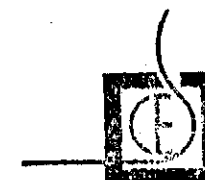


# Saúde e Doença em Portugal

Manuel Villaverde Cabral  
(Coordenador)  
Pedro Alcântara da Silva  
Hugo Mendes



centro de estudos sociais  
apartado 3087  
3000 Coimbra  
Portugal

3284 ←

Imprensa de Ciências Sociais

### As mulheres: um caso especial?

De acordo com toda a literatura sociológica sobre a saúde e a doença, as mulheres constituem não só por razões biológicas, mas também sociais, um grupo com formas de relação específicas com o universo dos cuidados sanitários. Neste estudo privilegiámos nomeadamente as questões relativas à gravidez e à maternidade, bem como à saúde dos filhos (quando estes ainda vivam com as mães), na medida em que essa experiência confere à maioria das mulheres não só uma história sanitária própria, como também uma vivência mais assídua dos serviços de saúde e dos cuidados médicos (Hillier e Scambler, 1997).

### Maternidade e número de filhos

Tendo em conta que 72% das mulheres inquiridas declararam já terem tido um filho pelo menos, importava relacionar a maternidade com as características sócio-demográficas das mães. Do ponto de vista demográfico, confirma-se que é forte a relação entre a idade e a maternidade ( $p = 0,000$ ), diferenciando-se as mulheres mais jovens (até aos 29 anos) de todas as outras por não terem tido filhos e sendo quase linear, como era de prever, a frequência da maternidade segundo o escalão etário das inquiridas.

#### Maternidade e número de filhos

[QUADRO N.º 37]

Sim			Não		Total	
	n	Percentagem	n	Percentagem	n	Percentagem
	997	72,3				
Número de filhos	n	Percentagem válida				
1 filho.....	295	29,7	381	27,7	1 378	100,0
2 filhos.....	366	36,8				
3 filhos.....	162	16,3				
4 ou 5 filhos.....	111	11,2				
6 ou mais filhos.....	60	6,0				

No plano sócio-económico, são também previsíveis as relações encontradas. As mulheres mais escolarizadas (a partir do secundário, por oposição, sobretudo, às que têm a instrução primária ou menos:  $p = 0,000$ ), com rendimentos superiores a 300 contos, por contraste, sobretudo, com as que têm rendimentos inferiores a 160 contos ( $p = 0,000$ ), pertencentes à classe das assalariadas do sector terciário, por oposição, simultaneamente, às da grande e média burguesia e às assalariadas manuais ( $p = 0,010$ ), e, finalmente, as que se autoposicionam nas *classes média e média-alta*, sobretudo por oposição às da *classe baixa* ( $p = 0,000$ ), destacam-se entre as que não tiveram filhos. Inversamente, as mulheres com o estatuto profissional de trabalhadoras manuais indiferenciadas destacam-se pela sua menor incidência entre as que nunca tiveram filhos, sobretudo em contraste com as do sector terciário.

## Número de filhos segundo a idade das inquiridas

[QUADRO N.º 38]

	18-29 anos		30-49 anos		50-64 anos		65-74 anos		> 75 anos	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1 filho.....	71	71,8	131	33,3	47	17,4	24	17,9	23	23,0
2 filhos.....	17	17,6	166	42,4	115	42,6	51	37,7	17	16,8
3 filhos.....	7	7,1	56	14,3	54	20,0	19	14,6	26	25,7
4 ou 5 filhos.....	3	3,5	32	8,2	35	12,9	22	16,6	19	18,6
6 ou mais filhos.....	0	0,0	7	1,8	19	7,1	18	13,2	16	15,9
Total.....	99	100,0	392	100,0	271	100,0	134	100,0	100	100,0

Assim como o número de filhos, também a idade da mulher aquando do nascimento do primeiro filho constitui, habitualmente, um indicador da evolução dos padrões de comportamento demográfico. A chamada «transição demográfica», que teria ocorrido em Portugal nas últimas décadas<sup>209</sup>, possui efectivamente associações e implicações sociais conhecidas, que têm, por seu turno, incidências no plano das atitudes e comportamentos perante a saúde e a doença. Ora a verdade é que os dados apurados não são conclusivos a este respeito. Com efeito, o número de filhos não apresenta, aparentemente, relação significativa com a idade das inquiridas, talvez por-

que a última transição demográfica é ainda recente entre nós. Em compensação, está relacionado, embora muito fracamente, com alguns dos atributos sócio-económicos das inquiridas.

