

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS SOCIAIS  
DEPARTAMENTO DE SOCIOLOGIA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SOCIOLOGIA

O IMPACTO DO *STATUS* PROFISSIONAL NA SAÚDE DO TRABALHADOR:  
UMA COMPARAÇÃO ENTRE BRASIL E PORTUGAL

Autor: Carlos Miguel Figueiredo Afonso

Brasília, 2017

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS SOCIAIS  
DEPARTAMENTO DE SOCIOLOGIA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SOCIOLOGIA

O IMPACTO DO *STATUS* PROFISSIONAL NA SAÚDE DO TRABALHADOR:  
UMA COMPARAÇÃO ENTRE BRASIL E PORTUGAL

Autor: Carlos Miguel Figueiredo Afonso

Tese apresentada ao Departamento de  
Sociologia da Universidade de  
Brasília/UnB como parte dos requisitos  
para a obtenção do título de Doutor.

Brasília, março de 2017

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS SOCIAIS  
DEPARTAMENTO DE SOCIOLOGIA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SOCIOLOGIA

**TESE DE DOUTORADO**

O IMPACTO DO *STATUS* PROFISSIONAL NA SAÚDE DO TRABALHADOR:  
UMA COMPARAÇÃO ENTRE BRASIL E PORTUGAL

Autor: Carlos Miguel Figueiredo Afonso

Tese apresentada ao Departamento de Sociologia da Universidade de Brasília/UnB como parte dos requisitos para a obtenção do título de Doutor.

Orientadora: Doutora Ana Cristina Murta Collares (UnB)

Banca: Prof. Doutora Ana Cristina Murta Collares (UnB)

Prof. Doutora Ana Maria Nogales Vasconcelos (PPGDCI/UnB)

Prof. Doutor Sadi Dal Rosso (SOL/UnB)

Prof. Doutor Emerson Ferreira Rocha (SOL/UnB)

Prof. Doutor Luis Augusto Sarmiento Cavalcanti de Gusmão (SOL/UnB)

Prof. Fabricio Monteiro Neves (SOL/UnB – suplenete)

## AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, pelo apoio e suporte nesta aventura de estudar no Brasil.

À minha orientadora, Professora Ana Cristina Collares, pela confiança depositada no meu trabalho, pelas suas preciosas orientações e por toda a autonomia que me deu para levar a cabo a minha pesquisa.

A toda a banca examinadora, pela sua disponibilidade em contribuir com as suas observações para enriquecer o trabalho e para a criação de novos *insights*. O vosso escrutínio é indispensável e engrandecedor para o meu percurso académico.

Ao meu caro amigo e médico Dr. Tiago Loza, por me ter despertado o interesse pelo tema da presente tese.

À minha parceira, Carla Silva, por todo o amor e carinho. Minha musa inspiradora, amiga e amor da minha vida.

À família que me adotou em Brasília, a família Pereira Almeida. Obrigado por toda a ajuda e suporte.

A todos os meus amigos que fiz em Brasília, que me agraciaram com a sua amizade e boémia. Sem vocês, essa experiência de estudar no Brasil não tinha sal nem pimenta.

## RESUMO

O debate sobre as desigualdades sociais em saúde tem-se alastrado por todo o mundo desde a década de 1970, mas este debate constitui uma tarefa inacabada na medida em que este tipo de desigualdade persiste em sociedades democráticas como a do Brasil e de Portugal, tornando necessário estudar as disparidades sociais em saúde e encontrar padrões de saúde entre grupos sociais que permitam a obtenção de informação que proporcione uma intervenção mais incisiva em políticas de saúde pública e que abra caminho para a consolidação de um modelo social de saúde e para a adoção de uma nova postura epistemológica contra o modelo biomédico. Tendo em conta este contexto, a presente tese incorpora quatro estudos que visam estudar a relação entre *status* profissional (operacionalizada através da tipologia socioprofissional de classe ACM) e a saúde (saúde percebida, restrições de saúde, fatores de risco para a saúde e saúde mental) no Brasil e em Portugal através de testes estatísticos (*one-way* ANOVA, Kruskal-Wallis e Qui-Quadrado) e através da análise de correspondências múltipla (projetando os indicadores de saúde e categorias socioprofissionais de classe no espaço social). Para o Brasil analisaram-se os dados das respostas à Pesquisa Mundial em Saúde da OMS (2003) e do suplemento de saúde da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios do IBGE (2008). Para Portugal, analisaram-se também os dados das repostas da Pesquisa Mundial em Saúde e procedeu-se a aplicação de um questionário de estado de saúde a uma amostra de 229 trabalhadores de Portugal Continental. Para além dessa análise de dados examinaram-se indicadores institucionais de saúde, laborais, ambientais, sociais e económicos que diferenciam as realidades brasileira e portuguesa em termos de saúde.

Todos os estudos demonstraram que os grupos de menor *status* profissional (assalariados agrícolas, operários e desempregados) são os que apresentam pior saúde percebida e piores indicadores de saúde a nível de restrições no quotidiano e saúde mental, indiciando a existência de acentuadas desigualdades sociais em saúde consoante *status* profissional. No caso brasileiro essas desigualdades sociais se manifestam com maior assimetria, sendo os trabalhadores agrícolas os mais visados em termos de fatores de risco para saúde e pior saúde percebida. No caso português, as atenções dispersam-se pelos operários, assalariados agrícolas, desempregados e empregados executantes, sendo que todos estes grupos apresentam piores indicadores de saúde em comparação com os restantes.

**Palavras-chave:** Desigualdades sociais em saúde, Brasil, Portugal, *status* profissional, tipologia ACM, saúde e trabalho, análise de correspondências múltipla, espaço social.

## **ABSTRACT**

The debate over social inequalities in health has been spreading around the world since the 1970s. However, this debate constitutes an unfinished task due to the fact that this kind of inequality persists in democratic societies such as Brazil and Portugal, making it necessary to study the social disparities in health and find health patterns between social groups. This will allow us to obtain information that provides a more incisive intervention in public health policies and will open the way to the consolidation of a social health model and the adoption of a new epistemological posture against the biomedic model. Bearing in mind this context, the present thesis incorporates four studies which aim to study the relation between occupational status (operationalized through the socio-professional typology of ACM class) and health (perceived health, health constraints, health risk factors and mental health) in Brazil and Portugal through statistical tests (one way ANOVA, Kruskal-Wallis e Chi-square) and through the multiple correspondence analysis (projecting health indicators and socio-professional class categories in social space). For the Brazillian study, the data we analyzed came from the answers to the WHO's Health World Reseach (2003) and the health supplement of IBGE's National Household Survey (2008). For the Portuguese study, there were two data sets. The first one data also came from the Health World Reseach. The second one came from a questionnaire gathering data on the health condition of 229 workers in continental Portugal. In addition to the referred data analysis, there was an analysis on health, labour, environmental, social and economical institutional indicators that set aside the brazillian and portuguese societies in health terms.

All studies demonstrated that groups with lower occupational status (agricultural workers, technical workers and unemployed) are the ones presenting lower perceived health and lower health indicators in everyday restrictions and mental health, suggesting the existence of strong social inequalities in health depending on the occupational status. In the brazillian case, these social inequalities are manifested with larger asymmetry, as agricultural workers are the most targeted in terms of health risk factors and worst perceived health. In the portuguese case, the focus spreads through technical workers, agricultural workers, unemployed workers, being that all these groups present worst health indicators in comparison with the remaining groups.

We conclude, then, that context has some influence in the health situation of workers, but the relation between occupational status and health remains.

**Keywords:** Social inequalities in health, Brazil, Portugal, occupational status, ACM typology, health and work, multiple correspondence analysis, social space.

## RÉSUMÉ

Le débat sur les inégalités sociales dans le domaine de la santé est en train de s'étaler partout dans le monde depuis les années 1970, mais ce débat est une tâche inachevée dans la mesure que ce type d'inégalité subsiste dans les sociétés démocratiques comme celle du Brésil et du Portugal, étant important d'étudier les déséquilibres sociaux dans la santé et trouver les normes de santé entre groupes sociaux qui permettent l'acquisition d'information qui puisse fournir une intervention plus percutante des politiques de santé publique et qui ouvre des voies à la consolidation d'un modèle social de santé et à l'adoption d'une nouvelle attitude épistémologique contre le modèle biomédical. Compte tenu de ce cadre, cette thèse englobe quatre études dont le but est celui d'étudier la relation entre statut occupationnel (mise en œuvre à travers la typologie socioprofessionnelle de classe ACM) et la santé (santé perçue, restriction de santé, facteurs de risque pour la santé et santé mentale) au Brésil et au Portugal effectués par des tests statistiques (*one-way* ANOVA, Kruskal-Wallis et Chi-Square) et l'analyse de correspondance multiple (concevant les indicateurs de santé et catégories socioprofessionnelle de classe dans le secteur social). Pour le Brésil, on a analysé les données de réponse à la Recherche Mondiale de Santé de l'OMS (2003) et du supplément de santé de l'Enquête Nationale par échantillon de Domiciles de l'IBGE (2008). Pour le Portugal, on a analysé aussi les données de réponse à la Recherche Mondiale de Santé et on a fait une enquête sur l'état de santé à un échantillon de 229 salariés du continent. Au-delà de cette analyse de données, on a vérifié les indicateurs institutionnels de santé, du travail, environnementaux, sociaux et économiques qui distinguent les réalités brésilienne et portugaise en ce qui concerne la santé.

Toutes les études ont montré que les groupes de statut occupationnel plus bas (salariés agricoles, ouvriers et chômeurs) ce sont ceux qui présentent une qualité de santé inférieure ressentie et de pires indicateurs de santé au niveau des restrictions quotidiennes et santé mentale, montrant l'existence d'inégalités sociales significatives de santé en fonction du statut professionnel. En ce qui concerne le Brésil, ces inégalités sociales s'expriment avec une l'asymétrie accrue, étant les travailleurs agricoles les plus visés comme facteurs de risque pour la santé e pire santé ressentie. Au Portugal, les attentions se sont répandues entre les ouvriers, les salariés agricoles, chômeurs et employés exécutants, étant donné que ces groupes présentent les pires indicateurs de santé par rapport aux autres.

**Mots-clés:** Inégalités sociales de santé, Brasil, Portugal, statut occupationnel, typologie ACM, santé et travail, analyse de correspondance multiple, espace social

## **LISTA DE SIGLAS UTILIZADAS:**

- AA** – Assalariados Agrícolas e das pescas
- ACM** - Almeida, Costa e Machado (indicador socioprofissional de classe)
- ACT** – Autoridade para as Condições do Trabalho
- AI** – Agricultores Independentes
- BM** – Banco Mundial
- CDC** – *Centers for Disease Control and Prevention*
- CHNE** – Centro Hospitalar do Nordeste
- CSP** – Classificação Sócio-Profissional
- DIS** – *Diagnostic Interview Schedule*
- DSM** – *Diagnostic and Statistical of Mental Disorders*
- EDL** - Empresários, Dirigentes e profissionais Liberais
- EE** – Empregados Executantes
- ESS** – *European Social Survey*
- FMI** – Fundo Monetário Internacional
- IBGE** – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
- IDH** – Índice de Desenvolvimento Humano
- INSHT** – Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo
- MCA** – Análise de Correspondências Múltipla (*Multiple Correspondence Analysis*)
- NHS** – *National Health Service*
- NMES** – *American National Medical Survey*
- OO** – Operários
- OIT** – Organização Internacional do Trabalho
- OMC** – Organização Mundial do Comércio
- OMS** – Organização Mundial da Saúde
- PIB** – Produto Interno Bruto
- PNAD** – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
- PNUD** – Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
- QES** – Questionário do Estado de Saúde
- SNS** – Sistema Nacional de Saúde
- SUS** – Sistema Único de Saúde
- TI** – Trabalhadores Independentes



# Índice

<b>1. Introdução</b>	<b>15</b>
<b>2. Revisão de literatura</b>	<b>18</b>
2.1. Reflexão sobre os modelos de saúde	18
2.2. A doença como construção social	20
2.3. A sociologia no campo da saúde e a nova saúde pública	21
2.4. Desigualdades em saúde segundo classe social	24
2.5. Saúde e trabalho	26
<b>3. Estudos empíricos sobre desigualdades em saúde</b>	<b>30</b>
3.1. Fatores de risco para a saúde: tabagismo e consumo de álcool	31
3.2. Estudos sobre saúde mental e sua relação com emprego e ocupação	32
3.3. Desigualdades em saúde e categoria socioprofissional: o caso português	34
3.4. Acidentes no trabalho e ocupação	36
3.5. Modelo de análise	36
<b>4. A saúde no Brasil e em Portugal: Cenários e desafios</b>	<b>39</b>
4.1. Sistemas de saúde - SUS e SNS. História e desafios	39
4.2. Comparação de indicadores das Estatísticas Mundiais em Saúde (OMS)	42
4.3. Segurança no trabalho: doenças profissionais e acidentes de trabalho	44
4.4. A relação entre meio ambiente e saúde no Brasil e em Portugal	46
4.5. Economia e desenvolvimento do Brasil e Portugal	48
<b>5. Dados e metodologia</b>	<b>51</b>
5.1. Fonte de dados I: Pesquisa Mundial em Saúde	51
5.1.1. Questionário (PMS)	52
5.2. Fonte de dados II: Pesquisa por questionário aplicada em Portugal (QES)	53
5.2.1. Questionário (Pesquisa por questionário aplicada em Portugal)	54
5.3. Fonte de dados III: Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2008	55
5.3.1. Questionário (PNAD 2008)	55
5.4. Profissão e classe socioprofissional: categorias e hierarquia	56
5.5. Métodos e técnicas estatísticas utilizadas	59
5.5.1. Testes estatísticos utilizados	59
5.5.2. A abordagem da estruturalidade: requisitos metodológicos	60
5.5.3. Análise de Correspondências Múltipla (MCA)	62

5.6. Da componente espacial até o método comparativo	62
5.7. Delimitação do objeto, objetivos e hipóteses de investigação	64
<b>6. Resultados da análise de dados estatística</b>	<b>68</b>
6.1. Análise de dados da PMS no Brasil	68
6.2. Análise de dados da PNAD 2008 no Brasil	76
6.3. Análise de dados da PMS em Portugal	82
6.4. Análise de dados da pesquisa por questionário aplicada em Portugal (QES)	87
<b>7. Reflexões e recomendações</b>	<b>93</b>
7.1. Conclusões da investigação	93
7.2. Limitações e alcance da investigação	98
7.3. Crítica e sugestões	101
<b>8. Referências bibliográficas</b>	<b>104</b>
<b>Anexos</b>	
<b>I. Análise de Dados da PMS Brasil</b>	<b>113</b>
I.1. Testes de hipóteses para comparação de grupos	113
I.1.1. Saúde percebida consoante classe socioprofissional	113
I.1.2. Restrições de saúde no quotidiano consoante classe socioprofissional	115
I.1.3. Tabagismo consoante classe socioprofissional	117
I.1.4. Etilismo (Bebidas por semana) consoante classe socioprofissional	118
I.1.5. Diagnóstico de depressão consoante classe socioprofissional	120
I.1.6. Sentimento de tristeza, depressão e vazio nos últimos dias consoante classe socioprofissional	121
I.1.7. Diagnóstico de problemas mentais consoante classe socioprofissional	123
<b>II. Análise de Dados da PMS Portugal</b>	<b>124</b>
II.1. Testes de hipóteses para comparação de grupos	124
II.1.1. Saúde percebida consoante classe socioprofissional	125
II.1.2. Restrições de saúde no quotidiano consoante classe socioprofissional	126
II.1.3. Diagnóstico de depressão consoante classe socioprofissional	128
II.1.4. Sentimento de tristeza, depressão e vazio nos últimos dias consoante classe socioprofissional	129
<b>III. Análise de Dados do questionário aplicado em Portugal (QES)</b>	<b>130</b>
III.1. Testes de hipóteses para comparação de grupos	130
III.1.1. Autoavaliação do estado de saúde consoante classe socioprofissional	130

III.1.2. Consumo semanal de bebidas alcoólicas (dias por semana) consoante classe socioprofissional	132
III.1.3. Tabagismo consoante classe socioprofissional	134
III.1.4. Saúde mental consoante classe socioprofissional	135
<b>IV. Análise de Dados da PNAD 2008 Brasil</b>	<b>136</b>
IV.1. Teste de hipóteses para comparação de grupos	137
IV.1.1. Saúde percebida consoante classe socioprofissional	137
IV.1.2. Restrições de saúde no quotidiano consoante classe socioprofissional	139
IV.1.3. Diagnóstico de depressão consoante classe socioprofissional	140
IV.1.4. Tabagismo consoante classe socioprofissional	141
<b>V. Análises de Correspondências Múltiplas (MCA)</b>	<b>142</b>
V.1. Dados da PMS Brasil	142
V.2. Dados da PMS Portugal	149
V.3. Dados da Pesquisa por questionário em Portugal (QES)	152
V.4. Dados da PNAD 2008	156
<b>VI. Operacionalização da ACM (PMS)</b>	<b>159</b>
<b>VII. Questionário de Estado de Saúde (QES)</b>	<b>160</b>

## Índice de tabelas

<b>Tabela 1</b> – Velha Saúde Pública vs Nova Saúde Pública	<b>23</b>
<b>Tabela 2</b> – Resultados percentuais de respostas de questões do ESS-2004 por categoria socioprofissional.	<b>32</b>
<b>Tabela 3</b> – Indicadores básicos de saúde OMS – Estatísticas Mundiais em Saúde 2015 (Brasil e Portugal)	<b>41</b>
<b>Tabela 4</b> – Recursos em saúde OMS (Brasil e Portugal)	<b>42</b>
<b>Tabela 5</b> – Estatísticas do trabalho (Brasil e Portugal)	<b>44</b>
<b>Tabela 6</b> – Estatísticas sobre desenvolvimento económico e social (Brasil e Portugal)	<b>48</b>
<b>Tabela 7</b> – Questões do SF-36 para a obtenção da dimensão saúde mental	<b>54</b>
<b>Tabela 8</b> - Operacionalização da tipologia ACM (Almeida, Costa e Machado)	<b>57</b>
<b>Tabela 9</b> - Matriz de correspondências entre os modelos ACM, de Wright e de Goldthorpe	<b>58</b>
<b>Tabela 10</b> – Influências do espaço na saúde	<b>62</b>
<b>Tabela 11</b> – Hipóteses de investigação	<b>65</b>
<b>Tabela 12</b> – Caracterização sociográfica da amostra (PMS-Brasil)	<b>67</b>
<b>Tabela 13</b> – Caracterização das categorias socioprofissionais de classe (PMS-Brasil)	<b>68</b>
<b>Tabela 14</b> – Indicadores de saúde da amostra (PMS-Brasil)	<b>69</b>
<b>Tabela 15</b> – Saúde percebida consoante categoria socioprofissional de classe (PMS-Brasil)	<b>70</b>
<b>Tabela 16</b> – Índice de restrições de saúde no quotidiano consoante classe socioprofissional de classe (PMS-Brasil)	<b>70</b>
<b>Tabela 17</b> – Tabagismo consoante categoria socioprofissional de classe (PMS-Brasil)	<b>71</b>
<b>Tabela 18</b> – Bebidas alcoólicas por semana consoante categoria socioprofissional de classe (PMS-Brasil)	<b>71</b>
<b>Tabela 19</b> – Medidas de discriminação, fiabilidade e inércia: PMS Brasil	<b>73</b>
<b>Tabela 20</b> – Saúde mental consoante categoria socioprofissional de classe (PMS-Brasil)	<b>73</b>
<b>Tabela 21</b> – Medidas de discriminação, fiabilidade e inércia: PMS Brasil (saúde mental)	<b>74</b>
<b>Tabela 22</b> – Caracterização sociográfica da amostra (PNAD-Brasil)	<b>75</b>
<b>Tabela 23</b> – Caracterização das categorias socioprofissionais de classe (PNAD-Brasil)	<b>76</b>
<b>Tabela 24</b> – Indicadores de saúde da amostra de trabalhadores (PNAD-Brasil)	<b>76</b>
<b>Tabela 25</b> – Saúde percebida consoante categoria socioprofissional de classe (PNAD-Brasil)	<b>77</b>
<b>Tabela 26</b> – Restrições de saúde no quotidiano consoante categoria socioprofissional de classe (PNAD-Brasil)	<b>77</b>
<b>Tabela 27</b> – Tabagismo consoante categoria socioprofissional de classe (PNAD-Brasil)	<b>78</b>
<b>Tabela 28</b> – Diagnóstico de depressão consoante classe socioprofissional de classe (PNAD - Brasil)	<b>78</b>

<b>Tabela 29</b> – Medidas de discriminação, fiabilidade e inércia: PNAD-Brasil	<b>80</b>
<b>Tabela 30</b> – Caracterização sociográfica da amostra de trabalhadores (PMS-Portugal)	<b>81</b>
<b>Tabela 31</b> – Caracterização das categorias socioprofissionais de classe (PMS-Portugal)	<b>82</b>
<b>Tabela 32</b> – Indicadores de saúde da amostra (PMS-Portugal)	<b>83</b>
<b>Tabela 33</b> – Saúde percebida consoante classe socioprofissional de classe (PMS-Portugal)	<b>83</b>
<b>Tabela 34</b> – Índice de restrições de saúde no quotidiano consoante categoria socioprofissional de classe (PMS-Portugal)	<b>84</b>
<b>Tabela 35</b> – Saúde mental consoante categoria socioprofissional de classe (PMS-Portugal)	<b>84</b>
<b>Tabela 36</b> – Medidas de discriminação, fiabilidade e inércia: PMS Portugal	<b>86</b>
<b>Tabela 37</b> – Caracterização sociográfica da amostra (QES-Portugal)	<b>87</b>
<b>Tabela 38</b> – Indicadores de saúde da amostra (QES-Portugal)	<b>87</b>
<b>Tabela 39</b> – Saúde percebida consoante categoria socioprofissional de classe (QES-Portugal)	<b>88</b>
<b>Tabela 40</b> – Tabagismo consoante categoria socioprofissional de classe (QES-Portugal)	<b>88</b>
<b>Tabela 41</b> – Consumo semanal de bebidas alcoólicas (dias por semana) consoante categoria socioprofissional de classe (QES-Portugal)	<b>89</b>
<b>Tabela 42</b> – Medidas de discriminação, fiabilidade e inércia: QES - Portugal	<b>91</b>
<b>Tabela 43</b> – Saúde mental consoante categoria socioprofissional de classe (QES-Portugal)	<b>91</b>
<b>Tabela 44</b> – Resultados das hipóteses	<b>93</b>
<b>Tabela 45</b> – Resumo da componente contextual	<b>96</b>

## **Índice de figuras**

<b>Figura 1</b> – Modelo de determinantes sociais da saúde	<b>24</b>
<b>Figura 2</b> – Agentes de risco para a saúde presentes no processo de trabalho	<b>27</b>
<b>Figura 3</b> - Modelo de análise I	<b>36</b>
<b>Figura 4</b> - Modelo de análise II (inclusão da informação contextual)	<b>36</b>
<b>Figura 5</b> – Projeção dos indicadores de saúde no espaço social: PMS-Brasil	<b>72</b>
<b>Figura 6</b> – Projeção dos indicadores de saúde mental no espaço social: PMS-Brasil	<b>74</b>
<b>Figura 7</b> – Projeção dos indicadores de saúde no espaço social: PNAD-Brasil	<b>79</b>
<b>Figura 8</b> – Projeção dos indicadores de saúde no espaço social: PMS-Portugal	<b>85</b>
<b>Figura 9</b> – Projeção dos indicadores de saúde no espaço social: QES-Portugal	<b>90</b>

## 1. Introdução

Após a década de 1970, o debate sobre as desigualdades em saúde alastrou-se em diferentes países do mundo acarretando a implementação de práticas, ações, e intervenções públicas socialmente mais efetivas nesta área. Nos séculos XX e XXI, assistiu-se, na maioria das sociedades democráticas, à expansão de sistemas de proteção social e de estratégias para a melhoria da qualidade de vida, que resultaram no aumento da esperança de vida e na queda de indicadores de mortalidade e morbidade. Recentemente, o tema das desigualdades em saúde parece ter perdido centralidade na agenda pública, mas o seu estudo é uma tarefa inacabada e assume contornos de maior complexidade num mundo globalizado e em constante transformação (Moore, 2002).

A existência de desigualdade socioeconômica abrangente na distribuição da saúde e da mortalidade é um fato bem estabelecido e reconhecido por um amplo, rigoroso e cumulativo processo de pesquisas (Marmot, Kogevinas e Elston, 1987; Marmot, Bobak e Smith, 1995; Vintém, Guerreiro e Carvalho, 2008; Elo, 2009). Essas pesquisas têm demonstrado de modo convergente que as desigualdades socioeconômicas de saúde são grandes e persistentes mesmo num cenário de grandes progressos nos níveis gerais de saúde da população e de melhorias na qualidade e na disponibilidade do serviço médico moderno. A invariância das desigualdades em saúde – quanto pior a posição social (medida de diferentes formas), tanto pior a saúde – mantém-se verdadeira mesmo nos países mais avançados. A padronização das desigualdades é usualmente bastante clara e a dimensão das desigualdades é, de um modo frequente, ampla.

A tradução de desigualdades sociais em termos de disparidades de saúde faz do estudo dessas relações um campo de interesse para a saúde pública e para as ciências sociais. A doença não é tida como uma ocorrência individual e fortuita, mas algo que é distribuído entre as pessoas relativamente às linhas de poder e riqueza – os mais pobres e menos poderosos são os mais suscetíveis à doença e à incapacidade, e estas condições de pobreza são, muito provavelmente, uma causa e não uma consequência desse resultado. Deste ponto de vista, a resposta para curar doenças pode residir em ‘curar’ a sociedade, e não o indivíduo. Este pressuposto justifica a pertinência da tese aqui apresentada, pois nos propomos a estudar uma problemática que envolve o bem-estar físico, mental e consequentemente o bem-estar social de populações. Uma boa saúde é um dos recursos para o desenvolvimento social, econômico e pessoal e uma dimensão importante da qualidade de vida.

Pode-se assim focalizar a análise de desigualdades em saúde sob a ótica das diferenças na condição de saúde, ou na distribuição das suas determinantes entre diferentes grupos populacionais: algumas diferenças são atribuíveis a variações biológicas ou de livre escolha, e outras são atribuíveis ao ambiente externo e a condições, em geral, alheias ao controle dos grupos em questão. No primeiro caso, pode ser eticamente impossível ou ideologicamente inaceitável mudar as determinantes da saúde e, assim, as desigualdades em saúde são inevitáveis. No segundo, a distribuição desigual pode ser desnecessária e evitável, e, portanto, injusta (Giddens, 2005).

William Cockerham, no seu livro *Social Causes of Health and Disease* (2007), demonstra-nos que as desigualdades em saúde é um tema que apresenta uma mudança de paradigmas em curso, reconhecendo a importância das determinantes sociais em saúde. Os fatores sociais não eram considerados como causas fundamentais de doenças nos estudos epidemiológicos, sendo relegados a influências coadjuvantes: os determinantes do estado de saúde eram atribuídos principalmente a processos bioquímicos. Contudo, diante de novos paradigmas, percebe-se a necessidade de considerar o conjunto de fatores influenciadores na análise da saúde e na sua distribuição desigual. A partir desse momento, os estudos sobre saúde começam a ser analisados como construção social.

Dado este contexto, a presente tese procura analisar a relação entre a estrutura de classes socioprofissionais e as desigualdades em saúde no Brasil e em Portugal. Para tal procura-se examinar os dados portugueses e brasileiros da Pesquisa Mundial em Saúde (doravante referida como PMS), promovida pela Organização Mundial de Saúde em 2003, da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (doravante referida como PNAD), executado em 2008 pelo IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), e os dados referentes a uma pesquisa por questionário levada a cabo em Portugal em 2014. A partir desses dados procura-se encontrar relações entre diferentes indicadores de saúde (saúde percebida, fatores de risco para a saúde, diagnóstico de problemas de saúde mental e restrições no quotidiano) e o *status* ocupacional, operacionalizada através de um indicador socioprofissional de classe (Costa, Machado e Almeida, 1990; Machado *et al* 2003). Essa tarefa pressupõe também a comparação entre os resultados do Brasil e Portugal (análise que poderá contribuir para uma reflexão contextualizada sobre os mecanismos que podem impulsionar e configurar essas relações).

Em termos estatísticos, perspectiva-se, numa primeira instância, a realização de vários testes estatísticos para comparação de grupos (classes socioprofissionais) e para verificação de relações de dependência. Numa segunda instância, perspectiva-se a



realização da Análise de Correspondências Múltiplas (MCA) para projetar graficamente essas relações entre saúde e classe socioprofissional num espaço social.

## 2. Revisão de Literatura

O ponto de partida para a revisão de literatura da presente tese tem que começar pela abordagem reflexiva sobre os modelos de saúde, uma vez que permitem perceber como os elementos sociais se podem incorporar nas explicações para a saúde e a doença.

### 2.1. Reflexão sobre os modelos de saúde

Existem diferentes modelos de saúde que pretendem explicar com detalhe as desigualdades em saúde. Apenas alguns deles relacionam a saúde a fatores sociais e contribuem para a abordagem sociológica das desigualdades sociais em saúde.

Biomecânico - O modelo biomecânico estabelece um paralelo entre um corpo e uma máquina, e assim, tal como a máquina sofre avarias e necessita de ser reparada, o mesmo acontece com o corpo humano. Tal como a máquina, o corpo tem um período de vida limitado, que pode ser ligeiramente alargado se for bem tratado e regularmente ‘assistido’. O papel do médico é diagnosticar o problema (tal como o mecânico faz com os carros), e depois curar (reparar a máquina). O atual modelo biomecânico da doença, baseia-se em ‘curar indivíduos de crises episódicas de doenças orgânicas’. No entanto os sociólogos criticaram este modelo por não relacionar a doença com os fatores mais vastos da vida das pessoas - por exemplo o papel do *stress*, dos ambientes de trabalho, da poluição ambiental, etc. Além disso esta abordagem não explica porque é que diferentes sociedades têm visões distintas daquilo que a saúde é, já que, se a doença é meramente biológica, todas as sociedades deveriam revelar os mesmos padrões de saúde e de doença, o que não acontece (Moore, 2002).

Religioso - Em sociedades tecnologicamente não avançadas a maior parte das explicações sobre a doença baseiam-se na religião, ou num sentido de equilíbrio entre as pessoas e o ambiente. A saúde apenas pode ser restaurada através de uma reorganização das relações e dos eventos sociais que poderão ter originado a doença, ou através da ‘expulsão do espírito injurioso’. Portanto ao contrário do modelo biomecânico, a doença não é só meramente física, refletindo também as circunstâncias sociais do indivíduo (Moore, 2002).

Abordagem funcionalista - Esta abordagem vem do sociólogo funcionalista Talcott Parsons (1951), que estava menos interessado em definir o que é a saúde e a doença e bastante mais preocupado em examinar a importância da doença para o funcionamento equilibrado da sociedade e como a sociedade lida com a doença. Para Parsons, a doença é, na realidade, uma forma de desvio que ameaça o funcionamento

harmonioso da sociedade, já que qualquer pessoa que adoece fica incapaz de desempenhar o papel que se espera dela em termos sociais. Isto pode ter consequências muito sérias para a sociedade pois se todos estivessem doentes (fosse qual fosse o motivo) a sociedade deixaria de funcionar. Deste modo, a sociedade desenvolveu mecanismos para evidenciar a doença, para isolar aqueles que são definidos como doentes, e por fim, persuadi-los a reentrarem no seu papel normal o mais rapidamente possível recorrendo aos devidos cuidados em saúde.

Abordagens marxistas - Estas abordagens alegam que as definições de saúde e doença estão intimamente relacionadas com as necessidades do capitalismo em termos de uma mão de obra saudável. Navarro (1976), por exemplo, afirma que a introdução de serviços de saúde foram, em parte, o resultado das exigências da classe trabalhadora e, desta forma, uma vitória parcial para a mesma. Mas mais importante foi o fato da introdução do NHS (*National Health Service*) estar intimamente relacionado com as necessidades da sociedade capitalista e as necessidades dos patrões. A saúde, de acordo com os marxistas, pode ser melhor definida como a condição através da qual é possível continuar a trabalhar eficientemente. O papel dos sistemas nacionais de saúde é o de assegurar uma população em boa forma. Os marxistas tendem a apontar para o fato de que à medida que as necessidades de empregados diminuem com a introdução da tecnologia para os substituir, também se verificaria um declínio dos serviços de saúde.

McKinley (1977), um marxista americano, argumenta que os serviços de saúde existem porque proporcionam grandes lucros às empresas médicas envolvidas no fornecimento de medicamentos e de equipamentos aos hospitais e aos consultórios médicos. Consequentemente, a prática da medicina pode ser vista como outra forma de exploração, juntamente com todas as outras que existem no capitalismo.

Segundo Minayo (2010), a interpretação marxista da saúde desenvolveu-se sob o clima dos movimentos sociais em busca do direito universal à saúde. O materialismo histórico e dialético foi o fundamento para interpretação do processo saúde-doença, tendo, portanto, a premissa da posição de classe “como elemento fundamental na explicação da distribuição da saúde e da doença e dos tipos de patologia predominante” (p.125).

Mencione-se também que através da abordagem de Marx (1983), é possível reconhecer a importância do trabalho para delimitar os processos particulares formadores do processo saúde-doença, uma vez que o trabalho é tido como a base das relações entre os homens. É através do trabalho que o homem produz a sua existência. O fato de o trabalho se caracterizar pelo seu aspecto social conduz a um rompimento com o

paradigma do homem como ser apenas natural, passando a ser entendido como um ser que se constrói, inserido num processo social dentro de uma dialogia com a natureza.

## 2.2. A doença como construção social

A construção social da doença é uma das principais perspectivas de pesquisa na sociologia da medicina, tendo contribuído significativamente para a compreensão das dimensões sociais da doença. Ao abordar a construção social da doença estamos a abordar temas como o significado cultural da doença, a experiência da doença como socialmente construída e o saber médico como socialmente construído.

Em contraste com o modelo médico, o qual assume que as doenças são universais e invariantes no tempo e no espaço, é necessário enfatizar o modo como o significado e a experiência da doença são moldados pelos sistemas sociais e culturais. A doença não está simplesmente presente na natureza, esperando para ser descoberta por cientistas ou médicos. Como observa Gusfield (1967) “a doença é uma designação social, de maneira nenhuma dada na natureza do fato médico” (p. 180). Existem sim condições corporais biofisiológicas ou eventos que ocorrem naturalmente, mas esses não são, em si mesmos, doenças.

O livro de Elliot Freidson “*Profession of Medicine*” (1970), quebrou alguns paradigmas e também preparou uma base importante para a abordagem da construção social da doença. Na parte final do livro numa secção intitulada “A construção social da doença”, Freidson explica como as doenças têm consequências independentes de quaisquer efeitos biológicos: “Quando um médico diagnostica uma condição humana como doença, ele modifica o comportamento do homem por meio do diagnóstico; um estado social é adicionado a um estado biofisiológico, ao atribuir o significado de doença à enfermidade. É nesse sentido que os médicos criam doenças (...) e que a doença é (...) analítica e empiricamente distinta de uma mera enfermidade” (p. 223).

Para melhor compreender a construção social da doença importa examinar com algum pormenor a construção social do saber sobre a saúde e doença, buscando referências à perspectiva construtivista<sup>1</sup> na Psicologia Social, que contribui também para a compreensão do processo saúde/doença, incorporando o social de uma forma mecânica

---

<sup>1</sup> Esta perspectiva privilegia a relação dialética entre a esfera individual e social, quanto a relação entre pensamento e atividade. Dessas relações resultam a criação de representações sociais que são formas de conhecimento prático, que têm por função estabelecer uma ordem que permita aos indivíduos orientarem-se em seu mundo social e material.

e adotando uma postura dinâmica face ao social. Este ponto de vista privilegia a perspectiva do paciente e não tem por objetivo formular leis causais; a doença é vista como um fenómeno psicossocial historicamente construído e, como tal, é sobretudo, um indicador da ideologia vigente sobre o adoecer e os doentes em uma determinada sociedade (Spink, 1992).

Tal postura implica dois saltos qualitativos: 1) a doença não é apenas uma experiência individual, mas também um fenómeno coletivo sujeito às forças ideológicas da sociedade; 2) a inversão de uma perspectiva deixando de privilegiar a ótica médica como o único padrão de comparação legítimo e passando a legitimar, também a ótica do paciente, tornando possível o confronto entre o significado (social) da experiência e o sentido (pessoal) que lhe é dado pelo indivíduo.

Temos assim uma vertente que enfatiza as representações do processo saúde/doença, que procura explicitar o substrato social das construções que determinados grupos ou sociedade fazem da doença e da saúde. Estas representações são uma forma de conhecimento prático que orientam a ação. “Se quisermos influenciar a ação (seja essa ação a busca de atendimento, a automedicação ou até mesmo os estilos de vida) precisamos antes compreender o que embasa a ação. A palavra de ordem, no caso, não é educar, mas conscientizar, tornando transparente o que era opaco e enfatizando os aspectos criativos do pensamento individual” (Spink, 1992, p.137)

### **2.3. A sociologia no campo da saúde e a nova saúde pública**

Existe uma tradição da discussão sobre o tema da saúde e da doença a partir da sociologia, organizada a partir da medicina como possibilidade de compreensão deste fenómeno na sociedade portuguesa.

Carapinheiro (2006), reflete sobre a designação ‘Sociologia da saúde’ como um “(...) enunciado analítico que inscreve perspectivas plurais para a abordagem sociológica. Mas o uso desta designação encerra vários problemas que, em primeira instância, remetem para as circunstâncias sociais, políticas e as condições intelectuais e teóricas que antecederam e nas quais se forjou este projeto de especialização sociológica e, em segunda instância, para os percursos acidentados da sua institucionalização académica e científica, em contextos sociais marcados por diferentes tradições sociológicas” (p. 388) Não é isenta de problemas e dilemas, tanto de natureza conceptual como teórica e analítica, a designação ‘Sociologia da Saúde’, embora a consideremos mais adequada que a designação ‘Sociologia Médica’, na medida em que mobilizando as diferentes

perspectivas que permitem construir o conhecimento nesta temática, encontramos a possibilidade de utilização de metodologias e técnicas, suportadas por diferentes paradigmas, mas onde a fenomenologia e a etnometodologia são essenciais para a construção de uma atitude compreensiva e construtivista a partir da complexidade inerente aos conceitos de saúde e doença, que são entendidas como designações sociais que não dependem, senão parcialmente, ‘biológicos e fisiológicos’. Ou seja, são predominantemente encaradas como entidades sociais, culturais, morais, políticas, éticas e estéticas, perspectivadas nos planos das culturas, representações e práticas que lhes dão significado e sentido, das experiências subjetivas e objetivas que moldam as circunstâncias de as viver, e dos modos de ação e de regulação que circunscrevem as suas formas de institucionalização” (Carapinheiro, 2006, p.8)

Para reforçar o papel da sociologia no campo da saúde, Candeias (1971) tinha já argumentado que “as mais recentes discussões levam à disposição de formar, por um lado, médicos com conhecimentos sociológicos e, por outro, sociólogos com conhecimentos médicos, a fim de que (...) possam resolver juntos, uns complementando outros, problemas de patologia individual e social.” (p. 111) Estas palavras tiveram o objetivo de explicitar o ensino e pesquisa da sociologia no campo da saúde, e de demonstrar que a sociologia é essencial para 1) entender padrões de mortalidade e morbidade e a sua relação com hábitos e comportamentos; 2) para desenvolver estratégias de ação sobre fatores físicos, psíquicos, culturais e ambientais; 3) para explicitar a composição multicultural e multiétnica das sociedades e auxiliar a construção de competências no campo da comunicação, negociação e motivação; e 4) para promover a humanização no cuidado de pacientes e nas relações de trabalho.

Para melhor compreender o contexto em que as ciências sociais começaram a assumir o seu papel, influência e intromissão no campo da saúde, pode-se recorrer à abordagem de Baume (1998), que estabeleceu os contrastes e similaridades entre a ‘velha’ e a ‘nova’ saúde pública na Austrália (ver Tabela 1):

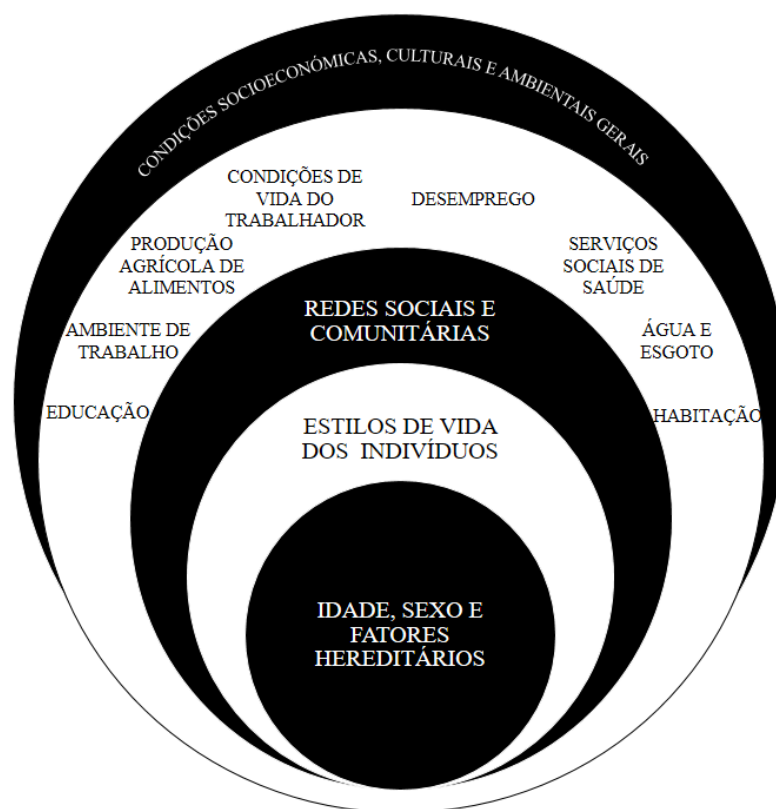
**Tabela 1** – Velha Saúde Pública vs Nova Saúde Pública

<b>Velha Saúde Pública (Até à década de 1980)</b>	<b>Nova Saúde Pública (Após a à década de 1980)</b>
Foco no desenvolvimento de infraestrutura física, especialmente para prover moradia, água e esgoto	Foco no desenvolvimento de infraestrutura física, mas, também, em desenvolver suporte social, comportamento e estilo de vida saudável
Desenvolvimento de legislação e mecanismos políticos chaves, especialmente no século XIX.	Legislação e política redescobertas como ferramentas cruciais para a saúde pública.
A profissão médica tem lugar central.	Reconhecimento da ação intersetorial como crucial, sendo a medicina apenas uma entre as muitas contribuições profissionais.
A metodologia de pesquisa foi legitimada pela epidemiologia	Várias metodologias são reconhecidas como legítimas
Foco na prevenção de doenças e a saúde vista como ausência de doença.	Foco na prevenção de doenças, promoção da saúde e na definição positiva de saúde.
Preocupação fundamental com a prevenção e tratamentos de doenças infecciosas e contagiosas	Preocupação com o tratamento de doenças, inclusive crônicas e mentais, mas com crescente interesse nas questões de sustentabilidade ambiental.

**Fonte:** Baume (1998)

A partir do confronto entre velha saúde pública e nova saúde pública, é possível verificar a adoção de uma nova abordagem com uma forte vertente no social, com a necessidade de adotar políticas de saúde pública e de promoção da saúde, o reconhecimento do trabalho multidisciplinar e a legitimação de novas metodologias de pesquisa sob diferentes perspectivas. Guimarães, Pickenhayn e Lima (2014), argumentam que a nova saúde pública vem rompendo cada vez mais com o modelo biomédico ‘hospitalocêntrico’ e medicalizado com foco no indivíduo, ao tratar a saúde como produção social e ao considerar o processo saúde-doença na relação dos indivíduos e grupos sociais com o ambiente físico e social, sendo necessária uma intervenção mais abrangente e multidisciplinar da comunidade científica para traçar linhas de atuação sobre as múltiplas determinantes em saúde. Neste contexto, as determinantes sociais em saúde assumem o seu protagonismo e relevância, com um vasto leque de fatores e temas para explorar e reavaliar (ver Figura 1).

