

INSTITUTO SUPERIOR DE CIÊNCIAS DO TRABALHO E DA EMPRESA

DEPARTAMENTO DE SOCIOLOGIA

**AUTO-PERCEPÇÃO DA SAÚDE DAS MULHERES:
A INFLUÊNCIA DE FACTORES SOCIAIS E FAMILIARES**

Maria Amália Simões Ferreira Marques da Silva Nunes

Dissertação submetida como requisito parcial para obtenção do grau de

Mestre em Família e Sociedade

Orientadora

Professora Doutora Maria das Dores Guerreiro

Junho 2007

Índice

Agradecimentos	4
Resumo	5
Introdução	7
Parte I – Revisitando teorias	13
1. Corpo, saúde e doença	13
1.1. O corpo	13
1.2. Saúde e doença: representações sociais	14
1.3. Saúde e doença: concepções médicas	16
1.4. Determinantes psicossociais dos estados de saúde	17
2. Nascer e tornar-se mulher	20
2.1. Sexo e género	20
2.2. A assimetria simbólica: princípio fundamental da ideologia de género	22
3. Discursos em torno da família	25
3.1. Os primeiros trabalhos	25
3.2. Dos anos 20 aos anos 60: as propostas da sociologia americana	28
3.3. A família no discurso sociológico contemporâneo	31
3.4. Discurso(s) psicológico(s) sobre a família	32
4. Famílias contemporâneas: conjugalidade(s), parentalidade(s), redes sociais e tipologias familiares	39
4.1. Conjugalidade(s)	39
4.2. Parentalidade(s)	44
4.3. Redes sociais	47
4.4. Tipologias de interacção familiar	48
5. Entre a casa e o trabalho	51
5.1. Percursos profissionais no feminino	51
5.2. O tempo das mulheres	54
Parte II – A organização da pesquisa	57
6. Questões metodológicas	57
6.1. O objecto da pesquisa	57
6.2. As hipóteses	58
6.3. Conceitos e dimensões	60
6.4. População	64
6.5. Metodologia	66
Parte III – Os resultados da pesquisa	67
7. Saúde e doença; representações sociais, avaliações pessoais e médicas dos estados de saúde	67
7.1. O campo das representações de saúde – aspectos semânticos	67
7.2. A dimensão vivencial da saúde	69
7.3. As concepções de saúde	70
7.4. As representações de doença	74
7.5. Auto-percepções dos estados de saúde, concepções de saúde e avaliações médicas comparativas	77

8. Coesão familiar	82
8.1. Famílias e actividades de tempos livres	82
8.2. Juntos à mesa?	88
8.3. Partilha de recursos económicos	88
8.4. Amizades: Como se partilham?	89
8.5. Interesses comuns	91
8.6. Família e comunicação	92
8.7. Sistemas e subsistemas de eleição	103
8.8. A coesão nas famílias entrevistadas	104
8.9. Coesão familiar e estado de saúde das mulheres	108
9. As regras familiares	110
9.1. As regras da divisão do trabalho na família	110
9.2. Papel expressivo na família	119
9.3. Divisão sexual dos papéis na família	120
9.4. Horários na família	123
9.5. Adolescentes: Como se estabelecem as regras	124
9.6. O poder de decidir	125
9.7. Divisão sexual dos papéis e saúde da mulher	126
10. Afectos e sexualidade	129
11. Sociabilidades e orientações	142
11.1. Redes sociais	142
11.2. Orientações	147
11.3. Abertura familiar	151
11.4. Auto-percepção o estado de saúde e grau de abertura familiar	152
12. Tipologias familiares e auto-percepção de saúde da mulher	155
13. Percursos pessoais e familiares e estados de saúde – a perspectiva das mulheres	158
Conclusão	166
Bibliografia	171

Agradecimentos

O trabalho que agora terminámos não seria possível sem a preciosa orientação científica e a supervisão da Professora Doutora Maria das Dores Guerreiro, a quem agradecemos profundamente o tempo dispensado, todas as sugestões feitas, nomeadamente em relação a informação bibliográfica, discussão de resultados e apresentação gráfica do trabalho. Pelo estímulo constante e por todo o acompanhamento feito ao longo deste processo, os nossos maiores agradecimentos.

Queremos expressar ainda os nossos agradecimentos:

Às trinta mulheres inquiridas, pelo tempo que nos concederam e por tudo o que das suas vidas connosco partilharam; a nossa gratidão pelo acesso tido à sua intimidade e pela riqueza de informação que nos foi oferecida.

À Dr.^a Leonor Neves, Directora do Centro e Saúde de Sete Rios, por nos permitir realizar esta investigação com utentes da unidade de saúde que dirige.

Aos colegas:

Ana Clarke, Carlos Ripado, Fernanda Silva, Fernando Nunes, Margarida Laje e Maria José Abreu

pela sua participação neste trabalho, através da selecção das mulheres a entrevistar e do convite realizado para integrarem o estudo.

À Dr.^a Elvira Costa, por toda a ajuda dada no campo da pesquisa bibliográfica.

À Dr.^a Isabel Baptista Ferreira, pela sua enorme disponibilidade e pelo apoio dado

Ao Miguel, igualmente pela sua generosidade e pelo apoio informático

A Catarina Silva Nunes, por todas as sugestões feitas, todas as dúvidas esclarecidas, toda a ajuda na pesquisa e na aquisição de bibliografia, e ainda, pelas inesquecíveis tardes passadas em Paris, procurando o que noutros locais não se encontrava.

A Fernando Silva Nunes, por tudo aquilo que ao longo deste tempo fez para que esta investigação pudesse chegar a bom termo; pela sobrecarga de trabalho tida, pelo apoio e estímulos dados, por todas as sugestões fornecidas e ainda pelo seu papel final de revisor.

Auto-percepção de saúde do estado de saúde nas mulheres: a influência de factores sociais e familiares

Resumo:

No exercício da nossa actividade médica fomos, durante mais de duas décadas, confrontadas, com uma frequência de consulta maioritariamente feita por mulheres, com problemas de saúde de gravidade ligeira a moderada, e onde os problemas familiares e sociais se manifestavam repetidamente. Tal facto influenciou esta pesquisa, cujo objecto definimos como a auto-avaliação de estado de saúde da mulher na sua relação com factores sociais e familiares. Nas nossas hipóteses de trabalho defendemos a existência de uma associação entre resultados da auto-avaliação do estado de saúde da mulher e concepções de saúde/doença subjacentes, classe social, tipo de família e fase do ciclo de vida familiar.

Foram definidos e trabalhados os conceitos de saúde/doença, coesão, regulação, afectividade e sociabilidade familiares, tempo e de classe social. Entrevistámos, em entrevista semi-dirigida, trinta mulheres, de meio urbano, dos 20 aos 64 anos, repartidas equitativamente por duas classes sociais e três grupos etários.

Os resultados do trabalho revelaram-nos que as representações de saúde/doença predominantes são, na classe média-alta, a de “equilíbrio” e na classe média-baixa, a “instrumental.”

A auto-avaliação do estado de saúde nas mulheres tende a ser mais negativa na classe social média-baixa e nesta, no grupo etário mais alto. Uma avaliação positiva do estado de saúde da mulher predomina nas famílias “companheirismo” da tipologia de Kellerhals; os estados avaliados mais negativamente repartem-se por vários tipos, prevalecendo ligeiramente nas famílias “bastião.”

Palavras-chave: saúde e família, saúde da mulher, auto-percepção de saúde, saúde e género, saúde e classe social.

The self-evaluation of women's state of health: social and family factors 's influence.

Abstract

In our medical activity, more than two decades long and characterized by a surgery attendance constituted mostly by female patients, we were confronted with health problems of slight to moderate seriousness in which family and social problems would show up time and time again. This fact influenced the present research work, the objective of which we define as the self-evaluation of women's state of health in relation with In our work hypotheses we defend that there is a correlation between the results of the self-evaluation of women's state of health and the underlying conceptions of health/disease, social class, family type and phase of family life cycle.

The concepts of health/disease, cohesion, regulation, family affectivity and sociability, time and social class were defined and worked on. In semi-oriented interviews, we interviewed thirty women aged between 20 and 64 from an urban environment, equally distributed over two social classes and three age groups.

The results of this work show that the prevailing representation of health/disease is, in the middle-upper class, that of "balance" and in the middle-lower class, the "instrumental" one.

Self-evaluation of women's state of health tends to be more negative in the middle-lower class and, within this set, in the oldest age group. A positive evaluation of women's state of health prevails in "companionship" families, according to Kellerhals's family typology; the most negatively evaluated states are slightly predominant in "bastion" families.

Keywords: health and family, women's health, health autoperception, health and gender, health and social class.

Introdução

Fomos, ao longo de mais de duas décadas de anos de actividade como médica de família, confrontadas com o facto de a nossa consulta ser, à semelhança de muitas outras, maioritariamente frequentada por mulheres. Constatámos ainda que um pequeno número de utilizadores consumia uma elevada percentagem das consultas efectuadas. Pesquisas pontuais feitas no decurso destes anos sobre o tema dos Grandes Consumidores de Cuidados de Saúde apontaram para o facto de estes serem fundamentalmente constituídos por mulheres, a partir da quinta década de vida, de classe social baixa, com fraco limiar à dor, múltiplas queixas de carácter psicossomático, problemas de ordem psicossocial e auto-percepção da saúde como fraca (Westhead, 1985; Hulka e Wheat, 1985; Freeborn, Pope, Mullooly e Farland, 1990; Gill, Sharpe, Mayou, 1998; Scaife, Gill, Heywood e Neal, 2000; Centre for Innovation in Primary Care, 2000). Na nossa prática médica, como na literatura consultada, os quadros clínicos diagnosticados referiram-se a situações de intensidade ligeira a moderada.

A pergunta de partida para esta investigação parte de uma reflexão sobre alguns daqueles dados. Com uma menor mortalidade e uma esperança de vida sem incapacidade maior do que os homens, porque perceberão as mulheres a sua saúde como mais fraca? O estudo dos problemas activos de saúde dos cerca de 1500 utentes que regularmente acompanhámos revelou persistentemente a existência de problemas sociais e familiares em terceira posição, após as doenças osteoarticulares e cardiovasculares o que, de alguma forma, influenciou as hipóteses que formulámos para esta pesquisa.

Tal como se encontra definida no Preâmbulo da Constituição da Organização Mundial de Saúde, de 1948, a saúde deve considerar-se como um completo bem-estar físico, mental e social e não apenas como a ausência de doença.

Factores diversos parecem influenciar este completo estado de bem-estar; factores biológicos, genéticos, condições ambientais, como a qualidade do ar, das águas e do alimento disponível, factores económicos, nomeadamente a situação profissional e o rendimento e, por fim, factores sociais, que vão dos aspectos relacionados com os “estilos de vida”, a educação, as redes sociais nas quais a família se integra, as normas culturais específicas de cada sociedade e às políticas próprias de cada estado, parecem entrecruzar-

se e potenciar-se na tarefa de construir – ou desconstruir – aquilo que concebemos como saúde.

A complexidade do estado de saúde, devida à multicausalidade e à interdependência dos vários factores, torna complexa a medição ou avaliação da saúde de um grupo populacional; o recurso aos indicadores de saúde permite-nos contudo fazê-lo. Um indicador é um dado quantitativo que descreve um fenómeno e que resume uma informação que pode ser complexa. A maior parte dos indicadores directos de saúde assenta em conceitos que tomam em consideração:

- a existência dos próprios indivíduos, como as taxas de mortalidade e a esperança de vida ao nascer
- os aspectos de morbilidade - real, diagnosticada ou sentida
- a noção de incapacidade definitiva ou temporária
- a noção de qualidade de vida, como a esperança de vida sem incapacidade.

A variável sexo introduz diferenças consideráveis nos dados obtidos por estes indicadores. Situando-nos apenas a nível da Comunidade Europeia verificamos que a taxa bruta de mortalidade, que na segunda metade do século XX se situou em 10/1000 habitantes, é em todos os países inferior no sexo feminino conduzindo a um aumento da esperança de vida ao nascer, para o mesmo sexo. Esta tendência, que se começou a fazer sentir a partir de meados do século XIX, parece atravessar actualmente uma fase de recuo nos países da Comunidade Europeia; a esperança de vida aumentou, de 1990 a 2000, 2,5 anos para os homens e 2 anos para as mulheres (Commission Européenne 2003: 33)

Segundo as estatísticas de saúde apresentadas no documento *La situation sociale dans L'Union Européenne* a esperança de vida ao nascer em 2000 era, na União Europeia, para homens e mulheres, respectivamente de 75 e 81 anos. Os valores obtidos para Portugal são de 72 e 79 anos (*idem*:191). A maior mortalidade masculina verificada em todas as idades, embora com existência de dois picos, dos 20 aos 25 anos e dos 50 aos 70 (*idem*: 33) se bem que possa ser condicionada por alguns factores biológicos, parece sobretudo relacionada com factores sociais, particularmente com aspectos relacionados com o estilo de vida como sejam os acidentes e os efeitos cumulativos do tabagismo, alcoolismo e de consumo de outros tipos de substâncias. Masculinidade e comportamento auto-destrutivo surgem assim em estreita associação.

O aumento de esperança de vida associado a uma baixa natalidade conduz ao envelhecimento populacional com tradução nos dados relativos à morbilidade. Esta apresenta sobretudo o efeito de dois tipos de factores; os do envelhecimento, com o desenvolvimento das doenças degenerativas e os que se relacionam com o estilo de vida, com evidência das doenças vascular e respiratória, de algumas formas de neoplasia e doença infecciosa, e das sequelas de acidentes.

O conceito de morbilidade é, aliás, de operacionalização difícil. A medição da morbilidade real, para além de requerer a realização de inquéritos epidemiológicos onerosos, depende do nível dos conhecimentos médicos próprios de uma determinada época. A morbilidade diagnosticada prende-se não só com o recurso aos serviços médicos mas também com as possibilidades de diagnóstico médico. Quanto à morbilidade sentida, ela pode deduzir-se recorrendo à análise da procura médica – através do estudo dos motivos de procura – ou utilizando a dimensão auto-avaliativa da saúde.

A introdução da variável sexo no estudo da morbilidade manifesta diferenças nos resultados obtidos. As estatísticas de saúde da União Europeia (*idem*) revelam que a percentagem de mulheres que se dizem incapacitadas para o desempenho das tarefas diárias, por motivo de doença física ou mental, é superior à dos homens. É de igual modo superior a percentagem de mulheres que consideram a sua saúde como má ou muito má. No que se refere à dimensão auto-avaliativa da saúde os dados obtidos no inquérito realizado em Portugal por Villaverde Cabral e colaboradores (Cabral, 2002) mostraram também diferenças nos resultados relativos a homens e mulheres. Assim, 14,1% das mulheres consideraram a sua saúde como má ou péssima contra apenas 7,6% dos homens.

A análise dos dados relativos ao consumo de consultas médicas (Carraça, 1991) revela que este é consistentemente maior para o sexo feminino.

Quando, para avaliar a qualidade de vida, recorremos a outros indicadores constatamos que, ao analisar a esperança de vida sem incapacidade grave, ela é maior para o sexo feminino. Em Portugal, em 1966, estes valores eram de 61 anos para as mulheres e 59 anos para os homens; ao nível da União Europeia estes valores situavam-se respectivamente em 66 e 63 anos (Comission Européene, 2003:191).

Com taxas de mortalidade menores e com maior esperança de vida sem incapacidade grave, as mulheres não só declaram possuir pior saúde do que os homens como com mais frequência recorrem aos serviços de saúde.

O debate em torno das diferenças de género no que respeita às questões da saúde tem suscitado o interesse de alguns autores.

Para Villaverde Cabral, no que se refere a questões de morbilidade, uma boa parte das diferenças encontradas nos dois sexos pode ser artefactual. “Na medida da -avaliação da saúde das mulheres intervêm percepções ancoradas no estereótipo da identidade feminina e nas pressões a que a mulher está submetida no desempenho dos seus diferentes papéis (Cabral 2002: 58). Ainda para o mesmo autor, um maior recurso aos serviços médicos por parte das mulheres pode não ser sinónimo de maior morbilidade, uma vez que a procura de ajuda médica é, no processo de socialização feminina, um facto mais aceitável. Assim, no dizer de Annandale (citado por Cabral, 2002: 59) saber se “ a mais alta morbilidade feminina é real pode não ter uma resposta”. Para Claire Renzetti e Daniel Curran (Renzetti e Curran, 1995 [1989]) a diferença existente entre os dois géneros é considerada como um eventual artefacto resultante de uma maior procura dos serviços de saúde pelas mulheres. Para os mesmos autores o sexismo existente no corpo médico e a reprodução, nos serviços de saúde, do modelo patriarcal de família (médico/pai – instrumental; enfermeira/mãe – cuidadora; doente/filho) reforçam o rótulo de doente da mulher associado ao estatuto de membro não produtivo de uma sociedade. A medicalização de fenómenos biológicos como a gravidez, o parto e a menopausa contribuem para o reforço desse mesmo rótulo.

O peso da patologia mental na morbilidade geral é significativo; a OMS estima que 15 a 20% dos europeus adultos sofram de perturbações do foro psíquico; 5% da população europeia apresenta doença mental grave. Homens e mulheres parecem afectados nas mesmas proporções apresentando contudo patologias diferentes (Comission Europeène 2003:97). É maior a incidência de depressão e de perturbações de ansiedade no sexo feminino, sendo mais frequentes no sexo masculino as perturbações da personalidade e as toxicomanias.

A relação entre depressão e factores de ordem social é frequentemente mencionada. Renzetti e Curran (1995 [1989]) fazem referência a duas hipóteses explicativas para a maior incidência desta perturbação no sexo feminino: a hipótese da incapacidade aprendida e a hipótese do estatuto social. A primeira afirma que as mulheres, ao serem socializadas para responder de forma passiva ao stress, se deprimem quando confrontadas com acontecimentos “stressantes”. De acordo com hipótese do estatuto social os papéis tradicionais de dona de casa e mãe desempenhados por mulheres oferecem fontes limitadas

de prazer quando comparados com a diversidade de empregos disponíveis para os homens. Assim, de acordo com esta hipótese, são a discriminação social e a diferença de estatuto social entre géneros que explicam a maior incidência de doença depressiva na população feminina. Ainda segundo os mesmos autores, a adesão por parte das mulheres ao papel tradicional feminino parece associada à emergência de outras patologias do foro psicológico como a fobia, os distúrbios alimentares e a neurose de conversão – como resposta aos estereótipos femininos de submissão, dependência e beleza.

O papel da família no desenvolvimento ou agravamento dos problemas mentais (e dos problemas de saúde em geral) tem despertado o interesse de médicos, psicólogos e investigadores da área da saúde mental. Para além da transmissão directa de agentes infecciosos entre os seus elementos, Alberto Hespanhol (1999) considera a existência de dois mecanismos ou vias, segundo as quais a família pode influenciar a saúde dos seus membros: a via psicofisiológica e a via comportamental. Na primeira, factores como o stress ou determinados acontecimentos vitais afectariam o estado emocional de um elemento da família de que resultariam alterações fisiológicas directas, as quais por sua vez predisporiam o indivíduo para a doença. Mas pela via comportamental, influenciando o estilos de vida do individuo a família exerceria também indirectamente a sua acção.

Para Luigi Onnis, que defende uma compreensão sistémica dos problemas de saúde, o sintoma

“...se bem que sintoma corporal, pode ser subtraído à obscuridade sem significação dos acidentes biológicos e recuperar o sentido histórico de uma linguagem, de uma comunicação; um sentido que, se for decodificado revela no sintoma um nó de sofrimento no qual se cruzam a biologia e a emotividade, relações interpessoais e regras de comunicação do contexto no qual ele surge.” (Ognis 1996: 15)

A família é um dos contextos onde com frequência se instauram as perturbações relacionais, as distorções comunicativas, as influências emocionais que podem ligar circularmente o paciente e o seu sintoma ao sistema familiar (*idem, ibidem*)

Compreender a influência dos factores de ordem familiar e social na auto-percepção de saúde da mulher será o objectivo desta pesquisa. Os factores ligados à classe social, escolaridade e inserção profissional e aqueles que se associam à conjugalidade, parentalidade e sociabilidades familiares, dominarão a nossa atenção.

Nos primeiros cinco capítulos, que agregaremos numa Parte I, faremos um enquadramento teórico dos aspectos pertinentes para esta investigação: a representação social do corpo e da saúde e doença (capítulo 1), as questões relativas ao género (capítulo 2), o discurso sobre a família na perspectiva dos vários cientistas sociais (capítulo 3), a família contemporânea, na conjugalidade, parentalidade e sociabilidades (capítulo 4) e ainda a inserção profissional das mulheres e a conciliação entre o trabalho e a vida familiar (capítulo 5)

Os aspectos relativos à organização da pesquisa serão apresentados na Parte II, capítulo 6.

Nos capítulos inseridos na Parte III damos conta dos resultados do trabalho de campo e de alguma reflexão que fomos fazendo sobre os mesmos; no capítulo 7 trataremos das concepções de saúde e doença presentes na população estudada, apresentaremos as auto-avaliações dos estados de saúde efectuadas pelas entrevistadas e a sua comparação com as avaliações dos respectivos médicos de família. Abordaremos nos capítulos 8, 9 e 10 as questões relativas, à coesão familiar, às regras familiares e à afectividade e sexualidade no casal. O capítulo 11 refere-se ao estudo das sociabilidades familiares e ao grau de abertura familiar. Classificaremos em seguida as famílias estudadas de acordo com as dimensões apontadas e tentaremos relacionar a auto-percepção do estado de saúde das mulheres com o tipo de famílias em que as mesmas se inserem (capítulo 12). Captar o que as mulheres reconhecem como ter (ou tendo tido) influência no seu estado de saúde, negativa ou positivamente, foi também um dos nossos objectivos e sobre isso nos debruçaremos no capítulo 13.

Parte I – Revisitando teorias

Capítulo 1 Corpo, saúde e doença

1.1. O corpo

Segundo alguns autores homens e mulheres têm do corpo representações diferentes. A pesquisa conduzida por Denise Jodelet (1974) sobre a representação social do corpo veio dar-nos conta dessas diferenças. Os homens vêem o corpo como um todo funcional enquanto as mulheres o representam como uma justaposição de elementos anatómicos, como um corpo fragmentado. Centradas na anatomia, a enumeração fragmentária que aquelas fazem, diz sobretudo respeito aos elementos corporais que exprimem uma relação com o exterior, quer se trate do contacto, como os olhos, as mãos, os ouvidos, ou de componentes com uma conotação sensual ou erótica, a pele, a boca e os seios, entre outros. Se o aspecto afectivo parece saliente nos homens, que, mais do que as mulheres, associam ao corpo as ideias de amor e de ternura, para as mulheres são os aspectos comunicacionais os que assumem maior importância; os olhos, a expressão, o sorriso, a comunicação, são elementos associados ao corpo referidos quase exclusivamente pelo sexo feminino.

Para homens e mulheres as formas de abordar o corpo - com particular relevância para a experiência pessoal (na singularidade do vivido) e para as aquisições normativas, “a partir das informações extraídas do repertório dos saberes e das regras transmitidas pelo canal das instituições sociais” (*idem*: 77) - mostraram-se semelhantes; porém, a verdade é que a análise dos componentes da primeira dimensão apresenta especificidades para cada um dos sexos. As experiências de prazer associadas ao corpo são as que globalmente mais marcam a dimensão da experiência corporal. Enquanto os homens salientam o prazer sexual, as mulheres referem, em proporções semelhantes, a experiência de bem-estar, o prazer sensual e o prazer sexual. Os estados mórbidos, como segundo componente importante desta dimensão, são também referidos de forma diferente por cada um dos sexos. As mulheres assinalam sobretudo os estados de mal-estar e de doença, enquanto os homens salientam a dor e a privação (fome, frio). A evolução biológica e sexual e as modificações internas ou externas do corpo são uma fonte importante de informação sobre

o próprio corpo, mais valorizada pelo sexo feminino, para o qual os aspectos associados à sexualidade (puberdade, menstruações, primeiras relações sexuais) surgem como marcantes. São-no de igual forma as modificações internas (gravidez) ou externas (perda ou ganho de peso e intervenções cirúrgicas ou estéticas).

No que se refere às aquisições normativas, a psicologia evidenciou-se como a ciência que, para os dois sexos, mais informação forneceu para a construção da representação do corpo. Nesta, o modelo dominante é o de uma “globalidade, onde a interação entre vida psíquica e vida do corpo é subtil, omnipresente e sobretudo compromete a relação do sujeito com o seu exterior” (*idem*: 85). As noções de biologia humana, consideradas numa tripla perspectiva, anatomo-fisiológica, médica e de anatomia figurada, são a segunda fonte de informações pertinentes no processo de elaboração das representações do corpo, com predomínio das provenientes do saber médico às quais se acede, entre outras formas, pela própria experiência da doença. A constatação de um certo desinteresse pelo funcionamento anatomo-fisiológico, remetido para o campo do saber dos profissionais de medicina associa-se à representação do corpo como “um sistema hierarquizado de órgãos e de partes ordenadas segundo um valor de utilização – relacionadas com a apresentação, a actividade, o rendimento prático e o prazer – ou de um valor simbólico, associado a um modelo do homem, ético, religioso, psicológico e social” (*idem*: 81).

Trinta anos nos separam desta pesquisa e, se bem que um trabalho de actualização desta temática nos pareça justificar-se, os contributos de Denise Jodelet oferecem-nos possíveis explicações para um maior reconhecimento de doença por parte das mulheres; atentas às transformações biológicas que ciclicamente no seu corpo ocorrem, aos seus ritmos internos – ciclos menstruais, experiências repetidas de gravidez – as mulheres desenvolverão maior capacidade de perceber as alterações de carácter patológico ocorridas no seu corpo? Uma representação do corpo “fragmentado” poderá associar-se a uma maior atenção dada às alterações anatómicas localizadas? Alterações a que uma classe de profissionais dá nome e são, por isso, transformadas em doença.

1.2. Saúde e doença: representações sociais

No final dos anos 60 Claudine Herzlich (1969) publica os resultados da investigação que conduziu sobre a representação social da saúde e da doença, tendo, como

o prefácio de Serge Moscovici assinala, “isolado minuciosamente, as noções, o sistema de categorias e a linguagem, que separam, na sociedade, saúde e doença” (Moscovici, 1969: 11).

A análise dos dados obtidos nas entrevistas realizadas (entrevistas “profundas” efectuadas a 80 pessoas da classe média e superior) permitiu detectar uma concepção pluralista de saúde. Três concepções distintas de saúde constituem o conteúdo da representação: a saúde como um vazio, a saúde como um capital, “um fundo de saúde” (sobre-representada no sexo feminino) e a saúde concebida como um equilíbrio.

Enquanto que no primeiro caso a saúde é vista como um fenómeno negativo, como a ausência da doença ou o silêncio do corpo, enquanto “fundo de saúde” ela é concebida como uma faculdade de resistência à doença, como uma reserva de defesa que cada indivíduo possui. O equilíbrio, vivido como experiência pessoal e imediata, “actualiza, no plano do vivido, as possibilidades do *fundo de saúde* opondo-se por outro lado à forma negativa e inferior constituída pela saúde como um vazio” (Herzlich, 1969:83). Associados à noção de equilíbrio estão o bem estar físico, que se opõe ao silêncio do corpo, a ausência de fadiga, o bem estar psicológico, a eficiência no trabalho e as boas relações com os outros, estando assim coberto todo o campo da vida de um indivíduo.

A representação da doença e particularmente da génese da doença convoca duas ordens de factores: os factores de ordem externa, aqui reunidos no que é considerado como “o modo de vida” e os factores endógenos, associados às propriedades individuais, onde se exprimem, entre outros, a hereditariedade, o terreno, a constituição, a natureza e a resistência.

O modo de vida designa o quadro espacio-temporal do indivíduo, o espaço onde vive, os ritmos de vida e o reflexo destes no seu comportamento quotidiano; é determinado pela profissão, subordinado à função social de cada indivíduo (*idem*: 45). Considerado não só como uma causa facilitadora da agressão de um agente patogénico mas também como a principal origem da doença, ao modo de vida foram associados os ritmos rápidos de vida, a multiplicidade de estimulações, a dispersão das actividades, os horários, os trajectos demasiado longos, o ar viciado, o ruído, a má alimentação, a falta de sono e de descanso e a falta de exercício físico (factores de importância maior na vida urbana). A introdução da variável sexo na análise veio revelar valores diferentes atribuídos a cada uma das anteriores significações; assim, se os ritmos rápidos de vida, a falta de sono e de descanso mostraram uma distribuição semelhante para os dois sexos, as questões relativas à multiplicidade de actividades e estímulos, aos horários e aos trajectos apresentaram-se

como salientes no sexo masculino. Recordemo-nos contudo de que esta investigação se reporta ao final dos anos 60, quando a situação profissional das mulheres era, em França, consideravelmente diferente da dos dias de hoje.

O conteúdo da experiência de doença foi definido pelos sintomas e sinais orgânicos, pelos comportamentos, particularmente a redução da actividade e a submissão a actividades de “cuidados” e pelas repercussões psicológicas como a transformação do humor, as transformações de carácter e a mudança de relação com os outros. Também aqui se manifestaram diferenças entre os dois sexos com as mulheres a acentuarem certos sintomas (a fadiga, o aumento de temperatura) e as manifestações externas da doença, e os homens a sublinharem os aspectos relacionados com a inactividade e a modificação da relação com os outros. A mudança radical que se verificou entretanto na condição profissional das mulheres poderia hoje conduzir a diferentes resultados.

Entre saúde e doença um terceiro estado se constitui: uma zona de fronteira, um estado intermediário, caracterizado sobretudo pela fadiga e pelo mal estar, estado esse que surge particularmente associado ao conceito de modo de vida e que não sendo qualificado como saúde ou doença se considera poder preceder esta no tempo.

Embora historicamente situados, os resultados desta investigação parecem-nos um importante contributo para uma compreensão da saúde e da doença como experiência marcante na vida dos sujeitos e simultaneamente para a compreensão da saúde e da doença como factos sociais, como realidades modeladas socialmente e que extravasam de longe o fenómeno meramente biológico e orgânico

1.3. Saúde e doença: concepções médicas

Os modelos atrás referidos (exógeno, endógeno) informam também a concepção médica da doença na sociedade ocidental. Adoptar um modelo exógeno de etiologia de doença é, do ponto de vista médico, atribuí-la à acção externa de um elemento, quer se trate de um elemento da natureza – agente microbiológico – ou de factores associados ao meio social – o desemprego, a carga horária de trabalho, as relações familiares. Quanto ao modelo endógeno, ele vê no interior do indivíduo a causa da própria doença. Na genética, na imunologia, numa fatia importante das doenças endócrinas, como nos conflitos intrapsíquicos, que algumas das correntes psiquiátricas defendem, podemos ver a concretização de tal modelo (Laplantine 1992 [1986]). Os dois modelos, na radicalização

das suas posições, revelam no entanto uma causalidade linear da doença, que esquece a multiplicidade de relações biunívocas entre os vários elementos. O paradigma analítico em que a medicina se inscreve até meados do século xx torna-se obsoleto. A passagem a um paradigma sistémico, por volta dos anos 70, e a adopção de um modelo bio-psico-social, em que uma causalidade circular da doença se impõe, parecem facilitar uma melhor apreensão desta, na sua complexidade.

Tal modelo informa particularmente a prática de um grupo de profissionais da medicina, os médicos de Medicina Geral e Familiar, cuja especialidade se cria e define entre nós pelo Decreto - lei 310/82. Eles são:

“...médicos pessoais, particularmente responsáveis pela prestação de cuidados globais e contínuos a todos os indivíduos que procurem tratamento médico independentemente da idade, sexo ou doença. Interessam-se pelos indivíduos no seu contexto familiar, na sua comunidade e cultura respeitando a sua autonomia. Ao negociarem planos de cuidados com os seus pacientes, integram factores físicos, psicológicos, sociais, culturais e existenciais, fazendo uso do conhecimento e confiança resultantes de sucessivos contactos” (WONCA Europe, 2002).

Só a adopção de um modelo holístico que tenha em conta a complexidade dos fenómenos e as relações múltiplas e circulares entre as diversas partes - o biológico, o psicológico e o social - pode permitir aos médicos de família a concretização, no quotidiano da prática médica, dos elementos que compõem a sua própria definição como grupo profissional. A relação que aqui se instala, no binómio médico-doente, deve ser também, como Engrácia Leandro o aponta, alvo de novas reinterpretações e revalorizações:

“Trata-se também de introduzir na polémica distinção corpo científico-corpo de leigos e, para a questionar, a dimensão social personalizada e a complementaridade de saberes científico-técnico-empíricos, reportada, neste caso, às dinâmicas de re-elaboração dos mecanismos que conduzem à co-responsabilidade entre profissionais de saúde e aqueles que recorrem aos seus serviços e até o meio familiar ou outro relacional” (Leandro, 2001a: 83)

1.4. Determinantes psicossociais dos estados de saúde

O modelo holístico de saúde e doença implica, como já referido, a existência de uma relação circular entre os factores biológicos, psicológicos e sociais para a compreensão dos estados de saúde e doença. Saúde e doença têm assim uma dimensão social, que lhes advém não só da existência de factores sociais envolvidos na sua génese,

como das consequências sociais dos referidos estados e da significação que lhes é atribuída pelos diferentes grupos sociais.

O sexo e a idade, variáveis associadas tradicionalmente ao biológico mas condicionando diferentes posições na esfera do social, reflectem-se na apreciação do estado de saúde e doença. Se as taxas de mortalidade apresentam valores superiores no sexo masculino, as mulheres apresentam, com atrás fizemos referência, níveis globais de avaliação da sua saúde inferiores aos dos homens e declaram incapacidade para a realização das tarefas habituais numa percentagem superior à declarada pelos homens (Silva e Alves, 2002a). Os estudos internacionais não só encontram sistematicamente uma maior morbidade declarada pela mulher, como a diferença entre homens e mulheres parece acentuar-se em fases mais juvenis da vida com diferenças mais significativas no grupo dos 20-29 anos, em desfavor da mulher (Silva e Alves, 2002a: 143-144).

Saúde e pertença a uma determinada classe social - definida pela posição do indivíduo no mercado de trabalho, a que se associam um determinado nível de educação e de rendimentos, bem como comportamentos e características culturais diferentes – são também variáveis associadas, apresentando os indivíduos inseridos em classes sociais mais desfavorecidas índices de maior morbidade e taxas de mortalidade superiores (Johnson, 2004). A associação é talvez explicada por uma série de fenómenos interligados entre si, como sejam, um menor acesso aos cuidados médicos, uma procura de cuidados de carácter fundamentalmente curativo, uma maior exposição a factores de risco e os efeitos cumulativos dos diferentes aspectos mencionados (Adam e Herzlich, 1994: 44-50 e Wilkinson e Marmot, 2003). Referindo no seu artigo alguns trabalhos nesta área, Leandro afirma que as famílias mais escolarizadas e com maiores recursos económicos e sociais parecem exercer um papel mais interventivo em termos de saúde:

“...quer através das práticas da vida quotidiana, designadamente ao nível da alimentação, da higiene, da conciliação entre horários de trabalho e das relações familiares e sociais, quer recorrendo mais assiduamente aos serviços médicos e seguindo com mais persistência as orientações dos profissionais de saúde ou das campanhas de índole nacional, a este propósito” (Leandro, 2001a: 90).

A psicologia convoca sobretudo duas ordens de factores que parecem influenciar a forma como os indivíduos se sentem em termos de saúde: a qualidade dos afectos vividos e uma “capacidade de fazer face” resultante do que Antonovsky (citado em Reis 2005) denomina o sentimento de coerência. Este procura designar o sentimento de confiança que

a pessoa tem relativamente à sua vida, que lhe advém da compreensibilidade dos estímulos internos e externos que vão surgindo no decorrer da vida, do reconhecimento dos recursos internos e externos para o controle das situações e de uma componente de significação, que permite ver os acontecimentos vitais como desafios e não como ameaças (Reis 2005). O que os autores anglo-saxónicos designam por “locus of control” interno, expressão definida em 1966 por Rotter e que equivale a este sentimento de coerência interna definido por Antonovsky, parece contudo, não corresponder apenas a uma elaboração de ordem meramente psicológica; experiências vividas em fases precoces de socialização e mesmo experiências sofridas enquanto adultos parecem estar implicadas na sua permanente construção (Halfens, 1995).

É reconhecido o facto de a família constituir, de uma forma geral, um factor de protecção relativamente ao desenvolvimento da doença, com solteiros, viúvos e divorciados a apresentarem em média um maior número de problemas de saúde. Tal facto parece relacionar-se com outro de maior amplitude que diz respeito à integração do indivíduo em redes sociais de suporte, revelando estas um carácter protector relativamente ao desenvolvimento de doença. A prática clínica, médica, sugere a existência de uma associação entre problemas de saúde e problemas de ordem familiar – conflito conjugal, comunicação pobre, má definição de fronteiras entre diferentes subsistemas familiares. Se bem que tal relação seja referida na literatura médica, a associação entre uma tipologia familiar específica e a avaliação do estado de saúde de qualquer um dos componentes familiares não foi, contudo, ainda rigorosamente definida.

Capítulo 2

Nascer e tornar-se mulher

2.1. Sexo e género

Ser homem ou mulher não é um dado exclusivo da biologia, ela própria algumas vezes confundida e reconhecendo dificuldades na atribuição do sexo a determinados indivíduos. Duas situações clínicas constituem disso um bom exemplo: o síndrome da insensibilidade aos androgénios, ou feminização testicular, e o deficit da 5 alfa redutase. O primeiro caso, paradigmático da dissociação entre genótipo e fenótipo, caracteriza-se pela existência de um cariotipo 46 (XY) o que, do ponto de vista genético, define um indivíduo como pertencente ao sexo masculino. Contudo, uma perda de função do receptor do androgénio faz com que, ainda que os níveis séricos desta hormona sejam elevados, o seu efeito periférico se não faça sentir. Liberto do efeito hormonal, o desenvolvimento genital externo assume uma morfologia tipicamente feminina embora internamente não exista útero e estejam presentes testículos em posição intra abdominal. O diagnóstico é feito quase sempre na adolescência quando um atraso na menarca conduz a uma investigação mais elaborada, na sequência da qual o sexo genético se torna conhecido e a surpresa e a crise frequentemente se instalam. Na segunda situação, o deficit de 5 alfa redutase impede a transformação do testosterona em dehidrotestosterona, hormona responsável pela masculinização dos órgãos genitais in útero, pelo que, os recém nascidos, geneticamente masculinos, apresentam órgãos genitais ambíguos ou marcadamente femininos. A presença de testículos, nem sempre visíveis, pode dar lugar a uma produção de testosterona na adolescência, com desenvolvimento nessa altura dos caracteres sexuais masculinos. Ocorrem com frequência crises identitárias com repercussões psíquicas profundas. A observação e o acompanhamento psicológico de indivíduos com situações clínicas semelhantes às anteriormente descritas levaram o psicólogo Robert Stoller a concluir que, mais do que o sexo biológico, o que determina a identidade feminina ou masculina de uma pessoa são os factores de socialização, e o facto de se estar desde o nascimento submetido

a experiências e rituais habitualmente atribuídos a homens ou mulheres (Lamas, 2004). Robert Stoller introduz assim na Psicologia, em 1968, o conceito de género para diferenciar o sexo biológico – anatómico ou cromossomático – da forma como o indivíduo vive a sua condição sexuada e do sistema de valores, crenças e prescrições normativas que a sociedade atribui a cada categoria sexual.

A tendência para detectar diferenças no comportamento de homens e mulheres instala-se precocemente no campo da Medicina e da Psicologia. As diferenças supostamente encontradas ao nível das capacidades intelectuais, das características comportamentais e do desempenho, sempre em desfavor da mulher, foram explicadas por determinismos biológicos – hormonais, reprodutivos, cerebrais, estes do foro anatómico, químico ou organizacional – que, em última análise, puderam justificar as situações de desigualdade e discriminação social que abrangem, ainda hoje, as mulheres. Maccoby e Jacklin procedem no entanto a um trabalho de revisão de centenas de estudos efectuados nas duas décadas anteriores e publicam em 1974 *The Psychology of Sex Differences* onde referem serem escassas as diferenças encontradas entre os sexos, assinalando uma aptidão verbal ligeiramente maior nas raparigas e uma maior aptidão visual – espacial e matemática nos rapazes (Renzetti e Curran, 1995; Amâncio, 1994 e 1996). Ainda aqui parece difícil atribuir uma causalidade unicamente biológica para as diferenças encontradas uma vez que os factores de ordem social muito cedo fazem sentir a sua influência, em particular os estilos de interacção pais-filhos e o tipo diferente de estímulos utilizados na socialização das crianças (brinquedos e organização dos próprios espaços). Como Renzetti e Curran afirmam na obra já citada, as diferenças encontradas parecem dever-se mais a uma espécie de profecia que se auto cumpre do que a elementos de ordem biológica ou natural. Contudo, como a moderna medicina se deu conta, é hoje difícil atribuir a um fenómeno uma causalidade meramente biológica ou social; os dois níveis são interdependentes e a sua relação é biunívoca. Homens e mulheres são o resultado da interacção contínua de factores biológicos e sociais. As diferenças detectadas entre os sexos, mais do que explicadas por uma natureza pré-existente de cada um deles, dever-se-ão sem dúvida a tal interacção; nela, o peso da diversidade de situações sociais vividas e das próprias condições de socialização será eventualmente bem maior do que o das diferenças biológicas encontradas.

A socialização, processo pelo qual se transmitem e aprendem as normas e os valores de uma determinada sociedade, embora ocorrendo ao longo de toda a vida de um

indivíduo, assume particular importância na infância. Os sistemas de crenças associados ao gênero que, englobam os estereótipos e representações sobre as características e papéis de cada um dos sexos na sociedade, transmitem-se precoce e subtilmente. Com o desenvolvimento das novas tecnologias, que nos permitem hoje aceder ao conhecimento do sexo das crianças em situação intra uterina, poderemos afirmar que o processo se inicia mesmo antes do nascimento; os valores associados ao sexo, as expectativas dos pais relativamente ao sexo dos filhos podem transmitir-se na comunicação precoce que os pais estabelecem com os filhos ainda in útero. A decoração dos espaços próprios das crianças, a escolha das roupas, as actividades ensinadas e estimuladas, as actividades proibidas ou censuradas e o tipo de comunicação estabelecido, continuam este processo de socialização após o nascimento, de tal forma que, entre os dois e os três anos, e ainda antes de se terem apercebido das diferenças anatómicas existentes entre os sexos, as crianças têm já estabelecida a sua identidade de gênero que estruturará doravante a sua experiência vital (Lamas, 2004). E o processo continua, sendo assim, na sociedade ocidental, como Renzetti e Curran assinalam (1995 [1989]), os rapazes ensinados e estimulados para a independência, assertividade, curiosidade e criatividade na resolução de problemas, enquanto as raparigas são educadas para a dependência, submissão e domesticidade. A publicidade televisiva no que se refere ao público infantil é disso, ainda hoje, um bom exemplo.

2.2. A assimetria simbólica: princípio fundamental da ideologia de gênero

Várias teorias – as da identificação, da aprendizagem social e do desenvolvimento cognitivo, entre outras – têm procurado explicitar o modo como a socialização se processo e como é interiorizada a identidade de gênero. Contudo, como Lígia Amâncio afirma, tal processo de socialização não pode explicar o sentido das diferenças da identidade de gênero “ porque os indivíduos já nascem num sistema social que produziu características simbólicas associadas ao sexo que os processos de socialização se limitam a reproduzir” (Amâncio 1994: 27)

Na década de 70, na Psicologia Social europeia, a escola de Genebra, de que Doise e Deschamps se podem considerar os fundadores, orienta a sua investigação para “o estudo dos contextos e das representações entre grupos” (Deschamps 2003: 61). Para Deschamps, os grupos detêm, na maioria das vezes, capitais materiais e simbólicos diferentes, o que faz

da relação entre grupos uma relação assimétrica. Esta assimetria distingue grupos dominados cujos membros se vêem e são vistos como objecto de um colectivo indiferenciado, localizados em contextos específicos e que possuem como indivíduos, menor unicidade, singularidade e especificidade, e indivíduos dominantes que se concebem e são concebidos como sujeitos singulares, autónomos dos contextos, livres da marcação da categoria de pertença, e se tornam, por isso, referentes universais (Deschamps, 2003). A existência de uma representação social hegemónica de pessoa, coincidente com a ideia de cidadão – que emerge no século XVIII e com quem é suposto que cada indivíduo se possa identificar – introduz uma dimensão simbólica nesta assimetria qualificando-a assim como uma assimetria simbólica. (Deschamps, 2003; Amâncio, 2003) O reconhecimento da assimetria nas relações baseadas no sexo fica a dever-se a Lorenzi-Cioldi que, nos resultados de alguns trabalhos publicados em 1988 e referidos por Amâncio (Amâncio, 1994 e 2003) confirma as características de grupos dominantes e dominados nos grupos de sexo – dada a importância dos atributos da respectiva categoria de pertença para a representação de si, nas mulheres, e a autonomia das representações dos homens relativamente aos atributos da sua categoria de pertença. Os trabalhos conduzidos por Lúcia Amâncio permitiram ainda mostrar que:

“A construção social dos modos de ser masculino e feminino assenta numa relação de dominação simbólica que coloca homens e mulheres em posições diferentes face aos recursos a que têm acesso, não só para se representarem as posições relativas dos dois grupos, como para se representarem a si próprios nesse quadro” (Amâncio 1994: 67).

Refere ainda a mesma autora:

“a análise dos significados sociais associados às categorias sexuais mostra que a diferenciação entre elas não se resume a um fenómeno meramente perceptivo, mas exprime uma hierarquização entre os sexos em relação ao universo simbólico comum de pessoa adulta que coloca o sexo masculino numa posição dominante e o sexo feminino numa posição dominada. A definição social da categoria masculina reúne competências no contexto do trabalho, no domínio sobre os outros e sobre as situações e constitui-se em modelo referencial, pelas comunalidades que apresenta em relação às qualidades socialmente desejáveis de pessoa adulta. Pelo contrário, a definição da categoria feminina apresenta um âmbito de competência social que se limita ao contexto privado das relações afectivas” (*idem, ibidem*: 68).

A assimetria simbólica, princípio fundamental da ideologia de género que estabelece uma diferenciação e uma hierarquização entre um grupo de sujeitos universais e um grupo homogéneo de indivíduos sobressexuados, constitui “um importante regulador

dos processos cognitivos, das relações interpessoais, das identidades de homens e mulheres e das modalidades de interação entre grupos de sexo” (Amâncio 2003:118).

Nasce-se então mulher – por marcação cromossômica ou morfológica – e entra-se assim, muitas vezes ainda mesmo antes de nascer, com o recurso às tecnologias recentes, num universo marcado pela universalidade das características masculinas e especificidade das características femininas, que atribui o espaço privado e familiar às mulheres e, aos homens o domínio do espaço público. Os indivíduos são, assim como Lígia Amâncio o afirma, “inseridos em categorias que evocam significados sociais diferentes e lhes conferem os recursos socialmente necessários e desejáveis para a construção da noção do seu modo de ser e de se comportar” (Amâncio, 1994: 161).

Esta condição de elemento de um grupo dominado, possuidor de atributos menos diversificados e com uma orientação específica para a esfera privada e relacional percorre todos os espaços de um percurso no feminino – desde a construção identitária, ao papel desempenhado no interior da família, à posição ocupada no mundo do trabalho, até às próprias contradições que nesse mundo a mulher vivencia.

Capítulo 3

Discursos em torno da família

Conhecer e definir uma realidade próxima pode considerar-se uma tarefa difícil; disso mesmo nos dá conta François de Singly (Singly 1991:5) quando afirma que “as impressões nascidas de uma longa frequência originam conhecimentos ilusórios.” Quando a família se torna o objecto da nossa definição veremos multiplicadas as dificuldades de tal empreendimento. Nada foi por todos nós tão frequentado; todos proviemos de uma e frequentemente demos origem a outra. As nossas vivências mais profundas reportam-se, assim, aos vários espaços, tempos e convivências que constituem para nós a representação do familiar. O contexto cultural e histórico de análise e o nível de discurso em que nos colocamos influenciam também o conceito de família e, no dizer de Chiara Saraceno (Saraceno e Naldini, 2003: 18) explicam a diversidade dos modos de conceber e definir tal realidade.

3.1. Os primeiros trabalhos

Com o desenvolvimento das ciências sociais na segunda metade do século XIX assistimos ao interesse crescente pelo estudo da família. Da antropologia à história e à sociologia, da demografia ao direito, economia e psicanálise, e mais recentemente, à psicologia, o estudo da família tem seduzido todas estas áreas do saber, tornando-se assim objecto de investigação comum às várias disciplinas. À antropologia devemos contudo, no entender de James Casey (1989) o primeiro olhar científico sobre a família. Em 1865 e 1885 McLenan e Robertson Smith publicam respectivamente *Primitive Marriage e Kinship and Marriage in Early Arabia*, obras que se debruçam sobre a questão da organização familiar. Morgan, antropólogo como os autores anteriores e tal como eles influenciado pelas teorias evolucionistas da época, chama a atenção para a influência da sociedade na estrutura e forma da família, defendendo a ideia de que a estrutura familiar evolui de uma forma inferior para uma superior, influenciada pelo desenvolvimento técnico e económico.

As duas primeiras décadas do século XX assistem ao nascimento da antropologia social em Inglaterra; Malinowski, antropólogo de origem polaca, e o inglês Radcliffe-

Brown, foram os seus fundadores (Kuper, 1973). Representante da escola funcionalista, recusando o pensamento evolucionista dos autores anteriores, Malinowski considera a cultura como um todo integrado, como uma unidade em funcionamento de que os vários aspectos culturais são elementos constitutivos para dar resposta às necessidades humanas. Às necessidades fundamentais do metabolismo, reprodução, protecção do corpo, segurança, movimento, desenvolvimento e saúde faz corresponder como respostas culturais o abastecimento, o parentesco, o abrigo, a protecção, a actividade, a instrução e a higiene (Bernardi 1992). Para Malinowski a família é:

“a instituição doméstica por excelência. Domina a primeira vida do indivíduo; controla a cooperação doméstica; é o lugar dos primeiros cuidados maternos e da educação. O clã, por outro lado, nunca é uma instituição doméstica. Os laços de pertença ao clã desenvolvem-se muito mais tarde e, ainda que nasçam do parentesco primário da família, este desenvolvimento submete-se à distorção unilateral da ênfase legal patrilinear ou matrilinear funcionando numa esfera de interesses completamente distinta: legais, económicos e sobretudo cerimoniais” (in Kuper 1973: 44).

Radcliffe-Brown afasta-se também da orientação evolucionista e um pouco especulativa dos antropólogos vitorianos que o precederam e insere as suas posições num quadro de pensamento estrutural funcionalista. Definindo como objecto de estudo o *sistema social*, que entendia como um “sistema de verdadeiras relações de correctividade entre os indivíduos que desempenham papéis sociais” (in Kuper 1973: 71), buscava nas suas observações detectar a “forma estrutural”, a pauta normal de relações, explícita nas normas e nos usos sociais reconhecidos como obrigatórios. Ao conceito de estrutura alia o de função, a forma como a estrutura se ajusta ao processo de vida quotidiana. Procura assim estudar a família no contexto mais vasto de uma cultura, como uma parte, entre outras, dos sistemas de organização social debruçando-se particularmente sobre os sistemas de parentesco e matrimónio (*idem, ibidem*).

Os trabalhos da então emergente antropologia social, desenvolvidos entre os anos 10 e 30 do século XX, vêm destronar uma perspectiva algo especulativa do estudo da família no seio da antropologia, abandonam o cariz evolucionista das propostas dos autores precedentes e colocam a família como uma parte, entre outras, da organização social, reafirmando a importância da análise do contexto social no estudo da família.

Em França, nos finais do século XIX, Émile Durkheim desenvolve o seu pensamento sociológico sobre a família inaugurando ainda, o ensino académico da disciplina com a organização em Bordéus, em 1888, do curso Introdução à Sociologia da

Família. Na sua obra, datada de 1892, *La famille conjugale*, assume uma perspectiva claramente evolucionista, considerando a família conjugal moderna como o resultado de uma evolução na qual a família sofre um processo de contracção progressiva passando por estadios diversos, que vão do clã exogâmico amorfo à família clã-diferenciada, agnática indivisa do tipo da *zadruga*, patriarcal romana e paternal germânica (Segalen, 1999 [1996] e Michel, s/d), esta mais favorável a uma autonomia dos filhos relativamente aos seus ascendentes e mais próxima assim da moderna família conjugal. Para Durkheim a família contemporânea é uma instituição social. Mas mais independente do estado, mais privatizada, mais relacional, um espaço onde os seus membros podem proteger a sua individualidade (Leandro, 2001:126). Assistimos aqui ao culto do indivíduo que, instalando-se na sociedade, vai invadindo também a família (Leandro, 2001:135). No que respeita aos papéis femininos e masculinos no interior da família, defende uma assimetria dos mesmos (Torres, 2001), assumindo a ideia de que a divisão do trabalho sexual está na origem da solidariedade conjugal. Procura explicar as diferentes funções atribuídas a homens e mulheres no espaço familiar e na sociedade em geral a partir das diferenças biológicas supostamente encontradas entre os dois sexos, que confeririam às mulheres uma posição de subalternidade, relegando-as para o espaço doméstico onde desempenhariam um papel meramente reprodutivo e de cariz afectivo (Durkheim, 1977 [1893]). Um evolucionismo e um naturalismo exagerado são as principais críticas a fazer às propostas deste autor; é-lhe contudo devido o *reconhecimento* de uma postura científica no estudo da família, de um rigor nos seus princípios metodológicos, e de uma modéstia teórica assinalada por Segalen nos seguintes termos:

“...para combater os moralistas e os reformadores sociais, afirma que, tal como noutros campos do social, a família pode ser objecto de generalizações científicas, que esta é um local de ordem, se bem que heterogénea. Contudo há que (citando Durkheim) evitar o duplo perigo a que toda a teoria da família está exposta: pecar por excesso de simplismo ou renunciar a toda e qualquer sistematização” (Segalen 1999 [1996]: 25).

Contemporâneo de Durkheim, o sociólogo alemão Georg Simmel oferece-nos uma proposta diferente, rica de intuições, que Anália Torres sintetiza em *Sociologia do Casamento* (2001). Para este autor, as diferentes formas de relacionamento entre os dois sexos, ao longo dos tempos, associam-se a circunstâncias históricas específicas e não se integram num movimento evolucionista linear. Assim, a passagem do casamento por compra para o casamento por dote tem a ver com a alteração das condições sociais. Quando a divisão do trabalho entre os sexos não era tão marcada e as mulheres participavam na

esfera produtiva a mulher podia considerar-se um bem e a sua passagem para uma outra família corresponderia a uma perda que deveria ser paga pelo contrário, quando se acentua a divisão entre trabalho doméstico e trabalho considerado produtivo a mulher torna-se para o marido um encargo que deverá ser recompensado através do dote. As questões relacionadas com a propriedade e transmissão da mesma, orientam também, na perspectiva de Simmel, o tipo de relações que se desenvolvem no interior da família. A forma mais estável de relação seria a relação mãe – filho; a relação pai – filho, de desenvolvimento mais tardio, dever-se-ia ao desejo de transmitir o património, possível pelo aparecimento da propriedade privada. O desejo de transmitir património torna-se aliás responsável pela valorização da monogamia e da fidelidade, conduzindo posteriormente ao afecto, que inversamente hoje domina a escolha conjugal.

Durkheim morre em 1917 e Simmel em 1918; com a sua morte desaparece temporariamente a sociologia da família na Europa ressurgindo apenas nos finais dos anos 70 com novas teses que no decurso deste trabalho procuraremos apresentar.

3. 2. Dos anos 20 aos anos 60: as propostas da sociologia americana

As primeiras propostas da sociologia da família surgem com Burgess, fundador da Escola de Chicago, cujos trabalhos se desenvolveram de 1920 a 1955; o primado do companheirismo relativamente aos aspectos institucionais da família foi a tese desenvolvida por este autor para quem a família se pode definir como uma “ unidade de personalidades em interacção existindo primordialmente para o desenvolvimento e gratificação dos seus membros, unidos mais por coesão interna do que por pressões externas” (in Torres, 2001). Para Burgess a vida familiar e a vida pública são esferas autónomas governadas por lógicas diferentes, assumindo a família uma função protectora relativamente ao meio exterior, mais competitivo e mais hostil (Torres 2001). Assistimos assim à passagem de uma lógica institucional da vida familiar a uma lógica interaccionista da mesma.

No seio da sociologia da família americana a proposta de Talcott Parsons assume uma particular importância; ela surge num contexto social específico, no pós-guerra, caracterizado por um grande crescimento económico e uma forte integração social, o que de alguma forma condiciona a visão integrada da sociedade americana que Parsons tem e procura transmitir na sua obra. A sua posição insere-se no estrutural funcionalismo no qual

a família é considerada como um subsistema do sistema social total; os seus elementos "agem em função de uma rede de estatutos e de papéis cujo significado é manter o sistema familiar e, através do sistema familiar, todo o sistema social" (Michel, s/d: 25).

Para Parsons, a nuclearização da família e a sua independência face às famílias de origem dos respectivos cônjuges encontram-se associadas à industrialização e à mobilidade geográfica e social. A aliança entre os cônjuges, particularmente nas classes médias, passa a basear-se mais em sentimentos afectivos pessoais do que em questões de reprodução do património familiar, próprias de instituições de cariz tradicional (Parsons 1971 [1949]).

Na sua proposta, Parsons revela a influência marcada da teoria desenvolvida por Bales, psiquiatra norte-americano, com quem publica, em 1956, a obra *Family, Socialization and Interaction Process*. A investigação dirigida por este psiquiatra mostra que o funcionamento adequado dos grupos pequenos requer a diferenciação das tarefas expressivas e instrumentais no interior do próprio grupo (Michel s/d). Transposta para a família, esta teoria exige a especialização dos papéis masculinos e femininos, cabendo ao homem o papel instrumental, que desempenha no exterior, através do exercício de uma profissão, e à mulher o papel expressivo, ligado à expressão da afectividade no interior da família e às das tarefas consideradas adequadas a uma esposa, mãe e dona de casa (Torres, 2001, Michel, s/d). O estatuto da família é determinado pela actividade profissional do marido, provedor dos bens materiais familiares e detentor da autoridade familiar. O desempenho, pela mulher, do papel expressivo no interior do grupo familiar afasta-a do exercício de qualquer profissão. De acordo com este autor a família teria perdido já as suas funções de produção económica; as funções actuais restringir-se-iam à socialização das crianças e à estabilização das personalidades do adulto, que a especialização de papéis lhe permitia desempenhar adequadamente.

Em "A estrutura social da família" o próprio Parsons põe, de alguma forma em causa, este papel central da mãe na formação da personalidade da criança. Uma excessiva fixação à mãe e uma posterior necessidade de desvinculação face à imagem materna, podem, ao invés de proporcionar um harmonioso desenvolvimento da personalidade, contribuir para comportamentos desviantes, criando o que o autor designa como a síndrome do rapaz mau (Parsons 1971 [1949]:282). Quanto às raparigas, elas estão sujeitas a verdadeiras situações de *double bind*, já que mostrando-se passivas como suas mães, têm de, por outro lado, competir activamente por um marido, do qual sabem que vão depender futuramente. Para além disso, muitas destas mulheres, possuindo já formação académica média ou superior, vêem-se, no futuro, sujeitas ao papel de mães e donas de casa, função

que é ainda considerada a sua função superior (*idem, ibidem*: 296). A conclusão que Parsons e Bales apresentam mais tarde, a propósito das mulheres casadas que trabalham, e que Anália Torres cita, não parece ter contribuído para a resolução das dificuldades, anteriormente levantadas pelo próprio Parsons:

“ Não se pode colocar a questão da simetria entre os sexos e, argumentamos, não há tendência nesta direcção” (Parsons e Bales in Torres, 2001: 49)

Critica-se à proposta de Parsons o seu carácter ideológico e normativo e ainda a ausência de variedade de modelos familiares já que as suas afirmações se referem apenas á família americana branca de classe média. (Torres 2001 e Segalen 1999).

Não podemos deixar de apresentar, uma série de contestações às propostas do autor, vindas dos sectores feministas e protagonizadas sobretudo por Andrée Michel e que podem ser resumidas da seguinte forma:

- não parece credível que a divisão sexual dos papéis e a assimetria dos mesmos no interior da família conduza à realização pessoal da mulher e à estabilização da sua personalidade

- a atribuição do papel expressivo e instrumental a cada um dos elementos do casal é discutível, como se instrumentalidade e expressividade constituíssem pólos opostos de uma mesma dimensão e se não pudessem encontrar num mesmo individuo.

- a perda da função económica da família, defendida pelo autor, demonstra a ausência de perspectivação da família como unidade de produção de bens domésticos, como se os bens domésticos, tal como as mulheres que os produziam, estivessem, do ponto de vista económico, sob a mesma invisibilidade (Michel s/d).

Distanciando-se das posições de Parsons e recorrendo a um extenso material histórico e etnológico que lhe possibilita uma análise comparativa, William Goode publica em 1963 *World Revolution and Family Patterns* expondo nesta obra as ideias mais significativas da sua proposta: a importância da distinção entre modelos ideais e configurações efectivas de famílias, a multiplicidade dos modelos de mudança social o poder da ideologia na mudança social, a família e o parentesco como forças causais da história (Torres, 2001 e Segalen, 1999 [1996]). Em *A Família*, Goode, demonstra a mesma preocupação de análise comparativa, ao analisar, entre outros aspectos, as diversas formas de unidade doméstica, ou os diversos padrões do controlo do amor, presente em diversas culturas e sociedades (Goode, 1970 [1964]: 72-73). Ao debruçar-se sobre a família americana, aborda, entre outros aspectos, o ciclo de vida da família, não tanto do ponto de

vista normativo, mas baseado em trabalhos empíricos, descritivos dos vários tipos de eventos que, no conjunto das várias famílias, vão ocorrendo ao longo do seu desenvolvimento. Analisa, ainda, as relações prescritas para os papéis conjugais e parentais, na família e na sociedade, admitindo que à mulher são reconhecidas “tarefas expressivas, emocionais ou integrativas”, enquanto que o pai é o líder “instrumental” (*idem, ibidem*:119). Para Goode, contudo, a mulher está, em si mesma, apta ao desempenho de qualquer tarefa:

“a divisão do trabalho não se baseia nem na biologia, nem numa simples igualdade. Outro elemento característico da posição de marido e de homem na sociedade é significativo: quaisquer que sejam as tarefas estritamente masculinas, elas são definidas como sendo mais honrosas. Este elemento sugere que a divisão sexual do trabalho no seio da família e da sociedade se aproxima, de modo perigoso, das restrições raciais ou de casta que se encontram em alguns países modernos” (*idem, ibidem*:118-119).

Aqui, ao contrário do que nos é apresentado na proposta de Parsons, a divisão sexual do trabalho é vista não como um factor necessário à manutenção do sistema familiar e da sociedade como um todo, mas como uma forma, entre outras, de discriminação social.

3. 3. A família no discurso sociológico contemporâneo

As mudanças de valores, comportamentos e práticas sociais que os anos 60 revelaram, o contributo massivo de indicadores demográficos, o interesse pelo conhecimento das práticas sociais vigentes, a emergência de críticas e de novas propostas de análise, vindas dos sectores feministas da sociedade, constituíram, sem dúvida, estímulos desencadeantes de novos discursos da sociologia europeia da família, em franca ruptura com os discursos precedentes.

A conjugalidade emerge como um dos campos alvo de maior atenção por parte de muitos sociólogos. As escolhas conjugais, as novas formas de entrada na vida conjugal, as interacções conjugais, o sentimento e a intimidade são temas presentes nas obras de autores como Bozon, Singly, Kaufmann, Kellerhals e Giddens. Questões relacionadas com a autonomização do indivíduo no seio da família constituem-se também como foco de interesse para muitos autores, particularmente Kaufmann e Singly. Os aspectos relativos à parentalidade ocupam a atenção de sociólogos como Kellerhals, Segalen e Singly. Questões relativas ao género, ao trabalho profissional da mulher e à relação entre a vida familiar e profissional constituíram-se como alvo de debates, que, iniciando-se com as

reflexões de autoras como Andrée Michel encontram continuidade nas propostas de Martine Chaudron e Marie Agnès Barrère – Maurrison. Desenvolvem-se ainda as análises sobre o parentesco na sociedade ocidental particularmente trabalhadas por Roussel e Segalen. Far-se-á, no decurso deste trabalho, o desenvolvimento mais pormenorizado de algumas destas propostas.

3. 4. Discurso(s) psicológico(s) sobre a família

O discurso psicológico sobre a família, dirigido particularmente para a acção, ou terapia, assenta desde a segunda metade do século XX nos contributos da cibernética e da teoria geral dos sistemas, desenvolvidas, respectivamente, pelo matemático Norbert Wiener e pelo biólogo Ludwig Bertalanffy, entre 1940 e 1954. O contributo destes teóricos influenciou várias áreas do saber e da prática, da biologia à antropologia, economia, lógica e comunicação, medicina, nomeadamente a psiquiatria, em algumas das correntes de psicoterapia, e, a partir dos anos 70, à medicina familiar e clínica geral. Os conceitos de sistema – conjunto de elementos em interacção de tal forma que uma mudança num deles implica modificações em todos os outros – e de retroacção negativa ou feedback tornam-se, assim, fundamentais. Wiener e colaboradores, trabalhando com aparelhos de pilotagem automática, demonstram que “...para controlar uma acção orientada para um objectivo, a circulação de informações necessárias deve formar um *loop* fechado, no qual a máquina avalia os efeitos das suas acções e corrige o seu comportamento futuro utilizando as memórias de performances anteriores” (in Marc e Picard 1984: 20).

O contributo destes autores na transição do paradigma analítico, presente no mundo científico desde há séculos, para o paradigma sistémico, foi imprescindível. Abandona-se, assim, na compreensão de fenómenos complexos a causalidade linear (ou princípio de causa-efeito) em proveito de uma causalidade circular. Os fenómenos deixam de ser observados inseridos numa cadeia linear de acontecimentos passando a ver-se englobados numa cadeia circular. A abordagem sistémica apoia-se nos princípios da totalidade, equifinalidade, retroacção e homeostasia. Por totalidade entende-se que o todo é mais do que a soma das partes – as qualidades do conjunto são mais do que a soma das qualidades dos componentes. Equifinalidade refere-se ao facto de se poder atingir a mesma situação final a partir de condições iniciais diferentes. É a retroacção ou feedback que, segundo Edmundo Marc e Dominique Picard (1984) nos permite ultrapassar uma

causalidade linear e entrar numa causalidade circular; pode tratar-se de retroacção positiva ou negativa consoante nos conduza à acentuação ou ao amortecimento de um fenómeno. A homeostasia refere-se à constância interna do sistema, ao equilíbrio do sistema – os sistemas reagem às perturbações de origem interna ou provenientes do exterior por um conjunto de mecanismos reguladores que conduzem o sistema ao estado de equilíbrio inicial.¹

Perspectivar a família de uma forma sistémica é considerá-la um sistema em constante transformação, que procura, através dos mecanismos de homeostasia ou de transformação - mediados por circuitos de feedback negativo ou positivo – adaptar-se às exigências das várias fases do seu ciclo de vida e às mudanças e solicitações do exterior. A família é, de acordo com Minuchin (1990 [1980]), um sistema que opera através de padrões transaccionais que lhe definem a sua estrutura. Estes padrões, reguladores dos comportamentos dos membros da família, são mantidos através de dois tipos de constrangimentos: um compreende as normas que regulam habitualmente a organização familiar – hierarquia de poder, complementaridade de papéis – o outro, específico de cada família, diz respeito às expectativas que os seus membros desenvolvem uns relativamente aos outros, expectativas que se originam em anos de negociações explícitas ou implícitas em torno dos pequenos acontecimentos do quotidiano.

O sistema familiar está em contínua interacção com outros sistemas que lhe são exteriores e diferencia-se ele próprio em subsistemas formados em função do sexo, das gerações, dos interesses ou das funções. Os subsistemas familiares – as díades conjugal e parental e o grupo de irmãos - de que os indivíduos fazem parte, desempenham funções distintas, fazendo também, por sua vez, distintas exigências aos seus elementos. Sistemas e subsistemas são, de acordo com esta visão estrutural da família, separados por fronteiras ou limites que se querem nítidos para um bom funcionamento familiar. Fronteiras difusas entre os subsistemas estão associadas a um envolvimento excessivo de diversos elementos da família, sem uma distância que permita a sua autonomia e diferenciação; fronteiras rígidas originam comunicação deficiente entre os vários subsistemas e conduzem à perda da função protectora da família.

Interagir ou comunicar são sinónimos. Todo o comportamento tem valor de mensagem e é, por isso, comunicação. A equipe de investigadores do Instituto de Pesquisa

¹ É nesta perspectiva que pode ser também considerado o contributo de Parsons e Bales como atrás foi referido constituindo-se a sua obra património interdisciplinar.

Mental de Palo Alto, na Califórnia, partilhando entre os seus membros uma perspectiva sistémica, orienta os seus trabalhos, a partir dos anos 50, para o estudo da comunicação humana e para a sua implicação na doença mental. Bateson desenvolve a partir de 1952 o seu projecto sobre comunicação e Paul Watzlawick, Janet Beavin e Don Jakson publicam, em 1967, *Pragmática da Comunicação Humana*, que se ocupa “dos efeitos pragmáticos (comportamentais) da comunicação humana, dedicando especial atenção aos distúrbios do comportamento” (1993[1967] :13). Apresentam no seu trabalho as propriedades básicas da comunicação que definem como axiomas. O primeiro axioma da comunicação fala-nos da impossibilidade de não comunicar. Não existindo um não comportamento não existe o não comunicar. A dualidade das mensagens sob o ponto de vista do conteúdo e do nível de relação que cada mensagem estabelece é outro dos axiomas mencionados. Bateson, referido nesta obra, apresentara já as noções de conteúdo e de ordem para indicar o aspecto de relato de uma comunicação e o nível de relação que ela estabelece entre os comunicantes. A simples frase “não faça isso“ pode definir vários níveis relacionais dependendo apenas da entoação com que for pronunciada – um pedido, uma ordem, um conselho. O homem comunica digital e analogicamente; a comunicação digital transmite essencialmente o conteúdo enquanto a comunicação analógica ou não verbal transmite o aspecto relacional. A pontuação da comunicação designa o ponto de vista de cada um dos comunicantes sobre o seu próprio comportamento e sobre o comportamento do outro numa determinada sequência comunicacional. Um comportamento pode ser interpretado de formas diversas pelos diferentes comunicantes, podendo assim originar, entre os mesmos, situações conflituosas. O último axioma apresentado por estes autores refere-se aos modelos de interacção, definidos em termos de simetria ou de complementaridade; as interacções simétricas são caracterizadas pela igualdade de posição dos participantes e pela minimização das diferenças, enquanto as interacções complementares se caracterizam pela maximização da diferença.

São inúmeras as situações de comunicação patológica que explicam muitos dos conflitos que se desenvolvem no interior das famílias. A rejeição verbal ou gestual da comunicação do outro e a desqualificação da comunicação através do uso de ironia, de declarações contraditórias, respostas tangenciais, maneirismos de fala ou de um estilo obscuro são problemas frequentes. São igualmente frequentes os distúrbios de comunicação devidos à confusão entre conteúdo e relação; as discussões em que os participantes afirmam o mesmo ao nível do conteúdo são disso um bom exemplo. O que

está em causa é a posição que cada um procura na relação, sendo este aspecto o que motiva a discussão. A saída para este tipo de situações assenta na metacomunicação, entendida como um comunicar sobre a comunicação (sobre a relação).

As discrepâncias na pontuação das sequências comunicacionais constituem outra das situações de patologia da comunicação. Assumindo perspectivas diferentes sobre o seu próprio comportamento e sobre o comportamento do outro, dificilmente os dois participantes comunicarão de forma satisfatória. Para cada um deles a sua verdade é a única realidade; só igualmente a metacomunicação permitirá sair deste ciclo vicioso. Na obra acima mencionada, Watzlawick, Beavin e Don Jackson chamam ainda a atenção para patologias potenciais das interações simétricas ou complementares, interações que em si mesmas se não podem considerar boas ou más. Numa relação simétrica saudável os parceiros aceitam-se, respeitam-se e confirmam-se mutuamente. O desaparecimento destes aspectos conduz a uma escalada simétrica onde a rejeição substitui a confirmação do “eu” do outro. As patologias das relações complementares, acentuando as diferenças entre os dois parceiros, tendem a revelar, mais do que a rejeição do outro, a desconfirmação do seu “eu”, o que conduz a situações de despersonalização. O “não existes” é ainda mais difícil de suportar do que o “não te quero”. Os paradoxos e situações de duplo constrangimento (*double bind*) – emissão de mensagens com duplo sentido, contraditório, sem que o receptor tenha possibilidade de metacomunicar - também elas patológicas e indutoras de patologia, foram igualmente exploradas por estes autores e desenvolvidas por Paul Watzlawick em *A realidade é real?* (1991). Nesta obra o autor apresenta quatro variações básicas do tema paradoxal que procuraremos sintetizar. Exigir a alguém que tenha um comportamento que pela sua natureza deveria ser espontâneo, é uma das situações paradoxais mais frequentes da comunicação humana. Esperar que um outro significativo tenha, relativamente a nós próprios, sentimentos diferentes daqueles que realmente sente, acabará por fazê-lo sentir-se culpado da impossibilidade dos seus próprios sentimentos. É típica a frase “depois de tudo o que fiz por ti, esperaria que...” Alguém que for punido, por um outro significativo, por ter uma percepção correcta do mundo exterior (situação paradoxal) aprenderá a não confiar mais em si e nos seus sentidos. Outra das situações de duplo constrangimento frequente na comunicação humana, observada particularmente nas relações pais - filhos, diz respeito ao fornecimento de instruções que, ao mesmo tempo que exigem, proíbem certas acções, de tal forma que apenas se pode obedecer desobedecendo. Sentimentos de estranheza, tristeza e confusão são experimentados pelos que se vêem

envolvidos neste tipo de interações que pelo seu carácter destruidor são, com frequência, indutoras de patologia psiquiátrica.

A compreensão das sequências interacionais (ou comunicacionais) de uma família é fundamental para apreender o seu funcionamento e a génese dos comportamentos sintomáticos que nela se desenvolvem. Alguns autores (Breulin, Schwartz, Richard e Mc Kune-Karrer, 2000) distinguem quatro classes de sequências interacionais: as interações face a face, as rotinas familiares que incorporam as primeiras e se desenvolvem geralmente num período de vinte e quatro horas (diariamente), as sequências mais longas que incluem acontecimentos intermitentes, voluntários ou não, e que, de igual forma, incorporam as duas classes anteriores e, finalmente, as sequências intergeracionais que integram os padrões familiares que se repetem de família a família. Existe interligação entre os vários tipos de classe de sequências apresentadas. Uma situação comum pode exemplificá-lo. Uma mãe com intensa actividade profissional pode ter dificuldade em desempenhar as tarefas domésticas e o cuidar dos filhos pequenos sem ajuda do marido, que regularmente chega mais tarde a casa (rotina). Pensando que aquele o faz propositadamente, isto é, pontuando de forma diferente a situação, reage com ressentimento, desqualificando a comunicação do marido à qual responde com ironia ou respostas tangenciais (interacção face a face). A tensão entre o casal aumenta até que, periodicamente, se assiste a discussão violenta com o desenvolvimento de escalada simétrica entre os dois (sequência longa com acontecimento intermitente e interacção face a face). A discussão termina com a saída de casa do marido que só regressa várias horas depois, após uma visita prolongada aos seus pais, comportamento que o seu próprio pai tinha aquando das discussões conjugais (sequência intergeracional). O filho mais novo agrava então as crises ocasionais de “falta de ar” necessitando da atenção conjunta dos pais e fazendo assim diminuir a tensão pré-existente entre os dois. Esta seria, para alguns autores, a função do comportamento sintomático da criança – o reforço da homeostasia do sistema e a “protecção” dos outros elementos da família.

Estão descritos de forma sucinta os substratos teóricos que deram lugar a duas correntes ou escolas de intervenção familiar terapêutica: a terapia familiar estrutural, de que Minuchin é o principal representante, e a terapia familiar estratégica de Haley, Watzlawick, Weakland e Pallazoli, entre outros.

