

FAMÍLIA, TRABALHO E SAÚDE: OS DESAFIOS DA ACTUALIDADE

Carlos Alberto da Silva | Sociólogo, Professor Auxiliar com Agregação, Departamento de Sociologia, Escola de Ciências Sociais, Universidade de Évora

Ana Paula Marques, Socióloga | Professora Associada com Agregação da Universidade do Minho
Liliana Pereira Ferreira | Enfermeira, Mestre em Intervenção Sócio-Organizacional na Saúde, Universidade de Évora

Tânia Cristina Santos | Bolseira FCT, Licenciada em Sociologia, Universidade de Évora.

Nota preliminar

Apresentamos neste documento uma síntese dos resultados dum estudo sobre os desafios da família no campo do trabalho e da saúde, integrado no projecto *POCI/SOC/59282/2004 – O contributo (in)visível. A gestão familiar dos cuidados de saúde*, financiado pela FCT. Tratou-se de um projecto inter-universitário congregando a Universidade do Minho, entidade onde foi sediado o projecto, a Universidade de Évora e a Universidade de Vila Real e Trás-os-Montes.

Definimos como pano de fundo da análise, a informação recolhida nos estudos de caso em Braga, Caldas da Rainha, Évora e Vila Real, entre 2005-2008. Para a análise dos dados recolhidos, junto de 1067 inquiridos e 9 entrevistas de profundidade, procedemos a uma abordagem dual de cariz qualitativo-quantitativo para desocultar as crenças sobre a saúde e doença, bem como as suas relações com as expectativas sócio-culturais, traduzidas em práticas de cuidados de saúde, e os problemas específicos da relação família, trabalho, saúde e de doença, em particular as situações que afectam o estado de saúde da família e dos seus membros.

Em síntese, são apresentados neste *paper* os resultados dum estudo de caso, procurando neste ponto dar a conhecer, de forma intensiva, as inter-relações subliminares entre a Saúde, a Doença, o Trabalho e a Família.

1.– Entre o Trabalho e a Saúde: a gestão das incertezas nas famílias

1.1.– Impacto do trabalho na saúde do próprio e cônjuge

É indubitável que a família se apresenta como uma instituição significativa para o suporte das condições materiais de sobrevivência, das relações afectivas e da saúde do indivíduo. A família “permanecerá sempre como uma referência de valores, o que não significa que esses valores e atitudes se mantenham estáticos e homogêneos” (Pimentel, 2005: 65) e como o principal valor dos indivíduos.

Na verdade, no âmbito do estudo realizado em Braga, Caldas da Rainha, Évora e Vila Real verifica-se que a "Família", a "Saúde", o "Trabalho" e as "Condições financeiras e materiais" constituem os aspectos mais valorizados pelos inquiridos, pese embora as referências ao "Amor e felicidade", assim como à "Paz, ambiente e justiça" e "Liberdade" ganharem, igualmente, expressão no seu quadro simbólico-valorativo. À excepção do item "Saúde" que se distribui de forma idêntica pelos concelhos em análise, a "Família" apresenta-se o segundo valor mais importante para os inquiridos de Braga e de Caldas da Rainha, ao passo que para Évora é o "Trabalho" e para Vila Real as "Condições financeiras e materiais" (cf. Quadro 1).

Quadro 1. Aspectos mais importantes da vida

	Braga (n= 509)		Caldas da Rainha (n=182)		Évora (n= 209)		Vila Real (n=167)	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Saúde	493	96,9%	176	96,7%	196	93,8%	160	95,8%
Família	284	55,8%	107	58,8%	63	30,1%	80	47,9%
Trabalho	114	22,4%	54	29,7%	89	42,6%	31	18,6%
Amizade	55	10,8%	18	9,9%	22	10,5%	24	14,4%
Condições financeiras e materiais	164	32,2%	51	28,0%	41	19,6%	84	50,3%
Dignidade, honestidade e solidariedade	24	4,7%	5	2,7%	30	14,4%	4	2,4%
Amor e felicidade	162	31,8%	61	33,5%	79	37,8%	65	38,9%
Paz, ambiente e justiça	105	20,6%	39	21,4%	44	21,1%	26	15,6%
Lazer	10	2,0%	3	1,6%	3	1,4%	1	0,6%
Fé religiosa	6	1,2%	-	-	-	-	-	-
Liberdade	71	13,9%	26	14,3%	30	14,4%	22	13,2%
Educação	22	4,3%	4	2,2%	1	0,5%	3	1,8%

No que concerne ao trabalho, embora não sendo o aspecto mais valorizado, é indiscutível que o exercício de uma actividade profissional caracteriza a maioria dos inquiridos, em especial quando se refere à actividade do cônjuge (cf. Quadro 2).

Quadro 2. Exercício de uma actividade profissional do próprio e cônjuge

		Concelhos									
		Braga		Caldas da Rainha		Évora		Vila Real		Total	
Próprio	Sim	354	73,1%	117	68,4%	127	63,2%	95	59,4%	693	68,3%
	Não	130	26,9%	54	31,6%	74	36,8%	65	40,6%	323	31,8%
	Total	484	100,0%	171	100,0%	201	100,0%	160	100,0%	1016	100,0%
Cônjuge	Sim	273	74,4%	103	78,0%	63	61,8%	69	69,0%	508	72,5%
	Não	94	25,6%	29	22,0%	39	38,2%	31	31,0%	193	27,5%
	Total	367	100,0%	132	100,0%	102	100,0%	100	100,0%	701	100,0%

O recurso à caracterização da profissão e grupos socioprofissionais dos inquiridos apresenta-se como uma tarefa complexa e não isenta de algumas ambiguidades¹ já que se baseia em informação primária. Com efeito, neste registo estão incluídos estereótipos sociais, recursos cognitivos e auto-representações de identidade, mesmo que inconscientemente, forjadas pelos inquiridos. Atendendo aos limites associados a esta informação é possível registar grosso modo uma variedade de actividades profissionais que foram recodificadas com base na Classificação Nacional das Profissões do INE (CPN94) para uma melhor leitura dos dados. Estes grupos combinam vários aspectos na sua constituição. Para além do nível de escolaridade e da profissão declarada estão incluídos os aspectos referentes à situação na profissão, à dimensão da empresa ou organização, à especialidade profissional e qualificação e ao sector de actividade a que se pertence.

Assim, o exercício desta actividade profissional enquadra-se, sobretudo, no grupo profissional do "Pessoal dos serviços e vendedores" tanto para o próprio como para o cônjuge, seguido do grupo dos "Técnicos e profissionais de nível intermédio" no que diz respeito ao próprio e dos "Operários, artífices e trabalhadores similares" para o cônjuge.

¹ Permanece o debate teórico e empírico sobre o conceito de profissões dado o levantamento das utilizações diferenciadas do vocábulo pelos actores sociais no quotidiano.

Quadro 3. Grupos socioprofissionais do próprio e cônjuge

	Próprio		Cônjuge	
	N	%	N	%
Membros das forças armadas	6	0,9	13	2,6
Empresários, dirigentes e quadros superiores de empresa	26	3,8	26	5,2
Especialistas das profissões intelectuais e científicas	60	8,7	36	7,3
Técnicos e profissionais de nível intermédio	155	22,5	58	11,7
Pessoal administrativo e similares	73	10,6	67	13,5
Pessoal dos serviços e vendedores	216	31,3	121	24,4
Agricultores e outros trabalhadores ligados à silvicultura e pescas	3	0,4	14	2,8
Operários, artífices e trabalhadores similares	42	6,1	90	18,1
Trabalhadores não qualificados	52	7,5	22	4,4
Professores	56	8,1	49	9,9
Total	689	100,0	496	100,0

De um modo geral, os inquiridos declararam exercer a sua actividade profissional fora do domicílio, apesar de se verificar algumas diferenças significativas em função dos concelhos de residência dos inquiridos. Com efeito, Évora apresenta uma maioria dos inquiridos que exerce a sua actividade ao domicílio, ao passo que nos restantes concelhos tal não se verifica. Considerando a actividade do cônjuge, as percentagens obtidas reforçam aquela tendência do exercício da actividade profissional fora da residência.