Assim, a escolaridade ( $p = 0,000$ ) distingue as mulheres com instrução superior por terem tido o primeiro filho mais tarde do que todas as outras, em especial as que não possuem qualquer grau de escolaridade ou têm apenas a instrução primária. No mesmo sentido, o estatuto profissional ( $p = 0,000$ ) distingue as mulheres com o estatuto mais elevado praticamente de todas as outras por terem tido o primeiro filho menos frequentemente até aos 21 anos e mais depois dos 30; o rendimento familiar ( $p = 0,008$ ) diferencia sobretudo as mulheres com rendimentos superiores a 500 contos, que têm mais frequentemente o primeiro filho depois dos 30 anos; segundo a classe social ( $p = 0,007$ ), as diferenças mais salientes são as que opõem as mulheres da grande e média burguesia e da nova burguesia assalariada a todas as outras por terem mais frequentemente o primeiro filho depois dos 30, as trabalhadoras assalariadas manuais por terem tido mais vezes o primeiro filho quando tinham entre 19 e 21 anos e as assalariadas do terciário por serem as que tiveram com maior frequência o primeiro filho antes dos 18 anos; finalmente, o autoposicionamento social distingue apenas as mulheres da *classe baixa* por terem o primeiro filho mais frequentemente entre os 19 e os 21 anos e menos depois dos 25, não havendo diferenças salientes entre as mulheres das outras camadas sociais.

Os resultados obtidos eram previsíveis, mas as diferenças encontradas não apontam para um padrão de comportamento muito diferenciado socialmente, excepto porventura no que diz respeito à tendência das mulheres com estatuto social mais elevado para terem o primeiro filho mais tarde – nomeadamente depois dos 30 anos – do que as outras. Por outras palavras, a evolução deste comportamento demográfico parece ter sido, até aqui, mais gradual do que poderia supor-se, envolvendo de modo relativamente pouco diferenciado as mulheres de todas as camadas sociais.

### Gravidez: vigilância, problemas de saúde e seu acompanhamento

Sendo importante não só para a história sanitária de cada mulher, mas também para estimar a cobertura médica da gravidez em Portugal,

<sup>209</sup> Cf. Ferrão (1996).

obteve-se a informação em baixo acerca do acompanhamento das grávidas durante a sua última gravidez. Verificou-se que cerca de três quartos das mulheres haviam sido acompanhadas por um(a) médico(a) [a grande maioria das quais por um(a) ginecologista] e que só 16% das grávidas não tinham sido acompanhadas por ninguém.

#### Responsável pela vigilância durante a gravidez do último filho

[QUADRO N.º 39]

	<i>n</i>	Percentagem válida
Médico obstetra/ginecologista.....	601	60,5
Outro médico.....	140	14,1
Só enfermeira/parteira.....	91	9,2
Não foi vigiada.....	162	16,3
<i>Total</i> .....	993	100,0

Previsivelmente, a falta de acompanhamento médico está relacionada com a idade das inquiridas ( $p = 0,000$ ), tendo afectado em especial as mulheres mais velhas (a partir dos 65 anos), por contraste, sobretudo, com as mais jovens (até aos 29 anos).