O modelo estrutural, inscrito nas correntes estrutural funcionalistas da época, enfatiza a estrutura da família, os seus subsistemas, a qualidade das fronteiras – rígidas,

frouxas, permeáveis - e as normas que regulam o estabelecimento das mesmas. Nas sessões periódicas que desenvolve com a família, um terapeuta estrutural examina as interações entre os vários membros, de forma a captar a organização estrutural familiar, e age no sentido da modificação da mesma. Proximidades e distâncias entre os vários elementos, regras de poder e de autoridade, relações da família com o ambiente exterior podem, assim, ser trabalhadas nesta perspectiva de forma a destruir as transacções que contêm e mantêm os sintomas.

Para a terapia familiar estratégica os problemas ou sintomas estão ancorados em padrões de interacção mais vastos, em sequências interaccionais que se repetem e que podem pertencer a qualquer das classes a que já fizemos referência. O papel do terapeuta consiste em identificar a sequência que contém o comportamento patológico e destruí-la ou modificá-la através de estratégias específicas; a prescrição do próprio sintoma e/ou a prescrição ou proscricção de comportamentos não sintomáticos que pertençam à mesma sequência interaccional constituem estratégias de uso frequente.

Em ambos os modelos o terapeuta assume uma postura directiva; é ele o líder do processo de mudança. Esta objectividade e directividade do terapeuta vão contudo ser postas em causa com o aparecimento dos autores pós-modernistas² e com o desenvolvimento da chamada cibernética de 2ª ordem³. Algumas teorias adquirem especial importância: o construtivismo, para o qual a realidade em si não existe, sendo sempre fruto de uma construção humana, a hermenêutica, considerada como a arte da interpretação, e a teoria da narrativa, de acordo com a qual os acontecimentos humanos só se tornam inteligíveis quando se narram a outrem (Hoffman, 1999). Os teóricos ligados à cibernética começam a referir-se, a partir da década de 70, à cibernética de 2ª ordem, a qual não só põe em causa o modelo homeostático de regulação dos sistemas como a posição neutra do observador.

Os sistemas são considerados como unidades auto organizadas, isto é, como capazes de modificar espontaneamente a sua estrutura quando as condições internas ou externas se modificam. Sujeito a perturbações constantes, o sistema modifica a sua estrutura logo que essas perturbações ultrapassam certo limiar, em condições de imprevisibilidade e de irreversibilidade. Por outro lado o observador tem de ser incluído no

² Harlene Anderson, Harold Goolishian, Lynn Hoffman, Michael White, Carlos Sluzki, Gianfranco Cecchin, Luigi Boscolo, e Mony Elkain, entre muitos outros.

³ Francisco Varela, Heinz von Foerster, Humberto Maturana podem considerar-se os pais da 2ª cibernética.

próprio sistema que observa. Em situação de terapia não existe mais o sistema observado (família) e o sistema observador (terapeuta) mas o sistema observante (família e terapeuta). Lynn Hoffman definiu da seguinte forma as linhas de orientação das terapias baseadas nestes pressupostos teóricos:

“uma atitude de sistema observante e a inclusão do contexto do próprio terapeuta, uma estrutura de colaboração e não hierárquica, objectivos que definam um contexto de mudança e não especifiquem a mudança, formas de prevenir uma instrumentalização exagerada, uma avaliação circular e não causal do problema, uma perspectiva não pejorativa e não avaliativa”(Hoffman, 2003: 146).

A co-construção de narrativas alternativas à história que a família traz para a terapia é o modelo de intervenção seleccionado pelos terapeutas do pós-modernismo. Segundo Sluzki :

“a intervenção dos terapeutas terá como objectivo a alteração selectiva da organização de fragmentos específicos da realidade da família que fornecem apoio ideológico aos padrões de interacção que contêm os comportamentos sintomáticos, de forma a abanar o padrão e a deslocar os sintomas”. (Sluzki 1993: 15).

Família e terapeuta co-evoluem, assim, na construção comum de uma nova história (ou realidade) familiar.

Sempre virado para a acção, ou seja, para a ajuda terapêutica a oferecer às famílias, particularmente aos seus elementos em situação de sofrimento, o discurso da psicologia acompanhou, contudo, as várias mudanças de paradigma, à semelhança das outras áreas do pensamento. Do estrutural funcionalismo que de alguma forma enquadrou a proposta de Minuchin, às teorias construtivistas actuais e às posições defendidas pelos autores da segunda cibernética, o discurso psicológico evoluiu a par do discurso não só das outras ciências sociais, como da própria biologia e da ciência física, da qual, aliás, emergiram muitos dos novos paradigmas.

Capítulo 4

Famílias contemporâneas: conjugalidade(s), parentalidade(s), redes sociais e tipologias familiares

Relações de sexo e de gerações, na sua dupla vertente biológica e social, vivência em conjunto, partilha de tarefas e apoio mútuo estão de forma geral associados ao conceito de família. No sentido restrito de agregado familiar, a família pode definir-se “como um grupo de duas ou mais pessoas relacionadas por laços de sangue, por aliança ou por outro tipo de afinidades, que residam em conjunto, partilhem um orçamento comum, se apoiem mutuamente, podendo prestar cuidados a crianças ou outros coabitantes dependentes” (Guerreiro, 2001: 2). Na multiplicidade de formas familiares de hoje conjugalidade e parentalidade, ainda que vividas sob modelos diversos, continuam a ocupar um lugar de maior relevo nos grupos familiares.

4.1. Conjugalidade(s)

A co-existência actual de diversos modelos de viver a relação conjugal faz com que a pensemos em termos de plural; a conversa com casais em diferentes fases da trajectória conjugal, mostra não só interesses diversos, naturalmente relacionados com esses momentos trajectoriais, mas diferentes concepções da vida em casal, perspectivas diferentes sobre a divisão dos papéis sexuais no interior da família, modos diversos de conceber o afecto e a própria vivência da sexualidade. Casais em fases semelhantes de trajectória conjugal mas em diversos contextos sócio-económicos revelam igualmente diferentes modelos de viver a conjugalidade (Torres, 2002).

Hoje indissociável da conjugalidade, o sentimento do amor nem sempre para ela remeteu. Realidade de alguma forma criada pelo ideário romanescos (Rougemont 1999 [1956]), o amor só tardiamente, no início do século XX, surge associado ao casamento e à vida conjugal. Até finais do século XIX, amor e casamento foram tendencialmente vividos como realidades independentes: amor e erotismo, considerados como potenciais destruidores do casamento, constituíram-se como realidades reservadas ao sexo masculino e localizadas no exterior da relação conjugal. Acentuava-se então o carácter institucional

do casamento, vivido como aliança entre famílias para preservação do património, ou, nas classes sociais mais baixas, como uma aliança de indivíduos, em estratégias de sobrevivência. Por um período que François de Singly situa entre 1910 e 1960, o “carácter disruptivo do amor parece contudo ter desaparecido, amor e casamento reforçando-se então mutuamente” (Singly citado em Kaufmann 1993:31). O amor surge assim como fonte de legitimação do casamento. Como Goode afirma:

“... em todas as sociedades ocidentais...a criança é socializada para se apaixonar. O amor é assunto comum na conversa da família assim como nos temas do cinema, televisão, programas de rádio e publicidade” (1970 [1964]: 70 e 71).

Alain Girard (1981 [1964]) demonstra nos seus trabalhos, realizados a propósito da escolha conjugal, uma forte homogamia social, com escolhas a recaírem sobre indivíduos de sectores sociais semelhantes. Para Goode, estes factores sociais – riqueza, religião, ocupação, entre outros – não substituem o amor mas criam a estrutura em que o amor opera (*idem, ibidem*: 68).

Bozon (1991) continua a mostrar-nos a importância da homogamia social na escolha do cônjuge; François de Singly acentua, contudo, nesta selecção, a importância daquilo que designa por sexo dos capitais. O corpo, os capitais escolares e sociais, valorizados de forma diferente por homens e mulheres, influenciam o julgamento amoroso e, desta forma, a escolha conjugal (Singly 2002 [1993]).

Fortemente implantado na relação conjugal o amor revela o seu primado face à instituição, que vemos, a partir dos anos 60, identificada com uma crescente instabilidade. De que falamos contudo quando falamos de amor?

Na análise do sentimento amoroso Kaufmann (1993) distingue essencialmente dois componentes: a paixão súbita ou choque amoroso e a afeição. A primeira é para este autor “o resultado de uma predisposição social e cognitiva que coloca o sujeito em condições de poder ou dever experimentá-la” (Kaufmann 1993: 35) e que, de forma complexa, se combina com os elementos de carácter biológico e com o acaso do encontro do outro. Desta combinação complexa nasce a especificidade da paixão. Associada à estima e à ternura, o que o autor designa por afeição constrói-se pelo contrário no repetitivo do quotidiano, assumindo características de maior constância.

Em *Enamoramento e Amor*, Alberoni (2004 [1979]) debruça-se essencialmente sobre a primeira condição que define como “o estado nascente de um movimento colectivo a dois” (*idem, ibidem*: 15); tal como os movimentos colectivos o enamoramento é colocado no registo do extraordinário.

“O tipo de relação que se estabelece entre nós e a pessoa que amamos, o tipo de experiência extraordinária que vivemos, é que torna diferente e extraordinária a pessoa amada e, mais profundamente, torna diferentes e extraordinários os dois” (*idem, ibidem*: 17).

Segundo o autor, o enamoramento tende para a fusão, mas para a fusão de duas pessoas diferentes; a pessoa amada existe porque é diferente, única, e o enamoramento é uma vontade de superar essa diferença. Cada um de nós, aliás, quer ser amado como ser único e insubstituível. Individualização e fusão são, assim, duas realidades que Alberoni considera presentes no processo de enamoramento. Também do ponto de vista erótico, o autor nos remete, para este desejo de fusão, que se expressa no contexto de uma sexualidade extraordinária:

Ela (a sexualidade) é algo que existe sempre na sua forma *ordinária* mas que assume uma força e uma intensidade totalmente diferente, *extraordinária*, em certos períodos do amor... Então vivemos dias e dias abraçados à pessoa amada, e não só não temos em conta as relações sexuais e a sua duração, mas cada olhar, cada contacto, cada pensamento dirigido ao ser amado tem uma intensidade erótica, cem, mil vezes, superior à de uma relação sexual *ordinária*.

A relação sexual torna-se agora no desejo de estar no corpo do outro, um desejo de viver e ser vivido por ele numa relação corpórea, mas que se prolonga com ternura pelas fraquezas do amado (*idem, ibidem*, 22 e 23).

De igual forma, em Roussel (1989), o sentimento amoroso coloca os enamorados num novo universo. Dependentes afectivamente um do outro, para cada um deles o outro é diferente e irredutível. A identidade própria se descobre à medida que acedemos à identidade do outro. Existe um sentimento de renascimento, no sentimento amoroso; “o que é percebido por um e por outro como a sua *verdadeira identidade*, ontem ainda escondida, hoje exaltada” (*idem, ibidem*:116). Roussel alerta-nos para a precariedade do sentimento amoroso. A passagem para a fase do amor, de uma história comum, implica a renúncia à ilusão do imediato, “da captura” do outro e do seu encerramento e, ainda, dos jogos de espelhos mágicos com a satisfação narcísica que ambos daí retiram (*idem, ibidem*:129).

Também Giddens enuncia a diferença entre o amor apaixonado, o amor romântico e o amor confluyente. O primeiro, vinculado à atracção sexual, “marcado por uma premência que o afasta da vida quotidiana do indivíduo, com a qual tende, aliás, a entrar em conflito” (1996 [1992]: 25), surge como destabilizador da ordem e do dever social. O amor romântico, apresenta, segundo o mesmo autor, especificidades culturais que lhe advêm da sua emergência na Europa dos finais do século XVIII, associado ao nascimento do romance. Prevaecem nesta forma de sentimento as características de amor sublime que se sobrepõem aos aspectos erótico – sexuais. Como afirma Giddens:

“Todavia, apesar da atracção imediata fazer parte do amor romântico, ela tem de ser bastante atentamente separada das compulsões erótico – sexuais do amor apaixonado. O *primeiro olhar* é um gesto comunicativo, uma avaliação intuitiva das qualidades do outro. É um processo de atracção por alguém que pode fazer a vida de uma pessoa, como se costuma dizer, completa” (Giddens 1996 [1992]: 27).

O amor romântico é para este autor um amor no feminino (*idem*); é um amor que surge e se desenvolve associado a um número múltiplo de factores que de alguma forma moldaram a vida no feminino: a casa, as alterações na relação pais filhos - com a afectividade da mãe a sobrepor-se à autoridade do pai no centro da vida doméstica - e a idealização da maternidade, que associa maternidade e feminilidade, fazem do amor romântico um amor no feminino, da cultura e do trabalho do amor e do afecto uma tarefa essencialmente feminina. Eterno, exclusivo e assimétrico em termos de poder, o amor romântico dificilmente se articula com as mudanças sociais que, com a influência dos movimentos feministas, ocorrem a partir dos anos 70. A emergência do amor confluyente que Giddens caracteriza como um amor activo, contingente, que insere na dimensão conjugal a *ars erotica* e o prazer sexual recíproco (*idem*: 41-42) vem assim responder às exigências feitas por tais mudanças. Baseado numa posição igualitária dos parceiros, o amor confluyente assenta ainda no que o autor designa por relação pura, liberta de pressões sociais e que se mantém enquanto proveitosa para cada um dos parceiros. A própria sexualidade, que desde o início dos anos 60 se liberta progressivamente da reprodução – processos que se encontram hoje globalmente diferenciados – torna-se para este autor uma sexualidade plástica, “maleável, pronta a ser moldada de formas diversas e uma potencial propriedade do indivíduo” (*idem*: 19).

Para Anália Torres, se a escolha amorosa parece ser necessária na vivência da conjugalidade não parece contudo suficiente para o sucesso da relação. O amor-construção

torna-se o modelo fulcral para a relação conjugal contemporânea. Neste modelo, *o outro*, liberto da idealização, torna-se “mais falível, menos entusiasmante, mais previsível e possivelmente mais próximo” (Torre, 2002: 89).

Acentuam-se progressivamente, neste percurso do amor, a importância da realização pessoal de cada um dos parceiros, da satisfação sexual mútua, da simetria na relação conjugal, com distribuição igualitária de poder e expressividade e instrumentalidade igualmente partilhadas e da responsabilidade mútua na construção quotidiana do amor.

O sentimento amoroso e a própria vivência sexual na relação conjugal são assim elementos historicamente marcados. A conjugalidade, como o afirma Anália Torres, inscreve-se em trajectórias sociais e de género, elas próprias marcadas pela temporalidade e historicidade.

Se a afectividade e a sexualidade são dimensões importantes da conjugalidade, não detêm contudo a exclusividade. A importância e o papel do cônjuge na revelação e na construção da identidade do parceiro constitui para François de Singly uma dimensão essencial da conjugalidade que nas suas obras *Le soi, le couple et la famille* e *Sociologie de la famille contemporaine* desenvolve com pormenor. Para o autor a família tem hoje, mais do que nunca, esta função identificadora que para o adulto é assegurada pelo cônjuge; o adulto como ser inacabado tem necessidade de seres muito próximos que o ajudem a descobrir os recursos escondidos no fundo de si mesmo e a consolidar permanentemente o seu eu (Singly 1996). A identidade pessoal não é algo de estável, inscreve-se antes num processo de mudança contínua exigindo assim do cônjuge uma mudança, também permanente, que lhe permita apanhar e espelhar essa nova imagem. Trata-se então “de conciliar a fidelidade a um eu em mudança e a fidelidade a um outro (ele próprio em movimento)” (*idem, ibidem*: 25).

Para Berger e Kellner (1975 [1964]) a conjugalidade é não só um factor de validação da identidade pessoal mas, através da *conversa* dos dois cônjuges, reveladora da visão conjugal sobre o mundo e sobre os outros é, ela própria, criadora de realidade - em mutação constante, mas realidade.

Também os autores sistémicos, cujo pensamento atrás apresentámos, acentuam a dimensão produtora de realidade da relação conjugal. Um sistema é sempre mais do que a soma dos seus componentes, por isso o sistema conjugal é mais do que a soma das

identidades e da realidade de cada parceiro. Existe um *nós conjugal* em que cada casal se centra de forma diversa mas que ultrapassa e é distinto da soma das realidades *eu* mais *tu*. Kaufmann assinala a importância da interacção quotidiana na elaboração do nós conjugal (1993). Os aspectos da organização quotidiana, a criação de novos hábitos, de regras de funcionamento, mais implícitas do que explícitas, o desenvolvimento da negociação são elementos estruturantes do nós conjugal, para os quais Minuchin (1990 [1980]) tinha já chamado a atenção.

Para além da criação de realidade simbólica, Anália Torres (2002) assinala ainda a criação de realidade material – através da partilha de recursos, da geração de filhos, da criação de redes familiares, da criação de património comum – geradora de novas possibilidades e também, potencialmente, de novos constrangimentos.

Coesão, entendida como a distância emocional entre os cônjuges, orientação, definida a partir do centramento feito pela díade conjugal, adaptabilidade, referida à capacidade de mudar com as mudanças ocorridas nos próprios cônjuges ou no exterior constituem outras tantas dimensões da conjugalidade, exploradas por outros autores e de que falaremos ao abordar a questão das tipologias de interacção familiar.

4.2. Parentalidade(s)

A descida dos indicadores de fecundidade que a partir dos anos 60 se verificou globalmente ao nível da Europa, embora com ligeiro atraso nos países do Sul,⁴ associa-se, entre outros factores, a uma diferente representação da criança no seio da família, a um maior investimento afectivo e material nos filhos, já não fruto do acaso e da surpresa, mas, graças à eficácia dos novos métodos anticonceptivos, disponíveis para utilização massiva a partir dos anos 70 e desde então continuamente aperfeiçoados, resultado de um planeamento do número e espaçamento das gravidezes. São assim diferentes, à priori, as disposições para assumir uma maternidade e uma paternidade resultantes de escolha e decisão pessoal e conjugal. A maiores investimentos correspondem também maiores expectativas. Não se pede apenas aos filhos que de alguma forma reproduzam e prolonguem os seus pais, mas que os ultrapassem no seu percurso de mobilidade social. Objectivos e estilos educativos diferem de acordo com a representação que cada família

⁴ Em Portugal a evolução do índice sintético de fecundidade foi de 3,1 em 1960 para 1,5 em 1999 com um descida mais rápida em meados da década de 80 tornando-se impossível a reposição de gerações a partir de 1983 por aquele valor se tornar inferior a 2,1. (Fonte: INE, Estimativas da População Residente 1999).

faz do lugar ocupado pela criança no grupo familiar. Assim, de acordo com Roussel (1989) na família tradicional a posição da criança é a de herdeira, responsável pela continuação da linhagem e da propriedade, sem possibilidade de escolha, enquanto na família moderna, a criança será não só o objecto da afeição dos pais, mas ela própria fonte de gratificação parental, e, frequentemente, “ nas famílias mais abertas” (*idem*: 164), sujeito de delegação parental. Os projectos educativos tenderiam aqui a diferir as gratificações imediatas e a valorizar o médio prazo. Nas famílias caracterizadas por uma maior fusão, e ainda segundo o mesmo autor, a criança surgirá como a expressão viva do amor que une os pais; aqui apenas o afecto e a espontaneidade serão vistos como regras educativas. Uma maturidade mais difícil de atingir, e rupturas por vezes mais violentas são os riscos deste estilo educativo. Na família *clube*, a criança, parceira, é vista como um entre os vários projectos parentais. Educar para a autonomia, com o respeito máximo pela individualidade da criança torna-se aqui a máxima educativa. Existe equidade e respeito mas são, de qualquer forma, os adultos que estabelecem as regras e que podem transgredir os princípios da equidade (*idem, ibidem*:167).

Vanessa Cunha (2005), ao estudar as funções dos filhos no seio das famílias portuguesas, procurou enquadrá-las em quatro dimensões de análise: afectiva, instrumental, estatutária e expressiva. A primeira integra as *funções afectiva, afectiva extrema, afectiva alargada e simbólica de coesão*, conforme os filhos são fonte de alegria para os pais, são a única fonte de amor perene, são fonte de alegria para toda a família ou são a expressão do amor conjugal. Na dimensão instrumental a autora integra a função produtiva, a de solidariedade material e a de solidariedade emocional. A função de conferir identidade e autoridade maternas, assim como a de mobilidade social (delegação familiar) e a de linhagem (continuadora da história) integram-se na dimensão estatutária. Finalmente, a dimensão expressiva enquadra as funções de papel (é um prazer tratar deles quotidianamente), a socializadora e a de sociabilidade lúdica. Na generalidade das famílias portuguesas, as funções afectiva e simbólica de coesão são claramente as mais valorizadas. Surgem também muito valorizadas funções que apontam para os aspectos relacionais das famílias, como as de papel, de sociabilidade lúdica e as socializadoras, surgindo aqui a criança não só como uma companhia agradável para os pais, mas ainda como um veículo e uma ocasião de aprendizagem para os mesmos. As funções instrumentais são claramente as menos seleccionadas.

O tipo de coesão familiar e o nível sócio-económico de cada agregado familiar influenciam de igual forma os objectivos e estilos educativos adoptados pelas diferentes

famílias. Jean Kellerhals e Cléopâtre Montandon (1991), definem, de acordo com as técnicas de influência utilizadas três estilos educativos. O estilo *contratualista*, caracterizado pela importância que os pais concedem à autonomia e auto-controlo da criança, bem como aos valores da criatividade e imaginação utiliza como técnicas pedagógicas a motivação ou as táticas relacionais que se aproximam da sedução. A influência de outras instâncias educativas é, neste caso, bem aceite e os papéis educativos dos pais são pouco diferenciados, assumindo indiferentemente cada um deles um papel expressivo ou instrumental. O estilo *estatutário* acorda um papel de relevo à obediência e disciplina no processo educativo; o controle sobrepõe-se à motivação e à relação como técnicas pedagógicas. A distância entre os pais e a criança é grande, os papéis educativos são bem diferenciados, a presença do pai é fraca e o seu papel é sobretudo instrumental; a influência de esferas educativas exteriores ao grupo familiar é mínima. No estilo *maternalista* é ainda a disciplina e obediência que comandam o processo educativo; a motivação e criatividade ocupam um lugar secundário embora a distância entre pais e crianças seja menos acentuada e a comunicação intergeracional possa ser intensa e íntima. Enquanto o estilo estatutário surge associado a famílias de meios populares, o estilo contratualista parece sobretudo presente nos meios socialmente mais favorecidos, nas famílias de quadros e profissões dirigentes. Processos e mecanismos de transmissão que Annick Percheron (1991) designa por impregnação e inculcação, importantes na transmissão de valores e de comportamentos domésticos e os estilos educativos que abordámos assumem particular relevo nas primeiras fases do exercício da parentalidade; as relações pais-filhos mais tardias pautam-se por outras especificidades relacionais. A longa permanência que hoje se verifica dos jovens adultos no domicílio de seus pais, transforma a família numa “comunidade de adultos de idade variada, ou de adultos com quase adultos, aos quais se reconhecem amplos graus de autonomia, mesmo nas relações de dependência económica, sem um claro modelo de autoridade” (Saraceno e Naldini, 2003: 231), processo que nem sempre se desenvolve isento de conflituosidade e de efeitos perversos. Contudo, como o fazem notar as mesmas autoras, nem sempre estas escolhas se fazem por necessidade, mas frequentemente por processos afectivos e por razões de ordem prática, satisfazendo assim desejos de diferentes ordens, vindos das várias partes envolvidas – à custa, é certo, de uma menor responsabilidade dos filhos face à organização da sua própria vida e de uma menor independência dos pais relativamente à sua prole.

4. 3. Redes sociais

Contrariando a hipótese de Parsons segundo a qual a família conjugal, caracterizada por uma especialização funcional sexual e etária e orientada para a satisfação das necessidades individuais dos seus membros, se bastaria a si mesma, isolando-se do círculo de parentes mais ou menos afastados, trabalhos recentes vêm dar relevo à manutenção de tais relações e à importância das trocas simbólicas e materiais efectuadas (Vasconcelos 2002). Diversos factores parecem ter contribuído para este novo foco de interesse na pesquisa sociológica: o contributo de autores vindos de outras áreas do saber, como a história e a antropologia, as transformações demográficas com o aparecimento de uma faixa considerável de população envelhecida, e a crise do estado providência, pondo a nu a necessidade de formas de solidariedade no seio da rede de parentesco (Segalen, 1991). Não só factores de ordem económica parecem associar-se às trocas entre parentes mas também factores de ordem afectiva e um simbólico “laço de sangue” que parece criar obrigações tanto mais fortes quanto maior a proximidade de parentesco.

Numa pesquisa que procura não só caracterizar as redes de apoio familiar em Portugal bem como articular as formas de solidariedade com as condições sociais familiares Pedro Vasconcelos (*idem*) encontra ainda um significativo número de famílias que, quotidianamente, não auferem de qualquer tipo de ajuda (51%). Os cuidados às crianças e o apoio moral são, no âmbito do quotidiano, os tipos de ajuda que surgem com maior expressão. Por ordem decrescente de importância surgem depois o apoio material, o financeiro, o doméstico e os outros serviços. Os dadores deste tipo de apoio são principalmente os progenitores, mas também os colaterais, surgindo ainda neste tipo de ajuda quotidiana a presença da rede de amigos e vizinhos, que globalmente perfaz 18,6% do total de ajudas diárias efectuadas. Se olharmos para o total de ajudas recebidas ao longo do ciclo de vida verificamos que desce a percentagem de famílias que não auferiu desta forma de apoio para valores de 26,4%, sendo que os tipos de ajuda mais frequentes se traduzem na ajuda em grandes festas, no fornecimento ou empréstimo de habitação. Também aqui os progenitores funcionam como os maiores dadores, particularmente os das mulheres. Assistimos a uma feminização das redes de inter-ajuda: são não só as mulheres que prestam maior apoio – particularmente nas ajudas quotidianas - como o apoio mais importante parte igualmente da família da mulher. Martine Segalen chamara já a atenção para a importância das mulheres na manutenção das redes de parentesco. “Os cuidados às gerações frágeis, quer se trate de crianças pequenas ou de pessoas idosas, são assumidos,

no seio da família, em grande parte pelas mulheres” (Segalen 1991:236). Se os recursos existentes são importantes na avaliação do estado de saúde de uma população ou de uma pessoa – a saúde sendo um estado de equilíbrio entre factores agressores ou stressantes e recursos disponíveis – as redes de inter-ajuda são uma condição indispensável a ter em conta em tal análise. A feminização das redes de entajuda coloca nesta perspectiva situações problemáticas na medida em que a actividade profissional da mulher é hoje uma situação generalizada; ao cuidado a prestar ás diferentes gerações, com frequência diário, associam-se as exigências próprias da sua actividade profissional, espartilhando-a assim entre diversos níveis de exigências, que aumentando o peso dos factores agressores pode repercutir-se negativamente no seu estado de saúde e bem estar.

Na década de 50, Elisabeth Bott (1976 [1957]) procurara articular os relacionamentos externos do casal, que classificou em três tipos – redes de malha estreita, frouxa e intermédia – com o grau de coesão conjugal e as características dos papéis conjugais. É evidenciada uma correlação linear entre as redes de malha estreita, caracterizadas pela maior frequência de contactos íntimos, e uma maior diferenciação dos papéis conjugais; uma maior e mais consistente rede de apoios externos associar-se-ia a uma menor coesão conjugal. Algumas décadas nos separam desta pesquisa e talvez hoje se não possa aceitar tão facilmente tal correlação; a prática da medicina familiar e a terapia com famílias mostram, contudo, que a influência marcada de elementos estranhos ao casal se repercute, por vezes negativamente, no seu relacionamento, e desta forma, no estado de bem estar dos seus dois componentes.

4. 4. Tipologias de interacção familiar

Várias têm sido as tentativas dos diversos autores para, utilizando distintas dimensões da interacção conjugal e familiar, definir tipos específicos de família que de alguma forma possibilitem e facilitem a comparação de resultados de uma multiplicidade de pesquisas efectuadas. De acordo com Kellerhals (1987) quatro dimensões têm sido na prática utilizadas: a coesão, expressão da distância entre os vários elementos familiares, a integração, relativa à relação entre a família e o meio exterior, orientação que remete para os objectivos familiares e regulação que se associa aos aspectos normativos no seio da família. Combinações específicas destas várias dimensões parecem caracterizar as diversas tipologias propostas. Regulação e orientação constituem os eixos básicos da tipologia

proposta por Roussel que define três tipos de família: *Aliança*, expressiva e familiarista quanto à orientação e com exoregulação, *Fusão*, expressiva e conjugalista e de regulação endógena e *Associação* de orientação individualista e regulação exógena. Enquanto a criança é vista como um espelho do casal nas famílias com características fusionais, nas famílias de tipo associativo ela é considerada como um parceiro com identidade própria, com quem se torna necessário também negociar (Kellerhals 1987).

Baseada na análise de duas dimensões principais, a coesão e adaptabilidade, e na de uma dimensão coadjuvante, a comunicação, Olson (1983) desenvolve o Circumplex Model que define dezasseis tipos de família distribuídas no cruzamento de dois eixos que graduam a coesão e a adaptabilidade. Autonomia e fusão são os extremos de um contínuo que inclui as famílias desagregadas, separadas, ligadas e emaranhadas; rígida e caótica são também os extremos da dimensão adaptabilidade que inclui ainda o estruturado e o flexível. Teríamos assim no centro do modelo as *famílias equilibradas*, de funcionamento mais harmonioso, (separadas - estruturadas, separadas - flexíveis, ligadas - estruturadas e ligadas - flexíveis) enquanto nos extremos se situariam as famílias consideradas mais problemáticas, com características mais disfuncionais.

Após vários anos de trabalho sobre tipologias de interacção familiar, Widmer, Kellerhals e Levy (2004) assinalam a utilização de sete dimensões na constituição das tipologias actualmente dominantes: o grau de fusão e o grau de abertura do casal, orientação primária dada à família pelo casal, o grau de divisão sexual dos papéis conjugais, o grau de diferenciação do poder de decisão, o investimento diferencial que homens e mulheres fazem no espaço doméstico e o grau de “rotinização” da vida familiar. Se as três primeiras dimensões se referem à coesão familiar, as restantes surgem relacionadas com os processos de regulação no interior da família. Partindo destas dimensões os autores apresentam-nos uma tipologia subjectiva, resultante de uma abordagem indutiva, e que distingue cinco tipos de família: Paralela, Companheirismo, Bastião, Casulo e Associação. As famílias de tipo Paralelo caracterizam-se por uma forte divisão sexual dos papéis conjugais, pela autonomia e o encerramento sobre si mesmas. As famílias de tipo Companheirismo tendem para a fusão e abertura, sendo fraca a diferenciação dos papéis e do poder. Enquanto as famílias Bastião se caracterizam pela fusão, pelo encerramento e por uma diferenciação sexual dos papéis, nas famílias Casulo a fusão e o encerramento são igualmente marcados mas existe uma repartição igualitária das tarefas e dos papéis relacionais. As famílias Associação reúnem uma fraca fusão, uma abertura grande, papéis pouco diferenciados e uma divisão igualitária do poder (*idem*: 44-

45). Quando se procura associar os estilos de interacção aos recursos culturais do casal, encontra-se um paralelismo entre casais de fracos recursos culturais e os tipos Bastião, Casulo ou Paralelo. A associação com os recursos económicos revela uma sobre-representação das famílias Associação nas categorias de altos rendimentos, e uma sobre-representação das famílias Bastião e Casulo nos grupos de baixo rendimento económico. Também a actividade feminina parece relacionar-se com a tipologia familiar; as mulheres inactivas, profissionalmente, pertencem preferencialmente aos estilos Paralelo, Bastião e Casulo. A actividade conjunta dos dois cônjuges está mais presente nas famílias Companheirismo ou Associação. Ao analisar a relação entre os diferentes tipos de interacção familiar e a emergência de conflito conjugal os autores verificam que as famílias Companheirismo, Bastião e Casulo apresentam significativamente menos problemas, qualquer que seja a fase da sua trajectória conjugal, do que famílias Paralela e Associação; os casais de estilo Companheirismo detêm a mais fraca probabilidade de conhecer problemas conjugais (*idem*: 47-48). Os maiores níveis de insatisfação conjugal feminina situam-se nas famílias de tipo associativo e paralelo (com maior expressão no tipo associativo) sendo também nestes dois tipos que surgem com maior frequência os projectos de ruptura conjugal por parte das mulheres; o aparecimento de sintomas depressivos nas mulheres, embora mais frequente nestes dois tipos familiares, assume particular relevo nas famílias de características paralelas onde, a par de uma autonomia desejada, se desenvolve uma nítida divisão sexual dos papéis conjugais, associados a um encerramento da família sobre si mesma com uma fraca utilização dos recursos envolventes.

Capítulo 5

Entre a casa e o trabalho

5.1. Percursos profissionais no feminino

Debruçámo-nos, até agora, sobre uma das mais importantes esferas onde se desdobra a vida da mulher, a família, nas suas múltiplas dimensões. Com uma importância crescente, a actividade profissional, hoje com a particularidade de se desenvolver, quase exclusivamente, no exterior do domicílio, ocupa uma fatia considerável do tempo real e simbólico vivido pelas mulheres. A actual maior visibilidade do trabalho profissional feminino não pode fazer-nos esquecer que este constituiu para as mulheres do passado, sobretudo as de meios sociais mais desfavorecidos, uma realidade dura com fortes repercussões na sua saúde e no seu bem estar. Ainda na sociedade pré – industrial e nos grupos de camponeses, artesãos ou comerciantes, encontramos, associado ao trabalho doméstico, um trabalho não doméstico efectuado pelas mulheres no espaço da própria casa ou no exterior, relacionado com as tarefas agrícolas, a fiação, o trabalho na oficina artesanal ou no comércio familiar (Cruz, 2003). Assistimos muitas vezes a um “trabalho de casal” feito lado a lado, em pequenos empreendimentos familiares, realizado sob a presença dos filhos pequenos, que, em meio rural, eram no entanto frequentemente confiados à guarda dos irmãos mais velhos ou colocados em amas nos meios urbanizados (Sonnet, 1991). Não só os empreendimentos familiares mobilizam a actividade não doméstica das mulheres. Lavadeiras, serviçais, bordadeiras, amas, constituem-se como uma multiplicidade de actividades profissionais, realizadas por conta de outrem e no exterior do espaço doméstico (Cruz, 2003).

A emergência da industrialização coloca as mulheres das classes sociais baixas em situações de trabalho profissional penoso realizado no domicílio ou na fábrica. O trabalho no domicílio ocupa preferencialmente as mulheres casadas e mães surgindo como a solução que idealmente possibilitaria a articulação de uma tarefa profissional com o encargo da vida doméstica e do cuidado dos filhos, articulação que na maioria das vezes se tornava difícil de concretizar dado o elevado número de horas que a primeira exigia. A máquina de costura, instrumento auxiliar do trabalho da mulher burguesa, torna-se para a mulher da família operária um instrumento de opressão. Como Martine Segalen afirma:

“Por um magro salário, agarrada à sua máquina de costura, a mulher reencontra o seu lugar e a sua função tradicionais, fixa a imagem simbólica da mulher disciplinada (hoje em dia, a mesma imagem tem o seu prolongamento na dactilógrafa, primeiro presa à sua máquina de escrever, nos anos 90, ao seu computador). Com o desenvolvimento da indústria do vestuário, muitas mulheres tiram da sua máquina de costura o dinheiro necessário ao pagamento do instrumento da sua dominação e com o qual completam o salário do marido” (Segalen, 1999:251).

As mulheres mais jovens, solteiras ou sem filhos faziam a sua entrada na fábrica, onde constituíam uma mão-de-obra desqualificada, submissa, mal paga e mal aceite pelos trabalhadores do sexo masculino. Sofia Cruz transcreve parte do discurso levado a cabo pela Confederação dos Trabalhadores Franceses em 1920, relacionado com a entrada das mulheres no mercado de trabalho, provocada pela Primeira Guerra Mundial:

“numa sociedade que deve ser bem organizada [...] a mulher, companheira do homem, destina-se, sobretudo a fazer crianças, a cuidá-las num lar cuidado e limpo, a educar os pequenos, a instruir-se e a instruí-los, tornando a existência do companheiro o mais feliz possível de forma a fazê-lo esquecer a exploração monstruosa de que é vítima. Para nós, é esse o seu papel social” (in Cruz, 2003: 46-47).

É assim que, nos finais da Primeira Guerra Mundial, as mulheres operárias são empurradas para casa, onde, à semelhança da mulher burguesa desempenhariam o papel de esposa, mãe e dona de casa, responsável não só pelo trabalho do afecto mas pelas tarefas do arranjo, da alimentação, da limpeza, dos cuidados materiais aos filhos enquanto os homens assumiam como sua a função de provedor do sustento económico da família.

A situação tende a modificar-se a partir da segunda metade do século XX. A partir dos anos 50 assistimos a um peso significativo e crescente da população feminina nos mercados de trabalho. A taxa de actividade das mulheres dos 25 aos 49 anos era, em França, em 1962, de 41,5%; a taxa actual ronda os 80%, constituindo as mulheres 45% do total da população activa (Meda, 2001).

A generalidade dos países europeus acompanha este movimento; a população activa feminina na Europa dos 15 era em 1997 de 57,7% (Guerreiro, 2000). Embora em Portugal só a partir dos anos 60 se faça sentir o maior peso das mulheres no mundo profissional, o fenómeno rapidamente se expandiu e detemos hoje uma percentagem de população activa feminina superior à média europeia – em 1997 a taxa era 63,5% para uma média europeia de 57,7% (*idem*). Neste campo do trabalho feminino Portugal apresenta algumas especificidades que importa referir; não só a taxa de trabalho feminino é das mais altas da

Europa, como é também maior a taxa de trabalho feminino a tempo inteiro – o número médio de horas de trabalho semanal da população feminina era, em 1997, de 38,4 enquanto que a média europeia se situava nas 33,5 horas (Guerreiro, 2000). O rápido crescimento da taxa de trabalho no nosso país parece poder explicar-se pelos movimentos migratórios e a guerra colonial que condicionaram a diminuição da mão de obra masculina, e um nível global de salários baixo que justificaria a necessidade de um complemento do orçamento familiar pelo trabalho feminino (Guerreiro, 2000; Torres, 2004).

As mulheres, globalmente mais escolarizadas do que os homens, invadem progressivamente o mercado de trabalho, mas neste a sua posição apresenta algumas características que importa assinalar. O seu trabalho profissional tende a desenvolver-se num número restrito e particular de actividades que de alguma forma prolongam no exterior o tipo de tarefas realizado no espaço doméstico; os serviços domésticos ou afins, os serviços educativos e de saúde empregam uma população maioritariamente feminina que ocupa, ainda, uma considerável fatia do funcionalismo público cujo trabalho, menos competitivo, parece melhor poder articular-se com o encargo doméstico (Guerreiro, 2000; Meda, 2001). Embora apresentem globalmente um maior capital escolar, é menor o acesso das mulheres a cargos de direcção ou chefia (Meda, 2001; Torres, 2004). Desigualdades salariais são também uma constante. Em França, Dominique Meda (2001) avança valores diferenciais de 7% em desfavor das mulheres, não imputáveis a qualquer outra causa objectiva que não a diferença sexual. Em Portugal, Anália Torres e colabores (2004) confirmam a desigualdade de rendimentos, com rendimentos femininos globalmente inferiores aos dos homens, embora nos níveis de escolaridade média e superior se atenuem as diferenças entre os dois sexos.

A inserção massiva das mulheres na esfera do trabalho remunerado não as libertou de uma carga importante de trabalho não pago, efectuado no domicílio ou no exterior, mas sempre direccionado para os outros elementos da família. Veremos como se faz, de forma assimétrica, a distribuição deste tipo de trabalho entre os dois sexos.

5.2. O tempo das mulheres

Entre a casa e o trabalho se reparte o quotidiano das mulheres, numa conciliação frequentemente difícil e que apela ao sacrifício das horas de descanso e de lazer. A assignação prioritária, mas não exclusiva, das mulheres ao trabalho reprodutivo que ao longo dos tempos se verificou define não só modos de inserção diferentes no sistema produtivo para cada um dos sexos (Chaudron, 1991) como explica a “afinidade” feminina pelo doméstico que ainda hoje se faz sentir, e uma certa continuidade entre a esfera doméstica e a esfera do trabalho profissional que Martine Segalen assinala (1999).

A versão do inquérito ao Emprego do Tempo, conduzido em França em 1998, revela que o núcleo duro das tarefas domésticas recai em 80% sobre as mulheres; as tarefas domésticas correntes e os cuidados às crianças e adultos ocupam para as mulheres 33 horas semanais enquanto os homens despendem apenas 16 horas e 30 minutos por semana com as mesmas actividades (Meda, 2001: 26). Outros inquéritos referidos pela mesma autora e que analisaram a distribuição do chamado “tempo parental” – actividades feitas por ou com os filhos – apuraram uma totalidade de 39 horas semanais para a realização de tais tarefas das quais dois terços recaíram sobre as mulheres (*idem*: 27). Os resultados do Inquérito à Ocupação do Tempo 1999 analisados por Heloísa Perista (2002) mostram que, se ao nível da actividade profissional os homens gastam uma média diária de 9h 11m e as mulheres 8 h 04m, ao trabalho doméstico e aos cuidados à família, as mulheres empregadas dispensam uma média de 4 h e 07 m contra 1h 38 m gastos pelos homens. Não só a duração média das actividades é diferente, sendo igualmente diferente a participação de homens e mulheres no que se refere ao trabalho doméstico – se 94% das mulheres efectuam tarefas domésticas apenas 59% dos homens o fazem. Tratar da roupa, limpar a casa, preparar as refeições e fazer as compras são tarefas maioritariamente femininas – o tratamento da roupa sendo quase exclusivamente feminino – na jardinagem e cuidados aos animais tende a aproximar-se o tempo dispensado por ambos os sexo, sendo que, relativamente às tarefas administrativas, o tempo gasto pelos homens é um pouco superior ao das mulheres. Os resultados obtidos na pesquisa dirigida por Anália Torres (Torres *et al* 2004) confirmam na generalidade os resultados anteriores exceptuando um maior número de horas dedicado pelos homens às actividades de jardinagem, *bricolage* e manutenção do automóvel. Incumbem então às mulheres as tarefas mais rotineiras e mais exigentes em termos de carga horária e de esforço pessoal.

Wall e Guerreiro (2005) ao estudarem, no âmbito do projecto *Famílias no Portugal Contemporâneo*, a divisão do trabalho nas famílias portuguesas, encontraram nas famílias de dupla profissão, horários de trabalho profissional geralmente inferiores para as mulheres, em números que variam entre 0,46 a 2,80 horas, respectivamente para operárias industriais e para empresárias e dirigentes. Na distribuição das tarefas domésticas verifica-se que a mulher faz sozinha 54,2% da totalidade das mesmas, percentagem que se eleva para 71% quando se consideram apenas as tarefas rotineiras – cozinhar, tratar da loiça, tratar da roupa e limpar a casa. O homem realiza sozinho apenas 0,8% destas tarefas. Compras, refeições e tratamento da loiça surgem como os domínios onde se verifica alguma partilha conjugal; contudo só nas compras se observa uma partilha mais expressiva. Os cuidados aos bebés são ainda muito feminizados, verificando-se, porém, nos casos de crianças em idade pré-escolar, uma maior partilha de cuidados. Quando os dois elementos do casal trabalham a tempo inteiro constata-se que em 27,3% dos casos é sobretudo a mulher a realizar o trabalho doméstico, em 15,9% das situações existe alguma partilha conjugal e, apenas em 6,7% das mesmas, se observa bastante partilha conjugal. Nestes casos cresce a importância da delegação em terceiros, com a empregada doméstica a auxiliar a mulher em 9,6% das situações. Verifica-se uma associação entre práticas de divisão do trabalho doméstico, grau de escolaridade da mulher e classe social da família. Assim, nas famílias de duplo emprego, em que os dois cônjuges têm escolaridade igual ou superior a licenciatura, a delegação de tarefas na empregada doméstica surge numa percentagem elevada de casos (*idem*: 336). Sabemos, contudo, que a coordenação das actividades “ da casa” e a gestão definitiva do doméstico assenta fundamentalmente na mulher.

Trabalho e casa, duas realidades de conciliação difícil tanto mais que os diferentes tempos que lhe estão dedicados estão estreitamente interligados e impenetrados, sobrepõem-se e irrompem uns nos outros (Meda, 2001); há uma continuidade dos tempos para as mulheres, que transportam para o emprego casa e filhos e frequentemente para o descanso, a casa e as preocupações profissionais. Se esta afinidade quase forçada das mulheres para o doméstico as impede de progredir na carreira profissional, ela induz ainda, pela dificuldade de conciliar as várias esferas, sentimentos de impotência, de fadiga, culpabilidade e níveis acrescidos de stress, repercutindo-se de forma negativa no bem estar e saúde femininos.

Não só o tempo quotidiano é afectado por esta difícil articulação de campos de trabalho; as trajectórias individuais e familiares femininas – o tempo na sua dimensão

diacrónica - fazem-se marcadas por este contínuo movimento entre a casa e o trabalho. Assim, se, à partida, mulheres e homens ocupam nos locais de trabalho posições de igualdade, logo com o nascimento do primeiro filho a mulher verá dificultada a sua progressão na carreira, situação que em regra se agravará com o aumento do número de filhos. Também, em fases posteriores da sua trajectória pessoal e familiar, o apoio a dar a várias gerações – filhos jovens, netos, pais ou sogros – se repercute quer na distribuição dos vários tempos - profissional, doméstico, livre – quer na forma culpabilizada como grande parte das mulheres vive a dificuldade real de se dividir entre as exigências dos vários espaços e tempos que balizam a sua existência.

Apesar dos constrangimentos a que se encontram submetidas, e para além da simples necessidade económica, as mulheres continuam a afirmar a vontade de permanecerem no mercado trabalho, como a pesquisa de Anália Torres o demonstrou (Torres, 2004). Novas formas de redistribuição das tarefas domésticas, mais equitativas, a assunção de papéis conjugais não sexualmente diferenciados, a criação de legislação que faculte uma maior assignação dos homens ao espaço doméstico e ao cuidado dos filhos, transformações culturais que facilitem a assunção de novos papéis, uma profunda alteração das culturas empresariais que reconheça aos homens o direito de usufruir de tempos mais vocacionados para o doméstico e para a parentalidade e, por fim, uma rede de serviços que apoie os casais na sua função de cuidadores parecem ingredientes indispensáveis para que homens e mulheres usufruam de uma mais justa repartição do tempo e do trabalho

Parte II – A organização da pesquisa

Capítulo 6 Questões metodológicas

6.1. O objecto de pesquisa

Dados estatísticos oficiais, estudos e publicações levadas a cabo por diversos investigadores (Cabral et al, 2002; Silva e Alves, 2002a e 2002b), põem a nu as diferenças que, de forma persistente, se verificam entre os dois sexos no que respeita à auto-percepção dos estados de saúde; embora com taxas de mortalidade mais baixas, maior esperança de vida ao nascer, maior esperança de vida sem incapacidade grave, as mulheres tendem a perceber a sua saúde como mais fraca e apresentam maior recurso aos serviços de saúde. Tal constatação constituiu o ponto de partida para a investigação que nos propomos realizar.

A propósito da pesquisa conduzida por Herzlich no final dos anos 60, (1969) e de que fizemos eco no Capítulo 1, Adam e Herzlich (1994) referem:

“o estudo mostra claramente que a linguagem em que nos exprimimos a propósito da saúde e da doença, na qual interpretamos as causas, as manifestações e as consequências, não é uma linguagem do corpo: é uma linguagem da relação do indivíduo com a sociedade. A doença objectiva uma relação conflitual com o social. Assim, as pessoas interrogadas [...] consideram que o seu aparecimento é devido a um modo de vida não saudável, ele próprio percebido como a expressão de uma sociedade agressiva” (Adam e Herzlich 1994:64).

Revela-se aqui um claro modelo exógeno de doença, cuja etiologia se encontra para lá do corpo, na ruptura do equilíbrio entre o indivíduo e o seu envolvimento físico e químico (central na perspectiva biomédica da doença) mas, sobretudo, na ruptura com o meio social, numa sociogénese da doença, largamente partilhada por doentes e por alguma população médica (Laplantine, 1986). Se uma tal postura tem quanto a nós o mérito de ultrapassar uma visão estritamente biomédica da doença ela esquece, contudo, o papel do biológico no seu surgimento, e principalmente, a relação circular que continuamente se estabelece entre o biológico, o psíquico e o social.

Assumimos então, na compreensão dos fenómenos da saúde e da doença, uma ruptura com o modelo médico ontológico no qual a doença é encarada como uma entidade mórbida isolada, provocada por lesão de órgão intrínseca (ou introdução de agente externo

provocando lesão) e a saúde como mera inexistência de doença. Optamos por um modelo sistémico de saúde, assente numa relação biunívoca e constante das suas três dimensões – biológica, psíquica e social – unidas numa relação de causalidade circular, de tal forma que uma alteração em qualquer delas se repercute em todas, podendo fazer variar em sentido positivo ou negativo, o estado de saúde de um indivíduo, visto como um contínuo em que os extremos são melhor saúde e pior saúde.

As auto-avaliações dos estados de saúde, de acordo com Cruz Reis, representam, aliás, avaliações globais da qualidade de vida e bem estar, estando longe de se resumirem a avaliações somáticas, baseadas apenas na avaliação do estado do corpo. Baseado em estudos que cita, Cruz afirma que “as medidas de saúde que resultam de uma avaliação pessoal, subjectiva, têm provado ser um preditor poderoso e consistente de diversas alterações do estado de saúde, incluindo medidas de mortalidade e de morbilidade” (Reis, 2005: 9). Declara ainda na mesma obra que as pessoas que tendem a avaliar de forma mais optimista a sua saúde, se afastam de critérios biomédicos e se baseiam em critérios de maior amplitude que integram para além do funcionamento orgânico, características psicológicas, emocionais e factores de ordem social (*idem*:10).

Definimos assim como objecto da nossa pesquisa, a auto-percepção do estado de saúde das mulheres, na sua relação com factores sociais e familiares, avaliado de acordo com cinco graus predefinidos: Muito bom, bom, razoável, mau e péssimo.

6.2. As hipóteses

O que ao longo de todo este trabalho foi dito apoia as nossas hipóteses de pesquisa, segundo as quais:

- a auto-avaliação do estado de saúde das mulheres depende das concepções de saúde e doença que lhes estão subjacentes
- existe uma associação entre a auto-percepção de saúde das mulheres e a classe social de pertença das mesmas
- nas mulheres em situação de conjugalidade, determinados tipos de família tendem a favorecer estados de saúde mais negativos, de acordo com a avaliação de saúde efectuada pela próprias mulheres.

— a auto-percepção do estado de saúde da mulher depende da fase do seu curso familiar; mulheres com filhos adolescentes ou em fase de ninho vazio tendem a avaliar de forma mais negativa o seu estado de saúde.

De acordo com as hipóteses colocadas desenvolvemos o modelo de análise da nossa investigação, presente na figura 1, partindo do princípio de que a relação entre a auto-percepção do estado de saúde da mulher e as outras áreas seleccionadas é sempre biunívoca. Mesmo em relação ao hereditário e ao congénito, acreditamos que a forma como uma mulher se sente em termos da sua vida pessoal, familiar e social, e em termos de saúde, possa condicionar a expressão de alterações genéticas e hereditárias mantidas silenciosas durante muito tempo.

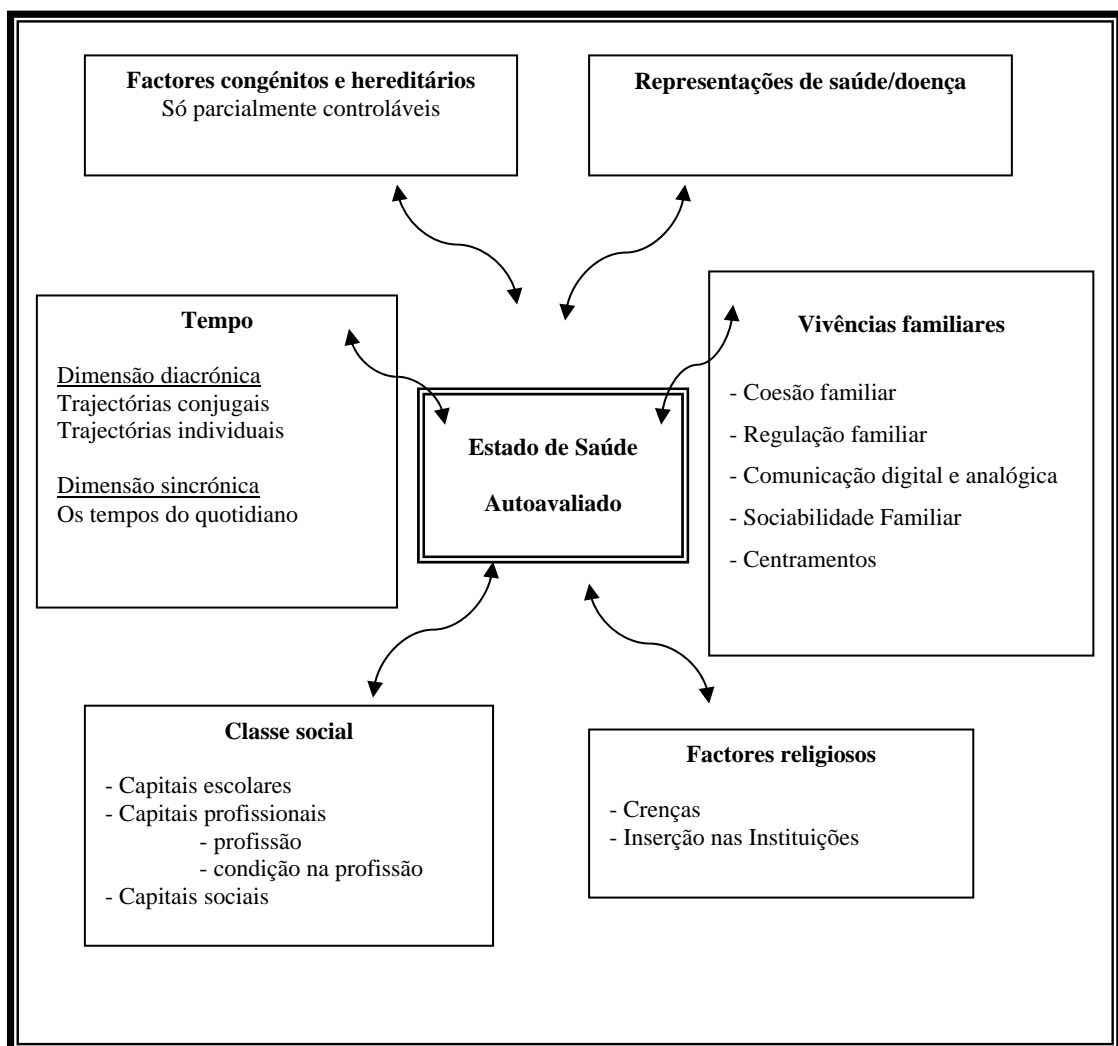


Figura 1 - Modelo de análise

6.3. Conceitos e dimensões

Definimos inicialmente quatro áreas de trabalho, que nos parecem poder englobar os vários campos apresentados no modelo de análise: saúde e doença, família, tempo, e contexto social. Descreveremos em seguida para cada área, os conceitos e dimensões que definimos como base orientadora do nosso trabalho.

Área: Saúde – Doença

Conceitos de Saúde e Doença

Ao apresentar o objecto de pesquisa abordámos igualmente um dos conceitos centrais do nosso trabalho – o conceito de saúde. Entendida como um estado dinâmico de bem-estar (que se quer completo), abrange globalmente as áreas do físico, do psíquico e do social numa constante interpenetração. Os estados de saúde situam-se numa linha contínua, que vai da mais saúde à menos saúde, pólo que se aproxima daquilo que, por muitos, pode ser considerado já doença, concebida como uma desarmonia entre as áreas atrás mencionadas. Num modelo holístico de saúde, que adoptamos, saúde e doença não podem ser definidos partindo unicamente de um observador externo; torna-se necessário o recurso às concepções próprias dos indivíduos e as significações pessoais que estes conferem aos estados de saúde e de doença. Relativamente à saúde e doença foram definidas cinco dimensões de análise: cognitiva, vivencial, etiológica, auto-avaliativa e hetero-avaliativa; os respectivos indicadores encontram-se representados no quadro 6.1

Área: Família

Partimos da conceptualização de família, tal como a define Guerreiro, como “ um grupo de duas ou mais pessoas relacionadas por laços de sangue, por aliança ou por outro tipo de afinidades, que residam em conjunto, partilhem um orçamento comum, se apoiem mutuamente, podendo prestar cuidados a crianças ou outros coabitantes dependentes” (Guerreiro, 2001: 2). Na área da família procurámos definir os seguintes conceitos e respectivas dimensões de análise.

Coesão familiar – concebida como o laço emocional que liga os diversos elementos de uma família, traduz a proximidade ou distância emocional entre os membros do grupo familiar; definiram-se como dimensões de análise o grau de fusão ou autonomia dos elementos familiares, o centramento familiar, a comunicação e qualidade comunicacional no interior da família. Nos indicadores propostos, e apresentados no quadro 6.1 privilegiámos as práticas relativamente a outros aspectos de análise por nos parecer que poderão mais fielmente traduzir a realidade que queremos observar.

Afectividade conjugal – entendida como a natureza emocional do laço que une os dois elementos do casal, abrange não só o campo dos sentimentos como a própria vivência da sexualidade no casal. Definimos como dimensões de análise a afectividade – tipo de sentimentos vividos – e o grau de gratificação com a sexualidade conjugal expresso pela mulher.

Regulação familiar – definida como a forma como a família organiza a sua interacção e define as posições hierárquicas no seu interior; o modelo organizativo familiar, a divisão sexual dos papéis na família, a flexibilidade das regras e a definição hierárquica são as principais dimensões consideradas. Os indicadores, que mais uma vez privilegiam as práticas encontram-se mencionados no quadro 6.1

Sociabilidade familiar – percebida como a capacidade da família se abrir ao exterior e de se integrar em redes sociais. Iremos considerar uma componente familiar e outra individual – a rede social da mulher. De acordo com Carlos Sluzki (1996), a rede social pessoal (ou conjugal) pode ser registada em forma de mapa que inclua todos os indivíduos que interagem com uma determinada pessoa (ou com o par conjugal). O mapa pode ser sistematizado em quatro quadrantes, o da família, o dos amigos, o dos colegas de trabalho ou escola e o das redes comunitárias de serviços ou de credo religioso e em três áreas, uma interior correspondente às relações íntimas, uma intermédia das relações pessoais com menor grau de compromisso e uma exterior correspondente a conhecidos ou relações ocasionais. É assim possível através do mapeamento, visualizar, quer a amplitude da rede social, quer a intimidade dos contactos que, associadas à intensidade dos mesmos, constituem os três dimensões de análise a considerar.

Área: Temporalidade

Conceito de tempo

Como Heloísa Perista assinala, “tempo e temporalidades emergiram nas últimas décadas como instrumentos analíticos potenciadores de um novo olhar como homens e mulheres afectam os seus tempos às várias esferas da vida” (2002:447) e esta dimensão sincrónica, procura dar-nos conta da forma como homens e mulheres organizam o quotidiano e como nele distribuem as tarefas, lazeres e descanso. Uma outra dimensão do tempo, diacrónica, que definiremos com trajectorial, inclui como componentes não só as trajectórias individuais, afectadas pelos acontecimentos marcantes da vida de cada indivíduo - sendo nesta investigação particularmente considerada a da mulher - como as trajectórias conjugais, para as quais Anália Torres (2002) definiu três tempos ou fases: “o tempo da instalação, o tempo das mudanças e transições e o tempo da conformação ou realização pessoal” e, ainda, as trajectórias parentais, marcadas pelas idades dos filhos. Relativamente às trajectórias parentais identificaremos, para as famílias das mulheres entrevistadas, algumas das fases do ciclo de vida familiar reconhecidas por Hareven (Segalen, 1999 [1996]:216): famílias com filhos até três anos, filhos em idade pré-escolar (3-6 anos), filhos em idade escolar (6-12 anos), filhos adolescentes (filho mais velho entre 12 e 20 anos), filhos jovens adultos e fase de ninho vazio ou pós parental.

Área: Contexto Social

Classe social

O conceito de classe social surge largamente associado à forma de inserção no processo de produção e, dessa forma, também associado ao capital escolar pelo que, na nossa análise, essas serão as dimensões consideradas. Embora o grupo doméstico deva ser o espaço privilegiado de análise, porque, tal como João Ferreira de Almeida assinala “retraduz e sintetiza conjuntos diferenciados de condições básicas de existência que constituem a própria matriz da divisão social em classes” (Almeida 1986: 99) não podemos deixar de considerar as componentes individuais, pelo que o *nível de escolaridade* de cada um dos cônjuges e a sua inserção no mercado de trabalho, com discriminação da *actividade profissional* exercida serão assim as dimensões de análise que seleccionámos. Baseados nos anos de escolaridade e na Classificação Nacional de Profissões (CNP – anexo A4) definimos à priori dois grupos que designámos por classe social média alta –

escolaridade superior ao 12º ano, associada aos Grandes Grupos 0,1 e 2 da CNP – e classe média baixa com escolaridade igual ou inferior ao 12º ano associada aos restantes grupos da CNP.

Quadro 6.1 - Áreas, conceitos, dimensões e indicadores da pesquisa

Áreas	Conceitos	Dimensões	Indicadores	Questões da Entrevista
SAÚDE e DOENÇA	Saúde/Doença	Cognitiva Experiencial Autoavaliativa Causal Hetero avaliativa	- Ideias associadas ao conceito de saúde - Descrições da experiência de saúde /doença - Auto-avaliação de saúde nos seguintes graus: Excelente, Bom, Razoável, Mau e Péssimo. - Referência às causas doenças (Endógenas, Exógenas, Causalidade linear, Causalidade sistémica) - Diagnósticos conhecidos e avaliação do estado de saúde feita pelos médicos de família	4.1; 4.3 4.2; 4.4 4.5 4.6 4.5 Informação dos clínicos
FAMÍLIA	Coesão Familiar	Fusão/Autonomia	- Práticas familiares relativas à utilização dos tempos livres – internas e externas (separadas/ domínio do casal/ domínio familiar) - Práticas relativas à gestão do dinheiro - Interesses comuns	14; 16 17 22
		Centramento (Orientação)	- Grau de importância dada à família relativamente a outras áreas da vida - Subsistema familiar eleito pela entrevistada - Interesses demonstrados	18; 19; 20 21 22
		Comunicação	- Frequência dos contactos verbais - Temas de conversação - Grau de aceitação da comunicação do outro - Posição relativa dos comunicadores (simetria ou complementaridade) - Existência de 3º elemento na comunicação da díade	35 35 a; b; c 36; 37; 38; 39 40; 41; 42 43
	Afectividade	Afectividade Sexualidade	- Tipo de sentimento presente na relação - Gratificação/constrangimentos na relação sexual	45 46
	Regulação	Organizativa	- Práticas relativas à distribuição das tarefas domésticas e dos cuidados aos filhos (sexualização dos papéis domésticos) - Assumpção do papel expressivo na família - Práticas relativas às actividades quotidianas familiares	5; 9; 10 6; 7; 8 11
			Flexibilidade regulamentar	- Grau de rigidez das praticas familiares
		Hierárquica	Distribuição do poder decisional	12; 13
Sociabilidade	Amplitude da rede	Identificação de contactos	23; 28; 32;33	
	Intensidade relacional	Frequência de contactos	24; 29;32; 33	
	Intimidade relacional	Explicitação do grau de intimidade	26; 27; 28; 30; 31	
TEMPORALIDADE	Tempo	Diacrónica	Fase do ciclo conjugal Fase do ciclo parental	3.9 3.14
		Sincrónica	Tempos do quotidiano	9; 10
CONTEXTO SOCIAL	Classe Social	Escolaridade	Anos de escolaridade	3.5
		Profissão	Indicação de Profissão Condição na Profissão: activo, desempregado, reformado	3.6 3.7

No Quadro 6.1 apresentámos de forma resumida os conceitos, dimensões e indicadores utilizados como orientadores da nossa pesquisa. Considerámos como variáveis de caracterização social, para além da classe social, a situação religiosa (religião professada e tipo de ligação às instituições). Como variáveis de caracterização familiar, considerámos a estrutura do grupo familiar aqui identificado com o grupo doméstico, definida essencialmente pelo tipo de vínculo que liga os vários membros de uma convivência familiar co-residente. De acordo com a tipologia elaborada pelo Grupo de Cambridge (Saraceno e Naldini, 2003:28) podemos distinguir quatro grupos, dos quais para esta investigação interessam particularmente três:

- grupos domésticos simples, compostos por pais com filhos, por um único progenitor com filhos, ou pelo casal sem filhos
- grupos domésticos extensos, que ao grupo doméstico simples associam ascendentes, descendentes ou colaterais
- grupos domésticos múltiplos, em que estão presentes vários grupos conjugais, com ou sem filhos.

6.4. População

Definimos como população a abranger por este estudo um grupo de trinta mulheres em situação de conjugalidade, residentes na área da Grande Lisboa, com idades compreendidas entre os 20 e os 64 anos e enquadradas em três escalões etários, previamente definidos (20-34 anos, 35-49 anos e dos 50-64 anos), por forma a tentar agrupar mulheres em fases semelhantes de percurso individual, conjugal e parental. Nas dez mulheres que integram cada escalão etário foi feita a divisão igualitária pelas duas classes sociais.

As entrevistadas foram seleccionadas entre as utentes e utilizadoras de consulta de sete médicos de família do Centro de Saúde de Sete Rios (Sede e Extensão S. Domingos de Benfica). Procuraram seleccionar-se mulheres com consulta marcada para as semanas em que decorreu o trabalho de campo; em três casos, por inexistência de marcação de consulta, nesse período de tempo, de mulheres que preenchessem os critérios de selecção, foi feito recurso aos ficheiros médicos e solicitada directamente a entrevista às utentes seleccionadas. De todas as mulheres a quem foi solicitada entrevista, apenas uma recusou. O Anexo A1 contém a listagem das trinta mulheres entrevistadas, os respectivos dados de

caracterização individual e de estrutura familiar e os respectivos números de entrevista. De forma resumida poderemos dizer que a população é constituída por 15 mulheres da classe média alta e 15 mulheres da classe média baixa, distribuídas equitativamente pelos três escalões etários já referidos; 26 mulheres inserem-se em famílias que, de acordo com a tipologia do Grupo de Cambridge, podemos classificar como simples, das quais três são recompostas, três inserem-se em agregados extensos e uma numa família múltipla de tipo troncal. Do ponto de vista religioso, existe um predomínio de mulheres que se afirmam católicas – vinte e cinco no total, das quais dezasseis não praticantes, seis praticantes e três católicas com prática irregular – uma evangélica praticante, duas sem crença religiosa e uma com crença sem orientação religiosa definida. Estes números revelam algumas semelhanças com os obtidos no 2º Inquérito Permanente às Atitudes Sociais dos Portugueses, conduzido pelo Instituto de Ciências Sociais em 1998 e citados no 2º boletim de divulgação, Atitudes Sociais dos Portugueses, em Março 2000 - embora com uma ligeira sub-representação, na população estudada, de todas as categorias ligadas ao catolicismo. O número de católicas praticantes é, aliás, similar ao que Alfredo Teixeira refere para 2001 (2005).

Embora o anexo A1 contenha de forma pormenorizada os dados de caracterização pessoal e familiar de todas as entrevistadas apresentamos, nos quadros 6.2 e 6.3, no que às mesmas respeita, e de forma muito resumida, alguma informação.

Quadro 6. 2 – Dados de caracterização populacional – classe social média alta

Grupos Etários	Classe social média – alta			
	Entrevistadas	Profissão	Fase do Ciclo de Vida Familiar	Estrutura do grupo doméstico
20-34 anos	Carmo Maria João Carolina Carlota Inês	Secretária Arquitecta Farmacêutica Engenheira Ictiopatologista	F. com filhos < 3 anos F. com filhos idade escolar F. com filhos idade pré-escolar F. com filhos idade pré-escolar F. com filhos idade pré-escolar	Simple Simple Simple Simple Simple
35-49 anos	Helena Ana Sara Josefa Isabel	Professora ensino sec. Professora ensino sec Investigadora Assistente social (desemp) Consultora jurídica	F. com filhos idade escolar F. com filha adolescente F. com Filhos adolescentes F. com filhos em idade escolar F. com filhos adolescentes	Simple Simple Simple Simple Simple
50-64 anos	Luísa Rosário Margarida Adriana Teresa	Professora ensino Sup. Professora ensino Sup. Médica Empresária Economista	Fase pós parental F. com filha adulta . F. com filha adolescente Fase pós parental Fase pós parental	Extensa Simple Simple Simple Simple

Quadro 6. 3 – Dados de caracterização populacional – classe social média-baixa

Grupos Etários	Classe social média-baixa			
	Entrevistadas	Profissão	Fase do Ciclo de Vida Familiar	Estrutura do grupo doméstico
20-34 anos	Zulmira Leonor Paula Sónia Cristina	Empregada de cozinha Doméstica Recepcionista consultório Cabeleireira Empregada de limpeza	Casal sem filhos F. com filhos idade escolar F. com adolescentes F. com filhos idade pré-escolar F. com filhos adolescentes	Simple Extensa Simple Simple Simple
35-49 anos	Mariana Esmeralda Olinda Márcia Elisabete	Costureira Auxiliar de educação Cozinheira (desemp) Monitora de Cerâmica Técnica de sinalização	F. com filho adulto F.com filhos adolescentes F.com filha adulta coabitante F. com filhos adultos F.com filhos adolescentes	Simple Simple Extensa Simple Simple
50-64 anos	Georgina Lurdes Valentina Júlia Clara	Dama de companhia Escriturária Empregada doméstica (ref) Doméstica Auxiliar familiar	F. com filhos adolescentes Fase de ninho vazio F.com filhos adultos F. filhos adultos coabitantes F. filhos adolescentes	Simple Simple Simple Múltiplo Simple

6.5. Metodologia

Apesar de a nossa abordagem integrar vários aspectos da vida familiar e conjugal partiremos apenas das perspectivas e informações prestadas pelas mulheres entrevistadas.

Dada a multiplicidade das dimensões seleccionadas e o facto de pretendermos conhecer elementos que se relacionam com trajectórias pessoais, conjugais e parentais, optámos por uma metodologia qualitativa, com utilização de entrevistas semi-dirigidas cujo guião, que procurou integrar todos os indicadores atrás definidos, se apresenta no Anexo A 2

Procedeu-se ao recorte das entrevistas de acordo com os temas tratados. No Anexo A3 está patente um exemplar de uma ficha de recorte de entrevista. A partir da consulta às diversas fichas de recorte foi possível fazer a análise de conteúdo de cada um dos temas tratados. Não houve recurso a programas informáticos para tratamento dos dados; foi feita análise temática manual, com recurso ao computador apenas para acesso rápido às diversas fichas de recorte. Nas grelhas de colheita de dados apresentadas nos anexos dos diversos capítulos estão patentes as unidades de registo utilizadas; nos casos em que houve quantificação, foi feita apenas análise de ocorrência.

Parte III – Os resultados da pesquisa

Capítulo 7

Saúde e doença; representações sociais, avaliações pessoais e médicas dos estados de saúde.

Na senda de Serge Moscovici que, na década de 60, apresenta pela primeira vez este conceito, Denise Jodelet procura definir a representação social como “uma modalidade de conhecimento socialmente elaborada e partilhada, com um objectivo prático, contribuindo para a construção de uma realidade comum a um conjunto social” (Jodelet, 1989: 36). Segundo a autora a noção de representação social “abarca o sistema cognitivo e simbólico que constitui o conjunto dos conhecimentos, das crenças, das imagens e opiniões relativas a um objecto circunscrito na realidade social...elas operam como modo de conhecimento, de interpretação e de construção do real e como quadros de orientação prática” (Jodelet 1974:6).

Propusemo-nos estudar as representações de saúde e doença presentes na população estudada, na convicção de que elas poderão influenciar a forma como as mulheres procedem à auto-avaliação do seu estado de saúde.

Dos discursos das entrevistadas procurámos isolar as palavras ou expressões utilizadas para definir saúde e doença procurando, desta forma, definir o campo das respectivas representações. Sendo elaborações cognitivas, as representações sociais constroem-se, contudo, não só a partir dos conhecimentos e modelos socialmente transmitidos mas também da experiência pessoal dos indivíduos, das suas práticas e vivências, pelo que nos pareceu pertinente isolar também os diferentes componentes da dimensão vivencial de saúde e doença.

7.1. O campo das representações de saúde – aspectos semânticos

Procurámos isolar os léxicos utilizados na definição de saúde dada pelas diferentes entrevistadas; os quadros 7.1 e 7.2 mostram a frequência de utilização dos mesmos e a sua distribuição por grupos etários nas classes sociais média-alta e média-baixa, respectivamente (cf. anexo B1).

Quadro 7.1 - Léxicos utilizados na definição de saúde pelas mulheres da classe média-alta; frequências de utilização por grupos etários

Léxicos/expressões	Grupos etários	20-34 anos	35- 49 anos	50-64 anos	Total
Associados a estados e emoções positivas					20
Bem-estar (físico e psicológico)		■ ■ ■ ■	■ ■ ■ ■ ■	■ ■	9
Felicidade			■ ■ ■ ■		3
Alegria-Prazer		■ ■			2
Equilíbrio (holístico)		■		■	2
Boa aparência		■ ■			2
Conforto		■			1
Independência				■	1
Associados a instrumento para...fazer coisas					6
Capacidade		■		■	2
Bem		■		■	2
Energia			■		1
Força física			■		1
Associados ao oposto de doença					5
Não ter queixas			■	■	2
Não ter maleitas		■			1
Não sentir nada				■	1
Oposto (da doença)				■	1
Associados a produto					3
Desporto				■	1
Alimentação				■	1
Não fumar				■	1

Quadro 7.2 - Léxicos utilizados na definição de saúde pelas mulheres da classe média-baixa; frequências de utilização por grupos etários

Léxicos/expressões	Grupos etários	20-34 anos	35-49 anos	50-64 anos	Total
Associados a instrumento					15
Bem			■	■	2
Precioso			■	■	2
Riqueza				■	1
Fundamental				■	1
Importante			■		1
Capacidade		■ ■	■ ■	■	5
Aptidão (para fazer algo)		■			1
Poder fazer (tudo)				■	1
Útil			■		1
Associado a estado positivo					9
Paz		■			1
Alegria		■	■		2
Vontade de viver		■			1
Felicidade			■ ■	■	3
Bem-estar total			■		1
Controlar			■		1
Associado ao oposto, a doença (não ter ou sentir)					6
Doença				■	1
Dores		■	■	■	3
Problemas		■			1
Nada			■		1

Predominam nas mulheres de classe média-alta os termos que relacionam a saúde a estados ou emoções positivas. Tal é particularmente visível no escalão etário mais jovem, seguido do escalão intermédio. A saúde parece ser aqui, não só um elemento indispensável para a felicidade, mas a própria felicidade. No escalão mais elevado, os vocábulos associados á saúde, dispersam-se de forma mais homogénea pelas quatro áreas identificadas.

Nas mulheres de classe média-baixa, a saúde surge preferencialmente associada a instrumento. Esta associação é mais expressiva nas mulheres do escalão etário mais alto. No escalão intermédio um número significativo de palavras parece antes remete-la para o campo dos estados e emoções positivas.

7.2. A dimensão vivencial da saúde

Tentámos identificar os léxicos associados à dimensão vivencial de saúde presentes nos discursos das nossas entrevistadas. Os quadros 7.3 e 7.4 mostram-nos os resultados relativos às mulheres de classe média-alta e média-baixa respectivamente.

Quadro 7.3 - Léxicos utilizados na definição da dimensão vivencial da saúde nas mulheres de classe média-alta; frequência total de utilização e sua distribuição por grupos etários

Léxicos/ expressões	Grupos etários			Total
	20-34 anos	35- 49 anos	50-64 anos	
Associados a estado positivo, equilíbrio				15
Bem estar físico e psíquico	■ ■ ■	■	■ ■	6
Cumprir objectivos		■ ■		2
Felicidade		■ ■		2
Em estar global	■			1
Alegria	■			1
Vontade		■		1
Convívio		■		1
Independência			■	1
Associados a instrumento (ter ou sentir)				10
Energia	■	■ ■	■	4
Actividade		■	■	2
Capacidade		■	■ ■ ■	4
Associados a estado negativo, oposto de doença				2
Não ter queixas			■	1
Não sentir nada			■	1

Na análise das respostas das mulheres de classe média-alta, oito palavras ou expressões, mencionadas por 15 vezes, associam a saúde a estados ou sentimentos positivos; três, mencionados por dez vezes, evocam-na sobretudo como um instrumento.

