem ser o próprio e 9,1% que dizem ser ambos. Em Braga e em Évora, esta tarefa é também realizada na sua maioria pela esposa/companheira: 52,8% e 51,6%, respectivamente. Os homens de Braga são os que menos ficam em casa para cuidar de um doente: 13,6%, mas os que mais partilham esta tarefa (33,6%), seguindo-se os homens de Évora (25,8%).

No atinente às acções realizadas quando um membro do agregado familiar fica doente em função da localidade, em todas se verifica que a medida que os homens mais tomam é recorrer a um médico. Mas são os homens de Vila Real os que mais recorrem às medicinas alternativas (15,6%), seguidos dos de Braga (10,0%) e dos de Évora (8,0%). É nas Caldas da Rainha os homens menos recorrem a este tipo de medicina (6,1%). São, ainda, os homens de Vila Real os que mais recorrem aos conselhos de outras pessoas (24,4%), seguidos dos de Évora (20,0%), de Caldas da Rainha (15,2%) e de Braga (10,0%).

Podemos recorrer a alguns factores que possam contribuir para explicar estes diferentes comportamentos em função da região. Aludindo à influência da religião e neste caso da religião católica, até na linha da antiga civilização romana e judaica (Leandro, 2001), é sobejamente conhecida a sua posição quanto à hierarquia familiar em favor do lugar proeminente dos homens e do

homem marido e pai provedor, ganha-pão e chefe de família e duma mulher esposa-mãe-dona de casa, o que na linguagem de Parsons e Bales (1955), corresponde ao “papel instrumental” do homem e “papel expressivo” da mulher, pesem embora as grandes mudanças a este respeito.

Em Portugal, é no distrito de Braga que a religião continua a ter maior peso e decerto maior influência na socialização precoce no seio da família e da sociedade. É também aqui que os homens, individualmente, menos executam estas tarefas, embora seja onde se verifica uma maior partilha das mesmas entre os cônjuges. Tais comportamentos não deixam de espelhar ascendências da socialização e distinção de género, no caso em análise, quanto à repartição das tarefas de cuidados de saúde familiares, até na perspectiva de Parsons e Bales (1955), ao falarem do “papel instrumental” do homem mas orientado para a profissão e do “papel expressivo” da mulher em função da família e da casa. Apesar das profundas transformações na sociedade, na família e no impacto da religião, nem por isso certos sistemas de valores tradicionais e sobretudo os que mais convém a estas ou àquelas pessoas, e neste caso a um e a outro género, continuem a ter bastante impacto, quando se trata de mudar comportamentos que até induzem mais trabalho e responsabilidade. Não obstante, como verificámos anteriormente, é em Braga que se encontra a percentagem mais elevada de jovens com ensino superior, duas variáveis que se revelaram das mais importantes no comportamento dos homens acerca do investimento nos cuidados de saúde.

O concelho de Évora aparece em segundo lugar quando se olha para a partilha conjugal dos cuidados domésticos de saúde, facto a que poderá não ser alheio, tal como em Braga, a presença de uma Universidade. Mas é também o caso de Vila Real e aqui, se influência da mesma existe ela repercute-se mais a nível de investimento individual o que também se verifica no concelho das Caldas da Rainha. Mas aqui entra em linha de conta um outro factor relacionado com a maior idade dos inquiridos. É nestes dois concelhos que em média a idade é mais elevada, o que faz com que os homens se envolvam mais nos cuidados familiares, principalmente nos cuidados a doentes, inclusive no acompanhamento a uma consulta e na administração de medicamentos, tal como referido anteriormente.