**Figura 1** – Modelo de determinantes sociais da saúde



**Fonte:** Dahlgren e Whitehead (1991), adaptado pelo autor

#### **2.4. Desigualdades em saúde segundo a classe social**

Como vimos, os modelos religioso, funcionalista e marxista fazem uma associação da saúde com fatores sociais. Baseado nisso, surgem também algumas teorias que associam especificamente a saúde à desigualdade material na sociedade, ou seja, à estratificação social ou à desigualdade entre classes. Destacamos quatro tipos de explicação elaborados para avaliar a relação entre saúde e classe social.

Abordagem do artefato – Esta abordagem foi sugerida por Illsey (1986), e considera que as estatísticas que apontam para uma relação clara entre a classe social e a doença são enganadoras. Segundo Illsey, os dados que sugerem que há um fosso entre a população mais pobre e o resto da sociedade encobrem mudanças significativas na composição de classes da sociedade. A principal razão para isto prende-se ao fato de o número de pessoas da classe mais alta ter decrescido nos últimos 30 anos, sendo que é hoje demasiado reduzido para ser considerado, relativamente às outras classes sociais, um termo de comparação válido.



Abordagem da seleção social – Esta abordagem afirma que não é apenas a classe social que causa a má saúde, mas pode dar-se o caso de a má saúde ser um importante fator a determinar a posição do indivíduo na classe social. Se por exemplo, uma pessoa tem uma doença crónica, ou alguma espécie de incapacidade, ser-lhe-á difícil conseguir um trabalho bem remunerado, ou uma carreira. O resultado será essa pessoa situar-se nos grupos ocupacionais mais baixos e ter um vencimento reduzido. Os que são fisicamente aptos, pelo contrário, têm mais hipóteses de ser bem sucedidos e de ascender socialmente (Moore, 2002).

Abordagem cultural – Esta abordagem defende que as pessoas fazem as suas próprias escolhas de acordo com o seu estilo de vida, escolhas essas que influenciam o seu nível de saúde. Os padrões de saúde são influenciados por fatores como o exercício físico, o consumo de álcool, tabaco e a dieta alimentar. A abordagem cultural sublinha que os estilos de vida individuais podem melhor ser entendidos como o resultado de escolhas culturais feitas por diferentes classes sociais, grupos étnicos e até certo ponto género (Moore, 2002).

Abordagem estrutural – Esta última perspectiva parte daqueles que vêm uma relação direta entre as diferenças em saúde e a natureza exploradora das sociedades capitalistas. O fato de ser doente não resulta de uma escolha livre, mas antes da própria natureza do capitalismo (Moore, 2002). As indústrias diferem nos tipos de perigo a que sujeitam os seus funcionários, por exemplo, aqueles cujo trabalho obriga ao contato com pó contraem doenças respiratórias, enquanto os que estão sujeitos ao ruído perdem a capacidade auditiva, e o câncer está associado ao trabalho com químicos e resíduos perigosos.

Muito embora o foco analítico da presente tese esteja tendencialmente centrado nos trabalhadores, a empregabilidade foi também tida em conta, uma vez que também pode influenciar o estado de saúde. Brenner e Mooney (1983) argumentaram que o desemprego leva (após um certo período de tempo) a taxas mais elevadas de doença na sociedade, devido essencialmente ao *stress*. Também se sabe que o desemprego está associado à pobreza, que por sua vez leva a uma dieta pobre e baixos padrões habitacionais.

O Prémio Nobel da Economia de 1998, Amartya Sen (1997) dá-nos conta das vulnerabilidades e penalizações do desemprego para o bem-estar do indivíduo entre as quais se podem destacar a perda de liberdade e exclusão social (porque o desemprego empobrece e a pobreza gera fortes perdas de liberdade), a perda de qualificações e danos de longo prazo (em resultado de ausência de práticas de trabalho que rapidamente destrói competências, capacidades cognitivas e confiança), danos psicológicos (como

consequência do sofrimento provocado pela diminuição dos rendimentos, da perda de respeito próprio e da depressão associada a estar dependente e sentir-se rejeitado e improdutivo), perda de motivação e perda de relações humanas e vida familiar (porque o desemprego gera um abaixamento acelerado do patamar de relações sociais, crises de identidade e privações muito sérias na vida pessoal e familiar).

Além da associação entre classe e saúde, a literatura relacionada discute também mais especificamente a relação entre a saúde e trabalho. Uma vez que a sociologia se vale frequentemente das ocupações e da posição dos indivíduos nas ocupações para representar desigualdades de classe, essa segunda associação também assume relevância na presente discussão. Mais ainda devido ao fato de que, no presente trabalho, não estaremos lidando diretamente com um conceito de classe social, mas sim com uma *proxy* dos efeitos de classe na sociedade, que são as diferenças entre as categorias socioprofissionais.

## **2.5. Saúde e trabalho**

Os anos setenta sinalizaram a crise do modo de acumulação taylorista-fordista, que surge como manifestação de uma crise estrutural do capital, caracterizada por Antunes (2002) pela queda da taxa de lucro, também decorrente do aumento do preço da força de trabalho, hipertrofia da esfera financeira e concentração de capitais (decorrente de fusões entre empresas monopolistas e oligarquias). Estes foram alguns dos fatores económicos que impulsionaram algumas mudanças nos modelos de gestão e estruturação produtiva, com repercussões na base tecnológica existente, na organização, no processo de trabalho e na forma de gestão das organizações, que ocorreram num contexto de novas modalidades de organização e desenvolvimento industrial (caracterizadas pela abertura do mercado internacional, inovações organizacionais e tecnológicas, descentralização, organização flexível da produção e reprofissionalização da mão-de-obra).

Temos então uma nova forma de organização do trabalho, integrada e flexível, que substitui a excessiva rigidez e padronização taylorista. A principal característica desse novo modelo é o dinamismo, a participação do trabalhador, o incentivo ao trabalho cooperativo em equipa, a velocidade, a polivalência e rotação de tarefas. Além disso, a sua filosofia é a de superação constante, melhorando e modificando tanto os componentes técnicos quanto à organização da força de trabalho, com geração permanente de evolução tecnológica (Antunes, 2002). Autores como Andrade (1996) e Aguiar (2002) argumentam que as novas técnicas de gestão empresarial exprimem uma contínua transformação

dentro do mesmo processo de trabalho, repercutindo sobre as formas de gestão e fluxo de controlo, com conseqüente intensificação do trabalho, obtida por meio da participação manipuladora. A participação dos trabalhadores parece então constituir-se numa falsa igualdade de poder, que, frequentemente, é desfrutado como estratégia de uso e expropriação da inteligência e do saber, a qual, aliada a estratégias de autocontrolo do padrão de qualidade e também de controlo do trabalho da mão-de-obra, constitui-se efetivamente como meio disponível para alcançar a auto subordinação.

Todo o processo de trabalho envolve situações de risco, de acidentes e de formas de adoecimento, e essas situações de risco se concretizam nos chamados ‘agentes de risco’. O agente de risco é uma característica do ambiente de trabalho e possui a possibilidade de, ao atuar sobre o trabalhador, prejudicar a sua saúde, pois concentra características potencialmente danosas para a saúde (Agostini, 2002). Para um melhor entendimento de como atuam os agentes de risco, a Figura 2 apresenta a classificação e articulação dos agentes de risco para a saúde presentes nos processos de trabalho.

**Figura 2** – Agentes de risco para a saúde presentes no processo de trabalho



Fonte: Agostini, 2002

Temos diferentes tipos de agente de risco com diferentes implicações e que atuam de forma particular e circunstanciada na relação trabalho e saúde. Os agentes de risco físicos representam o ambiente térmico, ruído, radiações ionizantes, iluminação, pressões anormais e vibrações. Os agentes de risco químicos podem ser sólidos (poeiras e fumos), líquidos (vapores e gases), anestésicos (narcóticos), inflamáveis (explosivos) e corrosivos. Os agentes ergonômicos correspondem à fadiga e problemas relacionados com a postura e esforços físicos e mentais. Os agentes de risco mecânicos correspondem às quedas, lesões no manuseio de máquinas e instrumentos e outros impactos mecânicos. Relativamente aos agentes de risco biológicos, estes dizem respeito a incidências

relacionadas com o contato de animais, contato ou manuseio com microrganismos patogênicos (laboratórios e hospitais) e contato com vetores de doenças infectocontagiosas. Por fim os agentes de risco organizacionais prendem-se essencialmente com o trabalho alternado e noturno, repetitivo e monótono, com as jornadas de trabalho, pausas e horas extras, com os ritmos de trabalho e cobranças de produtividade e com os mecanismos de coerção e punição.

Com vista a clarificar e a reconhecer o papel do trabalho na saúde o Manual de Procedimentos para os Serviços de Saúde do Ministério da Saúde do Brasil (2001), deixa bem claro que os trabalhadores podem adoecer ou morrer por causas relacionadas ao trabalho, como consequência da profissão que exercem ou exerceram, ou pelas condições adversas em que seu trabalho é ou foi realizado. Ouvir o trabalhador falando do seu trabalho, de suas impressões e sentimentos em relação ao trabalho, de como seu corpo reage no trabalho e fora dele, é de fundamental importância para a identificação das relações trabalho-doença. É a tradução prática da recomendação feita em 1700 pelo médico italiano Bernardino Ramazzini<sup>2</sup> de que todos os médicos deveriam perguntar aos seus pacientes: Qual é a sua profissão?

Dal Rosso (2008) em ‘Mais Trabalho! A intensificação do labor na sociedade contemporânea’, enfatizou o papel da intensificação do trabalho (mais denso e produtivo) na saúde do trabalhador perante a exigência de mais resultados materiais e imateriais. A análise de dados empíricos levada a cabo por este autor revelou que o grupo de atividades capitalistas modernas faz maior uso do atestado médico que as demais. Ao analisar este grupo com maior pormenor, podemos ir para além dos padrões de relação trabalho-doença da sociedade industrial (onde o trabalho manual é preponderante), reconhecendo alguns problemas de saúde específicos nas atividades imateriais capitalistas (serviços do setor financeiro e bancário, da telefonia e comunicação, por exemplo) que se referem especialmente à saúde psíquica e que são decorrentes de um tipo de trabalho em que a componente intelectual e relacional é preponderante.

Este padrão foi também decifrado pela OMS. Em 1994, na segunda reunião dos Centros de Colaboradores em Saúde Ocupacional na OMS, realizada em Beijing (China), foi apontado que nos setores dos serviços sobressaem os problemas relacionados aos ambientes modernos em contextos de rápido avanço tecnológico. Esses problemas são:

---

<sup>2</sup> Com o seu trabalho *De Morbis Artificum Diatriba* (Doenças do Trabalho), Ramazzini, deu um enorme e pioneiro contributo para medicina ocupacional. Nesse trabalho relacionou-se os riscos ocasionados por produtos químicos, poeira, metais e outros agentes encontrados por trabalhadores em 52 ocupações.

*stress* psicológico decorrente das novas formas de organização do trabalho, longas tarefas computacionais e a qualidade do ar em ambientes fechados. Ou seja, além da exposição a agentes físicos, químicos e biológicos, os fatores psicológicos e psicossociais são tidos em conta no dia-a-dia dos trabalhadores numa perspectiva articulada. Todos agentes e/ou fatores, individualmente ou combinados, além de representarem um risco à segurança e à saúde dos trabalhadores, constituem importantes mecanismos redutores do bem-estar e produtividade das sociedades de todo o mundo.

Autores como Dejours (1988) e Gaulejac (2007) debruçaram-se como o trabalho e a sua organização interferem na saúde mental do trabalhador e como podem ser a causa de certas descompensações. Estes autores argumentam que a investigação da relação de trabalho-saúde mental só é possível se houver uma ruptura com alguns modelos médicos e psiquiátricos clássicos, e se considerarmos a dimensão organizacional do trabalho, isto é, aquilo que o especifica como ‘relação social’.

Dejours dá-nos conta das peculiaridades da carga mental e psíquica do trabalho e de como o trabalho e a sua organização podem ser perigosos para o trabalhador, na medida em que este é despossuído do seu corpo físico e nervoso e ‘domesticado’ num contexto de dominação e exploração da força de trabalho. A organização do trabalho é considerada a causa de certas descompensações, pois faz com que o aparelho mental perca a sua versatilidade, provocando fadiga e recortando as relações humanas de trabalho.

Gaulejac (2007) enfatiza a situação tensa quotidiana do trabalhador que quer manter o seu emprego. Face à ameaça da precarização do trabalho e do desemprego, os trabalhadores vivenciam o medo que conduz a condutas de obediência, de submissão, enfraquecendo a solidariedade e reciprocidade entre os colegas e trabalho, na medida em que o temor pessoal separa e individualiza o sofrimento daqueles que estão na mesma condição. Deste ponto de vista, a imposição de um modelo de gestão capitalista de produção e todas as suas consequências e circunstâncias revelam-se claramente potenciadoras de problemas de saúde mental para os trabalhadores. Nessa abordagem, a saúde mental estaria diretamente relacionada ao trabalho em condições subordinadas.

### **3. Estudos empíricos sobre desigualdades em saúde**

Estudos empíricos identificaram variação nas associações entre a desigualdade social e a saúde em diferentes países. Nesta secção destacaremos algumas dessas pesquisas com o fito de ressaltar a importância das variações contextuais no tipo de relações que nos propomos a investigar.

#### **3.1. Fatores de risco para a saúde: tabagismo e consumo de álcool**

A atenção dada ao tabagismo e ao etilismo para a saúde (tendo em consideração todo o vasto leque de doenças que lhe estão associadas), obriga a que se tenham em consideração esses hábitos aquando da pesquisa da relação entre saúde e *status* profissional.

A partir do estudo sobre etilismo e tabagismo de Chaeb e Castellarin (1998), é possível verificar que existe relação estatisticamente significativa entre etilismo e ocupação, na medida em que na categoria de ocupação elementar existe uma percentagem muito maior de consumo de bebidas alcoólicas em comparação com as categorias de ocupação média e superior.

No que diz respeito à relação do tabagismo com ocupação, existem também dados empíricos que nos permitem retirar algumas pistas para uma futura investigação. Em primeiro lugar mencione-se a pesquisa de Whitlock *et al* (1998) na Nova Zelândia, na qual se identificou um gradiente socioeconómico no consumo de tabaco. A estratificação da população por faixas de renda e ocupação revelou um consumo elevado, de duas a três vezes maior, nos grupos com piores condições sociais e económicas. Além disso, verificou-se que uma renda baixa, ocupação em atividades com menor qualificação e restrita escolaridade, foram fatores preditivos nas falhas de tentativas de abandono do tabagismo e de maior quantidade de cigarros fumados.

Outro exemplo interessante que revela a influência da ocupação no tabagismo são os dados referentes aos inquéritos de saúde divulgados pelo CDC (*Centers for Disease Control and Prevention*) nos Estados Unidos da América, que demonstram que os trabalhadores da indústria da mineração, os trabalhadores nos serviços de alimentação e os trabalhadores na construção civil são mais propensos a fumar que os trabalhadores das outras indústrias.

### 3.2. Estudos sobre saúde mental e sua relação com emprego e ocupação

Passam-se agora a apresentar alguns estudos que estabelecem a relação entre indicadores de saúde mental e emprego e ocupação para que se possam antever alguns padrões e tendências.

Eaton *et al* (1990) compararam a prevalência de depressão através de medidas clinicamente validadas contemplando uma centena de ocupações numa amostra de 11.789 trabalhadores. Através de entrevistas estruturadas com recurso ao *Diagnostic Interview Schedule* (DIS) e ao *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-III), foi possível apurar diferentes níveis de prevalência de distúrbios depressivos consoante ocupação. As duas ocupações com maior prevalência foram os operadores de equipamentos informáticos e técnicos de inserção de dados (13%). Outras profissões que registraram taxas de prevalência de destaque (10%) foram os datilógrafos, advogados, professores e conselheiros.

Outras tendências foram registadas no estudo de Grosch *et al* (1998). Estes autores utilizaram a amostra de 8.486 trabalhadores do *American National Medical Survey* (NMES) para examinar diferenças ocupacionais na depressão e na saúde em geral. Grosch *et al* identificaram níveis elevados de depressão nos operadores de máquinas, motoristas e agricultores/silvicultores, e níveis mais baixos de depressão nas ocupações administrativas e técnicas.

Tendo como referência estudos baseados em questionários de autoavaliação, podem-se encontrar mais grupos ocupacionais com maior manifestação de sofrimento psíquico. Como é o caso do estudo holandês de Bultmann *et al* (2011) em que se registraram elevadas taxas de prevalência de sofrimento psíquico nos controladores de maquinaria eletrotécnica (45%), bibliotecários (40%), *garçons* (36%) e assistentes sociais (33%).

O trabalho de Szwarcwald, Bastos e Esteves (2005) faz um enquadramento da presença de gradientes socioeconómicos na autopercepção de mal-estar psicológico, como sentir-se deprimido ou ansioso. Os resultados indicam que, entre mulheres, fatores essenciais associados com a variável dependente ‘depressão’ são o nível educacional e o desemprego. Entre homens, sentir-se deprimido está associado com o desemprego e privação de bens materiais. No que diz respeito a fatores ligados à ansiedade, somente o desemprego contribui de forma significativa na associação com a variável dependente ‘ansiedade’.

### 3.3. Desigualdades em saúde e categoria socioprofissional: o caso português

Com a finalidade de desenvolver uma análise sobre o modo como as problemáticas das classes sociais se articulam com as percepções de saúde e doença, Vintém, Guerreiro e Carvalho (2008) apresentaram alguns resultados do *European Social Survey*, relativos à autoavaliação do estado de saúde, ao sentimento de bem-estar e à frequência de ida a consultas médicas da população inquirida em Portugal Continental. Estes resultados permitem retirar algumas ilações relativamente a aspectos de desigualdades em saúde e sua relação com o *status* profissional.

De uma forma geral, constata-se a existência de discrepâncias na maneira como cada categoria socioprofissional autoavalia o seu estado de saúde, como qualifica o sentimento de bem-estar e na utilização dos cuidados de saúde com recurso a consultas médicas (ver Tabela 2).

**Tabela 2** – Resultados percentuais de respostas de questões do ESS-2004 por categoria socioprofissional.

	Categoria Socioprofissional						
	EDL	PTE	TI	AI	EE	O	AA
<b>Autoavaliação do estado de saúde</b>							
Muito boa ou boa	51,7%	64,0%	54,7%	35,2%	51,4%	46,4%	18,2%
Razoável	37,4%	30,4%	29,7%	40,7%	37,4%	37,3%	29,1%
Má ou muito má	10,9%	5,6%	15,6%	24,1%	11,3%	16,3%	52,7%
<b>Índice de Bem-Estar</b>							
1 (máx)	2,9%	8,5%	1,6%	0,0%	4,5%	3,4%	1,9%
2	27,0%	32,4%	27,4%	20,4%	25,8%	17,9%	5,7%
3	37,4%	33,8%	38,7%	24,1%	30,9%	39,9%	11,3%
4	24,1%	14,6%	19,4%	29,6%	21,8%	22,5%	41,5%
5	5,2%	9,4%	11,3%	22,2%	14,5%	14,0%	28,3%
6 (min)	3,4%	1,4%	1,6%	3,7%	2,5%	2,4%	11,3%
<b>Frequência de ida a consultas (nos últimos 12 meses)</b>							
Nunca	15,2%	17,1%	17,2%	23,1%	13,8%	14,3%	7,5%
Uma ou duas vezes	46,8%	48,6%	42,2%	38,5%	40,3%	41,6%	17,0%
3-5 vezes	25,1%	18,6%	29,7%	21,2%	28,4%	26,4%	35,8%
6-10 vezes	5,8%	11,4%	1,6%	7,7%	9,5%	9,9%	18,9%
Mais de 10 vezes	7,0%	4,3%	9,4%	9,6%	8,0%	7,9%	20,8%

**Fonte:** Vintém, Guerreiro e Carvalho (2008)

**Nota:** As categorias socioprofissionais e respectiva tipologia serão apresentadas com maior pormenor no capítulo 6 (ponto 6.3) da presente tese. EDL - empresários, dirigentes e profissionais liberais; PTE - profissionais técnicos e de enquadramento; TI – trabalhadores independentes; AI – agricultores independentes; EE – empregados executantes; O – operários; AA – assalariados agrícolas e das pescas



Quanto à autoavaliação do estado de saúde, destaca-se que as categorias socioprofissionais que fazem uma autoavaliação positiva (muito boa ou boa) com frequências abaixo dos 50% são os operários (46,4%), os agricultores independentes (35,2%) e os assalariados agrícolas e das pescas (apenas 18,2%). Por sua vez, as outras categorias apresentam os seguintes resultados: profissionais técnicos e de enquadramento (64,0%), trabalhadores independentes (54,7%), empresários, dirigentes e profissionais liberais (51,7%), empregados executantes (51,4%)<sup>3</sup>.

No pólo oposto, verificam-se também o mesmo tipo de discrepâncias. Constatamos assim que, por um lado, 52,7% dos assalariados agrícolas e das pescas considera a sua saúde em geral má ou muito má, da mesma forma que os agricultores independentes (24,1%) e os operários (16,3%). Por outro lado e com percentagens inferiores, podemos destacar que, 15,6% dos trabalhadores independentes, 11,3% dos empregados executantes, 10,9% dos empresários, dirigentes e profissionais liberais e apenas 5,6% dos profissionais técnicos e de enquadramento também fizeram uma autoavaliação negativa do estado de saúde.

No que concerne ao índice de bem-estar, lembramos que o valor 1 corresponde ao bem-estar máximo e o valor 6 a ausência de bem-estar. Observando a Tabela 4, verifica-se uma concentração nos valores 4, 5 e 6 bastante acentuada nos assalariados agrícolas e das pescas (no total, 81,1%). Por sua vez, constata-se que as frequências mais elevadas ligadas aos valores 1, 2 e 3 do índice encontram-se nas categorias sociais dos profissionais técnicos e de enquadramento (74,7%) e dos empresários, dirigentes e profissionais liberais (67,3%). Vejamos ainda que os agricultores independentes apresentam uma percentagem superior (55,5%) nos valores 4, 5 e 6 (ainda que não muito discrepante dos valores correspondentes a um sentimento de bem-estar). Quanto aos operários, evidencia-se uma frequência mais elevada nos valores 1, 2 e 3 (60,7%), assim como nos empregados executantes (61,2%) e nos trabalhadores independentes (67,7%).

Por último, relativamente à frequência de ida a consultas médicas nos últimos 12 meses, por categoria socioprofissional de classe, constatamos que cerca de 40% dos assalariados agrícolas e das pescas recorreu ao médico mais vezes, enquanto nas outras categorias sociais essas frequências foram: 17,8%, nos operários; 17,5%, nos empregados executantes e 17,3%, nos agricultores independentes; por sua vez, também recorreram ao

---

<sup>3</sup> Estas categorias socioprofissionais de classe (e respetiva operacionalização) encontram-se devidamente explicadas no ponto 6.4. da presente tese.

médico 6 e mais vezes, para resolver um problema de saúde pessoal, 15,7% dos profissionais técnicos e de enquadramento, 12,8%, dos empresários, dirigentes e profissionais liberais, e, por último, 11% dos trabalhadores independentes.

Em suma, as categorias socioprofissionais mais desfavorecidas têm uma clara tendência para autoavaliar negativamente o seu estado de saúde, a ter um sentimento de bem-estar com menor frequência e a declarar com mais frequência a ida a consultas médicas, sugerindo assim uma maior propensão para a doença.

### **3.4. Acidentes no trabalho e ocupação**

Lançar um olhar sobre a associação entre a ocupação e acidentes de trabalho poderá ser frutífero para o exame da relação entre saúde e *status* profissional, na medida em que os trabalhadores em ocupações com mais episódios de acidentes têm maior propensão em ver o seu estado de saúde comprometido.

Fehlberg, Santos e Tomasi (2001) debruçaram-se sobre os estudos que tratam a da investigação da ocorrência de acidentes de trabalho na zona rural, e enfatizaram que o grupo dos trabalhadores rurais merece especial atenção nesse particular uma vez que existem pressões que contribuem para a necessidade de aumento da jornada de trabalho (que potencia o aumento de ocorrência de acidentes de trabalho e doenças profissionais). Essas pressões prendem-se com a necessidade do aumento da produção de alimentos e a desvalorização dos produtos primários comercializados na propriedade, agravadas pelo aumento do custo de produção. Ainda a este respeito, Rodrigues e Silva (1986) argumentam que a situação dos trabalhadores rurais é bem mais grave, uma vez que uma considerável parte desses trabalhadores trabalham por conta e sem carteira assinada e raramente registram a ocorrência de acidentes, mesmo perante a realidade de estarem expostos a inúmeros agentes que podem causar acidentes, como máquinas e implementos agrícolas, ferramentas manuais, agrotóxicos, animais domésticos e animais peçonhentos.

Para além dos trabalhadores em zona rural, as atenções também se devem focar nos operários, no que diz respeito a acidentes de trabalho. Scussiato *et al* (2013), ao traçarem o perfil epidemiológico dos acidentes de trabalhos graves no Estado do Paraná entre 2007 e 2010, verificaram que, para além dos trabalhadores da exploração agropecuária, os trabalhadores da indústria extrativa e da construção civil predominaram na classificação de ocupação dos trabalhadores que sofreram acidentes de trabalho graves. Esta constatação não se aplica somente à realidade brasileira. Por exemplo, do outro lado

do Atlântico, em Espanha, os dados de taxas de acidentes de trabalho do Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (INSHT), detetaram que as maiores taxas de acidentes correspondem aos trabalhadores das ocupações elementares, ou seja, os trabalhadores das industriais manufatureiras e construção, os operadores de instalações e maquinaria, montadores e artesãos.

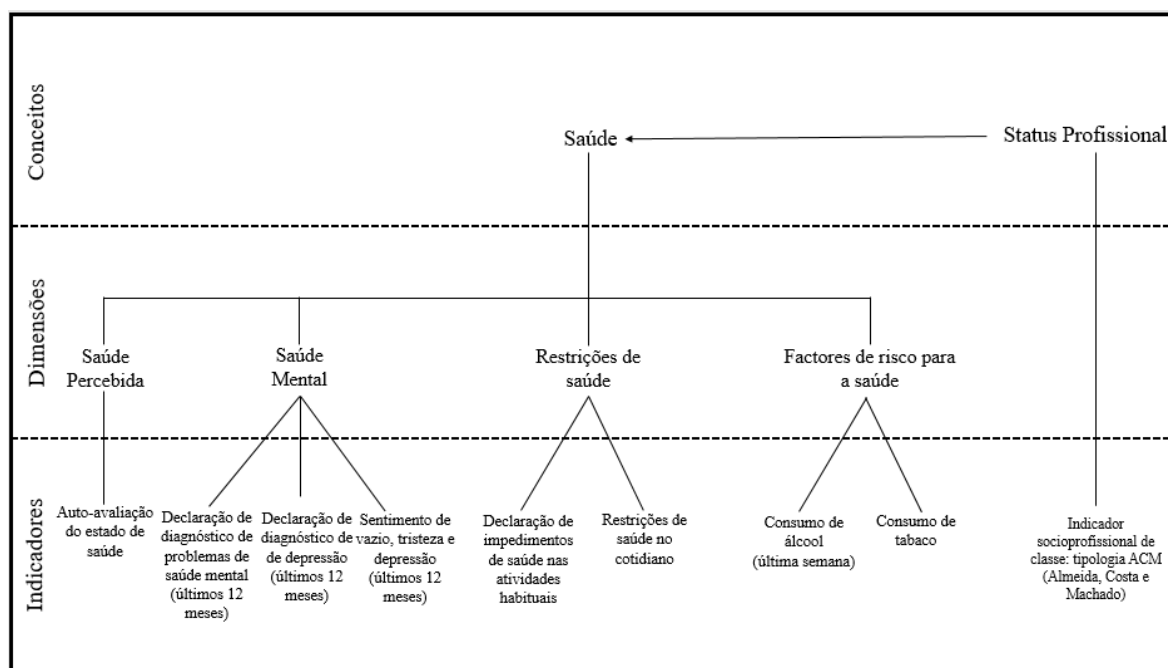
Tendo em conta as considerações e estudos referenciados, os operários, assalariados agrícolas e agricultores independentes são os grupos ocupacionais mais vulneráveis, dada a sua maior exposição ao risco de acidentes no trabalho. Estão mais vulneráveis a terem sequelas graves, que comprometem não só o exercício da sua profissão, mas também restringem a realização das suas atividades habituais no quotidiano

### **3.5. Modelo de Análise**

Dada a associação entre saúde e *status* profissional já demonstrada na literatura e as variações contextuais (entre Brasil e Portugal), esta tese propõe-se a investigar esses dois fenómenos em conjunto. Ou seja, buscar-se-á investigar se as diferenças contextuais presentes nas associações encontradas entre saúde e posição ocupacional podem fornecer *insights* para os possíveis mecanismos (culturais, estruturais ou baseados simplesmente em diferenças objetivas e materiais nas práticas de saúde nos dois contextos) que expliquem tais associações.

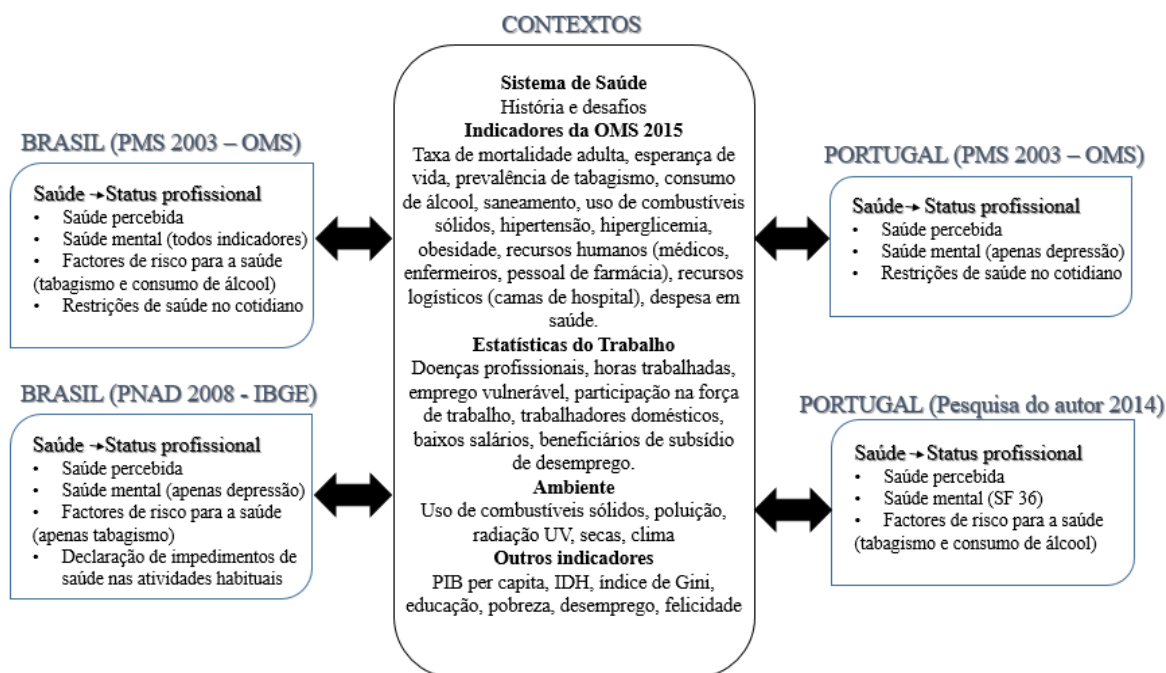
A Figura 3 representa o modelo de análise, e nela podem-se observar as dimensões e os indicadores que tornam operacionalizáveis os conceitos de saúde e *status* profissional.

**Figura 3 - Modelo de análise I**



Esse modelo, pode encontrar, como se pode verificar, diferentes associações entre diferentes indicadores de saúde e *status* profissional. Assim, o modelo completo, representado na Figura 4, procura comparar as associações acima descritas e articulá-las com informações contextuais referentes a Brasil e Portugal.

**Figura 4 - Modelo de análise II (inclusão da informação contextual)**



A descrição de todas questões que operacionalizam os indicadores do modelo de análise consta no capítulo 5 e a abordagem aos conteúdos contextuais consta no capítulo 4 da presente tese.

## **4. A saúde no Brasil e em Portugal: Cenários e desafios**

Podemos encontrar neste capítulo 4, uma análise comparada da situação dos sistemas de saúde brasileiro e português, a apresentação de alguns indicadores em saúde e recursos em saúde divulgados institucionalmente pela OMS, e também de alguns indicadores sociais, económicos, laborais e ambientais de outras fontes que influenciam ou podem influenciar a saúde das duas populações em estudo.

### **4.1. Sistemas de saúde - SUS e SNS. História e desafios**

Entender o contexto institucional na prestação de serviços de saúde e a forma como os dois países se responsabilizam pela saúde das suas populações é um bom ponto de partida para conhecer os compromissos e predisposições face ao tema das desigualdades sociais em saúde.

Brasil e Portugal garantiram o princípio da universalidade em saúde, em momentos diferentes, mas ambos no processo de (re)democratização vivenciado pelos dois países. No Brasil, o SUS (Sistema Único de Saúde) está contido da Constituição Cidadã de 1988, promulgada durante o processo de transição democrática ocorrido no país, e assenta nos princípios de universalidade, descentralização, integralidade e participação popular. A reestruturação do sistema de saúde em Portugal decorre da Constituição Democrática de 1976 – convocada após o processo revolucionário de 1974 (Revolução dos Cravos), com a criação do SNS (Serviço Nacional de Saúde) que garante a gratuidade do serviço de saúde (Bravo, 2010)

A influência das agências internacionais e respetiva indicação para a necessidade de contrarreforma do Estado e a política de ajuste conduziram a algumas modificações e alterações ao projeto de saúde democrática nos anos 90.

Em Portugal, com a reforma constitucional de 1989, começaram a ser cobradas ‘taxas moderadoras’ aos serviços de saúde, passando estes serviços a serem apenas tendencialmente gratuitos na Constituição. Para além destas taxas a serem cobradas pelo sistema de saúde, as principais alterações do SNS são: a responsabilidade conjunta pela saúde, ou seja, dos cidadãos, da sociedade e do Estado; a criação do seguro de saúde; e a flexibilização da gestão dos serviços podendo ser desenvolvidas por meio de convénios e cooperativas médicas e através da prestação de serviços privados no setor público (Abreu, 2004).

No Brasil, as contrarreformas na saúde nos anos 90 foram: a contenção dos gastos com a racionalização da oferta recorrendo a políticas focais através do pacote básico para

a saúde; estímulo ao seguro privado; descentralização dos serviços a nível local e ‘desfinanciamento’ da saúde (Bravo, 2010).

Face a este contexto, o tema da reestruturação do sistema de saúde através de novos modelos de gerenciamento tem assumido a sua centralidade no debate relativo à saúde na atualidade. Este debate tem relação com o fenómeno da globalização, quando se observa um movimento de aceleração e expansão do capital financeiro e da universalização de mercados que ocorre a partir dos anos 1970.

O grande capital rompe com o ‘pacto’ que suportava o *Welfare State*, com a retirada das coberturas sociais públicas, com cortes nos direitos sociais. O poder desse capital é defendido pelo FMI (Fundo Monetário Internacional), pelo BM (Banco Mundial) e pela OMC (Organização Mundial do Comércio), que representando os interesses dos Estados mais poderosos, pressionam os demais a adotarem políticas de liberalização e privatização impondo reformas sociais e económicas. Estas propostas têm influenciado as políticas sociais de diversas formas, com corte progressivo nos gastos sociais, retração significativa do setor público através de processos de privatização, e introdução de mecanismos típicos de mercado no setor público.

O ‘Relatório do Grupo de Trabalho de Estatísticas da Saúde’ do Conselho Superior de Estatísticas da Saúde (2012) dá conta de que o enquadramento político português recente no sector da saúde, surge condicionado por alterações demográficas conhecidas (designadamente o aumento da esperança de vida, diminuição da natalidade e o conseqüente aumento do índice de dependência de idosos) e pela crescente despesa no setor da saúde, motivada, principalmente, pelo aumento da quantidade e especialidade dos cuidados prestados em ambiente hospitalar. Perante estas condicionantes a resposta política tem-se caracterizado na gestão de serviços de saúde em moldes empresariais e pela racionalização dos cuidados de saúde. Garantir a sustentabilidade financeira do sistema de saúde é considerada a grande prioridade política para defender o modelo social e universal que se pretende. Esta posição não é só tomada em Portugal, como também é partilhada pelos seus congéneres europeus, que face a alguns problemas de instabilidade financeira dos seus sistemas de saúde, têm focado a sua atenção em medidas que conduzam ao abrandamento do ritmo de despesa pública com a saúde.

No que respeita ao SUS, autores como Campos (2007) mencionam a existência de impasses na sua implantação e fortalecimento relacionados com o crescimento da atenção primária (mas em velocidade e com qualidade considerada abaixo da necessário) e com problemas na regionalização e integração entre municípios e serviços. A construção do

SUS ainda se apresenta como um desafio para alguns autores (Maio e Lima, 2009). Segundo estes, o maior desafio para a construção institucional do sistema de saúde no Brasil que garanta maior efetividade e sustentabilidade, parece estar relacionado à definição das formas de articulação do *mix* privado/público que se constituiu ao longo do tempo. Para Menicucci (2009) a característica dual do sistema de saúde de saúde impede que o setor público tenha na rede privada a garantia da prestação de serviços públicos. Esse legado gera a necessidade de regulação governamental mais forte para de fato, publicitar a rede privada, fazendo valer o interesse público em função do imperativo legal de garantir o acesso universal à saúde.

Nelson Rodrigues dos Santos (2007), militante histórico do movimento sanitário brasileiro, enaltece os avanços do SUS, qualificando-o como o maior projeto público de inclusão social do Brasil, apresentando números significativos de pessoas atendidas, atendimentos, equipes de saúde da família, exames laboratoriais e procedimentos clínicos nos últimos 20 anos. Apesar desses avanços o desenvolvimento do SUS encontra um grande entrave, que se prende com o seu subfinanciamento, pois os recursos e destinados à sua operacionalização e financiamento, ficam aquém das suas necessidades: “a atualização do financiamento federal segundo a variação nominal do PIB não vem sequer acompanhado o crescimento populacional, a inflação na saúde e a incorporação de tecnologias” (Santos, 2007, p. 432). Para além da questão do subfinanciamento, existem também problemas relacionados com insuficiências na gestão local do SUS, com a baixa resolutividade da rede básica de serviços (com dificuldades de produzir alternativas de cuidado ao modelo biomédico e a sua poderosa articulação com o complexo médico-industrial), e com a deficiência na formação dos profissionais de saúde (ainda muito centrada em práticas curativas e hospitalares, com conseqüente dificuldade de desenvolvimento de práticas integrais e resolutivas de cuidado) (Cecílio *et al.*, 2007).

Bravo (2010) ressalta como desafios para ambos os países a importância da ampliação da mobilização e organização de movimentos sociais, bem como a valorização da consciência sanitária, ampliando o grau de educação sobre a saúde e seus determinantes, mas também o nível de ação coletiva voltada para a mudança dos seus determinantes estruturais. Ora na presente tese, esse desafio é levado a sério, uma vez que que a pesquisa levada a cabo visa também ampliar o grau de educação sobre a saúde e seus determinantes, e poderá permitir obter informação relevante para uma intervenção estratégica na ação coletiva em saúde. Com o desafio da realização do diagnóstico estratégico de desigualdades sociais em saúde nos dois países, podem-se também retirar



ilações sobre o grau de democratização no acesso à saúde, pois elevadas assimetrias sociais em indicadores de saúde podem indiciar que o país não está a corresponder às demandas em saúde de toda a população e aos princípios da universalidade.

#### 4.2. Comparação de indicadores das Estatísticas Mundiais em Saúde (OMS)

Para prosseguir com o trabalho de contextualização da situação em matéria de saúde dos dois países revela-se pertinente a comparação de algumas estatísticas divulgadas pela OMS (as Estatísticas Mundiais em Saúde 2015), nomeadamente a esperança média de vida, taxas de mortalidade adulta (geral e por causa específica de mortalidade), uso de fontes melhoradas de água potável, de saneamento melhorado e de combustíveis sólidos, prevalência de hiperglicemia e hipertensão arterial, e outros fatores de risco para saúde como o consumo de álcool e prevalência de tabagismo.

**Tabela 3** – Indicadores básicos de saúde OMS – Estatísticas Mundiais em Saúde 2015 (Brasil e Portugal)

<b>Indicador</b>	<b>Brasil</b>	<b>Portugal</b>
Esperança média de vida (2013)	75	<b>81</b>
Esperança média de vida aos 60 anos (2013)	22	<b>24</b>
<i>Em anos</i>		
Taxa de mortalidade adulta (2012)	<b>94</b>	89
<i>Probabilidade de morrer entre os 15 e 60 anos de idade por 1000 habitantes</i>		
Taxa de mortalidade adulta por câncer (2008)	<b>158</b>	81
Taxa de mortalidade adulta por doenças cardiovasculares e diabetes (2008)	<b>248</b>	87
Taxa de mortalidade adulta por doenças respiratórias crónicas (2008)	<b>32</b>	11
<i>Calculadas para idades entre 30-70 por 100000 habitantes</i>		
Prevalência de Tuberculose (2013)	<b>57</b>	30
<i>por 100000 habitantes</i>		
% de população usando fontes melhoradas de água potável (2012)	98	<b>100</b>
% de população usando saneamento melhorado (2012)	81	<b>100</b>
% de população usando combustíveis sólidos (2012)	<b>6</b>	<5
Prevalência (%) de hiperglicemia entre os adultos com idade ≥ 18 anos (2014)	<b>8</b>	7
Prevalência (%) de hipertensão arterial entre os adultos com idade ≥ 18 anos (2014)	<b>27</b>	17
% de adultos (≥ 20 anos) que são obesos (2008)	19	<b>21</b>
Litros de álcool puro (por pessoa-ano) durante a vida adulta ≥ 15 anos (2010)	8,7	<b>12,9</b>
Prevalência (%) de tabagismo durante a vida adulta ≥ 15 anos (2012)	17	<b>22</b>

Através da análise da Tabela 3, é possível verificar que Portugal apresenta maior esperança média de vida e menor taxa de mortalidade adulta (geral e por causa específica

de mortalidade). O fato de o Brasil apresentar maior taxa de mortalidade adulta por câncer e doenças cardiovasculares e respiratórias pode ser parcialmente explicado por uma maior proporção de população que usa combustíveis sólidos (uma vez que representa um indicador para a poluição do ar doméstico, e está associado à mortalidade por câncer e doenças respiratórias). Por outro lado, o Brasil perfila-se com menor percentagem de obesidade, consumo de álcool e prevalência de tabagismo, o que é indicativo de melhores práticas de saúde, minimizando alguns dos principais fatores de risco para a saúde.