Parte desta explicação poderá ser dada a partir do conteúdo das actividades desempenhadas e do facto de se tratar de uma amostra maioritariamente feminina. As actividades de "cabeleireira", "balconista", "ama de crianças", "empregada de limpeza", "artesã", para além das que se descrevem a partir da expressão de "ajudante" ligada à restauração e prestação de pequenos serviços ao domicílio, permitem perceber até que ponto poderá ser fluida e mesmo inexistente a fronteira entre o trabalho e a vida familiar ou privada. Por sua vez, neste contexto, também se compreende que a possibilidade de se ter de fazer turnos ou horas extraordinárias não assumam proporções estatísticas muito elevadas, já que uma das características do trabalho ao domicílio consiste na menor formalização dos horários de trabalho.

Ora, tendo presente as informações atrás expostas é possível verificar que uma elevada franja dos inquiridos (o próprio e o seu cônjuge) que exercem uma actividade profissional possui a percepção dos efeitos do trabalho na sua

saúde individual. De notar que, na comparação com os próprios, são os cônjuges de todos os concelhos em análise que apresentam valores percentuais ligeiramente mais elevados (cf. Quadros 4 e 5).

Quadro 4. Efeitos sobre a saúde em função da actividade profissional do próprio

	Concelhos				
	Braga	Caldas da Rainha	Évora	Vila Real	Total
Sim	191 55,5%	51 45,1%	70 55,6%	50 53,2%	362 53,5%
Não	153 44,5%	62 54,9%	56 44,4%	44 46,8%	315 46,5%
Total	344	113	126	94	677

Quadro 5. Efeitos sobre a saúde em função da actividade profissional do cônjuge

	Concelhos				
	Braga	Caldas da Rainha	Évora	Vila Real	Total
Sim	158 59,8%	51 51,0%	35 55,6%	40 60,6%	284 57,6%
Não	106 40,2%	49 49,0%	28 44,4%	26 39,4%	209 42,4%
Total	264	100	63	66	493

Tendo presente o peso da actividade económica na vida familiar destes inquiridos, é importante aprofundar a nossa análise relativa aos impactos dos efeitos do trabalho na saúde individual e/ou familiar. Assim, de uma forma geral, constata-se que as percepções dos efeitos do trabalho na saúde individual incidem pelo menos num sintoma experienciado pelo inquirido e ou pelo seu cônjuge. Por sua vez, atendendo que muitos dos inquiridos responderam, em simultâneo, a dois ou mais sintomas, podemos reforçar o impacto dos efeitos do trabalho na saúde do próprio ou do cônjuge (cf. Quadros 6 e 7).

Quadro 6. Número de sintomas apontado pelo próprio

	Concelhos				Total
	Braga	Caldas da Rainha	Évora	Vila Real	
1 sintoma	82 73,2%	30 60,0%	58 85,3%	29 58,0%	199 71,1%
2 ou mais sintomas	30 26,8%	20 40,0%	10 14,7%	21 42,0%	81 28,9%
Total	112	50	68	50	280

Quadro 7. Número de sintomas apontado pelo cônjuge

	Concelhos				Total
	Braga	Caldas da Rainha	Évora	Vila Real	
1 sintoma	111 70,3%	34 68,0%	28 80,0%	28 70,0%	201 71,0%
2 ou mais sintomas	47 29,7%	16 32,0%	7 20,0%	12 30,0%	82 29,0%
Total	158	50	35	40	283

Entre os sintomas apresentados pelo inquirido e ou pelo seu cônjuge, destacam-se o stress, as "dores nas costas" e a fadiga em geral (cf. Quadros 8 e 9). Dado tratar-se de uma questão em aberto, foi necessário proceder a uma recodificação da mesma para se prosseguir com o tratamento estatístico. Além daqueles sintomas identificados, foram incluídos sob a designação de "outros", sintomas variados, tais como: problemas de audição, de visão, respiratórios, circulação; ansiedade/ depressão, lesões/ acidentes de trabalho, sedentarismo/ obesidade, entre outros.

Quadro 8. Tipo de sintomas apontados pelo próprio

	Concelho				Total
	Braga	Caldas da Rainha	Évora	Vila Real	
Dores de costas	19 10,6%	4 8,2%	6 8,8%	3 6,0%	32 9,2%
Fadiga geral	23 12,8%	10 20,4%	13 19,1%	12 24,0%	58 16,7%
Stress	71 39,4%	11 22,4%	30 44,1%	18 36,0%	130 37,5%
Outros	67 37,22%	24 48,98%	19 27,94%	17 34,00%	127 36,60%
Total	180	49	68	50	347

Quadro 9. Tipo de sintomas apontados pelo cônjuge

	Concelho				Total
	Braga	Caldas da Rainha	Évora	Vila Real	
Dores de costas	11 7,4%	4 8,3%	2 6,5%	8 20,0%	25 9,3%
Fadiga geral	17 11,4%	8 16,7%	8 25,8%	5 12,5%	38 14,2%
Stress	63 42,3%	19 39,6%	9 29,0%	11 27,5%	102 38,1%
Outros	58 38,93%	17 35,42%	12 38,71%	16 40,00%	103 38,43%
Total	149	48	31	40	268

As razões apontadas são das mais diversas, sendo de destacar as que resultam do contexto e do conteúdo do trabalho, entre as quais a natureza do trabalho, os materiais existentes no local de trabalho, o ritmo intenso de trabalho e a responsabilidade profissional inerente ao trabalho (cf. Quadros 10 e 11). Na verdade, estas informações permitem-nos corroborar algumas das principais tendências avançadas pelas investigações no domínio da saúde no trabalho que têm vindo a demonstrar a influência do trabalho e das condições de trabalho na saúde, no bem-estar e na motivação dos trabalhadores (cf. Derriennic, Tiuranchet e Volkoff, 1996; Schwartz, 2000; Gollac, Volkoff, 2000; Lamcoblez, 2000)².

² Em particular, as investigações desenvolvidas têm subjacente os principais resultados dos estudos dos processos de envelhecimento no e pelo trabalho.

Quadro 10. Razões dos efeitos do trabalho na saúde apontadas pelo próprio

	Concelho				
	Braga	Caldas da Rainha	Évora	Vila Real	Total
Sujeito a posições penosas e fatigantes	25 18,7%	8 21,1%	8 14,3%	17 38,6%	58 21,3%
Ritmo intenso de trabalho	17 12,7%	3 7,9%	6 10,7%	2 4,5%	28 10,3%
Devido aos materiais ou instalações, ou ferramentas usadas	24 17,9%	9 23,7%	3 5,4%	9 20,5%	45 16,5%
Outros	68 50,75%	18 47,37%	39 69,64%	16 36,36%	141 51,84%
Total	134	38	56	44	272

Quadro 11. Razões dos efeitos do trabalho na saúde pelo cônjuge

	Concelho				
	Braga	Caldas da Rainha	Évora	Vila Real	Total
Sujeito a posições penosas e fatigantes	15 12,4%	4 10,5%	4 14,8%	9 24,3%	32 14,3%
Ritmo intenso de trabalho	16 13,2%	7 18,4%	3 11,1%	4 10,8%	30 13,5%
Responsabilidade profissionais	19 15,7%	6 15,8%	6 22,2%	2 5,4%	33 14,8%
Outros	71 58,68%	21 55,26%	14 51,85%	22 59,46%	128 57,40%
Total	121	38	27	37	223

Ao aprofundar-se a análise, recorrendo às razões apontadas pelos inquiridos daqueles efeitos do trabalho na saúde, assume particular relevância na sua explicação as transformações ocorridas nas últimas décadas nos contextos de trabalho e nas relações laborais, com evidência para as condições de trabalho³. Assim, se, em termos gerais, se verifica uma diminuição do número de horas

3 Seguimos de perto a proposta de Castillo e Prieto (1983) que definem "condições de trabalho tudo aquilo que envolve o trabalho do ponto de vista da sua incidência sobre as pessoas que trabalham" (Castillo e Prieto, 1983: 121). Esta conceptualização vai no sentido de se ultrapassar a definição restrita das condições de trabalho às suas dimensões constitutivas para se privilegiar uma perspectiva relacional.

de trabalho, o ritmo de trabalho tende a intensificar-se exigindo jornadas de trabalho mais longas. Com efeito, os constrangimentos resultantes dos processos de formalização, de compromisso de *standarts*, prazos e exigências dos clientes aumentaram pelo que os quotidianos de trabalho se apresentam, hoje, lugares de pressão e de *stress* contínuos.

