

Masculinidades e fatores sociais de risco para a saúde: um retrato nacional

Elisabete Rodrigues

Área Científica de Sociologia, Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa, Instituto Politécnico de Lisboa. elisabete.rodrigues@iscte.pt

RESUMO: O objetivo geral deste artigo é analisar os fatores de ordem social que influenciam a saúde dos homens portugueses, em particular os comportamentos que se associam à construção das masculinidades. Para satisfazer o objetivo da pesquisa proceder-se-á à análise de alguns indicadores estatísticos produzidos por fontes oficiais, de natureza amostral ou administrativa, como o INE ou o EUROSTAT. O modelo de masculinidade que emerge da análise dos indicadores nacionais apresentados remete para um ideário de género muito associado a estilos de vida e desempenho de profissões com impacto negativo na esperança média de vida dos homens portugueses. Tendo como referência as mulheres, destaca-se no caso dos homens: maior taxa de acidentes de viação; consumo de álcool e tabaco mais acentuado e prematuro; mais mortes associadas ao consumo de drogas; mais mortes autoprovocadas intencionalmente; maior incidência da SIDA; maior número de acidentes de trabalho.

Palavras-chave: masculinidades, saúde, factores sociais

Masculinities and risk social factors for health: a national portrait

ABSTRACT: The purpose of this article is to analyze the social factors that influence the health of Portuguese men, namely the behaviors that can be associated to the construction of masculinities. To satisfy this objective we will analyze some statistical indicators produced by official sources like INE or EUROSTAT. The model of masculinity that emerges from national indicators analysis is associated to behaviors and consumptions with a negative impact in Portuguese men health and life expectancy. In this article we highlight some of these behaviors: biggest rate of transport accidents; larger and early alcohol and tobacco consumption; more deaths associated to the consumption of drugs; more auto provoked deaths; bigger AIDS incidence; more occupational accidents.

Keywords: masculinities, health, social factors

Introdução

O objetivo geral deste artigo é analisar os factores de ordem social que influenciam a saúde dos homens portugueses, tomando-se como indicador privilegiado a menor esperança média de vida à nascença destes por comparação com as mulheres. Pretende-se, em primeiro lugar, dar seguimento aos trabalhos de âmbito sociológico que têm evidenciado a relação entre alguns comportamentos/consumos com impacto negativo na saúde e a construção de identidades de género masculinas¹⁻⁵. Em segundo lugar, explorar-se-á a relação entre a divisão sexual do trabalho e as elevadas taxas de mortalidade associadas ao desempenho de determinadas profissões. Para esse efeito, vão ser apresentados e discutidos diversos dados estatísticos produzidos por organismos oficiais. Por um lado, o já referido

indicador de esperança média de vida à nascença e, por outro lado, indicadores sobre consumos/comportamentos potencialmente prejudiciais à saúde e informação acerca dos acidentes de trabalho, variáveis que se relacionam e permitem compreender a variação encontrada na esperança de vida de homens e mulheres.

A nível teórico, este trabalho apoia-se na distinção analítica entre os conceitos de sexo e género. Na sociologia, o conceito de “sexo” é entendido como uma característica física/biológica que distingue homens e mulheres e o conceito de “género” é, por sua vez, entendido como uma construção social que distingue o que é masculino do que é feminino⁶⁻¹⁰. Esta distinção conceptual remonta, no plano internacional, à década de 70 do século XX e tem a sua génese inscrita nos movimentos feministas, servindo, por-

tanto, a luta pela igualdade de direitos entre homens e mulheres^{7,9-10}. O potencial hermenêutico deste conceito mantém-se indiscutível até à atualidade, uma vez que nos permite compreender com clareza que as diferenças de ordem psicológica, intelectual, comportamental, etc., entre homens e mulheres não se justificam tanto pelas suas diferenças físicas/biológicas, como muitas vezes se faz crer, mas se explicam mais pelas especificidades culturais, normativas e valorativas das sociedades onde estes se inserem.