**Tabela 4** – Recursos em saúde OMS (Brasil e Portugal)

<b>Indicador</b>	<b>Brasil</b>	<b>Portugal</b>
Médicos (2007-2013)	19	<b>41</b>
Enfermeiros e pessoal de obstetrícia (2007-2013)	<b>76</b>	61
Pessoal de odontologia (2007-2013)	<b>12</b>	8
Pessoal de farmácia (2007-2013)	7	<b>10</b>
Psiquiatras (2014)	0,3	<b>0,4</b>
Camas de hospital (2007-2013)	23	<b>34</b>
<i>Densidade por 10000 habitantes</i>		
Despesa total em saúde (US\$) per capita (2012)	1078	<b>2000</b>
Despesa total em saúde em % com o PIB (2012)	9	<b>10</b>

**Nota:** A disponibilidade de medicamentos genéricos e o seu preço não foi possível comparar por existir falta de dados disponíveis para comparação. Relativamente às unidades de tomografia computadorizada só havia o registo português que indicava 27,3 unidades por um milhão de habitantes. Também por falta de dados institucionais da OMS, não foi possível estabelecer a comparação entre número de hospitais e infraestruturas de saúde. A despesa total em saúde (US\$) *per capita* corresponde ao setor público, privado e parcerias externas.

Em termos de recursos em saúde (ver Tabela 4), ressalta o fato de Portugal apresentar uma maior despesa total em saúde, e de dispor de mais médicos, pessoal de farmácia e camas de hospital para os seus habitantes. No entanto, quando se trata de enfermeiros, pessoal de obstetrícia e de odontologia, o Brasil surge melhor posicionado dispondo de mais profissionais por 10000 habitantes.

Esta análise de diferenças entre os cenários dos dois países nos indicadores da OMS é importante, na medida em que estas diferenças podem interferir na análise das relações entre saúde e *status* profissional. Só o fato de termos cenários epidemiológicos diferenciados, melhores práticas de saúde no Brasil em termos de fatores de risco (menor consumo de álcool e menor prevalência de tabagismo) e maiores recursos em saúde para Portugal, já justifica uma análise comparada da existência de desigualdades sociais em saúde, uma vez que diferentes situações em matéria de saúde pública podem indiciar a existência de configurações diferenciadas nas relações entre saúde e posicionamento

social. Esta suposição poderia ser em parte aferida, se a OMS disponibilizasse no seu relatório ‘Estatísticas Mundiais em Saúde 2015’ dados estatísticos para o Brasil e para Portugal sobre desigualdades em saúde, nomeadamente contrastes entre rural e urbano, baixo e alto nível de riqueza, baixo e alto nível educacional, para indicadores como prevalência de contraceptivos, atendimento por pessoal médico especializado, práticas de imunização e mortalidade infantil. De entre um conjunto vastos de países em que estes indicadores estão presentes para consulta e estudo, Brasil e Portugal não são contemplados nos relatórios estatísticos da OMS.

### **4.3. Segurança no trabalho: doenças profissionais e acidentes de trabalho**

As doenças profissionais<sup>4</sup> e acidentes de trabalho representam um enorme custo para os trabalhadores e suas famílias, bem como para o desenvolvimento económico e social. A OIT - Organização Internacional do Trabalho, no seu relatório ‘A Prevenção das Doenças Profissionais’ (2013), estima que os acidentes de trabalho e doenças profissionais resultam em uma perda de 4% do produto interno bruto (PIB) mundial, ou cerca de 2,8 trilhões de dólares, em custos diretos e indiretos por lesões e doenças. Os países em desenvolvimento pagam um preço especialmente alto em mortes e lesões, pois um grande número de pessoas está empregado em atividades perigosas como a agricultura, a construção civil, a pesca e a mineração.

As mudanças tecnológicas e sociais, juntamente com as condições económicas globais, estão agravando os riscos de saúde existentes e criando novos riscos. Doenças profissionais bem conhecidas, como a pneumoconiose e doenças relacionadas ao amianto, continuam a ser generalizadas, enquanto que outras doenças profissionais relativamente novas, como os transtornos mentais e musculoesqueléticos estão aumentando (OIT, 2013).

A OIT (2013) apresenta números expressivos de doenças profissionais e acidentes de trabalho no mundo, culminando com a conclusão de que a cada 15 segundos, um trabalhador morre de acidentes ou doenças relacionadas com o trabalho e 115 trabalhadores sofrem um acidente no trabalho. Mesmo face a estes números, mais da metade de todos os países não fornecem estatísticas de doenças ocupacionais tornando difícil a identificação de tipos específicos de lesões e doenças profissionais, impedindo também o desenvolvimento de medidas preventivas eficazes para todos. O relatório cita também o Brasil, onde se calcula que 6,6 milhões de trabalhadores estejam expostos a

---

<sup>4</sup> As doenças profissionais são doenças contraídas em resultado de uma exposição a fatores de risco subjacentes a uma atividade profissional

partículas de pó de sílica, apresentando ainda estudos feitos na América Latina que revelam uma taxa de prevalência de silicose entre os mineiros (trabalhadores na mineração) de 37%, e de 50% entre os mineiros com mais de 50 anos. A silicose é uma doença respiratória comum também na construção civil. A OIT (2013) informa ainda que o Brasil encontra-se no lote de países em que se perspectiva reforçar o treinamento relacionado a doenças profissionais e sua prevenção e diagnóstico precoce, contrariando assim a tendência dos seus sistemas de seguro de acidentes de trabalho e doenças profissionais, que se caracterizam pela excessiva importância na reparação de danos, ou seja, no pagamento de benefícios, ao invés de uma preocupação maior com a prevenção.

**Tabela 5** – Estatística do trabalho (Brasil e Portugal)

<b>Indicador</b>	<b>Brasil</b>	<b>Portugal</b>	<b>Fontes</b>
% Doenças profissionais (2011, 2007) <i>por cada 100 000 assalariados. Dados de registros de seguros</i>	7,4	6,3	<b>OIT (2015)</b> <b>OIT (2015)</b>
Horas de trabalhadas por ano (2009)	2178	1746	<b>OIT (2015)</b>
% Emprego Vulnerável (2013)	23	15	<b>BM (2015)</b>
% Participação na força de trabalho (2013) <i>sobre a população economicamente ativa (15-64 anos)</i>	75	74	<b>BM (2015)</b>
% Trabalhadores domésticos (2000-2010) <i>sobre o emprego total</i>	17	7	<b>PNUD (2015)</b>
% Baixos salários (2013) <i>sobre o emprego total</i>	22	10	<b>PNUD (2015)</b>
% beneficiários do subsídio de desemprego (2013) <i>sobre o total de desempregados</i>	8	42	<b>BM (2015)</b>

Da Tabela 5, o primeiro dado que ressalta é a maior percentagem de doenças profissionais no Brasil em comparação para Portugal, ou seja, os trabalhadores brasileiros adoecem mais no exercício da sua profissão do que os portugueses. Muito embora esta comparação coloque Portugal numa situação mais favorecedora neste particular, convém referir que Portugal é dos países da União Europeia que apresenta maiores deficiências ao nível da prevenção na saúde e da segurança no trabalho, com índices de frequência de acidentes de trabalho e de doenças profissionais dos mais elevados da União Europeia em quase todos os setores de atividade (Areosa, 2003).

Lino e Dias (2008) classificam o padrão brasileiro de morbidade por doenças profissionais ou relacionadas ao trabalho como um padrão misto, típico de países em desenvolvimento. Ou seja, verifica-se a ocorrência de doenças profissionais típicas do

início do processo de industrialização com o surgimento de novas afecções ou efeitos dos agentes causadores de outras doenças, tais como as mentais e osteomusculares.

As horas trabalhadas traduzem uma informação que a OIT considera como sua prioridade desde a sua criação. Um dos grandes desafios que permanece nesta área é a necessidade de limitar as horas excessivas de trabalho e prever períodos adequados de descanso e recuperação, incluindo o descanso semanal e férias anuais remuneradas, a fim de proteger a saúde e a segurança dos trabalhadores. Neste particular o Brasil perfila-se com uma média anual de horas trabalhadas bem superior (OIT, 2015).

O emprego vulnerável (mais representado por mulheres) é aquele tipo de emprego que abrange o trabalho sem vínculo contratual, trabalho não remunerado e contratos temporários. Trabalhadores vulneráveis são, entre outros, um homem que vende bilhetes de loteria numa esquina, uma mulher oferecendo talões num estacionamento, um jovem que oferece passeios numa carreta de tração humana. As estatísticas do Banco Mundial (2015) apontam para uma percentagem de emprego vulnerável no Brasil de 23% e de 15% em Portugal.

Em relação ao indicador sobre os trabalhadores domésticos, os dados da PNUD (2015) demonstram que o Brasil tem mais 10% de trabalhadores domésticos (17%) em comparação com Portugal (7%). Mais de 70% dos 7,2 milhões de empregados domésticos no Brasil são informais. Os trabalhadores domésticos correspondem a um grupo de risco, mais propenso a doenças profissionais e acidentes de trabalho, uma vez estão mais expostas a violações dos direitos humanos e dos direitos fundamentais no trabalho, principalmente com relação as normas de segurança do trabalho (OIT, 2013)

No que respeita a salários nos dois países, os dados demonstram que o Brasil tem maior percentagem de salários baixos em comparação com Portugal. Sabe-se também que o Brasil tem 3,4% de trabalhadores pobres, ou seja, que auferem menos de 2 US\$ por dia (dados de 2003 a 2012)

#### **4.4. A relação entre meio ambiente e saúde no Brasil e em Portugal**

Para além de abordar os sistemas de saúde e de comparar indicadores de saúde e recursos de saúde, existem mais aspetos que devem ser abordados para conhecer a realidade e condicionantes de saúde no Brasil e em Portugal. Um desses aspectos diz respeito à existência de diferentes ambientes físicos com diferentes repercussões para a saúde. Na literatura podemos encontrar abordagens à relação entre meio ambiente e saúde. Por exemplo, Sorre (1984), focou-se em examinar o papel dos atributos climáticos

na saúde humana, ao estudar a ocorrência de determinadas doenças a condições climáticas específicas. A exposição à radiação ultravioleta (provocada pelo sol) está associada a efeitos na saúde. Uma alta radiação ultravioleta está associada a problemas cutâneos, perturbações mentais, a esgotamentos nervosos e a síndromes físico-psíquicas. Por outro lado, uma baixa radiação ou luminosidade pode provocar deficiências orgânicas, raquitismo e debilidade mental.

Para Ayoade (1986), a influência do clima na saúde humana ocorre de forma direta e indireta; os extremos térmicos e higrotérmicos (relacionados com a humidade) acentuam a debilidade do organismo no combate às enfermidades, intensificando processos inflamatórios e criando condições favoráveis ao desenvolvimento dos transmissores de doenças contagiosas; por sua vez, temperatura mais amenas, humidade e radiação moderadas tornam-se terapêuticas à saúde.

Feito este contexto, afigura-se relevante comparar os dados ambientais entre o Brasil e Portugal. Para o efeito, a OMS disponibilizou em 2012 um relatório sobre saúde e clima, que é o '*Atlas of Health and Clime*', que visou sensibilizar para os impactos adversos do clima e do ambiente para a saúde. Nesse relatório, podemos encontrar avaliações referentes a aspectos ambientais e climáticos como a radiação ultravioleta, a poluição do ar e a ocorrência de secas.

Para fazer a avaliação do impacto da radiação ultravioleta, analisou-se a incidência de melanoma (tipo de câncer da pele mais agressivo, e que é provocado em grande parte pela radiação ultravioleta) por cada 1000 habitantes, e os dados demonstraram que Portugal teve uma maior incidência de melanoma com valores entre 3,9% e 36,7%, em comparação com o Brasil que teve valores entre 1,6% e 3,8%.

No que respeita à poluição do ar, os dados da OMS demonstram que o Brasil surge pior posicionado, a julgar pela maior percentagem de população que usa combustíveis sólidos (6% para o Brasil e menos de 5% para Portugal). A proporção de população que faz uso de combustíveis sólidos por 1000 habitantes, é um indicador da OMS para a poluição do ar doméstico e está associado à mortalidade por câncer e doenças respiratórias. Face a esta evidência, é tentador o ímpeto de afirmar que as maiores taxas de mortalidade adulta por câncer e por doenças respiratória registadas no Brasil são parcialmente explicadas pelo maior uso de combustíveis sólidos. Para além dos dados apresentados pela OMS, Brauer *et al* (2015) disponibilizam mais dados que nos permitem reiterar o pior posicionamento do Brasil em matéria de poluição: - A partir da média anual de microgramas de poluição por m<sup>3</sup>, vemos que o Brasil apresenta uma média de 16

microgramas por m<sup>3</sup> e Portugal uma média inferior de 10 microgramas por m<sup>3</sup> (dados de 2014); - Através da percentagem de população exposta a níveis danosos de poluição de acordo com a matriz da OMS, verifica-se que o Brasil tem uma percentagem de 52,6% face aos 37,4% de Portugal (dados de 2013).

Avaliar a ocorrência de secas, é também um fator importante para estudar a saúde de uma população, pois também tem implicações negativas para a morbidade e mortalidade. A seca pode ter efeitos agudos e crónicos na saúde, pois influencia na nutrição (na medida em que a falta de água pode conduzir a uma menor disponibilidade e variedade de alimentos), nos serviços de saúde (que podem ser bem mais difíceis de gerenciar perante problemas de abastecimento de água). Em último caso, problemas de seca, podem provocar instabilidade política, *stress* psicossocial e distúrbios mentais. Uma boa parte da população brasileira presenciou há bem pouco tempo a pior seca dos últimos 35 anos, e sabe-se também que, entre 2004 e 2010, a Amazônia sofreu o pior período de seca em 60 anos (OMS, 2012). Em relação a Portugal, apenas ressalta a ocorrência de uma seca severa no ano de 2015.

A OMS (2012) dedicou também especial atenção à dengue, doença viral transmitida por mosquito *Aedes*, responsável por 50 milhões de infecções e por milhares de mortes todos os anos. Neste capítulo, o Brasil assume um protagonismo em particular, com grandes níveis de transmissão e alastramento. Refira-se que existe um estudo no Brasil (Gomes, Nobre e Cruz, 2012) que relaciona a evolução da temperatura ao aumento de casos de dengue no Rio de Janeiro. Esse estudo aponta que o aumento de um grau de temperatura mínima em um mês ocasiona a elevação de 45% no número de casos de dengue no mês seguinte.

Pode-se então concluir que Brasil e Portugal, possuem climas e cenários ambientais distintos, com diferentes configurações e repercussões para a saúde. Resta saber se podem influenciar a formatação de desigualdades sociais em saúde.

#### **4.5. Economia e desenvolvimento do Brasil e Portugal**

Para fechar este capítulo e a comparação dos contextos brasileiro e português em saúde, afigurou-se pertinente fornecer mais elementos de cariz económico e social. Indicadores como a taxa de desemprego, nível de instrução, taxa de pobreza, PIB per capita, Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), Índice de Gini constituem também informação que deve ser levada em conta, pois o nível de saúde de um país e seus

determinantes resultam do efeito inter cruzado de vários fatores, conforme se pode constatar na Figura 3 sobre as determinantes sociais em saúde (no capítulo 2). Estamos perante dois países que, muito embora estejam unidos pela mesma história e idioma, são bem diferentes sob vários aspectos. Para começar, o Brasil tem 206 milhões habitantes e Portugal apenas 10 milhões de habitantes e, em termos etários, Portugal é um país claramente mais envelhecido. A Tabela 6, permite analisar novos elementos que nos permitem fazer mais comparações instantâneas e compreender a realidade económica e social dos dois países em análise.

**Tabela 6** – Estatísticas sobre desenvolvimento económico e social (Brasil e Portugal)

<b>Indicador</b>	<b>Brasil</b>	<b>Portugal</b>	<b>Fontes</b>
PIB per capita (2014) <i>US\$</i>	11.384	22.132	<b>BM (2015)</b>
Índice de desenvolvimento humano (2015)	0,76	0,83	<b>PNUD (2015)</b>
Índice de Gini (2014)	0,55	0,34	<b>BM (2015)</b>
Taxa de pobreza (2009)	21	18	<b>Meira (2013)</b>
Índice de Educação (2009) <i>média de anos de escolaridade sobre os anos de escolaridade esperados</i>	0,66	0,73	<b>Meira (2013)</b>
Taxa de alfabetização adulta (2013) <i>para idades &gt; 15 anos</i>	91	100	<b>BM (2015)</b>
Taxa de Desemprego (2016) <i>sobre o total de desempregados</i>	8	12	<b>IBGE (2016); INE (2016)</b>
Felicidade Média Subjetiva (2015)	6,9	5,8	<b>Veenhoven (2015)</b>

A partir da Tabela 6 é possível verificar, em primeiro lugar, que Portugal tem um PIB *per capita* superior ao Brasil. O PIB per capita é um bom indicador para avaliar o crescimento económico, mas crescimento económico não corresponde necessariamente a uma melhoria da qualidade de vida da população (Meira, 2013). Portugal permanece com uma taxa de desemprego superior e um menor nível médio de felicidade subjetiva em comparação com o Brasil.

Nos últimos anos, a Psicologia e a Psiquiatria têm se interessado pelo estudo da felicidade, relacionando-a essencialmente à saúde mental, mais especificamente a aspetos de cunho psíquico, nomeadamente a personalidade, o otimismo, resiliência, gratidão, presença de altos *scores* de emoções positivas (Ferraz, Tavares e Zilberman, 2007), muito embora tenham ocorrido algumas mudanças de paradigma que tentam reconhecer a subordinação da felicidade a aspetos socioculturais e fatores externamente determinados.



O sociólogo holandês Ruut Veenhoven (2015) criou a *World Database of Happiness*, e nessa base de dados utiliza uma escala de 1 a 10 para medir o grau de felicidade da população em 68 países. Foi a partir desses dados que se verificou que o Brasil se perfilava com um maior nível de felicidade subjetiva (6,9 para o Brasil e 5,8 para Portugal). Quais os determinantes da felicidade? As análises levadas a cabo por Ribeiro (2015) sobre os dados da pesquisa “Dimensões Sociais das Desigualdades” aplicada no Brasil em 2008, demonstraram que as variáveis para a percepção sobre a renda, para capital social (rede de amizades) e para religião são fundamentais para explicar a felicidade da população. Em contraste com trabalhos anteriores sobre o Brasil, estes resultados revelaram que, além das condições materiais (essencialmente a renda), diversas formas de relações sociais e de percepções são fundamentais para explicar a variação na distribuição de felicidade.

Sendo que esta tese se propõe a estudar a temática das desigualdades sociais, é importante comparar outros indicadores, nomeadamente o IDH, Índice de Gini, taxa de pobreza, taxa de escolarização adulta e índice de educação. Em termos de IDH, Portugal surge em 45º lugar no ranking mundial (com um valor de 0,83) e o Brasil em 75º lugar (com um valor de 0,76). Segundo a PNUD (2015) o valor mais baixo de IDH no Brasil, é sintoma dos efeitos negativos que a desigualdade social produz no Brasil. Nos últimos anos, o aumento dos rendimentos em todo o mundo tem sido acompanhado pelo aumento das desigualdades de rendimento, riqueza e oportunidades. Essas desigualdades podem ser medidas pelo coeficiente de Gini, com uma escala que vai do valor 0 (todos têm o mesmo) ao 1 (uma pessoa tem tudo). Os valores desse índice colocam o Brasil pior posicionado em termos de desigualdades sociais (Brasil com um valor de 0,55 e Portugal com 0,34). O fato de o Brasil apresentar uma taxa pobreza maior, e um índice de educação e uma taxa de alfabetização adulta inferiores, vem a consolidar o pior cenário que se constata para o Brasil no que se refere a desigualdades sociais.

## 5. Dados e metodologia

Apresentam-se neste capítulo notas metodológicas da PMS, PNAD e do questionário de estado de saúde aplicado em Portugal (QES), reflexões sobre a operacionalização do indicador socioprofissional de classe (ACM), os requisitos metodológicos para a abordagem da estruturalidade do espaço social, informações sobre a metodologia de análise de dados estatística a utilizar (testes estatísticos para comparação de grupos, independência e MCA – análise de correspondências múltipla), abordagem ao método comparativo e a delimitação do objeto, objetivos e hipóteses de investigação da presente tese.

### 5.1. Fonte de dados I: Pesquisa Mundial em Saúde

Em 2001, em fase de reformulação, a OMS propôs a elaboração da Pesquisa Mundial de Saúde em vários países membros, para suprir as informações sobre o estado de saúde das populações. Foi então aplicado em 2003 um inquérito domiciliar em 61 países membros, com o intuito de obter dados mais fidedignos sobre os indicadores de desempenho dos sistemas de saúde.

O estudo visou um instrumento de recolha de dados com estrutura modular para pesquisar os seguintes aspectos: a situação de saúde dos inquiridos em diversos domicílios, a capacidade de resposta do sistema de saúde, os gastos familiares com saúde, além de módulos opcionais. No que se refere às condições socioeconómicas do inquirido, houve a preocupação de assegurar a compatibilidade entre diferentes culturas e grupos geográficos (Szwarcwald e Viacava, 2008).

No sentido de assegurar a maior qualidade na execução das pesquisas, a OMS delegou a responsabilidade de aplicação do inquérito nos países membros a coordenadores regionais. No caso do Brasil, a responsabilidade coube à Organização Pan-Americana da Saúde, e no caso português, à Direcção Geral da Saúde.

Em termos de amostragem, as pesquisas realizadas no programa de Pesquisa Mundial de Saúde, adotaram um método de amostragem probabilística. Isto significa que, no processo de amostragem, cada indivíduo tem uma probabilidade conhecida e diferente de zero de ser selecionado para a amostra a pesquisar. Utilizou-se a amostragem multi-etapas por *clusters*, ou seja, o investigador seleciona a sua unidade amostral (recorrendo à amostragem aleatória simples) a partir de uma lista de todos os *clusters* e, em seguida, inclui na amostra os membros dos *clusters* sorteados. Este processo pode multiplicar-se

por mais de duas etapas. Na Pesquisa Mundial em Saúde selecionaram-se aleatoriamente uma amostra de domicílios numa primeira etapa; e numa última etapa, selecionaram-se aleatoriamente os indivíduos.

Por exemplo, no estudo brasileiro, a amostragem foi realizada em três estágios. No primeiro, foram selecionados 250 setores censitários, com probabilidade proporcional ao tamanho. Em cada setor foram selecionados 20 domicílios por amostragem inversa, e em cada domicílio, um morador adulto foi selecionado com equiprobabilidade.

Denote-se que houve a preocupação de assegurar que a base de amostragem cobrisse 100% da população elegível de cada país, para que cada pessoa elegível no seu país tivesse a mesma probabilidade de ser incluída na amostra, e para que nenhum grupo étnico ou área geográfica fossem excluídos da amostra.

### **5.1.1. Questionário (PMS)**

Apresentam-se, neste ponto, as questões que foram utilizadas na análise de dados estatística. Chame-se a atenção que todas as questões proporcionam respostas que são de natureza qualitativa (requisito essencial para a realização da análise de correspondências múltipla).

Na primeira parte do questionário são recolhidas informações relativas ao perfil sociográfico do respondente. Nesta secção, perspectiva-se a utilização das questões referentes à profissão<sup>5</sup> e à ocupação dos inquiridos nos últimos 12 meses<sup>6</sup>. Será com base nestas questões que se irá obter informação para operacionalizar o indicador socioprofissional de classe (ver subcapítulo 6.4).

A segunda parte do questionário diz respeito à descrição do estado de saúde do inquirido, onde se irá trabalhar a questão referente à autoavaliação do estado de saúde<sup>7</sup>. As opções de resposta a esta questão são expressas através de uma escala ordinal de 1 – Muito Má e 5 – Muito Boa.

Na parte referente aos fatores de risco, é possível recolher informação relativa ao tabagismo e sua duração<sup>8</sup>, e o etilismo e sua intensidade<sup>9</sup>. Para os anos de tabagismo e

---

<sup>5</sup> *'What is your current job?'*

<sup>6</sup> *'During the last 12 months, what has been your main occupation?'*

<sup>7</sup> *'In general, how would you rate your health today?'*

<sup>8</sup> através das questões *'Do you currently smoke any tobacco products such as cigarettes, cigars, or pipes?'* e *'For how many years are you smoking daily?'*

<sup>9</sup> através das questões *'Have you ever consumed a drink that contains alcohol?'* e *'During the past 7 days, how many standard drinks of any alcoholic beverage did you have each day?'*

para o número de bebidas alcoólicas consumidas, perspectiva-se o agrupamento dos valores em categorias, obtendo escalas ordinais que permitam o seu tratamento qualitativo.

A sexta parte do questionário permitiu recolher informações relacionadas com saúde mental do inquirido através de questões de declaração de doença mental nos últimos 12 meses<sup>10</sup>.

Chame-se a atenção para o fato de que foram utilizados diferentes modos de inquirição, a entrevista individual, por telefone e via postal. Nas entrevistas domiciliares individuais, apenas um morador com idade igual ou maior que 18 anos foi entrevistado. Cada entrevista por questionário durou em média 90 minutos (Szwarcwald e Viacava, 2008).

## **5.2. Fonte de dados II: Pesquisa por questionário aplicada em Portugal (QES)**

Para ter mais uma fonte de dados e dotar esta investigação de trabalho de campo, aplicou-se também um questionário em Portugal. Esta pesquisa por questionário foi levada a cabo, para colmatar algumas limitações relacionadas com a amostra portuguesa da PMS (uma vez que apresentava algumas fragilidades na variabilidade e representação ocupacional), e com a ausência de recolha de informação de alguns aspetos importantes que constam no modelo de análise (tabagismo, consumo semanal de bebidas alcoólicas e alguns indicadores de saúde mental).

Em termos de amostragem, pode-se dizer que se adotou um processo de amostragem de conglomerados com carácter de amostragem por conveniência, uma vez que os *clusters* escolhidos são os que estavam à disposição da rede social do investigador, através da qual foi possível contar com a colaboração de intermediários privilegiados que foram importantes para aceder aos trabalhadores das diferentes instituições e na incitação ao preenchimento do questionário. No que diz respeito à determinação da dimensão da amostra, houve a preocupação de que todas as amostras referentes às categorias socioprofissionais de classe tivessem uma dimensão superior a 30 inquiridos, para melhor viabilizar a tarefa de análise estatística (utilização de testes paramétricos).

O questionário foi aplicado junto dos locais de trabalho de diferentes instituições empregadoras, que foram escolhidas com a intenção de garantir uma adequada

---

<sup>10</sup> *‘Have you ever been diagnosed to have a mental health problem such as schizophrenia or psychosis?’*, *‘Have you ever been diagnosed with depression?’* e *‘Have you had a period lasting several days when you felt sad, empty or depressed?’*

variabilidade e representação ocupacional. O ‘Centro Hospital do Nordeste’ (CHNE - Bragança) e as delegações da Autoridade para as Condições do Trabalho (ACT – Lisboa e Vila Real), permitem a recolha de informação focalizada em funcionários públicos, nomeadamente assistentes técnicos e administrativos (EE – empregados executantes), profissionais científicos na área da saúde, direito e administração (PTE – profissionais e técnicos de enquadramento) e em alguns diretores responsáveis pela gestão de serviços (EDL – empresários, dirigentes e profissionais liberais). A fábrica ‘Faurecia – Sistemas de Escape Lda.’ (Bragança), foi escolhida para aceder a um número considerável de operários fabris (OO - operários). Através da empresa ‘Sortegel – Produtos Congelados SA (Bragança)’ foi possível aplicar o questionário a um conjunto vasto de assalariados agrícolas (AA – assalariados agrícolas). Foram também aplicados questionários em outras instituições e áreas comerciais e rurais nos distritos de Bragança e do Porto, por forma a incluir na amostra comerciantes (Ti – trabalhadores independentes), agricultores independentes (Ai) e outro tipo de empregados executantes. (EE). Deste modo, e face à lógica da amostragem por conglomerados, pode-se dizer que estas instituições empregadoras constituem os *clusters*, que tornaram possível aceder à unidade amostral final pretendida que é o trabalhador.

### **5.2.1. Questionário (Pesquisa por questionário aplicada em Portugal)**

À semelhança do questionário aplicado na PMS, o Questionário do Estado de Saúde<sup>11</sup> que foi aplicado em Portugal, contém questões de caracterização profissional (profissão e situação na profissão) que permitem chegar à tipologia de classe ACM. Contém também questões referentes à autoavaliação do estado de saúde e para o tabagismo. Também se questionou o consumo semanal de álcool, mas como uma unidade de medida diferente. No caso do questionário da PMS, questionou-se o número de bebidas por semana, e no questionário em questão, perguntou-se sobre o número de dias de consumo de bebidas alcoólicas por semana (‘Quantos dias por semana consome bebidas alcoólicas?’).

A grande novidade deste questionário, prende-se com as questões utilizadas para avaliar a saúde mental dos inquiridos. Estas questões foram retiradas do *The Medical Outcomes Study 36- item Short Form Health Survey (SF-36)*, que foi desenvolvido por Ware e Sherbourne (1992). O SF-36 trata-se de um questionário de avaliação de saúde

---

<sup>11</sup> Ver Anexo VII

que visa avaliar conceitos de saúde que representam valores humanos básicos relevantes à funcionalidade e ao bem-estar de cada um. De entre oito dimensões que são abordadas nesse questionário, a dimensão referente à saúde mental, permitiria recolher elementos referentes ao bem-estar mental do inquirido (ver Tabela 7).

**Tabela 7** – Questões do SF-36 para a obtenção da dimensão saúde mental

«Quanto tempo nas últimas quatro semanas...»	Opções de Resposta
1) «Se sentiu muito nervoso(a)?»*	<b>1</b> - Sempre; <b>2</b> - A maior parte do tempo; <b>3</b> - Algum tempo; <b>4</b> - Pouco Tempo; <b>5</b> - Nunca
2) «Se sentiu deprimido(a) que nada o(a) animava?»	
3) «Se sentiu calmo(a) e tranquilo (a)?»	
4) «Se sentiu feliz?»	

**Nota:** \*itens que devem ser invertidos para a obtenção da dimensão

Com base em quatro questões sobre quatro situações de bem/mal-estar mental nos últimos quatro semanas, e com opções de resposta que vão de uma escala 1 – sempre e 5 – nunca, é possível obter informação para a mensuração da saúde mental junto dos inquiridos.

### 5.3. Fonte de dados III: Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2008

Em 2008, o convênio firmado entre o IBGE e o Ministério da Saúde foi responsável pelo levantamento suplementar de saúde, abordado pela terceira vez na PNAD, com intervalos regulares de cinco anos. A PNAD 2008 apresenta uma metodologia similar à do PMS do Brasil em 2003 em termos de abrangência geográfica e de recolha de informação. Esta pesquisa é realizada por meio de amostra probabilística de domicílios, a partir de estágios múltiplos de seleção, a saber: unidades primárias ou municípios, unidades secundárias ou setores censitários e unidades terciárias ou domicílios. Cerca de 2500 entrevistadores foram os responsáveis pela coleta de dados da PNAD 2008, por meio de coletor eletrônico (Knuth *et al* 2011). O suplemento saúde da PNAD no ano de 2008, com 163 questões, incluiu diversos aspectos que foram considerados importantes para a presente investigação

#### 5.3.1. Questionário (PNAD 2008)

Na parte das características de trabalho e rendimento dos moradores do questionário de pesquisa da PNAD 2008 foi possível obter os dados para a

operacionalização da tipologia de classe ACM<sup>12</sup>. Os códigos referentes à CBO (Classificação Brasileira de Ocupações) conjugados com a situação na profissão<sup>13</sup> permitiram aceder a informação para a categorização nas classes ACM. Já a informação referente aos desempregados foi possível de obter com a consideração dos inquiridos que não trabalham, mas que se encontram na situação de economicamente ativos<sup>14</sup>.

No suplemento saúde do questionário da PNAD 2008 é possível aceder a questões que permitem descrever a saúde percebida do inquirido<sup>15</sup>, a existência de restrições de saúde no quotidiano<sup>16</sup> e a existência de histórico de depressão medicamente declarado<sup>17</sup>. Na parte das características do tabagismo dos moradores extraiu-se a informação relativa à presença e intensidade de hábitos tabágicos<sup>18</sup> para a consideração dos fatores de risco para a saúde.

#### **5.4. Profissão e classe socioprofissional: categorias e hierarquia**

Ao longo dos últimos 20 anos, João Ferreira de Almeida, António Firmino da Costa e Fernando Luís Machado têm vindo a desenvolver, com o contributo de outros investigadores, um modelo de operacionalização de classes para a sociedade portuguesa baseado, fundamentalmente, nos contributos teórico-metodológicos de Nicos Poulantzas, Erik O. Wright, Anthony Giddens, Daniel Berteaux e Pierre Bourdieu – tipologia ACM.

Segundo Peter Worsley, a profissão é um indicador satisfatório e largamente utilizado para a análise das classes sociais: “Dada uma certa profissão de um indivíduo, podemos calcular razoavelmente a probabilidade do tipo de rendimento, do nível de ensino, de habitação, ideias, políticas, etc., pois que estas características tendem a estar correlacionadas” (Worsley, 1977, p. 396-397).

Pode-se encontrar na bibliografia portuguesa uma discussão teórica assinalável e produção empírica desenvolvida em torno da realidade social, com um conjunto de

---

<sup>12</sup> ‘Qual era a ocupação que exercia no trabalho que tinha na semana de 21 a 27 de setembro de 2008?’ com opção de resposta para inserção de código ocupacional CBO – documento normalizador do reconhecimento, da nomeação e da codificação dos títulos e conteúdos das ocupações do mercado de trabalho brasileiro. É ao mesmo tempo uma classificação enumerativa e uma classificação descritiva)

<sup>13</sup> ‘Qual era a atividade principal do empreendimento (negócio, firma, empresa, instituição, entidade, etc.) em que tinha esse trabalho?’ e «Nesse trabalho era:»

<sup>14</sup> Através das questões ‘Trabalhou na semana de 21 a 27 de setembro de 2008?’ e «Condição de atividade na semana de referência para pessoas de 10 anos ou mais de idade»

<sup>15</sup> ‘De um modo geral, considera o seu próprio estado de saúde como:’

<sup>16</sup> ‘Nas duas últimas semanas, deixou de realizar quaisquer de suas atividades habituais (trabalhar, ir à escola, brincar, afazeres domésticos etc.) por motivo de saúde?’

<sup>17</sup> ‘Algum médico ou profissional de saúde disse que tem depressão»

<sup>18</sup> «Atualmente, fuma algum produto do tabaco?»

propostas analíticas no âmbito das ‘classes sociais’ entre as quais se pode destacar a proposta de Lima, Dores e Costa (1991), que salientam a importância que uma classificação socioprofissional tem para a análise de práticas, valores e opiniões: “É assim que os inquéritos e sondagens sobre políticas ou religiosas, sobre as preferências e os comportamentos de consumo, sobre os valores e práticas do quotidiano, utilizam já em muitos casos como variável-chave de interpretação de resultados (a par de outras como o sexo, idade, a escolaridade ou o tipo de habitat) precisamente a profissão ou, mais agregadamente, o lugar ocupado na estrutura socioprofissional (a CSP [Classificação Socio-Profissional] como “variáveis independentes”)” (Lima *et al*, 1991, p. 44).

Deste modo, a construção de um indicador socioprofissional tendo como variáveis ‘profissão’ e ‘situação na profissão’ e utilizando-se complementarmente outras variáveis como a idade, o género e a escolaridade afigura-se então extremamente operacional. Mas vejamos com um pouco mais de detalhe este aspecto seguindo a proposta de António Firmino da Costa. Aludindo ao caso específico da ‘situação na profissão’, Firmino da Costa assinala: “As diferentes situações na profissão dão conta de clivagens importantes na estruturação das relações sociais e são, por si próprias, reveladoras de homogeneidades e heterogeneidades quanto à localização no espaço social (...)” (Costa, 1999, p. 204).

Associada à ‘situação na profissão’ está, então, a ‘profissão’, a qual permite dar conta – adicionalmente à situação de se ser trabalhador por conta de outrem, trabalhador por conta própria, trabalhador por conta própria como empregador, trabalhador para uma pessoa de família sem receber ou até mesmo outra situação mais excepcional – de dimensões conceptuais que a Costa (1999) reputa de essenciais e que são inerentes à construção da tipologia da Classificação Nacional de Profissões: os recursos qualificacionais, a autoridade organizacional e o estatuto profissional.

A avaliação positiva que Costa confere ao indicador socioprofissional de classe, deve-se ao suporte teórico-conceptual e operacional da matriz resultante do cruzamento das ‘variáveis primárias’ profissão e situação na profissão. O indicador socioprofissional de classe utilizada por Costa é uma variável ordinal com 7 categorias, ordenada em forma decrescente: EDL – Empresários e dirigentes liberais; PTE – Profissionais e técnicos de enquadramento; TI – Trabalhadores independentes; AI – Agricultores independentes; EE – Empregados executantes; OO – Operários; AA – Assalariados agrícolas. Vejamos como se operacionaliza esse indicador (ver Tabela 8):



**Tabela 8** - Operacionalização da tipologia ACM (Almeida, Costa e Machado)

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

**Nota:** CNP94: Classificação Nacional das Profissões de 1994

No Brasil, várias pesquisas que avaliaram a estratificação social e a mobilidade no país também utilizaram esquemas de classificação ocupacional baseados nas mesmas fontes utilizadas pelos autores portugueses, tais como Erik Olin Wright (1980) e Eriksson, Goldthorpe e Portocarrero (1979). Por exemplo, Santos (2002) fez uma análise clássica da estrutura de posições de classe no Brasil utilizando o esquema chamado ‘neomarxista’ de Wright. Scalon e Salata (2012), Scalon (1999) e Ribeiro (2007), utilizaram em suas pesquisas o sistema de classe social considerado ‘neoweberiano’ que se baseia na proposta desenvolvida por Erickson, Goldthorpe e Portocarero (1979), mais conhecido como EGP, que é construído a partir das informações ocupacionais, e que tem o objetivo de diferenciar as posições dentro do mercado de trabalho e das unidades produtivas. Mencione-se que essas tipologias possuem pouca diferença entre si aquando da sua aplicação empírica. A Tabela 9 estabelece as correspondências entre os modelos ACM, de Wright e de Goldthorpe, apresentando as suas categorias e a sua distribuição em classes teóricas:

**Tabela 9** - Matriz de correspondências entre os modelos ACM, de Wright e de Goldthorpe

Classes teóricas	Tipologia ACM	Matriz de Wright	Esquema de Goldthorpe
<b>Burguesia</b>	EDL – empresários, dirigentes e profissionais liberais	E – empregadores	B – burguesia
<b>Pequena burguesia/lugares contraditórios de classe</b>	PTE – profissionais técnicos e de enquadramento TI – trabalhadores independentes AI – agricultores independentes EE - empregados executantes	PB – peq. Burguesia TNG – técnicos não gestores G – gestores S – supervisores TSQ – trabalhadores semiqualeificados	NBA – nova burguesia assalariada PBT – pequena burguesia tradicional TI – trabalhadores independentes SNM – salariado não manual
<b>Proletariado</b>	AA – assalariados agrícolas OO – operários industriais	P – proletariado	SM – salariado manual

**Fonte:** Conclusões retiradas de Almeida, Costa e Machado (1988)

Testes iniciais mostraram que a tipologia ACM aplicada a dados brasileiros permitiu captar uma variabilidade socioprofissional relevante em termos da avaliação geral do estado de saúde pelos brasileiros. Portanto, para fins de padronização e de comparação opta-se, para esta pesquisa, por usar esta tipologia para Brasil e Portugal.

## 5.5. Métodos e técnicas estatísticas utilizadas

Para um claro entendimento sobre a forma como se estudam as relações entre *status* profissional e os indicadores de saúde do modelo de análise, é necessário conhecer os procedimentos estatísticos adotados e as incidências que motivaram a sua escolha.

### 5.5.1. Testes estatísticos utilizados

Para comparar o comportamento das categorias socioprofissionais de classe nos diferentes indicadores de saúde, realizaram-se testes estatísticos para a comparação de grupos e para averiguar relações de dependência entre variáveis com recurso ao *software* IBM SPSS 22.0 (*Statistical Package for Social Sciences*).

Quando o indicador (ou variável dependente) de saúde é de natureza quantitativa (por exemplo, o ‘índice de restrições no quotidiano’) ou suscetível de tratamento quantitativo (‘autoavaliação do estado de saúde’) perspectivou-se realizar testes paramétricos para comparação de grupos independentes, nomeadamente o teste *one-way* ANOVA<sup>19</sup>, que tem por objetivo testar o efeito dos *k* grupos do fator na variável dependente. Quando não se verificou o pressuposto da normalidade populacional (pressuposto para a realização do teste *one-way* ANOVA), adotou-se a alternativa não

<sup>19</sup> A hipótese estatística do teste *one-way* ANOVA é dado por:

H<sub>0</sub>:  $\mu_i = \mu_j$  (Em termos médios, as amostras apresentam o mesmo comportamento na variável dependente)

H<sub>1</sub>:  $\mu_i \neq \mu_j$  para algum  $i \neq j$  (Em termos médios, existe pelo menos uma amostra que difere das restantes)

paramétrica do teste de Kruskal-Wallis<sup>20</sup>. Nos casos em que se verificaram diferenças estatisticamente significativas no teste *one-way* ANOVA realizaram-se testes *Post-hoc* (Bonferroni e Dunnet T3) para entender quais os grupos que diferem significativamente entre si.

Quando as variáveis dependentes são de natureza qualitativa (por exemplo ‘o diagnóstico de depressão: sim ou não’), realizaram-se testes de independência do Qui-Quadrado<sup>21</sup> ( $\chi^2$ ), que servem para testar se os grupos independentes diferem relativamente a uma determinada característica, isto é, se a frequência com que os elementos da amostra se repartem pelas classes de uma variável nominal categorizada é ou não idêntica. Quando não se respeitaram as suas regras de utilização (nenhuma célula da tabela tenha frequência esperada inferior a um e não mais de 20% das células tenham frequência esperada inferior a 5 unidades), utilizaram-se os testes de independência do Qui-Quadrado por simulação de Monte Carlo.

Em todos estes testes que foram descritos, o processo de decisão é sempre com base na análise do *p-value*. Sempre que este valor for inferior a 0,05, rejeitam-se as hipóteses nulas enunciadas pelos testes, e deste modo, pode-se assumir que existe significância estatística (relações ou diferenças estatisticamente significativas).

### **5.5.2. A abordagem da estruturalidade: requisitos metodológicos**

Existem muitas situações de pesquisa empírica, nas quais o investigador tem por referência modelos de análise que perspectivam uma abordagem multifacetada e relacional com o objeto de estudo - traços da sua configuração complexa. Daí que o entendimento da complexidade de muitos objetos de estudo conduza ao desenvolvimento de análises baseadas em abordagens estruturais. Para que uma abordagem deste tipo seja possível, é necessário identificar os múltiplos fatores, considerados pertinentes para captar a estrutura dos fenómenos em estudo e a sua complexidade multidimensional.

Cada fator tem uma funcionalidade específica na definição da estrutura dos objetos em análise. Apesar de ser preservada a individualidade de cada um dos fatores é sobretudo essencial atender à sua interdependência e aos contornos das diferentes

---

<sup>20</sup>A hipótese estatística do teste Kruskal-Wallis é dado por:

H<sub>0</sub>:  $\theta_i = \theta_j$  (As amostras são provenientes de uma população com a mesma distribuição)

H<sub>1</sub>:  $\theta_i \neq \theta_j$  (Existe pelo menos um grupo proveniente de uma população com distribuição distinta)

<sup>21</sup>A hipótese estatística do teste de Independência do Qui-Quadrado é dado por:

H<sub>0</sub>: As duas variáveis são independentes;

H<sub>1</sub>: Existe uma relação de dependência entre as duas variáveis.

combinações que decorrem da sua interação. É importante reconhecer o papel decisivo que a análise relacional possui na descodificação da complexidade de objetos de investigação como as desigualdades sociais em saúde. Daí que em muitos casos, pode-se dizer que interessa também preservar uma abordagem estrutural da multidimensionalidade (Carvalho, 2008).