Por sua vez, considerando a temática específica do *stress*, os resultados obtidos pela *Agência Europeia para a Segurança e a Saúde no Trabalho* (2002), apontam para o facto de este se apresentar como o segundo problema de saúde mais comum na UE a seguir às dores lombares, afectando, em 2000, 28% dos trabalhadores, ou seja, 41,2 milhões de pessoas, com particular incidência no sexo feminino. As causas apontadas para o desenvolvimento de situações de *stress* com o trabalho prendem-se com as condições em que este é exercido, o conteúdo do mesmo e a forma como a organização se encontra estruturada. Além disso, as exigências de conciliação da vida profissional com a família e as práticas de flexibilidade de trabalho podem também desencadear situações de *stress*. Os factores explicativos mais apontados são, entre outros, os seguintes: *i*) falta de controlo sobre a sequência e velocidade de execução das tarefas, dos métodos de trabalho, da determinação das pausas e do horário de trabalho; *ii*) monotonia relacionada com funções repetitivas e parcelares por parte de trabalhadores não especializados e operadores de máquinas; *iii*) prazos curtos na concretização das actividades; *iv*) realização de tarefas a altas velocidades; *v*) exposição à violência, assédio moral e outras formas de assédio particularmente evidenciados pelos trabalhadores na linha da frente do serviço público do sector do serviço de saúde e dos transportes; *vi*) condições de trabalho em ambientes de risco físico, tais como os ruídos, os riscos biológicos, radioactivos e químicos.

1.2.- Principais consequências do absentismo

É indiscutível que se tem vindo a assistir, nos últimos quinze anos, em Portugal, assim como na maioria dos países da União Europeia, a mudanças significativas em matéria de legislação específica e de criação de organismos vocacionados para as questões de segurança e saúde no trabalho⁴, a fim de atingir os objectivos da Estratégia de Lisboa de mais e melhor emprego para todos. Assim, o impacto do absentismo laboral por motivos de saúde não deixa de se revelar como uma das dimensões centrais na análise da gestão das incertezas por parte da família no quadro da relação entre o trabalho e a saúde.

Atendendo aos nossos resultados, faltar ao trabalho por razões de doença pessoal ou do familiar apresenta-se como uma situação relativamente pouco frequente, mesmo assim com percentagens superiores a 16% (cf. Quadros 12 e

4 É de referir, a este propósito, os relatórios desenvolvidos pelo Ministério da Saúde (2002; 2004).

13). Se consideramos a distribuição dos inquiridos que responderam afirmativamente por Concelho, verificamos que são nos concelhos de Évora e Braga que se registam percentagens relativas mais significativas, tanto do próprio, como do cônjuge.

Quadro 12. Faltas ao trabalho por motivos de saúde do próprio

	Concelho				Total
	Braga	Caldas da Rainha	Évora	Vila Real	
Sim	94 26,8%	19 16,2%	36 29,5%	13 13,7%	162 23,6%
Não	257 73,2%	98 83,8%	86 70,5%	82 86,3%	523 76,4%
Total	351	117	122	95	685

Quadro 13. Faltas ao trabalho por motivos de saúde do cônjuge

	Concelho				Total
	Braga	Caldas da Rainha	Évora	Vila Real	
Sim	59 21,7%	21 20,8%	17 27,0%	11 16,4%	108 21,5%
Não	213 78,3%	80 79,2%	46 73,0%	56 83,6%	395 78,5%
Total	272	101	63	67	503

Em relação ao número de faltas ao trabalho por motivos de saúde, nos últimos 12 meses, é de relevar que a maioria dos inquiridos declararam não ser habitual faltar ao trabalho. A distribuição das faltas ao trabalho pelos inquiridos quando é o próprio a responder é relativamente superior face à do cônjuge, o que, atendendo ao facto de a maioria da nossa amostra ser composta por sexo feminino (70,1%), permite perceber que está aqui em causa sobretudo a falta ao trabalho por parte das mulheres, mães e esposas.

Assim, daquela distribuição do número de faltas, é em Braga que se regista a percentagem relativa mais elevada de apenas uma falta ao trabalho quando comparada com os outros concelhos em análise. Por sua vez, entre aqueles que afirmaram faltar, a maioria já faltou 4 ou mais vezes ao trabalho, por razões de doença pessoal ou para cuidar dum familiar doente (cf. Quadros 14). Porém,

analisando por concelho, Caldas da Rainha apresenta uma percentagem relativa superior de um dia de falta ao trabalho, sendo seguido pelos concelhos de Braga e Évora com 2 dias de falta ao trabalho, Évora, com 3 dias de faltas e, por fim, com 4 ou mais dias ao trabalho, novamente Caldas da Rainha.

Quadro 14. Nº de dias de faltas ao trabalho por motivos de doença do próprio

	Concelho				Total
	Braga	Caldas da Rainha	Évora	Vila Real	
1 dia trabalho	11 13,3%	5 27,8%	6 19,4%	2 16,7%	24 16,7%
2 dias trabalho	21 25,3%	2 11,1%	6 19,4%	3 25,0%	32 22,2%
3 dias trabalho	10 12,0%	1 5,6%	6 19,4%	2 16,7%	19 13,2%
4 ou mais dias de trabalho	41 49,40%	10 55,56%	13 41,94%	5 41,67%	69 47,92%
Total	83	18	31	12	144

Ao se atender a outros motivos, é-nos possível estruturar um comportamento de absentismo laboral centrado nas questões de doença do próprio, a par de apoio dado a um elemento da família, em geral aos filhos ou ao cônjuge, reproduzindo, em larga medida, os padrões dominantes dos papéis masculinos e femininos. Assim, as faltas ao trabalho para cuidar de um familiar do próprio assumem uma percentagem relativa superior junto dos inquiridos residentes no concelho de Braga (cf. Quadro 15).

Quadro 15. Faltas ao trabalho para cuidar dum familiar do próprio

	Concelhos				Total
	Braga	Caldas da Rainha	Évora	Vila Real	
Sim	68 19,4%	21 17,9%	29 23,8%	11 11,6%	129 18,8%
Não	283 80,6%	96 82,1%	93 76,2%	84 88,4%	556 81,2%
Total	351	117	122	95	685

Tal como se verificou atrás, também se assiste a uma certa variação pelos concelhos em análise tendo em conta as faltas ao trabalho. Quando se trata de faltar ao trabalho para cuidar de um familiar do cônjuge, a tendência é para se registar, mais uma vez, uma maior incidência junto dos inquiridos do concelho de Braga, quando comparados com os outros inquiridos (cf. Quadro 16).