No plano empírico, um trabalho de Lígia Amâncio^{7(p.63)} revela quais os traços considerados tipicamente masculinos (por exemplo, ser ambicioso, audacioso, autoritário, aventureiro, corajoso, desinibido, dominador, forte, independente, machista, superior, viril) e femininos (por exemplo, ser afetuosa, carinhosa, dependente, emotiva, frágil, maternal, sensível) na sociedade portuguesa. As identidades de género são construídas em diálogo aberto com os estereótipos/representações sociais do que é o masculino e o feminino apreendidos pelos indivíduos. Nesse sentido, em relação às práticas, são vários os estudos que avançam com a variável género para explicar as diferenças de comportamentos entre homens e mulheres. No campo da saúde, por exemplo, ao nível da forma como os indivíduos se relacionam com a saúde/doença, destaca-se a menor procura de cuidados médicos por parte dos homens⁵. Segundo Moy-nihan¹¹, esta menor procura deve-se ao facto de o confronto com a doença ou a incapacidade física serem vividos e sentidos de forma mais problemática por parte dos homens. Talvez por isso, também, eles tendam a melhor qualificar o estado da sua saúde⁵, camuflando as suas fragilidades físicas, psicológicas, etc.

Autores há que problematizam esta visão dicotomizada dos géneros, avançando com a ideia de que vários tipos de masculinidades/feminilidades podem coexistir num mesmo espaço e tempo¹²⁻¹³. Relativamente às masculinidades, numa tipologia concebida por Connell, para além do *tipo ideal* de “masculinidade hegemónica”, que funciona como um ideal normativo, o autor dá conta de outros tipos de masculinidades como as “masculinidades subordinadas” (por exemplo, homossexuais); “masculinidades cúmplices” (atitude de acomodação aos benefícios do sistema patriarcal); “masculinidades marginalizadas” (articulação com outras condições: etnicidade, classe, etc.). Neste sentido, Portugal pode ser caracterizado como um palco de cenários bem distintos¹⁵ onde há espaço para a emergência de masculinidades que, no plano efetivo, se traduzem no

desempenho de papéis de género bastante diferenciados e algo tradicionais, mas também onde os sinais de mudança ao nível das relações de género são evidentes¹⁶. Não obstante a importância desta discussão, o objetivo deste artigo não passa por explorar a diversidade de masculinidades possíveis e reais, mas as diferenças bastante pronunciadas que se podem desvendar nos estilos de vida dos homens e mulheres portugueses, bem como a sua diferenciada inserção no mercado de trabalho, especialmente no que diz respeito às profissões onde os acidentes de trabalho são mais frequentes. Estes comportamentos/escolhas profissionais podem ser enquadrados em processos de construção de identidades masculinas viris e distantes de tudo o que, de forma estereotipada, possa ser associado ao universo feminino ou homossexual.

Outros factores sociais que não o género poderiam ser convocados para a compreensão da variação da esperança média de vida à nascença, como, por exemplo, a classe social¹⁷⁻¹⁸. Dada a complexidade do fenómeno em causa, outras explicações, que não as de ordem social, poderiam ser também convocadas para a análise desta realidade – porém, não cabem no âmbito deste trabalho.

Notas metodológicas

Para satisfazer o objetivo da pesquisa proceder-se-á à análise de alguns indicadores estatísticos de amplitude nacional, de natureza amostral ou administrativa, que nos retratam um país onde ganha visibilidade um modelo de masculinidade que se distingue, de forma visível, do modelo de feminilidade por dois motivos: predominância de determinados consumos/comportamentos considerados prejudiciais à saúde e sobre-representação nas profissões onde os acidentes de trabalho são mais comuns.

Os dados utilizados foram produzidos por entidades oficiais diversas, como o EUROSTAT (esperança média de vida à nascença), a Direção-Geral da Saúde – DGS (causas de morte), o Instituto Nacional de Estatística – INE e o Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge – INSA (consumo de tabaco, consumo de álcool, diagnósticos de SIDA), o Instituto da Droga e da Toxicodependência (óbitos relacionados com o uso ilícito de droga) e o Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social – MTSS (acidentes de trabalho).

