

Health and social inequalities: revisiting a subject based on empirical research

| Saúde e desigualdades sociais: um tema revisitado a partir de uma investigação empírica

ABSTRACT | Introduction: *Most studies on this subject have focused on the close association between social and health inequalities. Objective:* *Reviewing social inequalities in health observed in the last three decades based on empirical research carried out in Loures County, Lisbon Metropolitan Area, Portugal. Methods:* *The study focused on the population in the age group 18 years, or older, living in Loures County. We adopted a quantitative method and applied a survey to a representative sample, which was stratified by sex, age and residence area. In total, 1,100 surveys were conducted through interviews performed in all country districts. Results:* *Based on the results, strong differences between social classes concerned several factors such as the kind of access to health services (public / private), dental consultations and preventive practices such as weight control or food consumption. On the other hand, we observed transversal practices to different social classes, for example, regular attendance in medical consultations and examinations mostly due to universal access to public health services. The same relative transversality among social class trends was observed in regular medication intake. Conclusion:* *In-depth studies on the association between social and health inequalities can be essential to support the implementation of sustainable social lines and political interventions.*

Keywords | *Social classes; Social Inequalities; Health Inequalities.*

RESUMO | Introdução: A maioria dos estudos sobre este tema tem salientado a existência de uma forte relação entre as desigualdades sociais e as desigualdades em saúde. **Objetivo:** Revisitar o tema das desigualdades sociais em saúde nas últimas três décadas, a partir de uma investigação empírica realizada no Município de Loures, situado na Área Metropolitana de Lisboa, Portugal. **Métodos:** O universo de estudo foi constituído pela população do Município de Loures com 18 anos ou mais. Foi adotada uma metodologia quantitativa, centrada na aplicação de um inquérito a uma amostra representativa do Município em estudo, estratificada por sexo, idade e área de residência. Foram realizados 1100 inquéritos, por entrevista, em todas as freguesias do Município. **Resultados:** Os resultados revelam acentuadas assimetrias entre as classes sociais relativamente a diversos factores, como o tipo de acesso aos serviços de saúde (público/privado), às consultas de medicina dentária, bem como a adoção de práticas preventivas como o controlo do peso ou os cuidados particulares com a alimentação. Por outro lado, verificam-se práticas transversais às diferentes classes sociais, como a frequência regular de consultas e exames médicos, devido, em grande parte, à universalização do acesso aos serviços públicos de saúde. A mesma tendência de relativa transversalidade entre as classes sociais está igualmente presente na regularidade de consumo de medicamentos. **Conclusão:** O aprofundamento do estudo da relação entre as desigualdades sociais e as desigualdades em saúde pode constituir um suporte importante para a implementação de linhas de intervenção social e política sustentável.

Palavras-chave | Classes sociais; Desigualdades sociais; Desigualdades em saúde.

¹Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa - Centro de Investigação em Saúde e Tecnologia; Centro de Investigação e Estudos de Sociologia. Lisboa, Portugal.

INTRODUÇÃO |

Nos últimos anos, mais precisamente após a divulgação do Relatório Black¹, na Grã-Bretanha, no início da década de 1980, o tema “Saúde e desigualdades sociais” tem sido objeto de um grande número de publicações resultantes de trabalhos de investigação realizados em diferentes países. A maioria dos estudos tem convergido nas suas conclusões, ao salientar a existência de uma forte relação entre as desigualdades sociais expressas na posse de diferentes tipos de recursos ou capitais (Pierre Bourdieu² identifica quatro tipos de capital: o capital económico associado à propriedade e aos rendimentos, o capital cultural que se prende com os níveis de escolaridade e de cultura, o capital social que se reporta às redes de relacionamentos sociais e às influências mobilizadas pelos indivíduos e o capital simbólico relacionado com o prestígio) pelos vários segmentos da população e as desigualdades em saúde traduzidas por diferentes indicadores, com saliência para a taxa de mortalidade, a taxa de morbilidade e a ocorrência de vários tipos de doença.

De facto, a mortalidade precoce e a morbilidade são muito superiores entre as classes sociais com menos recursos/capitais, a probabilidade de os indivíduos situados na base da hierarquia da estrutura de classes morrerem mais cedo é superior ao dobro dos que se situam no topo dessa hierarquia. De uma forma geral, a maior parte das doenças também incide significativamente mais sobre as classes com menos recursos/capitais. Neste sentido, as desigualdades perante a saúde acompanham a hierarquia das desigualdades sociais^{3,4}.