Quadro 16. Falta ao trabalho para cuidar dum familiar do cônjuge

	Localidade				Total
	Braga	Caldas da Rainha	Évora	Vila Real	
Sim	43 15,9%	6 5,9%	8 12,9%	3 4,5%	60 12,0%
Não	228 84,1%	96 94,1%	54 87,1%	64 95,5%	442 88,0%
Total	271	102	62	67	502

No âmbito do presente estudo, embora sejam pouco frequentes os inquiridos declararem faltar ao trabalho por razões de doença do familiar, verifica-se que uma certa franja de inquiridos apresenta uma tendência para procurar soluções no interior das suas redes de solidariedade primárias, onde se assiste ainda a um sentimento de obrigação generalizado para com os membros das redes familiares e de parentesco.

Apesar de só cerca de 9% dos inquiridos afirmarem coabitar com familiares doentes ou com incapacidade física, na verdade, os problemas surgem quando o grau de dependência de um dos elementos da família aumenta e são necessários cuidados mais específicos, exigindo uma mobilização dos recursos familiares (cf. Quadro 17).

Quadro 17. Reside alguém doente ou fisicamente incapacitado

	Concelho				Total
	Braga	Caldas da Rainha	Évora	Vila Real	
Sim	23 4,9%	7 4,5%	36 24,2%	17 11,6%	83 9,0%
Não	445 95,1%	148 95,5%	113 75,8%	129 88,4%	835 91,0%
Total	468	155	149	146	918

Segundo Pimentel (2005:73) “a noção do dever de solidariedade e de entajuda varia em função do grau de parentesco e, em especial, da proximidade afectiva que se tem em relação a estes parentes”. No entanto, as alterações ocorridas na sociedade, e já referidas anteriormente, modificaram a capacidade de ajuda da família em relação ao cuidado da pessoa com dependência, sobretudo pela entrada da mulher no mercado de trabalho, pelo menor número de filhos e pelas reduzidas dimensões das habitações mais recentes, entre outros factores.

Mesmo com as mudanças estruturais ocorridas nos últimos anos, com a mulher cada vez mais envolvida na vida pública, é ela que continua a ser o garante do apoio familiar, ao mesmo tempo que desenvolve uma actividade profissional (Fernandes, 2001). Como conciliar esta multiplicidade de papéis? O facto de a mulher estar cada vez mais inserida no mundo do trabalho não significa que se tenha afastado do seu papel tradicional na família, como já referimos. Pelo contrário, ela acumula os dois papéis, o doméstico e o profissional, resultando numa sobrecarga física, psicológica e intelectual que, por vezes, se traduz num elevado absentismo no trabalho, devido a dificuldades e doenças familiares (Relvas, 2002; Marques, Silva e Veiga, 2006). Embora, a franja daquelas que faltam ao trabalho em Braga, Caldas da Rainha, Évora e Vila Real seja pouco frequente, não é de admirar que 38,1% dos cônjuges dos inquiridos afirmam que, dito no sentido lato, o trabalho doméstico e profissional é gerador de efeitos de *stress*.

Lúisa Pimentel refere que “a mulher assume um papel preponderante neste processo e o seu protagonismo ao nível da transformação da instituição familiar cria descontinuidades na prestação de cuidados. A mulher continua a ser a principal prestadora de cuidados, mesmo quando isso constitui uma sobrecarga e que põe em causa a sua estabilidade pessoal e profissional.” Pimentel, (2005), 76; Brown e Stetz (cf. Brito, 2001) referem que a prestação de cuidados exige um esforço contínuo a nível cognitivo, emocional e físico que, muitas vezes, não é reconhecido e tão pouco recompensado. Nesta linha de argumentação, são vários os estudos que sugerem que os prestadores de cuidados a familiares, durante períodos longos, como nos casos de familiares que cuidam de idosos dependentes, sofrem frequentemente de alterações na vida familiar e social, problemas económicos e laborais, cansaço e desgaste a nível físico e psíquico.

Nos concelhos que integram a nossa amostra, nomeadamente Braga, Caldas da Rainha, Évora e Vila Real, o envolvimento do próprio inquirido na divisão do trabalho doméstico é notória. Os dados recolhidos revelam que tais situações não são exclusivamente femininas e incidem essencialmente na participação não só em algumas tarefas domésticas, mas também nas decisões de ida ao médico, no acompanhamento à consulta ou, ainda, na administração

do medicamento quando algum familiar se encontra doente. Cuidar de um familiar doente, ficando em casa, ou em matéria de educação e dispensa de tempo de carinho para os filhos parece ser mais, no quadro da divisão sexual do trabalho, uma matéria reservada às mulheres/cônjuges.

Embora, não tenha sido possível recolher mais informações que permita aprofundar a problemática que envolve a saúde física e mental dos indivíduos, com base na análise da observação no terreno e nas entrevistas de profundidade realizadas (cf. capítulo seguinte), é possível inferir que tais situações perturbam os membros da família, afectando essencialmente a saúde física e mental de quem cuida. Também as questões económicas são de extrema importância, pela carga financeira que representa cuidar de pessoas que necessitam de cuidados especiais, medicamentos, ajudas técnicas, entre outros.

2. Saúde, Doença e Família: Da Concepção à Intervenção. Estudo de Caso

A saúde e a doença têm significados diferentes relacionados com o que é para cada um estar doente ou ter saúde, pelo que são determinadas por um conjunto de factores que actuam sobre o indivíduo, factores esses que vão desde os aspectos sociais, psicológicos, biológicos, bem como, o meio-ambiente, estilos de vida e serviços de saúde. Para compreender os diferentes significados de saúde e doença e o papel da família em termos de prevenção e de cuidados de saúde, com base nos objectivos do estudo e no guião da entrevista extraímos as dimensões de análise (Experiências de Saúde e Doença; Enquadramento dos Serviços de Saúde), incidindo em particular sobre as seguintes categorias: Auto-gestão da Saúde e Doença; Saberes de Saúde e Doença.

2.1. Auto-gestão da Saúde e Doença

Numa primeira aproximação, a maioria dos inquiridos autoavaliam o seu estado de saúde e dos seus familiares como boa ou aceitável. Raras são as situações de avaliação que se situam em "más" ou "péssimas", exceptuando uma certa franja dos seus cônjuges que a autoavaliam como tal. A doença é concebida pela presença de sintomas físicos como, por exemplo, a febre e pela existência de doenças, o que pode levar a ter de ficar em casa por incapacidade física e funcional. As expressões seguintes são elucidativas da auto-percepção do estado de saúde:

- "(...) é estar muito obeso e com pouca mobilidade." (Entrevistado 1)
- "É sentir algum desequilíbrio a nível físico (...)." (Entrevistado 4)
- "É ficar na cama, é ter febre!" (Entrevistado 5)
- "Quando estou doente (...) doente de cama não é?" (Entrevistado 7)

A representação da doença pela existência de sintomas e ausência de aptidão física está relacionada com o sofrimento e limitação funcional que a doença geralmente provoca, conduzindo a uma incapacidade para trabalhar. Alguns entrevistados traduzem a doença por um estado negativo global, um mal-estar que conduz a um desvio do normal.

A representação social da saúde está relacionada com a capacidade para a prática de actividades, como andar e trabalhar, ou seja, ser independente. Assim sendo, a prática de actividades é uma condição para ser saudável e pelo contrário, quando concebida num sentido negativo, conduz à perda de capacidades e dependência de outros.

Existem vários estudos que enfatizam e reconhecem a necessidade de estar activo, porque o Homem é um sistema aberto mantendo-se e transformando-se através da sua acção. A inactividade e a perda de autonomia física ou mental conduz à dependência de outros, tanto na doença como no envelhecimento. Este sentimento de incapacidade está relacionado com a dificuldade de desenvolver, sem esforço e por si próprio, as actividades do dia-a-dia, que dificilmente conseguem adaptar-se a novas tarefas e desenvolver novos interesses ou novas capacidades.