Uma estrutura que permite ilustrar o que acaba de ser dito é o espaço social. Este assemelha-se a uma matriz de posições, que têm associadas certas condições de existência socialmente definidas, com configurações específicas. Cada posição reflete uma combinação de múltiplas propriedades (recursos económicos, culturais, etc) definidas em função de um “sistema multidimensional de coordenadas” (Bourdieu, 1989, p. 133). Cada uma dessas propriedades tem valor e efeito próprios, e a avaliação da sua importância decorre da análise das relações que se estabelecem entre todas as outras propriedades.

Face à já referida multidimensionalidade é necessário ir para além das metodologias de análise estatística univariada e bivariada, e usar instrumentos concebidos para contemplar um número elevado de variáveis. Só assim é possível uma análise abrangente das relações entre os múltiplos indicadores selecionados para analisar as desigualdades sociais em saúde, na perspectiva de pesquisar as suas configurações. Essas configurações podem permitir identificar grupos de indivíduos que, coexistindo no mesmo espaço, partilham sistemas distintos de práticas e percepções. Da análise do posicionamento relativo detido por esses grupos, decorre a possibilidade de se aferir sobre as relações estabelecidas entre eles (Carvalho, 2008).

No que diz respeito à natureza das variáveis a usar, estas terão que ser preferencialmente de natureza qualitativa, que se traduzem através de categorias (daí também a sua designação de *categorical variables*). Para responder a este pré-requisito, verificou-se que grande parte dos indicadores usados na presente pesquisa (que foram recolhidos na PMS, PNAD e QES) são traduzidos segundo variáveis qualitativas (ou suscetíveis de tratamento qualitativo).

Em síntese, para dar resposta à 1) multidimensionalidade do espaço de análise; 2) abordagem estrutural dessa multidimensionalidade; e 3) à operacionalização de indicadores qualitativos, a MCA (Análise de Correspondências Múltipla) é uma técnica de estatística multivariada que permite a convergência articulada desses três vetores. No ponto que segue do presente trabalho é possível conhecer com maior detalhe a MCA.

### **5.5.3. Análise de Correspondências Múltipla (MCA)**

A Análise de correspondências múltipla (MCA) é um método de análise estatística multivariada de dados que foi criado por Jean-Paul Benzécri (1984). Este método foi desenvolvido com base nas tabelas de contingência, quadros de dupla entrada cruzando variáveis qualitativas e frequências absolutas. Para este tipo de dados, antes dos trabalhos de Benzécri, o único tratamento ‘quantitativo’ disponível era o teste do Qui-Quadrado ( $\chi^2$ ), que apenas avaliava o grau de independência entre as duas variáveis de partida. Ora a MCA permite estabelecer relações no interior de cada conjunto de modalidades, abrindo caminho para uma certa modelização de variáveis qualitativas.

Na MCA os parâmetros em análise são as categorias (que classificam os objetos) e os objetos (associados às categorias). Estes são submetidos a um processo de transformação, sendo estimadas quantificações ótimas, isto é, a cada categoria será associada uma quantificação e cada objeto um *score*. Com a MCA, pretende-se a representação gráfica do espaço das categorias ou do espaço dos objetos, espaços que são multidimensionais. As quantificações estimadas pela MCA definem as coordenadas que permitem representar no novo espaço de reduzidas dimensões: 1) as categorias das variáveis, com vista a analisar as múltiplas associações; 2) os objetos, com o objetivo de captar o posicionamento dos objetos no espaço.

Bourdieu *et al*, (1999) alertam para a necessidade de o investigador atentar com o inesperado na abordagem do seu objeto e equacionar a construção de um novo sistema de relações entre elementos. Ora a MCA é uma metodologia estatística de análise exploratória que tem em conta essa situação, uma vez que (face à abordagem multivariada) novos e inesperados padrões podem ser graficamente identificados mediante a proximidade de categorias.

### **5.6. Da componente espacial até o método comparativo**

A discussão sobre a geografia da saúde envolve ideias de espaço e lugar com um componente conceptual complexo. Kearns e Joseph (1993) e Jones e Moon (1993) chamaram a atenção para a necessidade de desenvolver a nossa compreensão de como as diferenças em saúde podem estar relacionadas com aspectos de espaço e lugar. Ultrapassam as ideias convencionais do espaço geométrico, quantificável em termos de distância euclidiana, e vêem o espaço como meio e resultado das relações sociais, reconhecendo o seu significado e construto social.

Para compreender a importância do espaço na saúde, Milton Santos é o nome forte da epidemiologia social brasileira. Santos (2004), pensou a categoria espaço como processo social, contribuindo de forma importante para que epidemiologia superasse uma visão não histórica do processo biológico, incorporando os processos interativos que permeiam a ocorrência da saúde e da doença na coletividade. Segundo Silva (1997), a categoria espaço em Milton Santos permitiu à epidemiologia mudar o foco usual de análise centrada na doença para análise das condições da sua ocorrência. Ao fazer isso passou a entender os mecanismos relacionais que explicam a distribuição do desenvolvimento da enfermidade.

A tentativa de juntar, à observação empírica, teorias relevantes no que respeita a saúde e espaço pode fornecer à análise das desigualdades em saúde explicações que valorizem o efeito contextual. Um dos exemplos disso é abordagem de Macintyre *et al* (1993), aquando da apresentação dos resultados das suas observações das desigualdades em saúde em diferentes áreas na Escócia. Nessa pesquisa foi tido em conta o papel do espaço na saúde e procedeu-se à diferenciação dos tipos de influências socioambientais do espaço sobre a saúde. (ver Tabela 10)

**Tabela 10** – Influências do espaço na saúde

---

Ambiente físico
Existência de ambientes saudáveis/prejudiciais à saúde
Fatores socioculturais relacionados com o espaço
Configuração dos sistemas de crenças e comportamentos
Sistemas de Saúde

---

**Fonte:** Macintyre *et al.* 1993

A comparação das desigualdades socioprofissionais em saúde entre Brasil e Portugal na presente tese foi precedida de uma análise comparada de alguns dos aspectos acima mencionados, de modo a poder encontrar indícios de um maior ou menor nível de desigualdade social em saúde em cada contexto. Em termos práticos, afigurou-se pertinente proceder à comparação de dados estatísticos de saúde da OMS e à análise dos sistemas de saúde e sua conjuntura, e ao exame de algumas estatísticas ambientais, laborais e sociais recolhidas de outras fontes institucionais. Essas comparações representam a informação contextual para realizar uma outra comparação, que é examinar o que foi projetado graficamente através da MCA, nos casos de Portugal e do Brasil, no que se refere à relação entre *status* profissional e saúde.

Dado este contexto será correto afirmar que estamos a enveredar pelo método comparativo? Examinando as palavras de Gil (1999) pode-se responder afirmativamente a esta questão: "O método comparativo procede pela investigação de indivíduos, classes, fenômenos ou fatos [ou países], com vista a ressaltar as diferenças e similaridades entre eles. A sua ampla utilização nas ciências sociais deve-se ao fato de possibilitar o estudo comparativo de grandes agrupamentos sociais, separados pelo espaço e pelo tempo" (p.16-17). A utilidade da comparação neste projeto é de ressaltar, uma vez que pode suscitar novos elementos para a compreensão da relação entre saúde e *status* profissional, a partir das diferenças que possam ser encontradas e das peculiaridades de cada país.

Dal Rosso (2013) apresenta a posição durkheimiana no que se refere à importância do uso do método comparativo afirmando que "a preocupação com a objetividade da explicação impõe o critério da explicação causal, não apenas a associação entre fatos. Mas como comprovar as explicações? É necessário administrar provas. Nesta etapa crucial, prevalece o uso do método comparativo que permite alcançar um objetivo algo parecido com a experimentação, critério máximo nas ciências empíricas, mas impossível de ser aplicado integralmente em sociologia, resultando, portanto, em uma experimentação indireta". Tal é a importância do método comparativo para Durkheim (1977, p. 121) que, ao comentar o método comparativo, chega a escrever que 'a sociologia comparada (...) é a própria sociologia, na medida em que deixa de ser puramente descritiva e aspira a explicar os fatos". Longe de nós procurar estabelecer relações causais definitivas, mas existe a crença de que a comparação proposta pode ajudar a entender melhor não apenas as diferenças entre os dois países no que se refere às desigualdades em saúde, mas também avançar na compreensão dos mecanismos que ligam o *status* profissional a estados e práticas diferenciados que redundam em desigualdades em saúde.

### **5.7. Delimitação do objeto, objetivos e hipóteses de investigação.**

Mencione-se que o objeto de estudo da tese aqui apresentada são as desigualdades sociais em saúde dos trabalhadores brasileiros e portugueses. Pretende-se ressaltar os aspectos sociais da saúde e da doença, através do *status* profissional. Tarefa possível através da análise dos dados da PMS efetuada no Brasil e em Portugal em 2003, da PNAD 2008 e da pesquisa por questionário efetuada em Portugal em 2014. Esta tese é claramente influenciada pelas perspectivas da abordagem cultural e abordagem estrutural aquando da avaliação da relação entre saúde e o posicionamento social dos indivíduos, e essa

influência se torna clara através do questionamento motriz do presente projeto: **A doença deve ser encarada como ocorrência individual e fortuita, ou algo que é distribuído entre as pessoas consoante a sua classe socioprofissional?** Com esta interrogação pretende-se focalizar as desigualdades em saúde sob a ótica da distribuição das suas determinantes entre diferentes grupos socioprofissionais. Uma questão secundária seria – até que ponto, caso encontradas, essas diferenças em estado de saúde por classe socioprofissional são fortemente influenciadas pelo contexto?

Relembre-se que o objetivo geral de projeto de pesquisa é o de comparar a situação de saúde dos dois países consoante a classe socioprofissional dos inquiridos (indicador do *status* profissional). No que se refere aos objetivos específicos, estes são:

- Avaliar a saúde percebida nas diferentes categorias socioprofissionais de classe.
- Decifrar padrões de classe socioprofissional-doença mental.
- Identificar as categorias socioprofissionais de classe com mais fatores risco para a saúde (tabagismo e consumo de álcool).
- Identificar as categorias socioprofissionais com maior nível de restrições de saúde no quotidiano.
- Comparar a situação brasileira e portuguesa, no que se refere à saúde percebida, declaração de doença mental, restrições de saúde no quotidiano e fatores de risco e sua relação com classe socioprofissional.
- Articular os resultados obtidos para o Brasil e para Portugal com informações de natureza contextual.

A enunciação das hipóteses e respetivas referências constam na Tabela 11.



**Tabela 11** – Enunciação das hipóteses de investigação

Hipóteses	Enunciação	Referências para fundamentação
H1	Existe uma pior autoavaliação do estado de saúde nas categorias socioprofissionais de classe com menor <i>status</i> profissional (operários, assalariados agrícolas e desempregados).	Víntem, Guerreiro e Machado (2008)
H2	Existe maior nível de tabagismo nas categorias socioprofissionais de classe com menor <i>status</i> profissional (operários, assalariados agrícolas e desempregados)	Whitlock <i>et al</i> (1998)
H3	Existe maior frequência no consumo de álcool nas categorias socioprofissionais de classe com menor <i>status</i> profissional (operários, assalariados agrícolas e desempregados)	Chaeb e Castellarin (1998)
H4	É na categoria dos empregados executantes que se podem encontrar mais problemas de saúde mental.	Dal Rosso (2008); Eaton <i>et al</i> (1990); Bultmann <i>et al</i> (2011)
H5	Existe um maior nível de restrições de saúde no quotidiano nas categorias socioprofissionais de classe com menor <i>status</i> profissional (operários e assalariados agrícolas)	Fehlberg, Santos e Tomasi (2001); Scussiato <i>et al</i> (2013); Rodrigues e Silva (1986); INSHT (2016)
H6	Os trabalhadores portugueses e brasileiros possuem associações diferentes entre a saúde e categorias socioprofissionais	Meira (2013); OMS (2015); PNUD (2015); BM (2015) e OIT (2015)
H7	As desigualdades encontradas entre categorias socioprofissionais diferem nos dois contextos estudados, porém a associação permanece.	OMS (2015)

Todas as hipóteses (enunciadas na Tabela 11) têm o seu fundamento na literatura e em estudos empíricos que se debruçam sobre a relação entre a saúde e ocupação. A enunciação da hipótese 4 sugere que a categoria dos empregados executantes é a mais visada pela doença mental, uma vez que representa o grupo socioprofissional cujas profissões (operadores de equipamentos informáticos, datilógrafos, motoristas, bibliotecários, garçons, etc) são as mais mencionadas com problemas de saúde mental. A este respeito é necessário ressaltar que existem outros estudos que, ora apontam que os operários e assalariados agrícolas são os mais afetados (Grosh *et al*, 1998), ora apontam que são os desempregados sofrem mais com problemas de saúde mental (Szwarcwald, Bastos e Esteves, 2005).

A hipótese 5 partiu do pressuposto de que a ocorrência de acidentes de trabalho mais frequente nas categorias dos assalariados agrícolas e operários, influencia no nível de restrições de saúde no quotidiano, na medida em que esses acidentes de trabalho provocam sequelas que podem comprometer não só exercício da sua profissão como também a realização de suas atividades habituais do dia-a-dia.

A operacionalização da hipótese 6 será feita através da relação entre todos os indicadores de saúde e as classes socioprofissionais em cada um dos países. O país que evidenciar maiores discrepâncias em saúde consoante *status* profissional, será o que apresenta maior nível de desigualdades sociais em saúde.

A hipótese 7 arrisca-se a prever que, a despeito das diferenças contextuais entre Brasil e Portugal (que se traduzem em fatores de recursos materiais, institucionais e educacionais, ambientes e de práticas culturais), a associação entre *status* profissional e a saúde percebida do trabalhador terá uma estrutura semelhante. Possíveis diferenças que forem encontradas nessa relação possibilitarão a sugestão de mecanismos que expliquem de que forma ela se dá.

## 6. Resultados da análise de dados estatística<sup>22</sup>

Apresentam-se agora os resultados referentes à análise de dados das amostras em estudo (PMS – Brasil, PNAD 2008 – Brasil, PMS – Portugal, e a amostra recolhida na pesquisa empírica realizada em Portugal), nomeadamente a caracterização sociográfica da amostra, análise descritiva das respostas dados às questões que correspondem aos indicadores de saúde no modelo de análise, os níveis de significância dos testes estatísticos (*one-way* ANOVA, *Kruskal-Wallis* e *Qui-Quadrado*) e as análises de correspondências múltiplas.

### 6.1. Análise de dados da PMS no Brasil

A Tabela 12 permite conhecer os traços sociais e profissionais da amostra de 3051 trabalhadores (e desempregados) inquiridos da PMS feita no Brasil. Mencione-se antes de mais que todos os resultados amostrais foram calibrados de acordo com a variável peso normalizada (peso normalizado =  $\text{peso} / (\frac{\sum \text{peso}}{n})$ ).

**Tabela 12** – Caracterização sociográfica da amostra (PMS-Brasil)

	Frequências Absolutas (n)	Frequências Relativas (%)
<b>Gênero</b>		
Feminino	1328	43,5
Masculino	1723	56,5
<b>Estado civil</b>		
Nunca casou	786	25,8
Casado	1353	44,3
Separado	196	6,4
Divorciado (a)	89	2,9
Viúvo (a)	96	3,1
Em coabitação	531	17,4
<b>Educação</b>		
Sem educação formal	240	7,9
Menor que o ensino fundamental	446	14,6
Ensino fundamental concluído	834	27,3
Ensino médio concluído	1267	41,5
Graduação	207	6,8
Pós-Graduação	57	1,9
<b>Indicador socioprofissional de classe</b>		
EDL – Empresários e Dirigentes	134	4,4
PTE	355	11,6
Ti	545	17,8
Ai	275	9,0
EE	338	11,1
OO	863	28,2
AA	64	2,1
Desempregado	485	15,9
<b>Idade</b> - Média: 37,48 anos (Desvio Padrão 16,25 anos)		

<sup>22</sup> Todos os *outputs* SPSS referentes à análise descritiva, validação de pressupostos, testes estatísticos, análise de fiabilidade e a análises de correspondência múltipla constam nos anexos I, II, III, IV e V, com comentários.

Estamos perante uma amostra de trabalhadores (e desempregados) masculinizada (56,5% dos inquiridos do género masculino) e caracterizada por um baixo nível educacional (50,1% dos inquiridos têm o ensino fundamental ou menos). No que respeita ao indicador socioprofissional de classe, ressalta uma elevada representação de operários (28,2%) e de trabalhadores independentes (17,8%).

Para melhor conhecermos as categorias de socioprofissionais que irão ser alvo de pesquisa, na Tabela 13 podemos examinar a sua caracterização social.

**Tabela 13** – Caracterização das categorias socioprofissionais de classe (PMS-Brasil)

	EDL	PTE	Ti	Ai	EE	OO	AA	Desempregado
<b>Gênero</b>								
Feminino	36,6%	56,9%	42,6%	24,3%	38,6%	43,0%	10,9%	53,6%
Masculino	63,4%	43,1%	57,4%	75,7%	61,4%	57,0%	89,1%	46,4%
<b>Escolaridade</b>								
Sem educação formal	0,7%	0,3%	4,4%	24,3%	1,2%	10,4%	29,7%	5,6%
Menor que o ensino fundamental	6,7%	0,0%	14,3%	27,5%	5,0%	21,2%	35,9%	15,9%
Ensino fundamental concluído	7,5%	1,1%	31,7%	38,8%	15,9%	37,5%	32,8%	32,6%
Ensino médio concluído	32,8%	57,2%	45,2%	8,6%	71,1%	30,7%	1,6%	43,8%
Graduação	35,1%	32,1%	2,9%	0,7%	6,5%	0,1%	0,0%	2,1%
Pós-Graduação	11,2%	9,3%	0,4%	0,0%	0,3%	0,0%	0,0%	0,0%
<b>Estado civil</b>								
Nunca casou	15,7%	30,8%	16,9%	12,7%	31,7%	22,5%	19,0%	39,8%
Casado	53,7%	42,3%	47,8%	62,7%	39,1%	45,4%	44,4%	28,2%
Separado	8,2%	6,7%	6,2%	5,1%	6,5%	7,1%	4,8%	7,4%
Divorciado (a)	8,2%	5,9%	2,6%	1,4%	3,8%	2,0%	0,0%	2,1%
Viúvo (a)	2,2%	3,9%	4,0%	4,3%	1,8%	2,7%	4,8%	2,7%
Em coabitação	11,9%	10,4%	22,4%	13,8%	17,2%	20,5%	27,0%	19,8%
<b>Idade</b>								
Média	41,77	38,29	40,24	43,95	33,62	37,27	36,60	32,53
Desvio Padrão	11,57	10,86	12,10	14,75	11,67	12,87	11,15	10,99

Nas categorias de classe com menor *status* profissional (AA – assalariado agrícolas, OO - operários e EE – empregados executantes) existe maior representação masculina. É de ressaltar que apenas a categoria PTE (profissionais e técnicos de enquadramento) é composta maioritariamente por inquiridos do género feminino.

Em termos de estado civil, a categoria dos desempregados ressalta pelo fato de apresentar menor percentagem de casamento ou união de fato, sendo que 40,9% destes inquiridos nunca casaram. As categorias EDL (empresários, dirigentes e profissionais liberais) e PTE (profissionais e técnicos de enquadramento) caracterizam-se por situações oficiais (formalizadas) de união e separação (casamento e divórcio), enquanto que as

categorias OO (operários) e AA (assalariados agrícolas) são caracterizadas por situações não oficiais de coabitação e separação.

Em termos etários as categorias com maior média etária dizem respeito aos grupos socioprofissionais EDL (empresários, dirigentes e profissionais liberais) e Ai e os grupos socioprofissionais com menor média etária são os EE (empregados executantes) e os desempregados.

**Tabela 14** – Indicadores de saúde da amostra (PMS-Brasil)

	<b>Frequências Absolutas (n)</b>	<b>Frequências Relativas (%)</b>
<b>Autoavaliação do estado de saúde</b>		
Muito má	35	1,1
Má	142	4,7
Moderada	1033	33,9
Boa	1312	43,0
Muito Boa	528	17,3
<b>Autoavaliação do estado de saúde (1-5) - Média 3,71 (Desvio Padrão 0,85)</b>		
<b>Restrições de saúde no quotidiano</b>		
Nenhuma	1563	51,5
Suave	1249	41,1
Moderada	210	6,9
Severa	13	0,4
Extrema/Não consegue	2	0,1
<b>Índice de restrições no quotidiano (1-5) - Média 1,56 (Desvio Padrão 0,53)</b>		
<b>Tabagismo</b>		
Fuma diariamente	642	21,0
Fuma só ocasionalmente	140	4,6
Não fumador	2269	74,4
<b>Consumo semanal de bebidas alcoólicas</b>		
Nenhuma	1976	64,8
1 a 5 Bebidas	543	17,8
6 a 10 Bebidas	203	6,7
11 a 20 Bebidas	211	6,9
21 a 30 Bebidas	70	2,3
Mais de 30 Bebidas	46	1,5
<b>História de diagnóstico de depressão</b>		
Sim	530	17,4
Não	2509	82,6
<b>Sentimento de tristeza, vazio e depressão nos últimos dias</b>		
Sim	1305	42,9
Não	1735	57,1
<b>História de diagnóstico de problemas de saúde mental</b>		
Sim	39	1,3
Não	3001	98,7

No que respeita à saúde percebida, verifica-se que a grande maioria dos inquiridos avaliam a sua saúde de moderada a boa (94,2%). Constata-se também que quase dois terços da amostra é composta por não fumantes (74,4%) e que 64,8% dos inquiridos não ingeriu bebidas alcoólicas na última semana.

No que respeita à saúde mental ressaltam os 42,9% de inquiridos que responderam afirmativamente ao sentimento de tristeza, vazio e depressão nos últimos dias, e os 17,4% que afirmaram ter histórico de diagnóstico de depressão (ver Tabela 14).

**Tabela 15** – Saúde percebida consoante categoria socioprofissional de classe (PMS-Brasil)

<b>Classe</b>	<b>Média</b>	<b>Desvio Padrão</b>
<b>EDL</b> ( <i>n</i> = 134)	<u>4,11</u>	0,72
<b>PTE</b> ( <i>n</i> = 355)	<u>3,93</u>	0,78
<b>Ti</b> ( <i>n</i> = 545)	3,64	0,86
<b>Ai</b> ( <i>n</i> = 275)	3,44	0,91
<b>EE</b> ( <i>n</i> = 338)	<u>4,00</u>	0,82
<b>OO</b> ( <i>n</i> = 863)	3,62	0,82
<b>AA</b> ( <i>n</i> = 64)	<u>3,45</u>	0,87
<b>Desempregados</b> ( <i>n</i> = 485)	3,69	0,83
<b><i>p</i> 1-way ANOVA &lt; 0,001</b>		

Os resultados expostos na Tabela 15 revelam que existem diferenças estatisticamente significativas na saúde percebida consoante classe socioprofissional. Verifica-se que os EDL (empresários, dirigentes e profissionais liberais), os EE (empregados executantes), e os PTE (profissionais e técnicos de enquadramento) apresentam-se com uma melhor saúde percebida, contrastando com os AA (assalariados agrícolas), Ai (agricultores independentes), Ti (trabalhadores independentes), OO (operários) e desempregados, que se apresentam com uma pior saúde percebida.

**Tabela 16** – Índice de restrições de saúde no quotidiano consoante classe socioprofissional de classe (PMS-Brasil)

<b>Classe</b>	<b>Média</b>	<b>Desvio Padrão</b>
<b>EDL</b> ( <i>n</i> = 132)	<u>1,47</u>	0,54
<b>PTE</b> ( <i>n</i> = 354)	<u>1,49</u>	0,46
<b>Ti</b> ( <i>n</i> = 540)	1,58	0,57
<b>Ai</b> ( <i>n</i> = 274)	1,61	0,59
<b>EE</b> ( <i>n</i> = 337)	<u>1,48</u>	0,49
<b>OO</b> ( <i>n</i> = 861)	1,56	0,53
<b>AA</b> ( <i>n</i> = 63)	1,55	0,51
<b>Desempregado</b> ( <i>n</i> = 483)	1,57	0,51
<b><i>p</i> 1-way ANOVA &lt; 0,05</b>		

Existem diferenças estatisticamente significativas no índice de restrições no quotidiano<sup>23</sup> por classe socioprofissional. As categorias de classe que apresentam menor nível de restrições no quotidiano dizem respeito aos EE (empregados executantes) e às

<sup>23</sup> Índice com uma boa fiabilidade interna (*alpha* de Cronbach de 0,757)

duas categorias com maior *status* profissional (EDL - empresários, dirigentes e profissionais liberais e PTE - profissionais e técnicos de enquadramento).

**Tabela 17** – Tabagismo consoante categoria socioprofissional de classe (PMS-Brasil)

<b>Classe</b>	<b>Fuma diariamente</b>	<b>Fuma ocasionalmente</b>	<b>Não Fuma</b>
<b>EDL</b> ( <i>n</i> = 134)	25,4%	1,5%	73,1%
<b>PTE</b> ( <i>n</i> = 355)	13,0%	2,8%	84,2%
<b>Ti</b> ( <i>n</i> = 545)	24,2%	4,4%	71,4%
<b>Ai</b> ( <i>n</i> = 275)	24,4%	3,3%	72,4%
<b>EE</b> ( <i>n</i> = 338)	12,4%	3,0%	84,6%
<b>OO</b> ( <i>n</i> = 863)	21,0%	5,1%	73,9%
<b>AA</b> ( <i>n</i> = 64)	28,1%	1,6%	70,3%
<b>Desempregados</b> ( <i>n</i> = 485)	25,8%	6,2%	68,0%
<b><math>p \chi^2 &lt; 0,001</math></b>			

Existe uma relação de dependência entre a classe socioprofissional e o tabagismo. Consta-se que existe uma maior concentração percentual de trabalhadores que fumam diariamente no setor agrícola (AA - assalariados agrícolas com 28,1% e Ai - agricultores independentes com 24,4%) e nos desempregados (25,8%). As maiores percentagens de não fumadores encontram-se nas categorias correspondentes aos EE (empregados executantes com 84,6%) e aos PTE (profissionais e técnicos de enquadramento com 84,2%).

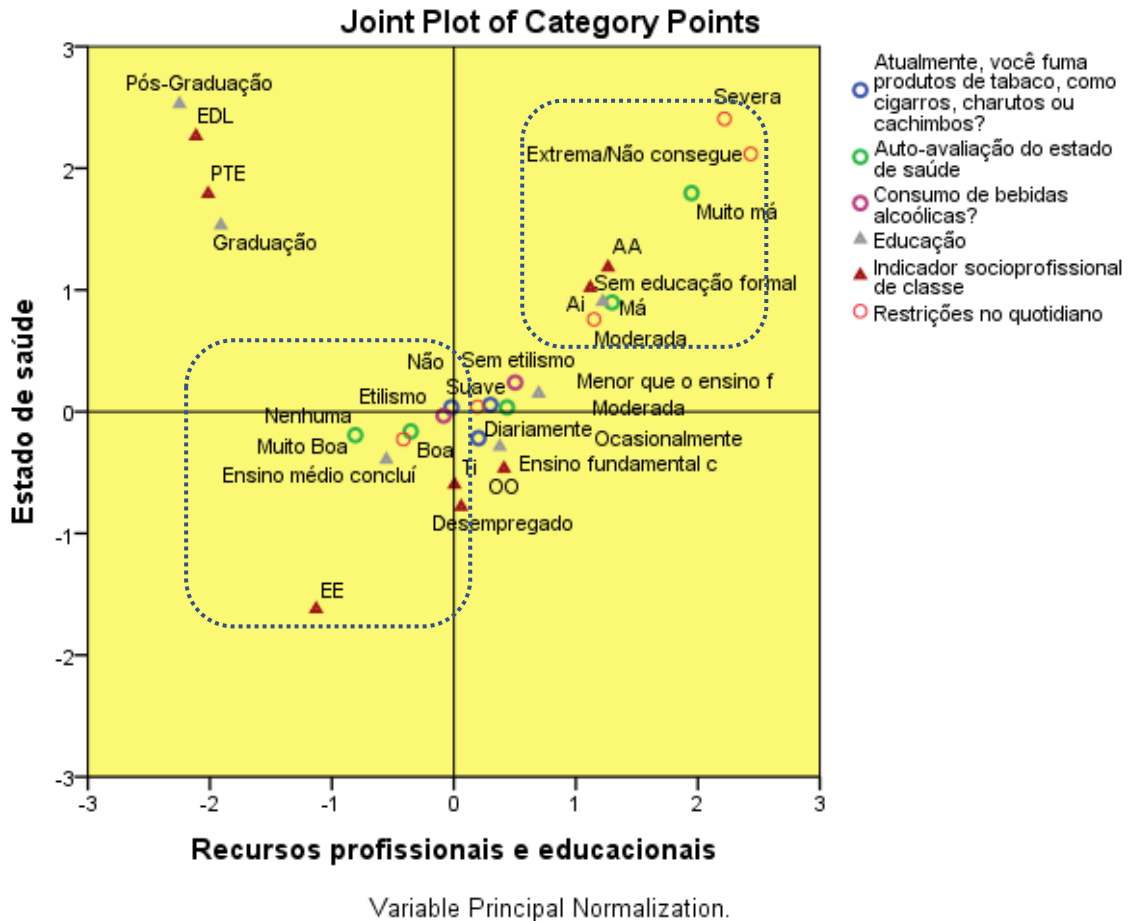
**Tabela 18** – Bebidas alcoólicas por semana consoante categoria socioprofissional de classe (PMS-Brasil)

<b>Classe</b>	<b>Média</b>	<b>Desvio Padrão</b>
<b>EDL</b> ( <i>n</i> = 134)	<u>3,85</u>	7,04
<b>PTE</b> ( <i>n</i> = 355)	3,19	7,04
<b>Ti</b> ( <i>n</i> = 545)	<u>4,25</u>	8,78
<b>Ai</b> ( <i>n</i> = 275)	3,04	7,34
<b>EE</b> ( <i>n</i> = 338)	3,27	7,01
<b>OO</b> ( <i>n</i> = 862)	2,83	6,96
<b>AA</b> ( <i>n</i> = 64)	3,17	7,12
<b>Desempregados</b> ( <i>n</i> = 484)	2,49	7,27
<b><math>p</math> 1-way ANOVA &lt; 0,05</b>		

A partir da Tabela 18 pode-se constatar que existem diferenças estatisticamente significativas no número médio de bebidas alcoólicas consumidas por semana consoante a classe socioprofissional. Os Ti (trabalhadores independentes) assumem-se como a categoria com a maior média de bebidas alcoólicas, seguida dos EDL (empresários, dirigentes e profissionais liberais) e dos PTE (profissionais e técnicos de enquadramento) e dos EE (empregados executantes). Em geral, as categorias onde se verifica um menor

consumo semanal de bebidas alcoólicas são as que são caracterizadas por um menor *status* profissional (AA - assalariados agrícolas e os OO - operários).

**Figura 5** – Projeção dos indicadores de saúde no espaço social: PMS-Brasil



**Nota:** para evitar a replicação de demasiadas categorias no espaço social brasileiro, este gráfico não contém as categorias referentes aos indicadores de saúde mental. O isolamento das categorias EDL e PTE deve-se ao elevado peso da variável educação que ‘inflaciona’ as quantificações na dimensão ‘recursos profissionais e educacionais’

A categoria socioprofissional de classe AA (assalariados agrícolas) é a que está mais próxima dos menores níveis de saúde percebida e dos maiores níveis de restrições de saúde no cotidiano. Já a categoria socioprofissional EE (empregados executantes) se situa no quadrante onde estão os melhores indicadores de saúde (ver Figura 5)



**Tabela 19** – Medidas de discriminação, fiabilidade e inércia: PMS Brasil

Variável	Peso da variável	Medidas de Discriminação	
		Dimensão 1	Dimensão 2
Autoavaliação do estado de saúde	1	0,139	<b>0,300</b>
Restrições no quotidiano	1	0,144	<b>0,188</b>
Atualmente, você fuma produtos de tabaco, como cigarros, charutos e cachimbo?	1	0,020	0,002
Indicador socioprofissional de classe	2	<b>0,567</b>	0,402
Consumo bebidas alcoólicas	1	0,051	0,014
Educação	2	<b>0,904</b>	0,874
Alpha de Cronbach		0,816	0,742
Valor próprio		3,500	2,850
Inércia		0,439	0,356

A partir das medidas de discriminação, consta-se que a dimensão 1 é mais discriminada pelo indicador socioprofissional de classe e educação e a dimensão 2 tende a ser mais discriminada pelos indicadores de saúde. Saliente-se que ambas as dimensões têm bons resultados de fiabilidade interna.

**Tabela 20** – Saúde mental consoante categoria socioprofissional de classe (PMS-Brasil)

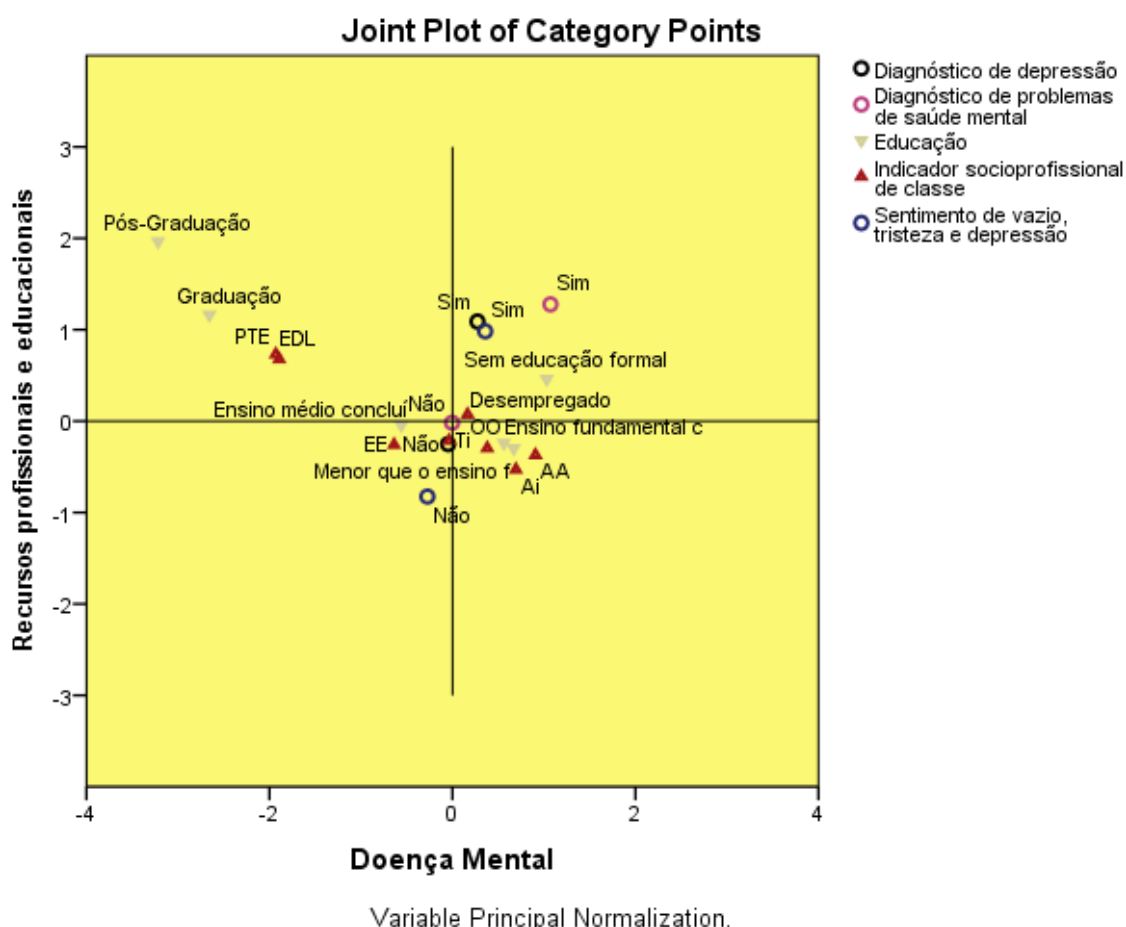
Classe	Diagnóstico de depressão	Sentimento de vazio, tristeza e depressão	Diagnóstico de problemas de saúde mental
<b>EDL</b> ( <i>n</i> = 134; 134; 134)	20,9%	38,8%	0,7%
<b>PTE</b> ( <i>n</i> = 355; 352; 353)	22,3%	42,9%	0,3%
<b>Ti</b> ( <i>n</i> = 544; 542; 543)	18,0%	42,1%	0,9%
<b>Ai</b> ( <i>n</i> = 273; 274; 271)	11,4%	31,8%	1,5%
<b>EE</b> ( <i>n</i> = 338; 338; 338)	12,4%	38,5%	0,0%
<b>OO</b> ( <i>n</i> = 858; 862; 859)	16,2%	41,5%	2,3%
<b>AA</b> ( <i>n</i> = 63; 64; 64)	15,9%	35,9%	0,0%
<b>Desempregados</b> ( <i>n</i> = 484; 484; 485)	18,6%	53,7%	1,4%
<b><i>p</i>χ<sup>2</sup></b>	< 0,05	<0,001	< 0,05

Analisando os diferentes indicadores referentes à saúde mental da amostra existem algumas ambiguidades que nos impedem de traçar uma relação entre saúde mental e *status* profissional. Em primeiro lugar ressalta a maior percentagem de história de diagnóstico de depressão nas categorias de classe com maior *status* profissional (EDL e PTE).

No entanto quando se trata de responder afirmativamente ao um sentimento de mal-estar mental (tristeza, vazio e depressão), os desempregados assumem o seu protagonismo. Salienta-se também que os OO (operários) se perfilam com uma

percentagem significativamente superior de diagnóstico de problemas de saúde mental (ver Tabela 20).

**Figura 6** – Projeção dos indicadores de saúde mental no espaço social: PMS-Brasil



Lançando um primeiro olhar na Figura 6, não é possível identificar proximidades entre categorias que permitam decifrar padrões e estabelecer associações. A única constatação relevante que se pode ressaltar é que os desempregados se situam no mesmo quadrante das respostas afirmativas a todos os eventos de saúde mental.

**Tabela 21** – Medidas de discriminação, fiabilidade e inércia: PMS Brasil (saúde mental)

Variável	Peso da variável	Medidas de Discriminação	
		Dimensão 1	Dimensão 2
Diagnóstico de depressão	1	0,028	<b>0,258</b>
Diagnóstico de problemas de saúde mental	1	0,023	0,024
Indicador socioprofissional de classe	1	<b>0,457</b>	0,122
Educação	2	<b>0,873</b>	0,252
Sentimento de vazio, tristeza e depressão	2	0,152	<b>0,736</b>
Alpha de Cronbach		0,711	0,699
Valor próprio		2,887	2,229
Inércia		0,355	0,350

A dimensão 1 é mais discriminada pela educação e pelo indicador socioprofissional de classe e educação enquanto que a dimensão 2 é mais discriminada pela maior parte dos indicadores de saúde mental. Ambas as dimensões apresentam resultados aceitáveis de fiabilidade interna.

## 6.2. Análise de dados da PNAD 2008 no Brasil

A Tabela 20 permite conhecer os traços sociais e profissionais da amostra de 205224 inquiridos da PNAD 2008 em condição economicamente ativa (e também desempregados). Mencione-se antes de mais que todos os resultados amostrais foram calibrados de acordo com a variável peso normalizada (peso normalizado =  $\text{peso} / (\frac{\sum \text{peso}}{n})$ ).

**Tabela 22** – Caracterização sociográfica da amostra (PNAD-Brasil)

	Frequências absolutas (n)	Frequências relativas (%)
<b>Gênero</b>		
Masculino	115852	56,5
Feminino	89372	43,5
<b>Educação</b>		
Sem educação formal	2142	1,3
Ensino fundamental	77559	46,0
Ensino médio	65452	38,8
Graduação	22437	13,2
Pós-Graduação	1130	0,7
<b>Tipologia ACM</b>		
EDL	10701	5,2
PTE	14616	7,1
Ti	15523	7,6
Ai	7341	3,6
EE	69040	33,6
OO	44923	21,9
AA	19714	9,6
Desempregado	23363	11,4
<b>Idade</b> – Média 36,92 anos (Desvio Padrão 14,02)		
<b>Renda</b> – Média 899,63 reais (Desvio Padrão 1611,87 reais)		

Estamos perante uma amostra feminilizada (56,5% dos inquiridos são do gênero feminino) e caracterizada por um baixo nível educacional (apenas 13,9% tem o ensino superior). Em termos etários, a amostra apresenta uma média de idade de 36,92 anos (desvio padrão 14,02 anos). No que respeita ao indicador socioprofissional de classe, ressalta uma elevada representação de EE - empregados executantes (33,6%) e de OO - operários (21,9%).

A Tabela 23 permite-nos conhecer os grupos socioprofissionais de classe de acordo com os seus traços sociais.

**Tabela 23** – Caracterização das categorias socioprofissionais de classe (PNAD-Brasil)

	EDL	PTE	Ti	Ai	EE	OO	AA	Desempregado
<b>Gênero</b>								
Masculino	66,6%	37,1%	52,1%	88,3%	40,6%	84,0%	67,9%	41,0%
Feminino	33,4%	62,9%	47,9%	11,7%	59,4%	16,0%	32,1%	59,0%
<b>Escolaridade</b>								
Sem educação formal	0,2%	0,0%	0,7%	7,4%	0,5%	0,8%	4,9%	1,6%
Ensino fundamental	22,6%	4,2%	36,3%	78,5%	39,4%	58,3%	81,4%	48,5%
Ensino médio	40,1%	15,2%	51,3%	12,3%	49,6%	38,5%	12,6%	41,0%
Graduação	35,3%	74,3%	11,6%	1,80%	10,3%	2,4%	1,1%	8,6%
Pós-Graduação	1,8%	6,3%	0,2%	0,0%	0,2%	0,0%	0,0%	0,3%
<b>Idade</b>								
Média	42,39	38,64	35,09	48,42	35,83	36,85	36,18	34,87
Desvio Padrão	12,65	12,09	13,44	14,44	12,89	13,10	16,33	16,19
<b>Renda</b>								
Média	2754,29	2138,25	833,94	514,66	750,84	782,25	226,84	395,87
Desvio Padrão	3839,31	2678,76	1605,99	783,14	1039,20	857,24	331,60	1090,85

Os homens predominam na maioria dos grupos socioprofissionais. As mulheres predominam nos grupos das profissões científicas e executantes de serviços (PTE e EE) e no grupo dos desempregados. Mencione-se que o grupo sociocupacional PTE destaca-se por ser o mais instruído. Em termos etários, é de assinalar que o grupo Ai é claramente o mais envelhecido (ver Tabela 23).

**Tabela 24** – Indicadores de saúde da amostra de trabalhadores (PNAD-Brasil)

	Frequências absolutas (n)	Frequências relativas (%)
<b>Autoavaliação do estado de saúde</b>		
Muito ruim	884	0,4
Ruim	4778	2,3
Moderada	39928	19,5
Boa	115727	56,4
Muito boa	43907	21,4
<b>Autoavaliação do estado de saúde (1-5) - Média 3,96 (Desvio Padrão 0,73)</b>		
<b>«Nas duas últimas semanas, deixou de realizar quaisquer de suas atividades habituais por motivo de saúde?»</b>		
Sim	15214	7,4
Não	190010	92,6
<b>«Algum médico ou profissional de saúde disse que tem depressão?»</b>		
Sim	8275	4,0
Não	196949	96,0
<b>«Atualmente, fuma algum produto do tabaco?»</b>		
Diariamente	28806	16,5
Menos que diariamente	4114	2,4
Não fuma	141203	81,1

Esta amostra da PNAD apresenta uma melhor saúde percebida, em comparação com a amostra PMS brasileira. Verifica-se 7,4% dos inquiridos já sentiram restrições de saúde nas suas atividades habituais, que 4,0% tem histórico de depressão. Analisando o tabagismo, verifica-se que 16,5% da amostra fuma diariamente produtos de tabaco (ver Tabela 24).