Não obstante as conclusões dos múltiplos trabalhos de investigação realizados sobre o tema, em vários países espalhados pelos diferentes continentes, a amplitude das desigualdades sociais em saúde, particularmente as que se verificam entre as classes sociais, não só sofreram poucas alterações como em muitos países ainda aumentou o “fosso” que separa as classes com diferentes tipos de recursos/capitais. Apesar de durante algumas décadas vários países (em que Portugal se inclui, embora tardiamente, com a implementação do Serviço Nacional de Saúde, em 1979, na sequência do fim da ditadura em 1974)⁴ terem orientado as suas políticas públicas no sentido de tentar garantir o acesso generalizado à saúde e, deste modo, uma maior equidade social, a tendência verificada nos indicadores de saúde não foi para a diminuição das “distâncias” mas, pelo contrário, para o aumento das desigualdades em saúde. Uma das

razões mais apontadas prende-se com a não coincidência entre o direito ao acesso e o acesso efetivo aos cuidados de saúde, que varia em função das classes sociais.

Em contraste, observa-se uma tendência significativa, nos meios políticos e científicos, para a defesa da tese de que nas sociedades contemporâneas de modernidade avançada, (Bell⁵ designaria por sociedades pós-industriais), a análise das classes sociais teria perdido importância e significado, em função de transformações da estrutura socioeconómica e do sistema ocupacional que originaram uma maior diversificação social, mobilidade social, individualização das sociedades, massificação do consumo e a emergência da cultura de consumo. Essa ideia está largamente disseminada nas representações sociais de uma grande parte da população, em grande medida devido à forte influência do discurso dominante veiculado pelos meios de comunicação social.

Contudo, a observação do campo da saúde revela uma realidade bem diferente, pois traduz a persistência de marcadas assimetrias entre as classes sociais, confirmando que as desigualdades em saúde constituem um reflexo do conjunto das desigualdades sociais. Neste sentido, o campo da saúde constitui-se como um “observatório” privilegiado das desigualdades sociais contemporâneas, justificando-se o desenvolvimento de trabalhos de investigação e de diversas formas de intervenção social em torno da relação entre a saúde e as classes sociais. É nesse quadro que proponho revisitar esse tema clássico da Sociologia da Saúde das últimas três décadas, tendo por base os resultados de um trabalho de investigação realizado no Município de Loures, situado na Área Metropolitana de Lisboa, Portugal.

MÉTODOS |

O trabalho de investigação decorreu no âmbito de um projeto (“Saúde e estilos de vida no Município de Loures” em que foram consideradas, pelos investigadores e pelas instituições responsáveis, as implicações éticas de um trabalho desse tipo, com recurso ao inquérito, tendo sido os respondentes previamente informados acerca dos objetivos gerais do inquérito, garantindo-se o consentimento informado, o anonimato e a confidencialidade das suas respostas) que resultou de um convite que a Câmara Municipal de Loures endereçou à Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa, onde

desenvolvo a minha atividade profissional como professor da unidade curricular de Sociologia da Saúde, para o estabelecimento de um protocolo de parceria que tinha como principal objetivo a produção de conhecimento sobre a relação existente entre a saúde e os estilos de vida da população residente naquele Município, com vista a constituir um suporte e um ponto de partida para definir novas linhas de investigação e para identificar domínios de intervenção e ações a implementar na área da saúde, orientadas para a especificidade do Município.

O Município de Loures é o sexto maior Município do país, em termos do número de habitantes (ao contrário do que ocorre no contexto brasileiro relativamente a um município com 200.000 habitantes, em Portugal trata-se de um Município de grande dimensão), é composto por uma estrutura social e demográfica heterogénea que conheceu nas últimas décadas um forte crescimento urbano e significativas transformações ao nível da sua população e do seu território. É marcado por uma significativa diversidade social e geográfica, com traços característicos distintivos no contexto da Área Metropolitana de Lisboa que resultam do facto de se situar numa área metropolitana, ser um Município marcadamente urbano mas incluir também zonas de pequena densidade populacional onde se detetam algumas persistências de organização social e económica de timbre tradicional, manifestando as populações traços de ruralidade que sobrevivem na tipologia das habitações, no regime de pluriatividade com a prática de agricultura a tempo parcial, na existência de redes de sociabilidade e vizinhança antigas ou na menor pendularidade na relação entre a esfera doméstica e a esfera do trabalho⁶.