- "Sentir uma incapacidade e incapacitada para fazer qualquer coisa, ficar acamada. Deixar de fazer o habitual!" (Entrevistado 3)

O conhecimento das práticas de saúde a que os indivíduos recorrem, bem como as estratégias que desenvolvem para gerir a sua própria saúde, permitem compreender o processo de auto-gestão da saúde e da doença. Os diferentes recursos culturais e sociais contribuem para a adaptação de diferentes estratégias de manutenção da saúde. O modo como é feita a gestão da sua própria saúde é influenciado por determinantes sociais e culturais que implica o conhecimento dos saberes e representações sociais da doença e da saúde. Por outras palavras, conhecer o que significa para cada indivíduo estar saudável ou doente, o que conhece sobre a(s) doença(s), como age perante a doença e as práticas a que recorre.

As estratégias de auto-gestão da saúde têm origem nos hábitos e modos de vida próprios, pelo que a mudança de atitudes e comportamentos, só é possível através da adopção de estilos de vida saudáveis. As atitudes dos indivíduos têm origem em tudo o que foi considerado bom ou mau para garantir o desenvolvimento do corpo, daí os cuidados com a alimentação e a prática de exercício físico serem comportamentos para o bem-estar físico e mental da maioria dos indivíduos:

- "Devo ter uma alimentação cuidada, praticar algum desporto" (Entrevistado 2)
- "(...) eu procuro fazer uma alimentação saudável e equilibrada (...) e tento também fazer algum exercício físico (...)". (Entrevistado 4)
- "(...) tenho cuidado com a alimentação, depois, faço algum exercício físico (...)". (Entrevistado 6)
- "Ando e faço isso para tentar ter uma vida saudável." (Entrevistado 7)
- "Convém fazer exercícios e tentarem ter uma boa alimentação." (Entrevistado 8)
- "(...) ter uma boa alimentação." (Entrevistado 9)

A alimentação constitui um factor de grande importância na manutenção da saúde. Todos sabemos que a ausência de uma boa alimentação conduz à debilidade e até mesmo, à doença ou agravamento desta. De um modo geral, o que uma boa alimentação representa na expectativa do prolongamento da vida humana, é um assunto actual e significativo, pelo que uma alimentação "racional", ou seja, variada e equilibrada, constitui um factor para aumentar a esperança de vida.

Na análise factorial efectuada aos resultados dos questionários recolhidos foi possível identificar quatro factores que explicam esta realidade em Braga, Caldas da Rainha, Évora e Vila Real, com um total de 64,2% da variância explicada. O primeiro factor é representado pelas variáveis que traduzem as práticas alimentares saudáveis (evitar consumos). O segundo incorpora um conjunto de variáveis orientadoras das actividades de lazer nos tempos livres. O terceiro factor traduz uma orientação para práticas contra os elementos nocivos à saúde, entre os quais o tabagismo, valorizando a necessidade de alimentação equilibrada e o número regular de horas de sono. O quarto e último factor revela uma valorização das boas práticas de cidadania e de saúde, quer ao nível do espaço público quer no espaço privado inter-familiar (cf. Quadro 18).

Quadro 18. Matriz factorial dos hábitos de vida saudável dos inquiridos

	Factores			
	1	2	3	4
Evitar o consumo de bebidas alcoólicas	,798			
Evitar o consumo de sumos refrigerantes	,765			
Evitar o consumo de gorduras e condimentos	,764			
Evitar os alimentos açucarados	,735			
Ir pelo menos uma vez por ano ao médico	,442			
Ir de férias		,747		
Praticar actividades de lazer ao ar livre		,675		
Descontrair-se		,652		
Manter as amizades		,637		
Praticar actividade física		,614		
Pôr de creme de protecção quando vai à praia		,409		
Evitar o fumo do tabaco			,726	
Ter uma alimentação equilibrada			,654	
Respirar ar puro e evitar a poluição			,649	
Evitar o consumo de tabaco			,626	
Ter um número regular de horas de sono			,583	
Cumprir os limites de velocidade				,719
Usar o cinto de segurança				,713
Manter boas relações de vizinhança				,675
Vacinar as crianças contra as doenças de contágio infantil				,591
Manter um bom ambiente familiar				,587
Confeccionar as refeições em casa				,582

Nota: Total de 1067 casos. Método das Componentes Principais, com rotação varimax e normalização kaiser (Kaiser-Meyer-Olkin: 0,935; Bartlett's Test: Chi-Square: 13205,241; df: 231; Sig.: 0,000).

De facto, os hábitos individuais, como por exemplo, dormir 8 horas, têm influência significativa no estado de saúde das populações. Deste modo, alguns indivíduos procuram cumprir estilos de vida saudáveis, não fumando, não consumindo bebidas alcoólicas e não consumindo drogas, como pudemos constatar nos seguintes discursos:

- "Dormir um mínimo de 8 horas (...)". (Entrevistado 1)
- "Pronto, em termos de vida saudável, não consumir drogas, não consumir álcool, não fumar". (Entrevistado 6)

Apesar dos comportamentos saudáveis, as medidas preventivas, como os rastreios, as consultas e exames periódicos, são percebidos como situações que proporcionam uma melhor qualidade de vida e conseqüentemente um aumento da esperança de vida. Embora as idas às consultas não sejam muito regulares e tendam a acontecer só quando se está doente, alguns dos entrevistados dos casos aprofundados argumentam o seguinte:

- “ (...) vou ao médico de tanto em tanto tempo, depois faço as rotinas que ele manda, as análises. Depois, de acordo com isso tomo mais alguma coisa ou mesmo, deixo de tomar.” (Entrevistado 7)
- “ (...) tento fazer revisões periódicas.” (Entrevistado 8)

Os estilos de vida dos indivíduos e as decisões que tomam relativamente à sua saúde, estão parcialmente sob o seu controle e interesse, pelo que alguns indivíduos procuram manter-se informados acerca das evoluções e actualizações na área da saúde. Enquanto membros activos das famílias e comunidades em que se encontram inseridos, os indivíduos não vivem isoladamente, também porque vivem e desenvolvem-se num ambiente constituído por elementos humanos, físicos, políticos, económicos, culturais e organizacionais que condicionam e influenciam o estilo de vida dos indivíduos. Apesar dos hábitos individuais, por oposição, aos factores sócio-económicos e aos cuidados de saúde, reflectem a crescente responsabilidade individual pelo estado de saúde da população. Na verdade nos casos estudados apenas uma reduzida percentagem dos inquiridos recorrem aos conselhos de outras pessoas quando está doente.

De relevar ainda que, apesar dos cuidados médicos “regulares”, uma parte significativa dos entrevistados quando está doente, recorre a fármacos, quer por iniciativa própria ou conselho de outros, quer por indicação médica:

- “ (...) pode tomar qualquer medicamento anti-gripe e em principio resolve a situação”. (Entrevistado 2)
- “Quando se pode ir à farmácia comprar aquele medicamentosinho que se pode comprar sem receita médica, eu vou.” (Entrevistado 4)
- “Por vezes, já se sabe de alguns medicamentos que não é preciso receita médica e que resolve o problema para coisas simples.” (Entrevistado 8)
- “ (...) no caso de uma gripe, vai à farmácia e compra um “cê-gripe” ou “ilvico” e tento solucionar a questão.” (Entrevistado 9)

No âmbito dos quatro casos estudados, os fármacos mais utilizados pelos inquiridos nas situações de doença com a prescrição médica, são os analgésicos, anti-piréticos e os anti-inflamatórios. Porém, para problemas simples, a auto-medicação sem prescrição parece ser uma prática frequente antes de

recorrer ao médico, que se traduz na toma de analgésicos, anti-inflamatórios e antipiréticos, mas em alguns casos, os indivíduos não cumprem as prescrições médicas e apesar de adquirir os fármacos na farmácia com prescrição médica, gerem a toma destes. Além disto, os indivíduos recorrem a mezinhas, chás e remédios caseiros. De facto, no âmbito da saúde, existem vários saberes e crenças que mobilizam os indivíduos na procura social de cuidados de saúde. Além dos tratamentos farmacológicos da medicina convencional, alguns indivíduos recorrem a práticas paralelas nas medicinas alternativas e acupunctura.