Não ter ou não sentir, expressões aqui mencionadas por duas vezes, descrevem a saúde pela negativa, pelo que se opõe à doença (cf. anexo B2).

Quadro 7. 4 - Léxicos utilizados na definição da dimensão vivencial da saúde nas mulheres de classe média-baixa; frequência total de utilização e distribuição de frequências por grupos etários

Palavras/expressões utilizadas	Grupos etários			Total
	20-34 anos	35-49 anos	50-64 anos	
Saúde – estado positivo, equilíbrio				10
Sentir-se bem em todos os aspectos: espiritual, físico psicológico	■ ■		■	3
Vontade de viver	■	■ ■		3
Alegria	■ ■			2
Paz	■			1
Felicidade	■			1
Saúde – instrumento, capacidade para				10
Poder fazer coisas		■ ■ ■ ■	■ ■	5
Capacidade para trabalhar	■	■		2
Ter energia		■	■	2
Bem precioso	■			1
Saúde – vazio (não ter, não sentir)				2
Não ter dores/queixas/doenças		■	■	2

Contrariamente ao que acontece quando se procede ao estudo do campo da representação, em que os léxicos utilizados para a definição de saúde a associam sobretudo a um instrumento, ao evocarem a experiência directa de saúde as mulheres da classe média-baixa utilizam aqui, com igual frequência, termos que conectam a saúde a uma vivência positiva e expressões que a associam a um instrumento. Menções à saúde como a simples ausência, de doença, queixas ou dores, encontram-se com menor frequência em todas as mulheres independentemente da sua inserção social.

7.3. As concepções de saúde

Globalmente poderíamos dizer que encontramos na população estudada concepções de saúde muito próximas das que Claudine Herzlich (1974) identificou: saúde-equilíbrio, saúde-instrumento, saúde-vazio. Uma outra concepção, a de saúde-produto, identificada por Janine Pierret (1994: 239), foi reconhecida apenas numa das mulheres entrevistadas.

O conceito saúde – equilíbrio tende a predominar sobretudo nas mulheres de classe média-alta, particularmente nos escalões etários mais baixos. Carolina apresenta de saúde a seguinte definição:

“Saúde é um bem-estar, é a pessoa estar bem, não ter dores, as análises estarem normais; é um equilíbrio entre o orgânico, o psicológico e todos os outros aspectos da vida”.

Falando da sua experiência, da dimensão vivencial da saúde diz ainda:

“Sentir-me com saúde é sentir-me bem em todos os aspectos; não ter dores, estar equilibrada, sentir que à minha volta as coisas estão bem”

[Carolina, 31 anos, farmacêutica]

Para Isabel, a saúde é concebida como:

“...um bem estar físico e mental. Eu acho que o bem estar psicológico ainda é mais importante do que o físico. Se não estivermos bem psicologicamente sentimos com mais intensidade qualquer mal estar físico.”

[Isabel, 39 anos, gerente empresarial e consultora jurídica]

Rosário apresenta a sua concepção de saúde em termos que, de alguma forma, se assemelham aos anteriormente utilizados:

“Saúde é um estado de bem estar físico resultante de um harmonioso funcionamento orgânico, é um bem estar psicológico que vem de um mundo relacional satisfatório e gratificante para a pessoa e poderemos ainda considerar um bem estar social que resulta de um envolvimento ambiental não agressivo e de políticas centradas no indivíduo, dirigidas ao seu bem estar – políticas do trabalho, do ambiente, da saúde. Eu acho que é uma situação de equilíbrio entre estes diferentes aspectos da nossa existência.”

A dimensão vivencial de saúde é traduzida por si do seguinte modo:

“Para mim, pessoalmente, sentir-me com saúde é estar bem física e mentalmente, sentir-me satisfeita e ter energia para fazer as coisas de que gosto, seja trabalhar, estar com outras pessoas, poder nadar, andar, dançar...no fundo fazer as coisas que me dão mais prazer.”

[Rosário 55 anos, psicóloga e docente universitária]

Margarida aceita na concepção de saúde a existência de algum grau de incapacidade:

“Saúde é bem estar... para mim é a pessoa estar bem do ponto de vista físico e psicológico. O bem-estar tem a ver com o tu te sentires bem contigo própria, física e psicologicamente, o que implica a aceitação de alguma incapacidade, mesmo que ela haja. Mas desde que te sintas bem...”

[Margarida, 51 anos, médica]

Expressões como paz, alegria, gosto pela vida, estão como atrás vimos associadas a esta concepção de saúde e estão presentes na enunciação de Paula: “Saúde é paz interior, alegria, vontade de viver”. Referindo-se à sua experiência pessoal diz:

“Saúde para mim é estar em paz comigo mesma, com alegria e eu transmitir isso também. Conseguir sair de manhã de casa e gostar de viver. Sair de casa ir beber um cafezinho e sentir-me bem, sentir-me com vontade de sorrir para toda a gente”

[Paula, 34 anos, empregada de consultório, actualmente desempregada].

A “saúde-equilíbrio” é então concebida como um estado positivo, complexo, que inclui o equilíbrio entre o orgânico, o mental e os outros aspectos da vida, nomeadamente aspectos sociais, relacionais ou ambientais e que se caracteriza pelo bem estar físico e

psicológico, integrando elementos como a alegria, a felicidade e o cumprimento dos objectivos próprios. A vida com conforto e a transmissão para os outros desse bem-estar global, através da aparência física, surgem ainda relacionadas com esta concepção de saúde.

Uma mesma entrevistada pode utilizar na sua definição de saúde elementos que se inserem nas várias concepções de saúde aqui identificadas e que de alguma forma interliga para formar o seu conceito próprio. O predomínio de uns ou outros permite-nos contudo a inclusão da sua definição numa das várias concepções dominantes identificadas. As respostas de Inês e Maria João são representativas do que anteriormente afirmámos:

“Saúde para mim é o bem-estar físico e mental. A saúde é o oposto da doença. Quando penso em saúde penso no oposto, na falta de saúde. Para mim saúde é vitalidade, alegria, bem-estar, boa disposição em termos físicos e também emocionais. A pessoa está mais alegre, está mais satisfeita e há menos problemas... ou nós conseguimos resolve-los mais facilmente.”

[Inês, 34 anos, ictiopatologista]

Se a saúde é aqui considerada como o oposto da doença, existe contudo um predomínio de elementos positivos a ela associados que nos permitem incluir a definição de Inês na concepção mais holística de saúde-equilíbrio. Para Maria João, embora existam aspectos relacionados com prazer e usufruição do mundo na sua definição de saúde, esta comporta, claramente, mais elementos de carácter instrumental; a sua representação de saúde é a de saúde como um instrumento.

“ Saúde? É poder fazer tudo. Estar bem disposta, com alegria. Usufruir com gosto do mundo, dos estímulos exteriores...Fazer tudo é relativo... Cada pessoa tem o seu objectivo. Gosta de trabalhar, gosta de estar com amigos, de partilhar determinados momentos com outras pessoas, de conhecer outras pessoas. E quando uma pessoa tem saúde está muito mais aberta para tudo, e pode cumprir melhor os seus objectivos Saúde é a capacidade física de fazer as coisas e o prazer de as poder fazer.

Quando me sinto com saúde faço tudo o que posso fazer naquela altura porque sei que dali a um tempo ...Brinco. Aproveito e faço tudo o que posso quando estou com saúde porque já sei que vai haver um dia em que vou ter um ataque de asma e que não vou poder fazer nada... vou ter que estar fechada durante uma semana... “

[Maria João, 34 anos, arquitecta]

Saúde pode então ser percebida como um instrumento, como algo que se possui e permite obter coisas, como uma capacidade para fazer coisas ou para permanecer independente de outros. Esta concepção de saúde – instrumento predomina nas mulheres de classe média-baixa; nesta perspectiva saúde é encarada como um instrumento para, instrumento que

pode, na linguagem das entrevistadas, comparar-se à capacidade para trabalhar ou para fazer o que quer que seja, como o exprime Georgina:

“Com saúde consigo andar com o meu barco para a frente.”

[Georgina, 53 anos, dama de companhia]

Esmeralda expressa deste modo a sua forma de conceber saúde:

“Primeiro é assim... é um factor muito importante, porque nós tendo saúde temos tudo. Eu considero-me feliz quando tenho saúde. Porque com saúde consigo criar os meus filhos sem dificuldade nenhuma, mesmo que me falte o trabalho aqui eu agarro qualquer serviço para fazer – eu adoro trabalhar, gosto muito de trabalhar e faço tudo. Se me falta saúde já não consigo fazer nada, não consigo acompanhar os meus filhos em todos os sentidos e eles precisam muito da mãe. Sentir-me com saúde...ai, é para andar, para trabalhar, para passear, é para fazer surpresas aos meus filhos...”

[Esmeralda, 41 anos, auxiliar de educação]

Janine Pierret, a propósito desta concepção de saúde, afirma: “Esta forma traduz a persistência da saúde em termos de valor, de riqueza... esta valorização não significa que a saúde seja uma finalidade, um objectivo em si mesma, mas antes o pilar indispensável da vida que adquire sentido em relação ao trabalho, à actividade (Pierret 1994: 236).

Quatro entrevistadas, somente, exprimem a saúde apenas em termos de ausência de doença. Não ter queixas, não ter dores, não ter doenças, não sentir nada são aqui as expressões mais utilizadas. A concepção de saúde como um produto, algo que resulta da acção do sujeito, das suas escolhas, surge em Luísa, que a verbaliza deste modo:

“Para mim é muito simples, eu sou muito pragmática, muito organizada. Para mim, saúde tem que ver com estilo de vida e no estilo de vida está a alimentação e está o desporto, a actividade física. E não passa por alimentação desregrada, nem passa por vícios como o tabaco e o alcoolismo, não passa por aí. Estou longe disso, porque esta é a minha educação e a minha forma de estar na vida. Não quer dizer que quando chega o Natal não faça disparates. Como sonhos e tolero, mas isso todos os Natais tem de ser assim. Mas no dia a dia, eu tenho uma alimentação...aquela... pode estar errada, percebe, mas eu sinto-me bem. E se eu me sinto bem eu continuo.
O estar bem é não ter doenças. Mas também para mim é muito claro que para chegar a este estado não é só carga genética, tem de ser, fundamentalmente com a alimentação e com as práticas que se tem de vida.”

[Luísa, 57 anos, docente universitária]

Nos seus trabalhos, Janine Pierret encontrou esta concepção de saúde em indivíduos de idade superior a 40 anos, com inserção urbana (Parisienses) e rendimentos médios e elevados; nesta concepção “a saúde é o produto dos comportamentos individuais, das

condições de vida e do sistema social... ela é o valor individual, a referência suprema a que cada pessoa submete a sua vida.” (Pierret, 1994: 339).

No quadro 7.5 estão representadas as concepções de saúde presentes nas nossas entrevistadas, por classe social e grupos etários. Mais do que o grupo etário a classe social parece constituir o factor que mais diferença introduz nas concepções dominantes.

Quadro 7.5 – Concepções de saúde nas mulheres entrevistadas por classe social e grupos etários

Grupo etários	Classe social média-alta		Classe social média-baixa	
	Entrevistadas	Concepções de saúde	Entrevistadas	Concepções de saúde
20-34anos	Carmo	Equilíbrio	Zulmira	Instrumento
	Carolina	Equilíbrio	Leonor	Instrumento
	Carlota	Equilíbrio	Cristina	Instrumento
	Inês	Equilíbrio	Paula	Equilíbrio
	Mª João	Instrumento	Sónia	Vazio
35-49 anos	Helena	Equilíbrio	Mariana	Instrumento
	Ana	Equilíbrio	Esmeralda	Instrumento
	Sara	Equilíbrio	Elisabete	Instrumento
	Isabel	Equilíbrio	Olinda	Equilíbrio
	Josefa	Vazio	Márcia	Equilíbrio
50-64 anos	Rosário	Equilíbrio	Valentina	Instrumento
	Margarida	Equilíbrio	Clara	Instrumento
	Adriana	Instrumento	Lurdes	Vazio
	Teresa	Vazio	Júlia	Vazio
	Luísa	Produto	Georgina	Equilíbrio

7.4. A representação da doença

Procurámos de igual forma perceber as representações de doença presentes na população estudada. Tal como em relação à saúde, identificámos palavras ou expressões utilizadas pelas várias entrevistadas na sua definição de doença e na descrição que fazem da experiência de estar doente. Os resultados da análise podem observar-se no anexo B3. Incapacidade, dependência, morte, mal-estar, sofrimento e dor foram os termos mais utilizados pelas mulheres da classe média-alta para falar de doença, apresentando os dois primeiros frequências maiores de utilização. Incapacidade, tristeza, dependência, falta de ânimo ou vontade, falta de forças, cansaço, mal-estar e morte foram os léxicos usados mais frequentemente pelas mulheres da classe média-baixa. Se nestas a palavra tristeza assume a segunda posição relativamente à frequência de utilização, tal parece dever-se a um maior

número de situações depressivas apresentadas pelas mulheres com menores capitais escolares e económicos como em seguida veremos. Apesar de usados termos que remetem para o orgânico, como a dor, o cansaço e o mal-estar, a doença, tratando-se na maioria das vezes de um estado negativo, vivida como destruidora, na expressão de Claudine Herzlich (Herlich 1974 e 1994), implica sobretudo uma relação com a vida e com os outros, visível em expressões como a incapacidade para trabalhar, a incapacidade para fazer aquilo de que se gosta ou a dependência de outrem. O internamento hospitalar, mais do que em termos de dores ou de manobras médicas invasivas é associado sempre ao isolamento e à solidão.

Num menor número de casos a doença surge como uma ocasião de aprendizagem, como um aviso, como uma oportunidade de conhecimento dos outros ou como uma forma de afastamento de rotinas desagradáveis ou de situações agressivas assumindo assim, como Claudine Herzlich o notou, um carácter libertador. Transcrevemos a este respeito as palavras de Valentina para quem a doença foi vivida, numa fase inicial, como destruição, para assumir posteriormente características verdadeiramente libertadoras.

“Foi um descalabro, foi um terramoto!

Esta doença foi a coisa mais grave da minha vida. Virou a minha casa, virou a minha vida, a minha cabeça, virou tudo de pernas para o ar. Trouxe coisas boas mas trouxe muitas más. Coisas de que me arrependo, outras nem tanto. Há coisas de que não me arrependi nunca. Por exemplo, deito cá para fora tudo o que penso, o que sinto na hora... lá está, eu já tinha esta maneira de ser, a maneira como fui criada é que me dava travão. Eu fui sempre mulher guerreira, de fazer barulho, de teimar. O meu marido não. O meu marido é mais diplomata, é de levar as coisas com calma. Não luta, não vai atrás das coisas... Mas também se não fosse assim não tínhamos equilíbrio. Eu acho que tem de haver os dois lados

Quando me senti doente eu revoltei-me com Deus, com tudo. Porquê eu? Não me capacitava que com um bebé pequenino pudesse ficar assim. Eu não podia fazer nada. Dependia dos outros para tudo. Não podia pegar no menino, não podia fazer nada. Nem falar. Andava sempre com um caderninho onde escrevia o que queria...Não conseguia respirar. Quando chegava a noite era um terror, porque eu tinha medo de morrer. Nem era bem o morrer, era o não conseguir respirar deitada. Por isso hoje faço o que quero. Se é dia de ir para a pintura eu vou. É uma actividade que eu gosto e me faz bem. Às vezes dizem-me: Não vás hoje, vai amanhã...Mas eu gosto e vou. Mesmo quando vou para a terra, gosto de mandar o meu marido lá para o campo – que os homens em casa só atrapalham – e vou pintar. Aprendi a ser feliz com os pequenos nada. Caminhar e ir ao castelo, ou ir aqui ou acolá...”

“Porque eu acho que até na vida religiosa eu mudei. Eu fui criada a ouvir o padre dizer que Deus castiga, Deus não dorme. Eu não acredito em nada disso hoje...Porque se há Deus, e tem de haver um ser superior que criou o mundo...mas que seja agressivo, não. Que nos peça contas do que andamos a fazer, mas ...Eu acho que não foi um castigo. Foi um aviso para eu viver a vida de outra maneira e para ver o mundo de outra forma.”

“Mas eu também já disse aos médicos: presentemente sou feliz com a pouca saúde que tenho. Não faço a turbo, faço à manivela. No IPO (Instituto Português de Oncologia), que é a minha segunda casa, fui aprendendo a viver com as limitações. Mesmo doente consigo ser feliz se me esquecer do problema com o meu marido...”

[Valentina, 50 anos, empregada doméstica, reformada por sequelas de neoplasia da tiróide)]

Procurámos ainda neste trabalho investigar as causas de doença, tal como são percebidas pelas mulheres que entrevistámos. Os quadros 7.6 e 7.7 mostram-nos, de acordo com a tipologia de intensidade de ocorrência que elaborámos, as diversas categorias etiológicas de doença mencionadas pelas mulheres das duas classes sociais. O número total e ocorrências por categoria, por grupo etário e classe social encontra-se disponível nos anexos B4 e B5.

Quadro 7. 6 - Categorias etiológicas de doença – Tipologia de intensidade de ocorrência nas mulheres de classe média-alta

Categorias etiológicas de doença (léxicos associados a)	Grupos etários			Intensidade de ocorrência
	20-34 anos	35-49 anos	50-64 anos	
Hábitos pessoais/estilo de vida	■■■■	■	■■■■	Muito forte
Factores ambientais	■■	■	■■	Forte
Factores genéticos	■■	■	■■	Média
Relação com o tempo	■	■■	■	
Factores psicológicos ou familiares	■	■■	■■	Fraca
Sentimentos, pensamentos ou atitudes negativas	-	■	■■	
Problemas sociais	-	■	■	
Degeneração corporal	-	-	■	
Trabalho	■	-	-	

Legenda: Intensidade muito forte ≥ 10 ocorrências ■■■■ Intensidade forte $> 5 < 10$ ocorrências ■■■
Intensidade média = 3-5 ocorrências ■■ Fraca intensidade = 1-2 ■ Inexistente –

Quadro 7.7 - Categorias etiológicas de doença – Tipologia de intensidade de ocorrência nas mulheres de classe média-baixa

Categorias etiológicas de doença (léxicos associados a)	Grupos etários			Intensidade de ocorrência
	20-34 anos	35-49 anos	50-64 anos	
Hábitos pessoais/estilo de vida	■■	■■	■■	Muito forte
Factores ambientais	■■	■	■■	Forte
Factores psicológicos ou familiares	■	■	■	Média
Problemas sociais	-	■■	■	
Relação com o tempo	■	■■	-	
Trabalho	-	■■	■	Fraca
Problemas sociais	-	■■	■	
Problemas genéticos	■	■	■	
Iatrogenia	■	-	-	
Valores religiosos	■	-	-	
Degeneração corporal	-	-	■	

Legenda: Intensidade muito forte ≥ 10 ocorrências ■■■■ Intensidade forte $> 5 < 10$ ocorrências ■■■
Intensidade média = 3-5 ocorrências ■■ Fraca intensidade = 1-2 ■ Inexistente –

Os hábitos pessoais/estilos de vida são a única categoria mencionada globalmente com intensidade muito forte pelas duas classes sociais; porém quando diferenciamos os grupos

etários verificamos que apenas os grupos extremos da classe social mais elevada a valorizam muito fortemente. Os factores ambientais são também fortemente valorizados pelos dois grupos sociais, de forma até mais acentuada na classe média baixa. Diferenças mais significativas surgem nos problemas de ordem psicológica ou familiar e nos problemas de ordem social, a serem considerados como etiologia de doença de forma mais significativa pelas mulheres classe média baixa. Nos primeiros incluem-se os conflitos familiares, a vida relacional, a solidão, a perda de pessoas e o stress quotidiano. Nos segundos, são referidos o desemprego, as dificuldades económicas e os maus-tratos, o que de alguma forma traduz situações da vida real de algumas destas mulheres. Os problemas com o trabalho, nomeadamente o excesso de trabalho e os esforços excessivos, como factores etiológicos de doença, surgem também com uma expressão ligeiramente maior nas mulheres de mais baixos recursos socio-económicos.

7.5. Auto-percepções dos estados de saúde, concepções de saúde e avaliações médicas comparativas

Solicitámos às nossas entrevistadas que procedessem à avaliação do seu estado de saúde procurando integrar o resultado da sua auto-avaliação em cinco grupos previamente definidos: muito bom ou excelente, bom, razoável, mau e péssimo. Nos Quadros 7.8 e 7.9 apresentamos, para os dois grupos sociais estudados, os resultados da auto-avaliação do estado de saúde e a correspondente concepção de saúde predominante em cada uma das entrevistadas.

Quadro 7.8 – Auto-avaliação do estado saúde e concepções de saúde nas mulheres de classe média alta

Grupos etários	Nomes	Nº entrevista	Avaliação estado saúde	Concepção saúde
20-34 anos	Carmo	4	Razoável	Equilíbrio
	Mª João	8	Péssimo	Instrumento
	Carolina	9	Bom	Equilíbrio
	Carlota	10	Bom	Equilíbrio
	Inês	27	Bom	Equilíbrio
35-49 anos	Helena	5	Bom	Equilíbrio
	Ana	12	Razoável	Equilíbrio
	Sara	23	Muito Bom	Equilíbrio
	Josefa	28	Razoável	Vazio
	Isabel	30	Bom	Equilíbrio
50-64 anos	Luísa	7	Bom	Produto
	Rosário	11	Razoável	Equilíbrio
	Margarida	17	Bom	Equilíbrio
	Adriana	20	Razoável	Instrumento
	Teresa	26	Bom	Vazio

Verifica-se, nas mulheres de classe social média-alta uma tendência para avaliarem de forma mais positiva o seu estado de saúde; em oito das quinze mulheres a avaliação foi de bom e em uma de muito bom. A concepção predominante de saúde neste grupo social, é, como já vimos, a de saúde equilíbrio, presente em dez situações. Como veremos no próximo quadro, dez das quinze mulheres da classe média baixa avaliam como razoável o seu estado de saúde. Nas cinco restantes a avaliação foi de bom. A concepção de saúde predominante neste grupo social é a de saúde como um instrumento, presente em oito entrevistadas.

Quadro 7. 9- Auto-avaliação do estado saúde e concepções de saúde nas mulheres de classe média-baixa

Grupos etários	Nomes	Nº entrevista	Avaliação estado saúde	Concepção saúde
20-34 anos	Zulmira	3	Razoável	Instrumento
	Leonor	16	Razoável	Instrumento
	Paula	18	Bom	Equilíbrio
	Sónia	22	Bom	Vazio
	Cristina	24	Razoável	Instrumento
35-49 anos	Mariana	2	Bom	Instrumento
	Esmeralda	13	Razoável	Instrumento
	Olinda	14	Razoável	Equilíbrio
	Márcia	25	Razoável	Equilíbrio
	Elisabete	29	Bom	Instrumento
50-64 anos	Georgina	1	Razoável	Equilíbrio
	Lurdes	6	Razoável	Vazio
	Valentina	15	Razoável	Instrumento
	Júlia	19	Razoável	Vazio
	Clara	21	Bom	Instrumento

A leitura dos dois quadros sugere-nos uma associação entre estado de saúde e classe social, com as mulheres detentoras de menores capitais escolares e económicos a avaliarem de forma menos positiva a sua saúde, particularmente as do escalão etário mais alto. Parece-nos verificar-se ainda uma tendência para relacionar concepções de saúde e avaliação do estado de saúde, embora consideremos prudente não estabelecer uma relação directa entre as duas variáveis, quer pela coexistência de outros factores, quer pelo número relativamente pequeno da população estudada.

No decurso das entrevistas que fizemos solicitámos às nossas entrevistadas que nos explicitassem os motivos da auto-avaliação dos seus estados de saúde. Sem querermos ser exaustivos vamos procurar dar a conhecer algumas das respostas e a sua correlação com a concepção de saúde dominante nas respectivas entrevistadas.

O discurso nas mulheres da classe média-alta

“É bom. Não é muito bom, porque há coisas que gostaria de melhorar. Mesmo relacionadas com a minha aparência. Não é uma preocupação grande, mas depois do último parto fiquei aqui com uma espécie de flacidez no abdómen que acho que não é normal. Não é um problema grave, é relativo, mas preocupa-me. Talvez mais tarde possa agravar.”

[Inês, 27 anos, ictiopatologista, concepção de saúde dominante: equilíbrio]

“Eu diria que é muito bom, porque me sinto bem, porque consigo trabalhar; não tenho queixas”

[Sara, 42 anos, investigadora, concepção dominante de saúde: equilíbrio (com elementos instrumentais e de vazio)]

“É bom. Eu retirava o excelente, sabe porquê? Porque eu estou na menopausa e de vez em quando tenho calores. Quando passam os calores volta o excelente. Sabe que há fases em que é o afrontamento, mas há outras fases em que é um aperto, um peso enorme aqui, um ou dois segundos, que é de enlouquecer... Depois passou.”

[Luísa, 57 anos, professora universitária, concepção de saúde dominante: produto]

O discurso nas mulheres da classe média-baixa

É razoável; não é muito bom mas também não é muito mau. Não é bom porque tenho este problema do coração, tenho arritmias.... Eu vou fazendo as minhas coisas, mas sinto-me muito cansada.

[Cristina, 34 anos, empregada de limpeza, concepção de saúde: instrumento]

Acho bom, porque daquilo que eu vejo é uma coisa normal, não é assim nenhuma doença grave. É uma coisa que é normal em quase toda a gente (dores nas costas) Portanto para mim é normalíssimo. Se fossem outras coisas era bem pior.

[Mariana, 44 anos, costureira, concepção de saúde: instrumento (com elementos de vazio)]

O meu estado de saúde é razoável: Há 12 anos tive uma hérnia discal, que me ataca o nervo ciático, da perna direita. Em Maio, surgiu-me na perna esquerda. E, em Outubro, tive outra vez. Por isso, é razoável.

[Lurdes, 58 anos, escriturária, concepção de saúde: vazio]

A fim de podermos comparar os resultados das auto-avaliações do estado de saúde com as avaliações médicas dos mesmos, solicitámos ao médico de família de cada entrevistada que nos fornecesse não só a sua avaliação do estado de saúde da mulher como a correspondente listagem dos problemas de saúde. Os resultados são apresentados nos Quadros 7.10 e 7.11, respectivamente para as mulheres de classe média-baixa e classe média-alta.

Quadro 7. 10 - Perspectivas pessoais e médicas sobre estados de saúde das mulheres de classe média-baixa; resultados comparativos

Grupos Etários	Nome	-avaliação estado de saúde	Avaliação médica estado de saúde	Problemas de saúde (diagnósticos médicos)	Diferencial avaliativo sujeito/médico
20-34 anos	Zulmira	Razoável	Bom	Sem patologia	-
	Leonor	Razoável	Razoável	Amaurose congénita e familiar	=
	Paula	Bom	Razoável	Depressão recorrente	+
	Sónia	Bom	Muito Bom	Sem patologia	-
	Cristina	Razoável	Bom	Síndrome de Wolf -Parkinson-White D. Gilbert (forma minor)	-
35-49 anos	Mariana	Bom	Bom	Sem patologia	=
	Esmeralda	Razoável	Razoável	Depressão recorrente	=
	Olinda	Razoável	Razoável	Hérnia discal	=
	Márcia	Razoável	Razoável	Depressão recorrente	=
	Elisabete	Bom	Bom	Hipotiroidismo secundário	=
50-64 anos	Georgina	Razoável	Razoável	Doença bipolar	=
	Lurdes	Razoável	Bom	Lombalgia	-
	Valentina	Razoável	Razoável	Sequelas de intervenção por carcinoma medular da tiróide - tireoidectomia e paratiroidectomia totais -plastia das cordas vocais, disfonia - Osteoporose - Infecções respiratórias recorrentes	=
	Júlia	Razoável	Razoável	Hipertensão arterial Diabetes mellitus Obesidade	=
	Clara	Bom	Bom	Sem patologia	=

Quadro 7. 11 - Perspectivas pessoais e médicas sobre estados de saúde das mulheres de classe média-baixa; resultados comparativos

Grupos etários	Nome	Autoavaliação estado saúde	Avaliação médica estado saúde	Problemas de saúde diagnóstico	Diferencial avaliativo sujeito/médico
20-34 anos	Carmo	Razoável	Razoável	Distímia	=
	Mª João	Péssimo	Razoável	Depressão	-
	Carolina	Bom	Bom	Atopia	=
	Carlota	Bom	Bom	Atopia	=
	Inês	Bom	Muito Bom	Sem patologia	-
35-49 anos	Helena	Bom	Bom	Menopausa cirúrgica aos 30 anos Asma desde os 30 anos	=
	Ana	Razoável	Razoável	Depressão reactiva Atopia	=
	Sara	Muito bom	Muito Bom	Sem patologia	=
	Josefa	Razoável	Bom	Esclerose em placas	-
	Isabel	Bom	Bom	Distímia	=
50-64 anos	Luísa	Bom	Bom	Sem patologia	=
	Rosário	Razoável	Mau	Insuficiência cardio-respiratória Diabetes Mellitus	+
	Margarida	Bom	Razoável	Sequelas de mastectomia por neoplasia da mama	+
	Adriana	Razoável	Razoável	Hipertensão arterial Apneia do sono Fractura do ombro	=
	Teresa	Bom	Bom	Síndrome de Menière	=

Na sua maioria são coincidentes os resultados das avaliações pessoais e médicas sobre os estados de saúde, embora se verifique uma leve tendência para os mesmos serem avaliados de forma mais positiva pelos profissionais de saúde. Nas trinta situações estudadas, em oito a sua avaliação é qualitativamente superior, revelando-se inferior em apenas duas situações. Tais diferendos avaliativos têm igual repartição nos dois grupos sociais estudados.

Sem querermos entrar pela longa discussão dos factores explicativos para o fenómeno pretendemos apenas salientar neste trabalho, a correlação existente entre classe social e estado de saúde, autoavaliado ou resultante de avaliação médica de acordo com o que outros estudos de maior envergadura o demonstraram (Cabral 2002, Chenu 2000). Também aqui, um pior estado de saúde parece relacionar-se, mais do que com a idade, com a inserção num grupo social de menores capitais económicos e escolares, e onde, de uma forma geral, as situações profissionais são consideradas como socialmente menos prestigiadas.

Procurámos captar uma eventual associação entre auto-percepção de saúde da mulher e a sua crença religiosa; tal não foi possível uma vez que na população estudada existe um predomínio de católicas não praticantes, não permitindo assim o estabelecimento de qualquer relação.

Capítulo 8

Coesão familiar

Conceito utilizado indiferentemente por psicólogos sociais, terapeutas familiares e sociólogos da família, a coesão familiar é definida por Olson e Mc Cubbin como “o laço emocional que une os diferentes elementos de uma família... É uma medida da forma como, do ponto de vista emocional, os membros de uma família se sentem próximos uns dos outros, do seu sentido de união ou de separação relativamente aos outros elementos da família” (1985: 48 e 82). No desenvolvimento do Circumplex Model, os mesmos autores utilizam diversas variáveis que lhes permitem diagnosticar e medir a coesão familiar: ligação emocional, fronteiras, coligações, tempo, espaço, amigos, tomada de decisões, interesses e lazeres. Quatro níveis de coesão são possíveis de definir num continuum que vai do desligado ao emaranhado: desligado, separado, ligado e emaranhado.

O conceito de coesão é recorrente nos trabalhos de Kellerhals que com frequência o utiliza nos seus estudos sobre interacção conjugal e na definição da tipologia familiar que nos apresenta – trabalho que, iniciado em 1986 (1987), tem até recentemente continuado a aperfeiçoar e a desenvolver, em colaboração com outros autores (Widmer, Kellerhals e Levy, 2004). Coesão conjugal é então entendida por estes autores como a forma como os cônjuges “investem” o casal, seja o modo como acentuam a semelhança de orientações e de ideias, a partilha do tempo, o consenso, ou pelo contrário, como valorizam a sua autonomia, e ainda a forma como regulam a abertura ao exterior, valorizando os contactos externos à família ou, inversamente, manifestam desconfiança relativamente aos mesmos. (*idem*: 43). Para estes autores, três dimensões surgem assim associadas ao conceito de coesão: o grau de fusão do casal, o grau de abertura, e a orientação assignada à família pelo casal.

Foi nos pressupostos teóricos acima afluídos que nos baseámos para estudar a coesão nas famílias das mulheres entrevistadas. A forma como os vários elementos da família desfrutam do tempo livre, o número e tipo de actividades que realizam sozinhos, com cônjuge ou com filhos, pode indirectamente ajudar a definir a natureza do laço que os une e foi nesse sentido que procurámos analisá-los. O hábito de fazer, ou não, as refeições em conjunto, o modo de partilhar recursos económicos e relacionais, os interesses comuns, e, ainda, a designação pela mulher, do elemento familiar com quem reconhece ter maior ligação afectiva, foram os aspectos abordados que nos parecem facilitar a compreensão da

natureza e da intensidade do laço que une os vários elementos de uma família. A comunicação na família constituiu também uma área que quisemos investigar. Debruçámo-nos preferencialmente sobre o grau de frequência da comunicação verbal, os conteúdos da mesma bem como os aspectos que regulam a posição dos vários intervenientes no processo comunicacional. Ao trabalhar sobre as dinâmicas de interacção e tipos de conjugalidade Sofia Aboim (Aboim 2005b) analisou as práticas quotidianas de divisão do trabalho doméstico como uma das dimensões da coesão conjugal. Considerando-as sem dúvida um importante item de análise da coesão conjugal, incluímo-las contudo, no desenho do nosso estudo, no campo das regras familiares, por as julgarmos um bom indicador da rigidez ou flexibilidade da regulação familiar.

8.1. Famílias e actividades de tempos livres

Procurámos investigar junto das nossas entrevistadas a forma como as respectivas famílias organizavam as suas actividades de tempos livres, interna e externamente; que actividades, em número e natureza, unem os elementos do casal, os elementos da família como um todo e ainda aquelas que cada uma das entrevistadas realiza por si só, o que nos poderá sugerir o seu grau de autonomia no interior do agregado familiar. Os dados obtidos através da análise das entrevistas estão patentes nos Anexos C1 e C2.

Conversar e ver televisão constituem as actividades de lazer no interior mais frequentemente feitas em conjunto pelos dois elementos do casal, na população estudada independentemente da sua inserção social. As diferenças em relação aos dois grupos sociais traduzem-se sobretudo no convívio com amigos e familiares, no domicílio, que com maior frequência acontece nas famílias mais favorecidas do ponto de vista social.

Em cinco dos casos não são reconhecidas pelas mulheres quaisquer actividades feitas em conjunto pelos dois elementos do casal. Nos casais mais novos tal circunstância prende-se com existência de filhos pequenos e ainda com opções do próprio casal, ou de um dos seus elementos, que dificultam um maior envolvimento dos dois cônjuges em simultâneo numa mesma actividade; o subsistema parental parece aqui ter primazia sobre o conjugal. Carlota, com três filhas de cinco, três e dois anos refere-o na sua entrevista:

“Agora, assim sozinhos, confesso que não temos tempo. Até porque elas, como são todas muito seguidas, é complicado deixá-las separadas porque sentem muito a falta umas das outras. Mas também é um grande peso deixá-las com uma pessoa, as três. E eu não gosto de sobrecarregar os

outros. Eu quando decidi ter filhos decidi iriam para o infantário ou arranjar uma empregada; nunca as deixaria com os meus pais. É um bocadinho essa forma de pensar...Custa-me, se eu precisar de estar ausente, custa-me pedir para ficar com elas. Eu prefiro sacrificar qualquer coisa que tenha de fazer para ficar com elas.”

[Carlota, 31 anos, engenheira agrónoma]

Nos casos de mulheres de outras faixas etárias, são outras as razões invocadas. Mariana, com mais de dez horas de trabalho profissional diário, casada desde os 18 anos e com dois filhos de vinte e quatro e catorze anos exprime-se assim:

“Actualmente não há tempos livres em conjunto...Há uns anos atrás era até com o miúdo, com o mais velho. Brincava com ele. Tinha a minha avó que sempre me ajudava um pouco em casa e eu já aproveitava mais um bocadinho. Isto até o miúdo entrar para a escola...A partir daí, não voltei a ter grande tempo para descansar. Com meu marido? Não há tempo para estar juntos!”

[Mariana, 44 anos, costureira]

A televisão ocupa ainda um lugar central nas actividades desenvolvidas em conjunto pelos diferentes elementos de uma família, seguida pelo visionamento de filmes. Jogos e brincadeiras com os filhos unem também em casa os diferentes membros de algumas famílias, particularmente nas famílias de mulheres pertencentes aos dois escalões etários mais jovens. Num número inferior de casos as brincadeiras e jogos com crianças ocorrem apenas no subsistema mãe-filhos, ou mais raramente, nos subsistemas mãe-filhos e pai-filhos, alternada ou simultaneamente, como nos casos de Isabel e Elisabete:

“ Os quatro juntos é raro; quando ele está em casa, ele está mais com os filhos ou então vai sair com eles. Comigo, fazemos jogos e gostamos muito de fazer trabalhos em cerâmica e madeira. Eles gostam muito e eu também.”

[Isabel, 39 anos, gerente empresarial e consultora jurídica, dois filhos de 12 e 8 anos]

“O meu marido e o meu filho gostam muito de jogar damas, os dois. A minha filha é mais fazer penteados e brincarmos no quarto dela às mães e às filhas Todos juntos é mais complicado porque ela não consegue fazer um jogo, não consegue estar quieta. Com ela é mais difícil fazer qualquer coisa em casa. Tem de ser um de nós com cada um.”

[Elisabete, 41 anos, técnica de sinalização luminosa, um filho de 17 anos e uma filha de 8 anos]

A leitura é a actividade individual que mais ocupa as mulheres, sem grandes diferenças nos dois grupos sociais, seguida ainda pelo ver televisão. Seis das trinta mulheres entrevistadas declaram, contudo, não ter tempo nem condições para poderem desenvolver qualquer actividade de lazer individual no interior do espaço doméstico.

“ Em casa? Nada. Sento-me no sofá e ao fim de quinze minutos estou a dormir”

[Inês, 34 anos, Ictiopatologista, duas filhas de três e um anos]

“Em casa não! Só quando estou a tomar banho ou a vestir-me. Fecho a porta porque senão tenho sempre a minha filha a dizer que quer pôr baton, pôr ganchos...Se aos sábados de manhã não trabalhar, sou capaz de dizer aos meus filhos que vou trabalhar, sou capaz de dizer uma mentira piedosa e vou ao cabeleireiro ou fazer qualquer outra coisa. Mas em casa é impossível!”

[Carolina, 31 anos, farmacêutica, uma filha de três anos e um filho de cinco anos]

Se para Carolina e Miguel as actividades de lazer individuais ou conjugais, são, no espaço da casa, de realização difícil, o recurso a “retiradas estratégicas” pontuais parece reforçar a fronteira do subsistema conjugal, libertando-os temporariamente das suas funções parentais:

“Tentamos uma vez por ano, quatro ou cinco dias, viajar e estarmos só os dois. Eles ficam esses dias com a minha mãe. Por cá, vamos os dois sozinhos ao restaurante, para aí quinzenalmente. Mas tentamos realmente ir jantar fora e estarmos só os dois. Porque em casa é impossível.”

[Carolina]

As idas ao restaurante e ao café, o convívio com amigos fora do espaço doméstico, e os espectáculos são, aliás, as actividades de tempo livre no exterior preferidas pelos casais de classe social média-alta. Eventos culturais e viagens surgem numa posição intermédia, sendo curiosamente minoritários o passeio a pé ou outras práticas desportivas. Passeio a pé, ida ao café e passeio de automóvel surgem como as actividades mais realizadas pelos casais da classe média-baixa. Das trinta mulheres entrevistadas sete declaram não ter qualquer actividade individual no exterior. A prática desportiva, o passeio a pé, e o convívio com amigos, são as práticas individuais preferidas pelas mulheres entrevistadas; a presença em eventos culturais é mencionada apenas nas mulheres de classe média-alta (cf. anexos C1 e C2).

Nos quadros 8.1 e 8.2 apresentamos, por família, a totalidade de actividades desenvolvidas por casal, família e subsistema mãe-filhos e ainda o número de tarefas realizadas individualmente por cada entrevistada, no espaço da casa e no exterior, respectivamente, nas famílias de classes social média-alta e média baixa. Os quadros apresentam apenas a quantificação de actividades desenvolvidas pelos diversos subsistemas; a especificação das mesmas encontra-se nos anexos C1 e C2.

Quadro 8.1 - Nº de actividades efectuadas por família e pelos diferentes subsistemas, no espaço doméstico e no exterior, nas famílias de classe média-alta

Grupos etários	20-34 anos					35-49 anos					50-64 anos				
	4	8	9	10	27	5	12	23	28	30	7	11	17	20	26
Nº Entrevista															
Actividades internas															
Casal	5	2	1	0	0	3	1	1	1	2	2	6	1	2	4
Família	-	0	2	1	3	3	1	3	2	0	2	6	3	-	-
Subsistema mãe-filhos	-	2	0	1	0	0	0	0	0	2	0	0	0	-	-
Subsistema pai-filhos	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Mulher	2	3	0	2	0	4	1	1		0	0	4	2	3	3
Actividades externas															
Casal	7	3	3	0	0	1	2	1	0	3	2	8	2	0	4
Família	-	2	3	1	2	4	0	2	3	3	1	3	2	-	-
Subsistema mãe-filhos	-	2	0	1	0	0	2	0	0	0	0	0	0	-	-
Subsistema pai-filhos	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-
Mulher	2	1	1	0	1	0	3	1	2	1	2	2	4	2	1

Nos grupos etários mais jovens tendem a predominar, nas actividades internas e externas, aquelas que envolvem toda a família. As que envolvem apenas o casal, situam-se nas famílias em fase de ninho vazio ou pelo contrário em famílias com crianças com menos de três meses (entrevistas nº 4, 20 e 26). O caso correspondente à entrevista nº 8 apresenta algumas particularidades; a família de M^a João e Raul vive, pela profissão do marido, uma situação peculiar. Nos longos períodos de ausência de Raul a vida quotidiana decorre entre mãe e filhos, mas na presença do pai, as actividades de casal tendem a preponderar:

“ Quando ele está, tenho de dar atenção a mais um! Porque ele tem ciúmes dos filhos. É muito complicado. Nos dois primeiros dias tem muitos ciúmes dos filhos, portanto vai logo deitá-los. Depois já começa a aceitar melhor. E os filhos também não conseguem aceitar logo a entrada do pai. Gostam muito, fazem uma grande festa mas o mais velho especialmente... há ali uma guerra... está sempre a provocar o pai.

Os dois fora de casa? ... Vamos ter com amigos, vamos sair um bocadinho à noite, vamos ao cinema, vamos passear, vamos jantar.... Às vezes vamos passar o fim – de - semana fora e aí vamos ver uma Igreja ou qualquer monumento que haja para ver...Espectáculos... outro dia fomos ao teatro e gostámos muito. Foi a primeira vez que fomos os dois ao teatro. Quando ele está aproveitamos muito para sair os dois.”

[Maria João - entrevista nº 8]

Também nas famílias de classe média-baixa as actividades de tempo livre que envolvem toda a família tendem preponderar; as excepções dizem respeito, na sua maioria, a famílias sem filhos, a grupos domésticos múltiplos ou a famílias com jovens adultos com vida independente dos pais.

Quadro 8. 2 - Nº de actividades efectuadas por família e pelos diferentes subsistemas, no espaço doméstico e no exterior, nas famílias de classe média-baixa

Grupos etários	20-34 anos					35-49 anos					50-64 anos					
	Nº Entrevista	3	16	18	22	24	2	13	14	25	29	1	6	15	19	21
Actividades internas																
Casal	3	1	2	2	1	0	2	2	1	3	2	3	1	1	2	
Família	-	2	3	1	2	0	2	2	0	1	0	-	1	2	1	
Subsistema mãe-filhos	0	2	0	0	0	1	0	0	0	1	1	1	1	0	0	
Subsistema pai-filhos	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	
Mulher	2	1	1	0	1	0	3	1	2	1	2	2	4	2	1	
Actividades externas																
Casal	3	0	1	0	1	0	1	3	0	2	2	4	3	2	3	
Família	-	3	3	2	4	0	2	-	0	5	0	-	0	-	4	
Subsistema mãe-filhos	-	2	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	0	0	
Subsistema pai-filhos	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Mulher	2	1	0	0	1	1	2	0	2	1	1	0	1	1	1	

No caso de Márcia, casada há 27 anos com Vítor, com um filho de 24 anos e uma filha de 22 anos, são praticamente inexistentes as actividades conjuntas de família e de casal:

“Em casa... todos juntos não fazemos nada. Televisão também não vemos juntos. Em casal? Nada. Conversamos às vezes ... Sozinha gosto de ler e de ver TV, filmes...
 Fora de casa... não vamos a lado nenhum todos juntos também; andar a pé vou sozinha ou vou às vezes com a minha filha. Em casal, vamos ao restaurante só quando fazemos anos de casados. Não fazemos mais nada
 Eu, sozinha, vou aos sábados à Associação de Arte”

[Márcia, 47 anos, monitora de cerâmica]

Também para Mariana (entrevista nº2), com mais de dez horas diárias de trabalho profissional, não existem actividades de tempo livre que juntem o casal ou a família. Raramente, um jogo com o filho mais novo, é a actividade de lazer que usufrui no seio da sua família. O intervalo para almoço é o seu único tempo de lazer, aproveitado sempre para o convívio com as colegas:

“Actualmente não há tempos livres em conjunto. Há uns anos atrás era até mais com o miúdo, com o mais velho. Brincava com ele. Tinha a minha avó que sempre me ajudava um pouco em casa e eu já aproveitava mais um bocadinho. Isto até o miúdo entrar para a escola... A partir daí não voltei a ter grande tempo para descansar.
 Nós os dois não temos tempos juntos em casa. Às vezes lá jogo um bocadinho com o meu filho mais novo, na “Playstation”, mas muito pouco... Eu não tenho tempo livre.
 Fora de casa... em casal, nada. Em família... não existem.
 Tenho o meu tempo de almoço que é sagrado e é aí que convivo com as minhas colegas. E vamos sempre, todas juntas, tomar o nosso cafezinho.”

[Mariana, 47 anos, costureira]

8.2. Juntos à mesa?

Em casa de Georgina, de 51 anos, vivendo em união de facto com Pedro de 53 anos, pedreiro, e com três filhos de um primeiro casamento deste, a tomada de refeições em conjunto não é habitual:

“Nem sempre. Eu gosto muito de jantar em família, mas às vezes o meu marido... Por exemplo, ontem não foi à mesa. Levo o tabuleiro ao quarto e ele come lá. O mais velho, infelizmente nunca está”.

[Georgina reformada de modista actualmente, dama de companhia]

Comer em conjunto não constitui também um hábito em casa de Mariana:

“ Não, geralmente não comemos juntos. O meu marido nem sempre tem hora certa de chegar a casa. O meu filho mais velho também vai lá para a vida dele. Janta em casa e esse faz o comer dele porque por causa do problema que tem não pode comer qualquer coisa Mas também não arruma a loiça...Eu é que mais ou menos janto com o mais novo. O meu marido se estiver em casa lá janta connosco.”

[Mariana, 47 anos, costureira]

Nas restantes famílias, ter pelo menos uma refeição em conjunto, particularmente o jantar, é um acontecimento usual.

8.3. Partilha dos recursos económicos

Usámos a partilha dos recursos económicos do casal como indicador do grau de coesão conjugal. Os resultados e as respectivas grelhas de colheita estão patentes no anexo C3.

Em sete das quinze famílias de classe média-alta existe uma conta comum formada pelos rendimentos de ambos os cônjuges, existindo em cinco casais contas totalmente separadas. Três casais vivem uma situação de compromisso entre a necessidade de alguma autonomia económica por parte de cada um dos cônjuges e a vontade de colocarem alguns dos seus recursos em comum. Inês explicita-o da seguinte forma:

“Cada um tem uma conta e temos uma conta comum para as despesas de manutenção da casa. Da nossa conta individual tiramos uma grande parte para a conta comum para termos o dinheiro necessário para as despesas da casa e também para termos dinheiro disponível se formos apanhados por alguma surpresa. É mais por uma questão de segurança. O resto, gerimos as nossas contas com alguma autonomia. A poupança sai quer da conta comum quer das nossas contas individuais. Assim os dois também têm uma certa autonomia.”

[Inês, 34 anos, ictiopatólogista]

Isabel apresenta uma organização da economia familiar semelhante à de Inês, mas revela na sua resposta uma maior tendência desta família para a individualização dos recursos económicos.

“Temos contas individualizadas e temos uma conta comum para assegurar as contas da casa. Cada um assegura uma parte das despesas da casa. Ninguém mexe na conta de um ou outro. Cá em casa, temos todos muito respeito pelos espaços de cada um e pela individualidade de cada um. Mesmo os meus filhos têm sido ensinados assim.”

[Isabel, de 39 anos, gerente e consultora jurídica de uma empresa familiar]

Neste grupo social apenas uma mulher referiu discussão por motivos económicos, não tanto pela forma como são postos ou não em comum os recursos financeiros, mas mais pela inércia do respectivo cônjuge em lutar por um lugar profissional que proporcione um rendimento regular.

A partilha total de recursos económicos é a situação mais comum nas famílias das mulheres de classe média-baixa; apenas em duas situações existe separação dos rendimentos e contribuição assimétrica para a manutenção das despesas da casa. Nas famílias com rendimentos comuns, algumas mulheres dispõem de dinheiro para os seus gastos pessoais, contrariamente às mulheres de classe média-alta que, com mais facilidade, têm acesso livre à conta comum. A discussão por motivos económicos é apenas referida por duas entrevistadas; os gastos excessivos dos respectivos cônjuges parecem originar a maioria das discussões.

8.4. Amizades: como se partilham?

Num dos próximos capítulos analisaremos as redes sociais das famílias de cada uma das mulheres entrevistadas. Interessam-nos por agora perceber apenas como em casal são partilhados os amigos. Primazia dos amigos individuais? Amigos individuais que passam a amigos do casal? Supremacia dos últimos?

A análise das redes de sociabilidade das famílias – anexo G – mostra-nos, relativamente à classe média-alta, um predomínio dos amigos de casal relativamente aos amigos individuais e, na generalidade, um maior número de contacto com os primeiros; verificamos mesmo, em algumas situações, a inexistência de amigos que não passem pelo casal, como nos casos de Inês, Isabel e Luísa. A partilha de amigos é assim a regra neste

grupo social, com excepção de duas situações: nas famílias de Helena e Adriana, não existem amigos comuns aos dois elementos do casal, ainda que por razões de ordem completamente diversa.

Helena, casada há 11 anos com Paulo e com duas filhas de dez e oito anos refere na sua entrevista:

“Quer dizer...não temos assim muitos amigos do casal. Eu tenho alguns amigos, não muitos, o meu marido tem muitos amigos com quem se dá muito bem mas não temos assim muitos amigos do casal. Eu nem sei se é assim muito bom ou muito mau... Como temos assim uma vida tão atarefada aproveitamos todos os bocadinhos que temos para estarmos juntos. Às vezes fica difícil. E aos fins-de-semana acabamos por estar também ocupados. Um fim de semana vamos aos meus pais, outro convidamos a minha sogra ou a minha cunhada, ou então há um torneio de Judo, a Leonor vai e nós somos convidados e vamos... E neste último ano tinha o meu trabalho e passava quase todo o tempo de volta dele. Não sobra muito tempo para estar com os amigos. E eu sou sincera...Se calhar até gostava mas não sinto muito falta. Eu gostaria de conviver para esbater um pouco um certo individualismo, mas ao mesmo tempo também não tenho muita vontade. Porque eu estou bem. Eu penso que as pessoas quando não estão bem procuram ir a outros sítios ...ir aqui, ir ali... ir a uma discoteca. Por um lado é positivo, por outro lado...como não estão bem em casa, procuram divertir-se. Mas nós estamos bem.”

[Helena, 39 anos, professora do ensino secundário]

Uma maior necessidade de passar em conjunto os tempos livres parece, neste caso, afastar a hipótese de incrementar o convívio da família com elementos exteriores.

Adriana, casada há 7 anos com Jacinto, de 74 anos, Oficial do Exército, reformado, ambos com um casamento anterior, parece viver uma situação bem distinta, e falando dos amigos diz:

“Amigos comuns não temos; ele vai todos os dias almoçar com os amigos dele, enquanto eu estou na empresa, e eu tenho os meus amigos da Ordem e outros, antigos colegas da faculdade e colegas de trabalho. Tenho aí uns dez amigos da Ordem, com quem estou pelo menos duas vezes por semana e outros cinco amigos, antigos colegas de curso ou de trabalho com quem estou frequentemente mas mais irregularmente.”

[Adriana, 64 anos, economista e empresária]

Passados individuais marcados, uma união mais tardia e a incapacidade de reconstruir no presente uma rede relacional comum.

A partilha de amigos é também a situação predominante nas entrevistadas de classe média-baixa, embora se encontre um maior número de casais que não partilham amizades (entrevistas nºs 1,2,3,6,15) e casais que, tendo um pequeno grupo de amigos têm com os mesmos um contacto escasso, predominando nestes casos o contacto com os amigos individuais (entrevistas nºs 13 e 25). Noutras situações, como no caso de Elisabete, predominam os amigos individuais sobre os de casal, que se vêm apenas a vez por ano, nas

férias – por residirem no estrangeiro – mas com quem se tem grande intimidade. A tendência de Elisabete para envolver o marido no grupo dos seus amigos e colegas pessoais, é notória. Por isso se combinam piqueniques, passeios com todas as famílias, juntado casais e crianças num mesmo espaço de convívio

8.5. Interesses comuns

A família – no concreto das relações que se estabelecem entre os seus membros, nos valores familiares que se partilham, nomeadamente valores educativos relativos às gerações mais novas, nas preocupações ocasionais sofridas por um ou mais dos familiares ou ainda em questões relacionadas com aumentos de património – constitui um dos interesses comuns aos dois membros do casal mais frequentemente referido pelas mulheres, qualquer que seja a classe social (cf. anexo C4). Actividades de lazer no exterior parecem de igual modo suscitar o interesse dos dois cônjuges independentemente da classe social de inserção. O convívio com amigos parece interessar sobretudo os casais da classe média-alta. Questões religiosas, éticas, políticas, sociais e artísticas parecem reunir menos os interesses dos dois elementos do casal nos dois grupos sociais. Apenas dois casais referem não ter quaisquer tipos de interesses em comum.

Pensar em interesses comuns pode, nos dois grupos sociais, acentuar semelhanças entre o par conjugal ou pelo contrário fazer vir ao de cima diferenças e complementaridades. Sara, Paula e Isabel acentuam, nas suas entrevistas, a semelhança:

“Temos um comprimento de onda muito paralelo, estamos os dois no mesmo comprimento de onda. Gostamos da mesma música, do mesmo tipo de actividades. Raramente há uma coisa que um goste e o outro não goste. Do ponto de vista político, estamos mais em desacordo, mas a gente não discute. Mas ele também não é muito consistente do ponto de vista partidário”

[Sara, 42 anos, investigadora e docente universitária]

“Nós gostamos das mesmas coisas. De música, de passear, de conviver...até na decoração gostamos exactamente das mesmas coisas. Nos gostos somos muito parecidos os dois.”

[Isabel, 39 anos, consultora jurídica e gerente empresarial]

“Temos muito as mesmas ideias os mesmos gostos, o que ele diz eu aceito e o que eu faço ele aceita, não entramos em conflitos. Nós nunca nos zangamos por coisas dos dois mas mais pelos outros.”

[Paula, 34 anos, recepcionista de consultório, desempregada]

Carmo e Helena e Valentina, procurando gostos comuns, acentuam sobretudo a diferença e a complementaridade:

“Nós somos pessoas assim... um bocado diferentes uma da outra. Ele gosta muito mais de sair, tem imensos amigos; eu tenho poucos, não gosto assim tanto de sair. Mas acho que por isso é que nos completamos, pelo facto de sermos pessoas diferentes. Não temos assim... ele com certos amigos tem muito mais coisas em comum, do que comigo. Mas, eu acho que nos entendemos bem pela diferença, não tanto pelo que temos em comum. Mas, temos certas coisas, não é? Gostamos de mobilar a casa, gostamos de coisas antigas, somos monárquicos... Queremos dar o mesmo tipo de educação à Maria, que também é uma coisa importante. Não estou a ver outras coisas...”

[Carmo, 32 anos, licenciada, secretária de antiquário]

“Nós somos iguais em certas coisas e diferentes. Somos do mesmo signo, somos caranguejo... Não tem nada a ver mas é um ponto comum. Somos os dois caseiros, gostamos de estar em família, gostamos de comer bem, gostamos de sair juntos e também com as miúdas, gostamos de dar o nosso passeio e isso são aspectos comuns. Por outro lado, eu sou uma pessoa mais pacata. Sou uma pessoa regrada, mais ou menos organizada, mas sou mais pacata. Não sou assim de grandes mudanças. O meu marido é uma pessoa que gosta de ser organizado e regrado. E precisa, até talvez mais do que eu, de saber com o que conta, mas por outro lado ele é muito imaginativo, muito inventivo, muito inteligente. É a verdade. Ele gosta de coisas diferentes e isso é agradável. Gosta de proporcionar alegria. Eu, digamos, não faço isso porque ele faz. Por outro lado eu acho que sou muito organizadinha em casa, mas se tiver de fazer um trabalho ... uma monografia... sou menos coerente ou menos organizada e ele nesse aspecto dá-me umas dicas, ajuda-me.”

[Helena, 39 anos, professora do ensino secundário]

“Em comum temos o gosto pela nossa família, por deixar os filhos melhor do que os nossos pais nos deixaram a nós. Gostamos os dois de ir ao teatro. O meu marido só vai se for de comédia. Eu gosto de pintura e vou sempre às minhas aulas. O meu marido gosta de tratar da sua passada. E também passa muito tempo a fazer reparações e arranjos, para os vizinhos que lhe pedem. Entretêm-se com isso. Mas nós somos pessoas muito diferentes. Eu sou mais de lutar. O meu marido fica mais no seu canto, é mais calmo. Mas também, se não fosse assim, não tínhamos equilíbrio, não é?”

[Valentina, 50 anos, empregada doméstica, reformada]

Semelhanças de gostos e de maneiras de ser, diferenças que complementam, tendem a reforçar a coesão conjugal e familiar. No oposto, a diferença absoluta, que separa:

“ Em comum? Nada! É o dia a dia e mais nada.

[Mariana, 44 anos, costureira]

“ Em comum? Praticamente nada.

[Adriana, 64 anos, economista, empresária]

8.6. Família e comunicação

No mundo relacional da família, a impossibilidade de não comunicar é uma realidade. Em silêncio, através do corpo, da expressão, da linguagem verbal, os diversos elementos

da família vêm-se assim na contingência de ter de comunicar. Elemento importante da construção da coesão conjugal e familiar, a comunicação constitui também um importante instrumento de análise, não só dessa mesma coesão, como de outras dimensões da interacção familiar

As entrevistas feitas permitiram-nos captar sobretudo os conteúdos da comunicação, mas frequentemente também, a posição relativa dos vários elementos na relação – simétrica ou assimétrica – a qualidade dos afectos, a complementaridade dos indivíduos, e ainda, o espaço que cada um reserva para si e o que a mensagem verbal não chega a levar ao outro. Veremos, com pequenos excertos das entrevistas feitas, os diferentes aspectos da comunicação analisados. Neste aspecto particular da comunicação, a análise das várias entrevistas revelou-nos haver uma diversidade ligeiramente maior de conteúdos nas entrevistas correspondentes a mulheres de classe média. A selecção dos excertos de entrevistas aqui expostos, incluiu, por isso, um número ligeiramente superior de entrevistas feitas as mulheres da classe média-alta.

Frequência da conversa

Frequente, menos frequente ou praticamente inexistente, as diferentes modalidades de comunicação verbal no casal permitem-nos, de alguma maneira, avaliar da qualidade da sua relação conjugal (cf. anexos D1 e D2).

Carolina, casada há seis anos, com um filho de cinco anos e uma filha de três, refere na sua entrevista:

“Sim, sim, nós conversamos imenso. Essencialmente quando os meus filhos já estão deitados ou quando estão a ver uma cassette ou um DVD e nós estamos a jantar. Habitualmente conversamos à noite mas conversamos imenso.

Conversamos acerca de tudo. Acerca do trabalho, acerca dos bebés... e também de outras coisas. O meu marido está sempre a cultivar-se; lê o Diário Económico regularmente, o Expresso de ponta a ponta e ele é que me vai chamando a atenção para determinados assuntos. Mesmo os que me interessam directamente.”

[Carolina, 31 anos, farmacêutica]

Uma outra entrevistada expressa-o da seguinte forma:

“Falar é fundamental. É fundamental. Nós conversamos tudo um com o outro. Se um casal não tiver diálogo, mal vão as coisas. Conversamos todos os dias do trabalho, da casa, do que se passou, do que vier, do que acontecer.”

[Georgina, 53 anos, modista reformada e actualmente dama de companhia]

Dois terços das mulheres entrevistadas consideraram aliás frequente a conversa entre o casal, sem grandes diferenças nos dois grupos sociais estudados. A conversa conjugal torna-se contudo difícil para alguns dos casais, sobretudo os mais jovens, espartilhados entre longos períodos de trabalho profissional e uma vida doméstica quase na totalidade preenchida pelos cuidados aos filhos. A utilização do telefone como forma de concretizar surge como forma de ultrapassar as dificuldades sentidas:

“Elas estão sempre presentes. Eu diria que a conversa é média; acho que já foi mais e acho que é mesmo por causa dos horários.... Às vezes parece o guarda-nocturno e a empregada doméstica.. E depois andamos a falar por telemóvel...Por incrível que pareça falamos mais por TM do que presencial, quando estamos os dois na mesma casa, não é? Mas eu acho que isso se deva a esta altura da nossa vida. A empresa está muito no início e necessita de muito investimento de tempo e de trabalho para andar. E elas também são muito pequenas e estão sempre muito presentes. É difícil às vezes ter condições para falar. Mas é um bocado caricato... É vergonhoso mas é verdade.”

[Inês, 34 anos, ictipatologista, duas filhas de três e um ano]

À semelhança de Inês, também Carlota nos diz:

“Não, porque elas interrompem constantemente (risos). Portanto só falamos ao telefone, no trabalho ou então depois de elas se deitarem o que é muito pouco tempo. Porque senão falamos todos. O que é que fizeste na escola, fizeste isto assim, come, está direita à mesa... É assim um bocado mais...”

Mesmo a conversa mais íntima se passa pelo telefone:

”Ainda hoje ao telefone ele me disse que eu não lhe ligava nenhuma!... E está a ser complicado”

[Carlota, 31 anos, engenheira agrónoma, três filhas entre os cinco e os dois anos]

São constrangimentos ligados aos percursos individuais mas também à fase do percurso familiar em que estes casais se encontram que criam obstáculos a uma comunicação mais frequente e directa. Noutros casos, a comunicação torna-se mais rara, por características pessoais dos intervenientes ou por características da própria relação:

“Acho que devia ser mais frequente. Acho que somos todos um bocado reservados...Falamos um bocadinho à noite depois do jantar. Falamos do dia a dia em casa e do trabalho do meu marido, mas pouco. Falamos da Sofia, das coisas da escola... Depois eu às vezes preocupo-me um bocado com a adolescência porque eu até acho que ela já está assim um bocado...Já está a querer sair... Pronto, não sai não é mas já está a pensar em discotecas...e eu fico um bocado preocupada. Ele diz que depois logo se vê na altura. Não somos assim muito de falar, não. A Sofia fala mais, mas também não é muito e é só quando ela quer!”

[Josefa, 41 anos, assistente social, uma filha de 11 anos]

“Não falamos muito. Também não temos nada para falar. Só alguma coisita que seja mesmo preciso e os gastos do dinheiro. Não me interessa mais nada. É que mais nada!”

[Mariana, 44 anos, costureira, dois filhos, um de 24 e outro de 12]

Tempos, locais e iniciadores de conversa

A conversa tende a decorrer à hora das refeições - particularmente ao jantar - e aos serões. O quarto, local de intimidade, constitui ainda, à noite, um espaço privilegiado para a conversação do casal.

“Os três conversamos sobretudo ao jantar e ao serão e às vezes um bocadinho antes do jantar quando estamos todos em casa. Nós os dois, costumamos falar mais à noite quando vamos para o quarto. Estamos um pouco mais à vontade. Também ao fim de semana; vamos habitualmente para uma casita de férias e fins - de - semana que temos e aí falamos imenso.”

[Rosário, 55 anos, psicóloga, docente universitária]

Também Isabel e o marido utilizam um dos dias de fim-de-semana em que os filhos se dedicam a actividades desportivas para o dedicarem à conversa conjugal. Uma especial atenção ao acompanhamento dos filhos, de doze e oito anos, faz com que Isabel tente individualizar mais a conversa sempre tal se manifeste necessário:

“Ao jantar, conversamos todos. Nós os dois, aproveitamos para conversar aos sábados, que é quando temos o dia para nós. E tiramos também uma noite uma vez por outra para sairmos e podermos conversar. Com os filhos eu converso também muito quando vou buscá-los ao colégio, e quando é necessário vou almoçar só com um para poder conversar mais à vontade.”

[Isabel, 39 anos, gerente empresarial e consultora jurídica]

Esmeralda, vivendo em união de facto há oito anos, com dois filhos de um primeiro casamento de 16 e 14 anos, e um filho de 8 anos da actual relação, fala-nos assim dos tempos e espaços da comunicação familiar:

“Todos juntos é mais ao jantar e à noite ao serão. O meu filho mais velho é o mais conversador. Falamos do futebol e da vida deles, do dia a dia. Nós os dois é mais há noite, quando estamos sozinhos na sala, ou então no quarto, quando estamos mais à vontade para falar.”

[Esmeralda, 41 anos, auxiliar de educação]

Temas de conversa conjugal

Assuntos relacionados com a família, particularmente com a vida dos filhos, e questões relacionadas com o trabalho tendem a ocupar a primazia das conversas dos casais de classe média-alta, particularmente os dos dois escalões etários mais jovens. Também os temas relacionados com o exterior, com a sociedade – política, religião, economia, acontecimentos culturais ou sociais – tendem a ser mais frequentemente objecto de conversa nos casais de maiores recursos académicos e económicos.

“Falamos sobre o quotidiano doméstico, o trabalho, assuntos familiares e também assuntos culturais e políticos”

[Carmo, 32 anos, secretária de antiquário]

“Como ele está sempre muito tempo fora conversamos do que se passou em casa, do que se passou com os filhos e também daquilo que vamos vendo. Do que vai acontecendo, na política, socialmente, culturalmente...”

[M^a João, 34 anos, arquitecta, casada com um Oficial da Marinha de Guerra]

Os acontecimentos pessoais do dia a dia, os assuntos de trabalho e de família e, por vezes, questões relacionadas com o desporto, constituem os temas de conversa mais frequentes nas famílias de classe social média baixa.

“Falamos dos problemas do trabalho dele; às vezes coisas de casa, mas normalmente é mais do trabalho dele. Coisas que se passam lá. Às vezes ele pergunta como é que eu passei o dia e eu digo. Digo sempre: Nada de novo! Também falo assim do aborrecimento de estar em casa.”

[Leonor, 21 anos, invisual, doméstica, união de facto há 2 anos]

“Falamos do nosso trabalho, do dia a dia, da vida dos nossos filhos”

[Sónia, 33 anos, cabeleireira]

Menos frequentemente do que no grupo social de maiores recursos económicos, os conteúdos da conversa incluem, também aqui, os projectos pessoais, os comentários aos programas televisivos e à situação política e social do país.

Eu tento manter a conversa principalmente à hora da refeição. É à hora da refeição que nós conversamos. Sobre as dificuldades do dia, sobre o que se vai fazer, se acham bem, se está tudo de acordo. A hora da refeição é a melhor para se falar dos problemas ou dos projectos que se têm. Eu antes de me inscrever na pintura falei com todos à mesa. Se forem problemas difíceis, decisões difíceis, falar disso em família é uma regra que se impôs lá em casa. Falamos das coisas que estão a passar na televisão, de notícias, de política, do país... E também de espectáculos. A refeição é a hora de mais convívio lá em casa.

[Valentina, 50 anos, empregada doméstica, reformada]

Mais frequentemente iniciada pelas mulheres nas famílias de classe social média baixa, a conversa parece ser indiferentemente iniciada por qualquer um dos elementos nas famílias de classe média alta (cf. anexo D3).

Aceitação e compreensão de perspectivas e da expressão de sentimentos

A maioria das mulheres entrevistadas refere ser bem compreendida e ver aceites os seus pontos de vista nas respectivas famílias; a abertura à expressão dos sentimentos da mulher ocorre também na maioria das famílias das entrevistadas (cf anexos D1, D2, D3). Relativamente à comunicação no seio do casal, Zulmira, de 26 anos, ajudante de cozinha e a frequentar o 12ºano, casada há três anos, refere:

“Falamos do namoro, do trabalho, dos nossos familiares, dos projectos pessoais e profissionais. Sempre que o Carlos chega a casa eu lanço a conversa. Sim. Sabe porquê? Ele pode vir com um problema a afligi-lo. Eu não sei de nada. Posso vir também com o meu stress e podemos os dois criar confusão. Eu procuro primeiro saber como ele está.
...nem todo o ponto de vista ele aceita logo. Há coisas que eu falo que não entram logo na mente dele. Depois de pensar um bocado geralmente ele aceita. Mas eu acho que posso falar de tudo. Do meu sentimento... de tudo. Houve uma altura que o nosso casamento ficou assim mais frio. Tínhamos horários de trabalho que não davam para a gente se encontrar. Eu saía e ele ainda ficava a dormir, quando eu voltava ele já estava a dormir. Eu tive de falar com ele.” Então o que é isto? Nós temos de fazer qualquer coisa Não temos um momento para estarmos íntimos “Não havia nada, não havia. Então eu disse: Temos de fazer qualquer coisa!
...eu não guardo nada para mim, eu digo logo na hora. Quando eu guardo uma coisa fico perturbada. A minha consciência fica perturbada.”

[Zulmira, de 26 anos, ajudante de cozinha e a frequentar o 12º ano]

Helena fala-nos assim da sua experiência, mãe de duas filhas de onze e oito anos fala-nos assim da sua vivência:

.”Como digo, há assim uma certa democracia. Nós falamos, expomos os nossos pontos de vista, se forem coisas possíveis de realizar, a todos os níveis, nós discutimos a ver se as coisas são viáveis ou não.
Nos sentimentos, sim, nós falamos nisso abertamente. Não todos os dias, mas quando estamos contentes manifestamos isso, ou quando estamos descontentes também, e manifestamos a razão – eu acho que a base de todo o diálogo é aí. O meu marido diz as suas razões e eu também e depois ou concordamos ou não. Nem sempre chegamos a um acordo mas falamos.
Se há alguma coisa que guarde só para mim? Eu agora neste momento não me lembro. Geralmente quando nos fazem essa pergunta vem-nos logo alguma coisa à cabeça. Boa ou má. E eu, neste momento, sinceramente, não me ocorre nada.”

[Helena, 39 nos, professora do ensino secundário]

Há contudo coisas que se guardam e não dizem: o que se sente, acontecimentos do passado ou mesmo do dia a dia, as recordações de relações anteriores, o que pode provocar ciúme, conflitos e zangas antigas, conjugais ou com os familiares e as preocupações com as famílias de origem.

“Não falo dos namoros que tive antes do meu marido, não é?”

[Sónia, 33 anos, cabeleireira]

Se eu for beber um cafezinho com um colega eu não lhe digo, porque ele é ciumento

[Cristina, 34 anos, empregada de limpeza]

“Não falo das preocupações que tenho com a minha mãe e com o meu irmão que tem dado muitas preocupações à minha mãe. O meu marido acha que eu não devia envolver-me tanto com a minha família. Mas é difícil, não é?”

[Carmo, 32 anos, secretária de antiquário]

Da família do meu marido. Comparativamente com a minha família os meus sogros são pessoas completamente diferentes. A minha sogra é uma pessoa altamente depressiva, aliás eu nunca a conheci sem estar em depressões. Não fala com o irmão, não falava com os pais. Aliás nem deixou que o pai dela fosse ao nosso casamento.

Coisas estranhíssimas. Por mais que as pessoas... Era por causa de partilhas, Sim eu acho que isto é uma coisa mesmo de modelos de família. Enquanto eu e a minha irmã fomos criadas com muita harmonia, com muita união ... A minha mãe quando nos casámos dizia: eu ganhei mais dois filhos. E sempre os puxou muito, sempre os acarinhou muito e eu acho que as pessoas quando são acarinhadas sentem-se muito bem.

O meu marido... ele sempre disse que os pais dele discutiram a vida inteira

A minha sogra é uma pessoa que nunca está bem com ela própria, como é que pode transmitir felicidade aos outros quando ela própria não está bem. Tive várias conversas com o meu marido no sentido de dizer que isto não era o meu ideal de vida, que não concordava, coisas que eu sei que não são fáceis de dizer. Quer queiramos quer não é a mãe, não é? E é sangue do sangue! Hoje em dia não falo mais disso. Tento evitar.

[Carolina, 31 anos, farmacêutica]

Mais raramente guarda-se tudo, como no caso de Mariana, que em comum com o marido, diz ter ”praticamente nada”. Outras vezes, com o evoluir da relação conjugal, fez-se a aprendizagem de guardar, como no caso Margarida:

“No início de casada falava mais. Enfim, tinha uma perspectiva que depois fui mudando. Também fui fechando mais isso. Quando não pode deixar de ser, digo as coisas que me agradam e me deixam de agradar, mas não faço grandes lavagens psicológicas à frente dele porque acho que ele não se sentirá muito cómodo com isso e porque também não há do outro lado uma resposta nesse sentido. Ele fica sempre mais recolhido.

Aquilo que eu passei a guardar muito mais, depois desta minha depressão, foram coisas que dizem respeito à maneira de eu sentir as pessoas e as coisas no meu dia a dia. Aquilo que estou a pensar, o que eu desejo ou não desejo, passei a guardar muito mais para mim e a expressar muito menos. No

casal... sim, guardo muito mais para mim. Mais nas áreas da percepção, que é assim: Estás na conversa com uma pessoa, essa conversa está a correr bem mas tu sentes determinadas coisas nesta conversa. Eu fico-me pela conversa e aquilo que sinto dessa conversa fica para mim guardado. Tento que fique para mim, muitas vezes sem tonalidade nenhuma, não sei se me faço entender. Sem qualquer afecto, sem uma tonalidade negativa, aceitar o que ouvi e ficar-me por aí.”

[Margarida, 51 anos, médica]

Na sua maioria, as mulheres entrevistadas consideram a sua família como aberta à livre expressão dos sentimentos e aos problemas de cada um dos familiares. Contudo, nem sempre os sentimentos se expressam facilmente:

“Sim, há coisas que vou guardando. Por exemplo em relação a alguns sentimentos...Isso eu guardo.”

[Ana, 47 anos, professora do ensino secundário]

Margarida refere uma certa ambiguidade na sua situação. Se por um lado, na família, as pessoas se podem expressar e expressam o seu mal-estar relativamente a alguns aspectos, no que se refere aos sentimentos e emoções existem em todos os elementos retraimentos bem visíveis:

“A Ana é muito crítica em relação ao tempo, ao tempo que a gente não lhe dá, eu particularmente. E ao pai também, mas mais a mim. Ao Luís... acho que mesmo que eu lhe desse todo o tempo do mundo acho que ele não seria eficaz. Eficaz no sentido de ele se abrir, conversar como é que sente as coisas ou deixa de sentir. Mesmo em relação a coisas que às vezes se passam no dia a dia, - eu não achei bem isto, eu senti qualquer coisa – eu é que habitualmente faço essa conversa.