Os objetivos específicos do projeto comportavam diferentes dimensões de análise, nomeadamente a regularidade do acesso da população aos serviços de saúde; as práticas dominantes em relação à saúde e à doença; e os estilos de vida relativos a aspetos direta e indiretamente relacionados com a saúde. O universo de estudo foi constituído pela população do Município de Loures com 18 anos ou mais e foi adotada uma metodologia centrada na aplicação de um inquérito a uma amostra representativa do Município em estudo, estratificada por sexo, idade e área de residência. Foram realizados 1100 inquéritos, por entrevista, em todas as freguesias do Município.

Como se pode depreender dos objetivos do projeto de investigação apresentados, a ideia inicial não se centrava especificamente no estudo da relação entre a saúde e as

desigualdades sociais. Contudo, os resultados evidenciaram de modo muito claro, relativamente às várias dimensões em estudo, diferenças muito significativas e desigualdades sociais acentuadas entre os vários segmentos da população, considerando diferentes variáveis como o sexo, o grau de escolaridade, a classe social, a situação face à profissão, a etnia e a idade. Neste texto, será abordada especificamente a relação entre as desigualdades em saúde e as classes sociais de pertença. Trata-se de uma dimensão que, estando longe de esgotar todas as possibilidades analíticas referentes à relação entre as desigualdades em saúde e as desigualdades sociais, constitui seguramente o eixo central da análise dessa problemática, pois, não invalidando, de forma alguma, a especificidade de outras dimensões (género, etnicidade, idade, grau de escolaridade, situação face à profissão), cruza-se e sobrepõe-se frequentemente a essas dimensões.

Assim, as identidades de género têm uma relação específica com as desigualdades em saúde, contudo diversos estudos têm demonstrado que a distribuição desigual da esperança média de vida à nascença em função do sexo não se traduz da mesma forma em todas as classes sociais, tendendo as condições sociais de existência das diferentes classes sociais a sobrepor-se às diferenças de género. Deste modo, as diferenças significativas entre a taxa de mortalidade feminina e masculina verificam-se sobretudo nas classes sociais com menos recursos, pois entre as classes com maior volume de capitais essas diferenças reduzem-se e são ténues^{7,8,9}. Um trabalho realizado por Ricardo Antunes⁹ acerca das desigualdades na vida e na morte, com base na análise da informação proveniente dos processos hospitalares relativos ao número total de óbitos ocorridos em situação de internamento hospitalar, durante um ano, em dois hospitais localizados em Lisboa e em Beja, revela que nas classes com mais recursos (Profissionais técnicos e de enquadramento) a diferença entre a esperança média de vida feminina e masculina é de apenas 0,4 anos (82,1 anos para as mulheres e 81,7 para os homens) enquanto entre os operários essa diferença cifra-se em 6,3 anos (73,8 anos para as mulheres e 67,5 para os homens).

As diferenças étnicas também têm uma relação específica com as desigualdades em saúde, embora estejam frequentemente sobrepostas e mesmo confundidas com as diferenças entre as classes sociais. Em Portugal e na maior parte dos países “receptores” de imigrantes, a maioria dos grupos étnicos minoritários posicionam-se nas classes sociais com menos recursos e simultaneamente apresentam pior estado de saúde. Apesar de a especificidade

das questões étnicas ser importante para a análise das desigualdades em saúde, nomeadamente a especificidade cultural e a discriminação sob diversas formas de racismo de que são vítimas as minorias étnicas, muitas vezes é difícil estabelecer a fronteira entre os fatores étnicos e os que advêm do posicionamento das minorias étnicas entre as classes sociais com menos recursos. O mesmo sucede, aliás, com as desigualdades territoriais que, sem colocar em causa a importância e a influência específica que têm para a saúde os fatores contextuais, tais como a poluição sonora, atmosférica ou a qualidade da água potável, derivam frequentemente da composição social da população que vive num determinado espaço físico, sendo, muitas vezes, difícil diferenciar se o que está na origem das desigualdades em saúde são os fatores contextuais ou composicionais^{10,11}.

No trabalho de investigação realizado no Município de Loures, os critérios utilizados com vista a categorizar as classes sociais constituem uma adaptação parcial, com alterações, da tipologia proposta por um grupo de investigadores do ISCTE - Instituto Universitário de Lisboa, conhecida por ACM devido às iniciais dos nomes dos seus autores (Almeida, Costa, Machado¹²). As classes são operacionalizadas com base na variável profissão e, considerando o objetivo inerente a este trabalho, procedeu-se à análise comparativa de quatro classes sociais referentes aos trabalhadores por conta de outrem, nomeadamente os Profissionais técnicos e de enquadramento que abrangem as profissões altamente qualificadas cujo acesso supõe geralmente a posse de um diploma obtido em instituições de ensino superior; os Funcionários semiqualeificados, compostos pelos trabalhadores de profissões do setor terciário que exercem tarefas com um grau de rotinização menor, como é o caso, por exemplo, dos funcionários administrativos (refira-se que essa classe não integra a tipologia ACM¹²); os Empregados executantes que são constituídos pelas profissões pouco qualificadas do setor terciário cujo exercício supõe o desempenho de tarefas de execução rotineira; os Operários que integram todas as profissões operárias, ainda que não forçosamente fabris.