#### Acompanhamento na gravidez segundo a idade das inquiridas

[QUADRO N.º 40]

	18-29 anos		30-49 anos		50-64 anos		65-74 anos		> 75 anos	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Médico/obstetra.....	76	76,5	308	78,9	150	55,9	50	36,8	17	16,8
Outro médico.....	21	21,2	54	13,8	44	16,3	12	9,2	9	8,8
Só enfermeira/parteira.....	2	2,4	8	2,1	29	10,9	25	18,4	27	26,5
Não foi vigiada.....	0	0	21	5,3	45	16,9	48	35,5	48	47,5
<i>Total</i> .....	99	100,0	390	100,0	269	100,0	135	100,0	100	100,0

Mas a falta de acompanhamento médico na gravidez está também relacionada de forma previsível com a escolaridade das inquiridas

( $p = 0,000$ ), afectando sobretudo as mulheres com escolaridade abaixo da primária; com o estatuto profissional ( $p = 0,000$ ), afectando sobretudo as trabalhadoras manuais, por oposição a todas as outras; com o rendimento familiar ( $p = 0,000$ ), fazendo-se sentir sobretudo entre as mulheres dos escalões até aos 100 contos, por oposição às que têm rendimentos superiores a 160 contos; com o autopoicionamento social ( $p = 0,000$ ), afectando sobretudo as mulheres da *classe baixa*, por oposição às da *classe média*; e, finalmente, com a zona de residência ( $p = 0,000$ ), fazendo-se sentir sobretudo entre as mulheres dos meios rurais, por oposição às das zonas urbanas.

#### Existência de problemas de saúde da mãe durante o período perinatal do último filho

[QUADRO N.º 41]

	<i>n</i>	Percentagem válida
Não.....	893	89,8
Sim, com internamento hospitalar.....	62	6,3
Sim, sem internamento hospitalar.....	39	3,9
<i>Total</i> .....	994	100,0

Apenas 10% das mulheres inquiridas tiveram problemas de saúde durante a sua última (ou única) gravidez, mas 60% delas chegaram a ser internadas. A incidência de problemas durante a gravidez está relacionada com a idade, tendo, paradoxalmente, maior saliência, embora geralmente sem internamento, entre as mulheres do escalão etário mais jovem (até aos 29 anos), por oposição às mais velhas (75 anos ou mais), o que se deve, possivelmente, ao facto de estas últimas não terem sido acompanhadas tão frequentemente como as mais jovens. As mulheres do escalão entre os 30 e os 49 anos têm maior saliência entre as que foram internadas, também em contraste com as mais velhas.

A incidência de problemas de saúde durante a gravidez tem também algumas relações significativas com a escolaridade ( $p = 0,006$ ), afectando sobretudo as mulheres com o nível preparatório, por oposição, sobretudo, às que têm apenas a instrução primária, o que parece ir no mesmo sentido que o factor etário. Por fim, foram menos de 5% as inquiridas que declararam ter havido problemas de saúde com o bebé durante a sua última (ou única) gravidez, mas a incidência de tais pro-

blemas não está relacionada com qualquer das características sócio-demográficas das mães.

#### Problemas de saúde da mãe durante a gravidez segundo a idade das inquiridas

[QUADRO N.º 42]

	18-29 anos		30-49 anos		50-64 anos		65-74 anos		> 75 anos	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Não.....	81	82,4	348	88,9	243	90	123	92,1	97	97,3
Sim, com internamento.....	7	7,1	33	8,5	17	6,2	4	3,3	1	0,9
Sim, sem internamento.....	10	10,6	10	2,6	10	3,8	6	4,6	2	1,8
Total.....	99	100,0	392	100,0	270	100,0	134	100,0	100	100,0

#### Aborto involuntário e interrupção voluntária da gravidez

Embora reconhecendo a possível relutância das inquiridas a prestarem informações acerca da ocorrência de eventuais abortos na sua vida, nomeadamente interrupções voluntárias da gravidez, não quisemos, contudo, deixar de lhes colocar estas questões, na medida em que elas podem estar relacionadas com a saúde das mulheres, bem como com a sua experiência do sistema. Assim, 14% das inquiridas declararam já terem tido um (ou mais) aborto natural e 9% admitiram terem praticado uma interrupção voluntária da gravidez (ou mais).