Frise-se ainda o facto de Vila Real se encontrar no interior de Portugal e num concelho de forte imigração tradicional, pelo que os recursos sociais e comunitários poderão ser menores, o que poderá fazer do homem o cuidador principal em situações de doença crónica e dependência da esposa, como o revela Andrade (2009). Os resultados mostram, também, que na gestão da saúde e da doença, nomeadamente no que se refere às práticas quando um membro do agregado familiar fica doente, são os homens de Vila Real os que mais recorrem às medicinas alternativas, comparativamente com as outras regiões. Este comportamento poderá ter que ver com uma tradição ainda muito actuante quanto ao recurso à

medicina popular. A título de exemplo, não será por acaso que se realiza anualmente em Vilar de Perdizes o conhecido Congresso de Medicina Popular e mais aturadamente o recurso aos chamados “endireitas”, bruxas e ervanários.

Conclusão

O presente estudo sobre a participação masculina na gestão dos cuidados de saúde familiares, foi realizado com o intuito de analisar, numa perspectiva comparativa sócio-geográfica e de género, a participação do homem nas diferentes tarefas do cuidar familiar. Os resultados asseveram que embora seja a mulher aquela que mais está envolvida na gestão dos cuidados de saúde familiares, se denota uma maior tendência dos homens para assumirem papéis mais consentâneos com os valores ultramodernos (Balandier, 1988; Leandro, 2012) quanto às relações familiares, envolvendo-se e participando, também, na gestão dos cuidados de saúde da família. Mas não se poderá falar destas mudanças no plural. Tendem a ser homens mais novos e com níveis de escolaridade mais elevados, os que mais investem nestas tarefas, quer a nível individual quer de partilha com o cônjuge, sobretudo no que se relaciona com a preparação das refeições, o acompanhamento de um doente a uma consulta médica, a administração de medicamentos aos doentes, a tarefa de cuidar de um doente durante a noite e cuidar de um doente ficando em casa.

Reportando-nos ao contexto sócio-geográfico de residência, é no concelho de Braga que os homens menos executam estas tarefas sozinhos e que mais as partilham com o cônjuge. Outro tanto se verifica no concelho de Évora. Já nos concelhos de Vila Real e das Caldas da Rainha os homens executam menos estes cuidados sozinhos. Perante estes resultados e a respectiva análise, pese embora influências diversificados nuns e nos outros terrenos de investigação, podemos inferir que à medida que a escolaridade aumenta, as mentalidades vão mudando e as necessidades se fazem sentir, os homens também se envolvem mais nas tarefas familiares em geral e nos cuidados de saúde em particular. Nas gerações mais velhas, os homens cuidam dos seus familiares mais por necessidade absoluta, ao passo que nas gerações mais novas, pese embora o ingresso das mulheres no mercado de emprego, os homens tendem a investir porque estão mais sensibilizados para a importância e valor desta postura.

Podendo dizer que o género actua como um atributo partilhado que molda experiências, identidades, expressões emotivas e processos de pensamento, este estudo fundamentado em práticas e concepções, também confirma que, em termos de tarefas, as diferenças entre homens e mulheres não se devem à sua componente biológica, mas antes à sua vertente social. Com efeito, a socialização em termos de género é fulcral no atinente ao investimento nos cuidados informais de saúde por mulheres e homens.