Essas quatro classes sociais não abrangem todo o leque possível do conjunto das posições existentes na estrutura de classes da sociedade portuguesa ou do Município de Loures nem, obviamente, do total das classes sociais utilizadas no quadro da tipologia que serve de base a essa operacionalização. O objetivo da categorização aqui proposta prende-se exclusivamente com aspetos operacionais específicos que visam a comparação entre

classes sociais, para analisar as desigualdades sociais em saúde. Por outro lado, essa opção deve-se à necessidade de evitar enviesamentos na análise, relacionados com a especificidade de determinadas classes sociais no contexto da sociedade portuguesa e, de forma mais particular, do Município de Loures. É o caso dos empresários, devido à grande heterogeneidade da estrutura do empresariado em Portugal (onde predominam as pequenas e médias empresas) que enviesa a sua análise em termos de classe social na perspetiva comparativa em que foi operacionalizada, no contexto deste trabalho; é também o caso dos trabalhadores agrícolas e dos camponeses que, enquanto atividade profissional principal, têm uma expressão mínima neste Município.

Conforme já foi referido, a distinção, para efeitos comparativos, entre as quatro classes sociais em análise, operacionalizou-se a partir da variável profissão. A categorização das classes feita com base numa única variável é passível de comportar diversas limitações que têm sido apontadas por vários autores^{7,13,14}, de entre as quais destacaria três: a eventual confusão que se pode criar entre duas categorias distintas (profissão e classes sociais), sendo que, nesse caso, estar-se-iam a medir as diferenças entre as profissões e não entre as classes sociais; o facto de se utilizar categorias universais, como é o caso da profissão, poderia ser impeditivo de conhecer um conjunto de indicadores passíveis de analisar de forma mais alargada as diferenças de classe, como por exemplo, o status/prestígio dos indivíduos e o acesso a bens materiais e a bens de consumo (local e condições de habitação, posse de automóvel, etc.); a impossibilidade de estimar a pertença de classe dos indivíduos ao longo das diferentes fases da sua vida.

Contudo, a variável profissão, só por si, incorpora diferentes indicadores, nomeadamente o rendimento, o grau de escolaridade, a posição face ao trabalho (autoridade hierárquica e o tipo de trabalho desempenhado - manual/intelectual, qualificado/não qualificado) e tem uma relação, mais ou menos direta, com um conjunto significativo de outros indicadores tais como o acesso diferenciado aos bens de primeira necessidade, as condições do alojamento, o acesso e a gestão da informação, o tipo de alimentação. Essa é uma vantagem importante do uso dessa variável (profissão) para analisar as classes sociais que têm como principal característica o facto de serem multidimensionais, por integrar simultaneamente diferentes fatores.

RESULTADOS/DISCUSSÃO |

Os resultados do trabalho de investigação realizado no Município de Loures confirmam, de modo geral, a existência de diferenças significativas entre as várias classes sociais, relativamente aos indicadores relacionados, direta e indiretamente, com a saúde. Contudo, as assimetrias existentes entre populações com diferentes tipos de recursos face à saúde, inserem-se num fenómeno complexo em que diferentes fatores se correlacionam de forma não linear. Uma análise mais pormenorizada dos dados obtidos permite identificar tendências diversificadas quanto à forma como se opera a relação entre as desigualdades sociais e as práticas ou os estilos de vida tidos como mais ou menos propiciadores de um bom estado de saúde.

Na sequência da implementação do Serviço Nacional de Saúde em 1976, assistiu-se nas últimas décadas em Portugal a um grande aumento da procura e da oferta dos serviços de saúde, como resultado da universalização do acesso a esses serviços, cada vez mais elevado e massificado¹⁵. Em grande parte, devido a esse fator estrutural (universalização do acesso aos serviços de saúde), a frequência regular de consultas médicas é, de forma geral, transversal às várias classes sociais. Um indicador da universalização do acesso à saúde, no Município de Loures, reside na estimativa de que 84,8% da população tenha frequentado uma consulta médica no ano anterior à realização do inquérito. Todavia, num contexto político e económico de descompromisso social, é possível verificarem-se alterações relativamente à universalização e massificação do acesso aos serviços públicos de saúde.