Posso ter uma perspectiva distorcida porque os outros diriam” a gente não tem tempo, porque tu não estás cá o tempo suficiente” ou “ não estás o tempo suficiente porque não gostas de estar”. Mas eu gosto de estar. Eu gosto de estar em casa, sozinha, acompanhada, eu gosto de estar. Tenho sempre milhares de coisas interessantes para fazer. Mas posso ler na Ana, que sistematicamente cobra a minha falta de tempo. O Luís cobra, mas cobra menos. A Ana cobra sistematicamente a minha falta de tempo. Eu faço o melhor que posso. Dantes tinha remorsos desta minha falta de tempo, entre aspas. Lidava um bocadinho pior com isso e esses remorsos foram maus para mim e para eu educar a Ana e para educar, entre aspas, a minha família. Sentia-me culpabilizada por não estar o tempo suficiente que achavam que eu devia estar. Quando eu fazia o melhor possível e fazia por estar das maneiras possíveis, praticamente reduzindo a minha existência como pessoa a zero. E isso, eu tenho tentado desmontar um pouco. Eu acho que levei muitos anos da minha vida reduzida a zero, para tentar colmatar aquilo que eu achava que era a minha grande falha. E acho que isto constituiu uma certa falta de respeito dele e da Ana em relação a mim. Falta de respeito, no sentido do trabalho. Do trabalho que eu tenho em casa, ou de algum tempo de lazer que eu possa ter. Eu sou sistematicamente interrompida seja o que for que eu esteja a fazer, porque não sabem onde está o frasco, não sabem não sei o quê! Eu acho que construí isto e agora é muito difícil desconstruir. E agora vai-se desconstruindo, devagarinho. Eu construí isto com a minha culpabilidade que era a de não estar o tempo suficiente.

Aquilo de que se não fala? Dos sentimentos, da falta de carinho. Falar dos sentimentos é muito difícil...”

[Margarida, 51 anos, médica]

Uma rígida divisão sexual dos papéis, a sobreposição dos tempos da mulher, a culpabilidade pela incapacidade do cumprimento eficaz dos papéis que lhe foram atribuídos, ou que a si mesma se atribuiu, e ainda o silêncio dos sentimentos dos que a rodeiam...estruturas pessoais e familiares que se procuram agora, lentamente, reestruturar.

Existência de ironia

Funcionando geralmente como um “desqualificador” da comunicação entre os indivíduos, a ironia mostra-se presente nas famílias de algumas entrevistadas, podendo ser assumida pelos dois elementos do casal.

“Às vezes há. Não é ironia...O meu marido é uma pessoa muito perfeccionista, muito organizada. E é rígido. Alguma coisa ele herdou do pai! É muito exigente. Mas também é muito *malandresco*. E então se nós, eu e as miúdas fazemos as coisas a 80% e não a 100% há uma certa ironia. Mas isto não tem mal. Nós não nos zangamos por causa disso, do querer fazer 100%, bem. Não é assim para machucar o outro. Mas há ironia e às vezes as miúdas não gostam. Mas se são sentidas, de uma parte ou de outra, são esclarecidas”

[Helena, 39 anos, professora do ensino secundário]

“Indirectas? Não mando para todos. Mas às vezes para o meu marido vai.”

[Valentina, 50 anos, empregada doméstica, reformada]

Grau de concordância de opiniões no casal e mecanismos de gestão das diferenças

A discordância de opinião entre os dois cônjuges, ocorre ocasionalmente na maior parte das famílias estudadas (cf. anexo D7).

“Não concordo sempre, não. Tentamos chegar a algum consenso. Não ficamos zangados e fica cada um com a sua ideia. Isso não!

[Carolina, 31 anos, engenheira agrónoma]

“Às vezes concordo, às vezes não. Quando não concordo, digo-lhe. Ele sabe que eu tenho pontos de vista diferentes. Se em algum momento eu acho que não devo exprimir a minha opinião eu calo-me mas no momento certo digo. Porque não é o momento certo, ou porque os ânimos estão mais exaltados eu não digo logo. Mas eu acabo sempre por dizer. E o meu marido sabe sempre quando eu que eu estou de acordo ou não. Não discutimos até à exaustão; podemos manter a nossa e ser firmes na nossa opinião mas encerramos o assunto. Não há anulação da opinião para evitar conflitos.”

[Helena, 39 anos, professora do ensino secundário]

“Nem sempre concordo, embora não existam, de momento, grandes discordâncias. Quando era mais nova, nem sempre escolhia a melhor forma de dizer quando não concordava com alguma coisa. Ou

me calava ou explodia logo. Agora já não. Fui aprendendo. Escolho a altura e as palavras mais certas.”

[Rosário, 55 anos, psicóloga e docente universitária]

“Não, não concordo sempre e digo abertamente. Ele sabe perfeitamente. Já calei. Era meu hábito antes. Não dizia nada. E isso era devido à educação que levei. No Norte, nós éramos muito reprimidos. Não tínhamos direito a voto na matéria. Tínhamos que fazer só o que os adultos queriam, principalmente as mulheres. As mulheres não tinham ordem de pensar. E depois era o padre na Igreja, era o médico num lado, era o pai, o avô e o tio a mandar. E prevalecia, mesmo sem querer, aquele hábito de submissão. Se fosse hoje, a coisa já seria de outro jeito. Porque a gente também aprende com a vida. E eu levei muita paulada na vida... Por isso é que aprendi. Consegui estar calada, evitar o conflito... Mas hoje já não sou assim. Quando assento as coisas na cabeça, deito tudo cá para fora.”

[Valentina, 50 anos, empregada doméstica, reformada]

No centro das discórdias familiares, estão globalmente, as questões à roda dos filhos e das famílias de origem; menos frequentemente as questões económicas, a organização do espaço doméstico e a sobrecarga da mulher pela gestão da casa e dos cuidados aos filhos referida quase exclusivamente pelas mulheres mais jovens de mais elevados capitais escolares e económicos, como M^a João e Carlota:

“A profissão dele e o facto de eu ter de levar muita coisa sozinha. É sobretudo isso”

[M^a João, 34 anos, arquitecta, três filhos]

Normalmente quando começa a discussão sou eu que inicio. E começa a discussão e não sei quê... Por haver mais rotina, por ele não ligar importância a elas... Normalmente é por essas coisas. E depois ele acaba por concordar, ou não, e pronto depois acabou. Agora quem é que tenta acabar? Talvez seja ele, talvez porque vê que... eu tenho razão.

[Carlota, 31 anos, engenheira agrónoma, três filhas]

A discordância mais frequente de opinião surge apenas em cinco casos e neles estão inseridos os casos de Mariana, Márcia e Ana. Mariana anula a sua opinião e cala-se como forma de parar o conflito. Márcia exprime ao marido as suas ideias; o respeito pelas opiniões e por vezes a cedência de Márcia resolvem o conflito. As questões relativas à educação dos filhos são o maior ponto de discórdia nos dois casais, agravadas em Márcia pela desorganização do espaço doméstico e pelos gastos excessivos dos filhos.

“A educação dos filhos. O meu marido acha que eu dei liberdade de mais aos meus filhos por isso é que estou a sofrer as consequências
Também a desarrumação da casa por causa do meu marido fazer da casa oficina. Isso enerva. E mesmo que eu diga ele não muda nada.
Entre os filhos e eu são as despesas. É eles não saberem gerir as despesas.”

[Márcia, 47 anos, monitora de cerâmica, dois filhos jovens adultos]

Ana refere, como motivos de discórdia, as relações do cônjuge com a sua família de origem e as normas educativas em relação à filha.

Nas situações que não interferem com a organização familiar a manutenção da opinião e o respeito pela opinião do outro parece ser a forma de resolver discordâncias ocasionais. Em situações com maior repercussão familiar, a procura activa de um consenso, a cedência de um ou dos dois elementos do casal (mais frequentemente a mulher) e outras estratégias, como o afastamento ou a manipulação, podem ser tentadas para a resolução dos conflitos (cf.anexoD7):

“Às vezes ele aceita depois, depois de eu fazer chantagem. Eu digo: eu saio de casa, a gente acaba o casamento. Mas é tudo mentira. O ponto fraco dele é eu dizer que a gente vai acabar. Depois ele cai no real, pede desculpa e tenta ver onde eu tenho razão”

[Zulmira, 26 anos, empregada de cozinha]

Vivida de forma mais passiva ou mais activa, a anulação da própria opinião, é ainda uma estratégia utilizada ocasionalmente pelas mulheres como forma de evitar ou diminuir o conflito. Adriana, de 64 anos, casada pela segunda vez desde há quatro anos e sem filhos, refere-o na sua entrevista:

“Não, não concordo muitas vezes nem com o que ele diz nem com o que ele faz; mas evito de fazer comentários. Até porque muitas coisas têm a ver com os filhos e enfim os filhos são dele e eu não me quero mesmo meter. Espontaneamente não manifesto a minha opinião para não ter conflito; se ele me expõe um assunto dou a minha opinião, mas fico por aí. Não alimento mais a conversa.”

[Adriana, economista e empresária]

De igual modo Márcia, falando da anulação da sua opinião em situações de conflito, diz-nos:

“Faço isso muitas vezes, com o meu marido e com o meu filho. É o que o meu filho me critica. Tu preferes calar do que enfrentar. E é verdade.”

[Márcia, 47 anos, monitora de cerâmica]

8.7. Sistemas e subsistemas de eleição

Solicitámos às mulheres entrevistadas que elegessem o sistema ou subsistema a que emocionalmente se sentissem mais ligadas na família. Os resultados da análise encontram-se referidos no quadro 8.3.

Quadro 8. 3 - Sistemas ou subsistemas de eleição por grupo etário e classe social

C. Social Sistema ou Subsistema Grupo Etário	Classe Social média-alta				Classe Social média – baixa			
	Família	Cônjuge	Filhos	Outros Elementos	Família	Cônjuge	Filhos	Outros Elementos
20 – 34 A			••••	♦	••	••	•	
35 - 49 A	•••		••			•	•••	★
50 - 64	••	•	•	▪		•••	••	

Legenda: ♦ - pai ★ - mãe ▪ enteado

Os filhos tendem a ser o subsistema de eleição nas mulheres mais jovens e com mais capitais escolares e económicos; a partir dos 35 anos, nestas mulheres, a escolha da família, globalmente, passa a ser ligeiramente dominante. Neste grupo social, o cônjuge é eleito apenas por uma das mulheres, na fase de ninho vazio. As mulheres de classe média-baixa elegem pelo contrário, filhos e cônjuge de forma quase igualitária. Uma maior eleição do cônjuge neste grupo social, por comparação com as mulheres de maiores recursos socioeconómicos pode sugerir uma maior dependência das mulheres da classe média baixa face aos seus maridos. Esmeralda, a viver uma segunda relação conjugal há oito anos, com dois filhos da primeira relação, coabitantes e um filho da relação actual, refere:

“No fundo, no fundo, estou mais ligada ao meu marido. Sinto mais apoio.”

[Esmeralda, 41 anos, auxiliar de educação]

No discurso de Paula, com um casamento de 15 anos, uma filha de 13 anos e um filho de um mês, o marido surge também como o elemento de maior ligação afectiva:

Ao meu marido, porque eu sempre cresci com ele e depois não namorei mais ninguém a não ser ele. Crescemos os dois. Lembro-me de ser pequenina e lembro-me do meu marido. Cresci, casei com ele e vivemos há quinze anos. Mas também vivi com ele sempre desde de pequenina. Éramos vizinhos

[Paula, 34 anos, recepcionista, desempregada]

No escalão etário mais alto tal pode ainda associar-se ao facto de estarmos em presença de um maior número de famílias em fase de ninho vazio.

Lurdes, que fez uma parte importante do seu percurso conjugal coabitando com a família do marido, falando da sua experiência diz-nos:

“Neste momento, é ao marido. De há uns anos para cá, ou talvez desde a morte da minha sogra. Não sei. Unimo-nos mais. Dantes, talvez fosse mais ao meu filho, mas presentemente estou mais ligada ao meu marido. Acho que necessitamos um do outro. E se, um dia, faltar um de nós, acho que será muito mau, tanto para mim, como para ele.”

[Lurdes, 58 anos, escriturária]

Júlia, inserida numa família múltipla de tipo troncal, afirma também:

“Estou assim um bocadito mais ligada é ao meu marido. Pronto, nós agora somos um para o outro. Estamos ali sempre juntos Ele não vai a lado nenhum se eu não for com ele. Os filhos agora já estão crescidos e já não ligam muito à gente. Numa aflição podemos contar com eles mas geralmente não estão sempre ao pé de nós.”

[Júlia, 59 anos, doméstica]

Nos dois grupos estudados surgem ainda outros elementos de eleição - o pai , a mãe e um enteado - o que nos sugere uma maior distância emocional da mulher relativamente aos elementos do seu núcleo familiar mais próximo, já que nenhum dos elementos eleitos coabita com a entrevistada.

8.8. A coesão nas famílias das mulheres entrevistadas

Conscientes das limitações que tal processo de trabalho nos impõe por partimos de uma definição à priori, que em rigor, conterà sempre o seu quê de subjectividade, procurámos ainda assim definir, com base nos trabalhos de Sofia Aboim (2000, 2005a, 2005b) os vários graus de coesão familiar e os respectivos critérios de inclusão em cada grupo. Foram usados como indicadores os itens que temos vindo a tratar neste capítulo: a forma mais colectiva ou individual como os elementos da família usufruem dos tempos livres, a natureza da economia familiar, a forma de partilha de amigos, a existência ou não de interesses comuns, a partilha das refeições, o grau e tipo de comunicação estabelecido, particularmente entre o casal. Definimos assim quatro graus de coesão familiar: fusão forte, coesão com autonomia, separação atenuada, separação forte.

O quadro 8.4 apresenta-nos os quatro graus de coesão familiar que estabelecemos e os respectivos critérios de inclusão que definimos.

Quadro 8 4 - Graus de coesão familiar: critérios de inclusão

Fusão Forte	Coesão com autonomia
<p><u>Familiar:</u> Inexistência de actividades de lazer individuais no exterior Predomínio das actividades de lazer internas ou externas com toda a família Economia conjunta ou mista Diálogo frequente e com expressão de sentimentos Rede de amigos comuns superior à rede de amigos individuais e nº de contactos respectivos também superior Existência de interesses comuns Refeições de família em conjunto</p> <p><u>Conjugal</u> Predomínio das actividades de lazer no casal</p>	<p><u>Familiar:</u> Existência de actividades de lazer externas individuais no casal Predomínio de toda a família nas actividades de lazer internas ou externas ou Predomínio do subsistema Mãe – filhos ou Pai - Filhos nas actividades de lazer internas ou externas Economia comum ou mista Diálogo frequente e com expressão de sentimentos Rede de amigos comuns superiores à rede de amigos individuais ou nº de contactos com amigos comuns superiores. Refeições de família em conjunto</p> <p><u>Conjugal</u> Se houver predomínio de actividade do casal nas actividades de lazer</p>
Separação Forte	Separação atenuada
<p>1 ou menos actividades em conjunto no espaço doméstico Sem actividades de conjunto no exterior Sem partilha de amigos Sem interesses comuns Economia individual Comunicação oral rara ou inexistente e sem expressão de sentimentos Refeições habitualmente não juntos.</p>	<p>Equilíbrio entre actividades de lazer individuais e de conjunto, no exterior Economia individual Rede de amigos comuns inferior à de amigos individuais e nº contacto inferior Habitualmente refeições comuns Diálogo conjugal frequente mas sem expressão de sentimentos. ou Predomínio de espaços de lazer individuais, ou do subsistema M-Fº ou P-Fº, no exterior Economia individual Diálogo conjugal, embora não frequente, mas com possibilidade de expressão de sentimentos. Partilha das restantes actividades</p>

Nota: Este quadro resultou da elaboração da autora, a partir do contributo dos trabalhos de Sofia Aboim (2004,2005a,2005b) e de Éric Widmer, Jean Kellerhals e René Levy (2004)

Os quadros 8.5 e 8.6 apresentam-nos os resultados relativos à coesão das famílias de classe social média-alta e de classe social média-baixa, respectivamente, de acordo com os critérios acima definidos. Utilizaremos as siglas FFF, FCF, CFA, CCA, SCA e SCF para designar: fusão familiar forte, coesão familiar com autonomia, fusão conjugal forte, coesão conjugal com autonomia, separação conjugal atenuada e separação conjugal forte.

Quadro 8. 5 – Grau de coesão nas famílias de classe social média-alta

Nº entrevista	4	9	5	23	17	10	27	28	30	11	26	7	8	12	20
Itens classificatórios															
Predomínio das actividades de lazer internas em família	•	•	•	•	•			•		•	•	•			
Predomínio das actividades internas com subsistema M-F sem actividades de casal						•	•								
Predomínio das actividades internas com subsistema M-F com actividades de casal									•						
Predomínio das actividades de lazer internas individuais													•		•
1 ou menos actividades de lazer internas em família/casal														•	
Predomínio das actividades de lazer externas em família	•		•	•	•				•	•	•	•			
Predomínio das actividades de lazer externas em família sem actividades de casal		•				•	•	•							
Predomínio das actividades externas com susistema M-F													•	•	
Sem actividades externas de lazer individuais		•			•										
Com actividades de lazer externas individuais	•					•		•		•	•	•	•	•	
Predomínio das actividades de lazer externas individuais															•
Sem actividades de lazer externas em conjunto															
Economia individual												•	•	•	•
Economia mista					•		•	•	•						
Economia conjunta	•	•	•	•		•				•					
Refeições juntos	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
Refeições em separado															
Rede de amigos comuns superior à rede de amigos individuais	•	•	-	•			•	•	•	•	•	•	•		
Rede de amigos individuais superior à de amigos comuns			-		•									•	•
Comunicação oral frequente e com expressão de sentimentos	•	•	•	•						•	•	•	•		
Comunicação oral frequente sem expressão de sentimentos						•									
Comunicação oral não frequente sem expressão de sentimentos					•		•	•							•
Comunicação oral não frequente mas com expressão de sentimento													•	•	
Comunicação oral rara ou inexistente															
Sem existência de interesses comuns															•
Tipo de coesão familiar	F F F	F F F	F F F	F F F	F F F	C F A	C F A	C F A	C F A	C C A	C C A	C C A	S C A	S C A	S C F

Legenda: FFF – Fusão familiar forte; CFA – Coesão familiar com autonomia individual; CCA - Coesão conjugal com autonomia ; SCA – Separação conjugal atenuada; SCF – Separação conjugal forte

Quadro 8. 6 – Grau de coesão nas famílias de classe social média-baixa

Nº entrevista	16	18	22	29	6	14	24	13	15	19	21	1	3	2	25	
Itens classificatórios																
Predomínio das actividades de lazer internas em família/casal	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	-	-	
Predomínio das actividades internas com subsistema M-F sem actividades de casal														•		
Predomínio das actividades internas com subsistema M-F com actividades de casal																
Predomínio das actividades de lazer internas individuais															•	
1 ou menos actividades de lazer internas em família/casal														•	•	
Predomínio das actividades de lazer externas em família/casal		•		•	•	•	•		•	•	•	•				
Predomínio das actividades de lazer externas em família sem actividades de casal	•		•													
Predomínio das actividades externas com susistema M-F																
Sem actividades externas de lazer individuais		•	•		•											
Com actividades de lazer externas individuais	x						•	•	•	•	•	•	•	•	•	
Predomínio das actividades de lazer externas individuais														•	•	
Sem actividades de lazer externas em conjunto																
Economia individual														•	•	
Economia mista																
Economia conjunta	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•			•	
Refeições juntos	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	x	•		x	
Refeições em separado												x		•	x	
Rede de amigos comuns > à rede de amigos individuais	•	•	•	•	-	•			•	•	•	-	-			
Rede de amigos individuais > à de amigos comuns								•				-	-	•	•	
Comunicação oral frequente e com expressão de sentimentos	•	•	•	•		•	•	•	•		•	•	•			
Comunicação oral frequente sem expressão de sentimentos																
Comunicação oral não frequente sem expressão de sentimentos					•					•						
Comunicação oral não frequente mas com expressão de sentimento															•	
Comunicação oral rara ou inexistente														•		
Sem existência de interesses comuns														•		
Tipo de coesão familiar	F F F	F F F	F F F	F F F	F C F	F C F	C F A	C F A	C F A	C F A	C F A	C F A	C C A	C C A	S C F	S C A

Legenda: FFF – Fusão familiar forte; FCF – Fusão conjugal forte; CFA – Coesão familiar com autonomia individual; CCA - Coesão conjugal com autonomia ; SFA – Separação conjugal atenuada; SCF – Separação conjugal forte ; C – conjugal; X- por vezes

A classe social, na população estudada, não parece introduzir grandes diferenças nos tipos de coesão familiar encontrados. Assim, as catorze famílias com coesão familiar e autonomia repartem-se de igual forma nos dois grupos sociais abordados, das onze famílias com fusão familiar forte, cinco incluem-se na classe social média-alta e seis na classe média-baixa; na primeira incluem-se dois dos casos de separação familiar atenuada e um de separação forte, enquanto que na classe social média-baixa se inserem um caso de separação atenuada e um de separação familiar forte.

Relativamente à associação entre tipo de coesão familiar e idade da mulher, parece registar-se uma ligeira tendência para as mulheres dos escalões etários mais elevados viverem em famílias onde se experimenta um maior grau de autonomia. Libertas das tarefas dos cuidados dos filhos, com mais tempo disponível, puderam envolver-se talvez num maior número de actividades no exterior, ganhando assim um acréscimo de autonomia face ao agregado familiar difícil de concretizar noutras fases do seu percurso familiar (cf. anexo E6)

8.9. Coesão familiar e estado de saúde das mulheres

Avaliar o eventual elo de ligação entre os resultados da auto-avaliação de saúde efectuada pelas mulheres entrevistadas e o tipo de coesão familiar existente nos seus agregados familiares constituía um dos nossos objectivos. Estabelecemos assim uma listagem das mulheres entrevistadas, com os resultados das respectivas auto-avaliações de saúde e a classificação das suas famílias quanto ao grau de coesão familiar que apresentamos no quadro 8.7.

Procedemos ao cruzamento das duas variáveis, no sentido de poder captar tendências possíveis de associação. Os resultados encontram-se expressos no quadro 8.8. O pequeno número de famílias estudado e o facto de na maioria delas se verificar uma tendência para a fusão familiar (embora em vários casos com alguma autonomia individual dos cônjuges) leva-nos a ser prudentes na interpretação destes resultados.

Quadro 8.7 – Grau de coesão familiar e auto-avaliação do estado de saúde da mulher (I)

Nome	Grau de coesão familiar	Estado de saúde
Sara	Fusão familiar forte	Muito bom
Helena	Fusão familiar forte	Bom
Carolina	Fusão familiar forte	Bom
Sónia	Fusão familiar forte	Bom
Elisabete	Fusão familiar forte	Bom
Margarida	Fusão familiar forte	Bom
Paula	Fusão familiar forte	Bom
Carmo	Fusão familiar forte	Razoável
Olinda	Fusão conjugal forte	Razoável
Leonor	Fusão familiar forte	Razoável
Lurdes	Fusão conjugal forte	Razoável
Carlota	Coesão familiar com autonomia	Bom
Clara	Coesão familiar com autonomia	Bom
Isabel	Coesão familiar com autonomia	Bom
Inês	Coesão familiar com autonomia	Bom
Teresa	Coesão conjugal com autonomia	Bom
Lurdes	Coesão conjugal com autonomia	Bom
Rosário	Coesão familiar com autonomia	Razoável
Esmeralda	Coesão familiar com autonomia	Razoável
Valentina	Coesão familiar com autonomia	Razoável
Júlia	Coesão familiar com autonomia	Razoável
Josefa	Coesão familiar com autonomia	Razoável
Cristina	Coesão familiar com autonomia	Razoável
Zulmira	Coesão familiar com autonomia	Razoável
Mª João	Separação familiar atenuada	Péssimo
Ana	Separação familiar atenuada	Razoável
Márcia	Separação familiar atenuada	Razoável
Adriana	Separação familiar forte	Razoável
Mariana	Separação familiar Forte	Bom

Quadro 8.8 - Grau de coesão familiar e auto-avaliação do estado de saúde da mulher (II)

	Estado de saúde (auto-avaliado)	Muito Bom	Bom	Razoável	Péssimo
Grau de coesão familiar					
Forte Fusão Familiar ou Conjugal			6	4	
Coesão Familiar ou Conjugal com Autonomia			6	8	
Separação Familiar Forte			1	1	
Separação Familiar Atenuada				2	1

Ao contrário do que esperaríamos, o cruzamento das duas variáveis não parece mostrar qualquer tendência de associação entre as mesmas. Apenas nas mulheres vivendo em famílias com algum grau de separação parece predominar uma avaliação mais negativa do seu estado de saúde.⁵ Admitimos que, globalmente, a ausência de uma associação mais marcada entre as duas variáveis se possa relacionar com os indicadores seleccionados e com a exclusão de outros indicadores de coesão, nomeadamente, a existência ou não de partilha conjugal na realização de tarefas domésticas e na prestação de cuidados às crianças – item que será analisado no próximo capítulo, a propósito da regulação familiar.

⁵ No caso de Mariana, de 47 anos, costureira, que classifica o seu estado de saúde como bom, está subjacente uma concepção instrumental de saúde: “O que me vale a mim, é a saúde para poder trabalhar ou então não sei como aguentaria isto!”

Capítulo 9

As regras familiares

Para estudar os aspectos relacionados com a regulação familiar procurámos avaliar as práticas de divisão do trabalho no seio da família contabilizando as horas de trabalho profissional, trabalho doméstico e de descanso de homens e mulheres – nas 24 horas de um dia típico – e procurando detectar a forma como o casal ou a família procedem à divisão das tarefas domésticas e o modo como é feita a atribuição do papel expressivo no grupo familiar. Procurámos ainda analisar a maior ou menor rigidez de horários relativos a algumas actividades, o estabelecimento de regras referentes à saída dos adolescentes e a distribuição de poder na família, associada ao modo como são tomadas as principais decisões. Para a colheita de dados relativos à regulação familiar utilizámos as grelhas apresentadas no anexo E.

9.1. As regras da divisão do trabalho na família

No sentido de perceber como é feita a divisão do trabalho no seio da família procedemos à análise dos tempos de trabalho e de descanso – que subdividimos em horas de sono e lazer – de homens e mulheres, por grupos etários e por classes sociais. O Quadro 9.1 revela-nos os resultados da análise nas famílias de classe média-alta, obtidos a partir das grelhas de colheita presentes no anexo E1.

Das quinze mulheres entrevistadas, uma encontra-se desempregada, em dois casos existem situações de reforma dos respectivos cônjuges e doze inserem-se em famílias de dupla carreira, dedicando em geral ao trabalho produtivo um número de horas diárias que se aproxima daquele que lhe é dedicado pelos homens. Na família correspondente à entrevista nº 8 não foi possível contabilizar os tempos das diversas actividades no sexo masculino, por longas ausências do marido relacionadas com o seu trabalho profissional – oficial da Marinha de Guerra. Às mulheres a que se referem as entrevistas nº 20 e 28 deveremos associar, aos tempos de trabalho não remunerado, uma média diária de uma e de meia hora, respectivamente, de trabalho voluntário. Adicionando os tempos de trabalho profissional, de trabalho doméstico e de cuidados aos filhos, verificamos que, em todos os grupos etários, a maioria das mulheres inseridas em famílias de dupla carreira tem, relativamente aos homens, um tempo de trabalho global superior, variável entre trinta

minutos e cinco horas e meia (com excepção de Isabel, com horário de trabalho mais reduzido e dispondo de empregada doméstica).

Quadro 9.1 - Tempos de trabalho e de descanso – em horas e minutos – por sexo e grupo etário na classe média-alta

Tempos de trabalho e descanso/sexo Grupos Etários E Nome		Horas de Trabalho Profissional		Horas de Trab. Doméstico Cuidados Aos filhos		Horas de Trabalho Global		Horas de Sono		Horas De Lazer		Horas de Descanso Global	
		M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H
20-34 anos	Carmo M ^a	7	6	5	5	12	11	6	6	1	1.	7	7
	João♦	7.5	-	3.5	-	11	-	8	-	1	-	9	-
	Carolina♦	10	11	3.5	2	13.5	13	6.5	5	2	1.	8.5	6
	Carlota♦	7.5	12	5.5	1	13	13	8	5.5	1.5	0	9.5	5.5
35-49 anos	Inês ♦	8	10	6	2	14	12	7	7	1	2.	8	9
	Helena	6	12	8.	1.5	14	13.5	6	6	1.5	1.5	7.5	7.5
	Ana♦	10	8	2.5	1.5	12.5	9.5	7	8	1.5	2.5	8.5	10.5
	Sara♦	9	9	2.5	1.5	11.5	10.5	7	8	0.75	0.75	7.75	8.75
	Josefa	0	9	6.00	1	6	10	8	5	2	2.	10	7
	Isabel♦	5	11	4.00	0.5	9	11.5	7	8	1	0	8.	8
50-64 anos	Luísa♦	10	10	1.00	0	11	10	7	7	1	1.5	8.	8.5
	Rosário♦	8	8	1.30	1.5	95	9.5	8	6.5	3	5	11.	11.5
	Margarida♦	8	7	4.30	0	12.5	7	5	6	0.5	6	5.5	12
	Adriana♦	8	0	2.00	2.5	10	2.5	8	8	2.5	8	10.5	16
	Teresa	7	0	2.00	1.5	9	1.5	8	8	1	9	9	17

Legenda: ♦ famílias com empregada

Tal diferença fica a dever-se a maiores períodos de tempo dedicados às tarefas domésticas e sobretudo aos cuidados prestados aos filhos. Verifica-se mesmo uma tendência para a diminuição desta parcela do tempo global de trabalho no último escalão etário que nos parece relacionar-se com a maior independência dos filhos e, em algumas situações, com o facto de as famílias se encontrarem em fase de ninho vazio.

No escalão etário mais baixo assistimos, no sexo masculino, a situações de longas jornadas de trabalho profissional, reflectindo um grande investimento na carreira profissional nesta fase da vida, mais difícil de realizar na mulher, a quem culturalmente se entregou o papel de cuidadora da casa – directamente ou como gestora da mesma – e, sobretudo, o de cuidadora dos filhos. Verificamos aqui uma relação inversa entre o tempo dedicado pelos homens à actividade profissional e o tempo dispendido no desempenho de tarefas domésticas, particularmente nos cuidados aos filhos, já que a maior parte destas famílias dispõe de empregada doméstica responsável pela execução de uma parte significativa do trabalho doméstico, como o explicita Carlota:

“ Temos uma empregada interna que nos ajuda muitíssimo. Arrumar, cozinhar, tratar das roupas, as compras do dia a dia, isso fica tudo a cargo dela. È o meu braço direito. As compras do mês são

comigo. Os carros? Isso é com o meu marido. Os papeis também. Tratar das crianças é com os dois. É mais ou menos assim: Quando eu chego a casa dou os banhos, o jantar e brinco com eles até o meu marido chegar. Quando ele chega brinca com eles e depois deitamos os dois. De manhã somos sempre os dois a arranjá-los e a dar o pequeno-almoço. Para o infantário vão na camioneta. Ir ao médico? Isso, sou mais eu.... E também à terapia da fala. Mas depois em casa o pai faz os exercícios da terapia da fala com ele. O que é que a empregada não faz? Os cuidados às crianças e as compras do mês. De resto faz tudo.”

[Carolina, 31 anos, farmacêutica]

Na situação de Carmo o casal apresenta horários de trabalho pago semelhantes e um igual investimento nas actividades domésticas e nos cuidados à filha. O facto de Miguel se encontrar numa fase inicial da sua actividade profissional, em situação de estagiário, facilita esta situação.

“ Nós sempre fizemos tudo a meias. Enquanto um faz uma coisa outro faz outra. Agora com a bebé perdemos mais tempo...”

[Carmo, 34 anos, secretária de antiquário]

Também no grupo etário mais elevado voltamos a encontrar esta relação inversa entre os tempos de envolvimento profissional e de envolvimento doméstico, no sexo masculino. A situação de reforma de alguns homens permite uma maior dedicação à actividade doméstica.

Verificamos ainda, nas famílias de dupla carreira, a existência de tempos globais de descanso superiores no sexo masculino; constituem excepção três situações com jornadas de trabalho profissional particularmente longas a que se associa, numa delas, uma situação de dupla profissão com maior tempo dispendido em deslocações. É o caso de António, 33 anos, engenheiro, de quem a mulher, Carlota, diz:

“Ele trabalha no TP das nove às seis e depois teve de arranjar outro trabalho que é das seis e meia às oito e meia na Baixa, às segundas, quartas e sextas. Portanto nesses dias chega a casa mais tarde, por volta de um quarto para as nove. Então janta connosco, depois lê as histórias, e nesses dias não trabalha à noite. Às terças e quintas como não vai a esse escritório, trabalha em casa das dez e meia, para aí até às duas da manhã e ao sábado e domingo também, para compensar os dias que não vai a esse escritório. Nós costumamos dizer que ele dantes dormia a sesta a toda a hora. Hoje em dia pouco dorme. E então às vezes ao fim de semana elas acordam à noite e ele fica deitado até às nove, nove e meia para descansar. Ele fica mais um bocadinho e descansa mais um bocado. Porque ele dorme muito pouco. Então, é das duas a um quarto para as sete às terças e quintas, nos outros dias deitamos-nos um bocadinho mais cedo que é para compensar. Mas quase não tem tempo para ele.”

[Carlota, 31 anos, engenheira agrónoma, casada há sete anos e com três filhas de cinco, três e dois anos]

Procurámos avaliar a forma como estas famílias procedem à organização dos seus tempos nos fins-de-semana; com excepção de uma situação em que uma tarde é dedicada pelo casal à realização das compras semanais, em todas as outras situações os tempos familiares e individuais são dedicados ao descanso e lazer. Mesmo para Adriana, que ocupa uma tarde de sábado com a realização de trabalho voluntário, este pode considerar-se um tempo de lazer, pela satisfação que lhe oferece e pela qualidade relacional que lhe proporciona.

“Até que fui parar numa organização internacional, que não tem política, não tem religião e a que qualquer pessoa pode pertencer. Propõe-nos uma coisa que eu acho muito importante: o desenvolvimento do auto-conhecimento. O conhece-te a ti mesmo aumenta a possibilidade de conhecer melhor os outros. É uma coisa muito interessante que me tem ajudado imenso. Eu fui para lá, comecei a trabalhar, tudo gracioso é claro, e nunca mais parei até hoje. É o meu hobby. Tenho aí uns dez amigos com quem me encontro regularmente duas vezes por semana.”

[Adriana, 64 anos, licenciada em Economia e Finanças, Empresária]

Procedemos de igual forma à análise da distribuição dos tempos das diversas actividades na classe média-baixa. Os resultados, obtidos a partir das grelhas de colheita apresentadas no anexo E2 estão expressos no Quadro 9.2. Das quinze mulheres entrevistadas cinco não têm actividade profissional, duas nunca exerceram profissão, uma encontra-se reformada e as restantes estão em situação de desemprego.

Diferentemente das mulheres da classe social média-alta para quem o fim de semana é dedicado na quase totalidade ao lazer, a utilização de uma parte do fim de semana para a realização do grosso do trabalho doméstico é uma constante nesta classe social, particularmente nas famílias de dupla profissão. Ao tempo de trabalho doméstico diário das mulheres dos dois escalões etários mais jovens devemos ainda associar um tempo de trabalho, variável entre 30 minutos a 2 horas, correspondente ao trabalho efectuado durante o fim de semana, como se pode ver no anexo E2. Como se pode verificar no quadro 9.2. o número de horas de trabalho global mantém-se, na maioria das mulheres activas profissionalmente, superior ao dos homens.

Quadro 9.2 - Tempos de trabalho e de descanso – em horas e minutos – por sexo e grupo etário na classe média-baixa

Tempos de trabalho e descanso/sexo		Horas de Trabalho Profissional		Horas de Trabalho Doméstico Cuidados Aos filhos		Horas de Trabalho Global		Horas de Sono		Horas De Lazer		Horas de Descanso Global	
		M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H
20-34 anos	Zulmira	8	8	1	1	9	9	4.5 a	8	0	1	4.5	9
	Leonor	0	12	12	0	12	12	8	7.5	4	1	12	12
	Paula	0	8	8	1	8	9	7	7	2.	2	9	9
	Sónia	10	8	2	1	12	9	8	8	0.5	2	8.5	10
	Cristina	8	8.5	2	1	10	9.30	8	8	0.5	0.5	8.5	8.5
35-49 anos	Mariana	10.5	0	5	0	10.5	0 b	6	8	1	4.5	7	12.5
	Esmeralda	7	0	3.5	2	10.5	2	7	8	1	6	8	14
	Olinda	0	8	9	0	9	8	7	7	2	4	9	11
	Márcia	7	9	2.5	1	9.5 c	10	5.5	7	1	1	6.5	8.5
	Elisabete	7	7	3.5	2.5	10.5	9.30	6	7	1	3	7	10
50-64 anos	Georgina	4	8	4	0	8	8	7	12	3	2	10	14
	Lurdes	7	7	2	1	9	8	7	7	3	4	10	11
	Valentina	0	11	7	1	7	12	6	8	2	0.5	8	8.5
	Júlia	0	0	5	0	5	0	6	8	3	6	9	14
	Clara	7	7	3	1	10	8	8	9	1	3	9	12

Legenda: a – trabalhadora estudante com 6 horas de aulas e estudo pessoal diários; b – 6 horas diárias de trabalho voluntário; c – 4 horas por semana de trabalho voluntário o que equivale a 45 minutos /dia

Verifica-se no sexo masculino uma tendência para ter um maior tempo global de lazer e descanso e também uma menor implicação no trabalho doméstico, presente até nos homens que não exercem actividade profissional. Pelo contrário, nas mulheres sem actividade profissional encontramos longos períodos de tempo destinados às actividades domésticas e aos cuidados das crianças. José, marido de Elisabete (entrevista 29) dedica um maior número de horas às tarefas domésticas e cuidados à filha, comparativamente com os restantes homens deste grupo social; o horário nocturno da sua actividade profissional facilita-lhe o desempenho destas funções.

De forma a completar a análise da divisão do trabalho no seio das famílias procurámos investigar como nelas é feita a distribuição das tarefas domésticas e dos cuidados aos filhos. Utilizámos para tal as grelhas de colheita presentes nos anexos E3 e E4.

O quadro 9.3 mostra a forma como se processa a distribuição das tarefas domésticas nas famílias das duas classes sociais.

Quadro 9.3 – Distribuição de tarefas domésticas por actores nas famílias das mulheres entrevistadas

Classe social	Tarefas	Arrumar a casa	Cozinhar	Tratar da roupa	Fazer compras	Reparações	Tarefas administrativas
	Actores						
Média-alta	Mulher	4	4	3	4	2	2
	Cônjuge	-	1	-	2	11	8
	Partilha	2	5	1	6	2	3
	Empregada	3	2	3	-	-	-
	Mulher c/ ajuda do cônjuge	-	1	-	-	-	-
	Mulher c/ ajuda da empregada	6	2	6	3	-	-
	Mulher c/ ajuda de outros	-	-	-	-	-	-
Média-baixa	Mulher	8	8	11	5	-	4
	Cônjuge	-	1	-	-	14	8
	Partilha	1	6	3	8	1	3
	Empregada	-	-	-	-	-	-
	Mulher c/ ajuda do cônjuge	3	-	1	1	-	-
	Mulher c/ ajuda da empregada	1	-	1	-	-	-
	Mulher com ajuda de outros	2	-	-	-	-	-

Na classe social média-alta verifica-se a importância da delegação total ou parcial de algumas tarefas através da introdução da empregada doméstica. A sua participação torna-se sobretudo importante em duas das tarefas, na arrumação da casa e no tratamento da roupa, que realiza sozinha ou como auxiliar da mulher. Estas duas tarefas são, aliás, asseguradas quase na sua totalidade por mulheres, estando delas mais afastado o sexo masculino. Tal facto parece seguir a tendência observada por Torres (2004; 121) e Perista (2002; 472). As tarefas mais partilhadas pelo casal são a realização das compras – trabalho localizado entre o privado e o público – e o cozinhar, tarefa onde a rotina pode ser quebrada pela introdução de alguma criatividade na sua realização. Sobre os homens recai sobretudo a responsabilidade das reparações domésticas e a execução dos actos de carácter administrativo.

Apesar de algumas semelhanças, os dados relativos à classe média-baixa manifestam diferenças significativas relativamente à situação anterior. O tratamento das roupas continua a mostrar-se como uma tarefa eminentemente feminina, aqui com menor recurso à empregada do que no grupo de maiores recursos económico-sociais. Na arrumação da casa deixa de se fazer sentir também o auxílio da empregada doméstica pelo que a tarefa recai sobretudo na mulher, ainda que com alguma participação do marido. Cozinhar e fazer compras mantêm-se como as principais actividades partilhadas pelos dois elementos do casal. Tal como no grupo anterior as tarefas de reparações domésticas e os actos de carácter administrativo continuam a ser do domínio do masculino.

Vejamos agora como se repartem nos dois grupos sociais as tarefas relativas aos cuidados às crianças (Quadro 9.4). Para avaliar esta distribuição apenas tivemos em conta famílias com crianças de idade igual ou inferior a dez anos, com totais de catorze e oito crianças, nas classes sociais média-alta e média-baixa, respectivamente.

Quadro 9.4 - Cuidados prestados aos filhos – distribuição por actores nas famílias das mulheres entrevistadas

Classe Social	Tarefas Actores	Tratar	Deitar	Levar à escola	Levar ao médico	Acompanhar estudos
Média-alta	Mulher	6	2	4	5	1
	Cônjuge	-	-	1	-	-
	Partilha	1	6	3	3	3
	Empregada	-	-	-	-	-
Média-baixa	Mulher	3	2	3	5	3
	Cônjuge	1	2	-	-	-
	Partilha	4	4	1	2	-
	Empregada	-	-	-	-	-

Na classe social média-alta, a tarefa de tratar dos filhos, com os seus múltiplos componentes, de lavar, vestir e alimentar é ainda uma tarefa eminentemente feminina; apenas um casal a partilha totalmente e outra das entrevistadas conta com a ajuda do marido para o fazer. O deitar manifesta-se como a tarefa mais partilhada; algumas mulheres aguardam a hora de chegada do marido a casa para que as crianças beneficiem do contacto com o pai e para que este possa acompanhar as crianças no acto de deitar, como o exemplifica Carlota ao longo da sua entrevista:

“Ao fim da tarde eu dou-lhes banho e visto-as. Começo a dar-lhes o jantar, entretanto ele chega e dá jantar à mais nova enquanto eu estou à mesa com as outras duas porque acho fundamental estarmos todos à mesa. Depois ele é que está encarregado de lhes contar as histórias porque está menos tempo com elas em casa. Portanto é ele que lhes conta a história e depois eu também ajudo no deitar. Ao deitar, em princípio, está mais ele a contar a história, depois estamos os dois. De manhã é ele que lhes vai abrir as janelas, enquanto eu preparo o pequeno-almoço, leva-as para a sala e aí elas tomam o pequeno-almoço e depois vestimo-las os dois. Acabamos por ser os dois.”

[Carlota, 31 anos, Engenheira Agrónoma, 3 filhas de 5,3 e 2 anos]

O acompanhar ao médico, se bem que nuns casos seja partilhado, parece ainda recair um pouco mais sobre a mulher. Mesmo quando o pai está disponível para isso, algumas mulheres parecem confiar mais em si para acompanhar a consulta, expor dúvidas e assegurar-se de que os conselhos médicos sejam devidamente compreendidos. Inês

expressa-o bem quando, apesar do marido partilhar muitos dos cuidados às filhas, diz acerca da ida ao médico:

“Ele podia ir, mas não sei... parece-me que fico mais descansada indo eu. Ele podia não compreender alguma coisa, podia não prestar tanta atenção às recomendações, pode esquecer-se de alguma coisa ... Não é uma questão de ele não querer ou não poder – eu é que acho que fico mais descansada assim.”

[Inês, 34 anos, ictiopatólogista, duas filhas de 3 e 1 anos]

Os cuidados aos filhos, mais do que as tarefas domésticas, assumem aliás particular importância nas mulheres das famílias de classe média-alta. Uma diferente representação do papel maternal e a possibilidade da delegação de tarefas domésticas na empregada, podem, entre outros, integrar uma multiplicidade de factores para que estas mulheres gastem com os cuidados aos filhos mais horas do que as que verificam nas mulheres de classe média-baixa. Também, alguma culpabilidade por um maior envolvimento profissional, em conflito com a sua representação do papel maternal, pode explicar o seu comportamento. Em 1964, William Goode, escrevendo sobre a mãe que trabalha, refere-se às mães de estratos sociais mais elevados, exercendo uma profissão mais agradável e mais relacionada com o seu gosto pessoal, como mulheres que:

“sentem maior responsabilidade em compensar a sua ausência através de uma organização melhor, através do planeamento consciente dos momentos em que deva estar com os filhos ou antecipando e prevenindo as dificuldades da vida dos seus filhos. A mãe que trabalha pertencente à classe mais baixa, mais provavelmente precisará de trabalhar, e talvez num emprego menos agradável. Portanto, pode sentir-se mais sobrecarregada...e sentir menor necessidade então de compensar a sua ausência...”

(Goode, 1970: 129)

Nas famílias de classe média-baixa parece verificar-se uma maior participação dos homens na tarefa de tratar as crianças, mantém-se igualmente a sua participação no acto de deitar e o levar ao médico continua a apresentar-se como uma tarefa mais feminina. No sentido de avaliar o grau de rigidez da divisão do trabalho doméstico no interior das famílias, avaliámos a possibilidade de troca de tarefas domésticas ou de cuidados aos filhos entre os dois elementos do casal. Esta parece ser mais frequente nos grupos etários mais jovens, para as duas classes sociais estudadas, o que se torna aparente no Quadro 9.5.

Quadro 9.5 – Trocas de tarefa por grupo etário e classe social

C.Social e G.Etário / Frequência de Trocas	Classe Social média - alta				Classe social média - baixa				Total nas duas classes
	20-34	35-49	50-64	Total Parcial	20-34	35-49	50-64	Total .Parcial	
Frequente	3	2	1	6	3	2	1	6	12
Ocasional	2	2	1	5	1		2	3	8
Não se realiza		1	3	4	1	3	2	6	10
Total	5	5	5	15	5	5	5	15	30

Como outros estudos o mostraram, o trabalho doméstico e o cuidado às crianças revela também em muitas destas famílias o seu carácter particularmente feminizado com assimetrias perceptíveis ao nível não só da afectação dos tempos como da distribuição de tarefas domésticas. Tais assimetrias, que facilmente podemos observar mesmo em famílias de dupla carreira, parecem ancoradas na forma como se constroem socialmente os modos de ser feminino e masculino, assente numa relação de dominação simbólica que, segundo Lúcia Amâncio “coloca os homens e mulheres em posição diferente face aos recursos a que têm acesso, não só para se representarem as posições relativas dos dois grupos, como para se representarem a si mesmos” (Amâncio 1994: 68). Um excerto da entrevista de Maria João parece corroborar bem aquilo que atrás afirmámos:

“Eu acho que a mulher deveria passar a ter um emprego a part-time quando tem filhos, porque se os tem é para os criar, não é para as empregadas os criarem nem as escolas. Logo aí seria muito melhor para a mulher poder coordenar as múltiplas tarefas diárias que tem para fazer. Mesmo para a sua saúde mental... E a partir daí provavelmente começam a aparecer as tais regras. Acaba o trabalho de manhã, depois vai almoçar, vai buscar as crianças. Acho que não vale a pena estarmos a competir com os homens porque as mulheres quando são boas chegam lá, não precisam de mostrar nada e essa competitividade, está a levar, por exemplo, a que muitos casais não possam ter filhos, a muito stress. ... a condição da vida humana está a piorar. Eu vejo a minha avó que tem 87 anos, que teve 11 filhos, e quem me dera chegar aquela altura assim. Acho que as mulheres deviam deixar de competir com os homens. As mulheres têm os filhos e já é um *karma* muito duro para suportarmos.

Eu digo um part-time, porque eu acho que se a mulher ficar em casa, pára sempre e portanto não é saudável nem para o casal, nem para mandar os filhos para fora, para entrarem no mundo real. Um part-time seria para continuar a desenvolver a cabeça da mulher e a ter a sua socialização com os demais. Depois, ter o seu período de descanso e o tempo para tratar dos filhos, porque já que os quis ter, é responsável por eles.”

[Maria João, 34 anos, Arquitecta, casada com Oficial da Marinha de Guerra, três filhos de 7, 5 e 3 anos]

Reflectindo sobre a totalidade das entrevistas efectuadas e sobre os resultados da sua análise, julgamos poder afirmar que, no espaço do doméstico, da casa e dos filhos, as mulheres parecem ter incorporadas uma série de disposições relativas a obrigações e deveres tácitos – o habitus, proposto por Bourdieu – disposições essas que, orientando comportamentos, não deixam de exercer a sua contribuição na manutenção de uma assimetria de género.

9.2. Papel expressivo na família

No que se refere ao desempenho do papel expressivo na família utilizámos como indicadores as respostas às questões do guião de entrevista tendentes a perceber qual dos dois elementos do casal fornece mais suporte afectivo a todos os elementos da família, o tempo dispendido por homens e mulheres no suporte emocional aos vários membros da família e, ainda, a avaliar quem, no interior do casal, investe mais na resolução de conflitos conjugais ou familiares. Os resultados obtidos encontram-se nas grelhas de colheita apresentadas no anexo E5. Na maioria das situações não foi contabilizado o tempo destinado por homens e mulheres relativamente ao suporte emocional no casal e na família, surgindo este como ocasional e dependente das necessidades de momento. Seis mulheres, contudo, referem despende entre uma a duas horas diárias dedicadas a apoio emocional, dispensadas sobretudo a filhos adolescentes ou jovens adultos.

As mulheres parecem ver-se a si próprias como as principais distribuidoras de afecto e de suporte emocional, quer no interior do casal, quer em relação aos filhos. Esta situação, presente nas duas classes sociais, é particularmente evidente nas mulheres de classes social mais baixa (cf. anexo E5).

Numa mesma família podemos ainda assistir a uma partilha do papel expressivo quando os actores são diferentes, conforme o subsistema familiar a que se dirigem. A situação de Carlota exemplifica-o:

“ No casal...eu acho que é mais ele a mim. Eu nem tenho tempo, quero lá saber, eu só quero andar para o dia seguinte. É afectivo? Sim acho que sim, que é ele. Talvez...Afectivo em que sentido? Não... É assim: a nível de atenção e se está tudo bem, se as coisas estão em casa...se está tudo assegurado, sou mais eu. Ele às vezes é capaz de me fazer mais um carinho, é mais assim, do que eu a ele. Porque também uma pessoa ao fim do dia... já não tem paciência
Em relação às filhas eu penso que sou eu por estar mais com elas, pelo tempo que estou com elas, porque eu chego a casa vou para o quarto e sento-me a brincar com elas. Ele quando chega... Ele gosta mais de sair, de ir aos baloiços. É diferente, e está menos tempo com elas”.

[Carlota, 31 anos, Engenheira agrónoma, três filhas de 5, 3 e 2 anos]

No que respeita à resolução de conflitos no seio do casal homens e mulheres parecem contribuir de forma bastante idêntica neste propósito, sendo que na classe média alta surge ainda um número significativo de situações em que a solução surge partilhada pelos dois elementos do casal. Globalmente, em casos de conflitos entre pais e filhos as mulheres assumem, mais do que os homens, um papel mediador na resolução do conflito.

“Tentar resolver o conflito acho que sou mais eu. O que não quer dizer que não arranje conflitos, porque eu não evito o conflito. Até tenho tendência para agudizar. Tento mais apaziguar, não é tanto o meu conflito com outra pessoa mas o conflito que possa existir entre outras pessoas da família. Por exemplo entre a minha filha e o meu marido. Aí sim, tento sempre apaziguar”

[Ana, 47 anos, professora do ensino secundário, uma filha de 19 anos]

Poderemos concluir afirmando que o papel expressivo no interior familiar parece ser assumido sobretudo pela mulher, existindo contudo uma atenuação das desigualdades entre os dois sexos, por comparação com o desempenho do papel instrumental.

9.3. Divisão sexual dos papéis na família

A análise da divisão do trabalho nas famílias, tendo em conta tudo o que anteriormente foi dito, parece revelar-nos a existência de uma sobrecarga de trabalho nas mulheres, particularmente nas mulheres activas do ponto de vista profissional. Trabalhando na sua maioria em regime de tempo completo com horários que variam de 7 a 10 horas por dia nas duas classes sociais,⁶ a isto associam um número importante de horas dedicado aos cuidados da casa e dos filhos.

O papel expressivo está igualmente assignado, de modo mais evidente, à mulher, sobretudo naquilo que se refere aos filhos. Para as mulheres o espaço doméstico continua a ser local do exercício de determinadas tarefas “específicas,” de tarefas que se destinam ao bem-estar de todos os familiares, especialmente ao dos filhos. Os papéis apresentam-se diferenciados no interior da família, mais ou menos diferenciados, consoante o grau de implicação do marido naquilo que decorre no espaço doméstico.

Procurámos classificar o grau de diferenciação sexual dos papéis nas famílias das 30 mulheres entrevistadas. Socorrendo-nos de trabalhos anteriores (Wall e Guerreiro 2005: 314-340) utilizamos como indicadores a divisão das tarefas domésticas rotineiras (arrumar a casa, cozinhar e tratamento de roupas) e as tarefas dirigidas aos cuidados aos filhos. Estabelecemos para tal classificação os seguintes critérios:

1. Indiferenciação de papéis – Existe delegação ou partilha nas três tarefas rotineiras e a mulher realiza sozinha apenas uma tarefa de cuidados aos filhos.

⁶ Entre as mulheres activas profissionalmente existem duas excepções a estes horários de trabalho: uma mulher da classe média alta e outra da classe média baixa trabalham profissionalmente 5 e 4 horas/dia, respectivamente.

2. Forte diferenciação – A mulher realiza sozinha, duas ou mais tarefas domésticas rotineiras e três ou mais das tarefas de cuidados aos filhos.
3. Diferenciação moderada – todas as situações não contempladas em 1 e 2.

Os excertos de entrevistas que se seguem revelam como se procede à divisão dos papéis sexuais no seio de algumas das famílias que estudámos:

As famílias de Rosário e Zulmira são, entre outras, famílias onde se verifica indiferenciação de papéis:

“ Arrumar a casa, isso é entre mim, o meu marido e a empregada. A minha filha não participa muito... Cozinhar cozinhamos todos. Tratar das roupas é mais a empregada... e também eu e o meu marido. As compras? Não temos esse sistema das compras mensais. É muito cansativo. Vamos fazendo, geralmente os dois. Quando falta alguma coisa faz quem está mais disponível. A minha filha também. Tarefas administrativas? Agora vamos fazendo os dois mas o meu marido faz mais, tenho de concordar. Reparações em casa? Normalmente alguém do exterior. Não somos particularmente habilitados.

Do carro? Trata sempre o meu marido.

...quando a nossa filha era pequenita partilhava-mos bastante tudo. O lavar, o vestir, dar de comer, levantar de noite. Levava-mos sempre os dois ao infantário e á escola, ajudava-mos os dois nos trabalhos de escola... Não, nunca me lembro de ter ido sozinha ao médico com a minha filha. Nunca fui. Só ao deitar é que entrava mais de serviço. O contar a história e conversar um bocadinho à noite é que era mais comigo. De resto estava-mos sempre os dois ao serviço...”

[Rosário, 55 anos, Psicóloga, Docente Universitária]

“ Ao fim de semana talvez seja eu a arrumar. Para falar a verdade ele tem muito mais jeito para decorar. Ele tem esse dom de decorar. É muito criativo. E vai pondo o dedo aqui e ali. E sai tudo mais bonito. É o seguinte: Eu não sou criativa. Eu levo uma vida um pouco... Eu tenho de comprar o tempo. Eu levanto de manhã e pego no trabalho às oito horas. Eu chego a casa às cinco horas e posso fazer uma refeição e faço uma grande quantidade que dá para dois dias. Outros dias, faz ele. E faz muitas vezes... Depois vou para a escola. Eu entro às sete e só volto à meia - noite, ou às onze horas, depende dos dias. O que ele desarruma, por exemplo, se toma banho e molha o chão, ele limpa, não deixa para eu arrumar. E durante a semana ele limpa e arruma onde vê que não está limpo e arrumado. A roupa, temos de tratar os dois. As compras, fazemos os dois. Ou vamos os dois ou quando falta qualquer coisa quem vê compra. Reparações? Ele, mas eu também não vou ficar por trás. Se cair assim alguma coisa em casa, um quadro, eu subo o escadote, martelada e... pronto. Das coisas administrativas... Isso é mais ele.”

[Zulmira, natural de S. Tomé, de 26 anos, residente em Portugal há três anos, empregada de cozinha]

As situações de forte diferenciação de papéis, que o quadro 8.6 nos mostra serem mais expressivas nas classes com menos recursos económicos sociais estão bem patentes nos excertos das entrevistas de Leonor e Mariana:

“ Arrumar a casa sou eu sempre... Cozinhar sou eu, sem ajuda nenhuma. Fazer as compras? Sou eu com o meu marido, porque eu não vejo os preços, não é? E ele tem de ir comigo. Tratar da roupa, sou eu tudo... Lavar, engomar, estender, apanhar.

Essas coisas administrativas trata tudo o meu marido por Multibanco.

Do carro também é ele.

Das filhas trato eu tudo, sem a ajuda dele. Faço tudo sozinha. Só quando ele está de folga é que me pode ajudar a levá-las ao médico, se for dia de ir. De resto mais nada.

Para acompanhar os estudos? Também sou eu. Ele é vigilante e uns dias trabalha de noite e outros de dia. Quando trabalha de noite tem de descansar de dia e quando trabalha de dia chega a casa cansado e já pouca coisa faz.”

[Leonor, 21 anos, 6ºano de escolaridade, doméstica, invisual]

- “Arrumar a casa? Faço eu tudo. Só eu. Não há aqui ninguém que faça nada.
- Cozinhar e fazer as compras?
- Sou só eu
- Tratar das roupas?
- Eu sozinha, também.
- Fazer alguns pagamentos, pagar a renda, pagar a água, tratar de alguns papéis?
- A única coisa que o meu marido paga é o telefone. O resto eu peço á minha mãe, e é ela que vai pagar.
- Pequenas reparações em casa, quem é que faz?
- O meu marido às vezes faz. Quando está bem disposto, às vezes faz. Nem sempre.
- E os seus filhos? Costumam ajudá-la ou não?
- Nada, nem pouco nem muito, nada.
- Quando os filhos eram pequenos quem é que tratava dos filhos? Lavar, deitar, vestir...
- Era eu. Nunca tive a ajuda do meu marido, nada, nada. Não. Porque ele é bombeiro voluntário já há muitos anos e como ele é secretário do comando a maior parte do tempo ele está no quartel. E por isso...
- Portanto essas tarefas eram todas para si?
- Tudo, tudo. Até o meu filho mais velho entrar para a escola ainda tive alguma ajuda da minha avó. Ficava com ele quando ele estava doente...Depois, eles faleceram e ficou tudo em cima de mim
- Levar os filhos ao médico, quem levava?
- Sempre eu. O mais velho já vai sozinho, agora com o mais novo sou sempre eu.
- Quando os seus filhos eram mais pequenos, acompanhava-os nos estudos ?
- Não, porque as minhas capacidades também não são muitas. O mais velho nunca foi preciso. Agora este, eu também não lhe sei explicar e ele também é um miúdo que não aceita ajuda nem mesmo do irmão”

[Mariana, 44 anos, costureira]

As situações de moderada diferenciação de papéis são, como nos mostra o quadro 9.6, mais expressivas na classe média alta. A situação de Carmo, casada há um ano e com uma filha de nove meses, exemplifica bem uma tal divisão de papéis:

“Arrumar a casa somos os dois em conjunto. Um faz uma coisa e outro faz outra. Dividimos muito. Cozinhar sou mais eu. As compras somos os dois. Tratar das roupas? Sou mais eu. Tarefas administrativas, é mais ele. O carro é ele. As reparações somos os dois. Eu gosto de fazer. Tratar da bebé? Ele tem muito jeito para tratar, mas há certas coisas que sou mais eu. Damos banho os dois. Vestir, tenho de ser eu, se não ela faz um berreiro, porque não gosta de se vestir. Mas, mudar a fralda e essas coisas, ele faz sozinho. Trazer ao médico, como está a ver, sou mais eu. Mas também eu agora estou mais disponível.”

[Carmo, 32 anos, licenciada, secretária de antiquário]

Sónia, cabeleireira, insere-se também numa família com uma moderada diferenciação de papéis, como o seu relato nos dá a conhecer:

“Arrumar a casa sou eu e o meu marido também me ajuda, Cozinhar somos os dois
Fazer as compras, vamos sempre os dois. As roupas, é mais comigo. Os arranjos e essas coisas das
papeladas é mais com ele. E o carro também.
Com os meus filhos é assim: lavar, vestir e dar de comer temos de ser os dois. Ele faz a um e eu a
outro. Deitar somos os dois mas ele é que vai mais vezes contar a história. Vamos os dois levar e
buscar ao Infantário. Ao médico normalmente sou eu, mas às vezes o meu marido também vai.”

[Sónia, 33 anos]

O Quadro 9.6 mostra o modo como a divisão de papéis se faz nas trinta famílias estudadas.

Quadro 9.6 - Divisão sexual de papéis nas famílias estudadas por classe social e grupo etário

Grau de Diferenciação de papéis	Classe social média - alta			Classe social média-baixa		
	20-34	35-49	50-64	20-34	35-49	50-64
Indiferenciação de papéis	Carolina	Sara	Rosário Teresa	Zulmira	Elisabete	-
Moderada diferenciação de papéis	Carmo Carlota Inês	Helena Ana Josefa Isabel	Luísa Adriana	Paula Sónia	Esmeralda	Lurdes Valentina Clara
Forte diferenciação de papéis	M ^a João	-	Margarida	Leonor Cristina	Mariana Olinda Márcia	Georgina Júlia

À semelhança de Karin Wall e Maria das Dores Guerreiro (2005) encontramos também a influência da escolaridade nas práticas de divisão do trabalho no seio da família. Assim, nas famílias de classe social mais baixa, em que as mulheres são detentoras de menores capitais escolares, encontramos maior feminização do trabalho doméstico e uma divisão sexual dos papéis mais acentuada. Uma moderada diferenciação sexual de papéis, e mesmo uma indiferenciação dos mesmos, tendem a predominar nas famílias de mulheres com perfis mais escolarizados.

9.4. Horários na família

Uma parte substancial das entrevistadas (18) referiu a existência de horários familiares regulares, embora sem rigidez. Menos significativo é o número das que os consideram bastante flexíveis (5) atribuindo-o a condicionamentos exteriores à própria família. Sara, investigadora e docente universitária expressa-o do seguinte modo:

“Há regras que não têm tanto a ver com as horas mas com a sequência com que as coisas têm de ser feitas. É uma casa um pouco desregrada porque nenhum de nós tem horário profissional e a

gente sabe o que é não ter horários!... Geralmente nunca se janta antes das 9. O ritmo diário é um pouco tonto. É regular, mas tudo mais para o tarde.”

[Sara, 42 anos]

Nas famílias mais jovens surgem alguns casos de rigidez de horários, imputados pelas entrevistadas quer a um esforço educativo para a implementação de regras nas crianças quer às próprias necessidades destas. Apenas uma entrevistada, Márcia, de 47 anos, estudante trabalhadora durante a maior parte do seu percurso familiar, com dois filhos jovens universitários, e que refere uma história pessoal de episódios longos e frequentes de depressão, manifesta a existência de um horário familiar caótico:

“Nunca há horas certas de jantar; vem um, vem outro e é assim
São sempre horas muito irregulares; nunca há horas certas para nada. “

[Márcia, monitora de cerâmica]

9.5. Adolescentes: Como se estabelecem as regras?

Procurámos saber como em dez famílias com adolescentes se estabelecem as regras relativamente ao cumprimento das suas obrigações escolares e aos horários de saídas e regressos a casa. Na maioria das famílias as regras foram negociadas entre os dois pais e os adolescentes, sem ocorrência de conflitos.

Em quatro famílias o processo decorre de forma diferente, manifestando sobretudo falta de negociação entre os pais, mais do que conflito entre pais e adolescentes, como o exemplifica o caso de Margarida:

“Ela transmite-me a mim e depois eu transmito ao Luís e é assim este trio. A decisão parte geralmente mais de mim, o que é um bocadinho crítico e complicado. Mas isto é assim em tudo. Eu é que passei à acção; se as coisas correm mal eu é que tenho sempre a responsabilidade. Sempre. Isso às vezes também me tira do sério. Eu posso perceber que ele tenha dificuldade em tomar decisões. Mas se eu vou para a frente, muitas vezes falta-me o apoio de estar á frente. Eu vou e depois...Então e não fizeste isto, e não disseste aquilo! Eu fico com os cabelos um bocadinho em pé. Algumas coisas em relação à Ana eu nem transmito porque acho que ele até é mais restritivo. E eu já tenho alinhado até em algumas coisas e não digo com receio que ele diga que não. Mas fico com muito receio de que possa acontecer alguma coisa. Mas também tenho de ter alguma confiança nela. ...Não é combinar, é mais dar-lhe a conhecer onde ela vai”

[Margarida, médica, uma filha de 13 anos]

Apenas uma família reconstruída, com três adolescentes filhos do cônjuge, revelou a existência de uma situação mais conflituosa com um dos adolescentes, apenas filho do

marido, com problemas de toxicodependência, problemas legais com acompanhamento judicial, e de que a entrevistada se distancia um pouco.

“Só o mais velho que tem dezassete anos sai à noite. Não sabemos para onde. Não tem hora fixa de entrar. Esse é muito homem! Ele tem uma vida muito desregrada. Mas, está a ser acompanhado pela Psicóloga e pela Assistente Social. Porque eles têm tido uma vida muito... são uns miúdos... Isto tem tudo a ver, porque a mãe deles faleceu e acho que há ali, talvez, alguns traumas. Faleceu há quatro anos mas estava separada do pai quando faleceu. E o pai é que esteve sempre a tomar conta deles, sozinho. E ali há... uns assuntos para uma Psicóloga. Não sei, há uns traumas, ali à mistura. Não sei, não compreendo. Tento chegar lá, mas não... há ali muita confusão entre aqueles miúdos. Mas, também há uma coisa, eu alheio-me. Eles não são meus filhos. Vou dar cabo da minha saúde por causa deles? Eu vivo ali naquela casa, por causa do pai. Por isso, alheio-me um bocado a isso, dos problemas deles. Respeitam-me e isso para mim é o essencial.”

[Georgina, 53 anos]

Em comum nestas quatro mulheres encontramos a vivência de situações conjugais e familiares desconfortáveis, geradoras de sofrimento, actuais ou no seu passado mais ou menos recente com repercussão evidente na sua saúde, traduzida na maior parte dos casos por ocorrência de depressão grave.

9.6. O poder de decidir

No sentido de investigar a hierarquia e poder de decisão nas famílias estudadas procurámos analisar a forma como eram tomadas as decisões acerca dos seguintes itens: grandes compras, actividades de lazer de fins-de-semana, local de férias, fazer ou aceitar convites e poupança e investimento.

De uma forma geral a distribuição do poder decisório é, nestas famílias, bastante democrática, com negociação e partilha, em praticamente todas as famílias das duas classes sociais, na maioria das áreas investigadas (cf. Anexo E6). O fazer convites e as questões relativas à poupança são, globalmente, aqueles que apresentam ligeira variação, admitindo, para além da partilha, formas de poupança completamente individualizadas e o poder de decisão de um dos cônjuges sobre a poupança dos dois; aqui a mulher parece ter um papel mais expressivo sobretudo na classe social média-baixa, sendo mesmo predominante no escalão etário mais alto. Júlia, casada com Jacinto, de 64 anos, operário especializado actualmente reformado, diz-nos:

“Eu não tenho nada; é só mesmo o dinheiro do meu marido. O meu filho agora também contribui. Mas eu é que faço a gestão do dinheiro. Para gastos pessoais, gasto da conta comum. Para os gastos pessoais do meu marido também tiro da conta. Sou eu que vou gerindo,”

[Júlia, 59 anos, doméstica, inserida numa família multinuclear]

Tal como Júlia, é Georgina quem na sua casa faz a gestão do dinheiro ganho pelos dois elementos do casal, embora as questões relativas à poupança sejam faladas entre si. Na prática porém, é Georgina quem toma as decisões sobre os gastos familiares:

Em relação às poupanças somos sempre os dois, embora o dinheiro esteja sempre na minha mão. Mas eu dou conhecimento de tudo o que faço monetariamente. Eu dou ao meu marido dinheiro para os gastos dele. Está tudo muito bem *geridinho*. Não tenho dívidas, tenho as contas da minha casa em dia, não devo nada a ninguém. E não temos discussões. Nisso sou muito feliz.

[Georgina, 50 anos, dama de companhia]

Não deixa de nos parecer paradoxal a forma como se estabelecem, particularmente no interior das famílias de menores recursos socio-económicos, as hierarquias de poder; uma divisão sexual dos papéis mais acentuada parece coexistir com formas mais democráticas de exercício de poder de decisão noutros campos, ou mesmo com um poder aumentado da mulher nas decisões relativas à gestão dos recursos económicos.

9.7. Divisão sexual dos papéis familiares e saúde da mulher

É nosso objectivo neste trabalho tentar perceber de que forma se articulam a auto-percepção do estado de saúde com algumas das características das famílias onde se inserem as mulheres que entrevistámos. Procuramos, neste caso, perceber qual a associação entre a auto-avaliação do estado de saúde e as características da divisão sexual dos papéis familiares, partindo dos elementos presentes no anexo E7. Os resultados do cruzamento duas variáveis estão expressos no quadro 9.7

Quadro 9.7 - Autoavaliação do estado de saúde e grau de diferenciação sexual de papéis

Estado de Saúde	Muito Bom	Bom	Razoável	Péssimo
Grau de diferenciação de papéis				
Indiferenciação	Sara	Carolina Elisabete Teresa	Zulmira Rosário	
Moderada diferenciação		Carlota Inês Isabel Josefa Luísa Paula Sónia Clara	Carmo Ana Josefa Adriana Esmeralda Lurdes Valentina	
Forte diferenciação		Margarida Mariana	Leonor Cristina Olinda Márcia Georgina Lurdes Júlia	M ^a João

O pequeno número de casos estudados aconselha-nos prudência na interpretação de resultados numéricos; contudo, a leitura do quadro sugere as seguintes conclusões:

- Nas situações de indiferenciação de papéis parece existir um predomínio de mulheres com uma avaliação mais positiva do seu estado de saúde.

- Na situação, maioritária, de moderada diferenciação sexual de papéis, as mulheres parecem dividir-se de forma semelhante entre as que avaliam de forma menos positiva o seu estado sua saúde e aquelas que o avaliam como francamente positivo, com um predomínio ligeiro das ultimas.

- As situações de forte diferenciação sexual de papéis surgem associadas a estados de saúde avaliados de forma mais negativa.

Globalmente, poderíamos dizer que as situações em que o estado de saúde é avaliado mais positivamente tendem a associar-se a uma indiferenciação ou moderada diferencial sexual dos papéis no seio da família. Nas situações em que o estado de saúde é avaliado de forma mais negativa, a forte diferenciação sexual dos papéis tende a predominar ligeiramente, a indiferenciação é minoritária, sendo intermédia a moderada diferenciação de papéis.

As duas situações extremadas do ponto de vista da avaliação do estado de saúde apresentam também situações extremas no que se refere à divisão de papéis.

Maria João, casada com um oficial da Marinha de Guerra, com três filhos, de sete, cinco e três anos, atribui o seu actual estado de saúde, que considera como péssimo, à vida

familiar e à forte divisão sexual de papéis condicionada pelas ausências prolongadas do marido.

“ Ah estou péssima! Só me apetecia ir para um clínica de sono e estar lá para aí uma semana a dormir. Ainda outro dia dizia aos meus pais...Que eu entrasse em coma para aí uma semana e acabou-se. E depois voltava outra vez. Mas neste momento, verdadeiramente, acho que o meu estado de saúde é péssimo. É o facto de o meu marido estar muito tempo ausente e de eu ficar durante muito tempo sobrecarregada com a vida da família. É um peso um pouco grande...O facto de ter de tomar conta de tanta coisa sozinha teve muita influência para me sentir como agora estou”

[Maria João, 34 anos, Arquitecta]

No caso de Maria João, é bem visível a relação entre forte divisão sexual dos papéis, com assunção, no espaço doméstico, da totalidade das tarefas e a apreciação bem negativa que faz do seu estado de saúde.

Capítulo 10

Afectos e sexualidade

Movemo-nos principalmente na esfera clínica, pelo que a nossa abordagem dos afectos e da sexualidade se tem centrado essencialmente nessa óptica, com um forte enfoque psicológico, embora conscientes de que, por se tratarem de áreas de relação interpessoal, tais questões são também, por isso mesmo, eminentemente sociais. Ou seja, o nosso contacto com este tipo de questões tem tido um cunho predominantemente clínico, ainda que feito na abordagem bio-psico-social que praticamos. Não é, contudo, esta a perspectiva em que nos colocaremos ao tratar de tal assunto ao longo deste capítulo. À manutenção de um mesmo objecto faremos corresponder uma nova óptica de análise – a análise sociológica. Interessa-nos, assim, perceber a(s) linguagem(ens) utilizada(s) para definir os afectos na relação conjugal, linguagens que acusarão diferenças, porque diferentes serão, utilizando a expressão de Anália Torres (1987), os lugares de onde se fala. cremos contudo que, mesmo com as diferenças encontradas, será possível estabelecer alguns padrões de valores e práticas que orientam a vida afectiva e a sexualidade nas famílias sobre que nos debruçámos. É nossa intenção captar tais padronizações e perceber de que maneira afectos e sexualidade se associam (ou não) à forma como os actores sociais – neste caso, as mulheres entrevistadas – se auto-avaliam em termos de saúde.

No capítulo 3, em “A família no discurso sociológico contemporâneo” debruçámo-nos sobre as diversas formas de conceptualizar o amor: do sentimento amoroso de Roussel ao enamoramento de Alberoni, do amor paixão de Kaufmann e Giddens, ao amor “verdadeiro”, também apontado por Roussel, como aquele que se liberta da ilusão e renuncia à fantasia, ao amor confluyente de Giddens e ao amor construção de Anália Torres. Os conceitos foram então apresentados. Limitar-nos-emos a convocá-los agora a propósito dos discursos das nossas entrevistadas.

Tentámos perceber qual o sentimento predominante presente na relação conjugal, apreender a importância, para a mulher, da vivência da sexualidade no casal e avaliar o grau de satisfação que a mesma lhe proporcionava.

Procurámos associar por grupos etários e classe social as respostas obtidas, procedemos à análise de conteúdo das mesmas para finalmente captarmos as linguagens utilizadas e estabelecermos as diferenças e semelhanças entre as diversas situações (cf. anexo F).

Várias são, para as diversas entrevistadas, as trajetórias do afecto ao longo da relação conjugal; da paixão ao amor, da paixão ao amor e deste à amizade, a permanência da paixão, o amor sem passar pela paixão, a amizade sem mais, e até a indiferença.

Paixão que surge definida como um encantamento permanente pelo outro, o querer permanentemente estar perto, o ter sempre o outro presente no pensamento. Na maior parte das vezes, como que a fusão completa no outro. Algumas afirmam permanecer neste estado qualquer que seja a evolução cronológica da relação, como nos casos de Paula, Josefa ou Luísa:

“ Eu vivi sempre esta paixão; vivi sempre encantada com o meu marido”

[Paula, 34 anos, recepcionista de consultório, casada há 15 anos]

“É que a outra pessoa é quase tudo, é muito importante. Sim, ainda sinto paixão. Ainda é como no princípio.”

[Josefa, 41 anos, assistente social, desempregada, casamento há 16 anos]

— É assim, Dr^a. Eu não estou naquela fase em que a pessoa diz assim “ ah agora já há muito companheirismo, não sei quê... Não. Eu amo o meu marido. Eu gosto dele, percebe, eu gosto das mãos dele, eu gosto do corpo dele, eu gosto dos sentimentos dele. Eu gosto dele, percebe? E até gosto dos defeitos dele...Eu gosto daquele homem. Só não gosto do tabaco. Tudo o resto eu gosto. Gosto da cabeça dele, gosto da forma dele pensar.

É mais do que companheirismo, do que amizade. Isso é já um dado adquirido, mas é muito mais... A verdade é que eu continuo a olhar para ele e a preencher-me, percebe? Eu continuo a ver nele... é aquilo que eu quero

— Há ainda um laivo de paixão!

— Ah, não tenha dúvida. É aquilo que está ali na minha frente...preenche-me. Oh Dr^a, eu comecei a gostar do meu marido quando tinha treze anos. Namorei muitos, aquela coisa de *flirt* e tal porque na minha geração não se podia ir além disso, andei para cá e para lá, mas desde os 13 anos, quando vi aquele homem disse: Aquele homem é para mim.. Foi isso que eu disse e dei voltas, voltas, voltas, até aqui chegar. Olhei para aquele homem aos 13 anos. É muito ano!”