- “Também, uma ou outra pessoa de família que entretanto vai, vai ensinando umas mezinhas que ajudam: limão com mel.” (Entrevistado 1)
- “Quando é menos grave, eu tento resolver. Sim, (com remédios caseiros), eu tento resolver.” (Entrevistado 4)
- “Mas se for pela entrada de uma gripe, não ia logo a correr dar um supositório, tentava controlar primeiro com banhos de imersão, pachos de água fria na cabeça.” (Entrevistado 6)
- “Ou com mezinhas em casa, chás ou algumas coisas que sejam possíveis.” (Entrevistado 9)
- “O que experimentei foi a acupunctura. Melhorei imensamente.” (Entrevistado 1)

Quadro 19. Procura de cuidados pelo inquirido quando está doente, segundo Localidade

	Localidade				
	Braga	Caldas da Rainha	Évora	Vila Real	Total
Recorre aos conselhos de outras pessoas	79 15,8%	29 16,0%	24 12,7%	44 26,5%	176
Recorre à farmácia caseira	245 49,0%	83 45,9%	66 34,9%	63 38,0%	457
Aconselha-se com o farmacêutico	253 50,6%	94 51,9%	52 27,5%	95 57,2%	494
Vai imediatamente ao médico	490 98,0%	181 100,0%	172 91,0%	165 99,4%	1008
Recorre às medicinas alternativas	35 7,0%	20 11,0%	21 11,1%	21 12,7%	97
Faz outras acções	16 3,2%	4 2,2%	2 1,1%	1 ,6%	23
Total	500	181	189	166	1036

Nota: percentagens de respostas múltiplas.

Apesar de a auto-medicação, alguns indivíduos preocupam-se pelo cumprimento do plano de vacinação, nomeadamente dos seus filhos, e outros pelo uso excessivo e/ou abusivo de fármacos.

- “ (...) com algum cuidado para não abusar dos medicamentos.” (Entrevistado 6)
- “Tenho os cuidados relativamente às vacinas.” (Entrevistado 6)
- “Por exemplo, no caso dos idosos temos as vacinas contra a gripe.” (Entrevistado 9)

Face à doença e aos sentimentos provocados por esta, os indivíduos tendem a culpabilizar-se, atribuindo essa responsabilidade a si próprios. Neste sentido, quando questionados de quem depende uma boa saúde, grande parte considera que depende do próprio e do meio em que está envolvido, bem como, dos seus estilos de vida.

- “Essencialmente de mim própria.” (Entrevistado 1)
- “Da própria pessoa.” (Entrevistado 3)
- “De nós próprios, e às vezes também do que nos envolve (...)” (Entrevistado 4)
- “De mim próprio (...)” (Entrevistado 7)
- “Depende do próprio e da assistência que tiver quando tiver problemas de saúde.” (Entrevistado 8)
- “Da família, dos hábitos se são inculcados nas próprias pessoas desde crianças.” (Entrevistado 9)

Os estilos de vida saudáveis que o indivíduo tem ao longo do seu desenvolvimento, contribuem para uma expectativa de vida autónoma. Neste sentido, os comportamentos e hábitos de saúde asseguram a manutenção da saúde, influenciando o aparecimento ou agravamento de determinadas doenças. No entanto, alguns atribuem essa responsabilidade a alguns familiares como a mãe. Uma parte significativa considera que há doenças que não dependem de ninguém, que são transmitidas por factores genéticos e hereditários.

- “Temos doenças hereditárias (...) aparecem porque aparecem e que não conseguimos de forma alguma controlar.” (Entrevistado 5)
- “Há vários factores: os genéticos, hereditários, estão completamente fora do nosso controle.” (Entrevistado 6)
- “A idade faz com que vão aparecendo coisas.” (Entrevistado 7)
- “ (...) os factores de risco e as atitudes das próprias pessoas.” (Entrevistado 9)

Para outros, a doença depende do médico, ou seja, do diagnóstico que este faz e do tratamento imposto. Ainda há alguns que atribuem a doença ao estado psicológico, porque quando não estão bem psicologicamente, estão mais propensos à doença física.

Considerando a família como unidade básica da organização social, constituída por indivíduos em constante interacção entre si e o ambiente, incluindo outras pessoas fundamentais para a modelagem de práticas de saúde, esta tem um papel preponderante no apoio a qualquer um dos seus elementos. A situação de doença desencadeia alterações no estilo de vida, consoante o papel que o indivíduo doente depende desempenha dentro do grupo da família. Para a maioria dos entrevistados, os familiares ficam preocupados, procurando apoiar e acompanhar o processo de doença com vista a reabilitação do indivíduo doente.

- “Muita preocupação logo. (...) a família é o apoio, é o guia.” (Entrevistado 1)
- “Muitas vezes, a atenção que damos aos nossos filhos ou que se recebe dos nossos pais é determinante e os conhecimentos que se tem da saúde e da doença.” (Entrevistado 2)
- “(...) a preocupação da mãe (...) é a mãe é que está sempre. Põe o casaco (...)”. (Entrev. 3)
- “ (...) ajudam-me, dão-me os curativos essenciais e ajudam-me nisso.” (Entrevistado 7)
- “Normalmente há uma união muito grande que se houver um problema e normalmente em conjunto.” (Entrevistado 8)
- “Preocupação em resolver a questão.” (Entrevistado 9)

A família tem uma organização funcional para desempenho de funções e prestação de cuidados, o que vai depender da gravidade da doença e consequências desta, bem como, da idade do indivíduo doente. Muitas vezes, é a família que assume os cuidados de um membro doente ou que perdeu a autonomia. Nestas situações, pode haver necessidade de reorganização dos papéis familiares, de modo a enquadrar as actividades familiares e sociais dos seus elementos. Em síntese, a organização funcional para o desempenho das funções da família deve ser analisada de acordo com o contexto social e a especificidade das interacções entre os componentes do sistema familiar.

2.2. Saberes de Saúde e Doença

Os saberes e os conhecimentos da saúde e doença derivam de várias fontes, sendo os familiares os mais mencionados pelos entrevistados e inquiridos. De facto, é na família que se aprende a maior parte dos métodos e técnicas tradi-

cionais para gerir a doença, saberes estes que são transmitidos de geração em geração.

Os familiares directos e mais próximos são os principais transmissores destes conhecimentos, embora para alguns, existam familiares afastados que também são produtores deste conhecimento.

- "Os meus conceitos vêm muito do que me foi transmitido pela família, dos hábitos que fui adquirindo, os bons e os maus!" (Entrevistado 1)
- "Através da educação que recebi dos meus pais (...)." (Entrevistado 2)
- "Dizem-me os meus familiares e os meus pais principalmente (...)." (Entrevistado 9)

No entanto, o senso comum e a experiência própria têm um impacto significativo na origem dos saberes, o que tende a aumentar a responsabilidade individual crescente da população pelo seu estado de saúde, reflectindo-se nas práticas de saúde. As experiências prévias de cada indivíduo em relação à doença, quer as ocorridas com familiares e amigos, quer com o próprio, vão determinar as atitudes que cada um toma quando confrontado com a situação de doença, assim como a procura de cuidados de saúde.

- "(...) e da vida pessoal que tenho e que controlo ao longo da vida." (Entrevistado 2)
- "Às vezes as nossas experiências de vida também nos ensinam a tomar certas atitudes e ajudam a resolver certos problemas." (Entrevistado 4)
- "É um bocadinho do senso comum." (Entrevistado 5)

De facto, face à doença, o indivíduo é exposto a diferentes significações dos familiares, amigos e também dos profissionais de saúde. Os médicos e enfermeiros são detentores do conhecimento científico, que podendo ser familiares e amigos ou não dos entrevistados, são em grande parte, considerados a origem dos conhecimentos.