Este fenómeno não invalida que se observem diferenças entre as várias classes sociais. Com efeito, apesar de, em termos globais, o acesso ser transversal às várias classes sociais, a percentagem de operários que frequentam regularmente consultas médicas (72%) é inferior à percentagem geral (84,8%). A mesma tendência de relativa transversalidade entre as diferentes classes sociais verifica-se face a outras práticas relacionadas com a saúde, como a regularidade da realização de exames médicos e a regularidade de consumo de medicamentos, prática mediada pelo fenómeno de “farmacologização da vida quotidiana”^{16,17,18}, traduzido pela progressiva massificação do consumo de medicamentos, refletido no Município de Loures pela estimativa de que 51,2% da população tenha recorrido a um medicamento, nas 24 horas que precederam o inquérito.

Se a frequência regular de consultas médicas é transversal às diferentes classes sociais, observam-se, porém, diferenças significativas entre as classes, em relação ao local de realização da última consulta médica. Assim, há uma utilização diferencial dos serviços de saúde pelas várias classes sociais, verificando-se uma discrepância muito significativa entre essas classes. Com efeito, a maioria dos residentes no Município de Loures que se inserem nas classes posicionadas na base da hierarquia social (empregados executantes e operários) utilizam predominantemente o sector público, para efeitos de realização de consultas médicas. (87,7% e 79,7%, respetivamente), ao invés das classes posicionadas no topo dessa hierarquia (Profissionais técnicos e de enquadramento e Funcionários semiqualeificados) que acedem muito mais aos serviços privados de saúde (52,2% e 47,8%, respetivamente).

Essa disparidade entre as classes sociais acentua-se quando se procede à leitura dos dados relativos à frequência regular de consultas de medicina dentária, um tipo de consulta paradigmática das desigualdades sociais em saúde, devido à oferta limitada do Serviço Nacional de Saúde nessa valência, pelo facto de serem menos participadas pelo Estado e, conseqüentemente, de serem mais seletivas em termos sociais. Comparando as classes sociais situadas na base e no topo da estrutura de classes, verifica-se que, à data da realização do inquérito, tinha ido recentemente a uma consulta desse tipo a grande maioria (76,8%) dos profissionais técnicos e de enquadramento e pouco mais de um terço (38,3%) dos operários. A análise conjunta dos dados relativos ao local de realização das consultas médicas e da frequência das consultas de odontologia confirma a tese de que a oferta pública dos serviços de saúde se consubstancia como uma garantia de maior acesso à saúde por parte dos estratos sociais mais baixos que tendem a ver-se privados desse acesso quando a cobertura do Serviço Nacional de Saúde e a comparticipação do Estado são menores, como sucede de forma mais visível com as consultas de medicina dentária.

Verifica-se também uma forte relação entre a pertença a diferentes classes sociais e as práticas preventivas relativamente à saúde.

Os motivos pelos quais se acede a consultas médicas, consultas de medicina dentária e exames médicos traçam igualmente fronteiras entre as classes sociais, verificando-se que à medida que se sobe na escala da hierarquia social, mais os motivos do acesso a essas consultas e exames se

prendem com a prevenção, no sentido de evitar doenças e manter um bom estado de saúde. Assim, a “rotina” constitui a razão principal para a frequência da (última) consulta de medicina dentária para 13,1% dos operários, 21,6% dos empregados executantes, 44,8% dos funcionários semiqualeificados e 53,6% dos profissionais técnicos e de enquadramento. Tendência semelhante, ainda que de forma menos acentuada, à verificada para a frequência da (última) consulta médica (32,7%, 34,8%, 39,2% e 55,1%, respetivamente) e para a frequência do (último) exame médico (39,6%, 43,3%, 51,6% e 63,8%, respetivamente).

A comparação entre os «extremos» da escala operários / profissionais técnicos e de enquadramento) permite constatar fortes assimetrias entre essas classes sociais, no que concerne às práticas preventivas face à saúde e à doença. A predisposição para assumir comportamentos preventivos face à saúde e à doença está menos relacionada com os fatores materiais do que com os recursos cognitivos e informativos dos indivíduos (fortemente associados ao grau de escolaridade) que originam acessos diferenciados à informação relacionada com a saúde e diferentes formas de absorver e interiorizar essa informação, seja a que provém das campanhas de prevenção e promoção da saúde, seja a que provém de outro tipo de informação, obtida por meio de diferentes fontes, acerca dos efeitos que determinadas práticas podem ter para a saúde.