Resultados

No campo da saúde, ao contrário do que se verifica na maior parte das restantes esferas sociais**, são sobretudo os homens que configuram as trajetórias mais *desfavorecidas*. Tomemos como indicador privilegiado a esperança média de vida à nascença. Como podemos observar na Figura 1, se, por um lado, a esperança média de vida à nascença em

* O tipo ideal constitui-se como um poderoso instrumento de análise da realidade social e compreensão da sua diversidade. Nas palavras de Weber, autor que esteve na origem do conceito, o *ideal tipo* “Obtém-se... por *potenciação* unilateral de *um* ou *vários* pontos de vista, e fundindo uma pluralidade de fenómenos *particulares dados* que ocorrem difusa e discretamente (...) que se ordenam segundo esses pontos de vista seleccionados unilateralmente, para formar uma imagem *mental* em si homogénea. Não se encontrará empiricamente na realidade, em parte alguma, esta imagem mental na sua pureza conceptual: é uma *utopia*”^{14 (p. 641)}.

** Refira-se, a título ilustrativo, a fraca representatividade das mulheres nos órgãos de tomada de decisão¹⁹ ou a maior incidência da violência doméstica sobre as mulheres²⁰, etc.

Portugal tem aumentado de forma sistemática para ambos os sexos, por outro lado, os níveis médios de esperança de vida das mulheres permanecem bastante mais elevados do

que os dos homens e essa diferença é constante há algumas décadas (em 2007, regista-se uma diferença de cerca de 6 anos).

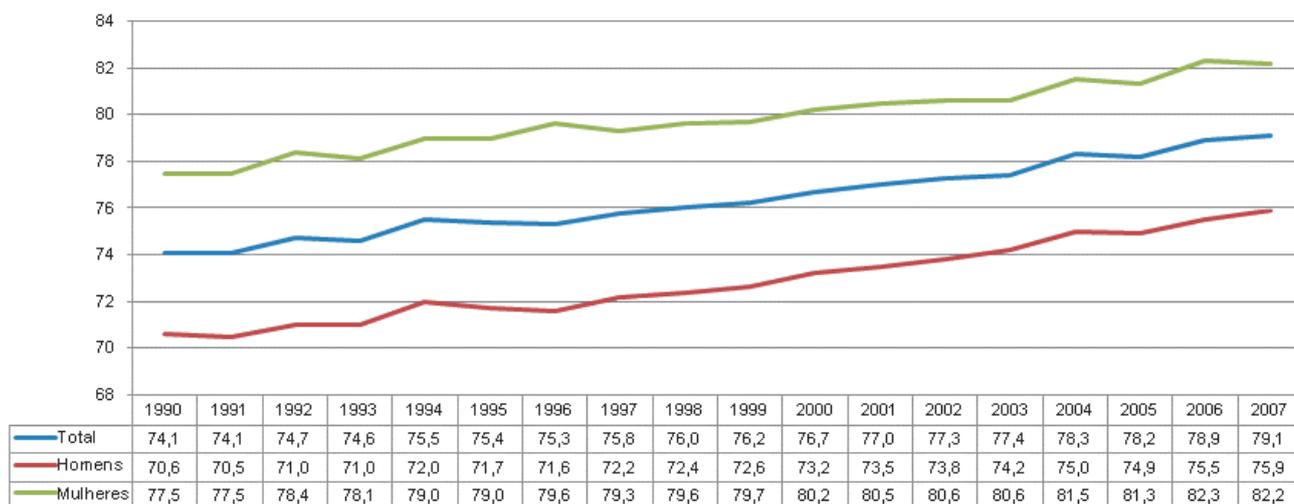


Figura 1: Evolução da esperança média de vida à nascença em Portugal, por sexo, entre 1990-2007

Fonte: EUROSTAT.