Referências Bibliográficas

- ABDELMALEK, A. A.; GÉRARD, J. L. (1995), *Ciências Humanas e Cuidados de Saúde*, Lisboa, Instituto Piaget.
- ABOIM, S. (2007), “Clivagens e continuidades de género face aos valores da vida familiar em Portugal e noutros países europeus”, in K. Wall e L. Amâncio (orgs.), *Família e Género em Portugal e na Europa*, Lisboa, Imprensa de Ciências Sociais.
- ALMEIDA, A. N.; GUERREIRO, M. D. ; LOBO, C.; TORRES, A. ; WALL, K. (1998), “Relações familiares: mudança e diversidade”, in J. L. M. Viegas e A. F. Costa (orgs.), *Portugal, Que Modernidade?*, Oeiras, Celta.
- ALMEIDA, M. (1995), *Senhores de si: uma interpretação antropológica do masculino*, Lisboa, Fim de Século.
- AMÂNCIO, L. (1994), *Masculino e Feminino. A Construção Social da Diferença*, Porto, Afrontamento.
- AMÂNCIO, L. (2007), “Género e divisão do trabalho doméstico – o caso português em perspectiva”, in K. Wall e L. Amâncio (orgs.), *Família e Género em Portugal e na Europa*, Lisboa, Imprensa de Ciências Sociais.
- ANDRADE, F. M. (2009), *O Cuidado Informal à Pessoa Idosa Dependente em Contexto Domiciliário: Necessidades Educativas do Cuidador Principal*, Dissertação de Mestrado em Educação para a Saúde, Braga, Universidade do Minho.
- BALANDIER, G. (1988), *Le dédale. Pour en finir avec le XXème siècle*, Paris, Fayard.
- BERTA, N. (1997), *O saber médico do povo*, Lisboa, Fim de Século.
- BOURDIEU, P. (1980), *Le sens pratique*, Paris, Les Editions de Minuit.
- CARVALHO, D. (2002), *Cuidar e Prevenir. Os Saberes Familiares Tradicionais e Medicinais acerca da Saúde e da Doença*, Dissertação de Mestrado em Sociologia da Saúde, Braga, Universidade do Minho.
- COLLIÈRE, M-F. (1989). *Promover a Vida*. Lisboa, Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.
- CONNEL, R. (1987). *Gender and power: society, the person, and sexual politics*, Stanford, Stanford University Press.
- CRESSON, G. (1995), *Le Travail Domestique de Santé – analyse sociologique*, Paris, L’Harmattan.
- DONZELOT, J. (1977), *La Police des Familles*, Paris, Les Éditions de Minuit.
- DRULHE, M. (2002), «Les inégalités sociales de santé : Quelles Intelligibilités” in M.E. Leandro, M. M. Araújo e M. S. Costa (orgs.), *Saúde. As Teias da Discriminação Social*, Braga, Instituto de Ciências Sociais da Universidade do Minho, pp. 21-30.
- FRIEDMAN, M. M.; BOWDEN, V. R.; JONES, E. G. (2003), *Family nursing: research, theory, and practice*, 5th ed., New Jersey, Prentice Hall.
- GONÇALVES FERREIRA, F.A. (1990), *Moderna Saúde Pública*, 6º ed., Lisboa, Fundação Calouste Gulbenkian.
- HANSON, S. M. H. (2001). “Family health care nursing: an introduction”, in S. M. H. Hanson (Ed.), *Family health care nursing: theory, practice, and research*, Philadelphia, F. A. Davies.
- HELMAN, C. G. (2003), *Cultura, Saúde e Doença*, 4ª ed., Porto Alegre, Artmed.
- HERZLICH, C. (2004), “Saúde e Doença no Início do Século XXI: Entre a Experiência Privada e a Esfera Pública”, in *PHYSIS*, vol.14, nº2, pp. 383-394, Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/physis/v14n2/v14n2a11.pdf> (22/05/2008).

- INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA (INE) (2002), *Censos 2001: XIV Recenseamento Geral da População, IV Recenseamento Geral da Habitação, Resultados Definitivos – Portugal*, Lisboa, Instituto Nacional de Estatística.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA (INE) (2007a), *Anuário Estatístico da Região Norte – 2006*, Lisboa, Instituto Nacional de Estatística.
- KAUFMANN, J.-C. (1992), *La trame conjugale. Analyse du couple par son linge*, Paris, Nathan.
- LAGE, I. (2005), “Cuidados Familiares a Idosos” in C. Paúl e A. M. Fonseca (Coords.), *Envelhecer em Portugal. Psicologia, Saúde e Prestação de Cuidados*, Lisboa, Climepsi Editores.
- LEANDRO, M. E. (2001a), “A saúde no prisma dos valores da modernidade”, in *Antropologia e Etnologia*, vol. XLI, n.º3-4, pp.71-91.
- LEANDRO, M. E. (2001b), *Sociologia da Família nas Sociedades Contemporâneas*, Lisboa, Universidade Aberta.
- LEANDRO, M. E.; RODRIGUES, V. ; LEANDRO, A. S. (2006), “A Família, um Actor Informal de Saúde”, in M. S. Costa e M. E. Leandro (orgs.), *Participação, Saúde e Solidariedade: Riscos e Desafios*, Braga, Instituto de Ciências Sociais da Universidade do Minho.
- LEANDRO, M. E.; MACHADO, J.; GOMES, R. (2007), “Promoção da Saúde e Prevenção da Doença: Realidades e Miragens nas Famílias Portuguesas”, in M.G. Pereira (org.), *Psicologia da Saúde Familiar: Aspectos Teóricos e Investigação*, Lisboa, Climepsi Editores.
- LEANDRO, M^a E. et al. (2008), Na da família e do género em contexto migratório, *Configurações*, n.º 4, pp. 27-64.
- LEANDRO, M^a E., LEANDRO, A. S. e NOGUEIRA, F. (2009), Santé. Savoirs de familles, négociations avec les professionnels de santé, Conferência no Colóquio Internacional: *Savoirs et soins négociés*, Universidade de Brest.
- LEANDRO, M^a. (2012), Lógicas ultramodernas do societal e do religioso, *THEOLOGICA*, 2^a Série, 47, 2, pp. 629-662.
- LENINGER, M.M. (1988), *Caring, an Essential Human Need*, Detroit, Wayne State University Press,
- MACHADO, H. (2003), *Ciência e Humanismo: Novo Paradigma da Relação Médico-Doente*, Coimbra, Almedina.
- NUNES, B. (1997), *A medicina do povo*, Lisboa, Fim de Século.
- PARSONS, T. e BALES, R. (1955), *Family, Socialization and the Interaction Process*, Londres, Routledge.
- PERISTA, H. (2002), “Género e trabalho não pago: os tempos das mulheres e o tempo dos homens”, in *Análise Social*, Vol. XXXVII, n.º 163, pp. 411-446, Disponível em <http://analise-social.ics.ul.pt/documentos/1218732780P9jPM6nt5Ik17YP4.pdf> (12/05/2008).
- QUARTILHO, M. (2001), *Cultura, Medicina e Psiquiatria: do Sintoma à Experiência*, Coimbra, Quarteto editora.
- RIBEIRO, O. (2005), “Quando o Cuidador é um Homem. Envelhecimento e orientação para o cuidado”, in C. Paúl e A. M. Fonseca (Coords.), *Envelhecer em Portugal. Psicologia, Saúde e Prestação de Cuidados*, Lisboa, Climepsi Editores.
- RIBEIRO, O. e PAÚL, C. (2006), “Demência de Alzheimer e cônjuges cuidadores: homens em perspectiva”, in *Psychologica*, n.º42, pp.71-87.
- RIBEIRO, O. (2007), *O Idoso Prestador Informal de Cuidados: Estudo sobre a experiência masculina do cuidar*, Dissertação de Doutoramento em Ciências Biomédicas, Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.