[Luísa, 57 anos, geóloga, docente universitária, casada há 38 anos]

Nestes primeiros três casos apresentados surgem ainda características próprias do enamoramento como Alberoni (2004 [1979]) no-lo apresenta: o encantamento, a centralidade do outro – é que o outro é quase tudo – e a tendência para a fusão – o outro preenche-me.

Um outro percurso se desenha em algumas entrevistadas, que é o da paixão ao amor, e que Zulmira explicita bem no decurso da sua entrevista:

“No princípio o que eu sentia por ele era...estar apaixonada, era como a gente gostar de uma comida. A gente come, come e não se enfastia. Era paixão, era querer estar sempre com ele. Era assim uma coisa sem pensar!... Mas agora...é amor, é a gente sentir a falta quando ele não está, é a gente ter a

certeza que quer ficar com ele para o resto da vida. É diferente, é amor. Já não há esta dúvida, a gente está segura. A gente já conhece os defeitos dele e já sabe lidar com os defeitos dele e ele também já conhece os meus. O pensamento do homem e da mulher muda dia a dia. Mas cada dia que passa há uma experiência que eu tenho com ele... O amor é uma certeza, sabe... Não é só aquela coisa de atracção física. É uma coisa demorada, é mesmo amor.”

[Zulmira, 26 anos, empregada de cozinha, casada há três anos]

Também para Cristina o sentimento conjugal evoluiu da paixão para o amor:

“Gosto dele. Gosto das qualidades dele. Acho que já fomos mais apaixonados. Agora há mais convivência e fazemos boa companhia um ao outro. Mas acho que já nem sabíamos viver um sem o outro”

[Cristina, 34 anos, empregada de limpeza, casada há treze anos]

Nem sempre a passagem da paixão ao amor é assim tão linear; em muitas mulheres, sentimentos de companheirismo, confiança e preocupação com o outro, associam-se ainda ao sentimento de paixão. Os vários excertos de entrevistas que a seguir apresentamos revelam de algum modo tal posição na expressão do afecto conjugal:

“É assim, pela minha parte tenho-lhe amor. E penso que da parte dele também, senão ele não tinha o cuidado que muitas vezes tem comigo. Quando ele não está lá sinto a falta dele, fico preocupada se ele está bem... Na amizade a pessoa gosta da outra mas não está sempre a preocupar-se se a outra está bem. Uma pessoa quando gosta de outra, quando tem amor, está sempre com essa pessoa no pensamento. Na amizade não se tem sempre a pessoa no pensamento A ele tenho-o sempre no pensamento. Sim, casei apaixonada e ainda se mantém”

[Olinda, 45 anos, cozinheira, casada há 26 anos]

“Não sei... eu chamo mais de paixão. Não vejo mais nada à frente, é verdade. Tenho estado a viver a separação da minha colega e não consigo perceber. O meu marido também é um bocado assim; nós conversamos muito, vivemos muito um para o outro e não deixamos as coisas passar. O conversar e as pessoas entenderem-se é o que faz uma relação andar. É sermos companheiros um do outro, é estarmos presentes seja com os filhos ou connosco próprios”

[Elisabete, 41 anos, técnica de sinalização luminosa, casada há 19 anos]

“É um sentimento de cumplicidade, de união. É sentir que ele é um pilar, é sentir que me apoia imenso em todas as decisões... Pronto, se calhar tive muita sorte em ter um marido assim. Ainda há paixão... ele é uma pessoa muito amorosa.”

[Carolina, 31 anos, farmacêutica, casada há seis anos]

São vários os termos e expressões usadas para definir o afecto conjugal. Gostar de estar perto, gostar de viver junto, companheirismo, união, solidariedade, cumplicidade, preocupação com, apoio, protecção e aceitação são enunciações comuns a muitas das

nossas entrevistadas. Leonor, segunda união de facto desde há dois anos, relata da seguinte forma a sua experiência:

“Eu acho que é amor. A gente dá-se bem. Sinto-me bem. Acho que quando estou com o meu marido estou feliz. Acho que quando estou com ele tudo se resolve, gosto de passar o tempo com ele. Passa depressa o tempo quando estamos juntos. Nem os meus próprios me apoiam tanto. É apoio, é protecção...é as duas coisas. Ao meu marido posso dizer tudo o que vai na cabeça, o que me vai na alma que ele pára o que está a fazer para me ouvir. O meu marido aceita tudo.”

[Leonor, 21 anos, doméstica]

Para Helena, casada há onze anos, o sentimento presente nesta relação pode traduzir-se assim:

“Se não for possível falar em amor, que eu acho que há... É porque é difícil exprimir sentimentos por adjectivo ou por palavra. Eu acho que há compreensão, há muita amizade - a amizade é uma coisa muito importante, - há o contacto sempre um com o outro, há solidariedade, há...há entendimento até quando não se fala, o ajudar sempre, o saber que estamos sempre presentes, porque temos uma vida difícil ao nível do trabalho e da gestão familiar, temos de estar sempre muito atentos à família e um ao outro. Eu acho que há amor, não no sentido daquela paixão que se vê nos filmes...Não sei...”

Nós não passámos essa fase da paixão. Nunca tivemos aquela fase. Ou tivemos... porque nós gostávamos muito um do outro e gostamos, mas aquela fase como nos filmes...”meu Deus, é eternamente”...mas também nunca sentimos que mudasse. Às vezes muda mas nunca será demasiado. Nós estamos tão habituados a contar um com o outro que para mim era muito difícil viver sem o meu marido e para ele julgo que também. Há o amor no sentido da confiança, da constância. Eu acho que isso é amor. Eu digo, eu digo abertamente ao meu marido: Eu amo-te. Eu penso que não é assim uma coisa que se anda a dizer todos os dias. Diz-se de vez em quando. E se me pergunta qual é o sentimento, eu acho que há amizade, há amor, há entendimento, há habituação – também, porque não? – porque estamos habituados a viver um com o outro.

Também há uma componente física. Eu gosto muito do meu marido fisicamente. Eu penso que ele também gosta de mim. Ele diz que... pareço uma rapariga jovem de 18 anos, que tenho um corpo elegante... Eu penso que ele gosta. Se bem que eu por vezes me sinta complexada. Não porque ele me faça sentir. Eu é que sei que não sou assim muito bonita, tenho ciúmes de o ver olhar para uma menina loura ...E ele diz-me: Ah, claro há louras mais bonitas do que tu, mas eu gosto de ti assim como tu és.”

[Helena, 39 anos, professora de ensino secundário]

Ainda que em algumas situações se possam verificar sentimentos correspondentes a uma fase de enamoramento – que o próprio Alberoni (*idem, ibidem*:123-135) considera possíveis em relações de alguma longevidade - as experiências afectivas até agora descritas parecem inserir-se sobretudo no que Giddens considera como amor confluyente. O que surge como marcante nestes relatos, é a existência de um amor liberto de condicionalismos estranhos à relação, de uma abertura ao outro, de uma dávida emocional mútua e da criação de intimidade, componentes do que o autor designa por amor confluyente (Giddens 1995 [1992]). No discurso, já citado, de Olinda, que procura identificar o seu sentimento como amor, quase como “enamoramento” é ainda a florada uma das principais diferenças

enunciadas por Alberoni na distinção entre amizade e enamoramento – a continuidade do pensamento no outro:

“ O encontro é um acontecimento sem continuação, um grumo do tempo. Do ponto de vista da amizade, são esses momentos de imensa intensidade vital que têm importância. Aquilo que acontece nos intervalos não conta. Nesse período nós podemos até nem pensar no amigo. Este facto mostra a diferença radical entre encontro e enamoramento. Ainda que o enamoramento possa começar com um encontro. Mas a sua natureza revela-se no intervalo, quando sentimos a necessidade espasmódica de encontrar a pessoa que tínhamos começado a amar...na realidade a pessoa amada está sempre presente. Os nossos pensamentos para onde quer que vão levam-nos sempre a ela...”

No encontro que produz a amizade não surge essa necessidade espasmódica. Estamos bem cientes de que o encontro foi significativo. Mas não desejamos prolongá-lo indefinidamente. Sabemos que a sua natureza é descontínua. (s/d [1984]): 19 e 20)

Outras mulheres experimentam dificuldades na definição da natureza do seu laço conjugal. Entre a amizade e o amor a confusão instala-se por vezes, como nas narrativas de Carlota, Sara e Clara:

“Amizade...Hum... Eu acho que hoje em dia é mais a amizade. No início eu acho que era mais aquela paixão, que acaba por desaparecer... Penso que também é o amor mas já não é aquela paixão que era. Uma pessoa acaba por estar também mais dividida por elas. Portanto acaba por ser diferente. Mais companheirismo...do que aquela paixão para aqui e para acolá... Já foi assim mas agora não é acho que é mais saudável. Porque era demais!”

[Carlota, 31 anos, agrónoma, casada há sete anos, três filhas entre os cinco e os dois anos]

“Eu acho que a paixão já era. Eu não sei se não tem picos, se não há assim momentos em que ela aparece. O dia a dia não é muito dado a paixão. Amor sem dúvida, sendo que o amor é uma coisa... Eu acho que para aí há uma grande confusão entre o amor e a amizade. Não sei dizer onde começa a amizade e começa o amor ou se há amor sem amizade. Eu acho que não consigo. Entre a amizade e o amor há uma coisa que eu não sei muito bem o que é...E existe também a relação sexual...”

[Sara, docente universitária, 42 anos, casamento há 18 anos, três filhos entre os 18 e os dez anos]

“ Eu acho que existe amor. ...já não é aquela paixão, é assim um amor de amizade... Gosto muito dele, sinto-me bem com ele, gosto de viver o dia a dia com ele. Ele gosta de nós, quer é sair connosco, gosta de nos apresentar aos amigos. Brincamos muito lá em casa; ele é uma pessoa bem disposta e alegre. O único problema que existe é essa coisa de gostar de gastar, mas de resto não tem mais defeitos.”

[Clara, 50 anos, auxiliar familiar, casada há 23 anos, uma filha de 20 anos]

Ao relatar a sua experiência afectiva na vivência da conjugalidade, Rosário acentua os aspectos que Anália Torres integra na sua enunciação do amor construção (Torres, 2002):

“Já vão 30 anos de casados. É muito tempo. Eu acho que existe uma certa cumplicidade, existe o gosto por estar juntos e por fazer coisas juntos, solidariedade, existe ternura. Eu gosto que ele esteja bem, que se sinta feliz. Eu acho que existe amor. Não vou dizer que existe uma permanente paixão. Isso foi numa fase e muito inicial do nosso relacionamento. Mas existe ainda um certo deslumbramento pelo outro, que acaba afinal por nunca nos ser totalmente conhecido. Há sempre um certo mistério e eu acho que isso alimenta a relação. E tive sempre muita admiração pelas suas qualidades... Eu acho que ele é uma pessoa boa, muito culta - o que me fascina - e sensível. Claro que existe sempre uma zona do outro que não se conhece totalmente, mas ao longo de 30 anos, há já um grande conhecimento mútuo. Assim como se conhecem qualidades, conhecem-se as fragilidades e isso é importante porque se podem evitar os conflitos que em fases anteriores existiram. E depois há uma história que fomos construindo juntos... é como uma construção em que se vão colocando os tijolos. Vai-se fazendo... Eu tenho muito presente essa história. Poderia dizer que é um sentimento de amor e de união muito forte. E mais. Eu sinto que muito do que sou hoje o devo ao meu marido. O meu equilíbrio, a aceitação de mim própria, isso, devo-lhe a ele.”

[Rosário, 55 anos, psicóloga e docente universitária, casada há 30 anos e com uma filha de 28 anos.]

A importância e o papel do cônjuge na revelação e na construção da identidade do parceiro, defendidos por François de Singly (1996) como uma dimensão essencial da conjugalidade, surgem com particular relevo na experiência de Rosário evidenciada no final do seu discurso.

A amizade, sem mais, revela-se o sentimento dominante na relação conjugal de algumas das nossas entrevistadas:

“Hoje acho que há uma amizade muito grande... É uma amizade muito grande”

[Carmo, 32 anos, secretária, casamento há um ano, uma filha de três meses]

“Amor, amizade, sinceridade. Muita amizade, essencialmente muita amizade. Muita preocupação um com o outro. Muita preocupação. Resume-se tudo, numa palavra: muita amizade. A amizade é mais forte até do que o amor”

[Georgina, 53 anos, dama de companhia, união de facto há três anos – 3ª relação]

“Sentimento de entreajuda, de amizade; é diferente agora, é mais uma amizade profunda, a gente desabafa... Já não é aquele amor paixão... Já foi, quando éramos mais novos. É mais aquela preocupação um com o outro... Gosto de estar com ele, sinto-me bem ao pé dele.”

[Júlia, 59 anos, doméstica, casamento há 30 anos, dois filhos adultos]

Mariana e Valentina, apresentam-nos visões menos positivas das suas vivências afectivas na relação conjugal:

“Vivo com ele porque tenho de viver. Não tenho para onde ir, tenho de estar ali. Mas quer dizer, em relação a outros casais que eu vejo, não é aquele amor, não é. Isso não é. Porque eu vejo casais que se dão muito bem e aquilo é um amor... E eu digo assim: Meu Deus, será possível? E é possível. Quer dizer, amizade tem de haver, não é? Embora não seja muita!... Tem de haver um bocadinho de amizade. Há uma indiferença muito grande. É capaz dele gostar mais de mim do que eu propriamente. Não é aquela amizade, como eu vejo, lá está, como eu vejo com certos casais. Há aquela união!

Vivo porque eu tenho de estar ali, não é? Tenho de viver. Pois se ele também não se vai embora, eu não o posso pôr na rua, não é? Mas dizer, sou apaixonada, sou... Não sou. Não sou assim muito de me afeiçoar.

Eu para viver não preciso dele. Eu trabalho, graças a Deus. Tenho saúde para poder trabalhar. Não sou daquelas pessoas que estão dependentes do marido. Até à data nunca estive; sempre trabalhei. Pronto, se ele me disser assim “ eu vou-me embora”, eu para mim tudo bem... A mim não me afectava nada. Não tenho aquela amizade que vejo em certos casais. Claro, não o trato mal... Já houve mais mas agora não. Paixão, nunca houve!

Casei porque naquela altura, como lhe disse, não pensava, pronto. Coisas de miúda; a gente naquela altura julga que tem mais liberdade, nessas coisas assim. Embora o meu pai nunca fosse mau para mim, porque nunca foi, tinha aquelas regras. Nunca foi de me bater, nem nada. Mas tinha aquelas coisas. Quando eu saía era às escondidas, já sabia mais ou menos as horas que ele entrava em casa e eu tinha de estar a essa hora em casa. Eu também não saía para grandes sítios. Vinha aqui ao baile no salão, ou ali ao Calhau, mas ele a maior parte das vezes não me deixava, e então eu pronto... Quando saía ele nem sabia, e eu mais ou menos à hora de ele vir para casa eu vinha. Casei para ter mais liberdade.”

[Mariana, 44 anos, costureira]

Indiferença predominante na situação de Mariana, costureira, casada há 26 anos, e onde os constrangimentos externos parecem ter tido mais peso do que o afecto na decisão de casar.

Para Valentina, de 50 anos e um casamento de amor de há 30 anos, a infidelidade do marido alguns anos depois do casamento e o deficiente apoio que este lhe prestou no decurso do grave problema de saúde com que se deparou, introduziram diferenças significativas no afecto conjugal:

“Neste momento a única coisa que ficou foi o respeito. Respeito porque é a pessoa que é pai dos meus filhos e porque no fundo, no fundo, eu acho que é ignorância. Há coisas que as pessoas fazem que nem se apercebem. E ele foi um pouco isso. Não se apercebeu na hora. Depois viu que errou mas não é capaz de dar o braço a torcer. Mas se não tivesse ficado o respeito eu acho que mesmo assim teria havido o descalabro grande de o deixar. E foi mais isso, por causa dos miúdos. O meu filho era muito pequenino... Se ele tivesse a idade que tem hoje, não havia hipótese. Não havia hipótese. Abandonava-o. Ia à minha vida. Mas eu nem fazia guerra! Se o miúdo tivesse a idade que tem hoje, eu nem sequer fazia guerra. Obrigava-o a dar algo para o sustento para o garoto e o resto, eu não estava nem aí.

Quando foi da segunda cirurgia eu cheguei a odiá-lo mesmo. E o quebrar um pouco... isso foram os miúdos. Porque pelos filhos faço tudo. E passei por cima. Por isso não são só as dores físicas que magoam. Eu tive muitas vezes que me custava a entrar em minha casa por ter de o encarar.

No início de casados era diferente. Havia amor. Gostava dele. Mas sabe que na minha terra diz-se assim: a dor aparta o amor. Depois daquela traição do meu marido, a pouco e pouco o que eu sentia foi morrendo.”

[Valentina, empregada doméstica, reformada]

Ana, professora do ensino secundário, casada há 21 anos, envolvida por duas vezes numa crise conjugal por infidelidade do marido, relata uma certa ambiguidade afectiva presente

na relação, associada a um esforço de manutenção da família, valor máximo a defender pela entrevistada.

“É assim, acho que neste momento existe a preocupação de reencontrar uma base afectiva para estarmos juntos, seja de amizade ou de amor. Neste momento estamos à procura de, a fazer esforço, para encontrar uma certa cumplicidade. Acho que já houve alturas que era por uma questão de habituação. Pronto, estávamos, não havia muito o questionar ...

Ao longo destes 21 anos houve uma altura em gostámos mesmo muito um do outro, e depois a partir de uma determinada altura... porque as pessoas não estão atentas, porque o quotidiano é o que é, há muitas areias e cada um vai ficando com as suas areias na engrenagem e as pessoas vão-se afastando.

Depois daquele problema com o João, de que eu ainda não recuperei, e porque vejo um grande esforço da parte dele para ter uma boa relação afectiva e de bem estar, acho que também estou a fazer algum esforço, ainda que eu veja que ele tem feito um esforço maior. Eu tento valorizar isso para desvalorizar o comportamento anterior dele. A manutenção da família para mim é um dever. Não é bem um dever, é um valor, é uma coisa importante para mim. Por um lado valorizo muito a questão de manter a família junta, por outro lado estou magoada... Tudo isto é um conflito que eu ainda não consegui resolver e nem sei se algum dia vai ficar completamente resolvido.”

[Ana, 47 anos]

Amores e desamores destas mulheres que se traduzem também de formas diversas na vivência da sua sexualidade conjugal. A maioria das entrevistadas (20) refere ter uma vida sexual que lhes proporciona prazer e satisfação, de um modo geral sem constrangimentos e com gratificação mútua. Algumas referem espontaneamente a reciprocidade da iniciativa sexual, e a necessidade de uma aprendizagem que lhes permita proporcionar uma maior satisfação ao parceiro. Zulmira dá disso um exemplo ao falar da sexualidade do casal:

“É um aspecto muito importante. Para mim é fundamental. O homem e a mulher têm de procurar satisfazer o seu parceiro. Mesmo que não tenha experiência uma mulher tem de procurar a melhor maneira ... Sim, é muito importante. Um casal que não faz amor, não sei... Todo o ser humano tem o direito de fazer amor. Todo o ser humano tem essa vontade, é inato.

Quando eu tenho desejo sexual eu peço. Digo: A gente está casado! Antigamente é que as mulheres não pediam. Mas eu estou casada contigo. A quem vou pedir? Ele diz que no tempo dele não existia isso. Mas pela conversa que eu tive com outras mulheres, lá do meu trabalho, eu percebi que elas têm vergonha de pedir. Mas eu digo.

Ele é carinhoso sim. Quando eu me deixo dormir no sofá por causa do cansaço, ele me pega e leva para a cama, ele tem o cuidado de me tapar, ele gosta de dormir com o braço à minha volta...”

[Zulmira, 26 anos, empregada de cozinha, casada há três anos, sem filhos]

O desejo de obter e de dar prazer, a *ars erotica*, reconhecidos por Giddens como componentes essenciais do amor confluyente, surgem assim presentes nas descrições das vivências sexuais, em contexto conjugal, de algumas entrevistadas. Em algumas situações surgem contudo constrangimentos. Sara, manifestando a sua satisfação relativamente ao

relacionamento sexual com o marido, reconhece contudo não poder proporcionar ao cônjuge o mesmo grau de satisfação:

“Se ele me preenche as minhas necessidades eu acho que não preencho as dele. Acho porque ele verbaliza. Determinadas práticas, determinadas atitudes em relação à vida sexual, que eu de facto não me sinto à vontade, não me apetece, não quero. Eu não gosto de fazer coisas forçadas. Eu sei que do lado dele há uma certa frustração e mágoa. Só que isto também não é um assunto pacífico de conversação. É uma coisa que evitamos falar. Estas insistências também me causam um certo constrangimento... Mas globalmente eu sinto-me satisfeita, a minha vida sexual em casal tem sido gratificante.”

[Sara, 42 anos, investigadora, casada há 18 anos, três filhos]

Os anos iniciais da conjugalidade e parentalidade reflectem - se por vezes de forma menos positiva no grau de satisfação sexual obtido pelos dois parceiros. Nos casos que a seguir apresentamos estão patentes alguns constrangimentos que se prendem com a fase da trajectória conjugal em que estes casais se encontram.

“É assim, não digo que seja menos importante, mas é completamente diferente ter dois filhos e a caminho do terceiro filho do que não ter. Porque era muito mais fácil passar fins-de-semana, poder estar os dois e se calhar estar até às dez da manhã na cama, do com eles. Eram sete da manhã no sábado ou no domingo e estávamos todos, os quatro, a ver um programa na televisão, na nossa cama. É outra fase da vida que para nós é muito importante; se calhar por adorarmos as crianças adoramos este tipo de coisas mas nós depois olhamos um para o outro e dizemos: É impossível estarmos os dois só porque eles vêm aqui meter-se. Eles batem á porta e dizem; Posso, posso? A Leninha nem pergunta, entra logo... O João diz: É o João, posso? “ Entre, João, entre. “Mas tentamos... tentamos realmente ter tempo só para nós.
... Acho que não é fácil hoje ter um casamento e com filhos e com tudo se a pessoa não conseguir ter alguns momentos de intimidade... E para nós é gratificante.”

[Carolina, 31 anos, farmacêutica, casada há 6 anos, dois filhos de 5 e 3 anos]

“Hoje é menor; depois do nascimento do bebé houve diminuição do desejo e da disponibilidade; estou sempre cansada.”

[Carmo, 32 anos, secretária, casada há um ano, um filho de 2 meses]

“Quase nenhuma infelizmente, porque eu desde que tive as minhas filhas retiro muito pouco prazer disso. Não sei se é normal... Já falei com a minha obstetra, ela diz que é normal pelo pouco tempo que nós temos. Ele fica frustrado coitado, mas eu não tenho disposição para isso, não me sinto realizada por ter isso. Acho que ... não sei se para os homens é uma necessidade que eles sentem - há quem diga que sim...”

Não, não é gratificante... Nada, pelo contrário... Às vezes até me dá uma certa frieza e dor... Tenho de voltar a falar com a obstetra, mas ela acha naturalíssimo: - Então, não tem tempo para isso!

Eu acho que houve um grande afastamento desde que ele começou a ter este segundo trabalho. Senti uma grande revolta por ele não me ajudar e por ser eu quase sempre a tratar delas sozinha, que hoje em dia não tenho. Consegui... essa revolta que eu tinha... consegui mobilizá-la para uma satisfação de estar com elas e de fazermos as tarefas todas juntas. E essa satisfação acaba... Essa satisfação que eu tenho com elas acaba por roubar satisfação quando estou com ele. Portanto, nesse aspecto, eu acho que se eu fosse ele já tinha dado um pontapé fundamental na situação

“Antigamente antes de as termos, se calhar era diferente...Pode ser o cansaço, não sei...Acho que sim, que dantes teria mais satisfação. Hoje em dia já não tenho. Também é difícil...Ele deita-se às duas e tal...tenho de acordar a um quarto para as sete...assim não dá. A casa é pequena, com os dois quartos pegados, não há aquela privacidade, como quando elas não existiam... São vários factores que levam ao afastamento É estar tão bem com elas, ter-me tornado independente com elas ... vamos aos baloiços ou vamos todas passear, que... acabo por ficar satisfeita assim. Não sei, é um egoísmo se calhar da minha parte. Pode ser que com o tempo as coisas mudem.”

[Carlota, 31 anos, agrónoma, casada há sete anos, três filhas de 5, 3 e 2 anos]

“Já foi mas satisfatória mas eu penso que tem a ver com a fase que atravessamos; com as crianças pequenas, com o lançamento da empresa... e depois confesso que às vezes estamos muito cansados para isso. De facto essa parte da relação está um bocadinho mais agastada.”

[Inês, 34 anos, ictiopatologista, casada há dez anos, duas filhas de 3 e 1 ano]

Quatro situações que têm em comum a fase do ciclo de vida em que se encontram, o pertencerem a uma classe média-alta com forte envolvimento profissional dos dois cônjuges, ou na situação de Carlota e Inês, com duplas carreiras também, mas longos períodos de actividade profissional dos maridos e a existência de crianças pequenas, por vezes em número considerável, necessitando ainda de cuidados quase permanentes.

Se nas famílias de maiores capitais escolares e económicos a maior insatisfação sexual se manifesta sobretudo no escalão etário mais jovem no escalão etário mais elevado, na classe média-baixa tal insatisfação manifesta-se sobretudo nas mulheres de mais idade. No escalão etário dos 50 aos 64 anos, apenas uma mulher, Clara, refere uma vida sexual agradável e satisfatória. Duas das outras mulheres viveram até há relativamente poucos anos uma relação sexual gratificante que a doença dos respectivos maridos veio comprometer. As reacções são contudo um pouco diferentes. Enquanto Lurdes refere ter sentido algum incómodo nesta situação, relacionado sobretudo com dificuldades do marido em aceitar o problema de disfunção sexual, Júlia, numa conjugalidade sem sexualidade desde há cinco anos, refere “não sentir falta e nunca ter tido problemas”

Georgina, com doença bipolar diagnosticada há 33 anos, refere a ausência de prazer sexual desde a situação de ruptura com o seu primeiro marido, por infidelidade do cônjuge. Isso não a impede contudo de viver com o actual companheiro uma relação sexual que, não lhe dando prazer físico, também a não violenta. E, mesmo sem desejo, aceita ter relações com o marido para lhe dar prazer:

“Nunca tive problemas. Mas é uma coisa que me... não me dá muita satisfação. Não sinto desejo. Foi mais importante com o meu primeiro marido, e depois fui perdendo. Mas não há discussões. A conversação é fundamental.

Sim, sim. Faço isso muitas vezes porque acho que ele é uma pessoa que merece que eu lhe faça isso.

Mesmo que o desejo não seja muito grande. Não interessa, tenho que lhe compensar, também, a amizade e o amor que ele tem por mim.

[Georgina, 50 anos, dama de companhia]

Valentina, com sequelas de doença grave, vive mal a existência de uma vida sexual sem amor, agravada pelas dificuldades físicas que tem, vida sexual que aceita apenas para que a guerra familiar não seja maior. Também para Mariana e Esmeralda, inseridas no escalão etário intermédio, a vivência da sexualidade se não faz sem constrangimentos. Tais dificuldades são para Mariana o resultado de uma relação sem afecto:

“Se não há amor, como é que pode haver satisfação? Não, não sinto desejo. Quando era mais nova era um bocadinho diferente, mas nunca foi assim uma coisa que me desse assim muita satisfação. Para mim é como se fosse uma obrigação”

[Mariana, 44 anos, costureira, casada há 26 anos, dois filhos de 24 e 14 anos]

Esmeralda, viúva aos 31 anos, vivendo em união de facto há oito anos com o actual companheiro, com dois filhos adolescentes do primeiro casamento, coabitantes, e um filho de oito anos da relação actual, refere ter com o companheiro uma relação afectiva gratificante que se não traduz de igual forma na vivência sexual:

“O meu conflito com o meu companheiro vem todo por causa de sexo. Não é por causa dos filhos, nem da casa, nem do dinheiro. A nossa zanga é toda, toda, por causa do sexo. Porque ele quer e eu não me apetece, porque eu não tenho paciência, ou tenho dor de cabeça... Ele até me disse: Olha que tu tens de ir ao médico, porque não é normal uma mulher de 40 anos não ter relações com o marido.

Eu, não é não querer... Eu chego a casa cansada, são oito horas não é?! E quando eu chego, não é que eles não ajudem, mas ainda há muita coisa para fazer. E ele nunca se vai deitar à mesma hora que eu... E eu sou uma pessoa muito fria, não vou apaparicar enquanto que ele a mim está sempre a brincar comigo. A nossa relação, os nossos conflitos são sempre por causa de sexo.

... sim, foi sempre assim. Porque não me consigo exprimir... Às vezes apetece-me mas não sei como é que me hei-de aproximar... Ao princípio, quando ele foi para o pé de mim não foi assim. Só comecei a ter mas dificuldade quando ele passou a dormir comigo todos os dias. E eu comecei a ficar cansada., cansada. Mas eu dizia: Ó Luís, mas se nós gostamos tanto um do outro e se nos damos tão bem ... Porque no fundo a nossa relação foi mesmo assim... Estávamos os dois carentes. Eu precisava mesmo de um ombro amigo. E ele foi a pessoa que esteve sempre presente. Mas tu és assim, se não há sexo é porque já não amo, já não gosto de ti!

Eu acho que ele devia entender o meu ponto de vista e pensar que eu estou cansada.

Sim, às vezes sinto desejo, mas não expresso. Mas ele pressente... Mas muitas vezes não tenho desejo, porque me sinto cansada e só queria era dormir...”

[Esmeralda, 41 anos auxiliar de educação]

As explicações para tal situação podem variar; as psicológicas acentuariam a qualidade das figuras femininas que lhe povoaram a infância – uma mãe reconhecida como mulher

fácil e de que se nasceu fruto de uma relação ocasional, uma madrasta mal-tratante, o contexto de perda recente presente no início desta relação, às quais poderemos associar outras explicações de carácter social como reais motivadoras de cansaço - longas jornadas de trabalho num clima de tensão relacional, o acumulo da vida profissional e da vida familiar, ainda que com alguma partilha das actividades domésticas.

Tentámos investigar nesta área a eventual existência de problemas associados à maternidade e procriação; 44 situações de gravidez foram planeadas e desejadas, em duas destas ocorreram abortos espontâneos; onze não foram planeadas mas forma bem aceites tendo, duas delas, terminado em aborto espontâneo e outra em interrupção voluntária da gravidez por má formação fetal. Existiu uma única situação de gravidez não desejada que terminou em interrupção voluntária da mesma. Uma das duas situações de aborto provocado constituiu fonte de culpabilidade não só para a mulher mas para o casal, por questões de valores morais e religiosos, muito embora se tratasse de um caso de má formação fetal.

Procurámos estabelecer alguma correlação entre o estado de saúde, tal como avaliado pela mulher e o grau de satisfação manifestado com a sua vivência sexual.

De acordo com os dados retirados das entrevistas o número de mulheres que retiram satisfação da sua vivência sexual é semelhante nas duas classes sociais estudadas (cf. Anexo F2). Existem contudo, nas duas classes, algumas divergências relativamente aos grupos etários onde o grau de insatisfação sexual parece ocorrer com mais frequência. A menor satisfação sexual manifesta-se sobretudo, na população estudada, nas mulheres mais jovens da classe média-alta e nas mulheres do último escalão etário na classe média baixa.

Procurámos estabelecer alguma correlação entre o estado de saúde, tal como avaliado pela mulher e o grau de satisfação manifestado com a sua vivência sexual. Pela leitura do quadro 10.1 parece poder estabelecer-se uma associação positiva entre estados de saúde avaliados positivamente pelas entrevistadas e a existência de uma sexualidade conjugal mais gratificante

Quadro 10. 1- - Correlações entre auto-avaliação do estado de saúde nas mulheres e a qualidade da vivência sexual conjugal

Grau de satisfação sexual	Gratificante	Não gratificante	Total
Auto-avaliação do estado de saúde			
Muito Bom	•		1
Bom	••••• •••••	•••	13
Razoável	••••• •	••••• •••••	15
Péssimo	•		1

Na população estudada, as mulheres que avaliam de modo mais positivo a vivência da sexualidade conjugal tendem a avaliar mais positivamente o seu estado de saúde; nas mulheres que referem uma sexualidade conjugal menos gratificante, predominam avaliações de saúde mais negativas.

Capítulo 11

Sociabilidades e orientações

Se nos dois capítulos anteriores nos debruçámos essencialmente sobre as questões internas da família e sobre as possíveis relações entre estas e o estado de saúde da mulher, tal como esta o percebe, interessa-nos agora investigar a forma como cada família se coloca face ao exterior e a forma como cada mulher se relaciona com esse mesmo exterior.

Procurámos assim identificar alguns dos elementos da rede social de cada mulher – os próprios e os que são partilhados entre o par conjugal – particularmente os amigos e outros familiares que não os do seu agregado. Para além da amplitude da rede tentámos perceber ainda a natureza mais ou menos íntima das relações estabelecidas. Avaliámos para cada mulher a importância da sua vida profissional e identificámos outras formas de ligação à comunidade, nomeadamente através da realização de trabalho voluntário.

Associando sociabilidades, investimento preferencial na vida profissional, familiar ou em qualquer outra área da sua vida e interesses demonstrados noutras domínios, tentámos perceber o grau de permeabilidade das fronteiras familiares externas e o tipo de centramento ou orientação de cada uma das nossas entrevistadas.

11.1 Redes sociais

Partindo da avaliação do tipo de contactos de cada mulher com os seus familiares e amigos procurámos caracterizar as redes de sociabilidade das nossas entrevistadas. Estabelecemos como critérios de classificação das redes de amizade, quanto à sua amplitude e frequência de contactos, os seguintes:

- rede ampla: número de amigos individuais ou de casal igual ou superior a oito
- rede intermédia: número de amigos entre sete e quatro
- rede restritas: número de amigos igual ou menor que três.

- rede apertada se existem contactos com a maioria dos amigos com periodicidade mensal ou menor
- rede rala se o contacto com a maioria dos amigos tiver uma periodicidade superior a um mês.

O grau de intimidade das relações foi explicitado pela própria entrevistada em íntima ou próxima e não íntima.

Relativamente às redes familiares classificámo-las quanto ao tipo de familiares envolvidos no contacto com a mulher e quanto à frequência dos encontros. No que se refere ao primeiro caso encontrámos sociabilidades materno-centradas, centramento parental *ego* ou parental-conjugal, fraternal *ego* ou fraternal-conjugal, filial ou familiar alargado. No que se refere à frequência de encontros definimo-las como:

- Intensas: frequência igual ou inferior a 2 semanas
- Moderadas: frequência superior a duas semanas e igual ou inferior a dois meses
- Espaçadas: frequência superior a dois meses

Apresentamos nos quadros 11.1 e 11.2 os dados relativos à caracterização das redes de amizade e das sociabilidades familiares nas mulheres de classe média alta (cf. anexo G1)

Quadro 11.1 - Caracterização das redes de amizade das mulheres de classe média-alta

Grupo etário		Sociabilidades – Redes de amigos: tipologias																
		Predomínio conjugal	Predomínio individual	Ampla				Intermédias				Restrita						
				Apertada		Ralas		Apertada		Rala		Apertada		Rala				
				I	NI	I	NI	I	NI	I	NI	I	NI	I	NI			
	Nome																	
20-34 anos	Carmo	■		■														
	Mª João	■		■														
	Carolina	■		■														
	Carlota	■		■														
	Inês	■					■											
35-49 anos	Helena	Inexistente	■	-														
	Ana	■		■														
	Sara	■		■														
	Josefa	■		■														
	Isabel	■		■														■
50-65 anos	Luísa	■		■														
	Rosário	■		■														
	Margarida	■					■											
	Adriana		■	■														
	Teresa	■		■														

Legenda: I – Íntimas; NI – Não Íntimas

Quadro 11. 2 – Sociabilidades familiares – tipologias na classe social média alta

		Sociabilidades familiares – tipologias						
Grupos etários	Nomes	Maternal Ego	Parental		Fraternal		Filial	Família alargada
			Ego	Conj.	Ego	Conj.		
20-34 anos	Carmo	■		■	■			
	Mª João		■	□	■			□
	Carolina		■	■	■			
	Carlota		■	■	■			
	Inês		■	■	■	■		
35-49 anos	Helena		■	■	■	■		
	Ana		■		■	■		
	Sara							■
	Josefa		■	■	■	■		
	Isabel		■	■	■	■		
50-64 anos	Luisa						■	□
	Rosário			■	■	■		■
	Margarida		■	■	■			
	Adriana						■	
	Teresa				■	■	■	

Legenda: ■ - contacto frequente; ■ - contacto moderado; □ - contacto espaçado

Analisando os dois quadros anteriores verificamos que, no escalão etário mais jovem deste grupo social, as redes de amizade são amplas para todas as entrevistadas, existe intimidade ou proximidade num número considerável de relações e os contactos são frequentes. Os contactos com familiares são também frequentes privilegiando, contudo, na sua maioria, as famílias das mulheres relativamente às dos respectivos cônjuges. As mulheres do grupo etário seguinte apresentam situações muito diversificadas. Redes de amizades pobres, sem intimidade, e contactos frequentes com familiares como no caso de Josefa. Na situação de Ana, uma rede de amigos ampla, com intimidade mas com contactos familiares individuais, moderados e dirigidos apenas à sua família de origem. Helena nega a existência de amigos do casal, revela uma rede moderada de amigos individuais com os quais mantém um contacto pouco frequente pela existência de distância física e, finalmente, Sara e Isabel apresentam amplas redes de amizades, com intimidade e contactos frequentes e convívio regular com os familiares de ambos os cônjuges. No escalão etário mais elevado três das mulheres, Luísa, Rosário e Teresa, apresentam amplas

redes de relações de amizade, com intimidade relacional e também um contacto regular e frequente com outros familiares. Adriana possui não só um vasto número de amigos individuais com que mantém contactos continuados como uma ampla rede de contactos pessoais que decorrem da sua posição de empresária, sendo contudo o convívio com familiares quase dirigido a um dos enteados e Margarida, apresentando uma rede ainda ampla de amigos, tem com os mesmos uma relação mais espaçada no tempo, constituindo os familiares de origem de ambos os cônjuges a principal fonte de contactos regulares.

As situações em que em que não se verificam contactos com o sistema parental ego correspondem a morte de ambos os progenitores, ou, num dos casos, a situações de conflito com os mesmos. De igual forma, o único contacto materno centrado refere-se a uma separação precoce dos pais e a um maior afastamento do pai.

Nos quadros 11.3 e 11.4 apresentamos os mesmos elementos, correspondentes às entrevistadas da classe-média baixa. (cf. anexos G2)

Quadro 11.3 – Caracterização das redes de amizade das mulheres de classe média-baixa

		Sociabilidades – Redes de amigos: tipologias														
Grupo Etário		Predomínio conjugal	Predomínio individual	Ampla				Intermédias				Restrita				
				Apertada		Rala		Apertada		Rala		Apertada		Rala		
				I	NI	I	NI	I	NI	I	NI	I	NI	I	NI	
Nome																
20-34 anos	Zulmira		■													■
	Leonor	■														
	Paula	■							■							
	Sónia	■		■						■						
	Cristina	=	=	■												
35-49 anos	Mariana	Inexistente	■						■							
	Esmeralda	■							■							
	Olinda	■							■							
	Márcia	=	=	■												
	Elisabete	■		■												
50-65 anos	Georgina	Inexistente	Inexistente													
	Lurdes	Inexistente	Inexistente													
	Valentina	Inexistente	Inexistente													
	Júlia	■														
	Clara		■						■	■						

Legenda: I – Íntimas; NI – Não Íntimas

Neste grupo social as redes de amizade são globalmente menos amplas, predominam ainda os contactos frequentes e uma intimidade relacional. Nas situações de inexistência de relações de amizade as mesmas são recusadas pelas mulheres, que elegem a sua privacidade e intimidade familiar ou, indirectamente afastadas pelo marido. Esta é a situação de Lurdes, com um casamento de 38 anos, cuja família se encontra em fase de ninho vazio:

“Ele tornou-se, agora, muito cioso da minha companhia.”

[Lurdes, 58 anos, escriturária]

Quadro 11. 4 – Sociabilidades familiares – tipologias na classe social média baixa

		Sociabilidades familiares – tipologias						
Grupos etários	Nomes	Maternal Ego	Parental		Fraternal		Filial	Família alargada
			Ego	Afim	Ego	Afim		
20-34 anos	Zulmira		■					
	Leonor	■			■			
	Paula				■			
	Sónia	■			■			
	Cristina		■	■	■	■		
35-49 anos	Mariana		■	■	■	■		
	Esmeralda				■	■		
	Olinda					■		■/□
	Márcia		■	□				
	Elisabete		□					
50-64 anos	Georgina					■		
	Lurdes					■		
	Valentina				■	■		■
	Júlia					■		
	Clara		□					□

Legenda: ■ - contacto frequente; ■ - contacto intermédio; □ - contacto espaçado

Aqui a rede de sociabilidades familiares é globalmente menos ampla e os contactos tendem a ser menos frequentes do que na classe média -alta, o que se justifica por uma maior mobilidade geográfica de algumas destas famílias, com residência longínqua dos pais e dificuldades de deslocações frequentes. Existem ainda vários casos de morte dos pais pelo que os elos familiares se passam a fazer sobretudo pelo sistema fraternal.

11.2 Orientações

Procurámos captar nas nossas entrevistas não só o grau de importância acordado pela mulher à sua actividade profissional, mas também, a importância que esta concede à família, relativamente ao conjunto de campos que constituem a sua vida.

A análise das respostas das entrevistadas, completada com elementos que descrevemos já, noutros capítulos – interesses e actividades individuais e conjugais – possibilitam-nos, de alguma forma, apreender as orientações ou centramentos presentes nas mulheres que entrevistámos.

No quadro 11.5 apresentaremos, em resumo, os dados atrás mencionados referentes às mulheres de classe média alta, fazendo corresponder a cada mulher o tipo de orientação percebido.

Embora a família seja o espaço prioritário para a maioria das mulheres entrevistadas da classe média alta, não é o único importante. Para algumas, família e profissão têm pesos semelhantes na sua vida e não poderiam facilmente prescindir de qualquer uma delas, como nos refere Helena e Carlota, ambas com orientações polivalentes como poderemos observar em seguida no quadro 11.5.

“Gosto muito do que estou a fazer. Se já gostava de dar aulas, neste momento sinto-me muito realizada porque eu penso que tenho um certo perfil para lidar com este tipo de meninos, para os incentivar, motivar e ensinar as estratégias para que eles possam evoluir. Sinto-me mais satisfeita ainda. E o trabalho realiza as pessoas. E se bem que eu seja caseira e goste de me dedicar à minha casa, ao meu marido e às minhas filhas eu também gosto de trabalhar. O ritmo que eu estava a ter era um ritmo demasiado... mas agora é um ritmo normal e eu estou contente. Eu sou muito caseira, muito esposa e mãe galinha, mas não prescindiria da minha actividade profissional. Estão quase ao mesmo nível mas com fins diferentes.”

[Helena, 39 anos, professora do ensino secundário, duas filhas de 11 e 8 anos]

“ Tem muita importância a vida profissional. É assim, adoro os meus filhos mas acho que não era capaz de estar sem trabalhar. Até porque a minha vida começa às 9.30 e só saio às seis e meia, tenho uma vida muito agitada aqui dentro da farmácia. Gosto muito daquilo que faço e não me estava a ver *dondoca* em casa. Claro que se acontece alguma coisa aos meus filhos, se eles adoecem, eles tornam-se a prioridade. Mas no dia a dia tenho a vida muito facilitada por ter uma empregada interna. Faz-me tudo. Reconheço que ela é o meu braço direito. Eu digo-lhe: Ela passa mais tempo com eles do que eu, mas não me estava a ver sem trabalhar.”

[Carolina, 31 anos, farmacêutica e proprietária de uma farmácia em Lisboa]

Quadro 11.5 - Espaços vitais; centramentos ou orientações, das mulheres de classe social média- alta.

Grupos etários	Nome	Família	Importância da profissão	Interesses ou actividades exteriores à família	Orientação
20-34 anos	Carmo	importante	Importante; nesta fase menos satisfatório	Política Actividades lúdicas ligadas a arte Convívio com amigos	Polivalente
	Mª João	+ importante	Importante se possível a meio tempo em algumas fases	Convivo com amigos Algum trabalho voluntário	Polivalente
	Carolina	= importância	= importância	Convivo com amigos Viagens	Polivalente
	Carlota	+ importante	Muito importante	Política Convívio com amigos	Polivalente
	Inês	+ importante	Importante mas nesta fase menos; se possível a meio tempo mas não deixaria de trabalhar	Actividades profissionais do marido Convivo com amigos	Polivalente
35-49 anos	Helena	= importância	= importância	Actividades profissionais mutuas Questões sociais	Polivalente
	Ana	+ importante	Muito importante como desafio e realização pessoal	Convívio com a amigos Actividades lúdicas ligadas a arte Política	Polivalente
	Sara	+ importante	Muito importante como realização pessoal	Convívio com amigos Actividades lúdicas ligadas a arte	Polivalente
	Josefa	+ importante	Não tem	Trabalho sindical voluntário	Interna Familiar predominante
	Isabel	+ importante	Escolha sempre em função da família	Convívio com amigos Actividades lúdicas ligadas a arte	Polivalente
50-64 anos	Luísa	= importância	= importância	Convivo com amigos Política Actividades lúdicas ligadas a arte Realização ocasional de trabalho voluntário	Polivalente
	Rosário	+ importante	Muito importante pela realização pessoal	Convívio com amigos Trabalho voluntário Questões sociais, religiosas e políticas	Polivalente
	17 Margarida	importante	++ importante	Leitura, viagens	Profissional mas com outros interesses
	20 Adriana	— importante	++ importante	Trabalho voluntário Convivo com amigos	1º T. profissional 2ºT. voluntário
	26 Teresa	+ importante	Importante	Convivo com amigos	Polivalente

A prioridade é mesmo, nalguns casos, concedida ao trabalho profissional como nos casos de Margarida e Adriana, onde predominam mesmo centramentos profissionais:

“Sempre foi muita. Às vezes pergunto-me mesmo se eu me devia ter casado. Mas casei, cá estou. Ainda em solteira a actividade profissional foi sempre o que preencheu quase a totalidade da minha vida; se calhar também ocupou muito espaço porque eu não tinha outras coisas para o ocupar. Não foi muito fácil, com esta dedicação profissional que eu sempre tive, enquadrar a minha vida pessoal e familiar. Não foi...nem é. Nem sempre é fácil, embora desde que eu estive doente, tenha tentado diminuir o espaço da vida profissional. Não é só o espaço, é a importância que tem na minha cabeça. Sempre sonhei fazer isto que eu faço e tenho uma expectativa em relação àquilo que faço que é aquilo que eu acho certo ou errado que um médico faça. A minha relação fundamental com os doentes é de ajuda aos doentes. Não é tanto diagnosticar doenças mas ajudá-los a viver com essas doenças e que eles percorram o seu caminho da melhor forma possível. Eu acho que de facto nós estamos cá para ajudar e devia estar o mais tempo possível para ajudar. E tenho dificuldade em gerir este limite. Até que ponto eu estou cá para ajudar e me anulo a mim e ao resto. O resto é a família.

Se calhar, pelo tempo que eu lhe dou e pela dedicação, se calhar, para mim o mais importante é a profissão.”

[Margarida, 51 anos, médica, casada há 16 anos, uma filha de 13 anos]

“Importância da actividade profissional...É muita. Sempre foi. Até porque eu não tenho filhos, a minha empresa é a obra que eu deixo. É amor. É verdade que eu não consigo estar sem trabalhar. Mas não é só isso, porque eu tenho muito trabalho voluntário e poderia dedicar-me só a isso, mas ... é amor à obra feita. Se eu tivesse de ordenar ficaria primeiro a actividade profissional, depois o trabalho na Ordem e por fim a família. Se a actividade profissional acabar, para manter este tipo de vida que eu levo em casa, eu preciso do trabalho na Ordem, preciso de fazer qualquer coisa no exterior.”

[Adriana, 64 anos, economista, empresária, 2º casamento há sete anos, sem filhos]

Mesmo para as mulheres para quem a família toma a primazia, a profissão continua sendo um importante espaço da sua realização pessoal como o afirmam Inês e Carlota, ambas com orientações polivalentes:

“Neste momento (a profissão) é secundária. Eu gosto daquilo que faço, mas neste momento punha as minhas filhas em primeiro lugar. Mas não deixaria de trabalhar porque gosto do meu trabalho. Não me via sem trabalhar. Se eu tivesse um *part-time* se calhar gostava. Podia ter um bocadinho mais de tempo para mim sozinha... se calhar gostava. Mas deixar de trabalhar não. E não me posso esquecer que elas também crescem e o que agora me ocupa muito tempo depois vai passar...Depois o que é que eu faço? E gosto mesmo daquilo que faço.”

[Inês, 34 anos, ictiopatologista, duas filhas de 3 e 1 ano]

Neste momento já tem mais importância do que teve, por exemplo, há dois anos. Porque como elas já estão mais crescidas eu já consigo estar aqui a 100%. E eu acho fundamental ter a minha actividade profissional. Se estivesse em casa dava um bocadinho em doida, não é? Não conseguia. Eu acho que é importante estarmos ocupadas com outras coisas.

A família tem mais. Até porque se é preciso alguma coisa, eu saio daqui, nem que tenha que vir para cá trabalhar à noite, mas vou ter com elas ou com o meu marido, se ele precisar, mas mais com elas...Não sei porquê, mas se calhar porque elas precisam muito de mim

[Carlota, 31 anos, engenheira agrónoma, três filhas de 5, 3 e 2 anos]

Apenas Josefa, actualmente sem desempenho profissional, e dedicando uma parte do seu tempo a trabalho voluntário, considera a família como a sua área vital primordial, ainda que sobre tal se possa exprimir da seguinte forma:

“Quando trabalhava sentia-me mais independente e por outro lado mais útil às pessoas...Podia ajudar. Sinto falta... Desde pequena fui educada para trabalhar fora, para ser útil e depois chegou uma certa altura...fiquei pela família.”

[Josefa, 41 anos, assistente social, desempregada]

De um modo geral, neste grupo de maiores recursos económicos e sociais, os centramentos são preferencialmente polivalentes, embora exista, num expressivo número de situações, um grande envolvimento profissional.

Quadro 11. 6 - Espaços vitais, centramentos ou orientações das mulheres de classe social média-baixa.

Grupo etário	Nome	Família	Importância da profissão	Interesses ou actividades exteriores à família	Orientação
20-34 anos	Zulmira	+ importante	Embora sem gostar, considera importante	Aspectos religiosos Vida académica	Polivalente
	Leonor	+ importante	Não tem	Família de origem	Familiar
	Paula	+ importante	Deixou o trabalho e optou pela família	Os mesmos do marido	Familiar
	Sónia	= importância	= importância	Convívio com amigos	Polivalente
	Cristina	+ importante	Gostava de fazer outra coisa	Família de origem	Familiar
35-49 anos	Mariana	- importante	+ importante	Convívio com amigas e mãe	Polivalente
	Esmeralda	+ importante	Importante por se sentir útil	---	Polivalente
	Olinda	+ importante	Desempregada – pré-reforma	---	Familiar
	Márcia	+ importante	Muito importante também	Trabalho voluntário regular Actividade académica	Polivalente
	Elisabete	= importância	= importância	Convívio com colegas e amigos	Polivalente
50-64 anos	Georgina	+ importante o marido	Não é importante	Não tem	Familiar
	Lurdes	+ importante	Hoje é menos importante		Familiar
	Valentina	+ importante	Não tem, mas já foi muito importante	Não tem	Familiar
	Júlia	+ importante	Não tem	Não tem	Familiar
	Clara	+ importante	Muito importante	Convívio com amigos	Polivalente

Também neste grupo social a família parece ser a área de maior investimento de uma parte significativa das mulheres entrevistadas. Ainda que o trabalho profissional pareça adquirir aqui uma menor importância, particularmente no último escalão etário, a verdade é que, mesmo não sendo sempre o trabalho idealizado, ele se torna imprescindível para algumas das mulheres e não apenas por questões de ordem económica. Assim o entendem, entre outras, Zulmira e Esmeralda que evidenciam uma orientação polivalente:

“Neste momento, aquilo que eu faço eu não gosto. É bom a gente fazer uma coisa que de facto a gente gosta. O que eu faço eu não gosto, em primeiro lugar. Em segundo lugar a minha profissão, eu faço para não ficar parada, sem dinheiro. Quando uma mulher trabalha, mesmo naquilo que ela não gosta, ela sente mais liberdade. Tem dinheiro, compra aquilo que quiser, ela se sente livre, mesmo que esteja com alguém, ela sente-se livre. Ela tem dinheiro dela, ela faz aquilo que ela quiser. Estudar eu gosto. Gosto muito. Eu quero atingir um objectivo. É uma luta, eu tenho de conseguir. Mas para mim a família está em primeiro lugar. Se o meu marido estiver doente eu não vou trabalhar e também não vou às aulas. Quer dizer... Em primeiro lugar é Deus; a família em segundo lugar. Com a parte religiosa você se sente mais forte mesmo para lidar com algumas dificuldades em casa.”

[Zulmira, 26 anos, empregada de cozinha, estudante do 12º ano, sem filhos]

“É uma coisa que eu gosto, acho que tem muita importância. Agora se ficasse sem emprego também acho que me ia sentir a pessoa mais infeliz deste mundo. Eu comecei a trabalhar aos 14 anos e a vida profissional para mim é muito importante. Por causa do dinheiro e por causa de tudo, porque acho

que assim não nos sentimos inúteis. E depois, aquilo é uma coisa que nós temos. Tenho o trabalho, tenho obrigações, tenho de cumprir. Assim como em casa, sou uma peça fundamental.”

[Esmeralda, 41 anos, auxiliar de educação]

Para Sónia e Elisabete, família e profissão parecem ter nas suas vidas pesos muito semelhantes:

“Ah é tudo (importante), porque eu gosto do que faço! A família está primeiro mas... é ela por ela.”

[Sónia, 33 anos, cabeleireira]

“A vida profissional tem muita importância. Gosto do trabalho. Mesmo que pudesse não deixava. Também pelos colegas; nós somos dez com o nosso chefe onze e vivemos em família. Se for preciso algum fazer um serviço quando outro não faz não há problema. Embora goste do que faço eu gosto muito da família. Têm o mesmo peso. Sim, aliás eu sacrifico muito a minha família por causa do meu trabalho. Entro às 10h e devia sair às 16h e nunca saio antes das 18h. A família e o trabalho passam sempre à frente.”

[Elisabete, 41 anos, técnica de sinalização luminosa]

Apesar de um grande investimento de algumas mulheres na actividade profissional, predominam neste grupo social famílias cujos centramentos são essencialmente internos, familiares, em contraste com as orientações maioritariamente polivalentes das famílias de capitais escolares e económicos mais elevados. Os casos de Paula e Georgina revelam esta orientação familiar preferencial:

“Quando foi preciso, optei pela família. Deixei tudo em Lisboa, o trabalho, a minha família, os amigos, e fui com o meu marido.”

[Amélia, 34 anos, recepcionista de consultório, desempregada]

“ Eu gosto tanto do meu marido; punha-o a ele em primeiro lugar. O meu marido ocupa sempre o primeiro lugar.”

[Georgina, 53 anos, dama de companhia]

11.3 Abertura familiar

A análise simultânea das sociabilidades e das orientações familiares permite-nos traçar para cada família o perfil do grau de permeabilidade das suas fronteiras externas, ou seja, do grau de abertura familiar. Com base nos critérios expostos no quadro seguinte

considerámos três graus de abertura das famílias ao exterior: abertura, abertura fraca e fechamento

Quadro 11.7 - Graus de abertura familiar e respectivos critérios de inclusão

Abertura familiar	Moderada abertura familiar	Fechamento familiar
Existência de diversas formas de convívio exterior à família, rede ampla de contactos	Existência de diversas formas de convívio exterior à família mas com orientação familiar ou conjugal	Contactos predominantemente dirigidos à família alargada ou inexistência de contactos exteriores ao núcleo de coabitação
e	ou	e
Orientação externa ou polivalente	convívio familiar predominante com elementos da família alargada e orientação polivalente ou externa	Orientação conjugal ou familiar

Os resultados da classificação, quanto ao grau de abertura familiar, das famílias das mulheres entrevistadas encontram-se patentes no quadro 11.8

Quadro 11.8 - Grau de abertura familiar: resultados por grupos etários e classes sociais

Grupos Etários	Classe Social Média-Alta		Classe Social Média-Baixa	
	Nome	Grau de Abertura Familiar	Nome	Grau de Abertura Familiar
20-34 anos	Carmo Mª João Carolina Carlota Inês	Abertura Abertura Abertura Abertura Abertura	Sónia Zulmira Paula Cristina Leonor	Abertura Abertura moderada Abertura moderada Abertura moderada Fechamento familiar
35-49 anos	Isabel Ana Sara Josefa helena	Abertura Abertura Abertura Abertura moderada Abertura moderada	Mariana Elisabete Olinda Márcia Esmeralda	Abertura Abertura Abertura moderada Abertura moderada Abertura moderada
50-64 anos	Luísa Rosário Teresa Adriana Margarida	Abertura Abertura Abertura Abertura moderada Abertura moderada	Clara Júlia Valentina Luísa Georgina	Abertura Abertura moderada Fechamento Fechamento Fechamento

11.4. Auto-percepção do estado de saúde da mulher e grau de abertura familiar

Na tentativa de captarmos eventuais associações entre a auto-percepção do estado de saúde das mulheres entrevistadas e o grau de abertura ao exterior das respectivas famílias procurámos fazer o cruzamento entre as duas variáveis; os resultados encontram-se expressos nos quadros 11.9 e 11.10.

Quadro 11.9 – Auto-percepção do estado de saúde e grau abertura familiar por classe social

Classe social média-alta															
Grau de abertura familiar	Abertura											Abertura moderada			
Estado de saúde	MB	B	B	B	B	B	B	R	R	R	P	B	B	R	R
Classe social média-baixa															
Grau de abertura familiar	Abertura				Abertura moderada						Fechamento				
Estado de saúde	B	B	B	B	B	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R

Legenda: MB – Muito Bom; B – Bom; R - Razoável

Quadro 11.10 – Auto-percepção do estado de saúde e grau de abertura familiar

Estado de saúde					
Grau de Abertura Familiar	Muito Bom	Bom	Razoável	Péssimo	Total
Abertura	1	10	3	1	15
Abertura moderada		3	8		11
Fechamento			4		4
Total	1	13	15	1	30

Tal como atrás foi referido, o quadro 11.9 volta a revelar-nos que classe social parece introduzir algumas diferenças na forma como as famílias estudadas se abrem ao exterior. As famílias com maior permeabilidade de fronteiras externas encontram-se no grupo de famílias com maiores recursos económico-sociais.

Os estados de saúde avaliados de forma mais positiva parecem associar-se, predominantemente, a famílias com maior abertura ao exterior; inversamente, estados de saúde avaliados menos positivamente tendem a surgir em famílias com menor grau de abertura ao exterior, nomeadamente nas que se encontram encerradas sobre si mesmas como de forma mais explícita nos mostra o quadro 11.10.

Da nossa experiência clínica intuímos uma associação entre isolamento social e pior estado de saúde; inversamente, indivíduos com redes sociais mais amplas e interesses diversificados parecem apresentar melhores estados de saúde. Na literatura médica contudo esta associação tão linear é, ainda, amplamente discutida.

Sluzki não põe em causa que uma rede social estável e activa é salutogénica, da mesma forma que a presença de doença, especialmente se crónica, parece reduzir a amplitude da rede social de uma pessoa e, simultaneamente, tornar mais difícil o acesso à mesma (1996: 79-83). Tal como o autor refere, se bem que vários estudos clínico-

epidemiológicos tenham associado as duas situações, o estabelecimento de uma relação causal entre elas é difícil de estabelecer. Contudo, na mesma obra, o autor apresenta o trabalho de Tibblin e colaboradores de 1986, um estudo prospectivo a quinze anos, com controlo de todas as outras variáveis envolvidas, em que os resultados parecem revelar uma maior mortalidade nos indivíduos com rede social mínima. Porém, não parecem existir diferenças estatisticamente significativas nos subgrupos de rede ampla ou média (Sluzki, 1996: 76) Este é, no entanto, um estudo sobre correlações entre redes sociais e mortalidade.

O trabalho conduzido por Guérin, Lavoie e Crête (2003), da Universidade de Laval, sobre o meio social e o estado de saúde, demonstrou que:

- o nível de integração social dos indivíduos tem um efeito positivo sobre o nível de apoio social de que eles beneficiam o que tem efeitos favoráveis relativamente à sua saúde

- um nível elevado de integração social é susceptível de encorajar os indivíduos a adoptar comportamentos favoráveis à saúde, o que reforça uma percepção positiva do estado de saúde

- o apoio social exerce um “buffering effect” no sentido em que diminui os efeitos deletérios do stress e dos factores psicossociais da saúde.

. Na obra de Sluzki anteriormente citada, o autor apresenta os vários mecanismos pelos quais a rede social pode afectar o estado de saúde de um indivíduo (*idem, ibidem*; 90):

- a reacção de alarme diminui face à presença de figuras familiares
- as relações sociais contribuem para dar sentido à vida dos indivíduos
- a um nível prático, a rede parece prover uma retro - alimentação quotidiana acerca dos desvios de saúde
- a rede social favorece muitas actividades que se associam positivamente ao estado de saúde – rotinas de alimentação, de exercício e de cuidados gerais de saúde.

Todos os aspectos citados pelo autor nos parecem relevantes. Contudo, a construção do nomos, de uma organização da identidade a partir do olhar e da acção dos outros, permitida pela rede social, parece-nos ser um dos factores mais implicados na capacidade de olhar para si próprio de forma mais positiva e de, simultaneamente, se abrir

a outros interesses que ultrapassem um centralizar excessivo no “mal estar” e nas “maleitas do corpo”.

Capítulo 12

Tipologias familiares e auto-percepção de saúde nas mulheres

Estabelecer uma eventual relação entre auto-percepção de saúde nas mulheres e o tipo de famílias em que estas se inserem constituía um importante objectivo do nosso trabalho. Julgamos estar agora em condições de o fazer.

Tipologias são procedimentos que agrupam as unidades por uma combinação de critérios. Segundo Roussel as tipologias familiares pretendem definir as famílias a partir do seu modo de funcionamento, pelo que, para captar as estratégias que regulam as escolhas e os comportamentos dos casais, os sociólogos devem combinar várias dimensões (Roussel, 191: 84).

No capítulo 4 fizemos referência a algumas das tipologias mais utilizadas nos estudos sobre famílias.

Orientámos uma parte da nossa investigação usando dimensões de análise trabalhadas por Kellerhals e procurámos utilizar no nosso trabalho a proposta de tipologia que Kellerhals, com a colaboração de outros autores, nos apresenta (Widmer, Kellerhals e Levy 2004). Com base na coesão, no grau de divisão sexual dos papéis, e na abertura familiar classificámos as famílias das nossas entrevistadas nos cinco tipos que integram esta tipologia:

- Associativo: indiferenciação de papeis, coesão fraca e franca abertura ao exterior
 - Bastião: forte diferenciação sexual dos papéis, fusão e fraca abertura ao exterior com encerramento sobre si mesma.
 - Paralela: forte diferenciação dos papéis sexuais, autonomia dos vários elementos e abertura fraca ao exterior
 - Casulo: forte fusão, abertura ao exterior fraca ou fechamento e indiferenciação de papéis
- Companheirismo: fraca diferenciação dos papéis, fusão e abertura ao exterior.

Encontrámos nas famílias estudadas três famílias que se não integram nos tipos atrás referidos e que definiremos, duas como paralela com abertura, por apresentarem grande autonomia individual, forte divisão dos papeis sexuais mas maior abertura ao exterior e outra como associativa com fraca abertura familiar, por predominarem orientações externas mas pouca abertura do casal ao exterior.

Nos quadros 12.1 e 12.2 apresentamos os tipos familiares encontrados nas classes média alta e na classe média baixa

Quadro 12.1 – Tipos de família na classe social média-alta

Nome	Diferenciação sexual dos papéis	Coesão	Abertura	Tipo de família
Carmo	Indiferenciação de papéis	Fusão Familiar Forte	Abertura	Companheirismo
Carolina	Indiferenciação de papéis	Forte Fusão Familiar	Abertura	
Sara	Indiferenciação de papéis	Fusão Familiar forte	Abertura	
Teresa	Indiferenciação de papéis	Forte fusão conjugal	Abertura	
Rosário	Indiferenciação de papéis	Coesão Familiar c/ Autonomia	Abertura	
Inês	Moderada diferenciação de papéis	Coesão Familiar c/ Autonomia	Abertura	
Carlota	Moderada diferenciação de papéis	Coesão familiar c/Autonomia	Abertura	
Isabel	Moderada diferenciação de papéis	Coesão Familiar c/ Autonomia	Abertura	
Luísa	Moderada Diferenciação de papéis	Coesão Familiar c/ Autonomia	Abertura	
Helena	Moderada diferenciação de papéis	Forte Fusão Familiar	Abertura fraca	Casulo
Josefa	Forte diferenciação de papéis	Coesão Familiar c/ Autonomia	Abertura fraca	Bastião
Margarida	Forte diferenciação de papéis	Fusão familiar	Abertura fraca	
Ana	Moderada diferenciação de papéis	Separação familiar atenuada	Abertura	Associativa
Adriana	Moderada diferenciação de papéis	Separação conjugal forte	Abertura fraca	Associativa com abertura fraca

Quadro 12. 2 – Tipos de família na classe média-baixa

Nome	Diferenciação dos papéis sexuais	Coesão	Abertura	Tipo de família
Leonor	Forte diferenciação de papéis	Forte Fusão Familiar	Fechamento	Bastião
Cristina	Forte diferenciação de papéis	Coesão Familiar c/ Autonomia	Fechamento	
Olinda	Forte diferenciação de papéis	Forte Fusão Conjugal	Fechamento Familiar	
Georgina	Forte diferenciação de papéis	Forte Fusão Conjugal	Fechamento	
Júlia	Forte diferenciação de papéis	Forte Fusão Conjugal	Abertura fraca	
Paula	Moderada diferenciação de papéis	Forte Fusão Familiar	Abertura	Companheirismo
Sónia	Moderada diferenciação de papéis	Forte Fusão Familiar	Abertura	
Elisabete	Indiferenciação de papéis	Forte Fusão Familiar	Abertura	
Clara	Moderada diferenciação de papéis	Coesão Familiar c/ Autonomia	Abertura	
Alda	Moderada diferenciação de papéis	Coesão Familiar c/ Autonomia	Abertura fraca	Casulo
Lurdes	Moderada diferenciação de papéis	Forte Fusão Conjugal	Fechamento	
Valentina	Moderada diferenciação de papéis	Coesão Familiar c/ Autonomia	Fechamento	
Mariana	Forte diferenciação de papéis	Separação Familiar Forte	Abertura	Paralela com Abertura
Márcia 2	Forte diferenciação de papéis	Separação atenuada	Abertura fraca	Paralela
Zulmira	Indiferenciação de papéis	Separação Familiar Atenuada	Abertura fraca	Associativa

No quadro 12.3 procurámos estabelecer a correspondência entre a auto-avaliação do estado de saúde das mulheres entrevistadas e os tipos de famílias em que estas se inserem

Quadro 12.3 – Auto-avaliação do estado de saúde e tipos de família

Classe Social Média Alta			Classe Social Média Baixa		
Nome	Tipo de Família	Estado de Saúde	Nome e Nº de entrevista	Tipo de Família	Estado de Saúde
Sara	Companheirismo	Muito Bom	Paula 18	Companheirismo	Bom
Carolina		Bom	Sónia		Bom
Carlota		Bom	Elisabete 29		Bom
Inês		Bom	Clara 21		Bom
Isabel		Bom	Leonora 16	Bastião	Razoável
Luísa		Bom	Cristina 24		Razoável
Teresa		Bom	Olinda 14		Razoável
Carmo		Razoável	Georgina 1		Razoável
Rosário		Razoável	Júlia 19		Razoável
Margarida		Bastião	Bom		Lurdes 6
Josefa	Razoável		Valentina 15	Razoável	
Ana	Associativa	Razoável	Alda	Razoável	
Adriana	Associativa com abertura fraca	Razoável	Márcia 25	Paralela	Razoável
Helena	Casulo	Bom	Mariana 2	Paralela com Abertura	Bom
Mª João	Paralela Aberta	Péssimo	Zulmira 3	Associativa	Razoável

Das 14 mulheres que avaliam a sua saúde como francamente positiva – Muito Bom e Bom – onze estão inseridas em famílias de tipo companheirismo, as três restantes repartem-se igualmente por famílias tipo casulo, bastião e paralela aberta.

Nas 15 mulheres que avaliam a sua saúde como razoável, 6 inserem-se em famílias de tipo bastião, 3 em famílias de tipo casulo, 3 em associativas (uma em associativa com abertura fraca) 2 em famílias de tipo companheirismo e uma numa família paralela. A entrevistada que assinala como péssimo o seu estado de saúde insere-se numa família que caracterizámos como paralela aberta.

Poderíamos assim concluir que os estados de saúde avaliados de forma mais positiva se associam predominantemente a famílias de tipo companheirismo; os estados avaliados de forma mais negativa, repartem-se por diversos tipos familiares parecendo haver contudo, uma maior concentração nas famílias tipo bastião. Uma menor diferenciação sexual dos papéis no seio da família combinada com uma maior abertura das fronteiras familiares externas parecem assim associar-se a estados de saúde avaliados de forma mais positiva; inversamente uma maior diferenciação de papéis associada a graus

menores de abertura familiar tendem a relacionar-se com avaliações menos positivas dos estados de saúde.

Capítulo 13

Percursos pessoais e familiares e estados de saúde – a óptica das mulheres

Perceber o que as mulheres consideram ter, ou ter tido no passado, alguma influência negativa no seu estado de saúde, constituiu também um dos nossos objectivos; nesse sentido se construíram as duas questões finais do guião de entrevista.

Três grandes categorias parecem abranger a quase totalidade dos factos relevantes no mal-estar e numa avaliação mais negativa do estado de saúde das mulheres: vida familiar, conciliação entre a vida familiar e profissional (a gestão dos diferentes tempos da vida da mulher) e as questões relacionadas com o trabalho profissional (cf. anexo H). Entre as situações que as mulheres referem terem, actualmente, interferência negativa no seu estado de saúde predominam as de difícil conciliação entre a vida familiar e o trabalho profissional, aspectos que se colocam sobretudo nas mulheres do escalão etário mais jovem.

Carlota, de 31 anos, engenheira agrónoma a trabalhar a tempo inteiro, com três filhas de idades compreendidas entre os cinco e os dois anos afirma:

“Quando ando mais cansada – de andar sempre a correr, porque é casa, são as miúdas é o trabalho - começo a ir-me mais abaixo. Fico mais susceptível às crises de rinite e alergias...”

[Carlota – -avaliação do estado de saúde: bom]

Para Maria João, 34 anos, arquitecta, à conciliação difícil entre as tarefas a desempenhar na esfera profissional e no espaço doméstico, acresce o facto de ter exclusivamente a seu cargo todas as tarefas de cuidados aos três filhos, bem como a gestão doméstica e económica da vida familiar, por longas ausências do marido:

“...eu acho que se deve à sobreposição de várias coisas que tenho de fazer. É o cansaço em casa, o ter de dar apoio sozinha aos meus três filhos, é o trabalho cá fora...Acho que também o facto de ter de tomar conta de tanta coisa sozinha teve muita influencia para me sentir como agora estou...”

[Mª João – -avaliação do estado de saúde: péssimo]]

Também para Cristina, de 34 anos, empregada de limpeza, com uma filha de 11 anos o desempenho dos vários papéis associado ao ritmo rápido de vida parecem influenciar a forma como se sente em termos de saúde:

“Stress dos horários de trabalho, da corrida para os transportes, de andar de um lado para o outro, pôr a miúda na escola, depois ir buscar, não chegar tarde; isso é que me põe mais cansada e enervada”

[Cristina - avaliação do estado de saúde: razoável]

Questões associadas à vida familiar são referidas como factores associados, na actualidade, à avaliação do estado de saúde. Ana, de 47 anos, professora do ensino secundário, casada com João há vinte e um anos e com uma filha de dezanove anos refere:

“A vida familiar influencia. Aquilo em que eu não me sinto bem tem a ver com uma certa fragilidade psicológica. E isso não tem só a ver com as questões de saúde dos meus pais, mas são também outros aspectos, como o facto de o João não se relacionar bem com a minha família e o facto de estarmos a atravessar um período de conflituosidade, depois de uma situação de infidelidade do João. Ainda não passou. O meu nível de tolerância diminuiu. As coisas que a mim me fragilizam mesmo são os conflitos a nível familiar. São esses que me deitam abaixo”

[Ana - avaliação do estado de saúde: razoável]

Na narrativa de Margarida, de 51 anos, médica, a vida familiar surge também, de alguma forma, associada ao seu problema de saúde:

Eu relaciono a minha doença (cancro) com a minha fase depressiva e a minha fase depressiva tem muito a ver como eu construí a minha família e como eu imaginei a minha família e a minha vida com o Luís. Também não me vale de muito dizer que a culpa é da família. Também não há culpas aqui...Eu acho que construí tudo muito por minhas mãos... Portanto a certa altura fui confrontada com um ideal que eu construí sozinha. e foi isso que me deitou abaixo. Foi isso que baloiçou cá dentro e me fez deprimir. Se calhar tinha mesmo de passar por isto para eu aprender, para eu passar por outra fase, porque esta experiência era mesmo muito importante, se calhar era para eu viver. A doença ajudou-me a repensar aquilo que eu vinha fazendo até agora

[Margarida - avaliação do estado de saúde: bom]

Para Márcia, as condições concretas da vida em família e o facto de o marido – técnico de electrónica – trabalhar em casa e invadir com o seu trabalho o espaço doméstico são os factores que responsabiliza pelo seu mal estar psíquico, e pelas depressões recorrentes:

O problema mais grave é o meu marido trabalhar em casa. Se ele tivesse uma oficina fora ele acabava por se dedicar mais á família, porque aquela hora certa vinha para casa, mas assim a trabalhar em casa não há horários. E é também o espaço...é uma falta de espaço. Os meus filhos nem podem estudar em casa ao mesmo tempo porque não há espaço.

Como eu não me sinto bem em casa eu acho que isso tem influenciado a minha saúde. Eu queria sentir-me bem quando chego a casa. Mas não me sinto bem., porque só vejo confusão à minha volta. Isso põe-me mal e deprime-me. Quando eu digo isto os meus filhos dizem que eu sou paranóica e que tenho de

aprender a conviver com isso. Mas eu não consigo, não consigo. Já deixei de fazer tudo lá em casa durante um mês...Ao fim de um mês o meu filho teve de começar a limpar o pó porque já não se podia. Mas é muito difícil viver nesta confusão

[Márcia - avaliação do estado de saúde: razoável]

Outras mulheres invocam o trabalho profissional, nas suas várias vertentes, como condicionante do seu mal-estar actual. A dureza do trabalho é referida por Zulmira, 26 anos, ajudante de cozinha:

“Tive de lavar muita loiça, muitos tachos, muitas panelas e ficou a doer e eu no dia seguinte não consegui mexer-me porque me doía muito. Não conseguia mexer-me mesmo. Tive de vir ao médico e não pude trabalhar estes dias. Às vezes é um trabalho muito duro.

[Zulmira - avaliação do estado de saúde: razoável]

Para Esmeralda são sobretudo as relações tensas com algumas colegas de trabalho e insinuações feitas ao seu comportamento moral que, a seu ver, condicionam a forma como se sente em termos de saúde.

“Precisava de ter um bocadinho de paz no trabalho... Precisava que me aborrecessem menos. Menos insinuações da parte de algumas colegas E depois há logo aquelas confusões, porque eu sou amiga do chefe e que... enfim coisas...É isso que me põe pior. Eu acho que foi isto que me deitou mais abaixo e me deprimiu assim.”

[Esmeralda - avaliação do estado de saúde: razoável]

Tais situações parecem enquadrar-se no modelo “exigência -autonomia no trabalho” de Karasek. Em termos de risco psicossocial, a combinação de fortes exigências de trabalho com uma fraca autonomia profissional e a falta de suporte social de colegas ou supervisores surge como a mais patogénica (Vezina e al 2006). Em termos de saúde mental tal modelo tem sido associado ao aparecimento de depressão, de esgotamento profissional e ao consumo acrescido de psicotrópicos.