A diferença entre a esperança média de vida à nascença entre homens e mulheres não é uma característica singular do nosso país, podendo desenharse a mesma regularidade a nível internacional (cf. Figura 2). Nesta comparação internacional, destacam-se, pela negativa, alguns dos países que mais recentemente integraram a União Europeia (Lituânia,

Letónia, Estónia, Polónia, etc.): níveis médios de esperança de vida à nascença mais baixos e amplitude das diferenças entre sexos mais elevada. Este segundo facto está relacionado com a prevalência de uma ordem de género* mais tradicional e, portanto, uma dicotomização mais acentuada dos papéis sociais assumidos por mulheres e homens²².



Figura 2: Esperança média de vida à nascença na União Europeia a 27, por sexo, em 2007

Fonte: EUROSTAT.

Nota: não há dados para França, Itália, Reino Unido e UE-27

Importa referir que o padrão de mortalidade nem sempre foi este, com as mulheres a apresentarem taxas de mortalidade mais elevadas que os homens até à idade adulta, para o que muito contribuía, por exemplo, a mortalidade associada à maternidade²³. Atualmente, apesar de os homens continuarem a estar sobre-representados nos primeiros anos de vida (nascem mais homens que mulheres), as suas

elevadas taxas de mortalidade na idade jovem e adulta depressa fazem inverter a balança²⁴.

* Conceito desenvolvido por Connell que, nas palavras da própria, representa "the structure of relationships that interconnect the gender regimes of institutions, and the gender orders of a local society, on a world scale"²¹ (p. 9).

O padrão anteriormente descrito explica-se por fatores que ultrapassam as diferenças físicas entre homens e mulheres. É sobre alguns desses potenciais fatores que a análise seguinte vai incidir, tomando como unidade empírica Portugal. Referimo-nos, num primeiro momento, ao predomínio entre os homens de comportamentos e consumos com impacto negativo na saúde e, num segundo momento, à distribuição dos acidentes de trabalho por sexo – tomados aqui como indicadores que contribuem para a explicação das elevadas taxas de mortalidade nas idades jovem e adulta dos homens portugueses e consequente menor esperança média de vida à nascença.

Estilos de vida arriscados

Uma análise das causas de morte levanta já algumas pistas explicativas. Mas, antes, refira-se que as taxas de mortalidade (número de mortos por 100 mil habitantes) para a maior parte das causas de morte em análise (excepto diabetes e doenças cerebrovasculares) são mais elevadas entre

os homens do que entre as mulheres, o que em números efetivos se traduz numa diferença de cerca de mais 6.000 mortos no ano de 2006 (*cf.* Quadro 1). As causas de morte mais comuns são semelhantes para os dois sexos, variando a sua incidência: tumores (mais cerca de 7% nos homens), doenças cerebrovasculares (mais cerca de 8% nas mulheres) e doenças do aparelho respiratório (mais cerca de 1% nos homens).

Uma leitura mais atenta dos dados, deixa perceber que as maiores diferenças se associam às causas de morte percentualmente menos expressivas. Por um lado, verifica-se que os homens se destacam nas causas de morte externas, causas que não encontram, portanto, sustentação nas diferenças de ordem física/biológica. Por comparação com as mulheres, entre os homens, a incidência de mortes devido a lesões autoprovocadas intencionalmente triplica e duplica no caso dos acidentes de trânsito com veículos a motor. Por outro lado, entre os homens, as mortes devido a doença crónica do fígado e cirrose assumem o dobro da incidência.

Quadro 1: Número de óbitos, proporção de óbitos e taxa de mortalidade, segundo causa de morte e sexo, em 2006

Causa de morte	Homens			Mulheres		
	n	%	Taxa	n	%	Taxa
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	1525	3,7	29,8	1012	2,8	18,5
Diabetes mellitus	1652	4,0	32,2	2080	5,8	38,1
Doenças cerebrovasculares	6270	15,1	122,4	8225	23,1	150,6
Doenças isquémicas do coração	4196	10,1	81,9	3531	9,9	64,7
Doenças do aparelho respiratório	6378	15,3	124,5	5134	14,4	94,0
Doença crónica do fígado e cirrose	1029	2,5	20,1	333	0,9	6,1
Sintomas, sinais e achados anormais não classificados em outra parte	6428	15,5	125,5	6274	17,6	114,9
Lesões autoprovocadas intencionalmente	678	1,6	13,2	195	0,5	3,6
Acidentes de trânsito com veículos a motor	78	0,2	30,7	19	0,1	7,2
Tumores	13364	32,1	260,9	8849	24,8	162,0
TOTAL	41598	100,0		35652	100,0	