- RODRIGUES, A. S. (2009), *A Participação Masculina na Gestão dos Cuidados de Saúde Familiares*, Dissertação de Mestrado em Sociologia da Saúde, Braga, Universidade do Minho.
- SAILLANT, F. (1999), “Femmes, soins domestiques et espace thérapeutique”, in *Anthropologie et Sociétés*, vol.23, n.º 2, pp. 15-39.
- SILVA, C. (2003), *Saúde e Envelhecimento. A “autogestão” da saúde no ocaso da vida*, Dissertação de Mestrado em Sociologia da Saúde, Braga, Universidade do Minho.
- STAANHOPE, M. e LANCASTER, J. (1999), *Enfermagem Comunitária – Promoção de Saúde de Grupos, Família e Indivíduos*, 4ªed., Lisboa, Lusociência.
- THOMPSON, E.H. (2002), “What’s unique about men’s caregiving?”, in B.J. KRAMER & E.H. THOMPSON (Eds), *Men as Caregivers. Theory, Theory, Research, and Service Implications*, New York, Springer.
- TORRES, A. C. e MOURA, A. M. (2004), “ Ideais simétricos e práticas desiguais: conjugalidades em Lisboa e no Porto”, comunicação apresentada no V Congresso Português de Sociologia sobre Sociedades Contemporâneas: Reflexividade e Acção.
- TORRES, A. C.; SILVA, F.V.; MONTEIRO, T.L.; CABRITA, M. (2005), *Homens e Mulheres entre Família e Trabalho*, 2ª ed., Lisboa, Comissão para a Igualdade no Trabalho e no Emprego.
- VIGARELLO, G. (2001), *História das Práticas de Saúde: A Saúde e a Doença desde a Idade Média*, Almada, Editorial Notícias.
- VILLERMÉ, L. (1971), *Tableau de l'état physique et moral des ouvriers employés dans les manufactures de coton, de laine et de soie*, Paris, Union Générale des Éditions.
- WALL, K. ; GUERREIRO, M. D. (2005), “A divisão familiar do trabalho”, in K.WALL (org.), *Famílias em Portugal. Percursos, Interações, Relações Sociais*, Lisboa, Imprensa de Ciências Sociais.
- WALL, K.; AMÂNCIO, L. (2007), *Família e Género em Portugal e na Europa*, Lisboa, Imprensa de Ciências Sociais.

Índice

7	Introdução
19	CAPÍTULO I FAMÍLIA, SAÚDE E SUAS INTERCONEXÕES
21	Interconfluências: família, género e saúde nas malhas das mudanças Maria Engrácia Leandro / Michèle Baumann
53	Da família à saúde, da saúde à família Maria Engrácia Leandro / José Cunha Machado / Fernanda Nogueira
93	A Saúde no Quotidiano da Família José Ricardo Tinoco Gomes
127	CAPÍTULO II SAÚDE COMO CONSTRUÇÃO FAMILIAR E SOCIAL
129	Trabalho de emoção: artes domésticas no âmbito da saúde Maria Engrácia Leandro / Ana Sofia da Silva Leandro
165	Olhares de actores : da evolução das políticas públicas de saúde em Portugal às (des)igualdades sociais Fernanda Nogueira / Fernanda Nogueira / Maria Engrácia Leandro
197	Questões de biopolítica: a produção de cuidados de saúde na família Baltazar Ricardo Monteiro
217	Saúde do ponto de vista familiar e alimentar Ângela Oliveira / Maria Engrácia Leandro
251	Comportamentos preventivos de saúde: determinantes da decisão de fazer exames de rastreios ao cancro Carlos Veiga / Paula Veiga
273	Família, Trabalho e Saúde: os desafios da actualidade Carlos Alberto da Silva / Ana Paula Marques / Liliana Liliana Pereira Ferreira / Tânia Cristina Santos
301	Situações de risco e percepção dos ambientes patogénicos Paulo Nuno Nossa / Victor Terças Rodrigues
319	Mulheres e homens na família e na saúde. Intervenção do masculino na gestão dos cuidados de saúde familiares Andreia Susana Rodrigues / Maria Engrácia Leandro

SAÚDE E SEUS DILEMAS. TEORIAS E PRÁTICAS FAMILIARES DE SAÚDE

Organização: Maria Engrácia Leandro / Fernanda Nogueira / José Cunha Machado

Capa: Húmus, a partir de layout de António Pedro

© EDIÇÕES HÚMUS, LDA., 2014

Apartado 7081

4764-908 Ribeirão – V. N. Famalicão

Telef. 926 375 305

humus@humus.com.pt

Impressão: Papelmunde, SMG, Lda. – V. N. Famalicão

1.ª edição: Outubro de 2014

Depósito legal: xxxxxx/14

ISBN: 978-989-755-xxx-x