Para outras mulheres são as exigências que a si mesmas colocam no campo profissional que acabam por interferir na forma como por vezes se sentem em termos de saúde. Elisabete dá-nos conta dessa auto - exigência que, combinada com as exigências da vida familiar, se repercute por vezes no seu mal estar, ainda que de forma global avalie de forma positiva o seu estado de saúde:

“É o trabalho, não gosto de ter as coisas em atraso, tenho que ter tudo sempre em dia. É aguentar o trabalho e vida familiar”

[Elisabete, 41 anos, técnica de sinalização]

Nas mesmas três grandes categorias se enquadram os acontecimentos e circunstâncias de vida de um passado mais ou menos distante que, na opinião das próprias mulheres, parecem ter tido repercussão no seu estado de saúde.

Os acontecimentos da vida familiar são vários e de diferentes tipos. As rupturas familiares que se sucederam a situações de infidelidade do cônjuge surgem como aquelas que mais abruptamente parecem ter influenciado de forma negativa o estado de saúde das mulheres. As narrativas de Georgina e Olinda revelam-no bem:

“A minha saúde agravou-se muito quando foi com o pai do meu filho. A traição e abandono. Aí sim. Eu pensei que morria. Se não fosse o meu filho eu tinha cometido suicídio. Chorei muita lágrima, muita lágrima ao pé do Sr. Dr! Se foi difícil! Eu pensei que não aguentava. E depois sem uma mãe... o meu pai já tinha falecido... sem uma mãe, que nunca me deu apoio. Antes pelo contrário. Ainda me chateava. Que não me queria ver chorar. Como se não fosse razão para chorar, chorar e chorar. Nunca me deu apoio. Era a pessoa de quem eu esperava mais apoio... Foi outra decepção.”

[Georgina, 51 anos, dama de companhia]

“O meu marido saiu de casa; estive um ano fora, foi viver com outra pessoa E eu fiquei um bocadinho ressentida...um bocadinho não, um bocadão...Eu senti muito, muito mesmo. Emagreci vinte quilos na altura. Tive uma depressão muito grande, caiu-me o cabelo. Custou-me muito, muito. Por fim quando ele quis voltar eu aceitei-o por causa das miúdas, porque elas me pediram. E também porque eu gostava dele.”

[Olinda, 47 anos, doméstica]

Factores relacionados com as relações familiares em determinadas fases do percurso familiar são referidos por algumas entrevistadas como tendo tido influência no seu estado de saúde. Isabel, de 39 anos, com um casamento de 15 anos e dois filhos, de doze e oito anos, fala-nos assim da sua experiência:

“A presença constante dos filhos na nossa relação criou problemas nos primeiros anos. Eu estava sempre com eles e menos disponível para o meu marido e ele tinha dificuldade em aceitar isso. Foram anos de alguma tensão Nos períodos de maior tensão entre nós estive algumas vezes deprimida e o meu estado de saúde não era o melhor.”

[Isabel, consultora jurídica e gerente empresarial]

Para Esmeralda, os problemas de relação com a filha adolescente e a saída desta de casa, influíram negativamente no seu estado de saúde:

“A saída da minha filha mais velha de casa. Nós tínhamos uma relação um bocado amarga, mas a minha filha dizia-me para onde ia, nunca me mentiu. As discussões não tinham a ver com as saídas. Ela trabalhava e queria o dinheiro todo para ela porque as amigas tinham isto e aquilo... até que saiu de casa. Saiu zangada, pegou nas coisinhas dela aos 18 anos e saiu. Antes de sair de casa tivemos uma discussão por causa de umas sandálias minhas que ela queria usar e foi muito, muito mal-educada. Levou dois pares de estalos e saiu. Depois mais tarde voltou. Mas nessa fase eu estive muito mal, muito mal. Estive muito deprimida”

[Esmeralda, de 41 anos, auxiliar de educação]

Júlia, não referindo problemas de relações familiares nessa época menciona contudo as dificuldades sentidas com o início do exercício da função parental:

“A única coisa que me escandalizou mais a vida foi o nascimento do meu filho mais velho porque foram dois anos e meio sem dormir. Dos 56 quilos que eu pesava quando ele nasceu passei ao fim de dois anos para 90 e foi a partir daí que surgiram depois todas as doenças que tive. Porque eu ainda estive internada a fazer uma sonoterapia porque eu não dormia. Ele chorava noite e dia... Os médicos atribuíram o comportamento dele ao nascimento porque o parto foi difícil. Na posição em que estava teve de ser um parto por fórceps.

Também tive uma hipertensão grave durante toda a gravidez e vomitei sempre os nove meses.

Não, não tive problemas com o meu marido, nem com os meus sogros nessa altura. A única coisa foi que, no início da gravidez tratei de um menino com difteria, que acabou por morrer. Eu é que levei o menino para o hospital. Só se foi isso...

... Foi uma depressão que ainda durou até aos 5 anitos dele. Eu tenho impressão que só melhorei quando fiquei grávida outra vez. Depois comecei outra vez a entrar em depressão quando abortei com a queda que dei.”

[Júlia, 59 anos, doméstica]

A interferência das famílias de origem na vida da nova família são mencionadas também como factores perturbadores e causadores de mal-estar, não só psíquico mas também de doença orgânica, e são referidos por mulheres em todos os estádios da vida conjugal.

Paula, de 34 anos, casada há 15 anos refere:

“A intromissão da família do meu marido em várias fases da nossa vida. Foi desde o início da nossa vida até há quatro anos, até à doença e à morte da minha sogra. Ela era muito dominadora. Eu tinha medo dela. Sempre tive desde pequena. Eu vivia ali porta com porta. Ela era uma pessoa autoritária. Eu sempre fiz até há quatro anos o que a família dele quis. E sentia-me culpada de não ser eu, de ser sempre uma máscara. Eu podia ter vivido muito melhor. Porque é que agora estou a ser tão feliz e dantes não fui? Imagine que eu agora morro e estive tanto tempo sem viver isso. Isso tudo mexe cá dentro. E eu vivi muito, muito deprimida, durante todos esses anos.”

[Paula, de 34 anos, recepcionista de consultório, desempregada]

Josefa, casada há 15 anos e com esclerose múltipla diagnosticada há 11 anos associa o desenvolvimento da sua doença a problemas de ordem familiar:

“Acho que os problemas com a minha sogra interferiram um bocado. Sim...porque além de ser uma pessoa que quer sempre mandar...Também foi na altura em que fiquei sem emprego e passei dias que era de manhã à noite sempre com ela, sempre, sempre, sempre. O ter ficado sem trabalho também teve influência, mas foram sobretudo nos problemas com a minha sogra. “

[Josefa, 41 anos, assistente social, desempregada]

Mulheres em fases mais avançadas do seu percurso pessoal e familiar fazem também referência à influência que as famílias dos cônjuges ou a sua própria família de origem tiveram no seu estado de saúde. Para Valentina, reformada por incapacidade, por

carcinoma medular da tiróide, a pressão familiar e a existência de elementos físicos externos constituíram, no seu entender, os factores desencadeantes da doença:

“Eu ficava nervosa mas não deitava para fora para não magoar ninguém. E o stress. Eu não podia deitar para fora. Mas não era só com o meu marido. Era com os meus irmãos. Que era a grande guerra que eu tive sempre. Sabe a senhora, que quando estava grávida do Nuno, a maior pressão para abortar, não foi do meu marido. Os meus irmãos é que influenciavam ainda mais o meu marido. Se eu tivesse outra voz como a minha ele talvez não me dissesse para abortar. Eram as minhas irmãs...e aborta, e aborta... e pronto eu estava casada e não era senhora dos meus actos. Era muita pressão para cima de mim.

A gravidez do Pedro foi muito conturbada, eu não estava à espera, já tinha arrumado a minha vida de outro modo. Tudo isso foi muito complicado. Todas essas coisas misturadas podem ter influenciado. Mas como disse á senhora, tenho quase a certeza que aquilo foi coisa que veio de fora, de Chernobyl”

[Valentina, 50 anos]

Para Rosário, de 55 anos, uma série de factores parecem ter contribuído para o actual estado de saúde, de que a relação com a família do cônjuge também parte integrante:

“Alguns conflitos familiares ocasionados pela excessiva interferência da minha sogra na nossa vida familiar tiveram uma influência negativa no meu estado de saúde. Andei anos permanentemente enervada e contrariada. Isso repercute-se no nosso estado psíquico e físico. A pessoa descontrola-se, acaba por fumar mais, acaba por se desforrar a comer e se já tem predisposição genética para certas doenças, adoece de facto, mesmo fisicamente. Além de que, mesmo do ponto de vista psíquico, também não me sentia bem. Houve alturas em que me deprimi a sério. Evidentemente, eu acho que isso depende também muito da própria pessoa. Provavelmente alguém com mais controle sobre si mesmo, digamos, com maior controlo interno, teria vivido isso de outra maneira e teria ultrapassado de uma outra forma. Não foi o meu caso.

Dificuldades em conciliar as exigências da vida familiar e da vida profissional em alguns momentos da minha vida, também pesaram negativamente no meu estado de saúde mas eu acho que também isso tem a ver com traços da minha personalidade. Como sou muito perfeccionista em tudo, é difícil às vezes conciliar tudo. E não há dúvida de que o estilo de vida sedentário e o tabaco contribuíram muito para as doenças que actualmente tenho.”

[Rosário, psicóloga e docente universitária]

A conciliação difícil entre trabalho e vida profissional é, aliás, apontada por outras mulheres como tendo influenciado de forma negativa a sua saúde. Helena, de 39 anos, com o diagnóstico de neoplasia do ovário aos 30 anos, relata da seguinte forma a sua experiência:

“É assim: se o cancro está relacionado ao stress, eu penso que isso surgiu numa altura complicada da minha vida. Tinha muitas coisas. Tinha a Luisinha pequenina, dava aulas longe, tinha o estágio no Barreiro e como casámos e fizemos tudo só nós dois, trabalhávamos muito. Foi uma altura muito difícil, de muito stress familiar e profissional e eu acho que isso influenciou. Se há algum problema profissional mais acentuado, ou familiar ou monetário, os ânimos estão mais exaltados. Eu lembro-me que vivia no Castelo, ia a pé até ao barco e chovia sempre, e eu sentia-me mal, cansada, sem saber o que tinha... Foi um estágio difícil, tinha duas disciplinas, tinha aulas assistidas, tinha a faculdade. E eu tinha de passar os dias e os fins de semana... e o meu marido ajudou-me... passava-me as coisas à máquina. E Luisinha era pequenina, e eu deixava-a andar à solta e ela desarrumava tudo, foi assim o ano inteiro. E eu sentia-me mal.

Esse ano da minha doença foi realmente um ano mais agitado, mais difícil. E quando estive na Lourinhã, já depois de operada eu ia e vinha todos os dias e sentia-me tão cansada... Cansada, cansada ... Aulas e direcção de turma, ir e vir todos os dias...cansadíssima. Mas o ano do estágio foi o pior. E foi nesse ano que se declarou o cancro.”

[Helena, professora do ensino secundário]

A existência de doenças graves em familiares próximos, e a permanência dos mesmos no espaço doméstico das entrevistadas, é ainda uma situação referida por algumas mulheres como tendo condicionado um estado de saúde mais negativo, pelo cansaço inerente ao cuidado dos doentes e pela alteração temporária da estrutura do núcleo familiar. Situações vividas na infância – separação dos pais, maus tratos infligidos por familiares ou estranhos – são referidas como tendo tido, em fases mais precoces da vida, repercussão negativa na saúde das entrevistadas.

Enunciámos de forma breve alguns dos acontecimentos e circunstâncias que na perspectiva das nossas entrevistadas interferiram de forma negativa no seu estado de saúde. As influências positivas estão sobretudo relacionadas com os afectos, com a estabilidade da vida familiar. A existência de filhos e a qualidade da relação parental é tão valorizada como o apoio dos maridos e a qualidade da relação conjugal. Ainda o apoio das famílias de origem e de amigos é referido por algumas entrevistadas.

Quando a vida familiar se não mostra gratificante o trabalho cumpre por vezes essa função como na situação de Ana e de Márcia:

“O meu investimento profissional, o facto de ocupar este cargo, foi muito bom a nível pessoal e ajudou-me neste momento a não me deixar ir tão abaixo. “

[Ana, professora do ensino secundário, actualmente num cargo de gestão escolar]

“O trabalho; tenho lutado muito mas estou satisfeita comigo própria porque consigo demonstrar a mim mesma que quando eu quero consigo fazer. Isso faz-me bem. Gostava de me aperfeiçoar ainda mais na Cerâmica para poder ir aos outros serviços desta instituição fazer umas sessões. Gostava de aprender ainda mais coisas e fazer mais. Com o tempo...”

[Márcia, monitora de cerâmica]

Mas são os afectos o que de forma mais directa parece influenciar a vida destas mulheres; ainda que algumas relações estejam já só na memória a sua influência parece estender-se até ao presente, como na situação de Adriana, de 64 anos, actualmente num segundo casamento.

“Olhe, todas as mulheres têm um grande amor na sua vida. E eu tive. Aí por volta dos trinta e tal anos, tive um relacionamento com uma pessoa de quem gostava muito e com quem me dava excepcionalmente bem. E que gostava muito de mim também. Eu tinha decidido até voltar a casar-me –

porque eu tinha decidido depois da primeira separação não voltar a casar novamente. Mas ele morreu. Mas foi uma pessoa que me deu muito emocionalmente. Eu sentia-me bem, sentia-me feliz...Foi um acontecimento que marcou toda a minha vida e acabou por influenciar positivamente toda a minha vida no aspecto emocional e portanto no aspecto físico também”

[Adriana, economista, empresária]

Com a afirmação de Carolina - 31 anos, farmacêutica, casada há seis anos, e com dois filhos - terminamos este capítulo, por nos parecer que ela condensa em si, as respostas dadas, por outras palavras, por uma parte significativa das nossas entrevistadas:

“Positivamente? Graças a Deus sou feliz. Eu tenho a certeza absoluta de que isso influencia o meu estado de saúde, porque acho que uma pessoa triste e depressiva à partida quase que contrai mais doenças. Pode não ser uma relação directa mas acho que uma pessoa feliz tem muito mais saúde ou tende a ter mais saúde do que uma pessoa que não é feliz”

Conclusão

No exercício da nossa actividade médica fomos, durante mais de duas décadas, confrontadas com uma frequência de consulta maioritariamente feminina com problemas de saúde de gravidade ligeira a moderada e onde os problemas familiares e sociais tinham expressão relevante. Constatámos ainda que, tal como a literatura médica o referia, um pequeno número de utilizadoras tendia a consumir uma parte significativa da totalidade das consultas efectuadas (Westhead, 1985; Scaife, Heywood e Neal, 2000).

Reconhece-se, também, que, embora as mulheres apresentem taxas menores de mortalidade e maior esperança de vida sem incapacidade grave, elas percebem a sua saúde como mais pobre e, com maior frequência, recorrem aos serviços de saúde (Cabral, 2002; Commission Européenne, 2003; Silva e Alves 2002a,2000b). Socializações que podem facilitar e tornar este contacto com os serviços de saúde mais aceitável nas mulheres, mas também condições de existência marcadas pelo género – a vida na família, a vida no trabalho e suas sobreposições – que de alguma forma podem influir no bem estar total da mulher e por isso mesmo, na forma como se autoavalia em termos de saúde.

Procurar relacionar os resultados da auto-percepção de saúde da mulher com alguns factores de ordem social e familiar foi o objectivo a que nos propusemos nesta investigação. Partimos das hipóteses de que a avaliação do estado de saúde, na mulher, se poderia associar às concepções de saúde presentes em cada mulher, à classe social de pertença, ao tipo de família em que se insere e à fase do seu percurso familiar.

Trabalhámos com uma população de trinta mulheres dos 20 aos 64 anos de idade repartidas equitativamente por três grupos etários e duas classes sociais: classe social média-alta e média-baixa. Seguimos uma metodologia qualitativa tendo efectuado entrevistas semi-dirigidas e análise de conteúdo das mesmas.

Na classe social média-alta predominam as concepções de “saúde-equilíbrio” de Claudine Herlich, (Herzlich, 1969; Adam e Herzlich, 1994) em que esta é identificada como o bem-estar total, físico e psicológico, a eficiência na actividade e a harmonia na relação com os outros. Na classe média-baixa predomina uma concepção instrumental de saúde: saúde é aquilo que permite a realização de outras coisas, nomeadamente aquilo que permite trabalhar. Concepções de saúde como ausência de doença ou como o produto de um esforço pessoal são menos significativas nesta população.

Procurámos compreender alguns elementos da dinâmica das famílias das mulheres entrevistadas nomeadamente no que se refere à coesão e organização familiares e ao seu grau de abertura ao exterior.

Relativamente à coesão, e utilizando como dimensões de análise o grau de fusão/autonomia, o subsistema de eleição no interior da família e as formas de comunicação familiar, identificámos, nas famílias de classe média-alta, cinco famílias com fusão familiar forte, sete com coesão familiar com autonomia, duas com separação conjugal atenuada e uma com separação conjugal forte. Nas famílias de classe média-baixa constatámos igual número de famílias com coesão familiar e autonomia; duas famílias apresentavam situações de separação e as seis restantes uma forte fusão familiar.

Nos aspectos de regulação familiar interessou-nos perceber, sobretudo, como nestas famílias era feita a divisão de papéis no interior do grupo. Para tal, estudámos a forma como os vários elementos da família repartiam entre si a execução das tarefas domésticas e cuidados aos filhos. Nas famílias de classe-média alta predomina uma moderada diferenciação sexual de papéis. Uma forte divisão sexual de papéis prevalece nas famílias de classe média-baixa.

Entre outros autores, Sluzki (1996) faz referência à importância da rede social no estado de saúde dos indivíduos. Foi nossa intenção investigar o tipo de redes sociais das nossas entrevistadas no que se refere a amizades e contactos com familiares. No sentido de perceber e classificar o tipo de abertura familiar, utilizámos como indicadores, não só a amplitude das redes, a frequência e intimidade dos contactos, mas ainda os outros interesses exteriores à família manifestados pelas entrevistadas. Uma maior abertura familiar prevalece nas famílias de classe média-alta. Na classe média-baixa as situações de abertura moderada são preponderantes e existem situações de encerramento familiar, ausentes no grupo anterior.

No que se refere aos tipos de família trabalhámos essencialmente com a tipologia defendida por Kellerhals e colaboradores (Widmer, Kellerhals e Levy 2004).

Nas mulheres de classe média-alta predominam as famílias de tipo companheirismo (nove das quinze situações estudadas); na classe média-baixa as mulheres repartem-se pelos cinco tipos de famílias, com ligeiro predomínio das famílias bastião (cinco em quinze das situações analisadas).

Uma vez feita a caracterização pessoal, social e familiar das entrevistadas procurámos relacionar estes elementos com os resultados das respectivas auto-avaliações

dos estados de saúde tendo tentado perceber, ainda, o que, do ponto de vista das mulheres, mais tinha influenciado o seu estado de saúde.

Pelas inúmeras dimensões e indicadores trabalhados recebemos retirar, neste trabalho, conclusões imediatas e precisas. A dificuldade em isolar as diferentes variáveis dos eventuais efeitos cruzados de outras variáveis faz-nos ser cautelosas na apreciação dos resultados. Este trabalho surge-nos quase como um trabalho exploratório sugerindo-nos os seus resultados tendências que estudos subsequentes poderão confirmar ou infirmar.

Sem querer repetir de forma exaustiva os resultados apresentados de forma parcelar em cada capítulo, apontaríamos aqui os que nos parecem mais pertinentes:

1. A auto-avaliação do estado de saúde da mulher tende a mostrar-se associada à classe social de pertença da mesma, com mulheres de classes sociais menos favorecidas a avaliarem de forma mais negativa o seu estado de saúde.
2. As mulheres do escalão etário mais elevado, na classe média-baixa, são as que, no conjunto da população estudada, avaliam mais negativamente o seu estado de saúde.
3. As representações de saúde e doença tendem a variar com a classe social. Representações de saúde associadas a um estado positivo, a um equilíbrio, predominam na classe social média alta, onde o estado de saúde é avaliado também de forma mais positiva; na classe média baixa, onde os estados de saúde tendem a ser avaliados de forma mais negativa, predominam concepções de saúde em que a mesma tem sobretudo uma função instrumental, "a saúde - instrumento".
4. No que respeita aos aspectos de regulação familiar, mulheres inseridas em famílias com moderada diferenciação ou indiferenciação sexual dos papéis familiares tendem a avaliar a sua saúde de forma mais positiva.
5. Parece existir uma correlação entre estados de saúde avaliados positivamente pelas entrevistadas e a existência de uma sexualidade conjugal mais gratificante.
6. Os estados de saúde avaliados pelas mulheres de forma mais positiva parecem associar-se predominantemente a famílias com maior abertura ao exterior;

inversamente, estados de saúde avaliados menos positivamente tendem a surgir em famílias com menor grau de abertura ao exterior.

7. Uma avaliação mais positiva do estado de saúde da mulher tende a predominar nas famílias de tipo companheirismo tal como definidas por Kellerhals; os estados avaliados de forma mais negativa, repartem-se por diversos tipos familiares, parecendo haver contudo uma maior concentração nas famílias tipo bastião.
8. Do ponto de vista subjectivo, três grandes categorias de factores são mencionados pelas mulheres como tendo influência negativa no seu estado de saúde:
 - factores familiares, nomeadamente as situações de infidelidade e ruptura conjugal, as influências excessivas das famílias de origem, relações familiares conflituosas em determinadas fases do percurso familiar
 - conciliação difícil entre vida familiar e a vida profissional, referida particularmente pelas mulheres mais jovens
 - condições de trabalho profissional – pela dureza do trabalho ou pelos aspectos relacionais.

A qualidade dos afectos e a estabilidade da vida familiar foram os aspectos referidos pelas mulheres como influenciando de forma positiva o seu estado de saúde.

Não nos foi possível estabelecer qualquer relação entre o grau de coesão familiar e a avaliação do estado de saúde pela mulher. De igual forma, não foi possível estabelecer relações entre o mesmo e a ideologia e prática religiosa uma vez que a situação dominante neste campo foi a de católica não praticante. Não confirmámos também a hipótese, inicialmente colocada, de que as mulheres com filhos adolescentes ou em fase de ninho vazio avaliavam de forma mais negativa a sua saúde.

Gostaríamos de referir o enorme prazer que foi, para nós, realizar este trabalho. Em primeiro lugar porque nele conciliámos duas das áreas que desde há décadas mais suscitam o nosso interesse, a saúde e a família. Depois porque, utilizando desde há muito a entrevista como um dos instrumentos privilegiados de trabalho, a utilizamos sempre em contexto clínico; na construção do diagnóstico – embora num sentido lato que ultrapassa o nomear a doença – e na utilização terapêutica que da própria entrevista fazemos. Nunca, porém, numa única entrevista tínhamos penetrado de tal forma nas diferentes áreas da vida de um indivíduo, nem captado de forma sistemática os diferentes aspectos do privado, do

percurso pessoal e familiar, dos sentimentos e das práticas diárias. Impressionou-nos a quantidade e riqueza de informação obtida, que nos permitiria, ainda, aprofundar a análise, não fosse limitado o âmbito deste trabalho.

Permitir que cada entrevistada se debruce sobre a sua história e disso possa retirar benefícios para si foi outro dos motivos de gratificação que este trabalho nos proporcionou. Como Helena nos dizia: “Nunca falei tanto da minha vida familiar ou sentimental com alguém. Se calhar isto também é importante, mesmo para mim”.

Na finalização deste trabalho – ainda que com as suas limitações e imperfeições – congratulamo-nos por ter sido possível estabelecer pontes entre dois universos só aparentemente separados: o da medicina e o das ciências sociais, particularmente o da sociologia. Construámos assim, ainda que modestamente, um universo intermédio – um campo aberto à riqueza da investigação conjunta dos dois tipos de profissionais.

Bibliografia

- Aboim, Sofia (2004), *Conjugalidades em Mudança. Percursos, Orientações e Dinâmicas da Vida a Dois*, tese de doutoramento, Lisboa, ISCTE.
- Aboim, Sofia (2005a), “As orientações normativas da conjugalidade” in Karin Wall (org.) *Famílias em Portugal*, Lisboa, Imprensa de Ciências Sociais, pp 169-229.
- Aboim, Sofia (2005b), “Dinâmicas de interação e tipos de conjugalidade” in Karin Wall (org.) *Famílias em Portugal*, Lisboa, Imprensa de Ciências Sociais, pp 231-302.
- Adam, Philippe e Claudine Herzlich (1994), *Sociologie de la maladie et de la Médecine*, Paris, Nathan.
- Alberoni, Francesco (2004 [1979]), *Enamoramento e Amor*, Chiado, Bertrand Editora.
- Alberoni, Francesco (s/d [1984]), *A Amizade*, Venda Nova, Bertrand Editora.
- Almeida, João Ferreira (1986), *Classes Sociais nos Campos*, Lisboa, Instituto de Ciências Sociais.
- Amâncio, Lígia (1994), *Masculino e Feminino. A construção social da diferença*, Porto, Edições Afrontamento.
- Amâncio, Lígia (2003), “Género e assimetria simbólica. O lugar da História na psicologia social”, in M. L. Lima, P. Castro e M. Garrido (orgs.), *Temas e Debates em Psicologia Social*, Lisboa, Livros Horizonte, pp. 111-124.
- Berger, P. e Kellner H. (1975 [1964]), “Marriage and the Construction of Reality”, in M. Anderson (org.), *Sociology of the Family: Selected Readings*, Harmondworth, Penguin Education, pp 302-323.
- Bernardi, Bernardo (1992), *Introdução aos estudos Etno-antropológicos*, Lisboa, Edições 70.
- Bott, Elisabeth (1976 [1957]), *Família e Rede Social*, Rio de Janeiro, Editora Francisco Alves
- Bourdieu, Pierre (1979), *La distinction. Critique sociale du jugement*, Paris, Les Éditions de Minuit.
- Breulin, Douglas, Richard Schwartz e Betty Mac Kune-Karrer, (2000), *Metaconceitos. Transcendendo os modelos de terapia familiar*, 2ª edição, Porto Alegre, Artmed.
- Bozon, Michel (1991), “La choix du conjoint”, in F. de Singly, (org.), *La famille: l'état des savoirs*, Paris, La Découverte, pp 22-33.

- Cabral, Manuel Villaverde (2002), (org.) *Saúde e Doença em Portugal*, Lisboa, Imprensa de Ciências Sociais.
- Canal, Gemma Orobitg (2001), “Repensar las nociones de cuerpo y de persona: Porqué para los indígenas Pumé para vivir se deve morir por um rato?”, *Etnográfica*, V (2), pp.219-240.
- Carraça, Idalmiro (1991), *Evolução das Doenças com Elevado Consumo de Consultas/Ano*, Porto, Bial.
- Carter, Elisabeth, Mónica Mc Goldrick et al, (1980), *The Family Life-Cycle: A Framework for Family Therapy*, New York, Gardner Press.
- Casey, James (1989), *História da Família*, Lisboa, Teorema.
- Chaudron, Martine (1991), “Vie de famille, vie de travail”, F. de Singly (org.), *La famille, l'état des savoirs*, Paris, La Découverte, pp.133-143.
- Commission Européenne (2003), *La situation sociale dans L'Union Européenne*, Comission Européenne
- Cruz, Sofia (2003), *Entre a Casa e a Caixa. Retrato de trabalhadoras na Grande Distribuição*, Porto, Afrontamento.
- Cunha, Vanessa (2005), “As funções dos filhos na família” in K. Wall (org.), *Famílias em Portugal*, Lisboa, Imprensa de Ciências Sociais, pp 465-497
- Deschamps, Jean-Claude (2003), “Identidade e relações de poder em contexto intergrupar” in M. L. Lima, P. Castro e M. Garrido (orgs.), *Temas e Debates em Psicologia Social*, Lisboa, Livros Horizonte, pp.57-72.
- Dosse, François (1992), *Histoire du structuralisme I. Le champ du signe, 1945-1966*, Paris, La Découverte.
- Durkheim, Émile (1977 [1893]), *A Divisão do Trabalho Social I*, Lisboa, Editorial Presença
- Freeborn D.K. , Pope C.R., Mullooly J.P., Mc Farland B. (1985), ”Consistently High Users of Medical Care Among the Elderly”, *Medical Care*, 23, pp. 526-540.
- Giddens, Anthony (1996 [1992]), *Transformações da Intimidade: Sexualidade, Amor e Erotismo nas Sociedades Modernas*, Oeiras, Celta Editora.
- Gill D, Dawes M, Sharpe M, Mayou R, (1998), “G. P. frequent consulters: their prevalence, natural history and contribution to rising Workload”, *British Journal of General Practitioner*, 48, pp 1856-57.

- Girard, Alain (1981 [1964]), *Le choix du conjoint: une enquête psychosociologique*, Paris, PUF.
- Guerreiro, Maria das Dores (2000), *Conciliação entre Vida Profissional e Familiar*, Ministério do Trabalho e Solidariedade, Comissão de Coordenação do Fundo Social Europeu.
- Guerreiro, Maria das Dores (2001) “Novos conceitos de Família”, *Pretextos*, (6) Agosto, Ministério do Trabalho e Solidariedade Social, 16 -17.
- Goode, William (1970 [1964]), *A Família*, São Paulo, Livraria Pioneira Editora.
- Halfens, Ruud J. G., 1995, “Effect of Hospital Stay on Health Locus-of-Control Beliefs,” *Western Journal of Nursing Research*, 17 (2), 156-167.
- Herzlich, Claudine (1969), *Santé et Maladie, analyse d’une représentation sociale*, Paris, Éditions de L’École des Hautes Études en Sciences Sociales.
- Hespanhol, Alberto (1999), “A Família e os Estilos de Vida. Comunicação apresentada no 3º Congresso Luso - Galego de Medicina Familiar e Comunitária”, *Familiarmente*, 1, pp.5-8.
- Hoffman, Lynn (1999), “Prólogo”, in H. Anderson, *Conversación, lenguaje y posibilidades. Un enfoque posmoderno de la terapia*, Bueno Aires, Amorrotu, pp. 13-19.
- Hoffman, Lynn (2003), *Terapia Familiar. Uma história pessoal*, Lisboa, Climepsi.
- Horder, John (2004), “Clínica Geral/Medicina Familiar: Portugal e o mundo, uma perspectiva dos últimos 25 anos”, in M. Alves e V. Ramos (orgs.), *Medicina Geral e Familiar: Da Vontade*, MVA Invent.
- Hulka B.S. e J.R. Wheat (1985), “Patterns of Utilization – The Patient Perspective”, *Medical Care*, 23, pp. 438-460.
- Jodelet, Denise (1974), *La représentation sociale du corps*, Paris, École des Hautes Études en Sciences Sociales – Laboratoire de Psychologie Sociale.
- Kaufman, Jean-Claude (1993), *Sociologie du couple*, Paris, PUF.
- Kellerhals, Jean (1987), “Les types d’interactions dans la famille”, *L’année sociologique*, 37, pp.153-179.
- Kellerhals, Jean e Cléopâtre Montadon (1991), “Les styles éducatifs”, in F. de Singly, (org.), *La famille: l’état des savoirs*, Paris, La Découverte, pp.194-200.
- Kimmel, Michael (2000), *The Gendered Society Reader*, New York, Oxford, Oxford University Press.

- Kuper, Adam (1973), *Antropologia e antropólogos: La escuela británica: 1922-1972*, Barcelona, Anagrama.
- Laplantine, François (1992 [1986]), *Anthropologie de la maladie*, Paris, Éditions Payot.
- Leandro, Maria Engrácia (2001), *Sociologia da Família nas Sociedades Contemporâneas*, Lisboa, Universidade Aberta.
- Leandro, Maria Engrácia (2001a), “A saúde no prisma dos valores da modernidade”, *Trabalhos de antropologia e Etnologia*, 41 (3-4), pp. 67-93
- Marc, Edmond e Dominique Picard (1984), *L'École de Palo Alto*, Paris, Editions Retz.
- Meda, Dominique (2001), *Le temps des Femmes. Pour un nouveau partage des rôles*, Paris, Flammarion.
- Michel, Andrée (s/d), *Sociologia da Família e do Casamento*, Porto, Rés.
- Minuchin, Salvador, (1990 [1980]), *Famílias: Funcionamento e Tratamento*, Porto Alegre, Artes Médicas.
- Moscovici, Serge (1969), “Préface”, in C. Herzlich, *Santé et maladie. Analyse d'une représentation sociale*, Paris, École des Hautes Études en Sciences Sociales, pp. 7-12.
- Onnis, Luigi (1996), *Les Langages du corps, La révolution systémique en psychosomatique*, Paris, ESF éditeur.
- Olson, David et al. (1983), *Families What Makes Them Work*, Beverly Hills/ London/ New Delhi, Sage Publications.
- Parsons, Talcott (1971 [1949]), “ A estrutura social da família” in Ruth Ashen (org.), *A família sua função e destino*, Lisboa, Edições Afrontamento.
- Percheron, Annick (1991), “La Transmission des valeurs”, in F. de Singly (org.), *La famille: l'état des savoirs*, Paris, La Découverte, pp.183-193.
- Perista, Heloísa (2002), “Género e trabalho não pago: os tempos das mulheres e os tempos dos homens”, *Análise Social*, 163, pp. 447-474.
- Pierret, Janine (1994), “Les significations sociales de la santé: Paris, l'Essonne, l'Herault” in M. Augé e C. Herzlich, (orgs.), *Le sens du mal. Anthropologie, histoire, sociologie de la maladie*, Paris, Éditions des Archives Contemporaines, pp 217-256.
- Renzetti, Claire e Daniel Curran (1995 [1989]), *Women, Men and Society*, Boston, London, Toronto, Sydney, Tokyo, Singapore, Ally and Bacon.
- Reis, Joaquim Cruz (2005), *O que é a saúde?* Lisboa, Nova Vega.

- Rougemont, Denis (1999 [1956]), *O amor e o ocidente*, Lisboa, Vega.
- Roussel, Louis (1989), *La famille incertaine*, Paris, Editions Odile Jacob.
- Roussel, Louis (1991) "Les types de famille", F. de Singly (org.), *La famille, l'état des savoirs*, Paris, La Découverte, pp 83-94.
- Saraceno, Chiara e Manuela Naldini (2003), *Sociologia da Família*, Lisboa, Editorial Estampa.
- Scaife, B, Gill PS, Heywood and Neal, Rd (2000), "Socio-economic characteristics of adult frequent attenders in general practice: secondary analysis of data", *Family Practice*, 17 (4), pp.298-304.
- Segalen, Martine (1991), "Les relations de parenté", F. de Singly, (org.), *La famille: l'état des savoirs*, Paris, La Découverte, pp.232-238.
- Segalen, Martine (1999 [1996]), *Sociologia da Família*, Lisboa, Terramar.
- Silva, Luísa e Fátima Alves (2002a), *A Saúde das Mulheres em Portugal*, Porto, Edições Afrontamento.
- Silva, Luísa e Fátima Alves (2002b), "A Saúde das Mulheres em Portugal", in M. E. Leandro, M. M. L. de Araújo e M S. Costa, *Saúde. As teias da discriminação social – Actas do colóquio internacional Saúde e Discriminação Social*, Braga, Instituto de Ciências Sociais da Universidade do Minho, pp 165-179.
- Singly, François de (1991) *La famille: l'état des saviors*, Paris, Éditions La Découverte.
- Singly, François de (1996), *Le soi, le couple et la famille*, Paris, Nathan.
- Singly, François de (2002 [1993]), *Sociologie de la famille contemporaine*, Paris, Nathan.
- Sluzki, Carlos (1993), "Processo, estrutura e visão do mundo: para uma visão integrada de modelos sistémicos na terapia familiar", *Psicologia*, IX (1), pp. 11-18.
- Sluzki, Carlos (1996), *La rede social: Frontera de la práctica sistémica*, Barcelona, Gedisa.
- Sonnet, Martine (1991), "Le travail des mères. Approche historique", in F. de Singly (org.), *La famille: l'état des savoirs*, Paris, La Découverte, pp. 145-155.
- Teixeira, Alfredo (2005), "A prática religiosa. O fim do Cristianismo objectivo?", *Estudos sociológicos*, (Ano 9), pp. 227-252.
- Torres, Anália (1987), "Amores e desamores – para uma análise sociológica das relações afectivas", *Sociologia*, pp. 21-33
- Torres, Anália, (2001) *Sociologia do Casamento*, Oeiras, Celta Editora.
- Torres, Anália (2002), *Casamento em Portugal*, Oeiras, Celta Editora.

- Torres, Anália et al. (2004), *Homens e Mulheres entre a Família e o Trabalho*, Lisboa, Presidência do Conselho de Ministros e Ministério da Segurança Social e do Trabalho, Comissão para a Igualdade no Trabalho e no Emprego.
- Vasconcelos, Pedro (2002), “Redes de apoio familiar e desigualdade social: estratégias de classe”, *Análise Social*, 163, pp. 507-544.
- Wall, Karin e Maria das Dores Guerreiro (2005), “A divisão familiar do trabalho” in K. Wall (org.), *Famílias em Portugal*, Lisboa, Imprensa de Ciências Sociais, pp 303-362.
- Watzlawick, Paul (1991), *A realidade é real?* Lisboa, Relógio de Água.
- Watzlawick, Paul, Janet Beavin e Don D. Jackson (1993 [1967]), *Pragmática da Comunicação Humana*, São Paulo, Cultrix.
- Westhead, J. N. (1985) “Frequent Attenders in General Practice: Medical, Psychological and Social Characteristics”, *Journal of Royal College of General Practitioners*, 35, pp. 337-340.
- Widmer, Éric, Jean Kellerhals e René Levy (2004), “Quelle pluralisation des relations familiales?” *Revue Française de Sociologie*, 45(1), pp. 37-67.
- Wilkinson, Richard e Michael Marmot (orgs.), (2003), *Social Determinants of Health, The solids facts*, Copenhagen, World Health Organization Regional Office for Europe

Documentos electrónicos:

- Instituto de Ciências Sociais (2000) *Atitudes sociais dos portugueses*
http://www.ics.ul.pt/bpletins/pdf/boletim_2.pdf, consulta a 19/02/2007
- Centre for Innovation in Primary Care (2000), *Frequent Attenders, Who are they?*
www.innovate.org.uk/library/FrequentAttend/Frequent%20Attenders2.htm, consulta a 23/06/2004
- Guérin, Daniel, Martin Lavoie e Jean Crête (2003), “L’environnement social et l’état de santé: un modèle d’équations structurales”, *Cahiers du CAPP*,
<http://www.capp.ulaval.ca/publication/cahier/Guerin-Lavoie-Crete04.pdf>, consulta a 09/6/2007
- Johnson, Jeffrey V., 2004, “Work Stressors and Social Class”, *Job Stress Network*,
<http://www.workhealth.org/risk/johnson%20article.html>, consulta a 12/10/06
- Lamas, Marta (2004), *La perspectiva de genero*.
www.latarea.com.mx/articu/articu8/lamas8.htm, consulta a 05/07/2004

Wilson, Bruce (2004), *Androgen Insensitivity Syndrome*.

www.emedicine.com/PED/topic2222.htm, consulta a 06/07/2004

WONCA Europe (2002) *A definição europeia da medicina Geral e Familiar*,

<http://www.woncaeurope.org>

ANEXOS

Anexo A

População estudada e questões metodológicas

(A1 a A4)

Anexo A1
População estudada: caracterização pessoal, familiar e social

Anexo A1

Listagem de mulheres entrevistadas da classe média baixa – caracterização pessoal e familiar (continuação na página seguinte)

Nome e número de entrevista	Idade Mulher Cônjuge	Naturalidade	Residência	Escolaridade 1-Mulher 2- Cônjuge	Profissão / condição na profissão 1- M 2-Conj	Situação religiosa 1-Mulher 2- Cônjuge	Tipo e duração da união	Nº filhos	Coabitantes	Estrutura do grupo Familiar
Zulmira 3	26 42	S. Tomé	S. Domingos de benfica	1-12ºano 2- 9ºano	1-Empregada de refeito rio 2- Empregado hotelaria	1-Evangélica P 2-EvangélicoP	C. Civil – 3 anos	0	casal	Simples
Leonor 16	21 31	Grande Lisboa	Castelo	1-6ºano 2- 4 ano	1-Doméstica 2-Vigilante A	1 Católica NP 2 Católica NP	União de Facto–2 anos	1 filha de 7 anos – gravidez na Adolescência 1 filho de 5 meses	Casal, 2 filhos e 1 sobrinho 4 anos	Simples
Paula 18	34 39	Lisboa	Odivelas	1-9ºano 2-12ºano	1-Recepcionista desempregada 2-Instrutor de condução	1-Católica NP 2 –Católico NP	C. Religioso 15A	1Filha 13anos e 1 filho,1 mês	Casal e filhos	Simples
Sónia 22	33 43	Lisboa	Odivelas	1-6º ano 2-9º ano	1- Cabelreira 2 - Fiel de Armazém	1-CatólicaNP 2-CatólicaNP	C Religioso - 8A	1Filho 4 Anos e 1 filha de 2M	Casal e filhos	Simples
Cristina 24	34 40	Lisboa	Queluz	1- 6ºano 2- 9ºano	1-Empregada limpeza 2-Técnico de telefones	1-Católica P 2-Católico NP	C Religiosa -13A	1Filha, 11Anos	Casal e filha	Simples
Mariana 2	44 48	Lisboa	S .Domingos de Benfica	1-4 ºano 2-4ºano	1-Costureira – 2-Escriturário – Desempregado	1-Católica NP 2-Católico NP	CR -26 A	2 filhos de 24 e 14 anos	Casal e filhos	Simples
Esmeralda 13	41 51	Salazar-Angola	S. Domingos de Benfica	1-4ºano 2 -9ºano	1-Auxiliar de educação 2-Mecânico	1-CatólicaNP 2 - Não crente	1º C Religioso - 12ª duração 2ª União de facto - 8 A	1filha,26 anos, 2 filhos 16 e 14 -1º casamento 1filho 8 Anos da 2º união	Casal e 3 filhos	Simples Reconstituída

Anexo A1

Listagem de mulheres entrevistadas da classe média baixa – caracterização pessoal e familiar (continuação)

Nome e número de Entrevista	Idade		Naturalidade Mulher	Residência	Escolaridade		Profissão / condição na profissão		Situação religiosa	Tipo e duração da união	Nº filhos	Coabitantes	Estrutura do grupo familiar
	1- Mulher	2- Cônjuge			1-Mulher	2- Cônjuge	1- M	2- C					
Olinda 14	45 44		Vila Real	S. Domingos De Benfica	1-4º ano 2-9º ano		1-Cozinheira Desempregada 2-Técnico Gás	1-Católica P 2-Não crente	C. Religioso 25 anos	2filhas, 24 e 18 A 1neta 2 A1neto 2m	Casal, 1 filha e um neto	Extensa	
Márcia 25	47 53		Beira Moçambique	Loures	1-11º ano 2-12º ano		1-Monitoraa de cerâmica 2-Técnico de electrónica	1-Não crente 2-Hindu Prat	C. Religioso (hindu) 19 anos	1 filho 24A, 1filha de 22	Casal e filhos	Simple	
Elisabete 29	41 44		Almeida	S. João da Talha	1 - 11º ano 2 - 9º ano		1-Técnica de sinalização luminosa 2-Pintor rodoviário	1-Católica P.Irregular 2-Católico NP	C. Religioso 19 anos	2 filhos de 17 e 7 anos e uma filha 8 anos	Casal e filhos	simple	
Georgina 1	53 53		Lisboa	Benfica	1-4ºano 2 -Analfabeto		1-Modista- Reform. Actualmente dama de companhia 2- Pedreiro	1-Católica NP 2- Católico NP	1º - C.R - 11 A 2º - C.C – 4 A 3º - U.F.- 3 A	1 filho 26 anos 3 enteados – 2 rapazes 17 e 12 A; 1 rapariga 16 anos	Casal e Enteados	Simple - Recompsto	
Lurdes	58 59		Lisboa	S. Domingos de Benfica	1- 9ºano 2 - 11ºano		1-Escriturária 2-Escriturário	1-Católica NP 2- Católico NP	C. Religioso 35 anos	1filho de 35 anos	Casal	Simple	
Valentina 15	50 50		Lamego	Campolide	1-4ºano 2-4ºano		1- Empregada. Domestica - Reformada 2- Porteiro	1-CatólicaP 2-Católico NP	C. Religioso 30A	2 Filhas 28 e 25 A, 1 filho de 18	Casal e 2 F	Simple	
Júlia 19	59 64		Oliveira do Hospital	Queluz	1-4ºano 2-7ºano		1Doméstica 2 Operário especializado, Reformado	Católica NP Não Crente	C. Civil - 30A	2 filho, 29 e 22 anos 1 enteado não coabitante	Casal, filhos e nora	Recompsta e Múltipla	
Clara 21	50 48		Reguengos	Cacém	1-4ºano 2-4ºano		1-Auxiliar familiar 2-Vidraceiro	1CatólicaNP 2CatólicoNP	C. Religioso 23 A	1 filha 20 A	Casal e filha	Simple	

Anexo A1

Listagem de mulheres entrevistadas da classe média alta – caracterização pessoal e familiar (continuação na página seguinte)

Nome e número de Entrevista	Idade 1- Mulher 2- Cônjuge	Naturalidade	Residência	Escolaridade 1-Mulher 2- cônjuge	Profissão / condição na profissão 1- M 2-C	Situação religiosa 1-Mulher 2- C	Tipo e duração da união	Nº filhos	Coabitantes	Estrutura do grupo Familiar
Carmo 4	32 34	Grande Lisboa	Amadora	1-Licenciatura em Ciência Política 2 – Licenciatura Direito	1-Secretária 2-Advogado	1 Católica NP 2 Católico NP	C.Religioso 1 ano	1 filha 2 meses	Casal e filha	Simple
Mª. João 8	34 34	Lisboa	S. João de Deus	1-Licenciatura Arquitectura 2-Curso Superior da Escola Naval	1- Arquitecta 2-Oficial da Marinha	1 Católica P 2 Católic P Irreg.	C. Religioso 9 anos	3 filhos 7, 5, 3 anos	Casal e filhos	Simple
Carolina 9	31 34	Lisboa	Benfica	1- Licenciatura Farmácia 2- Licenciatura Economia	1-Farmacêutica 2- Economista	1 Católica P 2 Católico P	C.Religioso 6 anos	1 filho 5anos 1Filha 3 anos	Casal filhos e empregada	Simple
Carlota 10	31 33	Lisboa	Campo Grande	1-Licenciatura Eng. grónoma 2Licenciat.Engenharia	1-Engenheira Agrónoma 2-Engenheiro	1 Católica Pirr. 2 Católico NP	C. Religioso 7 anos	3Filhas de 5,3,2 anos	Casal e filhos	Simple
Inês 27	34 37	Harare-Zimbabwe	Sacavém	1. Mestrado em Ictiopatologia 2 Curso Técn. Aquacultura	1Ictiopatologista 2Empresário aquacultura	1Católica NP 2 Não crente	C.Religioso 10 anos	2 filhas de 3 e 1 ano	Casal e filhas	Simple
Helena 5	39 43	Salvaterra	S.Domingos	1 Licenciatura Línguas e Literatura Moderna 2- 12ºano	Professora Ensino Especial Empresário A	1Católica NP 2 Não Crente	C.Civil 11anos	2 filhas de 11 e 8 anos	Casal e filhas	Simple
Ana 12	47 50	Viseu	Lumiar	1 Licenciatura História 2 Licenciatura História	Prof.Enns.2º Professor	Católica NP Não Crente	C.Religioso	1 filha de 19 anos	Casal e filha	Simple

Anexo A1

Listagem de mulheres entrevistadas da classe média alta – caracterização pessoal e familiar (continuação)

Nome e número de Entrevista	Idade		Naturalidade	Residência	Escolaridade		Profissão / condição na profissão		Situação religiosa		Tipo e duração da união	Nº filhos	Coabitantes	Estrutura do grupo familiar
	1- Mulher	2- Homem			1-Mulher	2- Homem	1- M	2-H	1-Mulher	2- Homem				
Sara 23	42	45	Lisboa	S. João de Deus	1 Mestrado em Sociologia 2 Licenciatura em Direito	1 Investigadora e Docente Universitária 2 Advogado	1 Não Crente 2 Não crente	C.Civil 18 anos	2 Filhas de 18 e 15 anos e 1 filho de 10	Casal e filhos	Simple			
Josefa 28	41	45	Abrantes	S. Domingos	1 Licenciatura em Serviço .Social 2 Licenciatura. Educação Física	1 Assistente Social Desempregada 2 Prof.Eduac.Física	Católica NP Não crente	C.Religioso 16 anos	1 filha de 11 anos	Casal e filha	Simple			
Isabel 30	39	40	Bombarral	Telheiras	1-Licenciatura em direito 2-Licenciatura em Direito	1 – Cons. Jurídica Gerente Empresarial 2- advogado	1-Católica P 2 – Católico P	C.Religioso Há 15 anos	2 filhos de 12 e 8 anos.	Casal e filhos	simple			
Luísa 7	57	60	Crato	S .Domingos	1 Doutoramento Geologia 2 Licenciatura Engenharia	Professora universitária A Engenheiro A	Crente SP Crente SP	C.Religioso 18 anos	1 filho 35 anos, 2 netos	Casal e pai	Extensa			
Rosário 11	55	52	Lisboa	Campo Grande	Mestrado Psicologia Lic Medicina	Psicóloga e Doc. Universitária Médico	Católica P Católico P	C. Religioso 30 anos	1 Filha 28 anos	Casal e filha	Simple			
Margarida 17	51	49	Lisboa	Amadora	1 Lic.Medicina 2Lic.Medicina	Médica Médico	Católica P Irreg Católico P Irreg	C.Religioso 16 anos	1 Filha de 13 anos	Casal, filha e pais	Extensa			
Adriana 20	64	74	Lisboa	Lumiar	1Licenciatura Econ. Finanças 2Curso Academia Militar	1- Empresária 2 - Militar - Reformado	Crente SP Não crente	C.Religioso 10 anos C Civil -7 anos	-	Casal	Simple recomposta			
Teresa 26	61	64	Castelo Branco	Luz	1-Licenciatura Economia 2-Freq. Direito	Economista Quadro Técnico S	Católica NP Católico NP	C. Religioso 39 anos	! filha de 36 anos, 2 filhos de 35 e 32 anos	Casal	Simple			

Anexo A1 – Resumo de alguns dados de caracterização da população

Mulheres da classe social média-baixa

Grupos etários

20 -34 anos - 5entrevistadas
35- 49 anos - 5 entrevistadas
50- 64 anos – 5entrevistadas

Caracterização da Ideologia e praticas religiosas

Católica praticante 3
Católica Pratica Irregular -1
Católica não praticante - 10
Evangélica Praticante -1
Não crente 1

Caracterização da estrutura familiar

Simples 13 - 2 recompostas
Extensas 1
Múltiplas 1 (com um núcleo recomposto)

Tipo de união

Casamento religioso 10
Casamento civil 2
União de facto 3

Mulheres da classe social média-alta

Grupos etários

20 -34 anos - 5entrevistadas
35- 49 anos - 5 entrevistadas
50- 64 anos – 5entrevistadas

Caracterização da Ideologia e práticas religiosas

Católica Praticante – 3
Católica Prática Irregular – 2
Católica não praticante 6
Crente sem orientação religiosa específica – 2
Não crente 1

Caracterização da estrutura familiar

Simples 13 -1 recomposta
Extensa -2

Tipo de união

Casamento Religioso 13
Casamento civil 2

Anexo A2
Guião de entrevista

Anexo A2

Guião de Entrevista

1. Agradecimentos.
2. Apresentação pessoal e explicação do objectivo do trabalho e da entrevista
3. Caracterização social da entrevistada e do cônjuge/companheiro
 - 3.1 Nome
 - 3.2 Idade
 - 3.3 Naturalidade
 - 3.4 Residência actual e anteriores – anos de permanência em cada
 - 3.5 Escolaridade
 - 3.6 Profissão
 - 3.7 Condição na profissão
 - 3.8 Situação religiosa (nível de ligação às instituições – praticante / não praticante)
 - 3.9 Situação conjugal
 - 3.9.1 caracterização da união (casamento religioso, civil, união de facto, outras)
 - 3.9.2 Anos de conjugalidade na situação actual
 - 3.9.3 N° e duração de situações conjugais anteriores
 - 3.10 Idade do cônjuge
 - 3.11 Escolaridade do cônjuge
 - 3.12 Profissão do cônjuge e condição profissional
 - 3.13 Situação religiosa do cônjuge
 - 3.14 N° e idade dos filhos
 - 3.15 Identificação dos coabitantes

(Realização de Genograma)

Não esquecer as questões do planeamento dos filhos

REPRESENTAÇÃO SOCIAL DA SAÚDE E DOENÇA

4. Vamos falar agora do que é para si a saúde e a doença e do modo como vê a sua saúde.
 - 4.1 Quando pensa em saúde quais as ideias que lhe vêm à mente? Pode desenvolver-me essa ideia.
 - 4.2 O que é para si a experiência de saúde?
 - 4.3 Quando pensa em doença que ideias lhe vêm à mente?
 - 4.4 O que é para si sentir-se doente?
 - 4.5 Relativamente ao seu estado de saúde actual como o classificaria, Excelente, Bom, Razoável, Mau, Pésimo. Porquê?
 - 4.6 Doenças pessoais diagnosticadas (Genograma)
 - 4.7 Na sua opinião o que é que causa a doença/doenças? E no seu caso o que é que causou?

- 4.8 Por outro lado, o que podemos fazer para preservarmos ou aumentar-mos o estado de saúde? O que faz pessoalmente para tal?

REGULAÇÃO

Na sua casa existem regras e normas relativamente ao funcionamento doméstico. Por exemplo:

- 5 Quem faz predominantemente as seguintes tarefas:
- Arrumar a casa
 - Cozinhar
 - Compras
 - Tratar da roupa
 - Tarefas administrativas (pagamento de serviços, etc.)
 - Tratar do carro

Se filhos pequenos:

- Tratar dos filhos (lavar, alimentar, vestir)
- Deitar os filhos
- Levar os filhos à escola
- Levar os filhos ao médico
- Acompanhar os estudos

Se houver empregada o que é que a empregada faz e o que é que de todo ela não faz?

(Mulher/ Cônjuge/ Os dois indiferentemente/ Filho(a) / Empregada ou outros familiares

- 6 É possível trocar estas tarefas ocasionalmente ou raramente trocam? Trocam com quem?
- 7 Dos dois elementos do casal quem lhe parece que dá mais atenção a todos, mais suporte afectivo?
- 8 Na vossa família quando existem conflitos (por exemplo, entre o casal, do casal ou de um elemento do casal com os filhos) quem tende a procurar a sua resolução
- 9 Gostava que pensasse na sua última semana e me dissesse como distribuiu o seu tempo por estas tarefas; vamos pensar num dia típico.
- 9.1 Trabalho profissional
 - 9.2 Trabalho voluntário em qualquer instituição
 - 9.3 Tarefas domésticas incluindo os cuidados materiais aos filhos
 - 9.4 Apoio emocional aos elementos da família
 - 9.5 Tempo de descanso e lazer
- 10 Pedia-lhe que fizesse o mesmo exercício relativamente ao seu cônjuge
- 11 Na vossa família existem horas regulares para determinados actos? Por exemplo
- deitar/levantar
 - refeições
 - actividades de lazer
 - trabalhos escolares

É um horário fixo, é regular mas pode ocasionalmente variar ou varia frequentemente?

12 Havendo filhos adolescentes como são tomadas as decisões relativamente às saídas e às horas de entrada

13 Na vossa casa quem toma as decisões relativamente a:

13.1 Grandes compras (automóvel, casa, mobiliário)

13.2 Actividades de lazer no fim-de-semana

13.3 Local e tipo de férias

13.4 Convidar ou aceitar convites

13.5 Poupanças a fazer/ investimentos financeiros

(mulher, marido, negociado entre os dois, negociado com os filhos)

COESÃO

Organização de tempos livres

14 Em casa como costumam passar os tempos livres? Quais as actividades que são feitas em conjunto pela família, as que são feitas em casal, e as que faz sozinha?

(TV, Leitura, Jogos, Música, Bricolage ou Trabalhos manuais, Conversa, Outros)

15 Excluindo as horas de trabalho profissional costumam fazer as vossas refeições juntos?

16 Fora de casa como é que costumam organizar os tempos livres?

Actividades que costumam fazer e com que frequência:

a- Em casal

b- Em família

c- Individualmente (incluindo contacto com outros familiares e amigos e a frequência dos mesmos)

(explorar idas ao café, restaurantes, espectáculos, visitas a museus ou exposições, passeios, hobbies, visitas a familiares ou amigos, actividades de carácter religioso ou outras)

Organização financeira

17 Gostava que me falasse agora da forma como organizam os vossos dinheiros

a- O dinheiro de ambos vai para um fundo comum?

b- Desse fundo comum cada um tem uma fatia para os seus gastos pessoais ou vai tirando à medida que necessita?

- c- Cada um fica com o seu vencimento e contribui igualmente para as despesas da casa? Ou contribuem em percentagens diferentes?
 - d- Costumam discutir acerca da forma como gerem o dinheiro? Porquê?
- 18 Que importância tem neste momento para si a sua actividade profissional? Porquê?
- 19 Se comparasse a importância da sua vida profissional com importância que dá à família diria que é mais, menos, ou igualmente importante?
- 20 Relativamente às outras actividades que tem, que importância tem para si a família? Foi sempre assim ou foi diferente noutra fase da sua vida?
- 21 Se pensar na sua família, a que pessoas sente que está mais ligado, neste momento? O que parece ter mais peso para si? O casal? Os filhos? Casal e filhos em conjunto? Os seus pais, irmãos ou outros familiares? Foi sempre assim ou foi diferente noutras fases da sua vida?
- 22 Pode falar-me dos interesses que tem em comum com o seu marido? Quais são?
(explorar culturais, religiosos, políticos ou outros)

SOCIABILIDADE

- 23 Como casal têm alguns amigos com quem se encontrem os dois regularmente? Quantos?
- 24 Com que frequência costumam encontrar-se? (semanal/quinzenal/mensal/mais esporadicamente)
- 25 Em que circunstâncias? Café, passeios, restaurante, acontecimentos culturais, visitas mútuas?
- 26 Desses amigos quantos diria que são vossos amigos íntimos?
- 27 Desses amigos diria que uns são sobretudo seus amigos ou do seu marido? Quantos estão mais próximos de si?
- 28 Para além desses amigos existem outros/outras que são apenas amigos seus/amigas suas? Quantos E o seu marido também tem amigos só dele?
- 29 Relativamente aqueles que são apenas seus amigos com que frequência se encontra com eles? Se raramente, mantém outro tipo de contactos?
- 30 Desses, quantos poderia eleger como amigos/ amigas íntimos?
- 31 Com que tipo de apoio pode contar por parte dos seus/ vossos amigos?
- 32 Visitam regularmente os vossos familiares próximos? Quem? Com que frequência? Em casal, em família ou individualmente? Com que frequência?
- 33 Recebem a visita regular de alguns familiares? Quem? Com que frequência?
- 33 a- Como é que costumam organizar alguns rituais familiares como por exemplo o Natal, as festas de Aniversário.?
- 34 Está envolvida em algum tipo de trabalho na comunidade? (associações, movimentos políticos, religiosos, culturais ou outros? Está envolvida sozinha ou com o seu companheiro/marido?

COMUNICAÇÃO E AFECTIVIDADE

Gostava que falássemos um pouco da forma como costumam comunicar uns com os outros na vossa casa e também dos sentimentos que estão mais presentes na vossa família

- 35 Parece-lhe que a "conversa" é uma coisa frequente na vossa casa? Quando é que conversam?
- a) De que assunto costuma falar com o seu marido? (explorar rotinas domésticas, problemas dos filhos, situações laborais, problemas pessoais, temas desportivos, culturais, sociais ou políticos)
 - b) Quais são os assuntos de conversa com os seus filhos?
 - c) Quem é que lança a conversa
- 36 Quando tenta expor os seus pontos de vista sente que é compreendida pelos outros e aceite pelos outros?
- 37 Acha que pode falar dos seus sentimentos, dos seus desejos, em casal e em família ou guarda habitualmente estas coisas para si? Do que é que costuma falar? O que é que guarda só para si?
- 38 Acha que na sua família as outras pessoas podem falar livremente do que sentem ou pensam ou parece-lhe que não espaço para isso? Porquê? Quais são os assuntos de que não se fala na vossa família?
- 39 São frequentemente irónicos quando conversam uns com os outros? Existem insinuações, "indirectas"?
- 40 Concorde habitualmente com aquilo que diz o seu marido e nunca sente necessidade de emitir uma opinião diferente? Ou pelo contrário, tem frequentemente opiniões diferentes e cada um gosta de manter a sua opinião?
- 41 Acontece-lhe frequentemente não dizer o que pensa ou sente para não levantar conflitos ou pelo contrário discutem porque têm opiniões muito vincadas e nenhum cede facilmente?
- 42 Sente que o seu marido, fala algumas vezes por si, não a deixando exprimir-se à vontade? Em que circunstâncias?
- 43 Acontece por vezes que os membros de um casal conversam um com o outro através dos filhos. (Exemplos) Acha que isso se passa na sua família? Rara ou frequentemente? Porquê?
- 44 Que assuntos originam mais conflitos na vossa família? Entre o casal? Entre o casal e os filhos?

Vamos agora falar um pouco sobre os sentimentos que vivem em família

- 45 Qual o sentimento que lhe parece estar mais presente na sua relação de casal? Explicitar (Amor paixão, Amor – amizade, companheirismo, protecção, raiva, agressividade, desinteresse...) Justifique.
- 46 Quando pensa na vossa intimidade, na vossa vida sexual, que importância dá a esse aspecto da vida? Tem sido um factor de gratificação para si? Tem originado problemas? Quais? Porquê?
- 47 Que problemas mais graves têm existido na vossa família?
- 48 Existe ou existiu alguma forma de violência na vossa família? Física, psicológica, sexual, económica?

CONCLUSÃO

- 49 Para finalizar gostaria que pensasse nos aspectos que fomos abordando ao longo desta entrevista e me dissesse se lhe parece que algum ou alguns poderão influenciar a forma como se sente em termos de saúde? Quais e de que maneira?
- 50 Ao longo da sua vida houve fases ou acontecimentos mais difíceis de viver e que influenciaram negativamente o seu estado de saúde na altura. Quais? E positivamente

Anexo A3

Ficha de recorte de entrevista

Anexo A 3

Ficha de recorte de entrevistas

Análise de entrevista 28
IDENTIFICAÇÃO

Iniciais do nome	Josefa	
Idade	41	
Naturalidade	Abrantes	
Residência Actual	Lisboa Há 13 anos na zona das Laranjeiras	
Residência Anteriores		
Escolaridade	Superior – Licenciatura em serviço social	
Profissão	Assistente Social	
Condição na profissão	desempregada	
Situação religiosa	Católica não praticante	
Situação conjugal	Casamento religioso há 16 anos	
– caracterização e duração da situação actual		
- caracterização e duração das situações anteriores (motivos de separação)		
Estrutura familiar	Simplex	
Idade conjuge	45	
Escolaridade	Superior Licenciatura em Educação Física	
Profissão	Professor de Educação Física	
Situação religiosa C	Ateu	
Nº idade dos filhos	1 filha de 11 anos; planeada	
Coabitantes	Neste momento casal e filha	

ANEXO A3

2 SAÚDE E DOENÇA

Iniciais 4 Saúde	Josefa	Unidades de registo
4.6 a)Doenças pessoais b)Doenças familiares	Esclerose Múltipla diagnosticada há 10 anos Mãe com HTA; pai saudável irmã saudável	
4.1 conceito de saúde	Para mim... não ter dores, poder fazer tudo.	Não ter dores, poder fazer tudo
comentário	Vazio; instrumento	
4.2 Experiência pessoal de saúde	Para mim... não ter dores, poder fazer tudo.	Não ter dores, poder fazer tudo
comentário	Vazio; instrumento	
4.3 conceito de doença	é a pessoa sentir-se incapacitada e o facto de ter dores	Dor, Incapacidade
comentário		
4.4 . experiência pessoal de doença	Eu tinha uma filha tão pequenina e eu sentia-me tão incapacitada ...E eu nem sequer sabia o que era... Eu até pensava que fosse pior. Pensava na morte . . É que eu nem sabia o que é que tinha. Foram ali uns dias, enquanto não vinha o resultado da ressonância Magnética...Eu estava ali... dependente. Até banho me tinham de dar! ... Depois de saber, também não tinha conhecimento da doença. E ainda por cima ouvi um comentário entre médicos..."é mesmo um estado muito grave". Fiquei assim...E depois vi as colegas de enfermaria a ficar e eu a ir embora e ...	Incapacidade Morte Dependência
comentário		
4.5 Estado de saúde	Razoável - Não é bom porque canso-me muito e porque às vezes sinto umas dormências...Não é mau porque posso fazer mais ou menos de tudo. Eu hoje não estou dependente de ninguém.	Razoável
comentário	Por sintomas, ainda que possa fazer tudo	
4.7 causas das doenças - Geral e pessoal	Além da parte genética os problemas sociais e familiares também têm um bocado a ver. Eu acho que no meu caso até tiveram. Eu agora vivo só com o meu marido e a minha filha mas nessa altura os meus sogros estavam cá em Lisboa e vivíamos todos. E não foi um período fácil A relação com a minha sogra não era boa; era mais de tensão, mas também conflito aberto. Sim acho que isso teve muita importância. Eu já era nervosa, depois estar sempre sob tensão, sujeita a crítica...Foi um período muito complicado.	Genética Problemas familiares Problemas sociais Tensão psicológica
comentário	Causas endógenas e exógenas	
4.8 Medidas preventivas Gerais e pessoais	Devemos ter uma atitude positiva perante as coisas, ter cuidados com a alimentação...Pessoal - Tento fazer uma boa alimentação, tento ter uma atitude positiva sobre as coisas da vida, mas às vezes é difícil. Tentar não me preocupar com as coisas más, tentar não dar importância àquilo que me dizem de mal...mas nem sempre consigo.	Atitude positiva Alimentação

ANEXO A3

3 – REGULAÇÃO

Entrevistada	Josefa	Comentários
Regulação		
5 – Tarefas Arrumar a casa Cozinhar Compras Tratar da roupa Tarefas administrativas Tratar do carro Se filhos ou enteados pequenos - Tratar dos filhos - Deitar os filhos - Levar os filhos à escola - Ir com os filhos/ enteados ao médico - Acompanhar os estudos	Arrumar a casa sou eu. Às vezes quando a minha irmã vem passar uns dias comigo, a Lisboa, ela ajuda-me, mas habitualmente sou eu Geralmente sou eu; às vezes o meu marido também Os dois as mensais; as do dia a dia a mulher Eu O meu marido O meu marido Eu; o meu marido ajudava Os dois Era mais eu, mas quando era pequenina íamos os dois Os dois	2 tarefas rotineiras executadas pela entrevistada 1 com ajuda ocasional do marido 1 semi - partilhada Forte divisão sexual dos papéis
- Troca de tarefas	Sim é possível embora aconteça pouco	Pode haver
Comentário		
- Suporte afectivo	Os dois	Os dois
Comentário		
8 – Quando há conflitos quem procura resolver	Talvez o meu marido. Ele liga menos a certas coisas.	o cônjuge
comentário	Papel expressivo partilhado, com o marido a ter papel mais activo na solução de conflito	

ANEXO A3

3- REGULAÇÃO (CONTINUAÇÃO)

Entrevistada	Josefa		Observações
Regulação			
Distribuição do tempo	F	M	Mulher desempregada desde há 11 anos
9.1 – Trabalho profissional	0	9 h	
9.2 – Trabalho voluntário	4 horas por semana		
9.3 – Tarefas domésticas incluindo cuidados aos filhos	6 h	1 h	
9.4 – Apoio emocional			
9.5 Tempo de descanso e lazer	Sono -8 h Lazer -2 h	5 h 2 h	
Fim de semana	Lazer		
Comentário			
11- Horários certos			Não rígidos
Deitar e levantar	Não são rígidos		
Refeições	Não são rígidos		
Lazer	Mais ou menos		
Comentário			
12 – saídas de adolescentes	-----		
Comentário			
13- Decisões	Compras – os dois Fins-de-semana - os três Férias – os três Poupanças - mais o marido Convites – os dois		Poder de decisão partilhado

ANEXO A3

4- COESÃO

Entrevistada	Josefa	Observação
Coesão		
14- Organização dos tempos livre		
a- Em família	TV, jogos coma filha	
b- o casal	TV	
c- só	Leitura	
comentário		
15 – Refeições juntos	sim	
comentário		
16 – Organização dos tempos livres no exterior		Idas à praia
a- Em casal	Não fazemos nada	Ver
b- Em família	Costumávamos ir passear mas desde que apareceu a Inês vai sempre também. A Inês está sempre., vamos à praia. Às vezes ver monumentos mas é raro	Monumentos
c- só	Faço o trabalho no sindicato; para mim é lazer. Se há colóquios ou conferências também vou.	w. Voluntário
Comentário		
17 – Organização financeira		Conta comum
a- fundo comum	Nós temos contas em conjunto, mas algumas são geridas por um de nós. Há uma que é gerida pelo meu marido outra por mim. Como a minha é mais pequena às vezes há coisas que eu preciso e peço ao meu marido... da conta comum.	e contas
b- mesada pessoal	A minha conta ainda vem do tempo em que eu trabalhava. E agora os meus pais dão-me algum dinheiro e vai para lá. Nessa conta o marido não mexe embora também faça parte.	separadas
c- contribuição		
d- discussão	Sem discussão	
comentário		
18- Importância da actividade profissional	Quando trabalhava sentia-me mais independente e por outro lado mais útil às pessoas ...Podia ajudar Sinto falta ... Desde pequena fui educada para trabalhar fora, para ser útil e depois chegou uma certa altura...fiquei pela família.	
19 – Importância relativa do trabalho e família	Família	Família
20 – Importância da família relativamente a outras actividades	Família	
21 – elemento de maior ligação na família	Filha desde que nasceu	Filha
comentário		
22 – Interesses comuns	A família sobretudo a nossa filha. As outras coisas... é menos.	Familiar -filha
Comentário		

ANEXO A3

SOCIABILIDADE

Questões	Entrevistada	Josefa	Observações
23 – Amigos do casal		2 casais	Rede pouco ampla
24 Frequência do encontro		3 em 3 meses	Contactos pouco frequentes
25 Circunstâncias do encontro		para jantar e conversar	
26 Amigos íntimos do casal		São amigos do marido	
27 Ligação mais forte a um dos cônjuges		Marido	
28 Amigos da mulher		Não, são colegas do sindicato mas não são amigas	Sem amigos da mulher
29 Frequência dos contactos pessoais Outras formas de contacto e frequência dos mesmos		1 vez por semana	
30 amigos/as íntimas da mulher		Não	
31 Características do apoio dos amigos		Emocional. Mas há coisas que não digo! Eu sou muito reservada	
32 Visitas a familiares Em família Em casal Individual Frequência dos contactos		Pais e sogros quinzenal; irmã quinzenal (sempre em família)	Contactos frequentes com famílias de origem
		O Natal é sempre com as duas famílias umas vezes em casa dos meus pais e outras dos meus sogros, lá na terra Os aniversários é sempre na terra em casa da família	
33 Recepção de familiares no domicílio Quem - Frequência de contacto		A minha irmã passa algumas temporadas na minha casa.	
Envolvimento em trabalho comunitário comentário		Sim no Sindicato; trabalho uma manhã por semana	Trabalho voluntário
Comentário final		Predomínio dos amigos de casal, sobre os individuais embora com poucos amigos de casal (4 que são sobretudo são amigos do marido). Mulher sem relações de amizade, alguns contactos com colegas sem proximidade. Contactos frequentes de toda a família com a família de origem dos dois cônjuges (embora com relação conflituosa com a sogra) Recepção da irmã em casa, alguns períodos no ano Rede pobre de amigos, sem proximidade nem intimidade. Contactos frequentes com famílias de origem - Trabalho comunitário voluntário	

ANEXO A3

6 – COMUNICAÇÃO E AFECTIVIDADE

Questões	Entrevistada	Comentários
<p>35 – A conversa é frequente?</p> <p>Temas de conversa em casal</p> <p>Temas de conversa com os filhos (enteados)</p> <p>Quando conversam</p> <p>Quem lança?</p>	<p>Acho que devia ser mais Acho que somos um bocado reservados todos.</p> <p>Do que se passou em casa durante o dia Da Inês, das coisas da escola... Depois eu às vezes preocupo-me um bocado com a adolescência porque eu até acho que ela já está assim um bocado...Já está a querer sair... Pronto, não sei não é mas já está a pensar em discotecas...Falo nisso com o meu marido e ele diz que depois logo se vê</p> <p>Ela agora está interessada é em comprar roupas...Está numa fase em que só gosta de roupas e de acessórios de moda. Mais à noite depois do jantar; às refeições também...Não muito, mas se às vezes é preciso</p> <p>:Depende. Entre os três é mais a Inês. De nós os dois é igual.</p>	<p>Não frequente por reserva</p> <p>Do quotidiano doméstico e das preocupações em relação à filha</p> <p>Moda</p> <p>Filha – lança mais; no casal é igual</p>
<p>Comentário</p>		
<p>36 – Compreensão e aceitação dos pontos de vista da entrevistada</p> <p>Companheiro/marido</p> <p>Filhos_/ enteados</p>	<p>Normalmente sim. Às vezes não...Há coisas que se relacionam com a minha sogra que ele não compreende muito bem O meu marido também há coisas que não gosta, mas ele não liga. Mas eu ligo. E depois o meu marido diz: “Mas porque é que ligas?” Eu até podia não ligar mas há coisas que não consigo</p> <p>Com a Inês, ela não gosta assim muito de contar as coisas da escola, eu é que pergunto. E ela às vezes aborrece-se. “ Ah, já me comesas a chatear...”</p>	<p>Ocasionalmente não; em assuntos de família</p>
<p>Comentário</p>		
<p>37 – Expressão de sentimentos pela entrevistada</p> <p>O que fala/ O que guarda</p> <p>Em casal</p> <p>Em família</p>	<p>Guardo quase tudo só para mim Quando fico zangada digo mais! Quando fico magoada guardo mais para mim</p>	<p>Habitualmente não</p> <p>O que causa mágoa</p>

ANEXO A3
COMUNICAÇÃO (continuação)

Questões	Entrevistada	Josefa	Observações
38 – Abertura da família à livre expressão de sentimentos e pensamentos dos familiares		O meu marido também é um pouco reservado. Às vezes expõe mas também é reservado. Não somos assim muito de falar	Não
Assuntos não falados -		Evitamos falar daquele período de maior conflito comigo e com a minha sogra. Isso sim, evita-se um bocado.	Conflito com sogra
Comentário			
39 – Ironia na comunicação		Sim, mais o meu marido	Sim - marido
Comentário			
40- Concordância co opinião do cônjuge/ discordância e necessidade de manter posição		Sim concordo mas quando não concordo habitualmente digo	Discordância ocasional
Comentário			
41 – Anulação de opinião para evitar conflitos/ opiniões vincadas e cedência difícil		Sim, acontece	Anulação ocasional de opinião
42 – Sente que o seu marido fala por si não a deixando exprimir-se à vontade		Não	Não
Comentário			
Comunicação através dos filhos		oãN	
44 – Assuntos de discussão na família		Só o que tenha a ver com a minha sogra. Não é só o ela dar opiniões mas o estar mesmo a querer mandar. Não é só dar opiniões porque isso a gente pode aceitar ou não aceitar. Mas as críticas negativas ou então o querer mandar...	Intrusão demasiada da sogra na vida do casal
Comentário			

AFECTIVIDADE

Questões	Entrevistada	Josefa	Observações
5 – Sentimento presente na relação de casal		Eu acho que é amor... É que a outra pessoa é quase tudo, é muito importante. Eu ainda sinto paixão. Ainda é como era no princípio...	Amor paixão
6 – Importância da vida sexual (gratificação/constrangimento)		Muito importante e muito gratificante; nunca tive problemas	Importante gratificante em problemas
7 – Que problemas mais graves têm existido na actual família		Os problemas com a minha sogra, o querer mandar, as críticas que faz... Eu sinto-me mal com isso	Problemas com família de origem do marido
7- Existência de violência na família		Não	Não

/ - CONCLUSÃO

Questões	Entrevistada	Josefa	
Aspectos da vida que influenciem negativamente o estado de saúde actuais			---
Aspectos que ao longo da vida influenciaram negativamente a saúde		Acho que os problemas com a minha sogra interferiram um bocadinho... porque além de ser uma pessoa que quer sempre mandar... também foi a altura em que fiquei sem emprego, passei dias que era de manhã à noite sempre com ela, sempre, sempre, sempre. O ter ficado sem trabalho também teve influencia, mas foram sobretudo nos problemas com a minha sogra.	Os conflitos com a sogra ter ficado sem trabalho
Aspectos que influenciam ou influenciaram positivamente o seu estado de saúde		O apoio do meu marido	Apoio do marido

Anexo A4

Instituto Nacional de Estatística

Classificação Nacional de Profissões 1994

Grandes grupos

- 0 – Membros das Forças Armadas**
- 1 – Quadros Superiores da Administração Pública e Similares**
- 2 – Especialistas das profissões intelectuais e científicas**
- 3 - Técnicos Profissionais de nível intermédio**
- 4 – Pessoal Administrativo e similares**
- 5 – Pessoal dos Serviços e Vendedores**
- 6 – Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura e das pescas**
- 7- Operários, Artífices e trabalhadores similares**
- 8 – Operadores de instalações de máquinas e trabalhadores de Montagem**
- 9 – Trabalhadores não qualificados**

Anexos B

Saúde e doença – representações, avaliações pessoais e médicas dos estados de saúde.