#### Ocorrência de aborto natural e aborto provocado

[QUADRO N.º 43]

	Aborto natural		Aborto provocado	
	n	Percentagem válida	n	Percentagem válida
Sim.....	195	14,2	125	9,2
Não.....	1 175	85,8	1 230	90,8
Total.....	1 370	100,0	1 355	100,0

No que diz respeito ao aborto natural, a sua incidência está relacionada com a idade ( $p = 0,000$ ), tendo maior saliência nos escalões etários

entre os 50 e os 64 anos e dos 75 anos ou mais, por oposição ao escalão jovem (até aos 29 anos), e também com a escolaridade ( $p = 0,000$ ), afectando sobretudo as mulheres com instrução abaixo da primária, por contraste, sobretudo, com aquelas que possuem o nível secundário e o universitário incompleto, factor que, de algum modo, está associado ao primeiro. Nesta medida, parece tratar-se de um problema de saúde com incidência decrescente.

Por seu turno, a prática do aborto provocado admitida pelas inquiridas apresenta também relações significativas com a sua idade ( $p = 0,001$ ), tendo menor saliência entre as mulheres do escalão mais jovem (até aos 29 anos) do que em todos os outros escalões, com o seu nível de escolaridade ( $p = 0,019$ ), tendo maior saliência entre as mulheres com o ensino secundário e o universitário completo, por contraste com praticamente todos os outros níveis de escolaridade, e, finalmente, com a sua zona de residência ( $p = 0,000$ ), com incidência claramente maior nos meios urbanos, por contraste tanto com os meios suburbanos como, sobretudo, os rurais. O fraco peso das relações observadas e a pouca fiabilidade da informação prestada não permitem, pois, esboçar um perfil sócio-demográfico da prática da interrupção voluntária da gravidez.

#### Condições de saúde dos familiares próximos

Considerou-se também relevante, a fim de completar esta caracterização da experiência da população inquirida no domínio da saúde e da doença, obter alguma informação sobre os problemas enfrentados, eventualmente, pelos familiares que residem com os inquiridos.

#### Existência no agregado familiar de alguém com problemas de droga ou alcoolismo

[QUADRO N.º 44]

	n	Percentagem válida
Sim.....	110	4,3
Não.....	2 414	95,1
NS/NR.....	13	0,5
Total.....	2 537	100,0

No que diz respeito à existência de problemas de alcoolismo e/ou toxicodependência no agregado familiar dos inquiridos, a percentagem de respostas afirmativas – devido, possivelmente, à delicadeza da questão – revelou-se bastante baixa (4% apenas) e só está relacionada com a camada social em que os inquiridos se autoposicionam ( $p = 0,034$ ), distinguindo ligeiramente entre os agregados das *classes baixas*, onde o problema é mais frequente, e as *classes médias-altas*.

#### Existência de alguém no agregado familiar com deficiência física ou psíquica

[QUADRO N.º 45]

	<i>n</i>	Percentagem
Sim.....	132	5,2
Não.....	2 402	94,7
NS/NR.....	2	0,1
<i>Total</i> .....	2 537	100,0

Quanto à existência de pessoas com deficiências físicas ou psíquicas nos agregados familiares dos inquiridos, a percentagem de situações declaradas é também baixa (5%) e apenas revelou possuir alguma relação com as suas características sócio-económicas no que diz respeito ao autoposicionamento social ( $p = 0,035$ ), diferenciando os agregados da *classe baixa* de todos os outros pela maior incidência deste tipo de problemas.

Já quanto à necessidade de prestar assistência a familiares com aquele tipo de problemas, a percentagem de casos é elevada (63%), podendo estimar-se, por defeito, em cerca de 3,3% da população inquirida os agregados familiares obrigados a prestar assistência diária a algum dos seus membros por motivo de saúde ou deficiência. Esta situação praticamente não tem relação com a condição sócio-económica dos inquiridos, apenas apresentando alguma saliência estatística entre os agregados familiares dos trabalhadores assalariados do sector terciário ( $p = 0,010$ ).