Outra prática preventiva face à saúde e à doença reside no controlo do peso, que se tem vindo a generalizar progressivamente entre os vários estratos da população. No Município de Loures, essa tendência traduz-se na estimativa de que 41,1% da população tenha controlado o peso na semana anterior à realização do inquérito, 68,8% no último mês e 90,5% no último ano; apenas 9,2% controlaram o peso há mais de um ano (0,3% não responderam à questão). Apesar disso, essa prática também não é realizada de modo uniforme por todos os segmentos da população, conforme a tendência já observada relativamente aos motivos preventivos para a frequência de consultas e de exames médicos. Deste modo, o controlo do peso também se vai acentuando à medida que se vai subindo na hierarquia das classes sociais (36,4%, 40,5%, 41,8% e 47,8%, respetivamente).

A alimentação, e mais especificamente os cuidados particulares com a alimentação, consubstancia-se como prática preventiva face à saúde e à doença que se cruza com os estilos de vida e que se tem acentuado nas sociedades

contemporâneas, no contexto dos países de modernidade avançada e também nos países de “modernidade inacabada”¹⁹. É necessário proceder a uma leitura cuidadosa dos dados relativos aos cuidados particulares com a alimentação, obtidos por via da aplicação de inquéritos, pois quando se questiona uma população acerca da frequência dos cuidados particulares com a alimentação, as respostas dão-nos a percepção dos indivíduos acerca dos seus cuidados alimentares e não exatamente os cuidados alimentares efetivos. Além disso, existe sempre a possibilidade da presença do “efeito de legitimidade” de parte das respostas, considerando a moralização social das práticas alimentares e a sua conotação com determinados valores sociais.

Não obstante o que acabou de ser afirmado, a análise de diferentes autores e os resultados de trabalhos de investigação têm demonstrado, a exemplo de outros indicadores que medem a relação entre os estilos de vida das populações e o estado de saúde, que as práticas alimentares não dependem apenas das escolhas e dos gostos individuais; dependem também das condicionantes sociais^{20,21}, influenciadas não apenas pelas condições materiais que proporcionam o maior ou menor acesso direto a recursos de saúde e a produtos alimentares, aumentando ou diminuindo a probabilidade de ter um estado de saúde melhor mas também pelos diferentes recursos cognitivos e informativos provenientes do volume de capital cultural que permite aceder e gerir, de modo distinto, a informação sobre as escolhas alimentares mais adequadas à manutenção de um bom estado de saúde. Deste modo, a alimentação bem como, de forma geral, os estilos de vida relacionados com a saúde, não dependem exclusivamente de escolhas subjetivas mas situam-se no cruzamento entre as opções individuais e as condicionantes sociais que geram possibilidades diferenciais subjacentes às condições sociais de existência que derivam de diferentes tipos de recursos e de capitais.

Os resultados deste estudo também apontam claramente para a relação que se estabelece entre os cuidados particulares com a alimentação e as classes sociais. De facto, à medida que se vai subindo na escala da hierarquia de classes sociais, vão aumentando os cuidados particulares com a alimentação, sendo as diferenças muito significativas, considerando o fosso existente entre o topo e a base dessa hierarquia, entre a reduzida percentagem (7,2%) de profissionais técnicos e de enquadramento e a alta percentagem de operários (40,2%) que afirmam nunca tomar cuidados particulares com a alimentação.

Como se tem vindo a salientar, verifica-se uma relação evidente entre as desigualdades em saúde e as classes sociais portadoras de diferentes tipos de recursos mas esta relação está longe de ser linear. De facto, a análise da forma como se opera a relação entre as desigualdades sociais, os estilos de vida e a saúde também revela tendências que se desenham de forma menos linear, quando se estabelece um padrão de associação entre a distribuição da população por classes sociais e o hábito de fumar, a prática regular de exercício físico e as perturbações do sono. Tal como sucede com a frequência regular de consultas médicas, de exames médicos e a regularidade de consumo de medicamentos, a tendência dominante é para que incidam de modo transversal às diferentes classes sociais.