- "O meu pai era médico. Tenho um irmão que é médico, tenho uma irmã que é enfermeira. O meu saber se calhar vem um bocado daí." (Entrevistado 6)
- "(...) pergunto ao vizinho que é meu cunhado e é médico ou então à minha cunhada que é enfermeira e a outras pessoas que conheço." (Entrevistado 7)
- "Mais ou menos é alguma informação que se tem e da experiência da vida e dos contactos que temos com os amigos, com os familiares e com os médicos, com quem por vezes dialogamos." (Entrevistado 8)

Além do referido anteriormente, por interesse ou curiosidade, uma parte significativa adquire os seus saberes de saúde em livros e revistas especializadas ou através dos meios de comunicação social, como a televisão e a internet.

- "Também tento ter alguma informação sobre algumas variações de doença. (...) na Internet, às vezes quando tenho um sintoma mais desconhecido procuro ver." (Entrevistado 2)
- "De outras pessoas e de ler livros e de ouvir outras pessoas que são mais especialistas, através da televisão, através de leituras." (Entrevistado 4)

A estrutura familiar e as redes de apoio sócio-familiar vão influenciar os saberes de saúde e doença e consequentemente, a procura de cuidados, bem como a estrutura e funcionamento dos serviços de saúde. Assim sendo, a escola também é uma fonte de informação sobre os cuidados de saúde.

- "As coisas que são básicas são transmitidas essencialmente na escola (...)." (Entrevistado 5)
- "(...) de alguma informação que receba pontualmente, e da escola." (Entrevistado 9)

Partindo do princípio que todo o indivíduo, família e comunidade tem uma vontade de mudar o potencial, a capacidade de desenvolver a sua saúde e o seu bem-estar ao máximo, bem como adaptar-se às novas condutas e comportamentos, a comunidade não fica alheia a este processo, sobretudo no que diz respeito aos princípios de promoção da saúde, o seu direito e dever de co-responsabilização. Na verdade, para a maioria dos entrevistados, a família constitui o primeiro e principal grupo de suporte emocional, sendo um agente estabilizador da saúde e bem-estar, pelo que quando alguém na família está doente, é com os familiares que conversam e pedem ajuda.

As relações familiares e de vizinhança são reveladoras de apoio e muitas vezes, promotoras da manutenção da saúde, o que também é considerado por alguns entrevistados que procuram ajuda junto dos amigos e vizinhos. Contudo, embora os cuidados sejam assegurados pelo sistema informal, grande parte dos cuidados provém do sistema formal e neste sentido, uma parte significativa dos entrevistados, costuma conversar com profissionais de saúde (médicos e enfermeiros).

A procura dos cuidados de saúde é influenciada por determinantes sociais e culturais que implica o conhecimento das práticas de saúde da população, bem como dos saberes e representações sociais sobre a doença, a saúde e os recursos da comunidade, ou seja, conhecer o que significa para o indivíduo estar saudável ou doente, o que conhece sobre a(s) doença(s), como é que age perante a doença e a que práticas recorre.

De facto, para grande parte dos indivíduos, a procura de cuidados, como vimos anteriormente, primeiro é feita na família e só depois, se não conseguem resolver é que recorrem ao médico.

- “Logo de caras, com a minha mãe, até porque a minha mãe é uma pessoa que tem alguma experiência. (...) Logo em primeiro lugar com ela, depois com os médicos.” (Entrevistado 1)
- “Quando não consigo, vou ao médico.” (Entrevistado 2)
- “ (...) se é uma coisa mais complicada vou lá à consulta.” (Entrevistado 7)

O recurso ao médico é feito no Centro de Saúde, ao médico de família e só se este não for eficaz ou se a situação for grave, é que recorrem ao Hospital.

- “Geralmente vou aos médicos (...)” (Entrevistado 4)
- “Quando tenho qualquer sintoma que vejo que não está, não está bem, recorro então ao médico.” (Entrevistado 8)
- “ (...) se vimos que os sintomas persistem ou se virmos que é uma situação realmente crítica, vamos ao serviço de urgência.” (Entrevistado 9)

No entanto, alguns indivíduos recorrem logo ao Hospital e até mesmo ao médico particular.

- “Geralmente vou ao médico, no hospital.” (Entrevistado 5)
- “ (...) quando tenho qualquer problema, recorro sempre a serviços privados (...)”. (Entrevistado 8)

Na realidade, perante a doença, os indivíduos de acordo com o meio em que estão inseridos e a partir dos saberes de saúde e doença que dispõem e do grau de ansiedade que a doença lhes desencadeia, recorrem a vários campos do saber e não exclusivamente à ciência médica.

Os representantes do sistema informal, familiares ou não, são elementos representativos para os doentes e que proporcionam a maior parte dos cuidados, bem como a ajuda e apoio na realização voluntária das visitas domiciliárias, ou seja, sem receber remuneração económica, sendo intitulados de cuidadores informais. Quando questionados acerca do enquadramento social e familiar em termos de acesso aos cuidados de saúde, a totalidade dos entrevistados considera importante o apoio da família e uma parte significativa refere que o apoio e envolvimento familiar permite melhorar o estado psicológico. Cerca de metade dos entrevistados não se sente isolado em relação à família, vizinhos e amigos.

- “Uma pessoa quando tem o apoio de alguém e tem algum carinho é meio caminho andado para uma boa recuperação.” (Entrevistado 3)
- “ (...) os médicos ajudam na medicação, mas se não houver em casa uma compreensão, um apoio, isso pode descambar.” (Entrevistado 4)
- “Às vezes, basta uma troca de impressões, uns com os outros, resolve-se as situações (...)”. (Entrevistado 8)
- “O apoio familiar é fundamental para as questões psicológicas e até para as físicas.” (Entrevistado 9)

A existência das redes informais de apoio, com carácter doméstico ou popular, permitem resolver alguns problemas de saúde, sem a intervenção de outro tipo de instituição. Estas redes informais baseiam-se essencialmente na família mais próxima, mas envolve também, outros vínculos de parentesco e relações de inter-conhecimento com base nos laços de amizade e vizinhança. Na generalidade das situações de doença, é a família que assume os cuidados de um membro doente ou que perdeu a autonomia. Quando um doente tiver de escolher algum membro da família para lhe prestar cuidados, a sua escolha recai sobre o elemento que para ele é mais significativo no desenvolvimento do seu projecto de vida. Alguns entrevistados referem que o apoio dos familiares é importante para os familiares dependentes, por exemplo, os filhos. Uma parte significativa dos entrevistados refere que se sente isolado em relação à família e que o apoio familiar melhora o estado físico.

Em síntese, a rede de relações não se confina aos elementos da mesma família, estende-se a vários elementos da comunidade, ainda que, com uma vinculação afectiva distinta. Para um sistema de saúde mais eficiente, mais justo, mais flexível e socialmente mais útil, é imperioso o desenvolvimento de estratégias de intervenção que valorize a acção dos cuidadores informais.

Conclusão

Os principais resultados do estudo na componente dos “Cuidados da Família, Trabalho e Saúde” do projecto – POCI/SOC/59282/2004 – *O contributo (in) visível. A gestão familiar dos cuidados de saúde* – sugerem que as orientações de saúde e de doença dos inquiridos são moldadas por um *puzzle* de questões nem sempre fáceis de descodificar numa primeira aproximação. Na verdade, a Saúde é apresentada como um estado hipervalorizado, sendo afectada por um conjunto de factores, entre os quais as condições materiais de existência e as de origem laboral. Constata-se ainda que nos quatro casos estudados, ou seja, nos espaços sócio-geográficos de Braga, Caldas da Rainha, Évora e Vila Real os inquiridos não têm o hábito de faltarem ao trabalho para prestarem cuidados aos seus familiares. Embora a problemática da conciliação da vida profissio-

nal e familiar não se apresente como factor constrangedor às necessidades de prestação de cuidados de saúde, quando existem familiares doentes ou incapacidades físicas, não é menos verdade, que, no plano da divisão do trabalho doméstico ainda radica na mulher o protagonismo do acompanhamento dos familiares e de outras tarefas.