#### Existência de familiares com necessidade de assistência especial nas actividades diárias devido a um problema de saúde ou deficiência segundo o tipo de assistência

[QUADRO N.º 46]

Sim			Não		Total	
<i>n</i>	Percentagem válida		<i>n</i>	Percentagem	<i>n</i>	Percentagem
83	63					
Número de filhos	<i>n</i>	Percentagem válida				
Ajuda pessoal (tomar banho, vestir-se, comer, andar, ir ao WC).....	56	67,3	49	37	131	100,0
Ajuda doméstica (tratar da casa, fazer tarefas pesadas).....	44	53,4				
Ajuda fora de casa (fazer compras, passear).....	41	49,4				
Educação especial.....	26	3,2				
NS/NR.....	3	3,5				

#### Mortalidade parental

Questão fundamental não só para a caracterização da morbilidade da população como também para o estudo dos eventuais efeitos da diferenciação sócio-económica sobre a saúde, importava conhecer a idade e a causa da morte dos progenitores falecidos dos inquiridos.

#### Número de inquiridos que têm o pai ou a mãe vivos

[QUADRO N.º 47]

	Pai vivo		Mãe viva	
	<i>n</i>	Percentagem válida	<i>n</i>	Percentagem válida
Sim.....	1 322	52,1	1 564	61,6
Não.....	1 204	47,4	966	38,1
NS/NR.....	11	0,4	7	0,3
<i>Total</i> .....	2 537	100,0	2 537	100,0

Segundo o quadro acima, verifica-se que cerca de 47% dos pais e 38% das mães dos inquiridos já faleceram, o que depende desde logo,

de forma significativa, da idade dos próprios inquiridos (pai,  $r = 0,622$ ; mãe,  $r = 0,676$ ). Quanto à diferença entre o número de pais e de mães já falecidos, dever-se-á seguramente aos factores demográficos conhecidos, segundo os quais não só os maridos tendem a ser mais velhos do que as mulheres, como estas tendem a viver mais.

No que diz respeito aos pais, são muito salientes as diferenças de idade ( $p = 0,000$ ) entre os inquiridos cujos pais estão vivos ou já faleceram, conforme se situam nos escalões etários até aos 49 anos ou nos escalões mais velhos (50 anos ou mais), mas já entre estes últimos não há diferenças apreciáveis. A sobrevivência dos pais está também associada à escolaridade dos inquiridos ( $p = 0,000$ ), diferenciando de forma muito clara entre aqueles cuja escolaridade não ultrapassou a primária e cujos pais já faleceram na sua grande maioria e aqueles que prosseguiram a escolaridade mais além; ao estatuto profissional ( $p = 0,000$ ), distinguindo entre os trabalhadores manuais, a maioria de cujos pais já faleceu, e sobretudo os do sector terciário e os proprietários, dirigentes e profissões liberais; ao rendimento familiar ( $p = 0,000$ ), passando a linha de clivagem pela barreira dos 100 contos (até este nível de rendimento dos inquiridos, a maioria dos seus pais já faleceu) e acentuando-se as diferenças a partir de um nível de rendimento igual ou superior a 161 contos; e, finalmente, ao autopoicionamento social ( $p = 0,000$ ), diferenciando sobretudo entre os inquiridos da *classe baixa*, cujos pais já faleceram na sua maioria, e os da *classe média*<sup>210</sup>.

Por seu turno, quanto às mães, a sua sobrevivência está também associada à idade dos inquiridos ( $p = 0,000$ ), passando a linha de clivagem pelos 50 anos, com particular saliência para o contraste entre o escalão mais jovem e o escalão dos 65 aos 74 anos; à escolaridade ( $p = 0,000$ ), passando as diferenças pela «barreira do primário»; ao estatuto profissional ( $p = 0,000$ ), opondo basicamente os trabalhadores manuais aos não manuais; ao rendimento familiar ( $p = 0,000$ ), passando as diferenças pela «barreira dos 100 contos»; à classe social ( $p = 0,002$ ), distinguindo apenas entre a *grande e média burguesia*, por um lado, e a *pequena burguesia* e os *trabalhadores manuais independentes*, por outro; e por fim ao autopoicionamento social ( $p = 0,000$ ), que distingue so-

<sup>210</sup> As variáveis que mais explicam a variação de os pais estarem vivos ou não são a idade dos inquiridos (0,59) e o grau de escolaridade (-0,11). No total, o modelo explica 44% da variância. Apesar da existência de relação da classe profissional, do rendimento do agregado familiar e do autopoicionamento social com o facto de os pais estarem vivos ou não na análise bivariada, estas não entram na regressão, isto é, não contribuem para a explicação quando se colocam todas as variáveis em equação.

bretudo entre a *classe baixa* e a *classe média*, de acordo com o padrão já encontrado há pouco para os pais dos inquiridos<sup>211</sup>.