**Tabela 25** – Saúde percebida consoante categoria socioprofissional de classe (PNAD-Brasil)

<b>Classe</b>	<b>Média</b>	<b>Desvio Padrão</b>
<b>EDL</b> ( <i>n</i> = 10701)	4,11	0,69
<b>PTE</b> ( <i>n</i> = 14616)	4,19	0,66
<b>Ti</b> ( <i>n</i> = 15523)	3,99	0,73
<b>Ai</b> ( <i>n</i> = 7341)	<u>3,66</u>	0,79
<b>EE</b> ( <i>n</i> = 69040)	3,99	0,71
<b>OO</b> ( <i>n</i> = 44923)	3,97	0,70
<b>AA</b> ( <i>n</i> = 19714)	<u>3,82</u>	0,76
<b>Desempregados</b> ( <i>n</i> = 23363)	<u>3,82</u>	0,83
<b><i>p</i> 1-way ANOVA &lt; 0,001</b>		

São as categorias socioprofissionais com maior *status* profissional que apresentam médias significativamente superiores de autoavaliação do estado de saúde. Por outro lado, os agricultores independentes (Ai) e os grupos ocupacionais com menor *status* profissional (AA - a e Desempregados) apresentam uma pior saúde percebida (ver Tabela 25).

**Tabela 26** – Restrições de saúde no quotidiano consoante categoria socioprofissional de classe (PNAD-Brasil)

<b>Classe</b>	<b>«Nas duas últimas semanas, deixou de realizar quaisquer de suas atividades habituais por motivo de saúde?»</b>	
	<b>Sim</b>	<b>Não</b>
<b>EDL</b> ( <i>n</i> = 10701)	5,2%	94,8%
<b>PTE</b> ( <i>n</i> = 14617)	5,8%	94,2%
<b>Ti</b> ( <i>n</i> = 15523)	6,9%	93,1%
<b>Ai</b> ( <i>n</i> = 7341)	<u>10,3%</u>	89,7%
<b>EE</b> ( <i>n</i> = 69041)	6,5%	93,5%
<b>OO</b> ( <i>n</i> = 44923)	6,4%	93,6%
<b>AA</b> ( <i>n</i> = 19714)	<u>7,7%</u>	92,3%
<b>Desempregados</b> ( <i>n</i> = 23363)	<u>13,3%</u>	86,7%
<b><i>p</i> <math>\chi^2</math> &lt; 0,001</b>		

A partir da análise da Tabela 24, constata-se que os desempregados, agricultores independentes (Ai) e assalariados agrícolas (AA) são os mais visados em termos de restrições de saúde nas atividades habituais.

**Tabela 27** – Tabagismo consoante categoria socioprofissional de classe (PNAD-Brasil)

<b>Classe</b>	<b>Fuma diariamente</b>	<b>Fuma ocasionalmente</b>	<b>Não Fuma</b>
<b>EDL</b> (n = 10701)	12,7%	2,0%	85,3%
<b>PTE</b> (n = 14616)	9,1%	1,8%	89,1%
<b>Ti</b> (n = 15523)	14,0%	2,4%	83,6%
<b>Ai</b> (n = 7341)	22,4%	2,8%	74,8%
<b>EE</b> (n = 69040)	14,2%	2,0%	83,8%
<b>OO</b> (n = 44923)	21,1%	2,7%	76,2%
<b>AA</b> (n = 19714)	22,1%	3,0%	74,9%
<b>Desempregados</b> (n = 23363)	16,4%	2,5%	81,1%
<b>p <math>\chi^2</math> &lt;0,001</b>			

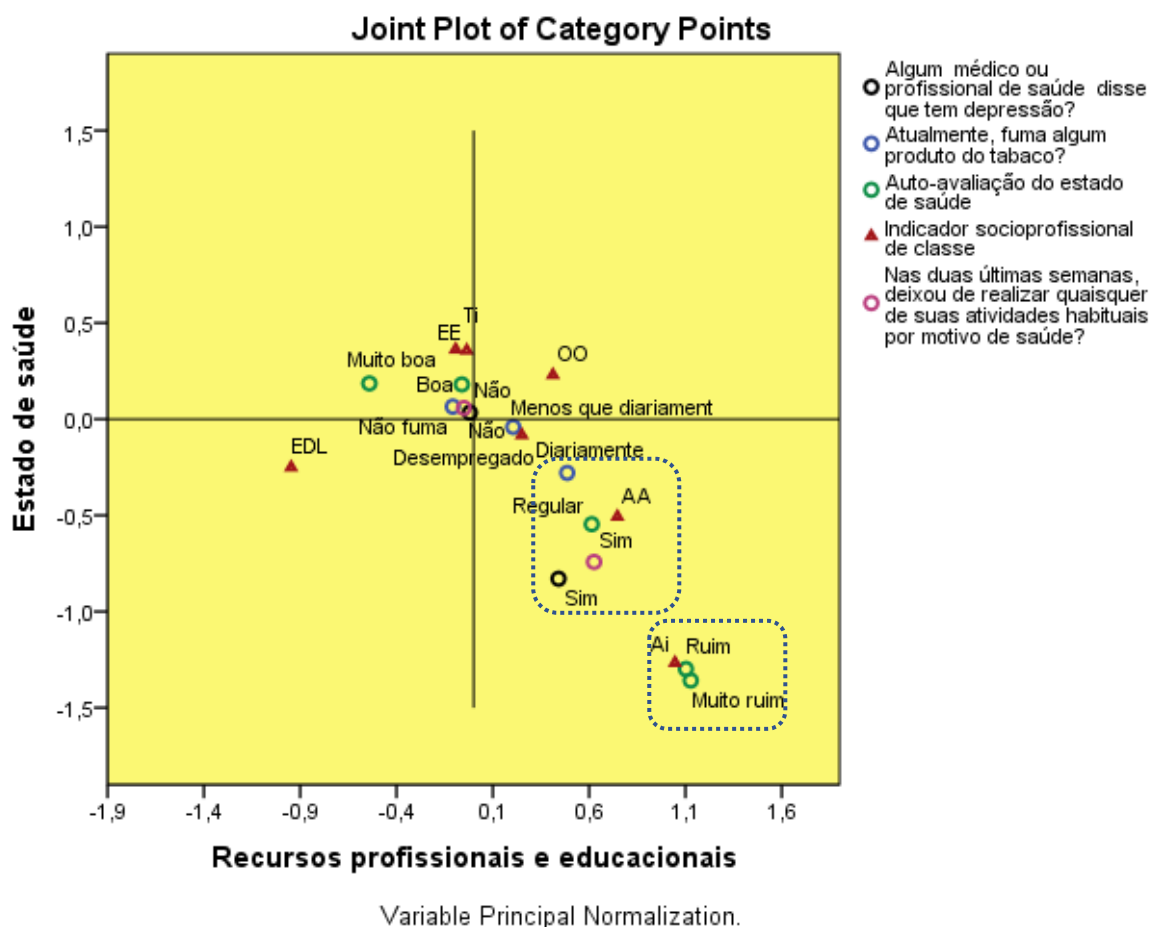
Existe relação estatisticamente significativa entre *status* profissional e tabagismo. Os grupos com menor *status* profissional (OO – operários e AA – assalariados agrícolas) juntamente com os agricultores independentes (Ai) são os que mais apresentam hábitos tabágicos diários, em contraste com as menores percentagens desses hábitos nos grupos socioprofissionais com maior *status* profissional (EDL - empresários, dirigentes e profissionais liberais e PTE - profissionais e técnicos de enquadramento) (ver Tabela 27).

**Tabela 28** – Diagnóstico de depressão consoante classe socioprofissional de classe (PNAD - Brasil)

<b>Classe</b>	<b>«Algum médico ou profissional de saúde disse que tem depressão?»</b>	
	<b>Sim</b>	<b>Não</b>
<b>EDL</b> (n = 10701)	3,8%	96,2%
<b>PTE</b> (n = 14616)	4,3%	95,7%
<b>Ti</b> (n = 15523)	4,3%	95,7%
<b>Ai</b> (n = 7341)	3,5%	96,5%
<b>EE</b> (n = 69040)	4,2%	95,8%
<b>OO</b> (n = 44923)	2,6%	97,4%
<b>AA</b> (n = 19714)	3,2%	96,8%
<b>Desempregados</b> (n = 23363)	7,1%	92,9%
<b>p <math>\chi^2</math> &lt;0,001</b>		

Ao analisar a relação entre *status* profissional e diagnóstico de depressão, ressalta novamente a maior percentagem de desse diagnóstico no grupo dos desempregados (ver Tabela 28).

**Figura 7** – Projeção dos indicadores de saúde no espaço social: PNAD-Brasil



Da Figura 7 as associações mais claras são a proximidade dos indicadores de restrições de saúde no cotidiano, de diagnóstico de depressão e de hábito tabágico diário com a categoria dos assalariados agrícolas (AA), e a proximidade dos piores níveis de saúde percebida com a categoria dos Ai - agricultores independentes (recorde-se, o grupo ocupacional com maior média etária).

**Tabela 29** – Medidas de discriminação, fiabilidade e inércia: PNAD-Brasil

Variável	Peso da variável	Medidas de Discriminação	
		Dimensão 1	Dimensão 2
Algum médico ou profissional de saúde disse que tem depressão?	1	0,008	<b>0,029</b>
Atualmente, fuma algum produto do tabaco?	1	0,042	0,014
Autoavaliação do estado de saúde	1	0,131	<b>0,172</b>
Nas duas últimas semanas, deixou de realizar quaisquer de suas atividades habituais por motivo de saúde?	1	0,031	<b>0,044</b>
Indicador socioprofissional de classe	1	<b>0,542</b>	0,247
Educação	2	<b>0,901</b>	0,910
Alpha de Cronbach		0,718	0,656
Valor próprio		2,598	2,285
Inércia		0,371	0,326

Os indicadores da saúde discriminam mais na dimensão 2, enquanto que a educação e o indicador socioprofissional de classe discriminam mais na dimensão 1. Ambas as dimensões apresentam resultados aceitáveis de fiabilidade interna.



### 6.3. Análise de dados da PMS em Portugal

Apresenta-se, em primeiro lugar, a caracterização social da amostra de 505 trabalhadores (e desempregados) inquiridos da PMS em Portugal.

**Tabela 30** – Caracterização sociográfica da amostra de trabalhadores (PMS-Portugal)

	Frequências Absolutas (n)	Frequências Relativas (%)
<b>Gênero</b>		
Feminino	277	54,9
Masculino	228	45,1
<b>Estado civil</b>		
Nunca casou	130	25,7
Casado	289	57,2
Separado	13	2,6
Divorciado (a)	33	6,5
Viúvo (a)	17	3,4
Em coabitação	23	4,6
<b>Educação</b>		
Sem educação formal	16	3,2
Menor que o ensino fundamental	146	28,9
Ensino fundamental concluído	109	21,6
Ensino médio concluído	174	34,5
Graduação	58	11,5
Pós-Graduação	2	0,4
<b>Indicador socioprofissional de classe</b>		
EDL	41	8,1
PTE	56	11,1
Ai	2	0,4
EE	147	29,1
OO	202	40,0
AA	3	0,6
Desempregado	54	10,7
<b>Idade</b> - Média: 39,51 anos (Desvio Padrão 12,70 anos)		

A amostra referente à PMS de Portugal é uma amostra feminilizada (54,9% dos inquiridos do género feminino) e caracterizada por um baixo nível educacional (53,7% têm o ensino fundamental ou menos). Em comparação com a amostra da PMS Brasil, esta amostra apresenta uma média etária superior, com uma média de 39,51 anos (desvio padrão 12,70 anos). No que respeita às categorias do indicador socioprofissional de classe, é de notar a inexistência de Ti (trabalhadores independentes), a baixa representação de Ai (agricultores independentes) e AA (assalariados agrícolas), e a elevada representação de OO (operários) e EE (empregados executantes).

Feita a caracterização social da amostra, passam-se também a apresentar os traços sociais das categorias socioprofissionais de classe (ver Tabela 30)

**Tabela 31** – Caracterização das categorias socioprofissionais de classe (PMS-Portugal)

	EDL	PTE	Ai	EE	OO	AA	Desempregado
<b>Gênero</b>							
Feminino	58,5%	58,9%	0,0%	55,1%	50,5%	0,0%	68,5%
Masculino	41,5%	41,1%	100,0%	44,9%	49,5%	100,0%	31,5%
<b>Escolaridade</b>							
Sem educação formal	9,8%	0,0%	0,0%	1,4%	4,0%	0,0%	3,7%
Menor que o ensino fundamental	39,0%	1,8%	0,0%	13,6%	43,6%	66,7%	35,2%
Ensino fundamental concluído	7,3%	3,6%	50,0%	16,3%	32,7%	33,3%	22,2%
Ensino médio concluído	37,1%	12,5%	50,0%	65,3%	18,8%	0,0%	35,2%
Graduação	12,2%	78,6%	0,0%	3,4%	1,0%	0,0%	3,7%
Pós-Graduação	0,0%	3,6%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
<b>Estado civil</b>							
Nunca casou	17,1%	41,1%	0,0%	32,0%	15,8%	33,3%	37,0%
Casado	56,1%	50,0%	100,0%	51,7%	69,3%	33,3%	35,2%
Separado	4,9%	3,6%	0,0%	1,4%	1,5%	33,3%	5,6%
Divorciado	9,8%	3,6%	0,0%	6,1%	6,4%	0,0%	9,3%
Viúvo	4,9%	0,0%	0,0%	2,0%	4,0%	0,0%	7,4%
União de fato	7,3%	1,8%	0,0%	6,8%	3,0%	0,0%	5,6%
<b>Idade</b>							
Média	48,00	37,48	34,00	36,05	41,17	48,33	38,11
Desvio Padrão	15,00	11,53	4,24	11,92	11,91	8,15	13,51

Antes de salientar os principais traços sociais dos grupos socioprofissionais, mencione-se que esta amostra, além de não ter grande dimensão, evidencia alguns problemas de representatividade (principalmente a nível ocupacional). Feita a ressalva, verifica-se, em primeiro lugar, que as categorias de classe do setor agrícola (AA - assalariados agrícolas e Ai - agricultores independentes) são constituídas apenas por inquiridos do gênero masculino. Refira-se também que a maioria dos desempregados, EDL (empresários, dirigentes e profissionais liberais), PTE (profissionais e técnicos de enquadramento) e EE (empregados executantes) são do gênero feminino.

Os grupos socioprofissionais que são caracterizados por um elevado grau de instrução são os EDL e os PTE. Examinando o estado civil, praticamente todas as categorias de classe são caracterizadas por serem constituídas maioritariamente por inquiridos casados, com exceção dos AA e dos desempregados. É também de mencionar a média etária elevada dos EDL e a baixa média etária dos EE e Ai.

**Tabela 32** – Indicadores de saúde da amostra (PMS-Portugal)

	<b>Frequências Absolutas (n)</b>	<b>Frequências Relativas (%)</b>
<b>Autoavaliação do estado de saúde</b>		
Muito má	3	0,6
Má	33	6,5
Moderada	176	34,9
Boa	249	49,3
Muito Boa	44	8,7
<b>Autoavaliação do estado de saúde (1-5) - Média 3,59 (Desvio Padrão 0,76)</b>		
<b>Restrições de saúde no quotidiano</b>		
Nenhuma	329	65,7
Suave	155	30,9
Moderada	16	3,2
Severa	1	0,2
<b>Índice de restrições no quotidiano (1-4) - Média 1,38 (Desvio Padrão 0,45)</b>		
<b>História de diagnóstico de depressão</b>		
Sim	108	21,5
Não	395	78,5
<b>Sentimento de tristeza, vazio e depressão nos últimos dias</b>		
Sim	175	34,8
Não	329	65,2

Analisando a Tabela 32, verifica-se que 8,7% da amostra avaliou a sua saúde como muito boa, e que quase metade dos inquiridos (49,3%) respondeu que a sua saúde é boa. No que respeita à saúde mental, 21,5% de trabalhadores respondeu afirmativamente ao diagnóstico de depressão e 34,8% respondeu afirmativamente ao sentimento de tristeza, vazio e depressão nos últimos dias.

**Tabela 33** – Saúde percebida consoante classe socioprofissional de classe (PMS-Portugal)

<b>Classe</b>	<b>Média</b>	<b>Desvio Padrão</b>
<b>EDL (n = 41)</b>	3,37	0,86
<b>PTE (n = 56)</b>	<u>3,84</u>	0,68
<b>Ai (n = 2)</b>	4,50	0,71
<b>EE (n = 147)</b>	<u>3,78</u>	0,69
<b>OO (n = 202)</b>	3,49	0,72
<b>AA (n = 3)</b>	<u>2,67</u>	0,58
<b>Desempregados (n = 54)</b>	3,39	0,92
<b>p Kruskal-Wallis &lt; 0,001</b>		

Existem diferenças estatisticamente significativas na saúde percebida consoante classe socioprofissional, sendo que os AA (assalariados agrícolas) perfilam-se com uma média de autoavaliação de estado de saúde claramente inferior e os PTE (profissionais e técnicos de enquadramento) e os EE (empregados executantes) apresentam uma melhor média de autoavaliação do estado de saúde. Os resultados relativos aos Ai (agricultores

independentes) devem ser encarados com algumas reservas, devido à sua sub-representação na amostra.

**Tabela 34** – Índice de restrições de saúde no quotidiano consoante categoria socioprofissional de classe (PMS-Portugal)

<b>Classe</b>	<b>Média</b>	<b>Desvio Padrão</b>
<b>EDL</b> ( <i>n</i> = 40)	1,56	0,53
<b>PTE</b> ( <i>n</i> = 56)	<u>1,29</u>	0,38
<b>Ai</b> ( <i>n</i> = 2)	1,00	0,00
<b>EE</b> ( <i>n</i> = 147)	1,29	1,29
<b>OO</b> ( <i>n</i> = 199)	1,41	0,50
<b>AA</b> ( <i>n</i> = 3)	<u>1,79</u>	0,64
<b>Desempregados</b> ( <i>n</i> = 54)	1,44	0,47
<b><i>p</i> 1-way ANOVA &lt; 0,05</b>		

A avaliar pelos resultados da Tabela 34, existem diferenças estatisticamente significativas no índice de restrições de saúde no quotidiano, sendo que são os AA (assalariados agrícolas) que têm maior nível médio de restrições de saúde no quotidiano. No pólo oposto estão os PTE (profissionais e técnicos de enquadramento) que se perfilam com o menor nível médio de restrições de saúde no quotidiano.

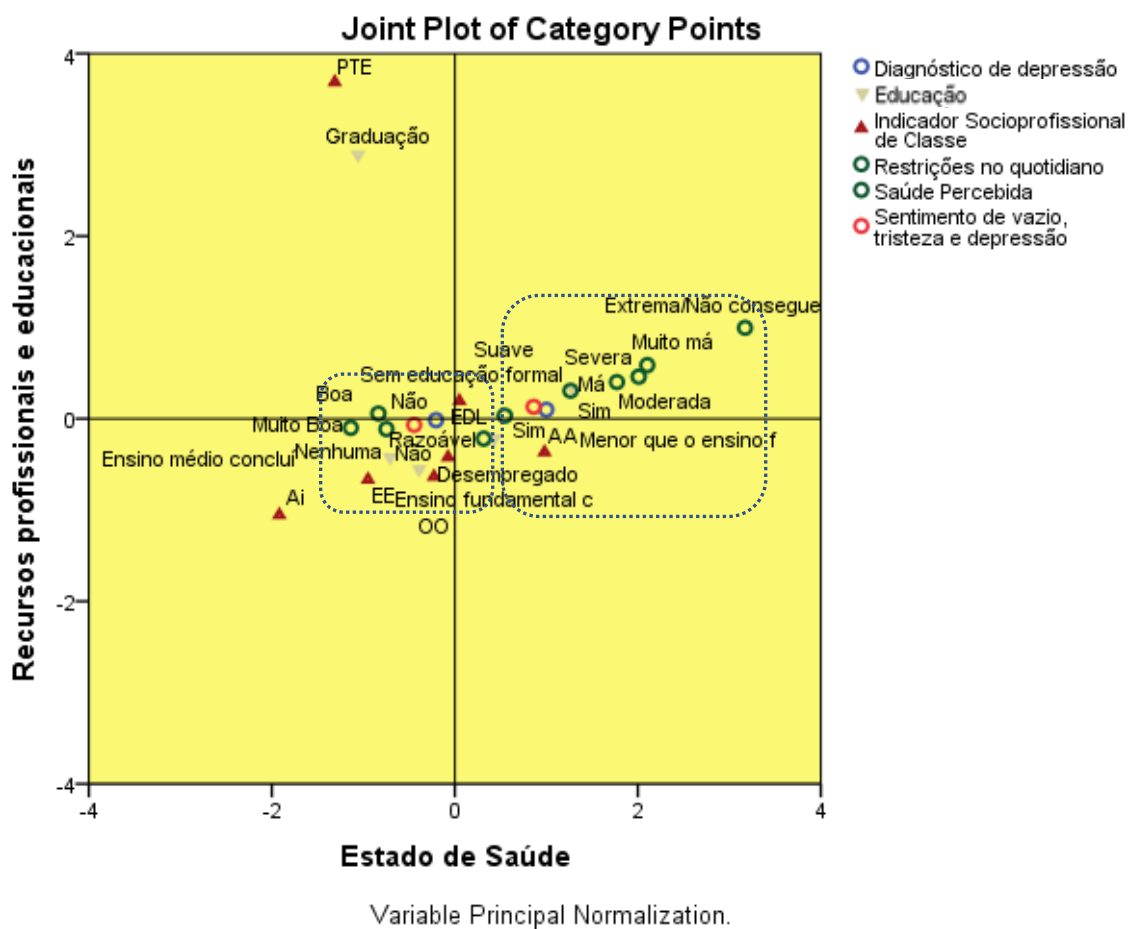
**Tabela 35** – Saúde mental consoante categoria socioprofissional de classe (PMS-Portugal)

<b>Classe</b>	<b>Diagnóstico de depressão</b>	<b>Sentimento de vazio, tristeza e depressão</b>
<b>EDL</b> ( <i>n</i> = 40; 41)	20,0%	51,2%
<b>PTE</b> ( <i>n</i> = 56; 56)	16,1%	28,6%
<b>Ai</b> ( <i>n</i> = 2; 2)	0,0%	0,0%
<b>EE</b> ( <i>n</i> = 147; 146)	15,6%	29,5%
<b>OO</b> ( <i>n</i> = 201; 200)	25,4%	34,8%
<b>AA</b> ( <i>n</i> = 3; 3)	33,3%	34,6%
<b>Desempregados</b> ( <i>n</i> = 54; 54)	29,4%	44,4%
<b><i>p</i> <math>\chi^2</math></b>	0,184*	< 0,05*

\*Qui-Quadrado por simulação de Monte Carlo

No que respeita ao diagnóstico de depressão, não existe qualquer relação estatisticamente significativa consoante classe socioprofissional. Em relação ao sentimento de vazio, tristeza e depressão, os EDL (empresários, dirigentes e profissionais liberais) e os desempregados apresentam percentagens de resposta afirmativa significativamente superiores (ver Tabela 35).

**Figura 8** – Projeção dos indicadores de saúde no espaço social: PMS-Portugal



A partir da análise da Figura 8, é possível verificar que os AA (assalariados agrícolas) afiguram-se como a categoria socioprofissional de classe com maior proximidade das categorias que representam um elevado nível de restrições de saúde no quotidiano e de pior autoavaliação do estado de saúde. As restantes categorias socioprofissionais de classe estão próximas das categorias que correspondem a bons indicadores de saúde, com especial enfoque para os EDL (empresários, dirigentes e profissionais liberais) e os EE (empregados executantes).

**Tabela 36** – Medidas de discriminação, fiabilidade e inércia: PMS Portugal

Variável	Peso da variável	Medidas de Discriminação	
		Dimensão 1	Dimensão 2
Educação	1	0,642	<b>0,730</b>
Indicador Socioprofissional de Classe	2	0,236	<b>0,894</b>
Saúde Percebida	1	<b>0,864</b>	0,055
Restrições no quotidiano	1	<b>0,839</b>	0,032
Diagnóstico de depressão	1	<b>0,283</b>	0,003
Sentimento de vazio, tristeza e depressão	1	<b>0,426</b>	0,010
Alpha de <i>Cronbach</i>		0,710	0,676
Valor próprio		2,557	2,379
Inércia		0,365	0,340

As variáveis ‘educação’ e ‘indicador socioprofissional de classe’ discriminam mais na dimensão 2 e os restantes indicadores de saúde discriminam mais na dimensão 1. Ambas as dimensões apresentam resultados aceitáveis de fiabilidade interna.

#### **6.4. Análise de dados da pesquisa por questionário aplicada em Portugal (QES)**

A amostra desta pesquisa é composta por 229 trabalhadores inquiridos em Portugal Continental (Lisboa, Porto, Bragança e Vila Real). Apresentam-se os seus principais traços sociais (ver Tabela 37)

**Tabela 37** – Caracterização sociográfica da amostra (QES-Portugal)

	Frequências absolutas ( <i>n</i> )	Frequências relativas (%)
<b>Situação na profissão</b>		
Patrão	29	12,7
Trabalhador por conta própria	64	27,9
Trabalhador por conta de outrem	136	59,4
<b>Escolaridade</b>		
Ensino Primário	28	12,2
Ensino Básico	45	19,7
Ensino Secundário	82	35,8
Licenciatura	55	24,0
Pós-Graduação	19	8,3
<b>Indicador socioprofissional de classe</b>		
EDL	30	13,1
PTE	31	13,5
Ti	31	13,5
Ai	31	13,5
EE	43	18,8
OO	32	14,0
AA	31	13,5
<b>Cluster</b>		
Faurecia Sistemas de Escape Portugal, Lda.	28	12,2
Sortegel-Produtos Congelados, SA.	36	15,7
Autoridade para as Condições do Trabalho	41	17,9
Centro Hospitalar do Nordeste, EPE.	19	8,3
Áreas comerciais	45	19,7
Outros	60	26,2
<b>Idade:</b> Média 40,55 (DP 10,71); Mín 18, Máx 66		

A amostra em questão é caracterizada por uma escolaridade intermédia (35,8% dos inquiridos tem o ensino secundário), é constituída maioritariamente por trabalhadores por conta de outrem (59,4%) e apresenta uma distribuição relativamente equitativa nas categorias socioprofissionais de classe. Em termos etários, verifica-se uma média de idade de 40,55 anos (desvio padrão 10,71 anos).

**Tabela 38** – Indicadores de saúde da amostra (QES-Portugal)

	Frequências absolutas ( <i>n</i> )	Frequências relativas (%)
<b>Autoavaliação do Estado de Saúde</b>		
Fraca	13	5,7
Razoável	69	30,1
Boa	105	45,9
Muito Boa	35	15,3
Ótima	7	3,1
<b>Você fuma?</b>		
Não	125	54,6
Ocasionalmente	53	23,1
Diariamente	51	22,3
<b>Autoavaliação do Estado de Saúde (1-5):</b> Média 2,80 (Desvio Padrão 0,86)		
<b>Consumo semanal de bebidas alcoólicas (1-7 dias por semana):</b> Média 1,54 (Desvio Padrão 1,79)		
<b>Saúde Mental (1-5):</b> Média 2,37 (Desvio Padrão 0,74)		

Examinando a Tabela 38, verifica-se que 45,9% dos inquiridos fazem uma boa autoavaliação do estado de saúde e que 18,4% afirmam que têm uma saúde muito boa ou ótima. verifica-se também que a maior parte dos inquiridos (54,6%) não são fumadores. Dos 45,4% que são fumadores, 23,1% são fumadores ocasionais e 22,3% fumam diariamente. No que respeito ao consumo semanal de bebidas alcoólicas, em média, os inquiridos consomem bebidas alcoólicas 1,54 dias por semana (desvio padrão 1,79 dias).

Em termos de saúde mental, e numa escala de 1 - muito boa a 5 - muito má, a amostra apresenta-se com uma média de 2,37 (desvio padrão de 0,74), sugestiva de um nível razoável de saúde mental.

**Tabela 39** – Saúde percebida consoante categoria socioprofissional de classe (QES-Portugal)

<b>Classe</b>	<b>Média</b>	<b>Desvio Padrão</b>
<b>EDL</b> ( <i>n</i> = 30)	<u>3,57</u>	0,78
<b>PTE</b> ( <i>n</i> = 31)	3,23	0,88
<b>Ti</b> ( <i>n</i> = 31)	2,58	0,72
<b>Ai</b> ( <i>n</i> = 31)	2,94	0,73
<b>EE</b> ( <i>n</i> = 43)	2,67	0,78
<b>OO</b> ( <i>n</i> = 32)	<u>2,34</u>	0,83
<b>AA</b> ( <i>n</i> = 31)	<u>2,35</u>	0,79
<b><i>p</i> 1-way ANOVA &lt; 0,001</b>		

Os empresários, dirigentes e profissionais liberais (EDL) e profissionais técnicos de enquadramento (PTE) são os que em média melhor autoavaliam o seu estado de saúde. No pólo oposto dessa autoavaliação temos os assalariados agrícolas (AA) e os operários (OO), com médias de autoavaliação do estado de saúde significativamente inferiores (ver Tabela 39).

**Tabela 40** – Tabagismo consoante categoria socioprofissional de classe (QES-Portugal)

<b>Classe</b>	<b>Fuma diariamente</b>	<b>Fuma ocasionalmente</b>	<b>Não Fuma</b>
<b>EDL</b> ( <i>n</i> = 30)	10,0%	30,0%	60,0%
<b>PTE</b> ( <i>n</i> = 31)	12,9%	9,7%	77,4%
<b>Ti</b> ( <i>n</i> = 31)	12,9%	29,0%	58,1%
<b>Ai</b> ( <i>n</i> = 31)	<u>32,3%</u>	19,4%	48,4%
<b>EE</b> ( <i>n</i> = 43)	<u>32,6%</u>	20,9%	46,5%
<b>OO</b> ( <i>n</i> = 32)	<u>34,4%</u>	34,4%	31,2%
<b>AA</b> ( <i>n</i> = 31)	16,1%	19,4%	64,5%
<b><i>p</i> <math>\chi^2</math> &lt; 0,05</b>			

A partir da análise da Tabela 40, verifica-se que existe uma relação estatisticamente significativa entre o tabagismo e classe socioprofissional, sendo que é entre os operários (OO) e os empregados executantes (EE) onde se encontram as maiores percentagens de



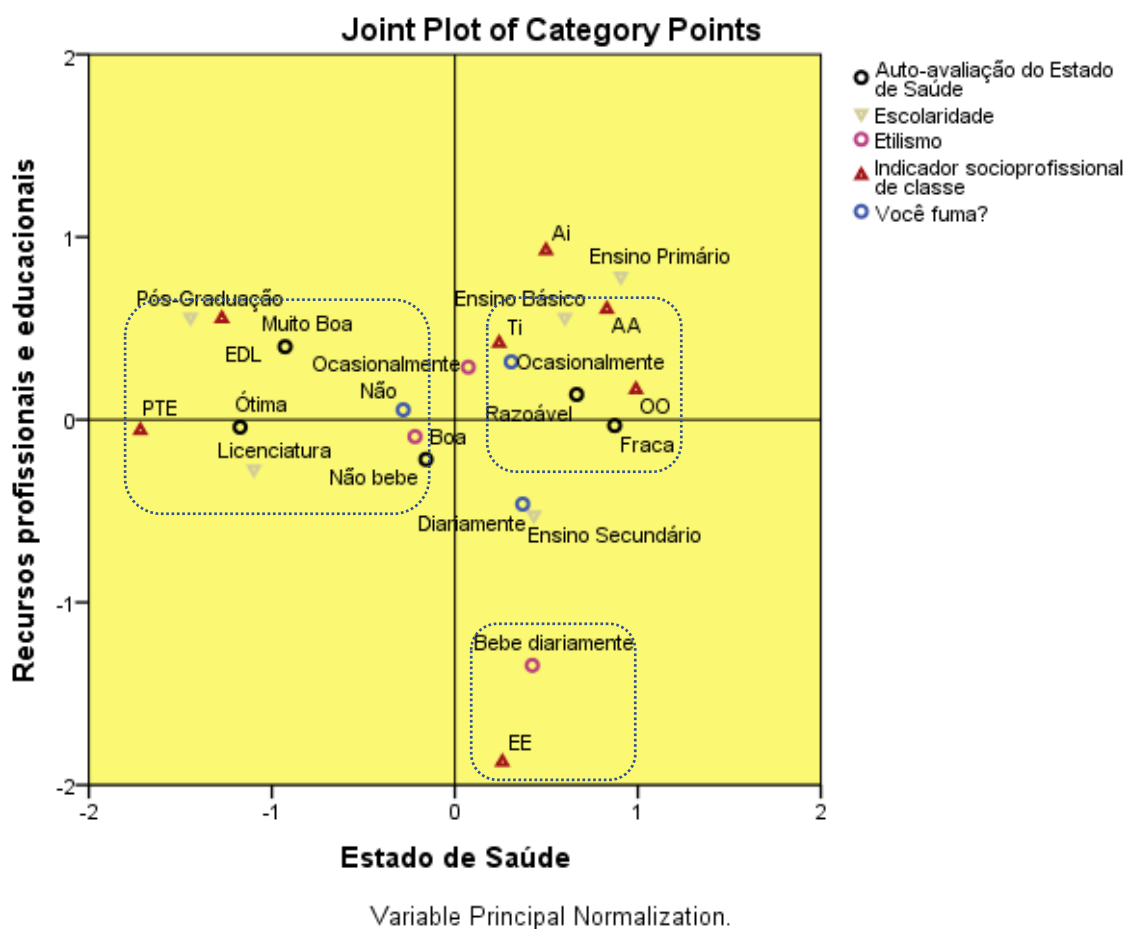
fumo ocasional e diário. As categorias de classe com menores níveis de tabagismo são as que ocupam o topo da hierarquia da tipologia de classe, ou seja, os EDL (empresários e dirigentes e profissionais liberais) e os PTE (profissionais técnicos e de enquadramento).

**Tabela 41** – Consumo semanal de bebidas alcoólicas (dias por semana) consoante categoria socioprofissional de classe (QES-Portugal)

<b>Classe</b>	<b>Média</b>	<b>Desvio Padrão</b>
<b>EDL</b> ( <i>n</i> = 29)	<u>0,90</u>	1,15
<b>PTE</b> ( <i>n</i> = 31)	<u>1,03</u>	1,64
<b>Ti</b> ( <i>n</i> = 31)	1,65	1,82
<b>Ai</b> ( <i>n</i> = 31)	1,74	1,13
<b>EE</b> ( <i>n</i> = 43)	<u>2,26</u>	2,50
<b>OO</b> ( <i>n</i> = 32)	1,75	1,65
<b>AA</b> ( <i>n</i> = 31)	1,16	1,57
<b><i>p</i> 1-way ANOVA &lt; 0,05</b>		

Olhando para consumo semanal de bebidas alcoólicas, os empregados executantes (EE) são os que apresentam uma média de dias de consumo significativamente maior, com 2,26 dias de consumo por semana (desvio padrão 2,50 dias), em contraste com os empresários e dirigentes e profissionais liberais (EDL) e os profissionais técnicos e de enquadramento (PTE) que se perfilam com as menores médias de dias de consumo semanal de bebidas alcoólicas.

**Figura 9** – Projeção dos indicadores de saúde no espaço social: QES-Portugal



A partir da análise da Figura 9, verifica-se que os EDL (empresários e dirigentes e profissionais liberais) e os PTE (profissionais e técnicos de enquadramento) apresentam uma maior proximidade com categorias sugestivas de uma boa saúde percebida, bem como de boas práticas em termos de fatores de risco (menor consumo de bebidas alcoólicas e menor tabagismo). Já os operários (OO), assalariados agrícolas (AA) e trabalhadores independentes (Ti) estão mais próximos de categorias de saúde percebida com pior avaliação. Por fim, os EE (empregados executantes) distinguem-se apenas por um consumo mais frequente de bebidas alcoólicas.

**Tabela 42** – Medidas de discriminação, fiabilidade e inércia: QES - Portugal

Variável	Peso da variável	Medidas de Discriminação	
		Dimensão 1	Dimensão 2
Etilismo	1	0,037	<b>0,214</b>
Escolaridade	1	<b>0,702</b>	0,278
Autoavaliação do Estado de Saúde	1	0,052	<b>0,362</b>
Você fuma?	1	0,096	0,072
Indicador socioprofissional de classe	2	<b>0,897</b>	0,893
Alpha de Cronbach		0,799	0,701
Valor próprio		2,989	2,403
Inércia		0,498	0,400

A dimensão 1 é mais discriminada pelas variáveis que contêm informação sobre os recursos profissionais e educacionais (escolaridade e indicador socioprofissional de classe) e a dimensão pelos indicadores de saúde. Ambas as dimensões apresentam bons resultados de fiabilidade interna.

**Tabela 43** – Saúde mental consoante categoria socioprofissional de classe (QES-Portugal)

Classe	Média	Desvio Padrão
<b>EDL</b> ( <i>n</i> = 30)	2,17	0,97
<b>PTE</b> ( <i>n</i> = 31)	2,38	0,35
<b>Ti</b> ( <i>n</i> = 31)	2,14	0,35
<b>Ai</b> ( <i>n</i> = 31)	2,34	0,67
<b>EE</b> ( <i>n</i> = 42)	2,46	0,93
<b>OO</b> ( <i>n</i> = 31)	2,95	0,69
<b>AA</b> ( <i>n</i> = 31)	2,11	0,52
<b><i>p</i> 1-way ANOVA &lt; 0,001</b>		

A partir da Tabela 38, é possível constatar que existem diferenças estatísticas no nível de saúde mental, sendo que as categorias referentes aos empresários e dirigentes e profissionais liberais (EDL) e assalariados agrícolas (AA) são as que se perfilam com menor nível médio de saúde mental. No pólo oposto, e com melhores níveis de saúde mental, está a categoria dos operários (OO).

## 7. Conclusões e crítica

### 7.1. Conclusões

Uma das conclusões a que se chega com este estudo é que a distribuição da saúde e da doença não é aleatória nem fortuita, pelo contrário, está associada à posição social do indivíduo. Do ponto de vista sociológico essa afirmação pode ser vista como um truísmo, mas reforçá-la é necessário, pois o reconhecimento da importância das circunstâncias sociais não foi consensual na literatura epidemiológica ao longo do século XX e também no presente século XXI. Os determinantes sociais em saúde foram caracterizados por muito tempo como influências distantes ou fatores coadjuvantes na etiologia do adoecimento, como se esse processo pudesse ser inteiramente explicado somente em processos químicos que agem sobre o organismo (Kunitz, 2007; Krieger, 2011). No entanto é de referir que a epidemiologia tendo reconhecido a importância da consideração dos fatores que ligam a saúde e a posição social em algumas pesquisas internacionais, abriu caminho para a retomada dessa discussão de que há relação entre posicionamento socioeconômico e saúde. A presença dessa ligação indica que os traços sociais (tais como, a classe socioprofissional verificada no presente estudo) podem inibir ou propiciar a vivência plena do potencial de saúde. O que torna essa ligação particularmente dramática é o fato de afetar o requisito essencial para o indivíduo exercer a sua função e papel na sociedade, que é estar saudável, a condição básica para a própria realização e desdobramento da ação social, a premissa que permite ou impõe limite à própria vida e o seu percurso em condições de normalidade (Carvalhães, 2013).

A Tabela 44 resume a apresentação dos resultados das hipóteses que foram enunciadas na tese e que demonstram que a distribuição da saúde tem relação com *status* profissional em grande parte dos indicadores de saúde.

**Tabela 44 – Resultados das hipóteses**

Hipóteses	Brasil			Portugal		
	Estudo	Resultado	Observações	Estudo	Resultado	Observações
<b>H1</b> - Existe uma pior autoavaliação do estado de saúde nas categorias socioprofissionais de classe com menor <i>status</i> profissional (operários, assalariados agrícolas e desempregados).	PMS 2003	Confirmada	Face à boa saúde percebida dos grupos EDL, PTE e EE os grupos com menor <i>status</i> profissional perfilam-se com uma pior saúde percebida. Os trabalhadores independentes também apresentaram uma má saúde percebida.	PMS 2003	Confirmada parcialmente	Somente o grupo AA se destaca por ter uma pior saúde percebida.
	PNAD 2008	Confirmada	Para além destes grupos ocupacionais os agricultores independentes apresentam a pior saúde percebida (com especial enfoque nos resultados da MCA).	QES 2014	Confirmada	São os operários e assalariados agrícolas que têm a pior saúde percebida
<b>H2</b> - Existe maior nível de tabagismo nas categorias socioprofissionais de classe com menor <i>status</i> profissional (operários, assalariados agrícolas e desempregados)	PMS 2003	Confirmada parcialmente	Todos os grupos com menor <i>status</i> profissional têm maior proporção de hábitos tabágicos diários, com exceção dos operários	PMS 2003	Não foi possível testar	
	PNAD 2008	Confirmada parcialmente	Os desempregados não se destacam por ter hábitos tabágicos. Os agricultores independentes destacam-se com maior percentagem de fumo diário.	QES 2014	Confirmada parcialmente	É no grupo socioprofissional dos operários onde se encontra a maior percentagem de fumo diário seguida dos empregados executantes. Os assalariados agrícolas não se perfilam com elevados hábitos tabágicos
<b>H3</b> - Existe maior frequência no consumo de álcool nas categorias socioprofissionais de classe com menor <i>status</i> profissional (operários, assalariados agrícolas e desempregados)	PMS 2003	Não confirmada	Pelo contrário, foi nesses grupos (OO, AA e desempregados) onde se verificam menores médias de consumo semanal de bebidas alcoólicas. É nos grupos Ti e EDL onde se encontram maiores médias de consumo de bebidas alcoólicas	PMS 2003	Não foi possível testar	
	PNAD 2008	Não foi possível testar		QES 2014	Confirmada parcialmente	É no grupo socioprofissional dos empregados executantes onde se verifica maior consumo semanal de bebidas alcoólicas (fato constatado também na MCA). Os operários são o segundo grupo socioprofissional com maior consumo.
<b>H4</b> - É na categoria dos empregados executantes que se podem encontrar mais problemas de saúde mental.	PMS 2003	Não confirmada	O grupo EE não se apresenta com proporções superiores nos indicadores de saúde mental em relação aos restantes. Na estatística univariada o grupo OO é o que se apresenta com maior diagnóstico de problemas de saúde mental. Na MCA a localização do grupo dos desempregados indicia que, numa perspetiva multivariada, os	PMS 2003	Não confirmada	Foi no grupo EDL (com maior <i>status</i> profissional) e nos desempregados (com menor <i>status</i> profissional) que se verificou maior sentimento de vazio, tristeza e depressão. Em relação ao diagnóstico de depressão, não se verificou qualquer relação estatisticamente

			desempregados estão mais próximos dos indicadores de doença mental			significativa entre esse indicador e <i>status</i> profissional
	PNAD 2008	Não confirmada	É na categoria dos desempregados onde se verifica maior diagnóstico de depressão.	QES 2014	Não confirmada	É nas categorias AA e EDL onde se verifica menor <i>score</i> médio de saúde mental.
<b>H5</b> - Existe um maior nível de restrições de saúde no quotidiano nas categorias socioprofissionais de classe com menor <i>status</i> profissional (operários e assalariados agrícolas)	PMS 2003	Confirmada parcialmente	Na estatística multivariada o grupo AA perfila-se com um nível maior de restrições de saúde no quotidiano.	PMS 2003	Confirmada parcialmente	Apenas o grupo AA apresenta maior declaração de restrições de saúde quotidiano
	PNAD 2008	Confirmada parcialmente	Os grupos socioprofissionais AA e Ai são os que declararam ter maiores restrições de saúde no quotidiano.	QES 2014	Não foi possível testar	
<b>H6</b> - Os trabalhadores portugueses e brasileiros possuem associações diferentes entre a saúde e categorias socioprofissionais		Confirmada	Essas associações são diferentes, principalmente nos fatores de risco para a saúde (tabagismo e etilismo). Para o tabagismo, em Portugal, o grupo dos operários e dos empregados executantes são os que mais fumam, enquanto que no Brasil, os hábitos tabágicos são mais frequentes nos grupos ocupacionais do setor agrícola (AA e Ai) e nos desempregados. Para o etilismo, os resultados demonstraram que os trabalhadores independentes têm maior consumo de bebidas alcoólicas no Brasil, enquanto que em Portugal os empregados executantes são o grupo ocupacional que se perfila com maior consumo			
<b>H7</b> - As desigualdades encontradas entre categorias socioprofissionais diferem nos dois contextos estudados, porém a associação permanece		Confirmada	Os resultados das hipóteses para a saúde percebida, indiciam que no Brasil exista uma maior assimetria, visto que os grupos ocupacionais com menor <i>status</i> profissional são os que apresentam com maior frequência piores resultados nos indicadores de saúde. De uma forma geral, os resultados para os dois países demonstraram a existência de desigualdade sociais em saúde através do <i>status</i> profissional. Existem padrões semelhantes na saúde percebida e restrições de saúde no quotidiano, onde as categorias socioprofissionais com menor <i>status</i> profissional se manifestam com pior estado de saúde. No que respeita à saúde mental o facto de não se ter confirmado a hipótese de que os empregados executantes sejam os mais afetados por problemas de saúde mental nos dois países, não significa que não existam disparidades nesta dimensão, uma vez que se constatou, na maior parte das vezes, que grupos com <i>status</i> profissional mais baixo (operários, assalariados agrícolas e desempregados) são os que se apresentaram com maiores problemas de saúde mental. Esta constatação que confirma a existência de desigualdades sociais em saúde mental através de <i>status</i> profissional			

Os resultados aqui apresentados podem ser interessantes para contribuir para o entendimento de como se relacionam a posição socioeconómica (categoria socioprofissional de classe) e a saúde nos dois países, fornecendo elementos que permitam um embasamento sociológico sobre as discussões das disparidades em saúde

Foi essencialmente na saúde percebida e nas restrições de saúde no quotidiano onde foi possível vislumbrar desigualdades sociais em saúde na relação entre saúde e *status* profissional, principalmente na análise multivariada de dados. Os resultados referentes aos problemas de saúde mental, indicam que a doença/mal-estar mental está mais relacionada com condições subordinadas de trabalho, remetendo para a domesticação do corpo e expropriação da inteligência e do saber no processo de trabalho enaltecidos por Dejours (1988) e não tanto com o que foi argumentado por Dal Rosso (2008) e até pela OMS (1994) que relacionam os problemas de saúde mental a atividades

imateriais e ao setor dos serviços, onde o componente relacional é preponderante e a exposição a agentes de risco psicológicos e psicossociais é maior. Ainda a respeito da saúde mental, os resultados do estudo demonstraram também que a doença/mal-estar mental está relacionada com o desemprego e com a perspectiva de exclusão social e de liberdade, remetendo para as vulnerabilidades e penalizações do desemprego referidas por Sen (1997) e até para a tensão quotidiana e vivência do medo por parte do trabalhador face à ameaça do desemprego no processo de trabalho enaltecida por Gaulejac (2007).