(B1 a B6)

Anexo B1

Léxicos utilizados na definição de saúde pelas mulheres da classe média-alta – frequências de utilização por grupos etários

Léxicos/expressões	Grupos etários			Total
	20-34 A	35- 49 A	50-64A	
Associados a estados e emoções positivas				20
Bem-estar (físico e psicológico)	3 (4, 10 e 27)	4 (5, 12, 23 e 30)	2(11,17)	9
Felicidade		3 (5, 23 e (30)		3
Alegria - Prazer	2 (8 e 27)			2
Equilíbrio	1(9)		1 (11)	2
Conforto	1 (10)			1
Boa - aparência	2(10 e 27)			2
Independência			1(20)	1
Associados à ideia de instrumento				6
Capacidade	1(8)		1(20)	2
Bem	1(4)		1(26)	2
Força física		1(5)		1
Energia		1 (5)		1
Como o oposto a doença				5
Não ter queixas		1(27)	1(7)	2
Não ter maleitas	1 (4)			1
Não sentir nada			1(26)	1
Oposto (da doença)			1(27)	1
Dependente de ...(o produto)				3
Desporto			1(7)	1
Alimentação			1(7)	1
Não fumar			1(7)	1

Legenda: () – número de entrevista

Léxicos utilizados na definição de saúde pelas mulheres da classe média-baixa – frequências de utilização por grupos etários

Léxicos/expressões	Grupos etários			Total
	20-34 A	35- 49 A	50-64A	
Associados a um bem, um instrumento				15
Bem		1(2)	1(15)	2
Precioso		1(2)	1(15)	2
Riqueza			1(15)	1
Fundamental			1(1)	1
Importante		1(13)		1
Capacidade	2 (16 ,24)	2 (2,29)	1(21)	5
Aptidão (para fazer algo)	1(3)			1
Poder fazer (tudo)			1(15)	1
Útil		1(2)		1
Associados a estado positivo				9
Paz	1(18)			1
Alegria	1(18)	1(14)		2
Vontade de viver	1(18)			1
Felicidade		2 (13, 14	1(15)	3
Bem estar total		1(25)		1
Controlar		1 (1)		1
Associados oposto de doença (Não ter, não sentir)				6
Doença			1(6)	1
Dores	1(22)	1(29)	1(19)	3
Problemas	1 (22)			1
Nada		1(29)		1

Legenda: () – número de entrevista

Anexo B2

Léxicos utilizados na definição da dimensão vivencial da saúde nas mulheres de classe média-alta; frequência total de utilização distribuição de frequências de por grupos etários

Léxicos/ expressões	Grupos etários			Total
	20-34 Anos	35- 49 Anos	50-64 Anos	
Associados a estado positivo, equilíbrio				15
Bem estar físico e psíquico	3(4,10 e 27)	1(23)	2 (10 e 20)	6
Bem estar global	1 (9)			1
Felicidade		2 (5 e30)		2
Cumprir objectivos		2 (12,23)		2
Alegria	1 (27)			1
Vontade		1 (12)		1
Convívio		1(12)		1
Independência			1(20)	1
Associados a instrumento (ter ou sentir)				10
Energia	I (27)	2 (5,12)	I (11)	4
Actividade	1(8)	I(23)		2
Capacidade		I (30)	3 (11,17, 20)	4
Associados ao oposto de doença				2
Não ter queixas			I(7)	1
Não sentir Nada			I (26)	1

Legenda: (...) – nº de entrevista

Léxicos utilizados na definição da dimensão vivencial da saúde nas mulheres de classe média-baixa; frequência total de utilização e distribuição de frequências por grupos etários

Componentes	Grupos etários			Total
	20-34 A	35-49A	50-6ª A	
Saúde – estado positivo, equilíbrio				10
Sentir-se bem em todos os aspectos: espiritual, físico psicológico	2(3e 22)		1(19)	3
Vontade de viver	1(18)	2(14,25)		3
Alegria	2 (3, 18)			2
Paz	1(18)			1
Felicidade	1(24)			1
Saúde – instrumento, capacidade para				10
Poder fazer coisas		3(2,13,29)	2(1,15)	5
Capacidade para trabalhar	1 (16)	1(29)		2
Ter energia		I(29)	1(21)	2
Bem precioso	I(16)			1
Saúde – vazio (não ter, não sentir)				2
Não ter dores/queixas/doenças		I(2)	1(6,)	2

Legenda: (...) – nº de entrevista

Anexo B4

Palavras e expressões associadas à etiologia da doença utilizadas pelas mulheres de classe média-alta - nº de ocorrência total, por entrevista e por grupos etários

Grupos etários e Nº de entrevista	20-34 anos					35-49 anos					50-64 anos					Total
	4	8	9	10	27	5	12	23	28	30	7	11	17	20	26	
Palavras e expressões associadas																
a hábitos pessoais - estilo de vida																18
Alimentação	1	1		1	1	1					1	1			1	8
Falta de desporto/ exercício físico				1							1	1				3
Tabaco	1											1				2
Estilo de vida											1					1
Falta de regras		1														1
Maus hábitos	1															1
Falta de cuidados de higiene						1										1
Exposição a factores de risco												1				1
a factores ambientais																9
Vírus, bactérias				1	1	1						1				4
Ambiente físico			1		1							1				3
Ruído												1				1
Condicionantes físicos							1									1
a factores genéticos ou hereditários																8
Genética/ genes	1		1		1		1		1			1	1		1	8
à relação com o tempo																7
Má relação com o tempo						1	1					1				3
Sobreposição de tarefas		1														1
Pensar em muitas coisas ao mesmo tempo		1														1
Falta de tempo sono						1										1
Falta de tempo descanso						1										1
a situações psicológicas ou familiares																7
Problemas familiares/ conflitos									1			1	1			3
Vida relacional							1									1
Perda de pessoas												1				1
stress		1														1
Solidão										1						1
a sentimentos, pensamentos, ou atitudes negativas																4
Tristeza													1			1
Expectativas exageradas													1			1
Pensamentos sobre doença														1		1
Postura na vida							1									1
a problemas sociais																3
Problemas sociais									1							1
desemprego												1				1
Dificuldades económicas												1				1
a aspectos degenerativos do corpo																2
Idade															1	1
Uso do corpo															1	1
ao trabalho																1
Excesso de trabalho		1														1

.Categorias etiológicas de doença - palavras associadas por categoria, utilizadas pelas mulheres de classe média alta ; nº total de ocorrências e sua distribuição por grupos etários

Categorias etiológicas de doença (léxicos associados a)	Grupos etários			
	20-34 anos	35-49 anos	50-64 anos	Total
Hábitos pessoais/estilo de vida	8	2	8	18
Factores ambientais	4	2	3	9
Factores genéticos	3	2	3	8
Relação com o tempo	2	4	1	7
Factores psicológicos ou familiares	1	3	3	7
Sentimentos, pensamentos ou atitudes negativas		1	3	4
Problemas sociais		1	2	3
Degeneração corporal			2	2
Trabalho	1			1

Anexo B5

Palavras e expressões associadas à etiologia da doença utilizadas pelas mulheres de classe média-baixa - nº total de ocorrências, por entrevista e por grupos etários

Palavras e expressões	20-34 anos					35-49 anos					50-64 anos					Total
	3	16	18	22	24	2	13	14	25	29	1	6	15	19	21	
a hábitos pessoais - estilo de vida																13
Alimentação errada	1	1		1								1	1	1		6
Falta de higiene				1											1	2
Tabaco				1												2
Drogas							1					1				2
Falta de exercício físico									1							1
Comportamentos de risco							1									1
a factores ambientais																11
Poluição	3							1				1	1			6
Alimentos poluídos	1											1				2
clima	1						1									2
Exposição a tóxicos														1		1
a situações psicológicas ou familiares																6
Stress					1					1	1	1				4
Solidão									1							1
Conflitos familiares			1													1
a problemas sociais																5
Problemas económicos							1					1				2
Desemprego							1					1				2
Maus tratos									1							1
à relação com o tempo																5
Vida agitada					1						1					2
Sobreposição de tarefas										1	1					2
Pensar em várias coisas ao mesmo tempo										1						1
ao trabalho																4
Excesso de trabalho							1		1							2
Esforços excessivos									1						1	2
a factores genéticos ou hereditários																3
Coisas que vêm de família							1									1
Hereditariedade														1		1
Já nasci assim					1											1
Palavras ou expressões relacionadas com iatrogenia																1
Medicamentos		1														1
Palavras ou expressões relacionadas com valores religiosos																1
Castigo	1															1
Palavras ou expressões relacionadas com aspectos degenerativos do corpo																1
Idade														1		1

Categorias etiológicas de doença - palavras associadas por categoria, utilizadas pelas mulheres de classe média alta ; nº total de ocorrências e sua distribuição por grupos etários

Categorias etiológicas de doença (léxicos associados a)	Grupos etários			Total
	20-34 anos	35-49 anos	50-64 anos	
Hábitos pessoais/estilo de vida	5	3	5	13
Factores ambientais	5	2	4	11
Factores psicológicos ou familiares	2	2	2	6
Problemas sociais		3	2	5
Relação com o tempo	1	4		5
Trabalho		3	1	4
Factores genéticos	1	1	1	3
Iatrogenia	1			1
Valores religiosos	1			1
Degeneração corporal			1	1

Anexo B6

Concepções de saúde e autoavaliação do estado de saúde nas mulheres da classe média - alta

Estado de saúde	Muito Bom	Bom	Razoável	Mau	Péssimo	Total
Concepções de Saúde						
Saúde-Equilíbrio	1	6	3			10
Saúde-Instrumento			1		1	2
Saúde-Vazio		1	1			2
Saúde-Produto		1				1
Totais	1	8				

Concepções de saúde e autoavaliação do estado de saúde nas mulheres da classe média - baixa

Estado de saúde	Muito Bom	Bom	Razoável	Mau	Péssimo	Total
Concepções de Saúde						
Saúde-Equilíbrio		1	3			4
Saúde-Instrumento		3	5			8
Saúde-Vazio		1	2			3
Saúde-Produto	-	-	-	-	-	1
Totais						

Estado de Saúde e Profissão Religiosa

Profissão Religiosa	Católica praticante	Católica com pratica irregular	Católica não praticante	Evangélica Praticante	Crença sem orientação Religiosa específica	Não crente
Estado de Saúde						
Muito Bom						•
Bom	••	•••	••••••••		•	
Razoável	••••		••••••••	•	•	•
Péssimo	•					

Legenda: • Classe social média baixa • Classe Social média alta

Anexos C
Coesão Familiar
(C1 a C7)

Anexo C1

Actividades de tempos livres no interior, nas famílias de classe média-alta: grelha de colheita de dados

Grupos Etários e N° de Entrevista	20-34 anos					35-49anos					50-64 anos					Total
	4	8	9	10	27	5	12	23	28	30	7	11	17	20	26	
CASAL																
Conversa	•	•	•			•		•		•	•	•		•	•	10
TV	•	•				•	•		•			•		•	•	8
Filmes/DVD	•					•						•				3
Música												•				1
Jardinagem										•			•			2
Convívio com amigos	•										•	•			•	4
Convívio com outros familiares	•										•				•	3
Sem actividades				•	•											2
Total das actividades por casal	5	2	1	0	0	3	1	1	1	2	2	6	1	2	4	
FAMÍLIA																
Conversa	-					•		•			•					3
Brincar com as crianças	-		•		•							•				3
Jogos	-		•			•			•							3
TV	-						•	•	•			•	•			5
Filmes/DVD	-							•				•	•			3
Pesquisa na Net						•										1
Música	-											•	•			
Convívio com amigos	-				•						•	•				3
Convívio com outros familiares	-				•						•					2
Sem actividades	-	•		•						•				-	-	3
Total das actividades por família	-	0	2	1	3	3	1	3	2	0	2	6	3	-	-	
SUBSISTEMA MÃE-FILHOS																
Brincar com as crianças		•		•												
Jogos										•						
TV		•														
Actividades artísticas										•						
Total de actividades por subsistema	0	2	0	1	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	
MULHER																
Leitura	•	•		•		•	•	•				•	•	•	•	10
“Navegar” na NET						•						•				2
Escrita													•	•		2
TV		•		•		•			•					•		5
Música												•				1
Actividades artísticas	•															1
Trabalhos de mãos															•	1
“Bricolage”		•														1
Jardinagem														•		1
Repouso					•						•					2
Sem actividade			•		•					•	•					4
Total de actividades da mulher	2	3	0	2	0	4	1	1	1	0	0	4	2	3	3	

Anexo C1 (continuação)

Actividades de tempos livres no exterior, nas famílias de classe média-alta: Grelha de colheita de dados

Grupos Etários e Nº de Entrevista	20-34 anos					35-49anos					50-64 anos					Total
	4	8	9	10	27	5	12	23	28	30	7	11	17	20	26	
CASAL																
Passeio a pé	•															1
Passeio de automóvel	•											•				2
Ida ao café	•									•		•	•		•	5
Ida ao restaurante		•	•			•	•			•		•				6
Ida a discoteca	•															1
Espectáculos		•	•							•		•			•	5
Eventos culturais											•	•	•			3
Visita a monumentos ou museus	•															1
Praticas desportivas								•								1
Convívio com amigos	•	•					•				•	•			•	6
Convívio com familiares	•											•			•	3
Viajar			•									•				2
Sem actividades				•	•				•					•		4
Total de actividades por casal	7	3	3	0	0	1	2	1	0	3	2	8	2	0	4	
FAMÍLIA																
Passeio a pé						•										1
Passeio de automóvel					•	•			•							3
Ida ao café																
Ida ao restaurante		•								•		•	•			4
Ida a jardim/espaco verde		•			•											2
Espectáculos			•			•		•		•						4
Eventos culturais								•								1
Visita a monumentos ou museus									•				•			2
Convívio com amigos			•	•						•	•	•				5
Convívio com familiares			•			•			•			•				4
Sem actividades	-						•							•	-	2
Total de actividades por família	0	2	3	1	2	4	0	2	3	2	1	3	2	0	0	
SUBSISTEMA MÃE - FILHOS																
Ida ao Restaurante							•									1
Ida ao jardim/espacos verdes		•		•												2
Espectáculos							•									1
Convívio com familiares		•														1
Total das actividades do subsistema M-F	0	2	0	1	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	
MULHER																
Passeio a pé	•											•			•	3
Prática desportiva		•		•	•		•				•					5
Prática religiosa	•															1
Eventos culturais									•		•	•		•		4
Convívio com familiares	•															1
Convívio com amigos				•						•				•	•	4
Trabalho voluntário									•					•		2
Sem actividades			•			•		•					•			4
Total das actividades da mulher	3	1	0	2	1	0	1	0	2	1	2	2	0	3	2	

Anexo C 2

Actividades de tempos livres no interior, nas famílias de classe média – baixa: Grelha de colheita de dados

Grupos Etários e Nº de Entrevista	20-34 anos					35-49anos					50-64 anos					Total
	3	16	18	22*	24	2	13	14	25*	29	1	6	15	19	21	
CASAL																
Conversa	•	•		•			•		•	•	•	•				8
TV	•		•	•	•			•		•	•	•	•	•	•	11
Filmes/DVD	•		•							•		•			•	5
Jogos							•									1
Convivo com amigos								•								1
Convívio com outros familiares																
Sem actividades						•										1
Total das actividades por casal	3	1	2	2	1	0	2	2	1	3	2	3	1	1	2	
FAMÍLIA																
Conversa																
Brincar com as crianças		•		•	•											3
Jogos										•						1
TV		•	•		•		•	•					•	•	•	8
Filmes/DVD			•				•	•						•		4
Pesquisa na Net																
Música			•													1
Convivo com amigos																
Convívio com outros familiares																
Sem actividades	-					•			•		•	•				5
Total das actividades por família	-	2	3	1	2	0	2	2	0	1	0	-	1	2	1	
SUBSISTEMA MÃE-FILHOS																
Brincar com as crianças		•														1
Jogos						•										2
TV		•									•		•			3
Total de actividades por subsistema M-F	0	2	0	0	0	1	0	0	0	0	1	1	1	0	0	
MULHER																
Trabalho académico	•															
Leitura	•						•		•	•	•		•	•		8
Escrita							•									1
TV	•	•	•				•		•		•		•	•		8
Música													•			1
Trabalhos de mãos					•			•					•			3
Jogos												•	•	•		3
Sem actividade				•		•										2
Total de actividades da mulher	2	1	1	0	1	0	3	1	2	1	2	2	4	2	1	

Anexo C 2 (continuação)

Actividades de tempos livres no exterior, nas famílias de classe média – baixa: Grelha de colheita de dados

Nº de Grupos Etários e	20-34 anos					35-49anos					50-64 anos					Total
	3	16	18	22*	24	2	13	14*	25*	29	1	6	15	19	21	
Entrevista Actividades por Sistemas ou Subsistemas																
CASAL																
Passeio a pé							•	•				•	•	•	•	6
Passeio de automóvel								•				•			•	3
Ida ao café			•		•					•	•	•	•	•		7
Ida ao restaurante	•							•				•				1
Ida a Igreja	•															1
Espectáculos	•												•		•	2
Convívio com amigos										•						1
Convívio com familiares											•					1
Sem actividades		•		•		•			•							4
Total de actividades por casal	3	0	1	0	1	0	1	3	0	2	2	4	3	2	3	
FAMÍLIA																
Passeio a pé		•	•		•		•			•					•	6
Passeio de automóvel		•	•	•	•		•			•					•	7
Ida ao café							•								•	2
Ida ao restaurante															•	1
Ida a jardim/espço verde				•						•						2
Actividades pedagógicas										•						1
Visita a monumentos ou museus		•	•													2
Convívio com amigos					•					•						2
Convívio com familiares					•											1
Sem actividades	-					•	•	•			•	-	•	-		
Total de actividades por família	-	3	3	2	4	0	2	-	0	5	0	-	0	-	4	
SUBSISTEMA MÃE - FILHOS																
Passeio a pé									•							1
Actividades pedagógicas										•						1
Espectáculos													•			1
Convívio com amigos		•														1
Convívio com familiares		•														1
Total das actividades do subsistema	-	2	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	0	0	5
MULHER -																
Actividades académicas /culturais	•															
Passeio a pé	•								•		•		•	•		4
Prática desportiva							•								•	2
Ida à Igreja	•							•								2
Actividades artísticas									•				•			2
Convívio com amigos		•			•	•	•									3
Ida ao café										•						1
Ida a parques ou jardins	•															1
Sem actividades			•	•	1	1	2	0	2	1	1	0	1	1	1	3
Total das actividades da mulher	2	1	0	0	1	1	2	0	2	1	1	0	1	1	1	

Anexo C3

Grelhas de colheita de dados para análise de coesão

a - Modalidades de refeições

CLASSE SOCIAL MÉDIA-ALTA															
Grupos etários	20-34 anos					35-49anos					50-64 anos				
Nº Entrevista	4	8	9	10	27	5	12	23	28	30	7	11	17	20	26
Refeições em conjunto	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
CLASSE SOCIAL MÉDIA-BAIXA															
Grupos etários	20-34 anos					35-49anos					50-64 anos				
Nº Entrevista	3	16	18	22*	24	2	13	14	25	29	1	6	15	19	21
Refeições em conjunto	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Não	Sim	Sim	Às x	Sim	Não	Sim	Sim	Sim	Sim

b -Partilha de recursos económicos - classe social média-alta

Nº Entrevista	4	8	9	10	27	5	12	23	28	30	7	11	17	20	26
Conta comum	•		•	•	•	•		•	•	•		•			•
- com dinheiro pessoal												•			
- sem dinheiro pessoal	•		•	•		•		•							•
Contas separadas		•			•	•		•	•	•		•	•		
- contribuição simétrica						•				•				•	
- contribuição assimétrica		•										•			
Sem discussões	•	•	•	•	•	•	•		•	•	•	•	•	•	•
Com discussão								•							

Partilha de recursos económicos - classe social média-baixa

Nº Entrevista	3	16	18	22*	24	2	13	14*	25*	29	1	6	15	19	21
Conta comum		•	•	•	•		•	•	•	•	•	•	•	•	•
- com dinheiro pessoal								•	•	•	•	•			•
- sem dinheiro pessoal		•	•	•	•		•						•	•	
Contas separadas	•					•									
- contribuição simétrica															
- contribuição assimétrica	•					•									
Sem discussões	•	•	•	•	•		•	•	•	•	•	•	•	•	•
Com discussão						•									•

Anexo C 5

Grelhas de colheitas de dados para “ sistema ou subsistemas de eleição”

Mulheres de classe média-alta

Sistemas		Família	Cônjuge	Filhos	Outros elementos
G. Etário	Nome e Nº entrevista				
20 a 34 A	Carmo 4			•	
	Mº João 8				• Pai
	Carolina 9			•	
	Carlota 10			•	
	Inês 27			•	
35 a 49 A	Helena 5	•			
	Ana 12			•	
	Sara 23	•			
	Josefa 28			•	
	Isabel 30	•			
50 a 64 A	Luísa 7		•		
	Rosário 11	•			
	Margarida 17			•	
	Adriana 20				• Enteado
	Teresa 26	•			

Mulheres da classe média-baixa

Sistemas		Família	Cônjuge	Filhos	Outros elementos
G. Etário	Nome e Nº entrevista				
20 a 34 A	Zulmira 3		•		
	Leonor 16	•			
	Paula 18		•		
	Sónia 22	•			
	Cristina 24			•	
35 a 49 A	Mariana 2				• mãe
	Esmeralda 13		•		
	Olinda 14			•	
	Márcia 25			•	
	Elisabete 29			•	
50 a 64 A	Georgina 1		•		
	Lurdes 6		•		
	Valentina 15			•	
	Júlia 19		•		
	Clara 21			•	

ANEXO C 6

Graus de coesão nas famílias das mulheres de classe média – alta

Itens classificatórios	Nº entrevista														
	4	8	9	10	27	5	12	23	28	30	7	11	17	20	26
Predomínio das actividades de lazer internas em família	•		•			•		•	•		•	•	•		•
Predomínio das actividades internas de lazer em família sem actividades de casal															
Predomínio das actividades internas com subsistema M-F sem actividades de casal				•	•										
Predomínio das actividades internas com subsistema M-F com actividades de casal		•								•					
Predomínio das actividades de lazer internas individuais														•	
1 ou menos actividades de lazer internas em família/casal							•								
Predomínio das actividades de lazer externas em família	•					•		•		•	•	•	•		•
Predomínio das actividades de lazer externas em família sem actividades de casal			•	•	•			•							
Predomínio das actividades externas com subsistema M-F		•					•								
Sem actividades externas de lazer individuais			•										•		
Com actividades de lazer externas individuais	•	•		•			•		•		•	•			•
Predomínio das actividades de lazer externas individuais														•	
Equilíbrio entre as actividades externas individuais e colectivas															
Sem actividades de lazer externas em conjunto															
Economia individual		•					•				•			•	
Economia mista					•				•	•					
Economia conjunta	•		•	•		•		•				•			
Refeições juntos	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
Refeições em separado															
Rede de amigos comuns superior à rede de amigos individuais	•	•	•		•	-		•	•	•	•	•			•
Rede de amigos individuais superior à de amigos comuns						-	•						•	•	
Comunicação oral frequente e com expressão de sentimentos	•	•	•			•		•			•	•			•
Comunicação oral frequente sem expressão de sentimentos					•										
Comunicação oral não frequente sem expressão de sentimentos					•				•				•	•	
Comunicação oral não frequente mas com expressão de sentimento							•								
Comunicação oral rara ou inexistente															
Sem existência de interesses comuns														•	
Tipo de coesão familiar	F F F	S F A	F F F	F F A	F F A	F F F	S F A	F F F	F F A	F F A	F C A	F F A	F F F	S F F	F F A

Legendas:



20-34 anos



35-49 anos



50-64 anos

ANEXO C 7

Graus de coesão nas famílias das mulheres de classe média – baixa

Nº entrevista	3	16	18	22*	24	2	13	14	25	29	1	6	15	19	21
Itens classificatórios															
Predomínio das actividades de lazer internas em família/casal	• C	•	•	•	•		•	•		•	• c	• c	•	• c	•
Predomínio das actividades internas de lazer em família sem actividades de casal															
Predomínio das actividades internas com subsistema M-F sem actividades de casal															
Predomínio das actividades internas com subsistema M-F com actividades de casal															
Predomínio das actividades de lazer internas individuais															
1 ou menos actividades de lazer internas em família/casal						•			•						
Predomínio das actividades de lazer externas em família/casal			•		•			•		•	• c	•	•	• c	•
Predomínio das actividades de lazer externas em família sem actividades de casal		•		•											
Predomínio das actividades externas com subsistema M-F															
Sem actividades externas de lazer individuais			•	•								•			
Com actividades de lazer externas individuais	•	x			•	•	•		•		•		•	•	•
Predomínio das actividades de lazer externas individuais						•			•	•					
Equilíbrio entre as actividades externas individuais e colectivas	•														
Sem actividades de lazer externas em conjunto															
Economia individual	•					•									
Economia mista															
Economia conjunta		•	•	•	•		•		•	•	•	•	•	•	•
Refeições juntos	•	•	•	•	•				x		x	•			
Refeições em separado						•			x		x				
Rede de amigos comuns > à rede de amigos individuais	-	•								•	-	-	•	•	•
Rede de amigos individuais > à de amigos comuns	-					•	•		•				•		
Comunicação oral frequente e com expressão de sentimentos	•	•	•	•	•		•			•	•		•		•
Comunicação oral frequente sem expressão de sentimentos															
Comunicação oral não frequente sem expressão de sentimentos												•		•	
Comunicação oral não frequente mas com expressão de sentimento									•						
Comunicação oral rara ou inexistente						•									
Sem existência de interesses comuns						•									
Tipo de coesão familiar	F C A	F F F	F F F	F F F	F F A	S F F	F F A	F C F	S F A	F F F	F C A	F C F	F C A	F F A	F F A

Legendas: c – conjugal, x -às vezes

□ 20-34 anos

■ 35-49 anos

■ 50-64 anos

Anexos D

Comunicação Familiar

(D1 a D7)

Anexo D1

Análise da comunicação em mulheres de classe média-alta dos 20 aos 34 anos - grelha de colheita de dados

Nome e N° Entrevista	Frequência É frequente?	Temas de conversa com cônjuge	Temas de conversa com filhos	Quando conversam	Quem lança	Compreensão e aceitação os pontos de vista	Aceitação da expressão de sentimentos pela entrevistada	O que guarda para si	Abertura da família à expressão dos sentimentos e problemas de todos	O que não se fala
Carmo 4	Sim -casal	Quotidiano Trabalho Cultura Politica família	-	Quando chegam a casa Ao fim de semana	Marido	Nem sempre - relativos à família de origem	sim	Preocupações relativas á família de origem	Sim	Problemas da família de origem de Carmo
Mª João 8	sim	Da família Politica Questões sociais	Escola Brincadeiras comentários programas televisivos	Ao serão Quando saem	Os dois	Sim	Sim	Não guardo	Nem sempre	Sentimentos do marido Profissão do marido*
Carolina 9	Sim Casal e família	Trabalho Família Economia	Brincadeiras Escola	Ao serão Ao jantar	Os dois	Sim	Sim	Não guarda	Sim – núcleo familiar e família de origem da entrevistada	Família do marido
Carlota 10	Não no casal Sim -família	Rotinas domésticas Família Trabalho Problemas pessoais -não	Brincadeiras Rotinas diárias	Ao telefone no trabalho Ao serão	Os dois	Sim*	Sim	Nada	Sim – ainda hoje me disse que eu não lhe ligava nenhuma	Não há
Inês 27	Nem sempre	Família Trabalho Actividades de lazer		Noite Fim de semana Ao telefone	Os dois	sim	Sim; ela não fala	Os sentimentos	Sim	Não há

Nome e N° Entrevista	Existência de ironia	Concordância/ Discordância com opinião do cônjuge Formas de gestão	Anulação da opinião para evitar conflito/ Opinião vincada e cedência difícil	Sobreposição ao discurso da mulher	Comunicação através dos filhos	Assuntos de discussão na família
Carmo 4	Não	Nem sempre; sem discussão	Não; se forem discordantes cada um fica com a sua	Não	Não	Excessiva preocupação da Carmo com os problemas da família de origem - problemas de relação Mãe - Irmão
Maria João 8	Não	Nem sempre; manutenção da opinião de cada um sem problemas	Não	Não	Não	Profissão do marido Sobrecarga da mulher em relação aos filhos e à casa.
Carolina 9	Não	Nem sempre; cedência mútua	Não	Não - contrário	Não	Família do marido*
Carlota 10	Não	Nem sempre – procuram consenso	Hoje não	Não	Não	Distribuição de tarefas
Inês 27	Não	Nem sempre – sem problemas	Não	Não	Não	A desarrumação da casa

Anexo D1

Análise da comunicação em mulheres de classe média alta dos 35 aos 49 anos – Grelha de colheita de dados

Nome e N° Entrevista	Frequência de conversação É frequente?	Temas de conversa com cônjuge	Temas de conversa com filhos	Quando conversam	Quem lança	Compreensão e aceitação os pontos de vista	Aceitação da expressão de sentimentos pela entrevistada	O que guarda para si	Abertura da família à expressão dos sentimentos e problemas de todos	O que não se fala
Helena 5	Casal -sim Família -sim	Família Trabalho Questões monetárias	Escola Rotinas diárias	Ao jantar e ao serão	Qualquer um	sim	sim	Nada	Sim	Problemas da família do marido - zangas
Ana 12	Não muito no casal nem com a filha	Organização familiar Projectos individuais ou familiares Educação da filha Política Cultura Relação conjugal	Problemas pessoais Normas educativas Actividades pessoais	Às refeições e serão a família Casal no quarto à noite	Indiferente	Às vezes podem não aceitar	Sim, mais ou menos	sentimentos	sim	de sexo
Sara 23	Muito todos	Rotinas do dia a dia trabalho	Percursos de vida Orientações escolares futebol	Quando chegam a casa À noite quando o casal está só	Indiferente	sim	Em principio sim	Sentimentos relativos ao marido, para não magoar	sim	Sexualidade anterior à relação actual Sentimentos e atracção por 3ºs, na actual relação Sentimentos relativos ao cônjuge para não magoar
Josefa 28	Não Todos	Rotinas diárias	Assuntos escolares Normas educativas	Refeições serão	Filha Entre os dois indiferente	Ocasionalmente não	Ocasionalmente não	Sentimentos e zangas	Há; mas os dois são reservados	Do período de maior conflito com a sogra
Isabel 30	Casal sim Família sim	Trabalho Vida de família Filhos Relação conjugal Espectáculos	Escola Problemas pessoais	Família - jantar Casal – sábado de manhã, quando saem	indiferente	sim	sim	Nada	sim	Nada

Anexo D1

Análise da comunicação em mulheres de classe média alta dos 35 aos 49 anos – Grelha de colheita de dados

(continuação)

Nome e N° Entrevista	Existência de ironia	Concordância/ Discordância com opinião do cônjuge Formas de gestão	Anulação da opinião para evitar conflito/ Opinião vincada e cedência difícil	Sobreposição ao discurso da mulher	Comunicação através dos filhos	Assuntos de discussão na família
Helena 5	Sim; às vezes	Ocasionalmente discordam	Não	Sim	Não	Religião
Ana 12	Pouco, mais indiferença	Há discordância frequente; se tem a ver com organização familiar geralmente há uma cedência	Acontece	Não	Numa altura de crise sim	Relação com família de origem Super envolvimento com filha tornando o pai periférico Educação da Ana
Sara 23	Sim às vezes	Normalmente excepto em política	Não	Não	Não	Assuntos económicos
Josefa 28	Sim, o marido	Discordância ocasional; sem conflito	Ocasional	Não	Não	Relação sogra -nora
Isabel 30	Às vezes	Habitualmente sim	Não	Não	Não	Interferência exagerada dos filhos na vida de casal

Anexo D1

Análise da comunicação em mulheres de classe média alta dos 50 aos 64 anos – Grelha de colheita de dados

Nome e Nº Entrev.	Frequência de conversa É frequente?	Temas de conversa com cônjuge	Temas de conversa com filhos	Quando conversam	Quem lança	Compreensão e aceitação os pontos de vista	Aceitação da expressão de sentimentos pela entrevistada	O que guarda para si	Abertura da família à expressão dos sentimentos e problemas de todos	O que não se fala
Luísa 7	Sim -todos	Assuntos políticos e culturais	-	À noite e ao fim de semana	entrevistada	Sim	Sim -todos	Nada	Sim	Não fala da cunhada
Rosário 11	Sim -todos	Rotinas diárias Trabalho Aspectos religiosos, políticos e culturais Percursos de vida e problemas da filha	Problemas pessoais Questões profissionais	Casal – noite no quarto e ao fim de semana Família refeições ou serão	Indiferente	Sim - todos	Sim - todos	Acontecimentos pessoais do passado	Sim, muito	não existem
Margarida 17	Não muito	Rotinas Trabalho	Problemas pessoais Normas educativas Actividades pessoais	À noite e ao fim de semana	entrevistada	Ocasionalmente não -todos	Não -todos	Sentimentos Desejos	Sim, porque quando querem exprimem	sentimentos
Adriana 20	Não	Leitura Política Religioso	Arte, Cinema Espectáculos Problemas pessoais	Quando estão em casa em qualquer altura	entrevistada	Sim - casal	Não muito	sentimentos	Não muito	Problemas das escolhas dos filhos Sexualidade do casal Dos sentimentos
Teresa 26	sim	Família Política amigos	Da vida e dos trabalhos deles	Logo que o meu marido me vem buscar e ao serão	Os dois	Sim - casal	sim	-	Sim	Assunto de família de origem da entrevistada

**Anexo D1-
Análise da comunicação em mulheres de classe média alta dos 50 aos 64 anos – Grelha de colheita de dados**

Nome e Nº Entrevista	Existência de ironia	Concordância/ Discordância com opinião do cônjuge – formas de gestão	Anulação da opinião para evitar conflito	Sobreposição ao discurso da mulher	Comunicação através dos filhos	Assuntos de discussão na família
Lúisa 7	Não	Em valores não; Em gostos às vezes Sem conflitos abertos habitualmente	Não	Não	Não	Arrumação e organização do espaço
Rosário 11	Às vezes	Ocasionalmente não e às vezes em assuntos importantes; Cedências mútuas	Não	Não	Não	Famílias de origem e respectivas ligações de cada cônjuge à sua.
Margarida 17	Não	Não nem sempre; conflito por vezes	Sim	Não	Não	Organização do tempo da entrevistada.
Adriana 20	Às vezes	Não concordo mas calo-me	Sim ocasionalmente	Não	Não	Não há * (porque a entrevistada corta)
Teresa 26	Não	Ocasionalmente não Respeito	Não	Não	Não	Regras relativas aos filhos

Anexo D2

Análise da comunicação em mulheres de classe média baixa dos 20 aos 34 anos – grelha de colheita de dados

Nome e N° Entrevista	Frequência É frequente?	Temas de conversa com cônjuge	Temas de conversa com filhos	Quando conversam	Quem lança	Compreensão e aceitação os pontos de vista	Aceitação da expressão de sentimentos pela entrevistada	O que guarda para si	Abertura da família à expressão dos sentimentos e problemas de todos	O que não se fala
Zulmira 3	Casal -Sim	-Trabalho -Projectos pessoais -Tempo de namoro	-	Ao fim do dia -Quando o marido chega	M*	Nem sempre	Sim* Tudo	Não guarda	sim - mas o marido tem vergonha	-
Leonor 16	Casal –Sim Família - Sim	- dia a dia da mulher - trabalho do homem - problemas pessoais	- vida escolar - dos amigos	-Ao fim do dia No quarto à noite	Indiferente	Sempre - Tudo	Sempre – Tudo*	Nada	Sim	Não há
Paula 18	Casal –sim Família - sim	-Trabalho - dia a dia - Comentários às notícias	- vida escolar - do dia a dia - dos problemas pessoais	- ao jantar	M	Sim – depois da morte da sogra	Sim – depois da morte da sogra e de uma depressão há quatro anos	Nada	Sim	Da infância infeliz do marido
Sónia 22	Casal – sim Família -sim	- trabalho - dia a dia - vida dos filhos	- Vida na escola - Brincadeiras	- ao jantar -ao serão	M	Sim	Sim	Aspectos relativos a relações Anteriores	Sim	Das relações anteriores à actual
Cristina 24	Casal – Não Família - Não	-trabalho -dia a dia - da família	-vida escolar - Programas TV - normas educação	- ao jantar	H	Sim	Sim	Relações de amizade com colegas – porque é ciumento	Sim	O que possa causar ciúmes

Anexo D2

Análise da comunicação em mulheres de classe média baixa dos 20 aos 34 anos -grelha de colheita de dados (continuação)

Nome e N° Entrevista	Existência de ironia	Concordância/ Discordância com opinião do cônjuge Formas de gestão	Anulação da opinião para evitar conflito/ Opinião vincada e cedência difícil	Sobreposição ao discurso da mulher	Comunicação através dos filhos	Assuntos de discussão na família
Zulmira 3	Sim. às vezes	Discordância ocasional sem conflito ou Manipulação da mulher	Não	Não		Não há
Leonor 16	Não	Concordância habitual Sem conflito	Não	Nunca	Não	Não há
Paula 18	Não	Discordância ocasional Actualmente sem conflito	Não; no passado sim	Não	Sim –na fase conflituosa Actualmente não	Agora não há – eram sempre por causa da família de origem do marido
Sónia 22	Não	“ Habitualmente com quase tudo” Não discutem muito	Não	Não - inverso	N	-normas educativas -desautorizações entre os pais
Cristina 24	Sim, às vezes	Discordância ocasional Sem conflito	Não	Não - inverso	N	- família de origem da mulher

Anexo D2

Análise da comunicação em mulheres de classe média baixa dos 35 aos 49 anos – grelha de colheita de dados

Nome e Nº Entrevista	Frequência	Temas de conversa com cônjuge	Temas de conversa com filhos	Quando conversam	Quem lança	Compreensão e aceitação os pontos de vista	Aceitação da expressão de sentimentos pela entrevistada	O que guarda para si	Abertura da família à expressão dos sentimentos problemas de todos	O que não se fala
Mariana 2	Casal Não Filhos -não	- trabalho -dia a dia - coisas da casa	Não tenho	Raramente ao jantar	indiferente	Não nem marido nem filhos	Não nem marido nem filhos	Tudo	Não	Não se fala de sentimentos
Esmeralda 13	Casal -sim Filhos -sim	- trabalho - do dia a dia - dos passados individuais - futebol - projectos da família	-vida escolar e futebol - vida do dia a dia deles -escola futebol	Casal – à noite, no quarto Família – ao jantar e ao serão	M ou P + velho	Marido -sim Filhos nem sempre	Sim habitualmente	Calúnias feitas no trabalho	Sim	Calúnias e insinuações feitas no trabalho
Olinda 14	Casal -não muito Família -não	Casal - problemas das filhas	+trabalho	- jantar ou serão	M	Compreensão -sim Aceitação - nem sempre	Sim Filha - não	Nada	No casal - sim Casal e filha coabitante ocasionalmente não	- do ex genro
Márcia 25	Casal - sim Filhos - não	- das coisas do dia a dia - da relação - da vida sexual - de política economia	Filha - de coisas mais intimas Filho - não	Ao jantar E à noite no quarto		-marido - nem sei* Filho - não Filha -sim Nota -considerarei sim por não haver expressão contrária	Marido -sim Filha -sim	Nada	Sim	Vida sexual dos filhos Zanga do marido com família
Elisabete 29	Casal - sim Família sim	- do casal -dos filhos - do trabalho - dos amigos	- vida escolar - questões de educação sexual - brincadeira	- de madrugada quando o marido chega do trabalho - Família às refeições	M	Sim	Sim	Nada	sim	Não há

Anexo D2

Análise da comunicação em mulheres de classe média baixa dos 35 aos 49 anos – grelha de colheita de dados (continuação)

Nome e N° Entrevista	Existência de ironia	Concordância/ Discordância com opinião do cônjuge Formas de gestão	Anulação da opinião para evitar conflito/ Opinião vinculada e cedência difícil	Sobreposição ao discurso da mulher	Comunicação atreves dos filhos	Assuntos de discussão na família
Mariana 2	Sim	Discordância frequente Cedência e afastamento	Sim	Não	Sim	- Normas educativas
Esmeralda 13	Sim, às vezes	Discordância ocasional Sem conflito Respeito	Não	Não	Sim às vezes	- em relação às saídas dos filhos - Questões do foro sexual
Olinda 14	Sim entre mãe e filha No casal não	Discordância ocasional; Respeito - às vezes muda-se a opinião	Ocasional	Não	Uma só vez	- problemas da filha + velha e a forma como cada um vê isso
Márcia 25	No casal - não Pai e filho	Discordância frequente Sem conflito – Respeito e cedência.	Sim	Não	Não	- Normas educativas ou regras familiares - Desarrumação -gestão dinheiro pelos filhos
Elisabete 29	Não	Discordância ocasional – cedência ou respeito	Não	Não - inverso	Não	- Problemas económicos porque o orçamento é pequeno e às vezes eu gosto de fazer coisas que saem um pouco fora...

Anexo D2

Análise da comunicação em mulheres de classe média baixa dos 50 -64 anos – grelha de colheita de dados

Nome e N° Entrevista	Frequência	Temas de conversa com cônjuge	Temas de conversa com filhos	Quando conversam	Quem lança	Compreensão e aceitação os pontos de vista	Aceitação da expressão de sentimentos pela entrevistada	O que guarda para si	Abertura da família à expressão dos sentimentos problemas de todos	O que não se fala
Georgina 1	Casal –muito* Filhos - pouco* Família - pouco	Tudo* -Dia a dia -Trabalho - do casal	Problemas *íntimos da enteada	Quando marido chega a casa	M	Cônjuge– sim Filhos - sim	Cônjuge - sim* Filhos -não	-	Entre o casal -Sim abertura total Entre pai e filhos – dificuldades esse Madrasta – maior abertura*	-
Lurdes 6	Casal - Não	- Trabalho - da família	-	- ao serão	Indiferente	sim	-nem sempre Marido e filho	- coisas para não melindrar	-Não muito (pelo receio de magoar)	- dos sentimentos
Valentina 15	Casal –sim Família -sim	- de problemas pessoais -do dia a dia -projectos pessoais e familiares - de política - espectáculos - comentários a programas de TV	projectos pessoais e familiares - de política - espectáculos - comentários a programas de TV	Às refeições	Indiferente	sim	sim	Certas coisas que faço. “ Olhe eu disse que vinha aqui mas não disse do que é que vinha falar”	Sim	-suspeitas m relação ao passado da sogra
Júlia 19	Casal – nem sempre Filhos -pouco	- do dia a dia - do que vêm na TV	- do trabalho	- tarde - ao jantar -ao serão	M	Marido – sim Filhos nem sempre	Marido – nem sempre Filhos – nem sempre	Nada	Nem sempre	Não se fala de um enteado cujo comportamento não é bem visto
Clara 21	Casal sim Família -sim	- das coisas da casa -trabalho - da filha - de futebol	-escola - amigos - dificuldades pessoais	- ao jantar	Indiferente	Casal - nem sempre	Sim	Entre o núcleo familiar nada	Sim	Não há

Anexo D2

Análise da comunicação em mulheres de classe média baixa dos 50 -64 anos – grelha de colheita de dados (continuação)

Nome e N° Entrevista	Existência de ironia	Concordância/ Discordância com opinião do cônjuge Formas de gestão	Anulação da opinião para evitar conflito/ Opinião vincada e cedência difícil	Sobreposição ao discurso da mulher	Comunicação através dos filhos	Assuntos de discussão na família
1 Georgina	Não	Discordância pontual – o marido cede sempre	Não	Não – o inverso	Não	- comportamentos dos filhos do cônjuge - entre o casal não há discussões
6 Lurdes	Não	Discordância frequente Cala-se na discussão; depois diz o que pensa	Às vezes	sim		- relação conflituosa pai- filho - problemas económicos gerados pelo filho
15 Valentina	Sim às vezes	Às vezes discordância Actualmente respeito pelas posições	Agora não; antes sim	Agora não; antes sim	Não	Agora não - dantes a atitude do marido relativamente à doença da mulher
19 Júlia		-Discordância pontual Sem conflito	Às vezes	Não	Não	- casal - pontualmente relação sogra-nora - com filho – frequentemente relação sogra-nora (regras, espaço)
21 Clara	Às vezes	Discordância ocasional que pode levar à zanga por parte da mulher	Dantes sim, agora não	Não	“ Já tem acontecido mas acabamos todos a rir” Metacomunicação sobre a ironia	Finanças familiares por posições diferentes quanto a gastos

Anexo D3

Resultados de Análise de Comunicação

A conversa é frequente?

Modalidades de comunicação em casal e em família;

Frequências totais e por grupo etário

Mulheres de classe média alta

Modalidades	20-34 anos	35-49 anos	50- 64 anos	Total
Em casal				
Frequente	3	4	4	11
Não frequente	2	1	1	4
Em família				
Frequente	3	3	2	8
Não frequente	-	2	1	3

Mulheres de classe média-baixa

Modalidades	20-34 anos	35-49 anos	50- 64 anos	Total
Em casal				
Frequente	4	3	3	10
Não frequente	1	2	2	5
Em família				
Frequente	4	3	2	9
Não frequente	1	2	2	5

Quando conversam?

Resultados nas mulheres de classe média - alta

Quando conversam?

Quando chegam a casa - 5
 Às refeições, particularmente ao jantar. -7
 No quarto à noite - 2
 Ao serão - 9
 Essencialmente pelo telefone - 2

Quem lança a conversa?

Mulher - 3
 Indiferente -11
 Homem - 1

Resultados nas mulheres de classe média-baixa

Quando conversam?

Quando o marido chega a casa - 4
 Às refeições, particularmente ao jantar. -10
 No quarto à noite - 4 (nos dois grupos etários mais jovens)
 Ao serão - 4

Quem lança a conversa?

Mulher - 8
 Indiferente -5
 Mulher ou filhos -1
 Homem - 1

Anexo D4

Resultados de análise de conteúdos comunicacionais nas famílias de mulheres de classe social média -alta

Temas de comunicação conjugal em famílias de classe média - alta Frequências de nomeação total e por grupo etário

Grupos Etários	20 – 34 A	35-49 A	50-64 A	Total
Temas de conversa em casal				
Vida dos Filhos/Família	5	3	2	10
Trabalho	4	3	2	9
Política/ Economia	3		3	6
Acontecimentos pessoais do dia a dia	1	2	2	5
Rotinas domésticas / organização familiar	1	1	1	3
Questões culturais		1	2	3
Da relação conjugal		2		2
Religião			2	2
Projectos de família		1		1
Problemas pessoais		1		1
Acontecimentos sociais	1			1
Dos amigos			1	1
Lazer	1			1
Questões financeiras		1		1

Temas de conversa com filhos em mulheres de classe média - alta Frequências de nomeação total e por grupo etário

Grupos Etários	20-34 A	35-49A	50-64A	Total
Temas de Conversa com f's				
Vida escolar	3	4		7
Jogos e brincadeiras	3			3
Problemas pessoais		2		2
Normas educativas		2		2
Trabalho			2	2
Percurso de vida		1	1	2
Dia a dia pessoal	1	1		2
Comentários a programas de TV	1			1
Futebol		1		1
Espectáculos			1	1
Projectos familiares			1	1
Questões culturais			1	1

Anexo D4 (continuação)

Resultados de análise de conteúdos comunicacionais nas famílias de mulheres de classe social média -baixa

Temas de comunicação conjugal em famílias de classe média-baixa Frequências de nomeação total e por grupo etário

Temas de conversa em casal	20 – 34 A	35-49 A	50-64 A	Total
Acontecimentos pessoais do dia a dia	4	3	3	11
Trabalho	5	3	2	11
Vida dos Filhos/Família	2	2	1	5
Da relação conjugal		2	1	3
Projectos de família	1	1	1	3
Comentários a programas TV	1		2	3
Futebol e outros desportos		1	1	2
Problemas pessoais	1		1	2
Projectos pessoais	1		1	2
Acontecimentos relacionados com habitação		1	1	2
Passado individual ou familiar	1	1		2
Acontecimentos sociais	1		1	2
Política/ Economia		1	1	2
Dos amigos		1		1
espectáculos			1	1

Temas de conversa com filhos em mulheres de classe média-baixa Frequências de nomeação total e por grupo etário

Temas de Conversa com f's	20-34 A	35-49A	50-64A	Total
Vida escolar	3	2	1	6
amigos	2		1	3
Aspectos da intimidade		3		3
Problemas pessoais	1		1	2
Normas educativas	1	1		2
Jogos e brincadeiras	1	1		2
Comentários a programas de TV	1		1	2
Trabalho			2	2
Futebol		1	1	2
Espectáculos			1	1
Dia a dia pessoal		1		1
Projectos pessoais			1	1
Projectos familiares			1	1
Assuntos sociais			1	1
Politica			1	1
Sem assunto		2		2

Anexo D5

Resultados da análise de Abertura Comunicacional

Categorias de abertura e modalidades de concretização – Frequências totais e por grupos etários

Famílias de classe média-alta

Grau de compreensão e abertura comunicacional	20-34 anos	35-49 anos	50-64 anos	Total
Compreensão dos pontos de vista da entrevistada				
CASAL				
Habitualmente sim	4	3	4	11
Ocasionalmente não	1	2	1	4
Habitualmente não				
FILHOS				
Habitualmente sim	-	3	3	6
Ocasionalmente não	-	2	1	3
Habitualmente não	-			
Abertura à expressão de sentimentos da entrevistada				
CASAL				
Habitualmente sim	5	3	3	11
Ocasionalmente não	-	2		2
Habitualmente não	-		2	2
FILHOS-				
Habitualmente sim		3	3	6
Ocasionalmente não		1		2
Habitualmente não			1	1
Abertura da família à expressão de sentimentos e problemas familiares				
Habitualmente sim	4	5*	4	13
Ocasionalmente não	1		1	2
Habitualmente não				

Famílias de classe média-baixa

Grau de compreensão e abertura comunicacional	20-34 anos	35-49 anos	50-64 anos	Total
Compreensão dos pontos de vista da entrevistada				
CASAL				
Habitualmente sim	4	4	4	12
Ocasionalmente não	1		1	2
Habitualmente não		1		1
FILHOS				
Habitualmente sim	-	2	4	
Ocasionalmente não	-	2	1	
Habitualmente não	-	1		
Abertura à expressão de sentimentos da entrevistada				
CASAL				
Habitualmente sim	5	4	3	12
Ocasionalmente não				
Habitualmente não		1	2	3
FILHOS				
Habitualmente sim		3		6
Ocasionalmente não				2
Habitualmente não		2		3
Abertura da família à expressão de sentimentos e problemas familiares				
Habitualmente sim	5	3	3	11
Ocasionalmente não		1	1	2
Habitualmente não		1	1	2

Anexo D 6

O dito que opõe e o não dito - Resultados de análise da comunicação

O que a mulher guarda para si

Classe social média baixa:

- recordações das relações Anteriores 1
- questões de amizades com colegas-1
- tudo 1
- calúnias ou insinuações sofridas no trabalho 1
- pensamentos e sentimentos que possam melindrar outros 1
- acontecimentos do dia a dia 1

Classe social média – alta:

- sentimentos -6
- Preocupações em relação à família de origem -2
- desejos -1
- acontecimentos do passado -1

De que não se fala na família

Classe social média-baixa

- família dos respectivos cônjuges, na totalidade ou em alguns dos seus elementos -3
- sentimentos -2
- de relações conjugais ou de namoro Anteriores -1
- o que possa causar ciúmes - 1
- vida sexual dos filhos - 1
- ex-elementos da família - 1

Classe social média alta

- Sentimentos -3
- Família dos respectivos cônjuges, na totalidade ou de alguns elementos -3
- Problemas das famílias de origem -2
- Conflitos com famílias de origem -1
- Trabalho -1
- Vida sexual dos filhos -1
- Sexualidade do casal -1
- Relações conjugais nateriores-1

Objectos de discussão

Classe social média–baixa:

- relação com famílias de origem - 2
- questões educação - 2
- desautorizações mútuas dos pais - 1
- relação conflituosa pai-filho -1
- relação sogra – nora -1
- problemas económicos - 3

No passado ...

Relação com família de origem -1
Postura do marido face a doença grave da mulher-1

Classe social média–alta:

- preocupações com família de origem
- profissão do marido - 1
- sobrecarga da mulher pelo familiar e pelo doméstico- 2
- desorganização do espaço doméstico- 2
- religião -1
- relação com a família de cônjuge - 3
- interferência dos filhos na relação de Casal - 2
- questões económicas -1
- regras relativas aos filhos- 2
- organização do tempo da mulher - 1

Comunicação através dos filhos	Classe Social Média-Baixa	Classe Social Média-Alta
Não	10	14
Sim, às vezes	3	1
Sim, frequentemente	1	0

Anexo D7

Resultados da análise da concordância/ discordância entre opiniões dos dois cônjuges e mecanismos de gestão do processo
Frequência de acontecimentos totais e por grupo etário

Famílias de classe social média-baixa

Grupos etários	20-34 anos	35-49 anos	50-64 anos	Total
Concordância				
Concordância habitual	2			2
Discordância frequente		2	1	3
Discordância ocasional	3	3	4	10
Gestão habitual das diferenças				
Respeito e manutenção de opinião	3	3	3	9
Procura de consenso		1	1	2
Cedência - mulher		2		2
Cedência - homem			1	1
Manipulação -Mulher	1			1
Manipulação - Homem				
Afastamento	1	1		
Zanga			1	1
Anulação de opinião da mulher para evitar conflito				
Habitual		2		
Ocasional		1	2	
Não	5	2	3+	
Sobreposição do homem ao discurso feminino				
Habitual				
Não	5	5	4	14
Ocasional			1	1

Famílias de classe social média-alta

Grupos etários	20-34 anos	35-49 anos	50-64 anos	Total
Concordância				
Concordância habitual		2		2
Discordância frequente			2	2
Discordância ocasional	5	3	3	11
Gestão habitual das diferenças				
Respeito e manutenção de opinião	3	4	2	9
Procura de consenso	2	1		3
Cedência - mulher			1	1
Cedência - homem				
Afastamento			1	1
Revisão de posições				
Cedência mútuas			1	1
Anulação de opinião da mulher para evitar conflito				
Habitual				
Ocasional		2	1	3
Não	5	3	4	12
Sobreposição do homem ao discurso feminino				
Habitual				
Não	5	5	5	15
Ocasional				

Anexos E

As regras da família

(E1 a E7)

Anexo E1

Distribuição do tempo – em horas e minutos - de homens e mulheres, num dia típico, em famílias de classe média – alta, com mulheres dos 20 aos 34 anos

Nome - Nº Entrevista Profissão Mulher	Carmo - 4 Secretária	Mª João - 8 Arquiteta	Carolina - 9 Farmacêutica	Carlota - 10 Engenheira Agrónoma	Inês - 27 Ictiopatologista
Profissão Conj.	Advogado	Oficial da M. de Guerra	Economista	Engenheiro	Técnico de Aquacultura
Nº de horas por actividades					
Horas de trabalho profissional da Mulher	7	7.30	10	7.30	8
Horas de trabalho profissional do homem	6	a)	11	12	10
Nº de horas de trabalho doméstico da mulher incluindo cuidados aos filhos	5	3.30	3.30	5.30	6
Nº de horas de trabalho doméstico do homem incluindo cuidados aos filhos	5	a)	2	1	2
Trabalho voluntário - homem	0	0	0	0	0
Trabalho Voluntário – mulher	0	ocasional	0	0	0
Nº de horas de lazer da mulher	1	1	2	1.30	1
Nº de horas de lazer do homem	1	a)	1	-	1
Nº de horas de sono da mulher	6	8	6	8	7
Nº de horas de sono do homem	6	a)	5	5.30	7

a) Não contabilizável por longas permanências fora de casa – 9 meses em cada 12

Anexo E1 (continuação)

Distribuição do tempo – em horas e minutos - de homens e mulheres, num dia típico, em famílias de classe média – alta, em mulheres dos 35 aos 49 anos

Nome – Nº entrevista Prof. Mulher	Helena 5 Professora do Ensino Secundário	Ana 12 Professora do Ensino Secundário	Sara 23 Investigadora Professora Ensino Sup	Josefa 28 Assistente Social Desempregada	Isabel 30 Gerente Empresarial Consultora Jurídica
Profissão C.onj	Empresário	Professor do Ensino Secundário	Advogado	Professor de Educação física	Advogado
Nº horas de actividades					
Horas de trabalho profissional da mulher	6	10	9	0	5
Horas de trabalho profissional do homem	12	8	9	9	11
Nº de horas de trabalho doméstico da Mulher incluindo cuidados aos filhos	8	2.30	2.30	6	4
Nº de horas de trabalho doméstico do homem incluindo cuidados aos filhos	1.30	1.30	1.30	1	0.30
Trabalho voluntário - homem	0	0	0.45	0	0
Trabalho voluntário - mulher	0	0	0	0.45	0
Nº de horas de lazer da mulher	1.30	1.30	0.45	2	1
Nº de horas de lazer do homem	1.30	2.30	0.45	2	0
Nº de horas de sono da mulher	6	7	7	8	7
Nº de horas de sono do homem	6	8	8	5	8

Distribuição do tempo – em horas e minutos - de homens e mulheres, num dia típico, em famílias de classe média – alta, em mulheres dos 50 aos 64 anos

Nome Nºde entrevista Profissão da Mulher	Luísa 7 Professora do Ensino Superior	Rosário 11 Professora do Ensino Superior	Margarida 17 Médica	Adriana 20 Economista	Teresa26 Economista
Profissão de Conj.	Engenheiro	Médico	Médico	Oficial da Marinha Reformado	Quadro Superior Empresa Reformado
Nº de horas por actividades					
Horas de trabalho profissional da mulher	10	8	8	8	7
Horas de trabalho profissional do homem	10	8	7	0	0
Nº de horas de trabalho doméstico da mulher incluindo cuidados aos filhos	1	1.30	4	2	2
Nº de horas de trabalho doméstico do homem incluindo cuidados aos filhos	0	1.30	0	2.30	1.30
Trabalho voluntário - homem	0	0	0	0	0
Trabalho voluntário - mulher	0	0	0	1	0
Nº de horas de lazer da mulher	1	4	0.30	1	1
Nº de horas de lazer do homem	1	5	6	8	10
Nº de horas de sono da mulher	7	7.30	5	7	8
Nº de horas de sono do homem	7	6.30	6	8	9

Fins de semana - dedicados ao lazer e descanso em 14 entrevistadas; uma tarde dedicada à realização das compras semanais pelo casal da entrevista nº 5 e uma tarde dedicada a trabalho voluntário, na autora da entrevista nº 20 – que de alguma forma funciona também como tempo de lazer.

Anexo E2

Distribuição do tempo – em horas e minutos - de homens e mulheres, num dia típico, em famílias de classe média – baixa, em mulheres dos 20 aos 34 anos

Nome - N° de entrevista Profissão da Mulher	Zulmira 3 Empregada de Cozinha	Leonor 16 Sem profissão	Paula 18 Auxiliar de Educação Desempregada	Sónia 22 Cabeleireira	Cristina 24 Empregada de Limpezas
	Profissão Conj. Empregado de Mesa	Vigilante	Instrutor de Condução	Fiel de Armazém	Técnico de Telefones
N° de horas por actividades					
Horas de trabalho profissional da mulher	8	0	0	10	8
Horas de trabalho profissional do homem	8	12	8	8	8.30
N° de horas de trabalho doméstico da mulher incluindo cuidados aos filhos	1	12	8	2	2
N° de horas de trabalho doméstico do homem incluindo cuidados aos filhos	1	0	1	1	1
Trabalho voluntário - homem	0	0	0	0	0
Trabalho voluntário - mulher	0	0	0	0	0
N° de horas de lazer da mulher	0	4	2	0.30	0.30
N° de horas de lazer do homem	1	1	2	2	0.30
N° de horas de sono -mulher	4.30	8	7	8	8
N° de horas de sono - homem	7	7.30	7	8	9

a) Trabalhadora estudante com 6 horas diárias dedicadas a aulas e estudo pessoal

b) Quando empregada, 8 horas de trabalho profissional, 2 de trabalho doméstico e ao fim de semana o sábado destinava-se a trabalho doméstico, igualmente partilhado

Distribuição do tempo – em horas e minutos - de homens e mulheres, num dia típico, em famílias de classe média – baixa, em mulheres dos 35 aos 49 anos

Nome e n° de entrevista Profissão da Mulher	Mariana 2 Costureira e empregada de limpezas	Esmeralda 13 Empregada Auxiliar	Olinda 14 Cozinheira Desempregada	Márcia 25 Monitora de Cerâmica	Elisabete 29 Técnica de sinalização luminosa
	Profissão Conj. Escriturário Desempregado	Vigilante reformado	Técnico de Gás	Técnico de Eletrónica	Pintor de marcas rodoviárias
N° horas por actividade					
Horas de trabalho profissional da mulher	10.30	7	0	7	7
Horas de trabalho profissional do homem	0	0	8	10	7
N° de horas de trabalho doméstico da mulher incluindo cuidados aos filhos	5	3.30	9	2.30	3.30
N° de horas de trabalho doméstico do homem incluindo cuidados aos filhos	0	2	0	1	2.30
Trabalho voluntário - homem	6	0	0	0	0
Trabalho voluntário - mulher	0	0	0	0.30	ocasional
N° de horas de lazer da mulher	1	1	2	1	1
N° de horas de lazer do homem	4.30	6	4	1	3
N° de horas de sono -mulher	6.30	7	7	5.30	6
N° de horas de sono - homem	8	8	7	7	7

Anexo E2

Distribuição do tempo – em horas e minutos - de homens e mulheres, num dia típico, em famílias de classe média – baixa, em mulheres dos 50 aos 64 anos

Nome n° de entrevista Profissão da Mulher Profissão do Conj. N° de horas por actividade	Georgina 1 Empregada doméstica Pedreiro	Lurdes 6 Escriturária Escriturário	Valentina 15 Empregada doméstica Reformada Porteiro	Júlia 19 Doméstica Técnico de Rádio Comunicações Reformado	Clara 21 Auxiliar Familiar Vidraceiro
Horas de trabalho profissional da mulher	4	7	0	0	7
Horas de trabalho profissional do homem	8	7	11	0	7
N° de horas de trabalho doméstico da mulher incluindo cuidados aos filhos	4	2	7	5	3
N° de horas de trabalho doméstico do homem incluindo cuidados aos filhos	0	1	1	1	1
Trabalho voluntário - homem	0	0	ocasional	0	0
Trabalho voluntário - mulher	0	0	0	0	0
N° de horas de lazer da mulher	3	3	2	3	1
N° de horas de lazer do homem	2	4	0.30	6	3
N° de horas de sono -mulher	7	7	6	8	8
N° de horas de sono - homem	12	7	8	10	9

N° de horas do fim-de-semana dedicadas ao trabalho doméstico, nas mulheres da classe média-baixa

Nome e n° de Entrevista	N° de horas de trabalho
Zulmira 3	4
Leonor 16	-
Paula 18	-
Sónia 22	5
Cristina 24	8
Mariana 2	14
Esmeralda 13	-
Olinda 14	9
Márcia 25	3
Elisabete 29	6
Georgina 1	-
Lurdes 6	-
Valentina 15	-
Júlia 19	-
Clara 21	7

Anexo E3

Distribuição das tarefas domésticas nas famílias de classe média alta

Tarefas Domésticas Nome e n° de Entrevista	Arrumação e limpeza da casa	Cozinhar	Tratamento da Roupa	Fazer compras	Reparações e arranjos domésticos	Tarefas administrativas
Carmo 4	P	M	M	P	P	H
Mª João 8	Me	E	Me	M	M	M
Carolina 9	E	E	E	M	H	H
Carlota 10	Me	Me	Me	Me	H	H
Inês 27	Me	P	M	P	H	P
Helena 5	M	M	M	P	H	H
Ana 12	Me	P	Me	M	H	H
Sara 23	Me	P	Me	H	M	P
Josefa 28	M	M	M	P	H	H
Isa bel 30	Me	Me	E	M	H	P
Luísa 7	E	E	E	M	H	H
Rosário 11	E	P	E	P	H	H
Margarida 17	Me	M	Me	M	H	M
Adriana 20	Me	P	M	P	H	H
Teresa 26	M	P	P	H	H	H

Legenda: 20-34 anos 35-49 anos 50-64 anos

M – Mulher H – Homem P – Partilhado E – Empregada
Me – Mulher com ajuda de empregada

Actividades de cuidado às crianças nas famílias de classe média-alta

Cuidados às crianças Nome e n° de Entrevista	Tratar (lavar, vestir e Alimentar)	Deitar	Levar à escola (infantário)	Levar ao médico	Acompanhar estudos
Carmo 4	P	P	P	P	
Mª João 8	M	M	M	M	M
Carolina 9	P	P	M	M	H
Carlota 10	M	P	P	P	
Inês 27	P	P	P	M	
Helena 5	-	-	P	M	P
Ana 12	-	-	-	-	-
Sara 23	-	-	-	-	-
Josefa 28	-	-	-	-	-
Isa bel 30	M	M	P	M	P

Legenda: 20-34 anos 35-49 anos
M – Mulher H – Homem P – Partilhado

Anexo E 4

Distribuição das tarefas domésticas nas famílias de classe média baixa

Tarefas Domésticas Nome e nº de Entrevista	Arrumação e limpeza da casa	Cozinhar	Tratamento da Roupa	Fazer compras	Reparações e arranjos domésticos	Tarefas administrativas
Zulmira 3	Mm	P	P	P	P	H
Leonor 16	M	M	M	P	H	H
Paula 18	M	P	M	P	H	H
Sónia 22	Mm	P	M	P	H	H
Cristina 24	Mm	P	M	P	H	H
Mariana 2	M	M	M	M	H	Mo
Esmeralda 13	P	M	M	Mo	H	P
Olinda 14	M	M	M	M	H	H
Márcia	M	Mo	M	P	H	H
Elisabete 29	P	H	P	P	H	M
Georgina 1	M	M	M	M	H	H
Lurdes 6	Me	M	P	H	H	H
Valentina 15	P	Mm	M	P	H	M
Júlia 19	M	M	M	M	H	H
Clara 21	M	P	M	P	H	M

Legenda: 20-34 anos 35-49 anos 50-64 anos **Mulher**
M – Mulher, H – Homem, P – Partilhado E – Empregada
Me – Mulher com ajuda de empregada, Mo – Mulher com ajuda de outros

Actividades de cuidados às crianças nas famílias de classe média baixa

Cuidados às crianças Nome e nº de Entrevista	Tratar (lavar, vestir e alimentar)	Deitar	Levar à escola (infantário)	Levar ao médico	Acompanhar estudos
Zulmira 3	M	M	M	M	-
Leonor 16	P	P	H	M	P
Paula 18	P	H	P	M	-
Sónia 22	M	M	P	M	-
Cristina 24	M	M	P	M	-
Mariana 2	-	-	-	-	-
Esmeralda 13	P	P	P	P	H
Olinda 14	-	-	-	-	-
Márcia 25	-	-	-	-	-
Elisabete 29	P	H	P	M	M

Anexo E5

Suporte afectivo nas famílias de classe média-alta - Actores

Nome e n° de Entrevista	Suporte afectivo	Suporte conjugal	Suporte parental	Resolução de conflitos
Carmo 4		H	P	H
Mª João 8		M	M	H
Carolina 9		P	P	H
Carlota 10 +		H	M	H
Inês 27		P	P	P
Helena 5 +		M	M	P
Ana 12		M	M	M
Sara 23		M	P	M
Josefa 28		P	P	H
Isabel 30		P	M	P
Luísa 7		P	-	M
Rosário 11		P	P	P
Margarida 17 +		M	M	M
Adriana 20 +		M	-	M
Teresa 26 +		P	P	P

Legenda : 20-34 anos 35-49 anos 50-64 anos
M – Mulher; H – Homem; P – Partilhado

Suporte afectivo nas famílias de classe média baixa – Actores

Nome e n° de Entrevista	Suporte afectivo	Suporte conjugal	Suporte parental	Resolução de conflitos
Zulmira 3		M		M
Leonor 16		P	M	P
Paula 18		M	M	M
Sónia 22		H	H	P
Cristina 24		H	H	H
Mariana 2		M	M	M
Esmeralda 13		H	P	P
Olinda 14		M	M	M
Márcia 25		M	M	M
Elisabete 29		M	P	M
Georgina 1		P	H	H
Lurdes 6		M	-	M
Valentina 15		M	M	H
Júlia 19		M	M	P
Clara 21		M	M	H

Legenda: 20-34 anos 35-49 anos 50-64 anos
M – Mulher; H – Homem ; P – Partilhado

Anexo E5
Papel expressivo na família
(continuação)

Tipos de suporte e actores por classe social e grupos etários

Classe Social Tipos de Suporte e Actores		Classe Media-Alta				Classe Média-Baixa				Totais *
		20-34	35-49	50-64	Total Parcial	20-34	35-49	50-64	Total Parcial	
Suporte conjugal	P	2	1	2	5	1	1	2	4	9
	M	1	4	2	7	2	3	1	6	13
	H	2		1	3	2	1	1	4	7
Suporte aos filhos	P	3	2	1	6	1			2	9
	M	2	3	1	6	2	5	3	10	16
	H					1			1	2

Resolução de conflitos: actores por classe social e grupos etários

Classe Social e G. Etários Actores		Classe Social Média-Alta				Classe Social Média-Baixa				Total
		20-34	35-49	50-64	Total. Parcial	20-34	35-49	50-64	Total Parcial	
Resolução de conflitos	P	1	2	2	5	1			1	6
	M		2	3	5	2	3	2	7	12
	H	4	1		5	2	2	3	7	12

Anexo E6

O poder de decidir

Tomada de decisões nas famílias de classe média-alta

Nome e N° de Entrevista	Áreas de decisão	Grandes compras	Actividades de fim-de-semana	Local de férias	Fazer ou aceitar convites	Poupanças e investimentos
Carmo 4		P	P	P	P	P
Mª João 8		P	M	P	M	M
Carolina 9		P	P	P	P	P
Carlota 10		P	P	P	P	P
Inês 27		P	P	P	P	P
Helena 5		P	P	P	P	P
Ana 12		P	I	P	P	I
Sara 23		P	P	P	P	P
Josefa 28		P	P	P	P	H
Isabel 30		P	P	P	P	P
Luísa 7		P	P	H	M	H
Rosário 11		P	P	P	P	P
Margarida 17		P	P	P	H	P
Adriana 20		P	I	P	-	I
Teresa 26		P	P	P	P	P

Tomada de decisões nas famílias de classe média-baixa

Nome e N° de Entrevista	Áreas de decisão	Grandes compras	Actividades de fim-de-semana	Local de férias	Fazer ou aceitar convites	Poupanças e investimentos
Zulmira 3		P	M	H	-	I
Leonor 16		H	P	P	M	P
Paula 18		P	P	P	P	P
Sónia 22		P	P	P	P	P
Cristina 24		P	M	P	M	P
Mariana 2		P	-	-	-	-
Esmeralda 13		P	P	P	P	P
Olinda 14		P	H	P	M	P
Márcia 25		P	-	-	M	-
Elisabete 29		P	P	P	P	P
Georgina 1		P	P	-	M	P
Lurdes 6		P	P	P	P	M
Valentina 15		P	P	P	P	H
Júlia 19		P	P	P	M	M
Clara 21		P	P	P	P	M

Anexo E7

Autoavaliação do estado de saúde da mulher e grau de diferenciação dos papéis no interior da família, por classe social

Autoavaliação do estado de saúde da mulher e grau de diferenciação sexual dos papéis nas famílias de classe média alta

Nº Entrevista	4	8	9	10	27	5	12	23	28	30	7	11	17	20	26
Grau de diferenciação de papéis	MDP	FDP	IP	MDP	MDP	MDP	MDP	IP	MDP	MDP	MDP	IP	FDP	MDP	IP
Estado de Saúde	R	P	B	B	B	B	R	MB	R	B	B	R	B	R	B

Legenda:

IP – Indiferenciação de papéis, MDP – Moderada diferenciação de papéis, FDP- Forte Divisão de papéis, R- Razoável, B – Bom, MB – Muito bom, P –Péssimo.

Autoavaliação do estado de saúde da mulher e grau de diferenciação sexual de papéis nas família de classe média -baixa

Nº Entrevista	3	16	18	22	24	2	13	14	25	29	1	6	15	19	21
Grau de diferenciação de papéis	IP	FDP	MDP	MDP	FDP	FDP	MDP	FDP	FDP	IP	FD P	MDP	MD P	FDP	MD P
Estado de Saúde	R	R	B	B	R	B	R	R	R	B	R	R	R	R	B

Legenda :

IP – Indiferenciação de papéis, MDP – Moderada diferenciação de papéis, FDP- Forte diferenciação de papéis, R- Razoável, B - Bom

Anexos F

Afectos e sexualidade conjugal

(F1 e F2)

Anexo F1

Afectos e sexualidade conjugal

O discurso das mulheres

Anexo F1 – Afectos e sexualidade conjugal

O discurso das mulheres dos 20-34 anos da classe social média-baixa

1. Afectos
2. Sexualidade conjugal

Nome e nº de entrevista	O discurso das mulheres
Zulmira 3	<ol style="list-style-type: none"> 1. No princípio o que eu sentia por ele era...estar apaixonada, era como a dente gostar de uma comida. Agente come, come e não de enfastia. Era paixão, era querer estar sempre com ele. Era assim uma coisa sem pensar!... Mas agora...é amor, é a gente sentir a falta quando ele não está, é a gente ter a certeza que quer ficar com ele para o resto da vida. É diferente, é amor. Já não há esta dúvida, a gente está segura. A gente já conhece os defeitos dele e já sabe lidar com os defeitos dele e ele também já conhece os meus. O pensamento do homem e da mulher muda dia a dia. Mas cada dia que passa há uma experiência que eu tenho com ele... O amor é uma certeza, sabe...Não é só aquela coisa de atracção física. É uma coisa demorada, é mesmo amor. 2. Muito importante. Para mim é fundamental. O homem e a mulher têm de procurar satisfazer o seu parceiro. Mesmo que não tenha experiência uma mulher tem de procurar a melhor maneira ...Sim, é muito importante. Um casal que não faz amor, não sei...Todo o ser humano tem o direito de fazer amor. Todo o ser humano tem essa vontade, é inato. Quando eu tenho desejo sexual eu peço. Digo: A gente está casado. Antigamente é que as mulheres não pediam. Mas eu estou casada contigo. A quem vou pedir? Ele diz que no tempo dele não existia isso. Mas pela conversa que eu tive com outras mulheres, lá do meu trabalho, eu percebi que elas têm vergonha de pedir. Ele é carinhoso sim. Quando eu e deixo dormir no sofá por causa do cansaço, ele me pega e leva para a cama, ele tem sim...
Leonor 16	<ol style="list-style-type: none"> 1. Eu acho que é amor. A gente dá-se bem. Sinto-me bem. Acho que quando estou com o meu marido estou feliz. Acho que quando estou com ele tudo se resolve, gosto de passar o tempo com ele. passa depressa o tempo quando estamos juntos. Nem os meus próprios me apoiam tanto. É apoio, é protecção...é as duas coisas. Ao meu marido posso dizer tudo o que vai na cabeça, o que me vai na alma que ele para o que está a fazer para me ouvir. O meu marido aceita tudo. 2. É muito importante. Tomamos os dois a iniciativa. Eu sinto-me bem.
Paula 18	<ol style="list-style-type: none"> 1. Neste momento acho que estamos numa fase boa, muito boa. Estou apaixonada, muito. Eu sempre vivi esta paixão. O António não. Diz que dantes tinha uma paixão e que agora é outra. Eu sempre mantive esta paixão. Vivi sempre encantada com o meu marido, mesmo nos estados piores. A primeira hora que eu ia para o trabalho eu ia sempre muito tristonha porque o deixava a ele e à minha filha. 2. Nunca fui obrigada a nada, tenho prazer, nunca tive problemas nesse c
Sónia 22	<ol style="list-style-type: none"> 1. Amor. É estar bem com ele. Sinto-me bem ao pé dele, confio nele...essas coisas. Aliás eu acho que não vou para lado nenhum sem ele. Somos muito companheiros. Mas sinto-me também apaixonada. Casei apaixonadíssima, e ainda estou apaixonada 2. É muito importante, é bom. Sinto-me bem Nunca tive problemas
Cristina 24	<ol style="list-style-type: none"> 1. Gosto dele. Gosto das qualidades dele. Acho que já fomos mais apaixonados. Agora há mais convivência e fazemos boa companhia um ao outro. Mas acho que já nem sabíamos viver um sem o outro 2. Se fosse por ele era a todos os dias e a toda a hora; eu às vezes é que não me apetece.... Não, nunca fui forçada a nada e sinto-me bem. Gosto. Não, não tenho problemas.