## Idade da morte do pai e da mãe

[QUADRO N.º 48]

	Pai		Mãe	
	n	Percentagem válida	n	Percentagem válida
18-39.....	54	5,1	43	4,8
40-49.....	86	8,1	43	4,9
50-59.....	122	11,6	77	8,7
60-64.....	127	12,1	76	8,7
65-69.....	114	10,8	90	10,2
70-74.....	179	17,0	136	15,4
75-79.....	127	12,1	133	15,1
80-84.....	162	15,4	159	18,1
85-89.....	47	4,5	74	8,4
+ 90.....	34	3,3	50	5,6
Total.....	1 053	100,0	881	100,0

No que diz respeito à idade da morte dos pais, cuja média se situa nos 67,2 anos, verifica-se que esta não tem relação com o sexo dos inquiridos, mas está associada à sua idade ( $p = 0,000$ ), sendo, no entanto, as diferenças aparentemente paradoxais, pois são os inquiridos do escalão etário mais jovem aqueles cujos pais morreram também mais jovens (até aos 59 anos), o que acaba por se explicar pela falácia estatística decorrente do facto de os pais dos inquiridos mais jovens serem necessariamente mais jovens também e só uma pequena minoria deles ter morrido. O escalão dos inquiridos entre os 30 e os 49 anos acompanha ainda esta tendência, diferenciando-se pela saliência da percenta-

<sup>211</sup> As variáveis que mais explicam a variação de as mães estarem vivas ou não são a idade dos inquiridos (0,59), o grau de escolaridade (-0,10) e o rendimento do agregado familiar (-0,07). No total, o modelo explica 47% da variância. Apesar da existência de relação da classe profissional, do autopoicionamento social e da classe social com o facto de as mães estarem vivas ou não na análise bivariada, estas não entram na regressão, isto é, não contribuem para a explicação quando se colocam todas as variáveis em equação.

gem dos pais que morreram entre os 50 e os 64 anos. Quanto aos inquiridos do escalão entre os 50 e os 64 anos, não apresentam variações significativas e o mesmo acontece, praticamente, com o escalão dos 65 aos 74 anos. Por último, o escalão dos inquiridos com 75 anos ou mais engloba aqueles cujos pais morreram mais velhos (com idades a partir dos 80 anos). Mais importantes do ponto de vista do estudo das desigualdades sociais perante a vida e a morte seriam as associações da idade da morte dos pais e as características sócio-económicas dos inquiridos. Verificou-se, porém, que nenhuma dessas associações é significativa, com a única excepção do rendimento familiar, cuja expressão estatística é mínima ( $p = 0,049$ ).

Relativamente à idade da morte das mães dos inquiridos já falecidas, cuja média é de 70,7 anos (ou seja, cerca de 3,5 anos superior à dos pais), está apenas relacionada com a idade dos inquiridos ( $p = 0,000$ ), apresentando o mesmo padrão que o dos pais, e com a escolaridade ( $p = 0,000$ ), distinguindo-se o grupo dos inquiridos com o ensino preparatório pelo facto de as suas mães tenderem a morrer mais jovens, por contraste, sobretudo, com os inquiridos com mais baixa escolaridade.

Tal como foi construído, este indicador não permite identificar efeitos significativos das características sócio-económicas sobre a mortalidade. Resultados semelhantes já haviam sido encontrados em Espanha, onde se verificou, para dados relativos à década de 80, serem os pais dos agricultores quem vivia até mais tarde, comparando com os pais das outras categorias sócio-profissionais (De Miguel e Rodriguez, 1990). Com efeito, como vimos, os nossos indicadores não só encobrem várias falácias estatísticas, não dando conta da mortalidade infantil e precoce nas camadas sociais de origem dos inquiridos, como não têm a exactidão das estatísticas nacionais da mortalidade. Ao mesmo tempo, porém, estes resultados não deixam de vir ao encontro de autores como Cochrane (1972) e McKeown (1976), que defendem a tese da fraca incidência do desenvolvimento dos cuidados médicos propriamente ditos no prolongamento da esperança de vida, uma vez passadas as barreiras da mortalidade infantil e precoce.