Ao contrário da tendência geralmente observada noutros países europeus, como por exemplo a Grã-Bretanha²², onde a diminuição acentuada do hábito de fumar é acompanhada por uma mudança do perfil social dos fumadores que se desloca das classes mais favorecidas para as mais desfavorecidas, os resultados do trabalho de investigação realizado no Município de Loures revelam uma tendência pouco definida, ao apontar para a manutenção de uma percentagem elevada de fumadores entre a classe situada no topo da hierarquia social (39,1% dos profissionais técnicos e de enquadramento têm o hábito de fumar) e apontar igualmente para uma alta percentagem de operários fumadores (39,3%) - tendência semelhante à verificada internacionalmente. Por outro lado há uma menor percentagem de fumadores entre os empregados executantes (29,8%) e entre os funcionários semiqualeificados (32,5%).

A prática regular do exercício físico é geralmente associada, tal como sucede com os cuidados particulares com a alimentação, ao crescente investimento dos indivíduos no controlo e na manutenção da saúde e do corpo. Embora se trate de uma prática cada vez mais frequente nas sociedades contemporâneas, seria expectável, considerando os dados atrás referidos acerca dos cuidados particulares com a alimentação, que predominasse entre as classes com mais recursos económicos e educacionais mas os dados obtidos mostram que o padrão de associação entre a distribuição da população por classes sociais e a atividade física regular não se desenha tão linearmente, apontando também para uma tendência pouco definida que não autoriza uma associação mais ou menos automática entre a prática de exercício físico e a classe social de pertença.

Deste modo, os funcionários semiqualeificados são os que mais praticam exercício físico (40,3%), seguindo-se os operários (33,6%), os profissionais técnicos e de enquadramento (31,9%) e os empregados executantes (20,8%). Por um lado, esses dados poderiam constituir indicadores da expansão que as atividades físicas e desportivas conhecem nos hábitos regulares do quotidiano das populações, diluindo em termos genéricos as fronteiras de classe mas, por outro, é importante sublinhar que essa variável refere-se apenas à prática de exercício físico e não ao tipo de prática, às condições em que se realiza, às percepções e ideologias que lhes estão subjacentes, entre outros aspetos, sendo que uma eventual análise dessas variáveis, que não constituíram objeto do estudo realizado, poderia eventualmente ser reveladora de diferenças entre as classes sociais.

Tendência semelhante às que têm vindo a ser expostas, ocorre relativamente à relação entre as perturbações do sono e as classes sociais, em que também não se verifica uma relação linear entre essas duas variáveis. A classe social em que se regista maior perturbação do sono são os empregados executantes (43,1%) e, ao invés, a menor percentagem inscreve-se nos profissionais técnicos e de enquadramento (27,5%), verificando-se, no entanto, uma particularidade relativa aos operários, classe social em que a presença de trabalho físico de forte componente manual é mais evidente; nesse grupo apenas 28,3% tem perturbações com o sono, percentagem semelhante à dos profissionais técnicos e de enquadramento (27,5%).

CONCLUSÃO |

A reflexão e os resultados apresentados provenientes da análise dos dados do trabalho de investigação realizado no Município de Loures confirmam, no essencial, os resultados dos estudos que têm sido realizados no quadro das ciências sociais em geral e da sociologia em particular, a partir da divulgação do Relatório Black¹, na Grã-Bretanha, em 1980, relativamente à relação entre as desigualdades presentes na estrutura de classes sociais e as desigualdades em saúde que salientam a persistência de marcadas assimetrias entre populações com diferentes tipos de recursos. Contudo, a análise dos resultados também salienta a necessidade de considerar a complexidade e a não linearidade desses fenómenos.

Ao produzir um conhecimento concreto, empiricamente suportado e rigoroso, das realidades nacionais, regionais e locais, o aprofundamento do estudo da relação entre as desigualdades sociais e as desigualdades em saúde pode constituir um suporte importante para a implementação de linhas de intervenção social e política sustentável, no sentido de promover a melhoria global do estado de saúde da população através da diminuição das desigualdades sociais em saúde e, conseqüentemente, da maior equidade social, por via de programas e ações específicas orientadas para determinados segmentos da população, nomeadamente as classes sociais com menos recursos, desempregados, emigrantes e idosos.