Como foi possível avaliar, este estudo não se limitou somente a expor resultados sugestivos de desigualdades sociais em saúde, mas também se dedicou à elaboração de um forte componente contextual visto que se pretendia também retirar algum proveito da comparação entre duas realidades diferentes para a criação de conhecimento. Em rigor, não se pode dizer que esta informação contextual atuou sob a forma de variáveis de controle no trabalho apresentado, mas a comparação acrescentou mais valia ao diagnóstico da existência de desigualdades sociais em saúde consoante *status* profissional e à reflexão sobre as desigualdades sociais em saúde no geral no Brasil e em Portugal (ver Tabela 45).

**Tabela 45** – Resumo da componente contextual

	<b>Brasil</b>	<b>Portugal</b>
Sistemas de saúde	Subfinanciamento crónico. <i>Mix</i> privado/público: característica dual do SUS que não garante na totalidade a prestação de serviços públicos de saúde	Racionalização de recursos e de procedimentos no SNS (contenção da despesa em saúde). Desafios devido a alterações demográficas: aumento da esperança de vida, índice de dependência de idosos e baixa natalidade)
Estatísticas Mundiais da saúde da OMS	Ponto positivo: Menores práticas de risco para saúde (menor tabagismo e etilismo). Pontos negativos: Menor investimento em recursos para a saúde. Nem todo o país está usando fontes melhoradas de saneamento	Ponto positivo: Maior investimento em recursos para a saúde. Pontos negativos: Maiores práticas de risco para a saúde (maior tabagismo e etilismo), País envelhecido
Segurança no Trabalho	Situação mais desfavorecedora que Portugal, com maior percentagem de doenças profissionais, mais horas trabalhadas por ano, mais trabalhadores domésticos, salários mais baixos, mais emprego vulnerável e menor percentagem de beneficiários de subsídios de desemprego	Muito embora, a sua situação seja melhor que a do Brasil, Portugal é dos países com piores indicadores de segurança no trabalho da União Europeia (doenças profissionais, acidentes de trabalho e proteção social)
Ambiente e clima	Maior percentagem de uso de combustíveis sólidos. Ar mais poluído. Pior seca dos últimos 35 anos. Doenças virais transmitidas por mosquito (agravadas com aumento da temperatura)	Maior exposição à radiação ultravioleta. Menor área florestal
Desenvolvimento económico e social	Maior desigualdade de renda (Índice de Gini). Maior taxa de pobreza. Maior felicidade média subjetiva	Maior desenvolvimento económico e social refletidos no PIB, índice de Educação, taxa de alfabetização e IDH. Maior desemprego

De uma forma geral, o Brasil apresenta cenários que podem agudizar as desigualdades sociais em saúde, com problemas de financiamento, recursos e articulação no seu sistema público de saúde para garantir uma abrangente prestação de serviços e o acesso universal a cuidados de saúde. Para além disso, o Brasil tem trabalhadores com salários mais baixos, em maior situação de vulnerabilidade e mais propensos a doenças profissionais. Outro agravante são os indicadores de maior desigualdade de renda e taxa de pobreza, colocando a população brasileira no que Tejada, Jacinto e Santos (2010) chamam de armadilha saúde-pobreza, dando-nos conta da existência de um círculo vicioso implícito na relação bi-causal entre saúde e pobreza (baixo nível de renda). Os resultados da presente tese vieram a corroborar este cenário potenciador de desigualdades.



Assim, o Brasil apresentou uma maior assimetria na relação entre *status* profissional e saúde, sendo que os grupos com *status* profissional mais baixo apresentam com maior frequência pior saúde percebida em comparação com Portugal.

No caso de Portugal, a sua estrutura etária envelhecida e o desemprego maior são fatores que devem ser levados em conta na análise das desigualdades sociais em saúde. Mesmo sendo um país considerado desenvolvido e com uma democracia mais madura, Campos-Matos *et al* (2016) demonstram que Portugal está atrasado em matéria de políticas para a redução de desigualdades em saúde, não seguindo os exemplos de outros países europeus como a Irlanda, Suécia, Finlândia e os países do Reino Unido. Muito embora exista enquadramento legal no SNS para a não existência de desigualdades em saúde, o empenho em promover a equidade em saúde é politicamente inexistente. Em estudos como o de Mackenbach *et al* (2008), é visível que Portugal é um dos países europeus com maior nível de desigualdades sociais em saúde, refletido essencialmente nos índices de autoavaliação do estado de saúde.

Apesar de estarmos perante duas realidades diferentes, o estudo demonstrou que através do *status* profissional as desigualdades sociais em saúde são um problema que é partilhado pelo Brasil e por Portugal e que permanece com um considerável grau de assimetria, o que nos leva refletir sobre o compromisso democrático de garantir o acesso de todos à saúde e sobre o que deve significar essa universalidade.

## **7.2. Limitações e alcance da investigação**

O objetivo não foi definir classes sociais e estabelecer relações causais entre profissão e saúde, pois tais relações parecem alimentar um círculo vicioso dentro do qual a direção da causalidade seria difícil de determinar. Pretendeu-se sim, identificar relações no espaço social que permitam compreender melhor as associações entre todas as categorias analisadas e seu contexto.

Da mesma forma como Bourdieu (2007) utilizou uma técnica semelhante para identificar grupos sociais ou ‘classes’, não apenas enquanto estruturas do espaço social, mas como conjuntos de práticas e modos e ação, pretendeu-se com o uso da MCA identificar de que forma a associação entre saúde e trabalho (leia-se categorias socioprofissionais) se configura em contextos diferentes, e pode ser assim definidora de práticas que são mais do que meras consequências físicas e mentais do tipo de trabalho realizado, mas são também representativas de práticas e percepções socioculturais. “A

classe social não é definida por uma propriedade (...), nem por uma soma de propriedades (...), mas pela estrutura de relações entre todas as propriedades pertinentes que confere seu valor próprio a cada uma delas e aos efeitos que ela exerce sobre as práticas. A construção de classes – tanto quanto possível homogêneas no tocante aos determinantes fundamentais das condições materiais de existência e dos condicionamentos que elas impõem – implica, portanto, levar em consideração de modo consciente - na própria construção destas classes e na interpretação das variações, segundo estas classes, da distribuição das propriedades e das práticas.” (Bourdieu, 2007 p.101).

Em termos epistemológicos o presente trabalho pretendeu romper com o naturalismo, isto é, com a tendência para explicar os fenômenos sociais como se de fenômenos naturais se tratassem, quando estamos perante fenômenos que são socialmente construídos. Uma das preocupações centrais da sociologia médica é a questão das determinantes sociais da saúde e da doença. Contra o modelo naturalista, que tende a restringir ao âmbito biológico a origem de diversas doenças, postula-se em disciplinas como a sociologia, ciência política e antropologia, um modelo social, que sustenta que os fatores culturais e socioeconômicos têm um papel mais importante que os fatores biológicos (Castro, 2013).

O que é que esta tese acrescenta ao estudo das desigualdades sociais em saúde? Em primeiro lugar, retiram-se os frutos da comparação internacional entre dois países, para entender as nuances particulares que caracterizam cada panorama de iniquidade em saúde e para concluir que as desigualdades sociais em saúde (apesar dos diferentes contextos) é uma realidade transversal que requer um monitoramento constante de cariz sociológico. Em segundo lugar, a utilização da tipologia de classe socioprofissional portuguesa (ACM) aplicada a dados coletados no Brasil, que representa um teste da adequabilidade dessa tipologia a contextos outros que não o português. Em terceiro lugar a especial consideração da categoria referente aos desempregados, que foi incluída como a última categoria de classe socioprofissional, a categoria que consta na base de uma hierarquia socioprofissional. Em quarto lugar, a utilização da metodologia estatística MCA, que é uma metodologia de prossecução e análise delicadas face a outras técnicas de estatística multivariada, principalmente quando se pretende fazer o diagnóstico de desigualdades sociais em saúde utilizando múltiplos indicadores de saúde.

A projeção gráfica de todos os indicadores no espaço social através da MCA afigurou-se como uma boa resposta para esta pesquisa, uma vez que bastou analisar e comparar informação gráfica e visualizar possíveis associações. Além de que a MCA

confere uma abordagem estatística multivariada ao estudo das desigualdades sociais em saúde, permitindo captar o efeito inter cruzado de alguns indicadores.

Saliente-se que se trabalhou com diferentes indicadores para avaliar a saúde dos inquiridos. Temos um indicador dotado de subjetividade (autoavaliação do estado de saúde) e indicadores relacionados com práticas e eventos concretos (declaração de diagnóstico de depressão e outros problemas mentais nos últimos 12 meses, restrições de saúde no quotidiano, tabagismo, etilismo). Face a esta situação, um questionamento legítimo seria o de saber qual o melhor indicador para medir a saúde do trabalhador, e quais as características de cada um dos indicadores e as implicações na sua utilização. A este respeito, poderia ser criticável priorizar a análise da ‘saúde percebida’ (autoavaliação do estado de saúde), uma vez que esta é pautada nos conhecimentos e nas crenças pessoais de cada indivíduo, mas nos últimos anos, a autoavaliação tem sido utilizada e recomendada em inquéritos populacionais em todo o mundo, nomeadamente pela OMS. A importância de analisar a percepção que as pessoas têm da sua saúde tem-se destacado no âmbito da investigação, uma vez que permite uma melhor concepção das reais necessidades das pessoas e, por conseguinte, uma intervenção por parte dos profissionais de saúde mais assertiva, além de refletir posicionamentos que podem estar relacionados a suas posições ocupacionais. A autoavaliação do estado de saúde engloba tanto componentes físicos quanto emocionais dos indivíduos, além de aspectos do bem-estar e da satisfação com a própria vida. A percepção de se sentir doente não advém apenas das sensações físicas de dor e desconforto, mas sobretudo, das consequências sociais e psicológicas da presença de doença.

Para estudar a saúde mental e a sua relação com as categorias socioprofissionais de classe, a melhor abordagem poderia ter contemplado a inclusão de variáveis de controle (como gênero e estado civil). Nessa perspectiva, ter doença mental ou sentir-se doente mentalmente, pode ser uma condição da compilação de traços e condições sociais nos indivíduos que vai muito mais para além do *status* profissional ou da empregabilidade. Em última análise, essa compilação poderia fornecer elementos importantes para explicar os níveis de saúde mental dentro de cada grupo socioprofissional de classe.

É importante denotar que se verificaram alguns problemas na amostra portuguesa da PMS, porque existem problemas de representação de algumas categorias socioprofissionais de classe (Ti – trabalhadores independentes e Ai – agricultores independentes) e porque nem todos os módulos do questionário da PMS foram aplicados

(nomeadamente o que está relacionado com os fatores de risco – tabagismo e consumo de álcool), tendo-se revelado limitador na tarefa comparativa com o Brasil, uma vez de que não se dispunha do mesmo volume de informação. Essa lacuna foi em parte colmatada com o questionário que foi aplicado em Portugal Continental.

Por entre todas estas reflexões de nível metodológico convém referir que “a metodologia a adotar num processo de investigação não é uma receita geradora de autenticidade, o que acontece realmente são formações científicas historicamente situadas, relativamente autónomas com desiguais ritmos de crescimento e diversa inserção em estruturas sociais determinadas” (Almeida e Pinto, 1982, p.56). São vários os caminhos e as perspectivas que se podem adotar. A metodologia aqui apresentada representou apenas mais uma forma exequível de realizar um diagnóstico estratégico das determinantes sociais da saúde dos trabalhadores, na ótica das desigualdades sociais em saúde.

### **7.3. Críticas e sugestões**

Com este trabalho, espera-se ter criado e reiterado conhecimento científico para melhorar a qualidade das políticas de saúde, para compreender e minimizar o nível de desigualdades sociais em saúde presentes na sociedade, e para melhor responder a desafios e cenários cada vez mais complexos de desigualdade em saúde. É preciso evitar decisões pouco baseadas no conhecimento. A ausência de linhas de referência, como o estabelecimento de resultados esperados ou *guidelines* (de forma objetiva e quantificada), e de pesquisas que permitam fazer um diagnóstico estratégico de desigualdades sociais, comprometem severamente o monitoramento e a avaliação das políticas de saúde e enfraquecem a sua implementação e efetividade.

Compreender a existência de desigualdades sociais em saúde, compreender a forma como essas desigualdades se configuram, descortinar quais os grupos mais expostos, é também contribuir para uma política de saúde pública mais incisiva e eficaz.

“Os sistemas de saúde não gravitam naturalmente para a equidade’ é umas primeiras afirmações com que os responsáveis da Comissão Sobre Determinantes em Saúde da OMS começam o seu relatório ‘*Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health*’, abrindo caminho para o seu apelo ao fim das desigualdades em saúde dentro de uma geração, apontando para uma redistribuição de poder e recursos pelos cidadãos, para que aumente a qualidade da saúde por todo o mundo. Mesmo face a esse cenário, subteve-se pela análise das políticas e

rumos traçados no Brasil e em Portugal (constante subfinanciamento na saúde no caso brasileiro e intensão de baixar a o nível de despesa em saúde em Portugal), que a despesa que garante a saúde é considerada como algo a evitar (não prioritária) ou algo que deve ser aliviado.

Sendo que o direito à saúde é um direito consagrado e universal segundo os princípios democráticos dos dois países pode-se dizer, em última análise, que a existência de desigualdades sociais em saúde pode ser encarada como uma afronta à democracia e aos seus princípios. A verdade é que a universalidade do direito à saúde deve pressupor também equidade. Se um sistema público de saúde oferece o mesmo atendimento para todas as pessoas, da mesma maneira, em todos os lugares, está provavelmente oferecendo serviços desnecessários para alguns e deixando de atender às necessidades de outros, ou seja, esse sistema está a manter as desigualdades sociais em saúde. A equidade deve levar em consideração que as pessoas são diferentes, têm necessidades diversas. Uma distribuição equitativa responde ao segundo elemento do princípio marxista ‘de cada um segundo suas capacidades, a cada um segundo suas necessidades’ (Marx, s/d.). Sendo assim, o princípio de equidade estabelece um parâmetro de distribuição heterogênea.

É necessário incluir ao conceito de igualdade a justiça. A este respeito, para identificar os eixos de intervenção para promover a equidade e justiça social em saúde podemos socorrer-nos em Whitehead (1991) que define de forma clara e enunciada o que é injusto nas desigualdades em saúde: os comportamentos perigosos nos quais os indivíduos têm pouca escolha em relação ao modo de vida, as condições de vida por fatores socioeconômicos, as condições de trabalho (exposição a fatores de risco) e o inadequado acesso aos serviços de saúde ou outros serviços públicos essenciais.

O Ministério da Saúde do Brasil assumiu, no Plano Plurianual 2012-2015, que reduzir as desigualdades sociais em saúde era uma das prioridades do governo federal, assumindo o compromisso de garantir o acesso da população a serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, aprimorando a política de atenção básica e a atenção especializada. A intenção e o teor desses objetivos são louváveis e demonstram conscientização em relação à problemática em questão, mas tem de haver um diagnóstico preciso, avaliando a igualdade pelos resultados finais da sua repartição. É, portanto, necessário, que o discurso institucional e político seja acompanhado de esforço e investimento científico, e que muitos estudos como a presente tese sejam feitos com uma periodicidade constante e sob diferentes prismas de análise. Essa apreciação é válida tanto para o Brasil como para Portugal. Nesse

sentido, para além de médicos e enfermeiros que lidam com as doenças e de gestores que lidam com alocação de recursos para saúde, é necessário e indispensável sociólogos e outros cientistas sociais para que o projeto da nova saúde pública seja conduzido com sucesso e justiça.

Então o que pode ser feito para minimizar as desigualdades sociais em saúde? A solução prática e mais imediata parece ser a de encetar esforços para supervisionar a situação dos grupos mais desfavorecidos e vulneráveis em termos de saúde, tendo como referência a concepção de risco e a probabilidade de o indivíduo adoecer. Para além dessa supervisão, é necessário apostar seriamente numa estratégia ativa de promoção da saúde (processo que visa aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades para controlarem a sua saúde, no sentido de a melhorar) assente em dois pilares basilares, sendo que um diz respeito aos comportamentos quotidianos e outro às circunstâncias sociais em que se vive.

## 8. Bibliografia

Abreu, S. G., **Guia para acompanhamento das aulas da disciplina de Políticas Sistemas de Saúde**. Coimbra: ISMT, 2004.

Agostini, M. Saúde do Trabalhador. *In Animais de Laboratório: criação e experimentação*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002.

Aguiar, M. A. F., **Psicologia aplicada à administração: globalização, pensamento complexo, teoria e crítica e a questão ética nas organizações**. São Paulo: Excellus, 2002.

Almeida, J. F., Pinto, J. M. **A investigação nas Ciências Sociais**. 3ª ed. Lisboa: Editorial Presença, 1982.

Antunes, R., **Os sentidos do trabalho: ensaios sobre a afirmação e a negação do trabalho**. São Paulo: Boitempo, 2002.

Andrade, F. A., **Jogando no campo do adversário: o projeto empresarial de formação do “novo trabalhador”**. Rio de Janeiro: Universidade Federal Fluminense, 1996.

Areosa, J. Riscos e acidentes de trabalho: inevitável fatalidade ou gestão negligente? *In Revista Sociedade e Trabalho*, 20, 2003.

Ayoade, J. O., **Introdução à climatologia para os trópicos**. São Paulo: Diflee, 1986

Benzecri, J. P., **L'analyse des données**. Paris: Dunod, 1984.

BM – Banco Mundial, **World Development Indicators** Washington D. C., Disponível em <http://data.worldbank.org/indicator> <Acedido em Julho 2016>.

BRASIL. **Declaration on Occupational Health for All Approved at the Second Meeting of the WHO Collaborating Centres in Occupational Health**, Beijing, China 1995.

Brauer, M. *et al.* **Ambient air pollution exposure estimations for the global burden of disease 2013**. Seattle: Institute for Health Metrics and Evaluation, 2015.

Bravo, M. I. S., A saúde no Brasil e em Portugal na atualidade: *In Serviço Social e Sociedade*. 102, 2010.

Brenner, H.; Mooney, A., Unemployment and health in the context of economic change. *In Social Science and Medicine*, 16 (17), 1983.

Bourdieu, P.; Chamboredon, J. C; Passeron, J. C., **A profissão do sociólogo: preliminares epistemológicas**. Petrópolis: Vozes, 1999.

Bourdieu, P., **O Poder Simbólico**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1989.

Bourdieu, P., **A distinção: crítica social do julgamento**. São Paulo: Edusp; Porto Alegre, RS: Zouk, 2007

Bultmann, U. K.; I. Van Amelsvoort; L.G.P.M. Van Den Brandt; P.A. Kasl, S.V, Differences in Fatigue and Psychological Distress Across Occupations: Results from The Maastricht Cohort Study of Fatigue at Work. *In Journal of Occupation and Environmental Medicine*, 43, 2011.

Campos, W. S. C., Reforma política e sanitária: sustentabilidade do SUS em questão? *In Ciência & Saúde Coletiva*, 12 (2), 2007.

Campos-Matos, I., Russo G., Perelmand, J. Connecting the dots on health inequalities – a systematic review on the social determinants of health in Portugal. *In International Journal for Equity in Health*, 15, 2016.

Candeias, N., Sociologia e Medicina. *In Revista Saúde Pública*, 5 (1), 1971.

Carapinheiro, G., Do bio-poder ao poder médico. *In Estudos do Século XX – Ciência, Saúde e Poder*, 5, 2005.

Carapinheiro, G., **Saberes e Poderes no Hospital – Uma Sociologia dos Serviços Hospitalares**. 2ª ed. , Porto, Edições Afrontamento, 1993.

Carapinheiro, G., **Sociologia da Saúde. Estudos e Perspectivas**, 2006.

Carvalhaes, F. A. O., **Ciclo de vida e posição socioeconómica: contribuições sociológicas para o entendimento da relação entre desigualdade social e saúde no Brasil** (dissertação de doutorado). Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2013.

Carvalho, H. **Análise Multivariada de Dados Qualitativos: Utilização de Correspondências Múltiplas com o SPSS**. Lisboa: Edições Sílabo, 2008.



Castro, R. De como la sociologia construye sus objetos: el carácter problemático de los “determinantes” sociales de salud-enfermedad. *In Idéias*, 6, 2013.

Cecílio, L. *et al.*, O gestor municipal na atual etapa de implantação do SUS: características e desafios. *In Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde*, 1, 2007.

Chaeib, J. A., Castellarin C., Associação tabagismo-alcoolismo: introdução às grandes dependências humanas. *In Revista de Saúde Pública*, 3 (32), 1998.

Cockerham, W. C., **Social Causes of Health and Disease**. Cambridge (U.K.): Polity Press, 2007.

Costa, A. F. da, **Sociedade de Bairro: dinâmicas sociais de identidade cultural**, Oeiras, Celta Editora, 1999.

Costa, A. F.; Machado F. M.; Almeida, J. F.; Estudantes e amigos: trajetórias de classe e redes de sociabilidade, *In Análise Social*, 105/106 (15), 1990.

**CSDH, Closing the gap in a generation: health equity through action on social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health**, Geneve, World Health Organization, 2008

Dahlgren, G.; Whitehead, M. **Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health**. Stockolm: Institute for Future Studies, 1991.

Dal Rosso, S., **Mais trabalho! A intensificação do labor na sociedade contemporânea**. São Paulo: Boitempo Editorial, 2008.

Dal Rosso, S. **Construção de projetos de pesquisa em sociologia**. Brasília, DF: Departamento de Sociologia, 2013.

Dejours, C., **A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho**. 3ª ed. São Paulo: Cortez Editora, 1988.

Dejours, C., **Psicodinâmica do Trabalho: teoria, método e pesquisas**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007.

Durkheim, E., **As regras do método sociológico**. São Paulo: Nacional, 1977.

Eaton, W.N. Anthony, J.C. Mandel, W. Garrison, R., Occupations and the prevalence of major depressive disorder. *In Journal of Occupational Medicine*, 32, 1990.

Elo I. T., Class differentials in health and mortality: patterns and explanations in comparative perspective. *In Annual Review of Sociology*, 35, 2009.

Erickson, R.; Goldthorpe, J. H.; Portocarero, L. Intergenerational class mobility in three western European societies. *In British Journal of Sociology*, 30, 1979.

Fehlberg, M. F., Santos, I., Tomasi, E., Prevalência e fatores associados a acidentes de trabalho em zona rural. *In Revista Saúde Pública*, 35 (3), 2001.

Freidson, E., **Profession of Medicine: a study of the Sociology of Applied Knowledge**. New York: Harper and Row, 1970.

Gaulejac, V., **Gestão como doença social: ideologia, poder gerencialista e fragmentação social**. São Paulo: Ideias & Letras, 2007.

Giddens, A., **Sociologia**. 4. ed. São Paulo: ARTMRD Editora, 2005.

Gil, A. C., **Métodos e técnicas de pesquisa social**. São Paulo: Atlas, 1999.

Gomes, A. F., Nobre, A. A., Cruz O. G., Temporal analysis of the relationship between dengue and meteorological variables in the city of Rio de Janeiro, Brazil, 2001-2009. *In Caderno de Saúde Pública*, 11, 2012.

Grosch, J.W.; Murphy, L.R., Occupational differences in depression and Global Health: Results from a National Sample of US workers. *In Journal of Occupational & Environmental Medicine*, 40 (2), 1998.

Guimarães, R. B.; Pickenhayn, J. A.; Lima, S. C. **Geografia e Saúde sem Fronteiras**. Uberlândia: Assis Editora, 2014.

Gusfield, J. R. Moral passage: The symbolic process in the public designations of deviance. *In Social Problems*, 15 (2), 1967.

INSHT, **Informe anual de accidentes de trabajo en España 2015**. Madrid: INSHT, 2016.

Ilsey, R., Occupational class, selection and the production of inequalities in health. *In Quaterly Journal of Social Affairs*, 2, 1986.

- Lima, P., Dores, A. P., Costa, A. F da, “Classificações de profissões nos Censos 91”. *In Sociologia, Problemas e Práticas*, 10, Lisboa, CIES, 1991.
- Lino, D.; Dias, E. C. **A globalização da economia e os impactos sobre a saúde e a segurança dos trabalhadores.** Disponível em: [www.saudeetrabalho.com.br/download/global-lino.doc](http://www.saudeetrabalho.com.br/download/global-lino.doc) Acesso em: 13 de Outubro de 2015.
- Knuth, A. G. *et al.*, Prática de atividade física e sedentarismo em brasileiros: resultados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) 2008. *In Ciência & Saúde Coletiva* 9 (16), 2011.
- Krieger, N., **Epidemiology and the people’s health: theory and context.** New York: Oxford University Press, 2011.
- Kunitz, S. J., **The health of populations: general theories and particular realities.** New York: Oxford University Press, 2007.
- Machado, F. L., Costa, A. F., Mauritti, R., Martins, S. C., Casanova J. L., Almeida, J. F. Classes sociais e estudantes universitários: origens, oportunidades e orientações, *In Revista Crítica de Ciências Sociais*, 66, 2003.
- Macintyre, S., Maciver, S. and Soomans, A. Area, class and health: should we be focusing on places or people. *In Journal of Social Policy*, 22 (2), 1993.
- Mackenbach, J. P, Stirbul, I., Roskam, A. J., Schaap, M. M., Menvielle G., Leinsaw M., Socioeconomic inequality in 22 european countries. *In New England Journal of Medicine*, 358 (2), 2008.
- Maio, M. C., Lima, N. T. Fórum. O desafio SUS: 20 anos do Sistema Único de Saúde. Introdução. *In Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 25 (7), 2009.
- Marmot, M.; Bobak, M.; Smith, G. G.; Explanations for social inequalities in health. *In Benjamin C. E. et al., Society and health*, Oxford: Oxford University Press, 1995.
- Marmot, M.; Kogevinas, M.; Elston, M. A. Social/economic status and disease. *In Annual Review of Public Health*, 8, 1987.
- Marx, K., **Contribuição à crítica da economia política.** 2.ed. São Paulo: Martins Fontes, 1983.

- Marx, K., Observações à margem do Programa do Partido Operário Alemão. [Crítica ao Programa de Gotha], 1875 *In* Marx, K. & Engels, F, **Obras escolhidas**. São Paulo: Alfa-Omega, s/d.
- Mckinley, J., The business of good doctoring or doctoring as good business: Reflections on Freidson's view of the medical game. *In* **International Journal of Health Services**, 7 (3), 1977.
- Meira, T. B. **Perspetivas para um decrescimento sustentável: comparação entre Portugal e Brasil** (dissertação de Mestrado). Lisboa: Universidade Nova de Lisboa, 2013.
- Menicucci, T. M., O Sistema Único de Saúde, 20 anos: balanços e perspectivas. *In* **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro 25 (7), 2009.
- Minayo, M.C.S., **O desafio do conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde**. (12<sup>a</sup> edição). São Paulo: Hucitec-Abrasco, 2010.
- Moore, S. **Sociologia**. Mem Martins: Europa-América, 2002.
- Navarro, V. **Medicine under capitalism**. London: Croom Helm, 1976.
- OIT, **Yearbook of Labour Statistics**. Geneve: OIT, 2012.
- Parsons, T. **The Social System**. New York: Free Press, 1951.
- PNUD, **Relatório de Desenvolvimento Humano 2015**. Nova Iorque: Organização das Nações Unidas, 2015.
- Ribeiro, C. A. C., **Estrutura de classe e mobilidade social no Brasil**. Bauru: SP, Edusc/Anpocs, 2007.
- Ribeiro, C. A. C., Renda, Relações Sociais e Felicidade no Brasil. *In* **Dados**, 1 (58), 2015.
- Rodrigues V. L., Silva J.G. Acidentes de trabalho e modernização da agricultura brasileira. *In* **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, 14 (56), 1986.
- Santos, A. M. A.; Tejada, César A. O.; Ewerling, F. Os determinantes socioeconômicos do estado de saúde das crianças no Brasil rural. *In* **Revista de Economia e Sociologia Rural**, 50, 2012.

Santos, J. A. F., **Estrutura de posições de classe no Brasil: Mapeamento, Mudanças e Efeitos na Renda**. Belo Horizonte/Rio de Janeiro: Ed. UFMG, 2002.

Santos, M., **A Natureza do espaço: técnica, razão e emoção**. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2004.

Santos, N., Desenvolvimento do SUS, rumos estratégicos e estratégias para visualização dos rumos. *In Ciência & Saúde Coletiva*, 2 (12), 2007.

Scalon, M. C., **Mobilidade social no Brasil: padrões e tendências**. Rio de Janeiro: Revan, 1999.

Scalon, C.; Salata, A. Uma nova classe média no Brasil da última década? O debate a partir da perspectiva sociológica. *In Revista Sociedade e Estado*, 2 (27), 2012.

Scussiato, L. A. *et al*; Perfil epidemiológico dos acidentes de trabalho graves no Estado do Paraná, Brasil, 2007 a 2010. *In Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 22 (4), 2013.

Sen, A. Inequality, unemployment and contemporary Europe. *In International Labour Review*, 2 (136), 1997.

Silva, L. J., O conceito de espaço na epidemiologia das doenças infecciosas. *In Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro 13 (4), 1997

Sorre, M., **A adaptação ao meio climático e biossocial – geografia psicológica**. São Paulo: Ática, 1984.

Spink, M. J. P. A construção social do saber sobre a saúde e doença: Uma perspectiva psicossocial. *In Saúde e Sociedade*, 1 (2), 1992.

Szwarcwald, C.L.; Bastos, F. I.; Esteves M. Â., State of animus among Brazilians: influence of socioeconomic context? *In Cadernos de Saúde Pública*, 1 (15). 1999.

Szwarcwald, C. L.; Viacava, F., Pesquisa Mundial de Saúde: aspectos metodológicos e articulação com a Organização Mundial de Saúde. *In Revista Brasileira de Epidemiologia*, 11 (1), 2008.

Vintém, J. M., Guerreiro, M. D., Carvalho, H. **Desigualdades de género e sociais na saúde e na doença em Portugal**. VI Congresso Português de Sociologia: Universidade Nova de Lisboa, 2008.

Ware, J.J., Sherbourne C.D. The MOS 36 Item Short-Form Health Survey (SF-36). Conceptual framework and item selection. *In Med Care*, n. 30, p. 473-483, 1992.

Whitehead, M., **The concepts and principles of equity and health**. Copenhagen: World Health Organization, 1991.

Whitlock, G., MacMahon, S., Vander Hoorn, S, *et al.* Association of environmental tobacco smoke exposure with socioeconomic status in a population of 7725 New Zealanders. *In Tob Control*, 7, 1998.

WHO. **Atlas of Health and Climate**. Geneve: World Health Organization, 2012.

WHO. **World health statistics 2015**. Geneve: World Health Organization, 2015.

Wright, E. O.: Class and occupation. *In Theory and Society*, 1 (9), 1980.

Worsley, P., **Introdução à Sociologia**, Lisboa, Publicações Dom Quixote, 1977.

# ANEXOS

## Anexo I – Análise de Dados da PMS Brasil

Neste anexo, consta toda a informação técnico-estatística que serviu de base para a construção dos resultados brasileiros do PMS que constam no relatório de tese. Podem-se aqui encontrar as análises descritivas bivariadas e os testes de hipóteses.

### I.1. Teste de hipóteses para comparação de grupos

Perspectiva-se a realização do teste de Independência do Qui-Quadrado nos cruzamentos em que a variável a explicar é de natureza qualitativa, e o teste *One-Way* ANOVA nos cruzamentos em que a variável a explicar é suscetível de tratamento quantitativa.

#### I.1.1. Saúde percebida consoante classe socioprofissional

**Quadro 1** – Saúde percebida consoante classe socioprofissional

	N	Média	Desvio Padrão	Minimo	Máximo
<b>EDL</b>	134	4,11	0,717	3	5
<b>PTE</b>	355	3,93	0,779	1	5
<b>Ti</b>	545	3,64	0,855	1	5
<b>Ai</b>	275	3,44	0,906	1	5
<b>EE</b>	338	4,00	0,820	1	5
<b>OO</b>	863	3,62	0,822	1	5
<b>AA</b>	64	3,45	0,865	1	5
<b>Desempregado</b>	485	3,69	0,826	1	5
<b>Total</b>	3059	3,72	0,847	1	5

**Quadro 2** – Teste à homogeneidade de variâncias

Estatística de Levene	gl1	gl2	Sig.
7,101	7	3051	0,000

$$H_0: \sigma_i = \sigma_j$$

$$H_1: \sigma_i \neq \sigma_j$$

Não existe homogeneidade de variâncias, visto que se rejeita  $H_0$  ( $p$ -value=0,000<0,05).



**Quadro 3 – Teste *One-Way* ANOVA**

	Soma dos quadrados	df	Média quadrática	F	Sig.
Entre os grupos	103,064	7	14,723	21,457	0,000
Dentro dos grupos	2092,841	3050	0,686		
Total	2195,905	3057			

$$^{24}H_0: \mu_i = \mu_j$$

$$H_1: \mu_i \neq \mu_j$$

Existem diferenças estatisticamente significativas na saúde percebida consoante classe socioprofissional. Rejeita-se  $H_0$  ( $p\text{-value}=0,000<0,05$ ).

**Quadro 4 – Testes *Post-Hoc*: Dunnet's T3<sup>25</sup>**

(I) Indicador socioprofissional de classe		Diferença média (I-J)	Erro padrão	Sig.
EDL	PTE	0,180	0,074	0,364
	Ti	0,474*	0,072	0,000
	Ai	0,674*	0,083	0,000
	EE	0,111	0,076	0,987
	OO	0,495*	0,068	0,000
	AA	0,660*	0,125	0,000
	Desempregado	0,427*	0,072	0,000
PTE	EDL	-0,180	0,074	0,364
	Ti	0,294*	0,055	0,000
	Ai	0,494*	0,068	0,000
	EE	-0,069	0,061	1,000
	OO	0,315*	0,050	0,000
	AA	0,480*	0,116	0,002
	Desempregado	0,247*	0,056	0,000
Ti	EDL	-0,474*	0,072	0,000
	PTE	-0,294*	0,055	0,000
	Ai	0,200	0,066	0,068
	EE	-0,364*	0,058	0,000
	OO	0,021	0,046	1,000
	AA	0,186	0,114	0,942
	Desempregado	-0,047	0,052	1,000
Ai	EDL	-0,674*	0,083	0,000
	PTE	-0,494*	0,068	0,000
	Ti	-0,200	0,066	0,068
	EE	-0,563*	0,071	0,000
	OO	-0,179	0,061	0,099
	AA	-0,014	0,121	1,000
	Desempregado	-0,247*	0,066	0,006
EE	EDL	-0,111	0,076	0,987
	PTE	0,069	0,061	1,000
	Ti	0,364*	0,058	0,000

<sup>24</sup>  $H_0$ : Em termos médios, a autoavaliação do estado de saúde é igual em todas as classes sociais

$H_1$ : Em termos médios, existe pelo menos uma classe social com autoavaliação do estado de saúde diferente das restantes

<sup>25</sup> Adequando para as situações em que não existe homogeneidade de variâncias. Quando existe homogeneidade de variâncias o teste *Post-Hoc* adequado é o Bonferroni. Estes testes servem para averiguar quais os grupos que diferem entre si.

	Ai	0,563*	0,071	0,000
	OO	0,384*	0,053	0,000
	AA	0,550*	0,117	0,000
	Desempregado	0,316*	0,058	0,000
OO	EDL	-0,495*	0,068	0,000
	PTE	-0,315*	0,05	0,000
	Ti	-0,021	0,046	1,000
	Ai	0,179	0,061	0,099
	EE	-0,384*	0,053	0,000
	AA	0,165	0,112	0,979
	Desempregado	-0,068	0,047	0,987
AA	EDL	-0,660*	0,125	0,000
	PTE	-0,480*	0,116	0,002
	Ti	-0,186	0,114	0,942
	Ai	0,014	0,121	1,000
	EE	-0,550*	0,117	0,000
	OO	-0,165	0,112	0,979
	Desempregado	-0,233	0,114	0,690
Desempregado	EDL	-0,427*	0,072	0,000
	PTE	-0,247*	0,056	0,000
	Ti	0,047	0,052	1,000
	Ai	0,247*	0,066	0,006
	EE	-0,316*	0,058	0,000
	OO	0,068	0,047	0,987
	AA	0,233	0,114	0,690

### I.1.2. Restrições de saúde no cotidiano consoante classe socioprofissional

**Quadro 5** – Restrições de saúde no cotidiano consoante classe socioprofissional

	N	Média	Desvio Padrão	Minimo	Máximo
EDL	132	1,473	0,535	1	4,38
PTE	354	1,494	0,462	1	4,00
Ti	540	1,585	0,569	1	4,75
Ai	274	1,615	0,592	1	4,38
EE	337	1,480	0,486	1	3,38
OO	861	1,56	0,526	1	3,75
AA	63	1,559	0,505	1	4,13
Desempregado	483	1,576	0,511	1	4,63
Total	3045	1,553	0,528	1	4,75

**Quadro 6** – Teste à homogeneidade de variâncias

Estatística de Levene	gl1	gl2	Sig.
3,256	7	3037	0,002

$$H_0: \sigma_i = \sigma_j$$

$$H_1: \sigma_i \neq \sigma_j$$

Não existe homogeneidade de variâncias, visto que se rejeita  $H_0$  ( $p$ -value=0,002<0,05).

**Quadro 7 – Teste *One-Way* ANOVA**

	Soma dos quadrados	df	Média quadrática	F	Sig.
Entre os grupos	5,799	7	0,828	2,975	0,004
Dentro dos grupos	845,411	3036	0,278		
Total	851,21	3043			

$$H_0: \mu_i = \mu_j$$

$$H_1: \mu_i \neq \mu_j$$

Existem diferenças estatisticamente significativas nas restrições de saúde no cotidiano consoante classe socioprofissional. Rejeita-se  $H_0$  ( $p\text{-value}=0,004<0,05$ ).

**Quadro 8 – Testes *Post-Hoc*: Dunnet's T3**

(I) Indicador socioprofissional de classe		Diferença média (I-J)	Erro padrão	Sig.
EDL	PTE	-0,022	0,053	1,000
	Ti	-0,112	0,053	0,610
	Ai	-0,142	0,059	0,372
	EE	-0,008	0,054	1,000
	OO	-0,090	0,050	0,864
	AA	-0,087	0,079	1,000
	Desempregado	-0,104	0,052	0,735
PTE	EDL	0,022	0,053	1,000
	Ti	-0,091	0,035	0,227
	Ai	-0,120	0,044	0,158
	EE	0,014	0,036	1,000
	OO	-0,069	0,030	0,494
	AA	-0,065	0,068	1,000
	Desempregado	-0,082	0,034	0,356
Ti	EDL	0,112	0,053	0,610
	PTE	0,091	0,035	0,227
	Ai	-0,030	0,044	1,000
	EE	0,105	0,036	0,101
	OO	0,022	0,030	1,000
	AA	0,026	0,068	1,000
	Desempregado	0,009	0,034	1,000
Ai	EDL	0,142	0,059	0,372
	PTE	0,120	0,044	0,158
	Ti	0,030	0,044	1,000
	EE	0,134	0,045	0,076
	OO	0,051	0,040	0,998
	AA	0,055	0,073	1,000
	Desempregado	0,038	0,043	1,000
EE	EDL	0,008	0,054	1,000
	PTE	-0,014	0,036	1,000
	Ti	-0,105	0,036	0,101
	Ai	-0,134	0,045	0,076
	OO	-0,083	0,032	0,240
	AA	-0,079	0,069	0,999
	Desempregado	-0,096	0,035	0,168
OO	EDL	0,090	0,050	0,864
	PTE	0,069	0,030	0,494
	Ti	-0,022	0,030	1,000

	Ai	-0,051	0,040	0,998
	EE	0,083	0,032	0,240
	AA	0,004	0,066	1,000
AA	Desempregado	-0,013	0,029	1,000
	EDL	0,087	0,079	1,000
	PTE	0,065	0,068	1,000
	Ti	-0,026	0,068	1,000
	Ai	-0,055	0,073	1,000
	EE	0,079	0,069	0,999
	OO	-0,004	0,066	1,000
Desempregado	Desempregado	-0,017	0,068	1,000
	EDL	0,104	0,052	0,735
	PTE	0,082	0,034	0,356
	Ti	-0,009	0,034	1,000
	Ai	-0,038	0,043	1,000
	EE	0,096	0,035	0,168
	OO	0,013	0,029	1,000
	AA	0,017	0,068	1,000

### I.1.3. Tabagismo consoante classe socioprofissional

**Quadro 9** – Tabagismo consoante classe socioprofissional

		Atualmente, você fuma algum produto de tabaco como cigarros, cigarrilhas ou cachimbo?		
			Sim, mas não diariamente	Não
		Diariamente		
EDL	Frequência observada	34	2	98
	% com Indicador socioprofissional de classe	25,40%	1,50%	73,10%
PTE	Frequência observada	46	10	299
	% com Indicador socioprofissional de classe	13,00%	2,80%	84,20%
Ti	Frequência observada	132	24	389
	% com Indicador socioprofissional de classe	24,20%	4,40%	71,40%
Ai	Frequência observada	67	9	199
	% com Indicador socioprofissional de classe	24,40%	3,30%	72,40%
EE	Frequência observada	42	10	286
	% com Indicador socioprofissional de classe	12,40%	3,00%	84,60%
OO	Frequência observada	181	44	638
	% com Indicador socioprofissional de classe	21,00%	5,10%	73,90%
AA	Frequência observada	18	1	45
	% com Indicador socioprofissional de classe	28,10%	1,60%	70,30%

Desempregado	Frequência observada	125	30	330
	% com Indicador socioprofissional de classe	25,80%	6,20%	68,00%
	Frequência observada	645	130	2284
	% com Indicador socioprofissional de classe	21,10%	4,20%	74,70%

**Quadro 10** – Testes de Independência do Qui-Quadrado ( $\chi^2$ )

	Valor	gl	Sig. (bi-lateral)
Qui-Quadrado de Pearson	60,659	14	0,000
Rácio de Verossimilhança	64,537	14	0,000
Associação Linear-por-Linear	8,934	1	0,003
Casos válidos	3059		

$H_0$ : As duas variáveis são independentes

$H_1$ : Existe uma relação de dependência entre as duas variáveis

Rejeita-se a hipótese nula de independência entre as duas variáveis. ( $p$ -value=0,000<0,05).