Finalmente, no que diz respeito às causas de morte dos pais dos inquiridos (agrupadas por grandes tipos de doenças e descontadas as «mortes naturais»), verifica-se uma aproximação razoável aos dados conhecidos sobre a mortalidade da população portuguesa, com predomínio das doenças cardíaco-vasculares, dos tumores, das doenças respiratórias e

## Causas de morte do pai e da mãe

[QUADRO N.º 49]

	Pai		Mãe	
	<i>n</i>	Percentagem válida	<i>n</i>	Percentagem válida
Velhice/morte natural.....	172	17,2	198	25,6
Cancros.....	158	15,8	152	19,6
Cárdio-vasculares.....	226	22,6	258	33,4
Cirroses e hepáticas.....	72	7,2	15	2,0
Pulmonares/respiratórias.....	153	15,4	18	2,3
Endocrinológicas.....	0	0,0	20	2,6
Ossos/articulações.....	12	1,2	4	0,6
Infecciosas.....	50	5,0	14	1,8
Gastrointestinais.....	13	1,3	8	1,0
Neurológicas/psiquiátricas.....	4	0,4	21	2,8
Acidentes/assassinios/suicídios.....	88	8,8	38	4,9
Outras/não identificáveis.....	51	5,1	26	3,4
Total.....	999	100,0	773	100,0

Do ponto de vista sócio-demográfico, apenas foram encontradas relações com a idade ( $p = 0,000$ ), tendo os pais dos inquiridos mais idosos (75 anos ou mais) morrido, como era de prever, mais frequentemente de «velhice» do que os dos mais jovens (até 49 anos). Observam-se também outras pequenas diferenças por grupos etários, diferenciando-se os mais jovens (até aos 29 anos) pelo facto de os pais terem morrido mais frequentemente de tumores, doenças dos ossos e articulações e gastrointestinais; no grupo etário dos 30 aos 49 anos salientam-se as mortes por doenças pulmonares e «outras causas», e no grupo dos mais velhos (75 anos ou mais) há uma menor incidência das doenças infecciosas.

Finalmente, as causas de morte dos pais apresentam também alguma relação com o rendimento familiar ( $p = 0,029$ ), que diferencia sobretudo entre os inquiridos com rendimentos até 60 contos, cujos pais morreram mais frequentemente de «velhice», confirmando assim o efeito do factor demográfico. Observam-se ainda pequenas diferenças relativas à maior saliência das doenças neurológicas entre os pais dos inquiridos com rendimentos entre 301 e 500 contos, das doenças dos ossos e articulações entre os de rendimentos entre 161 e 300 contos e das doenças



Quanto às causas de morte das mães dos inquiridos, estão apenas relacionadas com a idade dos inquiridos, confirmando o padrão demográfico anterior, segundo o qual as mães dos mais velhos (a partir dos 65 anos) morreram mais frequentemente de «velhice», cuja incidência ultrapassa os 25%, do que as de todos os outros escalões etários. No que respeita às outras causas de morte, observam-se ainda pequenas variações, sendo maior a saliência dos cancros no escalão jovem (até aos 29 anos), por contraste com o escalão dos 65 aos 74 anos, das doenças hepáticas no mesmo escalão jovem, por oposição a todos os outros, dos acidentes e suicídios, bem como das doenças dos ossos e articulações, no escalão dos 30 aos 49 anos, por oposição a todos os outros, e, finalmente, das doenças neurológicas no escalão entre 65 e 74 anos, também por oposição a todos os outros.

Em suma, devido à própria imprecisão das informações prestadas pelos inquiridos acerca da causa de morte dos progenitores já falecidos (por exemplo, as elevadas percentagens de «mortes por velhice»), o padrão emergente dos resultados acima analisados não permite tirar conclusões definitivas de índole epidemiológica, já que o factor demográfico parece ter um peso determinante no perfil de mortalidade encontrado.