Anexo F1 – Afectos e sexualidade conjugal
O discurso das mulheres dos 35-49anos da classe social média-baixa

1. Afectos
2. Sexualidade conjugal

Nome e nº de entrevista	O discurso das mulheres
Mariana 2	<ol style="list-style-type: none"> 1. Vivo com ele porque tenho de viver. Não tenho para onde ir, tenho de estar ali. Mas quer dizer, em relação a outros casais que eu vejo, não é aquele amor, não é. Isso não é. Porque eu vejo casais que se dão muito bem e aquilo é um amor ... e eu digo assim: Meu Deus será possível? E é possível. Quer dizer, amizade tem de haver, não é? Embora não seja muita!...Tem de haver um bocadinho de amizade. Há uma indiferença muito grande. É capaz dele gostar mais de mim do que eu propriamente. Não é aquela amizade, como eu vejo, lá está, como eu vejo com certos casais. Há aquela união! Vivo porque eu tenho de estar ali, não é? Tenho de viver. Pois se ele também não vai embora, eu não o posso pôr na rua, não é? Mas dizer, sou apaixonada, sou... Não sou. Não sou assim muito de me afeiçoar..Eu para viver não preciso.(dele) Eu trabalho, graças a Deus. Tenho saúde para poder trabalhar. Não sou daquelas pessoas que estão dependentes do marido. Até à data nunca estive; sempre trabalhei. Pronto, mas se ele me disser assim “ eu vou-me embora”, eu para mim tudo bem... A mim não me afectava nada. Não tenho aquela amizade que vejo em certos casais. Claro, não o trato mal... Já houve mais mas agora não. Paixão, nunca houve! Casei porque naquela altura, como lhe disse, não pensava, pronto. Coisas de miúda ; a gente naquela altura julga que tem mais liberdade, nessas coisas assim. Embora o meu pai nunca fosse mau para mim, porque nunca foi, tinha aquelas regras. Nunca foi de me bater, nem nada. Mas tinha aquelas coisas. Quando Eu saía era às escondidas, já sabia mais ou menos às horas que ele entrava em casa e eu tinha de estar a essa hora em casa. Eu também não saía para grandes sítios. Vinha aqui ao baile no salão, ou ali ao Calhau, mas ele a maior parte das vezes não me deixava, e então eu pronto... Quando saía ele nem sabia, e eu mais ou menos á hora de ele vir para casa eu vinha. Casei para ter mais liberdade. 2. Se não há amor, como é que pode haver satisfação? Não, não sinto desejo. Quando era mais nova era um bocadinho diferente, mas nunca foi assim uma coisa que me desse assim muita satisfação. Para mim é como se fosse uma obrigação
Esmeralda 13	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nós gostamos mesmo um do outro. Ele tem muito boas qualidades. Ele é meigo, é amigo de ajudar, dá-me muito apoio a mim e aos meus filhos, deixa-me livre para decidir o que quiser. Melhor, se ele achar que não está certo ele diz-me também mas diz-me que eu faça o que achar melhor. Sentimos mesmo paixão um pelo o outro. A amizade foi ao princípio. No início, quando o conheci era mais amizade forte e apoio mas depois aprendi a gostar. Começámos com uma amizade e fomos ganhando amor. Atracção física agora é menos...quando estou mais deprimida 2. O meu conflito com o meu companheiro vem tudo por causa de sexo. Não é por causa dos filhos, nem da casa, nem do dinheiro. A nossa zanga é toda, toda, por causa do sexo. Porque ele quer e eu não me apetece, porque eu não tenho paciência, ou tenho dor de cabeça... Ele até me disse: Olha que tu tens de ir ao médico, porque não é normal uma mulher de 40 anos não ter relações com o marido. Eu, não é não querer. Eu chego a casa cansada, são oito horas não é?! E quando eu chego, não é que eles não ajudem, mas ainda há muita coisa para fazer. e ele nunca se vai deitar à mesma hora que eu... e eu sou uma pessoa muito fria, não vou apapricar enquanto que ele a mim está sempre a brincar comigo. A nossa relação, os nossos conflitos são sempre por causa de sexo... sim, foi sempre assim. Porque não me consigo exprimir... Às vezes apetece-me mas não sei como é que me hei-de aproximar. Pronto. Ao princípio, quando ele foi para o pé de mim não foi assim.. Só comecei a ter mas dificuldade quando ele passou a dormir comigo todos os dias. E eu comecei a ficar cansada., cansada. Mas eu dizia: Ó Luís, mas se nós gostamos tanto um do outro e se nos damos tão bem ... Porque no fundo a nossa relação foi mesmo assim... Estávamos os dois carentes. Eu precisava mesmo de um ombro amigo. E ele foi a pessoa que esteve sempre presente. “ Mas tu é assim, se não há sexo é porque já não amo, já não gosto de ti.”
Olinda	<ol style="list-style-type: none"> 1. É assim, pela minha parte tenho-lhe amor. E penso que da parte dele também, senão ele não tinha o cuidado que muitas vezes tem comigo. Quando ele não está lá sinto a falta dele, fico preocupada se ele está bem...Na amizade a pessoa gosta da outra mas não está sempre a preocupar-se se a outra está bem. Uma pessoa quando gosta de outra, quando tem amor, está sempre com essa pessoa no pensamento. Na amizade não se tem sempre a pessoa no pensamento; a ele tenho-o sempre no pensamento. 2. Já foi mais importante, agora não. Não sou pessoa de estar sempre a pensar nisso. Sinto-me bem quando temos relações mas também não estou sempre a pensar nisso. Eu própria quando não tenho vontade digo. Porque há dias, eu pelo menos sou assim, ou porque estou mais cansada, ou porque tenho dores nas costas, não tenho vontade. Há dias em que ele aceita bem, há outros que fica um pouco chateado, mas depois passa. Mas ele nunca me forçou a nada.
Márcia 25	<ol style="list-style-type: none"> 1. Acho que é mais amizade. Acho que é mais amizade 2. A mim o sexo não me faz falta; o que me faz falta é o carinho. Isso faz-me muita falta e não tenho o suficiente. A vida sexual foi sempre muito boa; o meu marido sempre disse que eu tinha sido feita para ele. E ele também sempre me satisfaz. Ultimamente tem estado mais fria, porque ele tem dor e tem vergonha de ir ao médico.
Elisabete 29	<ol style="list-style-type: none"> 1. Não sei, eu chamo mais paixão Não vejo mais nada à frente, é verdade. Tenho estado a viver a separação da minha colega e não consigo perceber. O meu marido também é um bocado assim; nós conversamos muito, vivemos muito um para o outro e não deixamos as coisas passar. O conversar e as pessoas entenderem-se é o que faz uma relação andar. É sermos companheiros um do outro é estarmos presentes seja com os filhos ou connosco próprios 2. Com o passar dos anos há menos atracção física. Acho que também é da idade. A idade conta um bocadinho. Mas não faço fretes e ele também não. Quando temos relações é mesmo por desejo. E sinto-me bem

Anexo F1 – Afectos e sexualidade conjugal
O discurso das mulheres dos 50-64 anos da classe social média-baixa

1. Afectos
2. Sexualidade conjugal

Nome e nº de entrevista	O discurso das mulheres
Georgina 1	<ol style="list-style-type: none"> 1. Amor, amizade, sinceridade. Muita amizade, essencialmente muita amizade. Muita preocupação um com o outro. Muita preocupação. Resume-se tudo, Sr.ª Dra., numa palavra: muita amizade. A amizade é mais forte até do que o amor. 2. Nunca tive problemas. Mas é uma coisa que me... não me dá muita satisfação. Não sinto desejo. Foi mais importante com o meu primeiro marido, e depois fui perdendo. Não há discussões. A conversação é fundamental. Mesmo sem desejo, MG, aceita ter relações com o marido, essencialmente por atenção ao marido: Sim. sim, faça isso muitas vezes porque acho que ele é uma pessoa que merece que eu lhe faça isso. Mesmo que não tenha desejo Não interessa, tenho que lhe compensar, também, a amizade e o amor que ele tem por mim.
Lurdes 6	<ol style="list-style-type: none"> 1. O amor... é isso tudo, é uma amizade muito grande, um carinho... estar dependente dele, gostar muito da presença dele. Sim, gosto muito de viver com ele apesar dele ter aquele “feito” horrível, já estou farta de dizer-lhe! É um escorpião horroroso! (risos) 2. Agora, o problema (disfunção sexual do marido) também tem sido bastante difícil, mas supera-se tudo. Quando há amor, superam-se tudo. Naturalmente, o meu marido aceitou mal, porque sente-se mal. Diz mesmo que não presta para nada e que, um dia, mata-se... diz essas coisas todas. Eu aceito, normalmente Até há cerca de um ano, antes de existirem estes problemas era gratificante. Agora temos dificuldades na nossa vida sexual.
Valentina 15	<ol style="list-style-type: none"> 1. Neste momento, a única coisa que ficou foi o respeito. Respeito porque é a pessoa que é pai dos meus filhos e porque no fundo, no fundo, eu acho que é ignorância. Há coisas que as pessoas fazem que nem se apercebem. E ele foi um pouco isso. Não se apercebeu na hora. Depois viu que errou mas não é capaz de dar o braço a torcer. Mas se não tivesse ficado o respeito eu acho que mesmo assim teria havido o descalabro grande de o deixar. E foi mais isso, por causa dos miúdos. O meu filho era muito pequenino... Se ele tivesse a idade que tem hoje, não havia hipótese. Não havia hipótese. Abandonava-o. Ia à minha vida. Mas eu nem fazia guerra. Se o miúdo tivesse a idade que tem hoje, eu nem sequer fazia guerra. Obrigava-o a dar algo para o sustento do garoto e o resto eu não estava nem aí. Quando foi da segunda cirurgia eu cheguei a odiá-lo mesmo. E o quebrar um pouco isso... foram os miúdos. Porque pelos filhos faço tudo. E passei por cima. Por isso não são só as dores físicas que magoam. Eu tive muitas vezes que me custava a entrar em minha casa por ter de o encarar... No início de casados era diferente. Havia amor. Gostava dele. Mas sabe que na minha terra diz-se assim: a dor aparta o amor 2. Olhe, tem sido bastante complicado. Depois da segunda intervenção, com estas limitações e este cansaço... Sim dantes era boa e ele preocupava-se comigo. Ele preocupava-se... como é que eu hei-de explicar? Porque na mentalidade dos homens, principalmente dos nortenhos, se não tiverem a mulher satisfeita ela agrada-se de outro. Eles com esse pensar, preocupam-se, não é? É essa a mentalidade. Agora é mais complicado, eu não me posso mexer e eu já não me preocupo em ter prazer. Faça-lhe a vontade e pronto. Ah, tem de ser, senão o homem ... Mas tenho limitações. Custa-me a respirar, tenho dificuldades... e ele, isso entendeu. Mas foi preciso ficar sem me mexer na cama para ele entender. Mas, quanto a isso, agora não temos problemas. Tenho, mesmo sem vontade, senão acaba por haver uma guerra entre nós que vai arrastar a família toda.
Júlia 19	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sentimento de entreadajuda, de amizade; é diferente agora, e mais uma amizade profunda, a gente desabafa... Já não é aquele amor paixão... Já foi, quando éramos mais novos. É mais aquela preocupação um com o outro... Gosto de estar com ele, sinto-me bem ao pé dele. 2. Já há um tempo que não há nada. Desde que ele teve o problema de coração, o médico disse para ele ter cuidado e desde essa altura não há nada. Fez agora cinco anos... Não tenho problemas. Não sinto falta. Continuamos amigos. Não me fez diferença. Enquanto durou foi bom, nunca tivemos problemas
Clara 21	<ol style="list-style-type: none"> 1. Eu acho que existe amor. ... já não é aquela paixão, é assim um amor de amizade... Gosto muito dele, sinto-me bem com ele, gosto de viver o dia a dia com ele. Ele gosta de nós, quer é sair connosco, gosta de nos apresentar aos amigos. Brincamos muito lá em casa; ele é uma pessoa bem disposta e alegre. O único problema que existe é essa coisa de gostar de gastar, mas de resto não... 2. Acho que tem sido importante. Não trouxe problemas nenhuns. Ele é uma pessoa muito compreensiva, é muito carinhoso

Anexo F1 – Afectos e sexualidade conjugal
O discurso das mulheres dos 20-34 anos da classe social média-alta

1. Afectos
2. Sexualidade conjugal

Nome e nº de entrevista	O discurso das mulheres
Carmo 4	<ol style="list-style-type: none"> 1. Hoje acho que há uma amizade muito grande...É uma amizade muito grande 2. Hoje é menor; depois do nascimento da bebé houve diminuição do desejo e da disponibilidade; estou sempre cansada
Mª João 8	<ol style="list-style-type: none"> 1. Amor, não é? Senão como é que eu aguentava... – Sim ainda é paixão e também companheirismo, e gostar de estarmos juntos...É tudo isso 2. Sim habitualmente é muito gratificante; agora neste período em que estive mais deprimida sentia menos prazer e menos desejo. Foi logo um dos sintomas... Mas habitualmente temos uma relação nesse aspecto muito boa e gratificante
Carolina 9	<ol style="list-style-type: none"> 1. É um sentimento de cumplicidade, de união. É sentir que ele é um pilar, é sentir que me apoia imenso em todas as decisões... Pronto se calhar tive muita sorte de ter um marido assim. Ainda há paixão... ele é uma pessoa muito amorosa. 2. É assim, não digo que seja menos importante, mas é completamente diferente ter dois filhos e a caminho do terceiro filho do que não ter. Porque era muito mais fácil passar fins de semana, poder estar os dois e se calhar estar até às dez da manhã na cama do com eles. Eram sete da manhã no sábado ou no domingo e estávamos todos, os quatro, a ver um programa na televisão, na nossa cama. É outra fase da vida que para nós é muito importante; se calhar por adorarmos as crianças adoramos este tipo de coisas mas nós depois olhamos um para o outro e dizemos: É impossível estarmos os dois só porque eles vêm aqui meter-se. Eles batem á porta e dizem; Posso, posso? A Leninha nem pergunta, entra logo...O João diz: É o João, posso? “ Entre, João, entre. “Mas tentamos... tentamos realmente ter tempo só para nós. ... Acho que não é fácil hoje ter um casamento e com filhos e com tudo se a pessoa não conseguir ter alguns momentos de intimidade... é gratificante
Carlota 10	<ol style="list-style-type: none"> 1. A amizade...Hum... Eu acho que hoje em dia é mais a amizade. No início eu acho que era mais aquela paixão, que acaba por desaparecer... Penso que também é o amor mas já não é aquela paixão que era. Uma pessoa acaba por estar também mais dividida por elas. Portanto acaba por ser diferente. Mais companheirismo...do que aquela paixão para aqui e para acolá... Já foi assim mas agora não e acho que é mais saudável...porque era demais. 2. Quase nenhuma infelizmente, porque eu desde que tive as minhas filhas retiro muito pouco prazer disso. Não sei se é normal...Já falei com a minha obstetra, ela diz que é normal pelo pouco tempo que nós temos. Ele fica frustrado coitado, mas eu não tenho disposição para isso, não me sinto realizada por ter isso. Acho que ... não sei se para os homens é uma necessidade que eles sentem - há quem diga que sim... Não, não é gratificante... Nada, pelo contrário...Às vezes até me dá uma certa frieza e dor...Tenho de voltar a falar com a obstreta, mas ela acha naturalíssimo “ Então, não tem tempo para isso...Eu acho que houve um grande afastamento desde que ele começou a ter este segundo trabalho. Senti uma grande revolta por ele não me ajudar e por ser eu quase sempre a tratar delas sozinha, que hoje em dia não tenho. Consegui... essa revolta que eu tinha... consegui mobilizá-la para uma satisfação de estar com elas e de fazermos as tarefas todas juntas. E essa satisfação acaba... Essa satisfação que eu tenho com elas acaba por roubar satisfação quando estou com ele. Portanto, nesse aspecto, eu acho que se eu fosse ele já tinha dado um pontapé fundamental na situação. Antigamente antes de as termos se calhar era diferente...Pode ser o cansaço, não sei...Acho que sim, que dantes teria mais satisfação. Hoje em dia já não tenho. Também é difícil...Ele deita-se às duas e tal...tenho de acordar a um quarto para as sete... assim não dá. A casa é pequena, com os dois quartos pegados, não há aquela privacidade, como quando elas não existiam... São vários factores que levam ao afastamento É estar tão bem com elas, ter-me tornado independente com elas ... vamos aos baloiços ou vamos todas passear, que... acabo por ficar satisfeita assim. Não sei, é um egoísmo se calhar da minha parte. Pode ser que com o tempo as coisas mudem.
Inês 27	<ol style="list-style-type: none"> 1. É um sentimento de amor, de afinidade. Proximidade, gostar de estar com ele, respeito mútuo, ternura. No fundo, no fundo a paixão já não é assim uma coisa ... 2. Já foi mas satisfatória mas eu penso que tem a ver coma fase que atravessamos; com as crianças pequenas, com o lançamento da empresa... e depois confesso que às vezes estamos muito cansados para isso. De facto essa parte da relação está um bocadinho mais agastada.

Anexo F1 – Afectos e sexualidade conjugal
O discurso das mulheres dos 35-49 anos da classe social média-alta

1. Afectos
2. Sexualidade conjugal

Nome e nº de entrevista	O discurso das mulheres
Helena 5	<ol style="list-style-type: none"> 1. Se não for possível falar em amor, que eu acho que há... É porque é difícil exprimir sentimentos por adjectivo ou por palavra. Eu acho que há compreensão, há muita amizade, a amizade é uma coisa muito importante, há o contacto sempre um com o outro, há solidariedade, há...há entendimento até quando não se fala, o ajudar sempre, o saber que estamos sempre presentes, porque temos uma vida difícil ao nível do trabalho e da gestão familiar, temos de estar sempre muito atentos com a família e um ao outro. Eu acho que há amor não no sentido daquela paixão que se vê nos filmes...Não sei...Não, não passámos essa fase da paixão. Nunca tivemos aquela fase, ou tivemos?...Porque nós gostávamos muito um do outro e gostamos, mas aquela fase como nos filmes:”meu Deus, é eternamente!”...Mas também nunca sentimos que mudasse. Às vezes muda mas nunca será demasiado. Nós estamos tão habituados a contar um com o outro que para mim era muito difícil viver sem o Te para ele julgo que também. Há o amor no sentido da confiança, da constância. Eu acho que isso é amor. Eu digo, eu digo abertamente ao meu marido “ eu amote”. E quando lhe pergunto ele diz-me: Ah sim. Eu penso que não é por não querer dizer abertamente. A pequenita é que diz: Ai ama, ama, porque o papá a mim diz-me que te ama. Portanto é a mediadora. Eu penso que não é assim uma coisa que se anda a dizer todos os dias. Diz-se de vez em quando. E se me pergunta qual é o sentimento, eu acho que há amizade, há amor, há entendimento, há habituação – também porque não? – porque estamos habituados a viver um com o outro. 2. Nós entendemo-nos bem sexualmente e isso é importante. Eu penso que tem sido gratificante para os dois. Nós gostamos de ter relações um com o outro. Às vezes mais assiduamente, às vezes menos assiduamente, depende do momento. A minha cirurgia não teve influência nenhuma porque foi só retirar o útero e os ovários... Fiquei preocupada na altura, mas não influenciou nada no casal. Eu penso que se é de um peito, há algo físico. Mas quando é o ovário, pode trazer outras complicações mas a nível físico não se nota. Não há mudanças, não há alterações. E portanto... Eu senti que o meu marido nessa altura estava curioso por ver se eu ia ficar diferente, mesmo a nível sexual. Viu que não e pronto. Tudo normal. (Risos) Eu acho que nunca falei tanto da minha vida e isto é engraçado no fundo. Nunca falei tanto da minha vida familiar ou sentimental com alguém. Se calhar isto também é importante. (Risos)
Ana 12	<ol style="list-style-type: none"> 1. É assim, acho que neste momento existe a preocupação de reencontrar uma base afectiva para estarmos juntos, seja de amizade ou de amor. Neste momento estamos à procura de, a fazer esforço, para encontrar uma certa cumplicidade. Acho que já houve alturas que era por uma questão de habituação. Pronto estávamos, não havia muito o questionar ...Ao longo destes 21 anos houve uma altura em gostámos mesmo muito um do outro, e depois a partir de uma determinada altura... porque as pessoas não estão atentas, porque o quotidiano é o que é, há muitas areias e cada um vai ficando com as suas areias na engrenagem e as pessoas vão-se afastando. Depois daquele problema com o João, de que eu ainda não recuperei, e porque vejo um grande esforço da parte dele para ter uma boa relação afectiva e de bem estar, acho que também estou a fazer algum esforço, ainda que eu veja que ele tem feito um esforço maior. Eu tento valorizar isso para desvalorizar o comportamento anterior dele. A manutenção da família para mim é um dever. Não é bem um dever, é um valor, é uma coisa importante para mim. Por um lado valorizo muito a questão de manter a família junta, por outro lado estou magoada... Tudo isto é um conflito que eu ainda não consegui resolver e nem sei se algum dia vai ficar completamente resolvido. 2. A minha vida íntima com o João trouxe-me prazer, em termos gerais. Claro que houve períodos em que não foi tão gratificante, não pela relação física em si mas por outros problemas do casal. Mas globalmente acho que foi gratificante.
Sara 23	<ol style="list-style-type: none"> 1. Eu acho que a paixão já era. Eu não sei se não tem picos, se não há assim momentos em que ela aparece. O dia a dia não é muito dado a paixão. Amor sem dúvida, sendo que o amor é uma coisa... Eu acho que para aí há uma grande confusão entre o amor e a amizade. Não sei dizer onde começa a amizade e começa o amor ou se há amor sem amizade. Eu acho que não consigo. Entre a amizade e o amor há uma coisa que eu não sei muito bem o que é. E existe também a relação sexual 2. Eu estou bem, eu acho que ele não está. Se ele me preenche as necessidades eu acho que não preencho as dele. Acho porque ele verbaliza. Determinadas práticas, determinadas variantes, determinadas atitudes em relação à vida sexual, que eu de facto não me sinto à vontade, não me apetece, não quero. Eu não gosto de fazer coisas forçadas. Eu sei que do lado dele há uma certa frustração e mágoa..Só que isto também não um assunto pacífico de conversação. É uma coisa que evitamos falar. Estas insistências também me causam um certo constrangimento... Mas globalmente eu sinto –me satisfeita, a minha vida sexual em casal tem sido gratificante.
Josefa 28	<ol style="list-style-type: none"> 1. É amor... É que a outra pessoa é quase tudo, é muito importante. Sim, ainda sinto paixão. Ainda é como era no princípio... 2. É muito gratificante
Isabel 30	<ol style="list-style-type: none"> 1. Eu acho que é amor e respeito um pelo outro. Amor é gostar de estar junto, é gostar de fazer as coisas juntos, de vivermos juntos. Há muito companheirismo e muito respeito na nossa relação. 2. Tem sido muito importante e muito gratificante ao longo deste tempo

Anexo F1 – Afectos e sexualidade conjugal
O discurso das mulheres dos 50-64 anos da classe social média-alta

1. Afectos
2. Sexualidade conjugal

Nome e n° de entrevista	O discurso das mulheres
Luísa 7	<ol style="list-style-type: none"> 1. É assim, Dra. Eu não estou naquela fase em que a pessoa diz assim “ ah agora já há muito companheirismo, não sei quê...” Não, Eu amo o meu marido. Eu gosto dele, percebe, eu gosto das mãos dele, eu gosto do corpo dele, eu gosto dos sentimentos dele. Eu gosto dele, percebe? E até gosto dos defeitos dele. Eu gosto daquele homem. Só não gosto do tabaco. Tudo o resto eu gosto. Gosto da cabeça dele, gosto da forma dele pensar. É mais do que companheirismo, do que amizade. Isso é já um dado adquirido mas é mais... A verdade é que eu continuo a olhar para ele e a preencher-me, percebe? Eu continuo a ver nele... é aquilo que eu quero. 2. É muito gratificante. Faz parte desta relação.
Rosário 11	<ol style="list-style-type: none"> 1. Já vão 30 anos de casados. É muito tempo. Eu acho que existe uma certa culpabilidade, existe o gosto por estar juntos e por fazer coisas juntos – eu por exemplo adoro viajar sozinha com o meu marido – existe solidariedade, existe ternura. Eu gosto que ele esteja bem, que se sinta feliz. Eu acho que existe amor. Não vou dizer que existe uma permanente paixão. Isso foi numa fase e muito inicial do nosso relacionamento. Mas existe ainda um certo deslumbramento pelo outro, que acaba afinal por nunca ser totalmente conhecido Há sempre um certo mistério e eu acho que isso alimenta a relação.. E tive sempre muita admiração pelas suas qualidades... Eu acho que ele é uma pessoa boa, muito culta - o que me fascina - e sensível. Claro que existe sempre uma zona do outro que não se conhece totalmente, mas ao longo de 30 anos, há já um grande conhecimento mútuo. Assim como se conhecem qualidades, conhecem-se as fragilidades e isso é importante porque se podem evitar os conflitos que em fases anteriores existiram. E depois há uma história que fomos construindo juntos...é como uma construção em que se vão colocando os tijolos. Vai-se fazendo. Eu tenho muito presente essa história. Poderia dizer que é um sentimento de amor e de união muito forte. E mais. Eu sinto que muito do que sou hoje o devo ao meu marido. O meu equilíbrio, a aceitação de mim mesma, isso devo-lhe a ele. 2. Existiram períodos de constrangimento que eu penso terem estado inicialmente associados a determinados preconceitos e preceitos de ordem religiosa dos quais tive alguma dificuldade em me desembaraçar. Depois, as nossas ideias sobre o amor - quando digo as nossas digo as minhas e as de algumas mulheres da minha geração e de educação cristã - eram muito romantizadas e muito pouco sexuadas. Demorou algum tempo a dar a volta. Mas deu. Hoje por questões relacionadas com a minha saúde existem algumas limitações nessa área da relação e a satisfação talvez seja menor... Mas também precisamos de aprender a viver com as limitações que temos e o facto de haver uma menor actividade sexual não diminuiu
Margarida 17	<ol style="list-style-type: none"> 1. Eu estive apaixonada durante muitos anos. Agora já não estou e tem a ver com aquilo que eu já disse, com as expectativas, com que a gente imaginava. Portanto eu deixei de estar apaixonada mas continuo a gostar muito do Luís. Eu acho que amo o Luís, porque senão não teria o respeito que tenho, se não amasse eu não estava lá. Eu casei-me com aquilo que eu tinha com ele: era a partilha da honestidade, da verdade, da vida. Isto era o meu...a partilha das coisas. E depois verifiquei que isso não era possível. Nunca foi possível, nunca foi assim, e até determinada altura eu julguei que sim. Eu julguei durante uma série de anos que havia esta partilha. Eu estive uma série de anos casada, ele tinha o seu feitio, introspectivo, pouco comunicativo, mas eu julguei que havia uma partilha. O meu plano para o casamento era este da partilha das coisas difíceis, fáceis, da verdade entre o casal e na relação de casal. Antes de casar com o Luís, uma das coisas que disse foi: A gente está a construir uma família, em princípio espera que dure indefinidamente enquanto cá estivermos mas se assim não for, se algum se desgostar do outro, faz parte desta honestidade transmitir-se isso. Mesmo se magoe, porque a mentira acabará sempre por magoar mais. Mas a gente quando está apaixonada filma um filme que não é bem o real. O filme na nossa cabeça é um bocadinho diferente do real. Depois, se a gente pensar e desconstruir algumas coisas vê.: Ah, de facto eu nunca tive isso. Não tinha nada, agora que me tiraram o tapete debaixo dos pés, de ficar completamente derreada, porque na realidade eu nunca tive isso da partilha total. Portanto a certa altura fui confrontada com um ideal que eu construí sozinha. Isto foi na realidade aquilo que balançou muito cá dentro. Mas eu acho que o que sinto hoje eu classificaria como amor. O gostar de estar, gostar da companhia... Eu classifico como amor, porque se fosse amizade, algumas coisas eu não suportaria. Não é não suportaria, é não admitiria. Só mesmo como amor é que algumas coisas são passíveis de admitir. Só mesmo por amor é que eu á estou. Agora como paixão, não. Paixão já foi. 2. Eu gosto da relação sexual e é gratificante, sinto-me bem e gosto, mas não sou propriamente uma pessoa que esteja a pensar fazer isso todos os dias; gosto se há um clima, um carinho, alguma coisa que chama e vai nesse sentido e gosto nessa altura...No geral considero que foi mais gratificante do que constrangedora
Adriana 20	<ol style="list-style-type: none"> 1. Para mim é um sentimento de amizade 2. Não temos vida sexual há alguns anos; ele depois de um período em que teve alguns problemas maiores com os filhos começou a ter alguns problemas nesta área. Ele fez várias tentativas e não conseguia. Eu disse-lhe que deveria procurar tratar-se porque a situação parecia estar ligada a questões nervosas. E ele respondeu-me: Este assunto deixou de me interessar. Como militar que é, e como outros constrangimentos, que tem, este é mais um ...constrangimento de que não fala. Não falamos nisso, pura e simplesmente. Fazemos uma vida normal, excepto nisso. Eu sofri mais por ele do que por mim.
Teresa 26	<ol style="list-style-type: none"> 1. Eu acho que é amor. Também é amizade mas não deixou de haver ainda amor e interesse um pelo outro, não. É como era. O amor é a gente gostar de estar um com o outro, é compreensão, sei lá mais... e já é muito não é? E atracção física também. 2. Foi sempre gratificante. Foi sempre ao longo da nossa vida um aspecto importante.

Anexo F2

Grau de gratificação com a sexualidade conjugal
e
auto-avaliação de saúde das mulheres

ANEXO F2

Grau de satisfação sexual da mulher e autoavaliação do estado de saúde nas mulheres de classe média baixa

Grupos etários	20 – 34 anos					35 – 49 anos					50 – 64 anos				
Nº Entrevista	3	16	18	22	24	2	13	14	25	29	1	6	15	19	21
Grau de satisfação sexual	G	G	G	G	G	NG	NG	G	G	G	NG	NG	NG	NG	G
Autoavaliação do estado de saúde	R	R	B	B	R	B	R	R	R	B	R	R	R	R	B

Legenda: G – Gratificante NG – Não gratificante
 MB- Muito Bom, B – Bom, R – Razoável, M - Mau, P – Péssimo

Grau de satisfação sexual da mulher e autoavaliação do estado de saúde nas mulheres de classe média alta

Grupos etários	20 – 34 anos					35 – 49 anos					50 – 64 anos				
Nº Entrevista	4	8	9	10	27	5	12	23	28	30	7	11	17	20	26
Grau de satisfação sexual	NG	G	G	NG	NG	G	G	G	G	G	G	NG	G	NG	G
Autoavaliação do estado de saúde	R	P	B	B	B	B	R	MB	R	B	B	R	B	R	B

Legenda: G – Gratificante, NG – Não gratificante
 MB- Muito Bom, B – Bom, R – Razoável, M - Mau, P – Péssimo

ANEXO G
SOCIABILIDADES
(G1 e G2)

Anexo G1

Sociabilidades Familiares

Grelha de colheita de dados para o grupo etário 20-34 anos nas mulheres de classe média-alta

Nº de Entrevista	4	8	9	10	27
Questões					
23 – Amigos do casal	10	20	8	8	18
24 - Frequência do encontro	semanal	2/ 2 sem	2/2 semanas	semanal	3/3 Meses e 2/2Meses
25 - Circunstâncias do encontro	café jantar	Jantar Praia, Convívio em casa uns dos outros	Jantar Espectáculos	Lanchar Jantar praia	Fins de semana Aniversários
26 - Amigos íntimos do casal	6	Próximos todos	8	Próximos mas não íntimos	12
27 -Ligação mais forte a um dos cônjuges	Aos 2	Aos 2	Aos 2	Aos 2	À entrevistada
28 - Amigos da mulher	3	10- que passam pelo casal	3	4	-
29 - Frequência dos contactos pessoais com amigos da mulher Outras formas de contacto e frequência dos mesmos	3/3 M	2/2 semanal	Telefone anual	2 diário 2 semanal	-
30 amigos/as íntimas da mulher	-	-	-	4 próximas	-
31 Características do apoio dos amigos	Emocional	Emocional	Emocional e logístico	Emocional e logístico	
32 Visitas a familiares Em família Em casal Individualmente Frequência dos contactos	Sim Mãe – diária Irmão – quase diária	Subsistema → M – Fºs para Pais e irmã da entrevistada semanal	Sim Sim Semanal para pais e irmã entrevistada Mensal -sogros	Sim F. Origem e irmã – semanal Sogros -mensal	Sim Pais – diário Irmão -semanal Sogros -mensal
33 Recepção de familiares no domicílio Quem Frequência de contacto	F. Origem dos 2 Sogros e irmão 3/3 s	F. Origem dos 2 Aniversários	F. Origem da entrevistada quinzenal	Pais e irmã quinzenal	Pais -2/2 s Irmãos – 2/2 s Sogros - esporádico
Trabalho voluntário	não	ocasional	não	ocasional	não

Anexo.G1

Sociabilidades Familiares
Grelha de colheita de dados para o grupo etário 35-49 anos nas mulheres de classe média-alta

Nº Entrevista	5	12	23	28	30
Questões					
23 – Amigos do casal	Não têm*	11	20	4	10
24 - Frequência do encontro	-	2/2 semanas Mensal	3/3 Meses; outros diário	3/3 Meses	semanal
25 - Circunstâncias do encontro	-	Jantar convívio	Jantar em casa uns dos outros	Jantar e conversa	Refeições, passeios
26 Amigos íntimos do casal	-	4	Um casal	não	Os 10
27 Ligação mais forte a um dos cônjuges		Talvez uns seis mais ligados á entrevistada	Vieram todos através da entrevistada	Ao marido	Aos 2
28 - Amigos da mulher	3	4	- passam pelo casal	Só “conhecidas”	-passam pelo casal
29 - Frequência dos contactos pessoais com amigos da mulher Outras formas de contacto e frequência dos mesmos	telefónicos	Uns diário; outras menos vezes	Diário quer directo quer telefónico	semanal	semanal
30 - amigos/as íntimas da mulher	3	4	2		
31 Características do apoio dos amigos	-	emocional	todo	Emocional – com reserva*	Emocional e logístico “É como se fossem família”
32 -Visitas a familiares Em família Em casal Individualmente Frequência dos contactos	Visita semanal aos pais e irmãos da entrevistada	Pais e irmãos de mês e meio e mês e meio Família do marido -não	Um elemento de família comum aos dois cônjuges – semanal ou quinzenal I irmão de 3/3M	Pais, sogros e irmão semanalmente	Em família visitam os pais mensalmente Individualmente –os pais todos os dias” por força de trabalho”
33 - Recepção de familiares no domicílio Quem Frequência de contacto	Sogra -2/2m Cunhada -mensal	Não	Sim – um elemento de família coum aos dois cônjuges –semanal ou quinzenal	Sim; irmã	Pais, sogros e irmã mensalmente
Trabalho voluntário	não	não	não	sim; semanal	não

Anexo G1

Sociabilidades Familiares

Grelha de colheita de dados para o grupo etário 50-64 anos nas mulheres de classe média-alta

Nº entrevista	7	11	17	20	26
Questões					
23 – Amigos do casal	20	14	9	Não têm	8
24 - Frequência do encontro	mensal	Mensal; às vezes menos	2 x ano		mensal
25 - Circunstâncias do encontro	Fins-de-semana Aniversários e outras festas	Jantar e conversa Fins-de-semana e festas	Recepção em casa para refeição e conversa	-	Jantar ou fim de semana
26 Amigos íntimos do casal	Os 20	5	2	-	8
27 Ligação mais forte a um dos cônjuges	Aos 2 –vieram por ela	Aos 2	Aos 2 mas mais à entrevistada		Aos dois
28- Amigos da mulher	Passam pelo casal	3	Passam todas pelo casal	15	3
29- Frequência dos contactos pessoais com amigos da mulher Outras formas de contacto e frequência dos mesmos	-	Uma vez por mês		Com dez 2 x semana Os outros mais irregularmente	4 x ano
30- amigos/as íntimas da mulher	Os mesmos	2	Uma mais íntima	2	-
31- Características do apoio dos amigos	Tudo – emocional e logístico	Emocional e logístico*	Emocional	emocional	Todo – estão sempre na primeira linha*
32 -Visitas a familiares Em família Em casal Individualmente Frequência dos contactos	Sim a familiares dos pais Também ao filho e família – 2 mês Algumas por mês	Famílias de origem dos dois Em casal – irmãos da entrevistada e sobrinhos Individual – a irmãos Variável - mensal	Em família pai da entrevistada, sogra e irmã semanal	Visita sozinha o enteado – semanal ou quinzenalmente	Casal - Visitam semanalmente os cunhados; irmão mais espaçadamente
33-Recepção de familiares no domicílio Quem Frequência de contacto	Sim Filho e família 2 a 3 mês e outros familiares ocasional	Sim Famílias de origem do marido, irmãos de ambos, sobrinhos e primos	Sogra, pai e irmã Semanal e por períodos mais longos	Recebe os filhos do marido irregularmente	Filhos - uma vez por semana
Trabalho voluntário	ocasional	2 vezes por mês a entrevistada	Não	Sim,2x semana	Não

Anexo G1
Resumo das características das redes sociais nas mulheres de classe social média -

Nº entrevista	Características das redes
4	Predomínio dos amigos de casal sobre os individuais; Contactos frequentes com amigos do casal e menos frequentes com amigos individuais Contactos frequentes de toda a família com família de origem; contactos individuais com família de origem. Recepção frequente de familiares dos dois elementos Rede ampla de amigos e intimidade
8	Predomínio dos amigos de casal sobre os amigos individuais; contactos frequentes com amigos do casal e individuais Contactos frequentes do subsistema mãe-filhos com a família de origem; menos frequentes com família de origem do marido; Recepção não frequente de familiares Rede ampla de amigos; proximidade
9	Predomínio dos amigos de casal sobre os individuais; Contactos frequentes com amigos do casal, menos frequentes com amigas individuais Contactos frequentes de toda a família com a família de origem da entrevistada; menos frequentes com família de origem do marido Recepção frequente de familiares no domicílio Rede ampla de amigos e intimidade
10	Predomínio do número de amigos do casal sobre os individuais. Contactos frequentes com ambos mas mais frequentes com as amigas da entrevistada. Contactos frequentes da família com família de origem; menos frequentes com a família de origem do marido Recepção frequente de família de origem da entrevistada. Rede ampla de amigos, proximidade
27	Predomínios dos amigos de casal sobre os amigos individuais – não existem agora amigos individuais Contactos frequentes da família com família de origem e também contactos individuais frequentes com família de origem. Contactos menos frequentes com a família do marido. Recepção frequente de familiares. Rede ampla de amigos, intimidade
5	Sem amigos comuns –porque preferem estar só em família. Poucos amigos da mulher. Contactos frequentes de toda a família com família de origem da entrevistada. Recepção de parte dos familiares do marido, mensal, rede pobre de amigos
12	Predomínio ligeiro dos amigos de casal sobre os individuais, embora com uma ampla rede de amigos individuais rede ampla de amigos intimidade, rede familiar comum pobre Contactos de cada cônjuge com a sua família de origem. Não recebem familiares em casa. (conflitos com as respectivas famílias de origem)
23	Predomínio dos amigos do casal sobre os individuais, embora todos os amigos tenham vindo por parte da entrevistada. * Contacto mais frequente da entrevistada com alguns dos amigos. A família visita e recebe frequentemente uma parte da família de origem Rede ampla de amigos, intimidade
28	Predomínio dos amigos de casal embora com poucos amigos de casal (sobretudo são amigos do marido). Mulher sem relações de amizade, contactos frequentes de toda a família com a família de origem dos dois cônjuges (embora com relação conflituosa com a sogra) Recepção da irmã em casa, alguns períodos no ano Rede pobre de amigos, sem proximidade nem intimidade. Contactos frequentes com famílias de origem
30	Predomínio da rede de amigos de casal sobre amigos individuais. Relações de amizade íntimas e contactos frequentes Não existem amizades que não passem pelo casal Contactos mensais de toda a família com as famílias de origem que recebem em casa ou visitam. Rede ampla de amigos, intimidade
7	Predomínio dos amigos de casal – passam todos pelo casal. Contacto frequente Contacto frequente com filhos e com alguns familiares da entrevistada, recepção em casa de alguns familiares Rede ampla de amigos, intimidade contactos frequentes
11	Predomínio de amigos do casal sobre individuais mas existência de individuais; contactos frequentes com a a família alargada. Rede ampla de amigos, intimidade e contactos frequentes
17	Predomínio dos amigos de casal sobre individuais mas poucos contactos. Existem amigos individuais. Recepção em casa sobretudo das famílias de origem com que a entrevistada assume uma função cuidadora. Rede ampla mas poucos contactos com alguma intimidade
20-	Sem amigos comuns. Poucos contactos do casal com familiares rede individual ampla, alguma intimidade
26	Predomínio dos amigos de casal sobre os individuais, contactos íntimos e frequentes; contactos frequentes com familiares próximos Rede ampla, intimidade

Anexo G2 - Sociabilidades Familiares
Grelha de colheita de dados para o grupo etário 20-34 anos nas mulheres de classe média-baixa

Nº Entrevista	3	16	18	22*	24
Questões					
23 – Amigos do casal	Não	5	4	8	4
24 -Frequência do encontro	-	5 x ano	1 ou 2 x mês	mensal	quinzenal
25-Circunstâncias do encontro	-	Aniversários de família	Jantar e conversa	Jantar passeio e conversa	Jantar, café e conversa
26 - Amigos íntimos do casal	-	Próximos, não íntimos	Os 4	2	1
27- Ligação mais forte a um dos cônjuges		Mais da mulher	Vieram da mulher mas são dos 2	Dos 2 mas vieram dele	Dos dois
28 - Amigos da mulher	So conhecidas e colegas	1	Passam pelo casal	4	4
29- Frequência dos contactos pessoais com amigos da mulher Outras formas de contacto e frequência dos mesmos	-	Mês e meio	-	Diário umas ou semanal	mensal
30- amigos/as intimas da mulher	Não tem	1 próxima, não íntima	-	1	1
31- Características do apoio dos amigos	-	Emocional e de convívio	Emocional*	Emocional e logístico	todo
32 - Visitas a familiares Em família Em casal Individualmente Frequência dos contactos	Não fazem	Em família a família de origem da entrevistada semanalmente Individual –mãe diariamente	Individual - irmã da entrevistada	Em família visitam uma irmã da entrevistada de 2/2 meses e outros 2xano Individual – mãe e irmão mais velho semanal	Em família as nossas famílias – pais e irmãos mensalmente
33 - Recepção de familiares no domicílio Quem Frequência de contacto	Pai da entrevistada 2/2M Mãe – quando vem a Portugal 2x ano	Irmãos – cinco vezes por ano	Irmã da entrevistada semanalmente Cunhados esporadicamente	Mãe da entrevistada – mensal Irmã da entrevistada 37#M	Famílias de origem dos dois mensalmente
Trabalho voluntário	não	não	não	não	não

Anexo G2 - Sociabilidades Familiares
Grelha de colheita de dados para o grupo etário 35-49 anos nas mulheres de classe média-baixa

Nº Entrevista	2	13	14	25	29
Questões					
23 – Amigos do casal	Não têm	2	3	4	10
24 Frequência do encontro	-	3 x ano	semanal	3/3 meses	Uma vez por ano nas férias e 2/2m
25- Circunstâncias do encontro		jantar	Visitas, refeições e passeio	Espectáculos sair	Piqueniques, passeios nas férias
26 Amigos íntimos do casal	-	2	3	4	4
27 Ligação mais forte a um dos cônjuges	-	Aos dois	Maior ligação entre as mulheres	Ao 2	+ à mulher
28 - Amigos da mulher	4; e os 2 patrões também	2	1	4	10
29 - Frequência dos contactos pessoais com amigos da mulher Outras formas de contacto e frequência dos mesmos	diários	diárias	Telefone semanal	Com uma mensal; com as outras por telefone 2/2 semanas	Diário Às vezes também envolve o marido em passeios que fazem com as famílias de todos de 2-2M
30 amigos/as íntimas da mulher	4; há muitos anos e a gente fala de tudo	2	1	4	1
31 Características do apoio dos amigos	emocional	emocional (lúdico)	emocional	emocional	emocional dos íntimos – todo
32 Visitas a familiares Em família Em casal Individualmente Frequência dos contactos	Entrevistada – mãe diariamente	Família da entrevistada-- mensalmente (irmã)	Casal visita um irmão da entrevistada mensalmente e primos 2 x ano	Individual - Aos pais diariamente A família vai semanalmente a casa dos pais da entrevistada.	3xano nas férias toda a família visita as famílias de origem Primo do marido mensalmente
33 Recepção de familiares no domicílio Quem Frequência de contacto	Sogra -semanal	Família do marido – quinzenal - irmão	Recebe sobrinhos semanalmente	Não recebe ninguém	Primo do marido mensalmente
Trabalho voluntário	Não	Não	Não	Sim; semanal	Esporadicamente nos escuteiros

Anexo G2 - Sociabilidades Familiares
Grelha de colheita de dados para o grupo etário 50-64 anos nas mulheres de classe média-baixa

Nº Entrevista	1	6	15	19	21
Questões					
23 – Amigos do casal	Não têm	Não têm; o marido tornou-se cioso da minha companhia	Não têm Já tiveram mas os valores começaram a divergir	4 “conhecidos” actualmente; os amigos verdadeiros morreram	4
24 - Frequência do encontro	-	-	-	Diário	2/2 meses
25- Circunstâncias do encontro	-	-	-	Café e excursões	Almoço e passeio
26 - Amigos íntimos do casal	-	-	-	-	1
27- Ligação mais forte a um dos cônjuges	-		-	Mais ao marido	marido
28- Amigos da mulher	-	2	Vários conhecidos, sem intimidade	1	2
29 - Frequência dos contactos pessoais com amigos da mulher Outras formas de contacto e frequência dos mesmos	-	Uma mensalmente, pessoal 1 por telefone mais esporadicamente	Com algumas mensalmente	Quinzenal telefónica	diária
30 - amigos/as íntimas da mulher	-	2	-	1	1
31 Características do apoio dos amigos	-	emocional	-		Emocional e mesmo económico se precisasse
32- Visitas a familiares Em família Em casal Individualmente Frequência dos contactos	Filho da mulher semanalmente	-	Visitam as famílias de origem de ambos na terra de 2/2M	Visitam os cunhados 2/2 semanas	Em família ou casal visitam a família de origem de ambos nas férias ou fins-de-semana prolongados
33- Recepção de familiares no domicílio Quem Frequência de contacto	Não recebem ninguém	Recebem o filho e respectiva família 2/2semanas	Sobrinhos com frequência e irmã também.	Cunhados e primos Festas de aniversário	Sobrinhos ocasionalmente ou outros familiares que necessitem vir a Lisboa
Trabalho voluntário	Não	Não	Sim; ajuda vizinhos idosos ocasionalmente	Não	Não

Anexo G2

Resumo das características das redes sociais nas mulheres de classe média - baixa

Nº Entrevista	
3	Sem amigos comuns ou individuais. Várias conhecidas (trabalho e escola) sem intimidade. Rede pobre e sem intimidade
16	Predomínio dos amigos de casal; poucos contactos. Contactos frequentes com família de origem da entrevistada. Rede pobre de amigos e sem intimidade
18	Rede de amigos não muito ampla mas com contactos frequentes e com intimidade. Predomínio dos amigos de casal Contactos frequentes com irmã e pouco frequentes com família do marido
22	Rede ampla de amigos, contactos frequentes, intimidade .Predomínio dos amigos do casal Contactos frequentes com família de origem de ambos
24	Rede de amigos não ampla, contactos frequentes, não muita intimidade. Equilíbrio entre amigos individuais e do casal
2	Amigos comuns inexistentes. Rede de amizades não muito ampla mas de grande intimidade. Relações com a mãe com frequência.
13	Rede de amigos comuns pobre em nº e contactos. Predomínio das relações de amizade individual pela frequência de contacto. Contactos com famílias de origem frequentes. Rede de amigos pouco ampla.
14	Rede de amigos comuns não muito ampla mas com contactos frequentes e alguma intimidade. Contactos regulares com família alargada.
25	Poucos amigos comuns e contactos pouco frequentes, nº de amigos individuais equivalente ao dos amigos comuns mas com contacto mais frequente. Intimidade relacional. Contacto frequente com os pais da entrevistada; sem contactos com família de origem do marido.
29	Rede ampla de amigos comuns e individuais; tendência a envolver o marido nas amizades individuais, mas mantendo a sua autonomia. Contactos regulares com os amigos de casal não frequentes por residirem longe. Intimidade relacional. Contactos regulares com família de origem embora não muito frequentes
1	Sem amigos comuns. Contacto com filho da entrevistada semanalmente. Rede relacional pobre
6	Amigos comuns inexistentes. (o marido é cioso da sua companhia) Poucos amigos individuais e contactos não muito frequentes. Contactos frequentes com filho e família deste
15	Amigos comuns inexistentes; sem amigos pessoais (só conhecidos) Contactos regulares e frequentes com famílias de origem Rede relacional pobre.
19	Amigos comuns predominantes em relação aos individuais, mas pouco ampla e de pouca intimidade. Relações regulares com famílias de origem
21	Predomínio de amigos comuns em relação aos individuais mas com contactos superiores nos amigos individuais. Relações regulares com família de origem.

ANEXO H

Estado de saúde das mulheres: Que influências?

Discursos no feminino

Anexo H - o que influencia negativa ou positivamente o estado de saúde

- 1- O que influencia negativamente a sua saúde?
- 2- O que influenciou negativamente a sua saúde?
- 3- O que influencia ou tem influenciado positivamente?

O discurso das mulheres de classe media baixa dos 20 aos 34 anos

Nome e n° entrevista	Os discursos
Zulmira 3	<ol style="list-style-type: none"> 1- Às vezes o tipo de trabalho “ Tive de lavar muita loiça, muitos tachos, muitas panelas e ficou a doer e eu no dia seguinte não consegui mexer-me porque me doía muito. Não conseguia mexer-me, mesmo. Tive de vir ao médico e não pude trabalhar estes dias. Às vezes é um trabalho muito duro. 2- Às vezes problemas familiares: . Houve uma altura que o nosso casamento ficou assim mais frio. Tínhamos horários de trabalho que não davam para a gente se encontrar. Claro, eu fico triste, o meu coração fica triste, a minha mente fica triste, parece que falta qualquer coisa para preencher o meu vazio, falta algo. Eu, não fico bem: não me sinto bem, sinto esse vazio 3- ...o tipo de vida que tinha em S. Tomé, com a família e os amigos ...a relação que tenho com o meu marido
Leonor 16	<ol style="list-style-type: none"> 1- Nada 2- Nada 3- Nada – a situação de doença é que lhe dá benefícios fiscais
Paula 18	<ol style="list-style-type: none"> 1- Estou numa fase muito boa 2- A intromissão da família do meu marido em várias fases da nossa vida Foi desde o início da nossa vida até há quatro anos, até à doença e à morte da minha sogra. Ela era muito dominadora. Eu tinha medo dela. Sempre tive desde pequena. Eu vivia ali porta com porta, depois ela era uma pessoa autoritária. Eu sempre fiz até há quatro anos o que a família dele quis. E sentia-me culpada de não ser eu, de ser sempre uma máscara. Eu podia ter vivido muito melhor. Porque é que agora estou a ser tão feliz e dantes não fui? Imagine que eu agora morro e estive tanto tempo sem viver isso. Isso tudo mexe cá dentro. E eu vivi muito, muito deprimida 3- O apoio da família de origem e o nascimento do bebé; por isso é que ele é o Salvador
Sónia 22	<ol style="list-style-type: none"> 1- Nada 2- A morte do meu pai; afectou-me muito. Nós tínhamos uma relação muito forte. Aliás, <i>eu era a filha do meu pai</i> como as minhas irmãs costumam dizer. O meu marido acompanhou-me muito.; mesmo de saúde houve uns dias que me fui mesmo muito abaixo 3- O nascimento dos meus filhos e o apoio do meu marido
Cristina 24	<ol style="list-style-type: none"> 1- Stress dos horários de trabalho, da corrida para os transportes, de andar de um lado para o outro, pôr a miúda na escola depois ir buscar, não chegar tarde; isso é que e faz mais stress e andar mais cansada e enervada. 2- O mesmo. O stress, os transportes, a corrida 3- É a minha filha que me dá ânimo e me dá forças para lutar e me faz sentir melhor

Anexo H - o que influencia negativa ou positivamente o estado de saúde das mulheres

- 1- O que influencia negativamente a sua saúde?
- 2- O que influenciou negativamente a sua saúde?
- 3- O que influencia ou tem influenciado positivamente?

O discurso das mulheres de classe media baixa dos 35 aos 49 anos

Nome e nº entrevista	Os discursos
Mariana 2	<ol style="list-style-type: none"> 1- Apesar do desemprego do marido e filho mais velho e dos problemas económicos que daí advêm não considera que isso tenha qualquer influência na sua saúde. "O desemprego? Isso, eu já estou habituada. Não, não. Eu mesmo assim tenho saúde. Vou trabalhando. A vida é assim. Umas vezes mais para baixo, mas a gente tem mesmo é de continuar. Até poder. Não. O que me vale a mim é ter saúde. Consigo fazer as minhas coisas, consigo ir trabalhar. 2- --- 3- ---
Esmeralda 13	<ol style="list-style-type: none"> 1- Precisava de ter um bocadinho de paz no trabalho... Precisava que me aborrecessem menos. Menos insinuações da parte de algumas colegas" E depois há logo aquelas confusões, porque eu sou amiga do chefe e que... enfim coisas...É isso que me põe pior. Eu acho que foi isto que me deitou mais abaixo e me deprimiu assim. 2- A saída da minha filha mais velha de casa. . Nós tínhamos uma relação um bocado amarga, mas a minha filha dizia-me para onde ia, nunca me mentiu. As discussões não tinham a ver com as saídas. Ela trabalhava e queria o dinheiro todo para ela porque as amigas tinham isto e aquilo... até que saiu de casa. Saiu zangada, pegou nas coisinhas dela aos 18 anos e saiu. Antes de sair de casa tivemos uma discussão por causa de umas sandálias minhas que ela queria usar e foi muito, muito mal-educada. Levou dois pares de estalos e saiu. Depois mais tarde voltou. Mas nessa fase eu estive muito mal, muito mal. Estive muito deprimida. 3- O reviver o que passei na minha infância com a minha madrasta - maus tratos.
Olinda 14	<ol style="list-style-type: none"> 1- ---- 2- O meu marido saiu de casa; esteve um ano fora , foi viver com outra pessoa E eu fiquei um bocadinho ressentida...um bocadinho não, um bocadão...Eu senti muito, muito mesmo. Emagreci vinte quilos na altura. Tive uma depressão muito grande, caiu-me o cabelo. Custou-me muito, muito. Por fim quando ele quis voltar eu aceitei-o por causa das miúdas, porque elas me pediram. E também porque eu gostava dele. Sempre gostei muito dele. Gostei e gosto. Se eu não gostasse ele nem tinha voltado. Na altura eu já estava habituada a estar sozinha... mas há sempre alguma coisa que morre, não é? Não é mais a mesma coisa. Nunca mais tive aquela confiança que tinha. Há sempre qualquer coisa que morre. E também os maus-tratos sofridos na infância em casa da família onde estive 3- Eu tive uma juventude triste (abandono da mãe na infância, trabalho em casa de outras famílias desde muito cedo algumas com maus tratos físicos)) E quando conheci o meu marido ele deu-me muita força. Ele é que me começou a levar a sair, porque eu só trabalhava e ao fim de semana ia para casa da minha irmã, ele é que me fez conhecer outras coisas e me trouxe alegria.
Márcia 25	<ol style="list-style-type: none"> 1- Como eu não me sinto bem em casa eu acho que isso tem influenciado a minha saúde. Eu queria sentir-me bem quando chego a casa. Mas não me sinto bem., porque só vejo confusão à minha volta .e isso põe-me mal e deprime-me. Quando eu digo isto os meus filhos dizem que e sou paranóica e que tenho de aprender a conviver com isso. Mas eu não consigo, não consigo. Já deixei de fazer tudo lá em casa durante um mês...Ao fim de um mês o meu filho teve de começar a limpar o pó porque já não se podia. Mas é muito difícil 2- A zanga com os meus pais ao fim de viver com eles dez anos. Fiquei muito, muito em baixo. Foi o acontecimento mais marcante e que me deitou muito abaixo. Ainda estive uns dois anos sem nos falarmos. Custou-me muito. Fiquei muito deprimida. Custou-me muito, mesmo 3- O trabalho; tenho lutado muito mas estou satisfeita comigo própria porque consigo demonstrar a mim mesma que quando eu quero consigo fazer. Isso faz-me bem. Gostava de me aperfeiçoar ainda mais na Cerâmica para poder ir aos outros serviços desta instituição fazer umas sessões. Gostava de aprender ainda mais coisas e fazer mais. Com o tempo....
Elisabete 29	<ol style="list-style-type: none"> 1- É o trabalho, não gosto de ter as coisas em atraso, tenho que ter tudo em dia. É aguentar o trabalho e vida familiar 2- Foi como lhe falei ao princípio do João. O meu desejo de ter filhos foi tão grande queria dar o melhor para eles e quando aconteceu – falta de rendimento escolar, problemas escolares - o que lhe disse com o meu filho - marcou me bastante 3- Acho que sim foi o nascimento da miúda. Eu já tinha o problema na tiróide, não tinha o que tenho hoje, mas tinha problemas e ainda consegui ter aquela menina. Acho que foi muito bom para a minha saúde porque eu desejava ter uma menina. Para mim foi ótimo e fez-me sentir muito bem. Também a minha vida pessoal. Ter uma família, ter estabilidade emocional, ter tudo isso, também ajuda a que uma pessoa esteja bem. Eu acho que isso me tem

Anexo H - o que influencia negativamente ou positivamente o estado de saúde das mulheres

- 1- O que influencia negativamente a sua saúde?
- 2- O que influenciou negativamente a sua saúde?
- 3- O que influencia ou tem influenciado positivamente?

O discurso das mulheres de classe media baixa dos 50 aos 64 anos

Nome e nº entrevista	Os discursos
Georgina 1	<ol style="list-style-type: none"> 1. Actualmente o comportamento dos enteados – já presente quando MG ingressou nesta família. A parte dos miúdos, a tensão que existe. Isso repercute-se no meu estado de saúde, agravando-o. Embora como eu digo à Srª Drª... imponho-me, se é preciso dar um grito, dou. 2. A minha saúde agravou-se quando foi com o pai do meu filho (traição e abandono) Aí sim. Eu pensei que morria. Se não fosse o meu filho eu tinha cometido suicídio. Chorei muita lágrima, muita lágrima ao pé do Sr. Dr! Se foi difícil, Srª Drª! Eu pensei que não aguentava. E depois sem uma mãe... o meu pai já tinha falecido... sem uma mãe, que nunca me deu apoio. Antes pelo contrário. Ainda me chateava. Que não me queria ver chorar. Como se não fosse razão para chorar, chorar e chorar. Nunca me deu apoio. Era a pessoa de quem eu esperava mais apoio... Foi outra decepção 3. Apoio do médico de família - O Sr. Dr. Foi uma pessoa extraordinária para mim. Actualmente: Ter um homem que é muito bonito por dentro. É um homem muito bonito por dentro. E isso ajuda-me a ultrapassar os meus problemas de saúde e a melhorar. É o meu porto seguro
Lurdes 6	<ol style="list-style-type: none"> 1. A preocupação com as dívidas que a minha nora contraiu e nós estamos a pagar 2. Foi o primeiro casamento do meu filho, a dívida que eles contraíram. E tudo afectou. Sim e afectou também o meu marido. Até para doença dele... Eu contribui e não contribui para isso... A minha ex-nora abriu uma loja e, depois, tivemos de hipotecar a nossa casa. Agora, estamos a pagar, para não nos tirarem a casa. Foi tudo por água abaixo. A minha sogra também era favor dela, depois, fui eu e o meu marido foi arrastado por nós. Só aos 79 anos, estamos livres da dívida. 3. A minha família
Valentina 15	<ol style="list-style-type: none"> 1. --- 2. Foi o stress. Eu não podia deitar para fora. Mas não era só com o meu marido. Era com os meus irmãos. Que era a grande guerra que eu tive sempre. Sabe a Sra. Dra. que quando estava grávida do Pedro, a maior pressão para abortar, não foi do meu marido. Os meus irmãos é que influenciavam ainda mais o meu marido. Se eu tivesse outra voz como a minha ele talvez não me dissesse para abortar. Eram as minhas irmãs...e aborta, e aborta... e pronto eu estava casada e não era senhora dos meus actos. Era muita pressão para cima de mim. A gravidez do Pedro foi muito conturbada, eu não estava à espera, já tinha arrumado a minha vida de outro modo. Tudo isso foi muito complicado. Todas essas coisas misturadas podem ter influenciado. Mas como disse à SRª Dra. Tenho quase a certeza que aquilo foi coisa que veio de fora, de Chernobyl Eu podia ter tido qualquer coisa, mas uma dessas anomalias vulgares que eles estavam habituados a tratar. Mas não o que eu tive. Sabe que foi uma coisa rara e grave o que eu tive. Acho que isso é que foi o pior. 3. Os meus filhos
Júlia 19	<ol style="list-style-type: none"> 1. ---- 2. A única coisa que me escangalhou mais a vida foi nascimento do meu filho mais velho porque foram dois anos e meio sem dormir. Dos 56 quilos que eu pesava quando ele nasceu passei ao fim de dois anos para 90 e foi a partir daí que surgiram depois todas as doenças que tive. Porque eu ainda estive internada a fazer uma sonoterapia porque eu não dormia. Ele chorava noite e dia... Os médicos atribuíram o comportamento dele ao nascimento porque o parto foi difícil. Na posição em que estava teve de ser um parto por fórceps. Também tive uma hipertensão grave durante toda a gravidez e vomitei sempre os nove meses. ...Não, não tive problemas com o meu marido, nem com os meus sogros nessa altura. A única coisa foi que no início da gravidez tratei de um menino com difteria que acabou por morrer. Eu que levei o menino para o hospital. Só se foi isso. ... foi uma depressão que ainda durou até aos 5 anitos dele. Eu tenho impressão que só melhorei quando fiquei grávida outra vez. Depois comecei outra vez a entrar em depressão quando abortei com a queda que dei. 3. O que influenciou positivamente a minha saúde foi a estabilidade emocional; o crescimento dos filhos dos filhos que já estão... o ter a minha casinha, estar no meu cantinho
Clara 21	<ol style="list-style-type: none"> 1. ----- 2. Quando existiram esses problemas mais graves de dinheiro eu não me apetecia fazer nada, não me apetecia sair 3. Eu acho que, mesmo havendo pequenos problemas, quando uma pessoa tem uma vida assim estável, quando, a pessoa sente-se melhor, tem vontade de se arranjar, tem vontade de tratar de si. A família sendo amiga e sendo unida também contribui para isso.

Anexo H - o que influencia negativa ou positivamente o estado de saúde das mulheres

- 1- O que influencia negativamente a sua saúde?
- 2- O que influenciou negativamente a sua saúde?
- 3- O que influencia ou tem influenciado positivamente?

O discurso das mulheres de classe media alta dos 20 aos 34 anos

Nome e nº entrevista	Os discursos
Carmo 4	<ol style="list-style-type: none"> 1. A exigência no trabalho e o facto de ter de me separar da minha filha durante o dia têm contribuído para que me sinta mais deprimida 2. A separação dos pais quando tinha dez anos 3. O apoio da mãe e do marido
Mª João 8	<ol style="list-style-type: none"> 1. É ao cansaço em casa e ter de lhes dar apoio e ter de trabalhar porque a vida não está fácil, e de trabalhar para trazer dinheiro porque a vida não permite ser de outro modo e nós somos muitos lá em casa, temos alguns encargos e o meu marido não ganha assim tanto...eu acho que se deve à sobreposição de várias coisas que tenho de fazer. . Acho que também o facto de ter de tomar conta de tanta coisa sozinha teve muita influência para me sentir como agora estou... 2. Olhe por incrível que pareça uma das coisas que mais me abalou em termos de saúde foi quando tive de tomar a decisão de iniciar a minha vida sexual? Vivi momentos de muita angústia, nunca ninguém da minha família soube, mas foram tempos em que do ponto de vista psíquico e mesmo físico me senti muito mal 3. As gravidezes. É quando eu me sinto melhor. É quando me sinto verdadeiramente bem; na gravidez sinto-me sempre bem. É assim como um estado de plenitude
Carolina 9	<ol style="list-style-type: none"> 1. ----- 2. ----- 3. Positivamente? Graças a Deus sou feliz. Eu tenho a certeza absoluta de que isso influencia o meu estado de saúde, porque acho que uma pessoa triste e depressiva à partida quase que contrai mais doenças. Pode não ser uma relação directa mas acho que uma pessoa feliz tem muito mais saúde ou tende a ter mais saúde do que uma pessoa que não é feliz.
Carlota 10	<ol style="list-style-type: none"> 1. Quando ando mais cansada – de andar sempre a correr, porque é casa, são as miúdas é o trabalho - começo a ir-me mais abaixo. Fico mais susceptível às crises de rinite e alergias... Mas digo-lhe que lá em casa há uma frase muito comum; a mãe não pode adoecer 2. ----- 3. -----
Inês 27	<ol style="list-style-type: none"> 1. ----- 2. ----- 3. Eu acho que ter a vida familiar a correr bem é meio caminho andado

Anexo H - o que influencia negativa ou positivamente o estado de saúde das mulheres

- 1- O que influencia negativamente a sua saúde?
- 2- O que influenciou negativamente a sua saúde?
- 3- O que influencia ou tem influenciado positivamente?

O discurso das mulheres de classe media alta dos 35 aos 49 anos

Nome e nº entrevista	Os discursos
Helena 5	<ol style="list-style-type: none"> 1. ----- 2. É assim: se o cancro está relacionado ao stress, eu penso que isso surgiu numa altura complicada da minha vida. Tinha muitas coisas. Tinha a Leninha pequenina, dava aulas longe, tinha o estágio no Barreiro e como casámos e fizemos tudo só nós dois, trabalhava-mos muito. Foi uma altura muito difícil, de muito stress familiar e profissional e eu acho que isso influenciou. Se há algum problema profissional mais acentuado, ou familiar ou monetário, os ânimos estão mais exaltados. Eu lembro-me que vivia no Castelo, ia a pé até ao barco e chovia sempre, e eu sentia-me mal, cansada, sem saber o que tinha... Foi um estágio difícil, tinha duas disciplinas, tinha aulas assistidas, tinha a faculdade. E eu tinha de passar os dias e os fins de semana... e o meu marido ajudou-me... passava-me as coisas à máquina. E Leninha era pequenina, e eu deixava-a andar à solta e ele desarrumava tudo, foi assim o ano inteiro. E eu sentia-me mal. Esse ano da minha doença foi realmente um ano mais agitado, mais difícil. E quando estive na Lourinhã, já depois de operada eu ia e vinha todos os dias e sentia-me tão cansada... Cansada, cansada ...Aulas e direcção de turma, ir e vir todos os dias...cansadíssima. Mas o ano do estágio foi o pior. E foi nesse ano que se declarou o cancro. 3. O sermos uma família unida, o apoio do meu marido
Ana 12	<ol style="list-style-type: none"> 1. A vida familiar influencia. Aquilo em que eu não me sinto bem tem a ver com uma certa fragilidade psicológica. E isso não tem só a ver com as questões de saúde dos meus pais, mas são também outros aspectos, como o facto de o João não se relacionar bem com a minha família e o facto de estarmos a atravessar um período de conflituosidade, depois de uma situação de infidelidade do João. Ainda não passou. O meu nível de tolerância diminuiu. As coisas que a mim me fragilizam mesmo são os conflitos a nível familiar. São esses que me deitam abaixo 2. ----- 3. O meu investimento profissional, o facto de ocupar este cargo, foi muito bom a nível pessoal e ajudou-me neste momento a não me deixar ir tão abaixo.
Sara 23	<ol style="list-style-type: none"> 1. ---- 2. Quando passámos a viver oito lá em casa, com três adultos com problemas graves de saúde eu deprimi-me... A alteração da estrutura da família, e a sobrecarga com os cuidados a prestar acho que tiveram bastante influência 3. Obviamente que todas estas coisas estão muito ligadas e quando as coisas lá dentro correm bem é evidente que isso tem muita influência. Como eu já disse, eu sou muito sensível aos afectos, às relações, aos mimos. Se aí tudo está a correr bem eu sinto-me bem de saúde e mais apta a enfrentar qualquer problema
Josefa 28	<ol style="list-style-type: none"> 1. ----- 2. Acho que os problemas com a minha sogra interferiram um bocado. Sim...porque além de ser uma pessoa que quer sempre mandar. Também foi na altura em que fiquei sem emprego, passei dias que era de manhã à noite sempre com ela, sempre, sempre, sempre. O ter ficado sem trabalho também teve influência, mas foram sobretudo nos problemas com a minha sogra. 3. O apoio do meu marido
Isabel 30	<ol style="list-style-type: none"> 1. ---- 2. A presença constante dos filhos na nossa relação criou problemas nos primeiros anos. Eu estava sempre com eles e menos disponível para o meu marido e ele tinha dificuldade em aceitar isso. Foram anos de alguma tensão Nos períodos de maior tensão entre nós estive algumas vezes deprimida e o meu estado de saúde não era o melhor. Alguns aspectos de trabalho também já me têm posto mais em baixo. Nem sempre é fácil trabalhar em empresa de família; gerir a relação de trabalho e de família às vezes é complicado. E já me tenho deprimido com coisas de trabalho Como eu lhe disse eu tenho muita tendência para me deprimir. 3. Consigo ter tempo para acompanhar os meus filhos, organizámo-nos para ter tempo só para os dois e isso foi muito bom. As coisas agora tem corrido muito bem do ponto de vista familiar, não me dão preocupação e eu tenho-me sentido bem

Anexo H - o que influencia negativamente ou positivamente o estado de saúde das mulheres

- 1- O que influencia negativamente a sua saúde?
- 2- O que influenciou negativamente a sua saúde?
- 3- O que influencia ou tem influenciado positivamente?

O discurso das mulheres de classe media alta dos 35 aos 49 anos

Nome e nº entrevista	Os discursos
Lúsa 7	<ol style="list-style-type: none"> 1. --- 2. --- 3. Voltamos à questão que analisámos inicialmente. Para mim a saúde tem a ver fundamentalmente com as escolhas que se fazem relativamente ao estilo de vida; à alimentação e ao exercício físico. As relações sociais decorrem dessas escolhas. Se eu tenho esses valores vou direccionar a minha vida nesse sentido. Não vou a discotecas; não é aí que vou encontrar o que me diga alguma coisa.
Rosário 11	<ol style="list-style-type: none"> 1. Problemas graves de saúde de familiares próximos têm tido alguma influência na forma como me sinto, mais a nível psíquico, a maior parte das vezes por gerarem níveis muito altos de ansiedade. 2. Com a minha família alguns conflitos familiares ocasionados pela excessiva interferência da minha sogra na nossa vida família tiveram uma influência muito negativa na minha saúde. Andei anos permanentemente enervada e contrariada. Isso repercute-se no nosso estado psíquico e físico. A pessoa descontrola-se, acaba por fumar mais, acaba por se desferrar a comer e se já tem predisposição genética para certas doenças adoece de facto mesmo fisicamente. Além de que mesmo do ponto de vista psíquico também não me sentia bem. Houve alturas em que me deprimi a sério. Evidentemente que eu acho que isso depende também muito da própria pessoa; provavelmente alguém com mais controle sobre si mesma, digamos com maior controle interno teria vivido isso de outra maneira., teria ultrapassado. Não foi o meu caso. Dificuldade em conciliar as exigências da vida familiar e da vida profissional em alguns momentos da minha vida, também pesaram negativamente no meu estado de saúde mas eu acho que também isso tem a ver com traços da minha personalidade. Como sou muito perfeccionista em tudo é difícil às vezes conciliar tudo E não há duvida de que o estilo de vida sedentário e o tabaco contribufram para as doenças que agora tenho 3. Na fase actual, sem duvida o apoio do meu marido, e também boas relações com alguns amigos e com alguns familiares e um certo desafogo económico que me permite ter algumas actividades de lazer que me dão prazer e poder tratar eficazmente os problemas de saúde que tenho actualmente
Margarida 17	<ol style="list-style-type: none"> 1. ---- 2. Eu relaciono a minha doença com a minha fase depressiva e a minha fase depressiva tem muito a ver como eu construí a minha família e como eu imaginei a minha família e a minha vida com o Luís. Também não me vale de muito dizer que a culpa é da família. Também não há culpas aqui...Eu acho que construí tudo muito por minhas mãos. Se calhar tinha mesmo de passar por isto para eu aprender, para eu passar por outra fase, porque esta experiência era mesmo muito importante, se calhar era para eu viver. A doença ajudou-me a repensar aquilo que eu vinha fazendo até agora. 3. O que é que houve de bom? O meu pai aos fins-de-semana aproveitava sempre para dar umas voltinhas. Férias, julgo que era lá não sei quê por causa do carro, eu fui aos 11 anos para , Espanha, França Alemanha, Holanda, sempre passeando, vendo coisas novas. Praia todos os anos, mesmo com dificuldades, sempre fiz praia desde pequenina. Isto foram factores positivos que podem ter influenciado a manter uma saúde mental
Adriana 20	<ol style="list-style-type: none"> 1. Como lhe disse, eu tenho uma atitude perante a vida, uma atitude positiva que faz com que me não deixe influenciar muito negativamente pelos aspectos negativos que possam surgir à minha volta. Esta é a atitude que tenho procurado até agora manter. E procuro estar atenta a mim mesma e seguir as minhas intuições. Se nesse dia eu tivesse estado mais atenta a mim mesmo – eu tinha evitado esta queda e a fractura do ombro. Eu é que errei porque não ouvi a voz que está dentro de mim e me estava a avisar para eu naquela dia não 2. ---- 3. Olhe, todas as mulheres têm um grande amor na sua vida. E eu tive. Aí por volta dos trinta e tal anos, tive um relacionamento com uma pessoa de quem gostava muito e com quem me dava excepcionalmente bem. E que gostava muito de mim também. Eu tinha decidido até voltar a casar-me (porque eu tinha decidido depois da primeira separação não voltar a casar novamente) mas ele morreu. Mas foi uma pessoa que me deu muito emocionalmente. Eu sentia-me bem, sentia-me feliz, a minha mãe também gostava muito dele. Foi um acontecimento que marcou toda a minha vida e acabou por influenciar positivamente toda a minha vida no aspecto emocional e portanto no aspecto físico também
Teresa 26	<ol style="list-style-type: none"> 1. ---- 2. ---- 3. Acho que esta história de nós irmos todos os fim-de-semana para o Alentejo é uma coisa muito boa; a gente anda por lá a passear e às vezes eu gosto de dar uma volta no monte e isto contribui para nos sentirmos saudáveis. E depois lá a gente respira, não respira ar poluído. E também não há problemas na família, não é? Isso também contribui para a nossa saúde.