#### I.1.4. Etilismo (Bebidas por semana) consoante classe socioprofissional

**Quadro 11** – Bebidas alcoólicas por semana consoante classe socioprofissional

	N	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
<b>EDL</b>	134	3,85	7,042	0	36
<b>PTE</b>	355	3,19	7,042	0	48
<b>Ti</b>	544	4,25	8,784	0	65
<b>Ai</b>	275	3,04	7,340	0	49
<b>EE</b>	338	3,27	7,009	0	59
<b>OO</b>	861	2,83	6,964	0	77
<b>AA</b>	64	3,17	7,116	0	29
<b>Desempregado</b>	485	2,49	7,274	0	100
Total	3057	3,19	7,435	0	100

**Quadro 12** – Teste à homogeneidade de variâncias

Estatística de			
Levene	gl1	gl2	Sig.
5,486	7	3049	0,000

$H_0$ :  $\sigma_i = \sigma_j$

$H_1$ :  $\sigma_i \neq \sigma_j$

Não existe homogeneidade de variâncias, visto que se rejeita  $H_0$  ( $p$ -value=0,000<0,05).

**Quadro 13 – Teste One-Way ANOVA**

**ANOVA**

Bebidas alcoolicas ingeridas numa semana

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	1024,608	7	146,373	2,658	,010
Within Groups	167926,349	3049	55,076		
Total	168950,956	3056			

$$H_0: \mu_i = \mu_j$$

$$H_1: \mu_i \neq \mu_j$$

Existem diferenças estatisticamente significativas no número de bebidas alcoólicas por semana consoante classe socioprofissional. Rejeita-se  $H_0$  ( $p$ -value=0,010<0,05).

**Quadro 14 – Testes Post-Hoc: Dunnet's T3**

(I) Indicador socioprofissional de classe		Diferença média (I-J)	Erro padrão	Sig.
EDL	PTE	0,662	0,714	1,000
	Ti	-0,401	0,716	1,000
	Ai	0,806	0,752	1,000
	EE	0,576	0,718	1,000
	OO	1,017	0,653	0,968
	AA	0,680	1,077	1,000
	Desempregado	1,357	0,692	0,759
PTE	EDL	-0,662	0,714	1,000
	Ti	-1,063	0,531	0,726
	Ai	0,145	0,579	1,000
	EE	-0,086	0,534	1,000
	OO	0,356	0,443	1,000
	AA	0,019	0,964	1,000
	Desempregado	0,696	0,499	0,993
Ti	EDL	0,401	0,716	1,000
	PTE	1,063	0,531	0,726
	Ai	1,207	0,581	0,659
	EE	0,977	0,536	0,861
	OO	1,418*	0,445	0,041
	AA	1,081	0,966	1,000
	Desempregado	1,758*	0,501	0,013
Ai	EDL	-0,806	0,752	1,000
	PTE	-0,145	0,579	1,000
	Ti	-1,207	0,581	0,659
	EE	-0,231	0,584	1,000
	OO	0,211	0,502	1,000
	AA	-0,126	0,993	1,000
	Desempregado	0,551	0,552	1,000

EE	EDL	-0,576	0,718	1,000
	PTE	0,086	0,534	1,000
	Ti	-0,977	0,536	0,861
	Ai	0,231	0,584	1,000
	OO	0,442	0,449	1,000
	AA	0,105	0,967	1,000
	Desempregado	0,782	0,504	0,972
OO	EDL	-1,017	0,653	0,968
	PTE	-0,356	0,443	1,000
	Ti	-1,418*	0,445	0,041
	Ai	-0,211	0,502	1,000
	EE	-0,442	0,449	1,000
	AA	-0,337	0,920	1,000
	Desempregado	0,340	0,407	1,000
AA	EDL	-0,680	1,077	1,000
	PTE	-0,019	0,964	1,000
	Ti	-1,081	0,966	1,000
	Ai	0,126	0,993	1,000
	EE	-0,105	0,967	1,000
	OO	0,337	0,920	1,000
	Desempregado	0,677	0,948	1,000
Desempregado	EDL	-1,357	0,692	0,759
	PTE	-0,696	0,499	0,993
	Ti	-1,758*	0,501	0,013
	Ai	-0,551	0,552	1,000
	EE	-0,782	0,504	0,972
	OO	-0,340	0,407	1,000
	AA	-0,677	0,948	1,000

### I.1.5. Diagnóstico de depressão consoante classe socioprofissional

**Quadro 15** – Diagnóstico de depressão consoante classe socioprofissional

		<b>Já lhe foi diagnosticada depressão?</b>	
		<b>Sim</b>	<b>Não</b>
EDL	Frequência observada	28	106
	% com Indicador socioprofissional de classe	20,90%	79,10%
PTE	Frequência observada	79	276
	% com Indicador socioprofissional de classe	22,30%	77,70%
Ti	Frequência observada	98	446
	% com Indicador socioprofissional de classe	18,00%	82,00%
Ai	Frequência observada	31	242
	% com Indicador socioprofissional de classe	11,40%	88,60%
EE	Frequência observada	42	296
	% com Indicador socioprofissional de classe	12,40%	87,60%
OO	Frequência observada	139	719
	% com Indicador socioprofissional de classe	16,20%	83,80%
AA	Frequência observada	10	53

Desempregado	% com Indicador socioprofissional de classe	15,90%	84,10%
	Frequência observada	90	394
	% com Indicador socioprofissional de classe	18,60%	81,40%
	Count	517	2532
	% within Indicador socioprofissional de classe	17,00%	83,00%

**Quadro 16** – Testes de Independência do Qui-Quadrado ( $\chi^2$ )

	Valor	gl	Sig. (bi-lateral)
Qui-Quadrado de Pearson	21,316a	7	0,003
Rácio de Verossimilhança	21,762	7	0,003
Associação Linear-por-Linear	1,802	1	0,179
Casos válidos	3049		

H<sub>0</sub>: As duas variáveis são independentes

H<sub>1</sub>: Existe uma relação de dependência entre as duas variáveis

Rejeita-se a hipótese nula de independência entre as duas variáveis. (*p-value*=0,003<0,05).

### I.1.6. Sentimento de tristeza, depressão e vazio nos últimos dias consoante classe socioprofissional

**Quadro 17** – Sentimento de tristeza, depressão e vazio consoante classe socioprofissional

		Sentiu durante muitos dias, um sentimento de tristeza, vazio ou depressão	
		Sim	Não
EDL	Frequência observada	52	82
	% com Indicador socioprofissional de classe	38,80%	61,20%
PTE	Frequência observada	151	201
	% com Indicador socioprofissional de classe	42,90%	57,10%
Ti	Frequência observada	228	314
	% com Indicador socioprofissional de classe	42,10%	57,90%
Ai	Frequência observada	87	187



	% com Indicador socioprofissional de classe	31,80%	68,20%
EE	Frequência observada	130	208
	% com Indicador socioprofissional de classe	38,50%	61,50%
OO	Frequência observada	358	504
	% com Indicador socioprofissional de classe	41,50%	58,50%
AA	Frequência observada	23	41
	% com Indicador socioprofissional de classe	35,90%	64,10%
Desempregado	Frequência observada	260	224
	% com Indicador socioprofissional de classe	53,70%	46,30%
	Frequência observada	1289	1761
	% com Indicador socioprofissional de classe	42,30%	57,70%

**Quadro 18** – Testes de Independência do Qui-Quadrado ( $\chi^2$ )

	Valor	gl	Sig. (bi-lateral)
Qui-Quadrado de Pearson	42,401	7	0,000
Rácio de Verossimilhança	42,441	7	0,000
Associação Linear-por-Linear	11,815	1	0,001
Casos válidos	3050		

H<sub>0</sub>: As duas variáveis são independentes

H<sub>1</sub>: Existe uma relação de dependência entre as duas variáveis

Rejeita-se a hipótese nula de independência entre as duas variáveis. ( $p$ -value=0,000<0,05).

### I.1.7. Diagnóstico de problemas mentais consoante classe socioprofissional

**Quadro 19** – Diagnóstico de problemas mentais consoante classe socioprofissional

	Já alguma vez lhe foi diagnosticado algum problema de doença como esquizófia ou psicose?	
	Sim	Não
Frequência observada	1	133
% com Indicador socioprofissional de classe	0,70%	99,30%
Frequência observada	1	352
% com Indicador socioprofissional de classe	0,30%	99,70%
Frequência observada	5	538
% com Indicador socioprofissional de classe	0,90%	99,10%
Frequência observada	4	267
% com Indicador socioprofissional de classe	1,50%	98,50%
Frequência observada	0	338
% com Indicador socioprofissional de classe	0,00%	100,00%
Frequência observada	20	839
% com Indicador socioprofissional de classe	2,30%	97,70%
Frequência observada	0	64
% com Indicador socioprofissional de classe	0,00%	100,00%
Frequência observada	7	478
% com Indicador socioprofissional de classe	1,40%	98,60%

**Quadro 20** – Testes de Independência do Qui-Quadrado ( $\chi^2$ )

	Valor	gl	Sig. (bi-lateral)
Qui-Quadrado de Pearson	16,902	7	0,018
Rácio de Verosimilhança	21,551	7	0,003
Associação Linear-por-Linear	4,286	1	0,038
Casos válidos	3047		

H<sub>0</sub>: As duas variáveis são independentes

H<sub>1</sub>: Existe uma relação de dependência entre as duas variáveis

Rejeita-se a hipótese nula de independência entre as duas variáveis. ( $p$ -value=0,018<0,05).

## Anexo II – Análise de Dados da PMS Portugal

Neste anexo, consta toda a informação técnico-estatística que serviu de base para a construção dos resultados portugueses do PMS que constam no relatório de tese. Podem-se aqui encontrar as análises descritivas bivariadas e os testes de hipóteses.

### II.1. Teste de hipóteses para comparação de grupos

Perspectiva-se a realização do teste de Independência do Qui-Quadrado nos cruzamentos em que a variável a explicar é de natureza qualitativa, e o teste *One-Way* ANOVA<sup>26</sup> nos cruzamentos em que a variável a explicar é suscetível de tratamento quantitativa.

Verificação do pressuposto da normalidade populacional para a realização do teste *One-Way* ANOVA.

**Quadro 21** – Dimensão dos grupos

		Casos válidos		Missing		Total	
		N	%	N	%	N	%
Saúde Percebida	EDL	40	97,6%	1	2,4%	41	100,0%
	PTE	56	100,0%	0	0,0%	56	100,0%
	Ai	2	100,0%	0	0,0%	2	100,0%
	EE	147	100,0%	0	0,0%	147	100,0%
	OO	199	98,5%	3	1,5%	202	100,0%
	AA	3	100,0%	0	0,0%	3	100,0%
	Desempregado	54	100,0%	0	0,0%	54	100,0%
Índice de Restrições de Saúde no Quotidiano	EDL	40	97,6%	1	2,4%	41	100,0%
	PTE	56	100,0%	0	0,0%	56	100,0%
	Ai	2	100,0%	0	0,0%	2	100,0%
	EE	147	100,0%	0	0,0%	147	100,0%
	OO	199	98,5%	3	1,5%	202	100,0%
	AA	3	100,0%	0	0,0%	3	100,0%
	Desempregado	54	100,0%	0	0,0%	54	100,0%

<sup>26</sup> A sua utilização depende da validação do pressuposto da normalidade populacional

**Quadro 22** – Testes de aderência à normalidade

		Kolmogorov-Smirnov			Shapiro-Wilk		
		Estatística	gl	Sig.	Estatística	gl	Sig.
Saúde Percebida	EDL	0,243	40	0,000	0,838	40	0,000
	PTE	0,379	56	0,000	0,753	56	0,000
	Ai	0,260	2	.			
	EE	0,308	147	0,000	0,821	147	0,000
	OO	0,279	199	0,000	0,832	199	0,000
	AA	0,385	3	.	0,750	3	0,000
	Desempregado	0,219	54	0,000	0,896	54	0,000
Índice de Restrições de Saúde no Quotidiano	EDL	0,147	40	0,029	0,893	40	0,001
	PTE	0,228	56	0,000	0,785	56	0,000
	EE	0,199	147	0,000	0,806	147	0,000
	OO	0,207	199	0,000	0,800	199	0,000
	AA	0,269	3	.	0,949	3	0,567
	Desempregado	0,172	54	0,000	0,857	54	0,000

H<sub>0</sub>: o grupo (amostra) tem uma distribuição normal para a variável ‘Saúde Percebida’

H<sub>1</sub>: o grupo não tem essa distribuição para a variável ‘Saúde Percebida’

&

H<sub>0</sub>: o grupo (amostra) tem uma distribuição normal para a variável ‘Índice de Restrições de saúde no quotidiano’

H<sub>1</sub>: o grupo não tem essa distribuição para a variável ‘Índice de Restrições de saúde no quotidiano’

Para a saúde percebida não será a possível a utilização do teste One-Way ANOVA, uma vez que se viola a hipótese de normalidade populacional numa amostra de pequena dimensão. (*p-value Shapiro-Wilk* para AA = 0,000 < 0,05). Deste modo adopta-se a alternativa não paramétrica *Kruskal-Wallis*.

### II.1.1. Saúde percebida consoante classe socioprofissional

**Quadro 23** – Saúde percebida consoante classe socioprofissional

	N	Média	Desvio Padrão	Minimo	Máximo
EDL	41	3,37	0,859	1	5
PTE	56	3,84	0,682	2	5
Ai	2	4,5	0,707	4	5
EE	147	3,78	0,69	2	5
OO	202	3,49	0,721	2	5
AA	3	2,67	0,577	2	3
Desempregado	54	3,39	0,92	1	5
Total	505	3,59	0,764	1	5

**Quadro 24 – Teste *Kruskal-Wallis***

	Null Hypothesis	Test	Sig.	Decision
1	The distribution of Saúde Percebida is the same across categories of Indicador Socioprofissional de Classe.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,000	Reject the null hypothesis.

Asymptotic significances are displayed. The significance level is ,05.

$H_0: \theta_i = \theta_j$  (As amostras são provenientes de uma população com a mesma distribuição)

$H_1: \theta_i \neq \theta_j$  (Existe pelo menos um grupo proveniente de uma população com distribuição distinta)

Existem diferenças estatisticamente significativas na saúde percebida consoante classe socioprofissional ( $p\text{-value} = 0,000 < 0,05$ ).

### II.1.2. Restrições de saúde no quotidiano consoante classe socioprofissional

**Quadro 25 – Índice de restrições de saúde no quotidiano consoante classe socioprofissional**

	N	Média	Desvio Padrão	Minimo	Máximo
EDL	40	1,57	0,530	1	3,3
PTE	56	1,30	0,382	1	2,5
Ai	2	1,00	0,000	1	1,0
EE	147	1,29	0,348	1	2,6
OO	199	1,41	0,500	1	3,9
AA	3	1,79	0,641	1,25	2,5
Desempregado	54	1,44	0,471	1	2,8
Total	501	1,38	0,454	1	3,9

**Quadro 24 – Teste à homogeneidade de variâncias**

Estatística de			
Levene	gl1	gl2	Sig.
4,405	6	494	0,000

$H_0: \sigma_i = \sigma_j$

$H_1: \sigma_i \neq \sigma_j$

Não existe homogeneidade de variâncias, visto que se rejeita  $H_0$  ( $p\text{-value} = 0,000 < 0,05$ ).

**Quadro 25** – Teste *One-Way* ANOVA

	Soma dos quadrados	gl	Média quadrática	F	Sig.
Entre os grupos	4,042	6	0,674	3,369	0,003
Dentro dos grupos	98,789	494	0,200		
Total	102,831	500			

$$H_0: \mu_i = \mu_j$$

$$H_1: \mu_i \neq \mu_j$$

Existem diferenças estatisticamente significativas no índice de restrições de saúde no quotidiano consoante classe social. Rejeita-se  $H_0$  ( $p\text{-value}=0,003 < 0,05$ ).

**Quadro 26** – Testes *Post-Hoc*: Dunnet's T3

		Diferença Média	Erro padrão	Sig.
EDL	PTE	0,269	0,098	0,147
	Ai	0,565*	0,084	0,000
	EE	0,271	0,089	0,069
	OO	0,156	0,091	0,836
	AA	-0,226	0,380	1,000
	Desempregado	0,121	0,105	0,997
PTE	EDL	-0,269	0,098	0,147
	Ai	0,296*	0,051	0,000
	EE	0,003	0,059	1,000
	OO	-0,113	0,062	0,776
	AA	-0,495	0,374	0,903
	Desempregado	-0,148	0,082	0,784
Ai	EDL	-0,566	0,084	0,000
	PTE	-0,296*	0,051	0,000
	EE	-0,294*	0,029	0,000
	OO	-0,409*	0,035	0,000
	AA	-0,792	0,370	0,631
	Desempregado	-0,444*	0,064	0,000
EE	EDL	-0,271	0,089	0,069
	PTE	-0,003	0,059	1,000
	Ai	0,294*	0,029	0,000
	OO	-0,115	0,046	0,221
	AA	-0,497	0,371	0,898
	Desempregado	-0,150	0,070	0,510
OO	EDL	-0,156	0,091	0,836
	PTE	0,113	0,062	0,776
	Ai	0,409*	0,035	0,000
	EE	0,115	0,046	0,221
	AA	-0,382	0,372	0,971
	Desempregado	-0,035	0,073	1,000

AA	EDL	0,226	0,380	1,000
	PTE	0,495	0,374	0,903
	Ai	0,792	0,370	0,631
	EE	0,497	0,371	0,898
	OO	0,382	0,372	0,971
Desempregado	Desempregado	0,347	0,376	0,985
	EDL	-0,121	0,105	0,997
	PTE	0,148	0,082	0,784
	Ai	0,444*	0,064	0,000
	EE	0,150	0,070	0,510
	OO	0,035	0,073	1,000
	AA	-0,347	0,376	0,985

### II.1.3. Diagnóstico de depressão consoante classe socioprofissional

**Quadro 27** – Diagnóstico de depressão consoante classe socioprofissional

		Já alguma vez lhe foi diagnosticada depressão?	
		Sim	Não
EDL	Frequência observada	8	32
	% com Indicador socioprofissional de classe	20,0%	80,0%
PTE	Frequência observada	9	47
	% com Indicador socioprofissional de classe	16,1%	83,9%
Ai	Frequência observada	0	2
	% com Indicador socioprofissional de classe	0,0%	100,0%
EE	Frequência observada	23	124
	% com Indicador socioprofissional de classe	15,6%	84,4%
OO	Frequência observada	51	150
	% com Indicador socioprofissional de classe	25,4%	74,6%
AA	Frequência observada	1	2
	% com Indicador socioprofissional de classe	33,3%	66,7%
Desempregado	Frequência observada	16	38
	% com Indicador socioprofissional de classe	29,6%	70,4%
Total	Frequência observada	108	395
	% com Indicador socioprofissional de classe	21,5%	78,5%

**Quadro 28** – Testes de independência do Qui-Quadrado

	Valor	gl	Sig. (2-bilateral)	Monte Carlo Sig. (bilateral)
Qui-Quadrado de Pearson	8,722	6	0,190	0,184
Rácio de Verosimilhança	9,18	6	0,164	0,172
Teste Exato de Fischer	8,764			0,158
Associação Linear-por-Linear	3,633	1	0,057	0,059
Casos válidos	503			

H<sub>0</sub>: As duas variáveis são independentes

H<sub>1</sub>: Existe uma relação de dependência entre as duas variáveis

Não se rejeita a hipótese nula de independência entre as duas variáveis. ( $p\text{-value}=0,184>0,05$ ).

#### II.1.4. Sentimento de tristeza, depressão e vazio nos últimos dias consoante classe socioprofissional

**Quadro 29** – Sentimento de tristeza, depressão e vazio nos últimos dias consoante classe socioprofissional

		Sentiu durante muitos dias, um sentimento de tristeza, vazio ou depressão?	
		Sim	Não
EDL	Frequência observada	21	20
	% com Indicador socioprofissional de classe	51,2%	48,8%
PTE	Frequência observada	16	40
	% com Indicador socioprofissional de classe	28,6%	71,4%
Ai	Frequência observada	0	2
	% com Indicador socioprofissional de classe	0,0%	100,0%
EE	Frequência observada	43	103
	% com Indicador socioprofissional de classe	29,5%	70,5%
OO	Frequência observada	70	131
	% com Indicador socioprofissional de classe	34,8%	65,2%
AA	Frequência observada	1	2
	% com Indicador socioprofissional de classe	33,3%	66,7%
Desempregado	Frequência observada	24	30
	% com Indicador socioprofissional de classe	44,4%	55,6%
	Frequência observada	175	328
	% com Indicador socioprofissional de classe	34,8%	65,2%



**Quadro 30** – Testes de independência do Qui-Quadrado

	Valor	gl	Sig. (2-bilateral)	Monte Carlo Sig. (2-bilateral)
Qui-Quadrado de Pearson	10,955	6	0,090	0,077
Rácio de Verossimilhança	11,358	6	0,078	0,095
Teste Exato de Fischer	10,506		0,080	0,079
Casos válidos	503			

H<sub>0</sub>: As duas variáveis são independentes

H<sub>1</sub>: Existe uma relação de dependência entre as duas variáveis

Não se rejeita a hipótese nula de independência entre as duas variáveis. (*p-value*=0,077>0,05).

### Anexo III – Análise de Dados do questionário aplicado em Portugal (QES)

Neste anexo, consta toda a informação técnico-estatística que serviu de base para a construção dos resultados referentes à pesquisa por questionário feita em Portugal, que constam no relatório de tese. Podem-se aqui encontrar os testes de hipóteses e análise de correspondências múltipla.

#### III.1. Testes de hipóteses para comparação de grupos

##### III.1.1. Autoavaliação do estado de saúde consoante classe socioprofissional

**Quadro 31** – Autoavaliação do estado de saúde consoante classe socioprofissional

	N	Média	Desvio Padrão	Minimo	Máximo
EDL	30	3,57	0,73	2	5
PTE	31	3,23	0,88	1	5
Ti	31	2,58	0,72	1	4
Ai	31	2,94	0,73	2	5
EE	43	2,67	0,78	1	5
OO	32	2,34	0,83	1	4
AA	31	2,35	0,80	1	4
Total	229	2,80	0,88	1	5

**Quadro 32** – Teste de Levene

Estatística de Levene	gl1	gl2	Sig.
0,719	6	222	0,634

H<sub>0</sub>:  $\sigma_i = \sigma_j$

H<sub>1</sub>:  $\sigma_i \neq \sigma_j$

Existe homogeneidade de variâncias, visto não se rejeitar  $H_0$  ( $p$ -value=0,634>0,05).

**Quadro 33** – Teste de *one-way* ANOVA

	Soma dos quadrados	gl	Média quadrática	F	Sig.
Entre os grupos	38,797	6	6,466	10,558	0,000
Dentro dos grupos	135,963	222	0,612		
Total	174,76	228			

$$H_0: \mu_i = \mu_j$$

$$H_1: \mu_i \neq \mu_j$$

Existem diferenças estatisticamente significativas na autoavaliação do estado de saúde consoante classe socioprofissional. Rejeita-se  $H_0$  ( $p$ -value=0,000<0,05).

**Quadro 34** – Testes *Post-Hoc*

(I) Indicador socioprofissional de classe		Diferença média (I-J)	Erro padrão	Sig.
EDL	PTE	0,341	0,200	1,000
	Ti	0,986*	0,200	0,000
	Ai	0,631*	0,200	0,039
	EE	0,892*	0,186	0,000
	OO	1,223*	0,199	0,000
	AA	1,212*	0,20	0,000
PTE	EDL	-0,341	0,20	1,000
	Ti	0,645*	0,199	0,028
	Ai	0,29	0,199	1,000
	EE	0,551	0,184	0,065
	OO	0,882*	0,197	0,000
	AA	0,871*	0,199	0,000
Ti	EDL	-0,986	0,200	0,000
	PTE	-0,645	0,199	0,028
	Ai	-0,355	0,199	1,000
	EE	-0,094	0,184	1,000
	OO	0,237	0,197	1,000
	AA	0,226	0,199	1,000
Ai	EDL	-0,631	0,200	0,039
	PTE	-0,290	0,199	1,000
	Ti	0,355	0,199	1,000
	EE	0,261	0,184	1,000
	OO	0,592	0,197	0,063
	AA	0,581	0,199	0,081
EE	EDL	-0,892	0,186	0,000
	PTE	-0,551	0,184	0,065
	Ti	0,094	0,184	1,000
	Ai	-0,261	0,184	1,000
	OO	0,331	0,183	1,000
	AA	0,320	0,184	1,000
OO	EDL	-1,223*	0,199	0,000
	PTE	-0,882	0,197	0,000
	Ti	-0,237	0,197	1,000
	Ai	-0,592	0,197	0,063

AA	EE	-0,331	0,183	1,000
	AA	-0,011	0,197	1,000
	EDL	-1,212*	0,2	0,000
	PTE	-0,871	0,199	0,000
	Ti	-0,226	0,199	1,000
	Ai	-0,581	0,199	0,081
	EE	-0,320	0,184	1,000
	OO	0,011	0,197	1,000

### III.1.2. Consumo semanal de bebidas alcoólicas (dias por semana) consoante classe socioprofissional

**Quadro 35** – Consumo semanal de bebidas alcoólicas (dias por semana) consoante classe socioprofissional

	N	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
EDL	29	0,90	1,145	0	5
PTE	31	1,03	1,643	0	7
Ti	31	1,65	1,817	0	7
Ai	31	1,74	1,125	0	5
EE	43	2,26	2,499	0	7
OO	32	1,75	1,646	0	7
AA	31	1,16	1,573	0	5
Total	228	1,54	1,787	0	7

**Quadro 36** – Teste de Levene

Estatística de Levene	gl1	gl2	Sig.
6,206	6	221	0,000

$$H_0: \sigma_i = \sigma_j$$

$$H_1: \sigma_i \neq \sigma_j$$

Não existe homogeneidade de variâncias, visto que se rejeita  $H_0$  ( $p$ -value=0,000<0,05).

**Quadro 37** – Teste de *one-way* ANOVA

	Soma dos quadrados	gl	Média Quadrática	F	Sig.
Entre os grupos	49,492	6	8,249	2,700	0,015
Dentro dos grupos	675,069	221	3,055		
Total	724,561	227			

$$H_0: \mu_i = \mu_j$$

$$H_1: \mu_i \neq \mu_j$$

Existem diferenças estatisticamente significativas no consumo semanal de bebidas alcoólicas consoante a classe socioprofissional. Rejeita-se  $H_0$  ( $p\text{-value}=0,000<0,05$ ).

**Quadro 38** – Testes *Post-Hoc*

	<b>Indicador socioprofissional de classe</b>	<b>Diferença média (I-J)</b>	<b>Erro padrão</b>	<b>Sig.</b>
EDL	PTE	-0,136	0,364	1,000
	Ti	-0,749	0,390	0,690
	Ai	-0,845	0,293	0,106
	EE	-1,359	0,436	0,055
	OO	-0,853	0,360	0,344
	AA	-0,265	0,354	1,000
PTE	EDL	0,136	0,364	1,000
	Ti	-0,613	0,440	0,969
	Ai	-0,71	0,358	0,640
	EE	-1,224	0,482	0,235
	OO	-0,718	0,414	0,828
	AA	-0,129	0,408	1,000
Ti	EDL	0,749	0,390	0,690
	PTE	0,613	0,440	0,969
	Ai	-0,097	0,384	1,000
	EE	-0,611	0,502	0,993
	OO	-0,105	0,437	1,000
	AA	0,484	0,432	0,997
Ai	EDL	0,845	0,293	0,106
	PTE	0,71	0,358	0,640
	Ti	0,097	0,384	1,000
	EE	-0,514	0,431	0,994
	OO	-0,008	0,354	1,000
	AA	0,581	0,347	0,862
EE	EDL	1,359	0,436	0,055
	PTE	1,224	0,482	0,235
	Ti	0,611	0,502	0,993
	Ai	0,514	0,431	0,994
	OO	0,506	0,479	0,999
	AA	1,095	0,474	0,381
OO	EDL	0,853	0,360	0,344
	PTE	0,718	0,414	0,828
	Ti	0,105	0,437	1,000
	Ai	0,008	0,354	1,000
	EE	-0,506	0,479	0,999
	AA	0,589	0,406	0,955
AA	EDL	0,265	0,354	1,000
	PTE	0,129	0,408	1,000
	Ti	-0,484	0,432	0,997
	Ai	-0,581	0,347	0,862
	EE	-1,095	0,474	0,381
	OO	-0,589	0,406	0,955

### III.1.3. Tabagismo consoante classe socioprofissional

**Quadro 39** – Tabela de contingência: Tabagismo consoante classe socioprofissional

		Você fuma?			
		Não	Ocasionalmente	Diariamente	
EDL	Frequência observada	18	9	3	
	% com Indicador socioprofissional de classe	60,0%	30,0%	10,0%	
PTE	Frequência observada	24	3	4	
	% com Indicador socioprofissional de classe	77,4%	9,7%	12,9%	
Ti	Frequência observada	18	9	4	
	% com Indicador socioprofissional de classe	58,1%	29,0%	12,9%	
Ai	Frequência observada	15	6	10	
	% com Indicador socioprofissional de classe	48,4%	19,4%	32,3%	
EE	Frequência observada	20	9	14	
	% com Indicador socioprofissional de classe	46,5%	20,9%	32,6%	
OO	Frequência observada	10	11	11	
	% com Indicador socioprofissional de classe	31,2%	34,4%	34,4%	
AA	Frequência observada	20	6	5	
	% com Indicador socioprofissional de classe	64,5%	19,4%	16,1%	
		Frequência observada	125	53	51
		% com Indicador socioprofissional de classe	54,6%	23,1%	22,3%

**Quadro 40** – Testes de independência do Qui-Quadrado

	Valor	gl	Sig. (bi-lateral)
Qui-Quadrado de Pearson	23,931	12	0,021
Rácio de Verossimilhança	24,867	12	0,015
Associação Linear-por-Linear	5,284	1	0,022
Casos válidos	229		

H<sub>0</sub>: As duas variáveis são independentes

H<sub>1</sub>: Existe uma relação de dependência entre as duas variáveis

Rejeita-se a hipótese nula de independência entre as duas variáveis. (*p-value*=0,021<0,05).

### III.1.4. Saúde mental consoante classe socioprofissional

**Quadro 41** – Saúde Mental consoante classe socioprofissional

	<b>N</b>	<b>Média</b>	<b>Desvio Padrão</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>
EDL	30	2,167	0,446	1,2	3,2
PTE	31	2,381	0,968	1	4
Ti	31	2,136	0,348	1,4	2,6
Ai	31	2,342	0,674	1,6	3,4
EE	43	2,456	0,927	1	4,6
OO	32	2,925	0,690	2	4,2
AA	30	2,113	0,522	1	3,4
Total	228	2,369	0,742	1	4,6

**Quadro 42** – Teste de Levene

<b>Estatística de Levene</b>	<b>gl1</b>	<b>gl2</b>	<b>Sig.</b>
9,501	6	221	0,000

$$H_0: \sigma_i = \sigma_j$$

$$H_1: \sigma_i \neq \sigma_j$$

Não existe homogeneidade de variâncias, visto que se rejeita  $H_0$  ( $p$ -value=0,000<0,05).

**Quadro 43** – Teste de *one-way* ANOVA

	<b>Soma dos quadrados</b>	<b>gl</b>	<b>Média quadrática</b>	<b>F</b>	<b>Sig.</b>
Entre os grupos	15,123	6	2,52	5,068	0,000
Dentro dos grupos	109,902	221	0,497		
Total	125,025	227			

$$H_0: \mu_i = \mu_j$$

$$H_1: \mu_i \neq \mu_j$$

Existem diferenças estatisticamente significativas na saúde mental consoante classe socioprofissional. Rejeita-se  $H_0$  ( $p$ -value=0,000<0,05).

**Quadro 44 – Testes *Post-Hoc***

(I) Tipologia de Classe	(J) Tipologia de Classe	Mean Difference (I-J)	Sig.
EDL	PTE	-0,214	0,997
	Ti	0,031	1,000
	Ai	-0,175	0,993
	EE	-0,289	0,802
	OO	-0,758	0,000
	AA	0,053	1,000
PTE	EDL	0,214	0,997
	Ti	0,245	0,978
	Ai	0,039	1,000
	EE	-0,075	1,000
	OO	-0,544	0,231
	AA	0,267	0,976
Ti	EDL	-0,031	1,000
	PTE	-0,245	0,978
	Ai	-0,206	0,932
	EE	-0,320	0,568
	OO	-0,790	0,000
	AA	0,022	1,000
Ai	EDL	0,175	0,993
	PTE	-0,039	1,000
	Ti	0,206	0,932
	EE	-0,114	1,000
	OO	-0,583	0,025
	AA	0,229	0,945
EE	EDL	0,289	0,802
	PTE	0,075	1,000
	Ti	0,320	0,568
	Ai	0,114	1,000
	OO	-0,469	0,249
	AA	0,342	0,619
OO	EDL	0,758	0,000
	PTE	0,544	0,231
	Ti	0,790	0,000
	Ai	0,583	0,025
	EE	0,469	0,249
	AA	0,812	0,000
AA	EDL	-0,053	1,000
	PTE	-0,267	0,976
	Ti	-0,022	1,000
	Ai	-0,229	0,945
	EE	-0,342	0,619
	OO	-0,812	0,000

#### **Anexo IV – Análise de Dados da PNAD 2008 Brasil**

Neste anexo, consta toda a informação técnico-estatística que serviu de base para a construção dos resultados brasileiros do PMS que constam no relatório de tese. Podem-se aqui encontrar a análise descritiva bivariada e os testes de hipóteses.

## IV.1. Teste de hipóteses para comparação de grupos

Perspectiva-se a realização do teste de Independência do Qui-Quadrado nos cruzamentos em que a variável a explicar é de natureza qualitativa, e o teste *One-Way* ANOVA nos cruzamentos em que a variável a explicar é suscetível de tratamento quantitativa.

### IV.1.1. Saúde percebida consoante classe socioprofissional

**Quadro 45** – Saúde percebida consoante classe socioprofissional

	N	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
EDL	10701	4,11	0,693	1	5
PTE	14616	4,19	0,655	1	5
Ti	15523	3,99	0,728	1	5
Ai	7341	3,66	0,785	1	5
EE	69040	3,99	0,709	1	5
OO	44923	3,97	0,697	1	5
AA	19714	3,82	0,760	1	5
Desempregado	23363	3,82	0,826	1	5
Total	205222	3,96	0,734	1	5

**Quadro 46** – Teste à homogeneidade de variâncias

Estatística de Levene	gl1	gl2	Sig.
523,503	7	205214	0,000

$$H_0: \sigma_i = \sigma_j$$

$$H_1: \sigma_i \neq \sigma_j$$

Não existe homogeneidade de variâncias, visto que se rejeita  $H_0$  ( $p$ -value=0,000<0,05).

**Quadro 47** – Teste *One-Way* ANOVA

	Soma dos quadrados	gl	Média Quadrática	F	Sig.
Entre os grupos	2617,862	7	373,98	710,884	0,000
Dentro dos grupos	107958,5	205214	0,526		
Total	110576,4	205221			

$$H_0: \mu_i = \mu_j$$

$$H_1: \mu_i \neq \mu_j$$

Existem diferenças estatisticamente significativas na saúde percebida consoante classe socioprofissional. Rejeita-se  $H_0$  ( $p$ -value=0,000<0,05).



**Quadro 48** – Testes *Post-Hoc*: Dunnet's T3

(I) Indicador socioprofissional de classe	(II) Indicador socioprofissional de classe	Diferença média (I-J)	Erro padrão	Sig.
EDL	PTE	-0,077	0,009	0,000
	Ti	0,121	0,009	0,000
	Ai	0,450	0,011	0,000
	EE	0,119	0,007	0,000
	OO	0,143	0,007	0,000
	AA	0,288	0,009	0,000
	Desempregado	0,296	0,009	0,000
PTE	EDL	0,077	0,009	0,000
	Ti	0,198	0,008	0,010
	Ai	0,528	0,011	0,000
	EE	0,196	0,006	0,000
	OO	0,220	0,006	0,002
	AA	0,366	0,008	0,017
	Desempregado	0,374	0,008	0,022
Ti	EDL	-0,121	0,009	0,000
	PTE	-0,198	0,008	0,010
	Ai	0,330	0,011	0,000
	EE	-0,002	0,006	1,000
	OO	0,022	0,007	0,026
	AA	0,168	0,008	0,018
	Desempregado	0,176	0,008	0,022
Ai	EDL	-0,450	0,011	0,000
	PTE	-0,528	0,011	0,000
	Ti	-0,330	0,011	0,000
	EE	-0,331	0,010	0,001
	OO	-0,307	0,010	0,001
	AA	-0,162	0,011	0,000
	Desempregado	-0,154	0,011	0,000
EE	EDL	-0,119	0,007	0,000
	PTE	-0,196	0,006	0,000
	Ti	0,002	0,006	1,000
	Ai	0,331	0,010	0,001
	OO	0,024	0,004	0,000
	AA	0,169	0,006	0,010
	Desempregado	0,177	0,006	0,021
OO	EDL	-0,143	0,007	0,000
	PTE	-0,220	0,006	0,002
	Ti	-0,022	0,007	0,026
	Ai	0,307	0,010	0,001
	EE	-0,024	0,004	0,000
	AA	0,145	0,006	0,020
	Desempregado	0,153	0,006	0,030
AA	EDL	-0,288	0,009	0,000
	PTE	-0,366	0,008	0,017
	Ti	-0,168	0,008	0,018
	Ai	0,162	0,011	0,000
	EE	-0,169	0,006	0,010
	OO	-0,145	0,006	0,020
	Desempregado	0,008	0,008	1,000
Desempregado	EDL	-0,296	0,009	0,000
	PTE	-0,374	0,008	0,022
	Ti	-0,176	0,008	0,022
	Ai	0,154	0,011	0,000
	EE	-0,177	0,006	0,021
	OO	-0,153	0,006	0,030
	AA	-0,008	0,008	1,000

#### IV.1.2. Restrições de saúde no cotidiano consoante classe socioprofissional

**Quadro 49** – Restrições de saúde no cotidiano consoante classe socioprofissional

		<b>Nas duas últimas semanas, deixou de realizar quaisquer de suas atividades habituais por motivo de saúde?</b>	
		<b>Sim</b>	<b>Não</b>
EDL	Frequência observada	553	10148
	% com Indicador socioprofissional de classe	5,2%	94,8%
PTE	Frequência observada	845	13772
	% com Indicador socioprofissional de classe	5,8%	94,2%
Ti	Frequência observada	1076	14447
	% com Indicador socioprofissional de classe	6,9%	93,1%
Ai	Frequência observada	755	6586
	% com Indicador socioprofissional de classe	10,3%	89,7%
EE	Frequência observada	4488	64553
	% com Indicador socioprofissional de classe	6,5%	93,5%
OO	Frequência observada	2860	42063
	% com Indicador socioprofissional de classe	6,4%	93,6%
AA	Frequência observada	1525	18189
	% com Indicador socioprofissional de classe	7,7%	92,3%
Desempregado	Frequência observada	3112	20251
	% com Indicador socioprofissional de classe	13,3%	86,7%
Total	Count	15214	190009
	% within Indicador socioprofissional de classe	7,4%	92,6%

**Quadro 50** – Testes de Independência do Qui-Quadrado ( $\chi^2$ )

	<b>Valor</b>	<b>gl</b>	<b>Sig. (bi-lateral)</b>
Qui-Quadrado de Pearson	1574,946a	7	0,000
Rácio de Verosimilhança	1375,513	7	0,000
Associação Linear-por-Linear	607,975	1	0,000
Casos válidos	205223		

H<sub>0</sub>: As duas variáveis são independentes

H<sub>1</sub>: Existe uma relação de dependência entre as duas variáveis

### IV.1.3. Diagnóstico de depressão consoante classe socioprofissional

**Quadro 51** – Diagnóstico de depressão consoante classe socioprofissional

		Algum médico ou profissional de saúde disse que tem depressão?	
		Sim	Não
EDL	Frequência observada	407	10294
	% com Indicador socioprofissional de classe	3,8%	96,2%
PTE	Frequência observada	622	13994
	% com Indicador socioprofissional de classe	4,3%	95,7%
Ti	Frequência observada	673	14850
	% com Indicador socioprofissional de classe	4,3%	95,7%
Ai	Frequência observada	259	7083
	% com Indicador socioprofissional de classe	3,5%	96,5%
EE	Frequência observada	2868	66172
	% com Indicador socioprofissional de classe	4,2%	95,8%
OO	Frequência observada	1160	43763
	% com Indicador socioprofissional de classe	2,6%	97,4%
AA	Frequência observada	623	19091
	% com Indicador socioprofissional de classe	3,2%	96,8%
Desempregado	Frequência observada	1663	21700
	% com Indicador socioprofissional de classe	7,1%	92,9%
Total	Frequência observada	8275	196947
	% com Indicador socioprofissional de classe	4,0%	96,0%

**Quadro 52** – Testes de Independência do Qui-Quadrado ( $\chi^2$ )

	Valor	gl	Sig. (bilateral)
Qui-Quadrado de Pearson	872,265a	7	0,000
Rácio de Verosimilhança	806,727	7	0,000
Associação Linear-por-Linear	45,398	1	0,000
Casos válidos	205222		

$H_0$ : As duas variáveis são independentes

$H_1$ : Existe uma relação de dependência entre as duas variáveis

Rejeita-se a hipótese nula de independência entre as duas variáveis. ( $p$ -value=0,000<0,05).