Contudo, a eficácia dos projetos que visem a redução das desigualdades em saúde não depende apenas das políticas e da intervenção no domínio restrito da saúde; depende essencialmente de políticas sociais integradas e da intervenção social mais alargada a outros domínios, no âmbito de uma intervenção social integrada que não se confine às fronteiras mais restritas da saúde mas que englobe igualmente outras áreas de que dependem fortemente a saúde e a doença das populações, tais como o investimento na educação, no emprego, nas condições de trabalho, na proteção social, no ambiente, nas infraestruturas básicas, nas condições de habitação, na higiene, no combate à pobreza, na alimentação, nos estilos de vida. A necessidade da intervenção e da reivindicação de maior equidade em saúde relaciona-se, pois, com uma perspetiva mais vasta, ideia reforçada pelo conhecimento de que, à escala mundial, a esperança média de vida global da população de diferentes países e regiões é maior quando a distribuição de rendimentos é mais equitativa^{7,23}. Mas até que ponto, como refere Scambler¹⁴, esse investimento é, em termos gerais, compatível com as contradições do sistema social, político e económico?

REFERÊNCIAS |

1. Department of Health and Social Security. Inequalities in health: report of a research working group. London: Department of Health and Social Security; 1980.
2. Bourdieu P. La distinction: critique sociale du jugement. Paris: Minuit; 1979.
3. Nettleton S. The sociology of health and illness. Oxford: Polity Press; 1995.
4. Tavares D. Introdução à sociologia da saúde. 2. ed. Coimbra: Almedina; 2019.
5. Bell D. O advento da sociedade pós-industrial. S. Paulo: Cultrix, 1977.
6. Tavares D et al. Saúde e estilos de vida no concelho de Loures (2009). Odivelas: Media XXI, 2013.
7. Annandale E. The sociology of health & medicine: a critical introduction. Cambridge: Polity Press; 1998.
8. Silva LF, Alves F. A saúde das mulheres em Portugal. Porto: Afrontamento; 2003.
9. Antunes R. Desigualdades na vida e na morte: saúde, classes sociais e estilos de vida. Lisboa. Tese [Doutorado em Sociologia] - Instituto Universitário de Lisboa; 2011.
10. Gabe J, Bury M, Elston MA. Key concepts in medical sociology. London: Sage, 2004.
11. Curtis S, Jones IR. Is there a place for geography in the analysis of health inequality? In: Bartley M, Blane D, Davey-Smith G, editores. The sociology of health inequalities. Oxford: Blackwell, 1998.
12. Costa AF, Machado FL, Almeida JF. Classes sociais e recursos educativos: uma análise transnacional. In: Costa AF, Machado FL, Ávila P, organizadores. Portugal no contexto europeu: sociedade e conhecimento. Lisboa: Celta; 2007. p. 5-20.
13. Cabral MV, coordenador. Saúde e doença em Portugal. Lisboa: ICS, 2002.
14. Scambler G. Health inequalities. *Sociol Health Illn.* 2012; 34(1):130-46.
15. Mozzicafreddo J. Estado-providência e cidadania em Portugal. Oeiras: Celta; 1997.
16. Williams S, Seale C, Boden S, Lowe P, Steinberg DL. Waking up to sleepiness: Modafinil, the media and the pharmaceuticalisation of everyday/night life. *Sociol Health Illn.* 2008; 30(6):839-55.

17. Lopes N. Medicamentos e percepções sociais do risco. In: Anais do V Congresso Português de Sociologia; 2004 maio 12-15; Braga, Portugal. Lisboa: Associação Portuguesa de Sociologia; 2004. p. 101-6.
18. Lopes N, organizadora. Medicamentos e pluralismo terapêutico: práticas e lógicas sociais em mudança. Porto: Afrontamento; 2010.
19. Machado FL, Costa AF. Processos de uma modernidade inacabada: mudanças estruturais e mobilidade social. In: Viegas JML; Costa AF, organizadores. Portugal, que modernidade? 2. ed. Oeiras: Celta; 1998. p. 17-44.
20. Silva LF. A saúde e o saudável nas racionalidades leigas: o caso da alimentação. In: Carapinheiro G, organizadora. Sociologia da saúde: estudos e perspectivas. Coimbra: Pé de Página, 2006. p. 165-95.
21. Silva LF. Saber prático de saúde: as lógicas do saudável no quotidiano. Porto: Afrontamento; 2008.
22. Graham H. Cigaret smoking: a light on gender and class inequality In Britain. *J Social Policy*. 1995; 24(4):509-27.
23. Costa AF. Desigualdades sociais contemporâneas. Lisboa: Mundos Sociais; 2012.

Correspondência para/Reprint request to:

David Tavares

Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa,

Centro de Investigação em Saúde e Tecnologia,

Centro de Investigação e Estudos de Sociologia,

Av. D. João II, Lote 4.69.01,

Lisboa, Portugal, 1990-096

Telefone: +351 21 898 0400

E-mail: david.tavares@estes.lipl.pt

Recebido em: 11/03/2019

Aceito em: 02/06/2019