De notar ainda que se é verdade que a procura dos cuidados de saúde é influenciada por determinantes sociais e culturais, não é menos verdade que os dados recolhidos junto dos inquiridos sugerem que os saberes e as representações sociais sobre a doença, a saúde e os recursos da comunidade são moldados pela percepção objectiva dos recursos disponíveis. Na verdade, os resultados do estudo sugerem ainda que os inquiridos e entrevistados nos estudos de casos aprofundados valorizam as práticas da medicina convencional, designadamente as disponibilizadas pela via dos hospitais ou dos centros de saúde. Porém, o recurso a acções não médicas precede muitas vezes, a consulta médica, embora nem sempre afirmada de forma categórica pelos inquiridos.

De relevar que, em situação de doença, nos casos estudados é frequente a integração das práticas tradicionais nas práticas médicas, como por exemplo, a auto-medicação e o conselho fornecido por vizinhos ou familiares, é uma prática frequente. Esta situação parece subscrever a tese de Berta Nunes Segundo Nunes (1995: 245), os vizinhos e outros prestadores não formais são um "recurso de saúde e uma fonte de aconselhamento" importantes, sendo frequente emprestarem ou darem medicamentos como uma das formas de inter-ajuda e solidariedade.

Os resultados do estudo sugerem ainda que a avaliação funcional da família face à saúde e doença se apresenta de certo modo instrumental e assume uma lógica auto-gestionária interdependente à capacidade de resposta da família às actividades da vida diária, às crenças, papéis e demais alianças de conciliação da vida profissional e de divisão sexual do trabalho no espaço público e privado. Deste modo, a família deve ser cada vez mais considerada uma parcela informal no cuidar, o que vai de encontro aos objectivos de muitos profissionais de saúde da actualidade que pretendem integrar o doente no contexto familiar.

Em suma, os resultados do trabalho desenvolvido exigem ainda o aprofundamento do conhecimento sobre os saberes desenvolvidos pelas famílias na gestão da sua saúde e doença, assim como o desenvolvimento de instrumentos de avaliação familiar e a utilização de estratégias de intervenção de alguma forma distintos dos actuais instrumentos e estratégias de intervenção de melhoria da qualidade de vida e sobretudo da saúde do indivíduo e do seu núcleo familiar.

Bibliografia

- AGÊNCIA EUROPEIA PARA A SEGURANÇA E A SAÚDE NO TRABALHO (2002), *Contra o stresse no trabalho, trabalhe contra o stresse* (http://ew2002.osha.europa.eu/ew2002/press-pack/Stressbackground_pt.rtf [pesquisa em 24 de Março 2007]).
- BRIS, H. (1994), *Responsabilidades Familiares pelos Dependentes Idosos nos Países das Comunidades Europeias*, Lisboa, Fundação Europeia para a Melhoria das Condições de Vida e de Trabalho.
- CASTILLO, J.J., PRIETO, C. (1983), *Condiciones de trabajo. Un enfoque renovador de la Sociología del Trabajo*, Madrid, C.I.S.
- DERRIENNIC, F. TOURANCHET, A. VOLKOFF, S. (1996), *Age, travail, santé*, Paris, Les Editions INSERM.
- DUARTE, S. (2002), *Saberes de Saúde e de Doença: Porque vão as Pessoas ao Médico?*, Coimbra, Quarteto Editora (Coleção Educação e Saúde, nº 3).
- FERNANDES, A. (2001), "Velhice, Solidariedades Familiares e Política Social", *Sociologia Problemas e Práticas*, nº 36, pp. 39-52.
- FERREIRA, L. P. (2006), *Auto-gestão da saúde numa comunidade rural do concelho de torres vedras: um olhar da enfermagem*, Dissertação de Mestrado em Intervenção Sócio-organizacional na Saúde, Évora, Universidade de Évora (policopiado).
- FOUCARDE, B. (1992), "A evolução das situações de emprego particulares de 1945 a 1990", *Travail et Emploi*, n.º 52.
- GEMITO, M. L. (2004), *O Quotidiano Familiar do Idoso numa Freguesia Rural do Alentejo*, Dissertação de Mestrado em Sociologia, Évora, Universidade de Évora (policopiado).
- GIMENO, A. (2001), *Família - O desafio da diversidade*, Lisboa, Instituto Piaget.
- GOLLAC, M e VOLKOFF, S. (2000), *Les conditions de travail*, Paris, Editions la Découverte.
- GUERREIRO, M. D., PEREIRA, I. (2006), *Responsabilidade Social das Empresas, Igualdade e Conciliação Trabalho - Família, Experiência do Prémio Igualdade e Qualidade*, Estudos n.º5, Lisboa, Comissão para a Igualdade no Trabalho e no Emprego.
- IMAGINÁRIO, C. (2004), *O Idoso Dependente em Contexto Familiar*, Coimbra, Formasau.
- LACOMBLEZ, M. (2000), *Factores psicossociais associados aos riscos emergentes. Riscos emergentes da nova organização do trabalho*, Lisboa, EDICT.
- LEANDRO, M. E. (2001), "A saúde no prisma dos valores da modernidade", *Trabalhos de Antropologia e Etnologia*, Volume XLI (3-4), pp. 67-93.
- LEANDRO, M. E. (2001), *Sociologia da família nas sociedades contemporâneas*, Lisboa, Universidade Aberta.
- LUDERS, S., STORANI, M. S. (1999), "Demência: Impacto Para a família e a Sociedade", in Matheus Papaléo Netto, *Gerontologia - A Velhice e o Envelhecimento em Visão Globalizada*, S. Paulo, Editora Atheneu.
- MARQUES, A. P. (2009), "Intensificação dos ritmos de trabalho. Implicações na qualidade de vida profissional, familiar e individual", in M. E. Leandro, P. Nossa e V. Rodrigues (orgs), *Saúde e Sociedade. Os contributos (in)visíveis da família*, Viseu, Psicossoma, pp. 351-368.
- MARQUES, A. P. (2004), "Género na precariedade: tempos de trabalho em início de uma carreira", in E. Figueira e L. Rainha (coords.) *Qualificação e Género: O papel das competências-chave*, Programa POEFD/ IIEFP, pp. 123-138.

- MARQUES, A. P., SILVA, M. C. e VEIGA, C. V. (2006), *Assimetrias de género e classe. O caso das Empresas de Barcelos*, Barcelos, Kerigma.
- NUNES, B. (1997), *O Saber Médico do Povo*, Lisboa, Fim de Século (Col. "Margens").
- PIMENTEL, L. (2005), *O Lugar do Idoso na Família*, Coimbra, Quarteto.
- RELVAS, A. P.; ALARCÃO, M. (2002), *Novas Formas de Família*, Coimbra, Quarteto Editora.
- SOUSA, L.; FIGUEIREDO, D.; CERQUEIRA, M.(2004), *Envelhecer em Família - os cuidados familiares na velhice*, Porto, Âmbar.
- TORRES, A. C. (2001), *Sociologia do Casamento. A Família e a Questão Feminina*, Oeiras, Celta Editora.
- TORRES, A. C. (coord.) (2005), *Homens e Mulheres entre Família e Trabalho*, Lisboa, CITE.
- WALL, K. (org.), (2005), *Famílias em Portugal*, Lisboa, Instituto de Ciências Sociais.
- WALL, K. (2003), "Famílias no Censo 2001 - Estruturas domésticas em Portugal", *Sociologia, Problemas e Práticas*, n.º 43, p. 9-11.