#### IV.1.4. Tabagismo consoante classe socioprofissional

**Quadro 53** – Tabagismo consoante classe socioprofissional

		Atualmente, fuma algum produto do tabaco?		
		Diariamente	Menos que diariamente	Não fuma
EDL	Frequência observada	1165	182	7826
	% com Indicador socioprofissional de classe	12,7%	2,0%	85,3%
PTE	Frequência observada	1134	227	11140
	% com Indicador socioprofissional de classe	9,1%	1,8%	89,1%
Ti	Frequência observada	1827	315	10941
	% com Indicador socioprofissional de classe	14,0%	2,4%	83,6%
Ai	Frequência observada	1396	177	4672
	% com Indicador socioprofissional de classe	22,4%	2,8%	74,8%
EE	Frequência observada	8366	1184	49301
	% com Indicador socioprofissional de classe	14,2%	2,0%	83,8%
OO	Frequência observada	8146	1048	29418
	% com Indicador socioprofissional de classe	21,1%	2,7%	76,2%
AA	Frequência observada	3578	485	12095
	% com Indicador socioprofissional de classe	22,1%	3,0%	74,9%
Desempregado	Frequência observada	3194	495	15810
	% com Indicador socioprofissional de classe	16,4%	2,5%	81,1%
Total	Frequência observada	28806	4113	141203
	% com Indicador socioprofissional de classe	16,5%	2,4%	81,1%

**Quadro 54** – Testes de Independência do Qui-Quadrado ( $\chi^2$ )

	Valor	gl	Sig. (bi-lateral)
Qui-Quadrado de Pearson	2180,161a	14	0,000
Rácio de Verosimilhança	2202,891	14	0,000
Associação Linear-por-Linear	843,637	1	0,000
Casos válidos	174122		

H<sub>0</sub>: As duas variáveis são independentes

H<sub>1</sub>: Existe uma relação de dependência entre as duas variáveis

Rejeita-se a hipótese nula de independência entre as duas variáveis. ( $p\text{-value}=0,000<0,05$ ).

## **Anexo V – Análises de Correspondências Múltiplas (MCA)**

Neste anexo, consta a informação relativa às análises de correspondência múltipla. Podem-se aqui encontrar informação gráfica sobre o espaço social e informações sobre o processo de iteração, fiabilidade das dimensões obtidas e medidas de discriminação.

### **V.1. Dados da PMS Brasil**

#### **Obtenção da ACM sem saúde mental**

**Quadro 55 – Processo de iteração**

Nº Iteração	Variância contabilizada	
	Total	Acréscimo Perda
33a	3,174829	0,000007 4,825171

**Quadro 56 – Análise de fiabilidade das dimensões MCA**

Dimensão	Alpha de Cronbach	Variância contabilizada	
		Total (Valor próprio)	Inércia
1	0,816	3,50	0,438
2	0,742	2,85	0,356
Total		6,35	0,794
Média	0,783	3,175	0,397

**Quadro 57** – Medidas de discriminação

	Peso da variável	Dimensão		Média
		1	2	
Autoavaliação do estado de saúde	1	0,300	0,139	0,219
Restrições no cotidiano	1	0,188	0,144	0,166
Costuma fumar produtos de tabaco?	1	0,020	0,002	0,011
Indicador socioprofissional de classe	2	0,567	0,402	0,484
Consumiu bebidas alcoolicas	1	0,051	0,014	0,033
Educação	2	0,904	0,874	0,889
Total Ativo		3,500	2,850	3,175

**Quadro 58** – Quantificação das categorias: saúde percebida

Categoria	Frequência com peso	Coordenadas Centroid Dimensão	
		1	2
Muito má	2810951	1,948	1,796
Má	7628916	1,297	0,897
Moderada	41908165	0,435	0,035
Boa	42740089	-0,353	-0,162
Muito Boa	16196471	-0,808	-0,193
Missing	50204		

**Quadro 59** – Quantificação das categorias: tabagismo

Categoria	Frequência com peso	Coordenadas Centroid Dimensão	
		1	2
Diariamente	20906431	0,299	0,057
Ocasionalmente	4352472	0,202	-0,217
Não	86075893	-0,020	0,035

**Quadro 60** – Quantificação das categorias: categoria socioprofissional de classe

Categoria	Frequência com peso	Coordenadas Centroid	
		Dimensão	
		1	2
EDL	2983668	-2,114	2,264
PTE	7910202	-2,014	1,790
Ti	12125171	0,005	-0,598
Ai	6129363	1,118	1,017
EE	7535113	-1,129	-1,622
OO	19216345	0,411	-0,467
AA	1426637	1,264	1,187
Desempregado	10803908	0,060	-0,780
Missing	43204389		

**Quadro 61** – Quantificação das categorias: etilismo

Categoria	Frequência com peso	Coordenadas Centroid	
		Dimensão	
		1	2
Etilismo	86124008	-0,084	-0,032
Sem etilismo	25210788	0,502	0,239

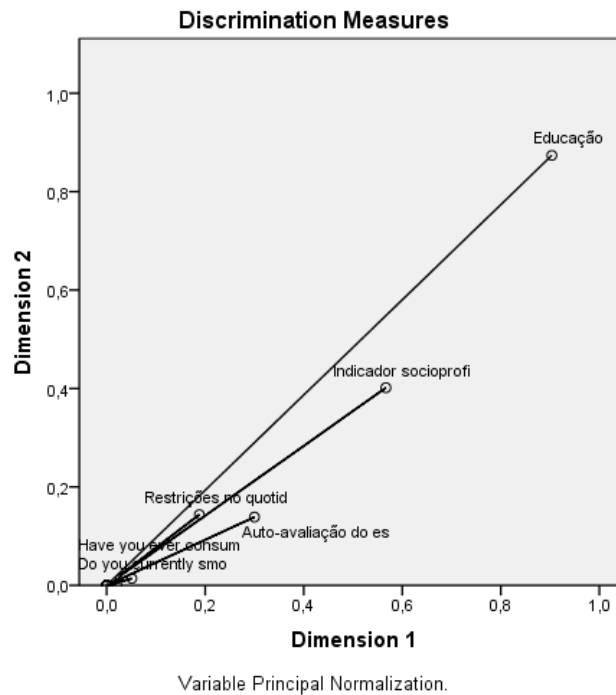
**Quadro 62** – Quantificação das categorias: habilitações literárias

Categoria	Frequência com peso	Coordenadas Centroid	
		Dimensão	
		1	2
Sem educação formal	13778011	1,220	0,904
Menor que o ensino fundamental	19241841	0,695	0,151
Ensino fundamental concluído	31163223	0,375	-0,286
Ensino médio concluído	39840738	-0,554	-0,394
Graduação	5999297	-1,910	1,531
Pós-Graduação	1311686	-2,249	2,529

**Quadro 63** – Quantificação das categorias: restrições de saúde no cotidiano

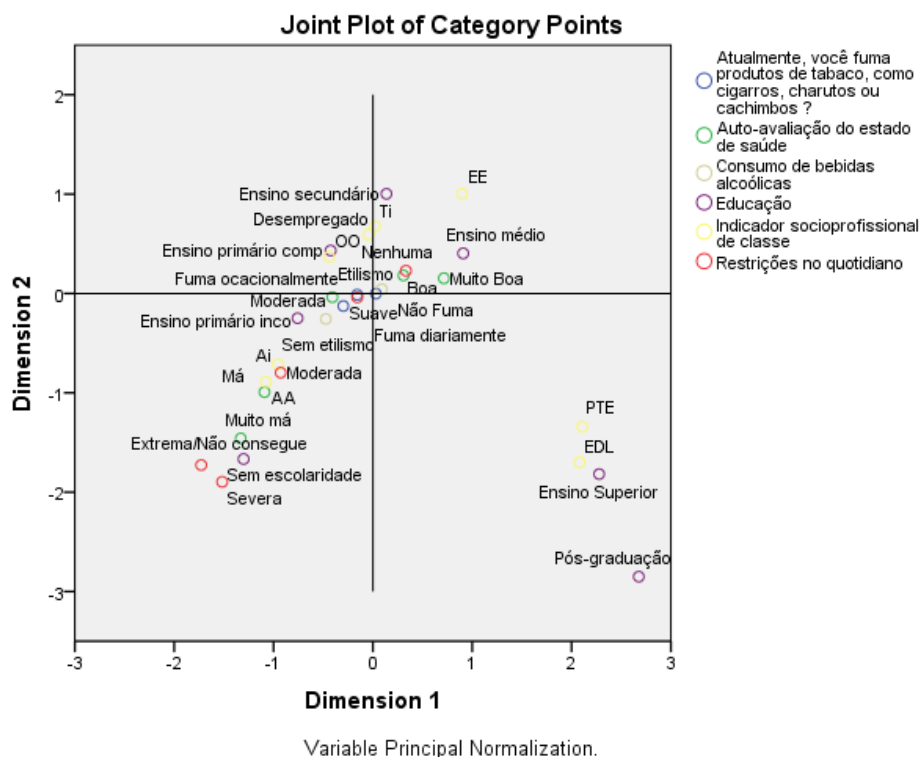
Categoria	Frequência com peso	Coordenadas Centroid Dimensão	
		1	2
Suave	48379965	0,193	0,04
Moderada	11260731	1,149	0,759
Severa	1365639	2,218	2,406
Extrema/Não consegue	178881	2,433	2,117
Missing	749760		

**Gráfico 1** – Medidas de discriminação





**Gráfico 2 – Espaço social ACM**



**Obtenção da MCA só para a saúde mental**

**Quadro 64 – Processo de iteração**

Nº Iteração	Variância contabilizada			
	Total	Acréscimo	Perda	Média
69a	2,467939	0,000	4,532	0,219

**Quadro 65 – Análise de fiabilidade das dimensões MCA**

Dimensão	Alpha de Cronbach	Variância contabilizada	
		Total (Valor próprio)	Inércia
1	0,712	2,877	0,355
2	0,699	2,229	0,350
Total		4,936	0,705
Média	0,705	2,468	0,353

**Quadro 66** – Medidas de discriminação

	Peso da variável	Dimensão		Média
		1	2	
Diagnóstico de depressão	1	0,028	0,258	0,143
Diagnóstico de problemas de saúde mental	1	0,023	0,023	0,023
Indicador socioprofissional de classe	1	0,457	0,122	0,289
Educação	2	0,873	0,252	0,563
Sentimento de vazio, tristeza e depressão	2	0,152	0,736	0,444
Total ativo		2,557	2,379	2,468

**Quadro 67** – Quantificação das categorias: diagnóstico de depressão

Categoria	Frequência com peso	Coordenadas Centroid	
		Dimensão	
		1	2
Sim	21415965	0,033	-0,088
Não	89412701	-0,027	0,007
Missing	506130		

**Quadro 68** – Quantificação das categorias: Sentimento de vazio, tristeza e depressão

Categoria	Frequência com peso	Coordenadas Centroid	
		Dimensão	
		1	2
Sim	51251255	-0,065	-0,062
Não	59759291	0,020	0,024
Missing	324250		

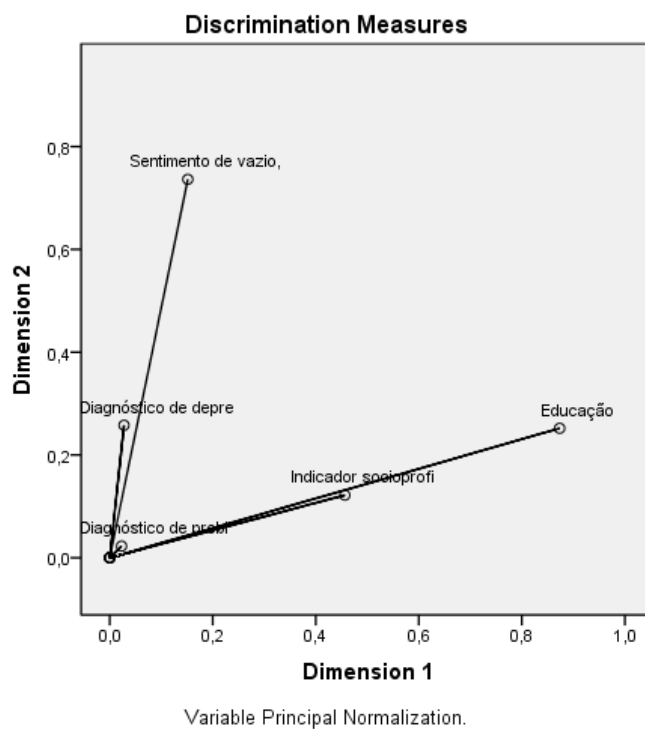
**Quadro 69** – Quantificação das categorias: Habilitações literárias

Categoria	Frequência com peso	Coordenadas Centroid	
		Dimensão	
		1	2
Sem educação formal	13778011	-1,036	-2,342
Menor que o ensino fundamental	19241841	-0,730	0,026
Ensino fundamental concluído	31163223	-0,585	0,507
Ensino médio concluído	39840738	0,578	0,650
Graduação	5999297	2,798	-1,499
Pós-Graduação	1311686	3,443	-2,174

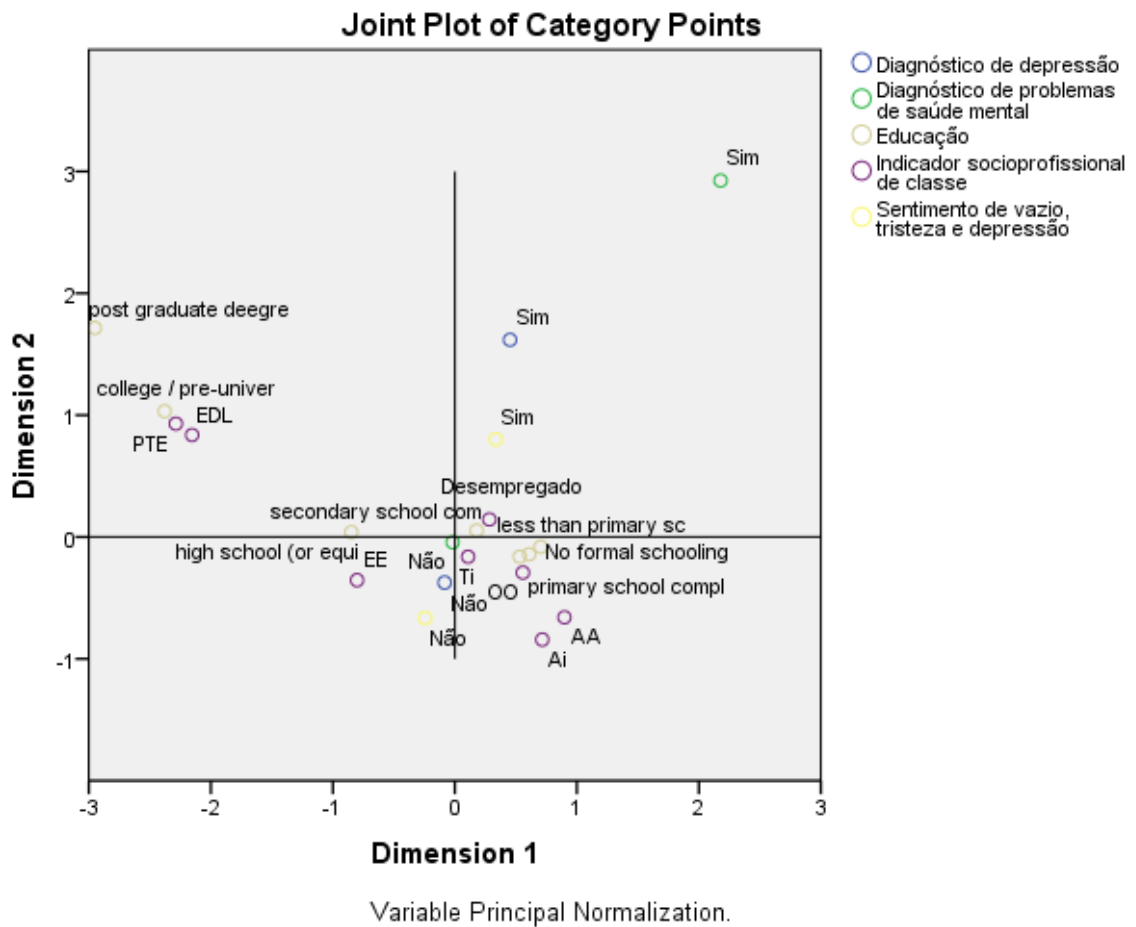
**Quadro 70** – Quantificação das categorias: categoria socioprofissional de classe

Categoria	Frequência com peso	Coordenadas Centroid Dimensão	
		1	2
EDL	2983668	1,945	-0,802
PTE	7910202	2,015	-0,514
Ti	12125171	0,007	0,457
Ai	6129363	-0,849	-0,522
EE	7535113	0,586	0,626
OO	19216345	-0,433	0,204
AA	1426637	-1,029	-0,814
Desempregado	10803908	-0,108	0,419
Missing	43204389		

**Gráfico 3** – Medidas de discriminação



**Gráfico 4 – Espaço social ACM**



## V.2 Dados da PMS Portugal

### Obtenção da MCA com todos os indicadores de saúde

**Quadro 71 – Processo de iteração**

Nº iteração	Variância contabilizada			
	Total	Acrécimo	Perda	Média
69a	2,467939	0,000	4,532	0,219

**Quadro 72** – Análise de fiabilidade das dimensões MCA

Dimensão	Alpha de Cronbach	Variância contabilizada	
		Total (Valor próprio)	Inércia
1	0,710	2,557	0,365
2	0,676	2,379	0,340
Total		4,936	0,705
Média	0,694	2,468	0,353

**Quadro 73** – Medidas de discriminação

	Peso da variável	Dimensão		Média
		1	2	
Educação	1	0,642	0,730	0,686
Indicador Socioprofissional de Classe	2	0,236	0,894	0,565
Saúde Percebida	1	0,864	0,055	0,460
Restrições no quotidiano	1	0,839	0,032	0,436
Diagnóstico de depressão	1	0,283	0,003	0,143
Sentimento de vazio, tristeza e depressão	1	0,426	0,010	0,218
Active Total		3,526	2,619	3,073

**Quadro 74** – Quantificação das categorias: diagnóstico de depressão

Categoria	Frequência com peso	Coordenadas Centroid	
		Dimensão	
		1	2
Sim	257	0,999	0,099
Não	767	-0,206	-0,016
Missing	6		

**Quadro 75** – Quantificação das categorias: saúde percebida

Categoria	Frequência com peso	Coordenadas Centroid	
		Dimensão	
		1	2
Muito má	55	2,103	0,587
Má	180	1,264	0,305
Razoável	390	0,315	-0,219
Boa	342	-0,836	0,057
Muito Boa	62	-1,138	-0,100
Missing	1		

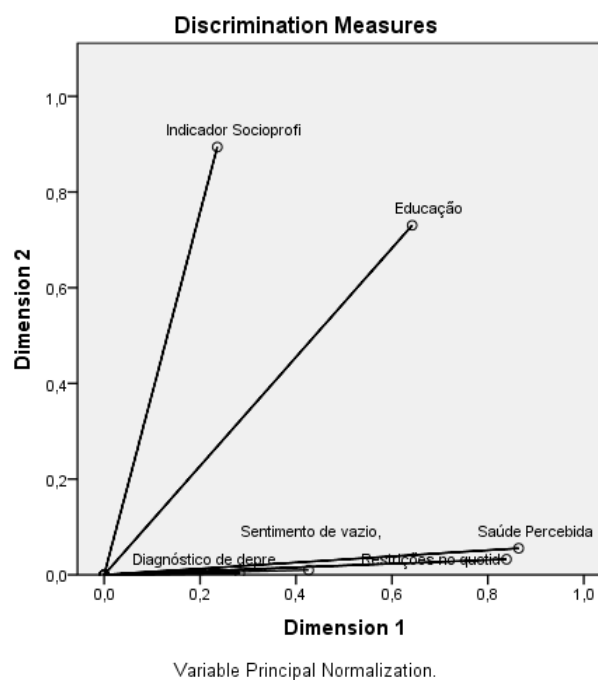
**Quadro 76** – Quantificação das categorias: restrições de saúde no cotidiano

Categoria	Frequência com peso	Coordenadas Centroid	
		Dimensão	
		1	2
Nenhuma	492	-0,748	-0,114
Suave	381	0,546	0,033
Moderada	129	1,770	0,402
Severa	12	2,009	0,46
Extrema/Não consegue	2	3,172	0,995
Missing	14		

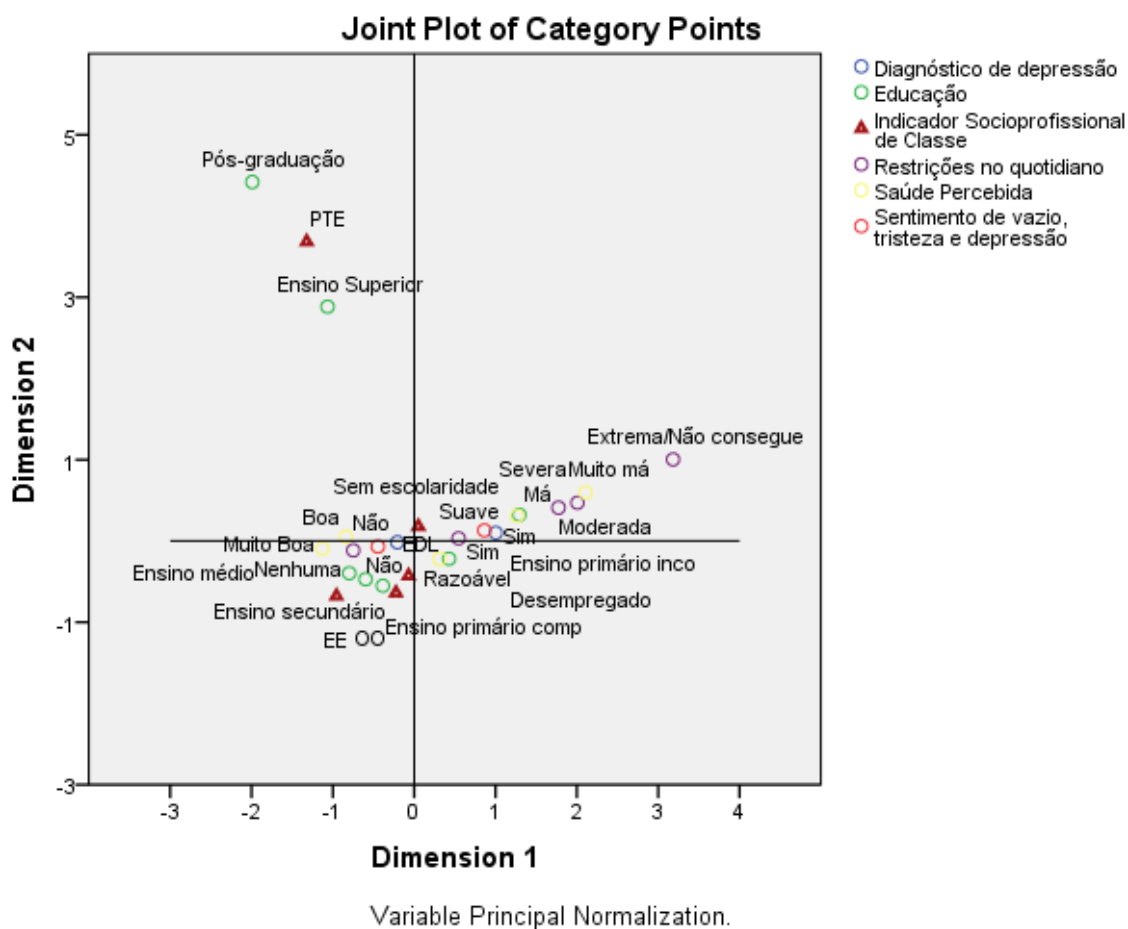
**Quadro 77** – Quantificação das categorias: habilitações literárias

Categoria	Frequência com peso	Coordenadas Centroid	
		Dimensão	
		1	2
Sem educação formal	216	1,289	0,319
Menor que o ensino fundamental	340	0,432	-0,219
Ensino fundamental concluído	149	-0,391	-0,556
Ensino médio concluído	253	-0,707	-0,425
Graduação	70	-1,058	2,889
Pós-Graduação	2	-1,981	4,419

**Gráfico 5** – Medidas de discriminação



**Gráfico 6 – Espaço social MCA**



### V.3. Dados da Pesquisa por questionário em Portugal (QES)

#### Obtenção da MCA com todos os indicadores de saúde

**Quadro 78 – Processo de iteração**

Nº Iteração	Variância contabilizada		
	Total	Acréscimo	Perda
81a	2,695893	0,00001	3,304107

**Quadro 79** – Análise de fiabilidade das dimensões MCA

	Dimensão			
	Alpha de Cronbach	Valor próprio	inércia	% Variância
1	0,799	2,989	0,498	49,817
2	0,701	2,403	0,400	40,046
Total		5,392	0,899	
Média	0,755	2,696	0,449	44,932

**Quadro 80** – Medidas de discriminação

	Peso da variável	Dimensão		Média
		1	2	
Etilismo	1	0,037	0,214	0,125
Escolaridade	1	0,702	0,278	0,490
Autoavaliação do Estado de Saúde	1	0,362	0,052	0,207
Você fuma?	1	0,096	0,072	0,084
Indicador socioprofissional de classe	2	0,897	0,893	0,895
Total ativo		2,989	2,403	2,696
% da variância		49,817	40,046	44,932

**Quadro 81** – Quantificação das categorias: categoria socioprofissional de classe

Categoria	Frequência com peso	Coordenadas Centroid	
		Dimensão	
		1	2
EDL	30	-1,273	0,554
PTE	31	-1,719	-0,058
Ti	31	0,242	0,419
Ai	31	0,498	0,927
EE	43	0,259	-1,873
OO	32	0,989	0,165
AA	31	0,830	0,605

**Quadro 82** – Quantificação das categorias: tabagismo

Categoria	Frequência com peso	Coordenadas Centroid	
		Dimensão	
		1	2
Não	125	-0,282	0,054
Ocasionalmente	53	0,308	0,317
Diariamente	51	0,371	-0,462



**Quadro 83** – Quantificação das categorias: habilitações literárias

Categoria	Frequência com peso	Coordenadas Centroid	
		Dimensão	
		1	2
Ensino Primário	28	0,907	0,784
Ensino Básico	45	0,601	0,560
Ensino Secundário	82	0,432	-0,522
Licenciatura	55	-1,099	-0,272
Pós-Graduação	19	-1,445	0,561

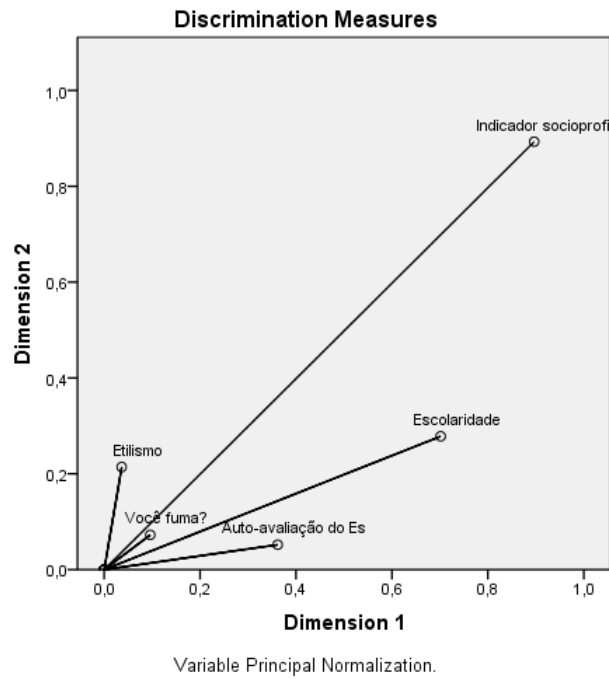
**Quadro 84** – Quantificação das categorias: saúde percebida

Categoria	Frequência com peso	Coordenadas Centroid	
		Dimensão	
		1	2
Fraca	13	0,873	-0,032
Razoável	69	0,666	0,138
Boa	105	-0,158	-0,217
Muito Boa	35	-0,928	0,400
Ótima	7	-1,174	-0,041

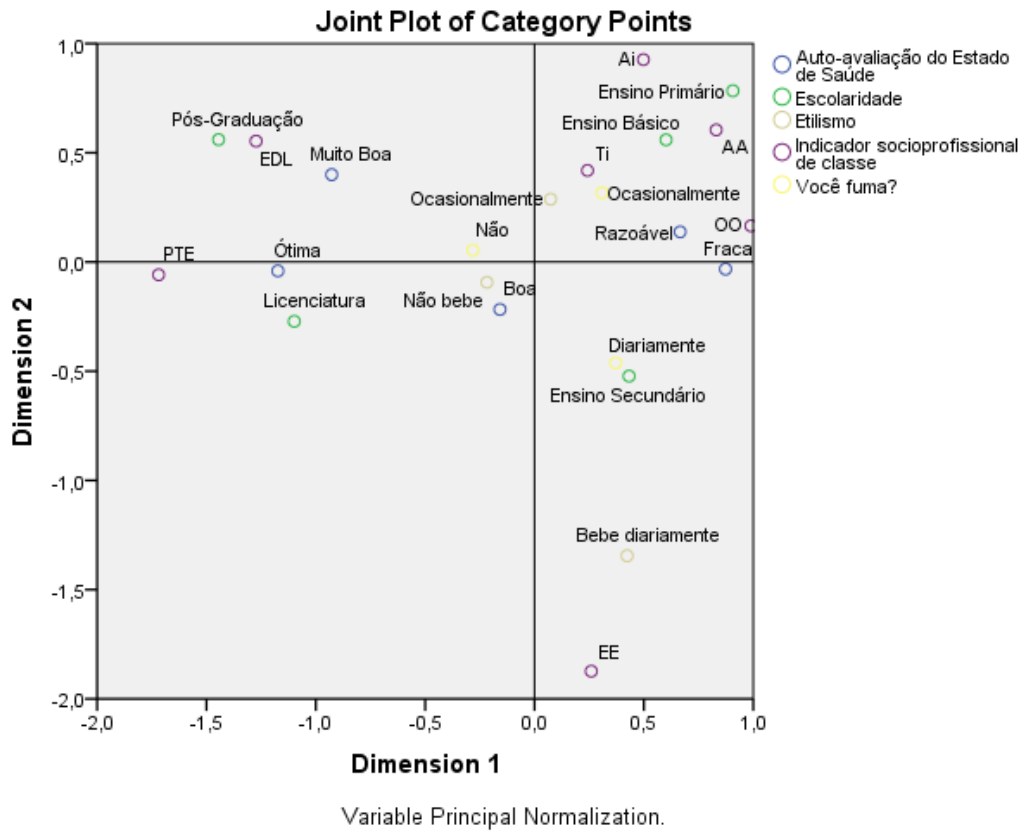
**Quadro 85** – Quantificação das categorias: etilismo

Categoria	Frequência com peso	Coordenadas Centroid	
		Dimensão	
		1	2
Não bebe	83	-0,218	-0,093
Ocasionalmente	125	0,073	0,288
Bebe diariamente	21	0,423	-1,345

**Gráfico 7 – Medidas de discriminação**



**Gráfico 8 – Espaço social MCA**



#### V.4. Dados da PNAD 2008

#### Obtenção da MCA com todos os indicadores de saúde

**Quadro 86** – Processo de iteração

Nº Iteração	Variância contabilizada		
	Total	Acréscimo	Perda
53a	2,441463	0,000008	4,558537

**Quadro 87** – Análise de fiabilidade das dimensões MCA

Dimensão	Alpha de Cronbach	Variância contabilizada	
		Total (Valor próprio)	Inércia
1	0,718	2,598	0,371
2	0,656	2,285	0,326
Total		4,883	0,698
Média	0,689	2,441	0,349

**Quadro 88** – Medidas de discriminação

	Peso da variável	Dimensão		
		1	2	Média
Algum médico ou profissional de saúde disse que tem depressão?	1	0,008	0,029	0,019
Atualmente, fuma algum produto do tabaco?	1	0,042	0,014	0,028
Autoavaliação do estado de saúde	1	0,172	0,131	0,151
Nas duas últimas semanas, deixou de realizar quaisquer de suas atividades habituais por motivo de saúde?	1	0,031	0,044	0,038
Indicador socioprofissional de classe	1	0,542	0,247	0,395
Educação	2	0,901	0,910	0,906
Total ativo		2,598	2,285	2,441

**Quadro 89** – Quantificação das categorias: categoria socioprofissional de classe

Categoria	Frequência com peso	Coordenadas Centroid	
		Dimensão	
		1	2
EDL	10701,19	-0,947	0,239
PTE	14616,34	-2,239	1,174
Ti	15523,21	-0,094	-0,373
Ai	7341,382	1,047	1,248
EE	69040,12	-0,036	-0,366
OO	44922,8	0,411	-0,221
AA	19714,22	0,749	0,536
Desempregado	23363,11	0,250	0,075

**Quadro 90** – Quantificação das categorias: saúde percebida

Categoria	Frequência com peso	Coordenadas Centroid	
		Dimensão	
		1	2
Muito bom	43906,63	-0,541	-0,183
Bom	115726,8	-0,061	-0,176
Regular	39928,04	0,613	0,536
Ruim	4778,063	1,104	1,274
Muito ruim	884,44	1,127	1,326

**Quadro 91** – Quantificação das categorias: impedimentos de saúde nas atividades habituais

Categoria	Frequência com peso	Coordenadas Centroid	
		Dimensão	
		1	2
Sim	15214,1	0,625	0,727
Não	190009,9	-0,050	-0,057

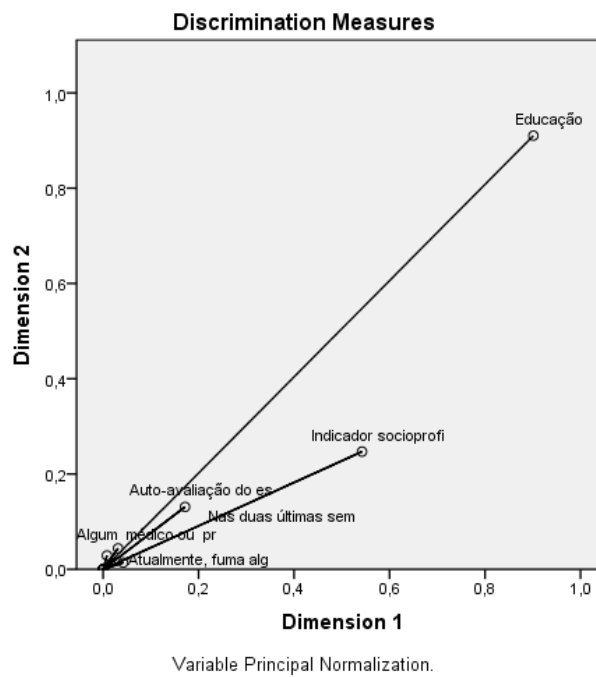
**Quadro 92** – Quantificação das categorias: diagnóstico de depressão

Categoria	Frequência com peso	Coordenadas Centroid	
		Dimensão	
		1	2
Sim	8275,252	0,441	0,807
Não	196948,7	-0,019	-0,033

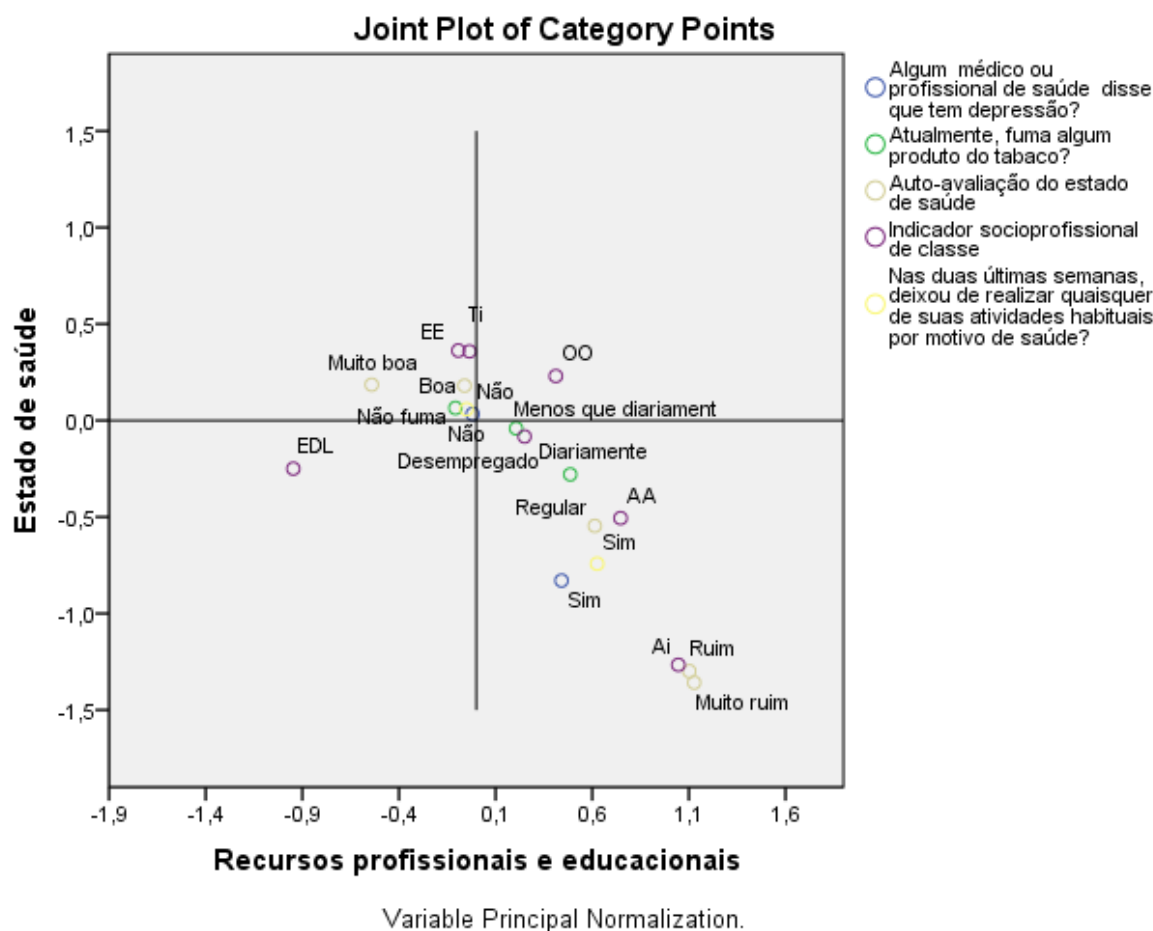
**Quadro 93** – Quantificação das categorias: tabagismo

Categoria	Frequência com peso	Coordenadas Centroid Dimensão	
		1	2
Diariamente	28805,95	0,487	0,290
Menos que diariamente	4114,172	0,207	0,061
Não fuma	141202,6	-0,108	-0,068
Missing	31101,27		

**Gráfico 5** – Medidas de discriminação



**Gráfico 6 – Espaço social MCA**



## Anexo VI – Operacionalização da ACM (PMS)

**Quadro 94 - Operacionalização da tipologia ACM de acordo com os estudos da OMS**

	B1 - Government employee	B2 - Nongovernme nt employee	B3 - Selfempl oyed	B4 - Employer
A1 - Legislator, Senior Official, or Manager	2 - PTE	2 - PTE	1 - EDL	1 - EDL
A2 - Professional (engineer, doctor, teacher, clergy, etc.)	2 - PTE	2 - PTE	1 - EDL	1 - EDL
A3 - Technician or Associate Professional (inspector, finance dealer, etc.)	2 - PTE	2 - PTE	1 - EDL	1 - EDL
A4 - Clerk (secretary, cashier, etc.)	5 - EE	5 - EE	5 - EE	1 - EDL
A5 - Service or sales worker (cook, travel guide, shop salesperson, etc.)	5 - EE	5 - EE	5 - EE	1 - EDL
A6 - Agricultural or fishery worker (vegetable grower, livestock producer, etc.)	7 - AA	7 - AA	4 - Ai	1 - EDL
A7 - Craft or trades worker (carpenter, painter, jewelry worker, butcher, etc.)	6 - OO	6 - OO	3 - Ti	1 - EDL
A8 - Plant/machine operator or assembler (equipment assembler, sewing-machine operator, driver, etc.)	6 - OO	6 - OO	3 - Ti	1 - EDL
A9 - Elementary worker (street food vendor, shoe cleaner, etc.)	6 - OO	6 - OO	6 - OO	6 - OO
A10 - Armed forces (government military)	5 - EE	5 - EE	5 - EE	5 - EE

## Anexo VII – Questionário de Estado de Saúde (QES)

### Questionário do Estado de Saúde

Este é um questionário que visa avaliar o estado de saúde dos trabalhadores e recolher dados para um artigo de investigação científica sobre saúde pública. As questões que se seguem pedem-lhe opinião sobre a sua saúde, a forma como se sente e sobre a sua capacidade de desempenhar actividades habituais. Pedimos que leia com atenção cada pergunta e responda o mais honestamente possível. Garantimos o anonimato e a confidencialidade das respostas obtidas.

Gratos pela sua colaboração

*Assinale com um X a sua resposta*

#### I. Caracterização profissional

I.1. Qual a sua situação na profissão?

- |       |                                 |                          |
|-------|---------------------------------|--------------------------|
| I.1.1 | Patrão                          | <input type="checkbox"/> |
| I.1.2 | Trabalhador por conta própria   | <input type="checkbox"/> |
| I.1.3 | Trabalhador por conta de outrem | <input type="checkbox"/> |

I.2 Qual a sua profissão? \_\_\_\_\_

#### II. Factores de Risco para a Saúde

II.2. Você fuma?

- |        |                |                          |
|--------|----------------|--------------------------|
| II.2.1 | Não            | <input type="checkbox"/> |
| II.2.2 | Ocasionalmente | <input type="checkbox"/> |
| II.2.3 | Diariamente    | <input type="checkbox"/> |

II.3 Quantos dias por semana consome bebidas alcoólicas? \_\_\_\_\_

(continua na próxima página) —>

### III. Avaliação do Estado de Saúde

#### III.1 Em geral diria que a sua saúde é...

III.1.1 Fraca	<input type="checkbox"/>
III.1.2 Razoável	<input type="checkbox"/>
III.1.3 Boa	<input type="checkbox"/>
III.1.4 Muito Boa	<input type="checkbox"/>
III.1.5 Diariamente	<input type="checkbox"/>

*As perguntas que se seguem pretendem avaliar a forma como se sentiu e como lhe correram as coisas nas últimas quatro semanas*

#### III.2 Quanto tempo nas últimas quatro semanas...

	Sempre	A maior parte do tempo	Algum Tempo	Pouco Tempo	Nunca
III.2.1. Se sentiu cheio(a) de vitalidade?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
III.2.2. Se sentiu muito nervoso(a)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
III.2.3. Se sentiu deprimido(a) que nada o(a) animava?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
III.2.4. Se sentiu calmo(a) e tranquilo (a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
III.2.5. Se sentiu com muita energia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
III.2.6. Se sentiu deprimido(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
III.2.7. Se sentiu estafado(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
III.2.8. Se sentiu feliz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
III.2.9 Se sentiu cansado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### III.3 Durante as últimas quatro semanas, em que medida é que a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram no seu relacionamento social normal com a família, amigos, vizinhos outras pessoas?

III.3.1 Absolutamente nada	<input type="checkbox"/>
III.3.2 Pouco	<input type="checkbox"/>
III.3.3 Moderadamente	<input type="checkbox"/>
III.3.4 Bastante	<input type="checkbox"/>
III.3.5 Imenso	<input type="checkbox"/>



**III.4** Durante as últimas quatro semanas, até que ponto é que a sua saúde física ou problemas emocionais limitaram a sua actividade social (tal como visitar amigos ou familiares próximos)?

**III.4.1** Sempre

**III.4.2** A maior parte do tempo

**III.4.3** Algum tempo

**III.4.4** Pouco tempo

**III.4.5** Nunca


**III.5** Durante as últimas quatro semanas...

**III.5.1.** Diminuiu o tempo gasto a trabalhar ou outras actividades?

**III.5.2.** Faz menos do que queria?

**III.5.3.** Executou o seu trabalho ou outras actividades menos cuidadosamente do que era costume

	Sempre	A maior parte do tempo	Algum Tempo	Pouco Tempo	Nunca

*Muito Obrigado pela sua participação!*