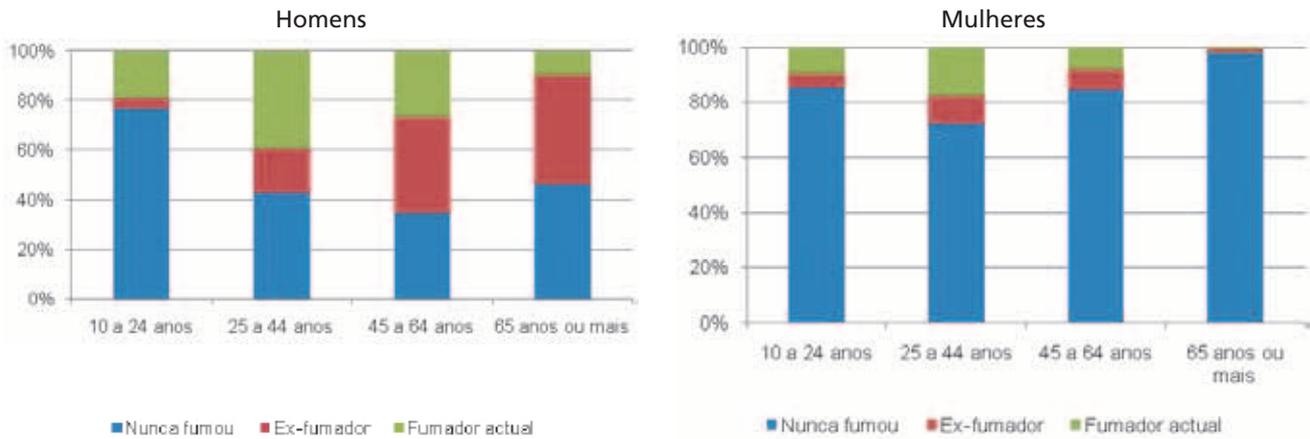
Fonte: DGS²⁴

Para além das causas de mortalidade externas, importa assinalar uma maior tendência para consumos prejudiciais à saúde. Por exemplo, como se pode observar nas Figuras 3 e 4, com dados referentes ao ano de 2005, independentemente do escalão etário em análise, a proporção de homens fumadores é sempre mais elevada do que a proporção de mulheres na mesma condição. Aos cerca de 40% de fumadores homens, entre os 25 e os 44 anos, correspondem cerca de 20% de mulheres. Importa deixar a ressalva de que esta diferença é menor nas camadas mais jovens (cerca de 19% de homens e cerca de 10% de mulheres fumadores). No entanto, a proporcionalidade mantém-se: cerca do dobro de homens fumadores.

Para além do consumo de tabaco, os homens distinguem-se pelo maior consumo de bebidas alcoólicas. Como a

Figura 5 ilustra, a diferença é menor nos escalões etários mais baixos e aumenta no mesmo sentido que a idade. Os dados relativos às causas de morte (*cf.* Quadro 1) permitem medir as consequências deste tipo de consumo, uma vez que a proporção de homens que, em 2006, faleceram devido a doença crónica do fígado ou cirrose duplica – constituindo-se inclusive como a segunda causa de morte mais *genderizada*.

Por sua vez, dados do Instituto Português da Droga e da Toxicodpendência revelam que há mais homens a morrer devido ao consumo de drogas ilícitas do que mulheres. Em 2007, o número de mulheres na mesma situação permanece comparativamente residual (27 mulheres para 287 homens).



Figuras 3 e 4: Caracterização da população residente face ao consumo de tabaco, por sexo e escalão etário, em 2005

Fonte: INSA, INE²⁵

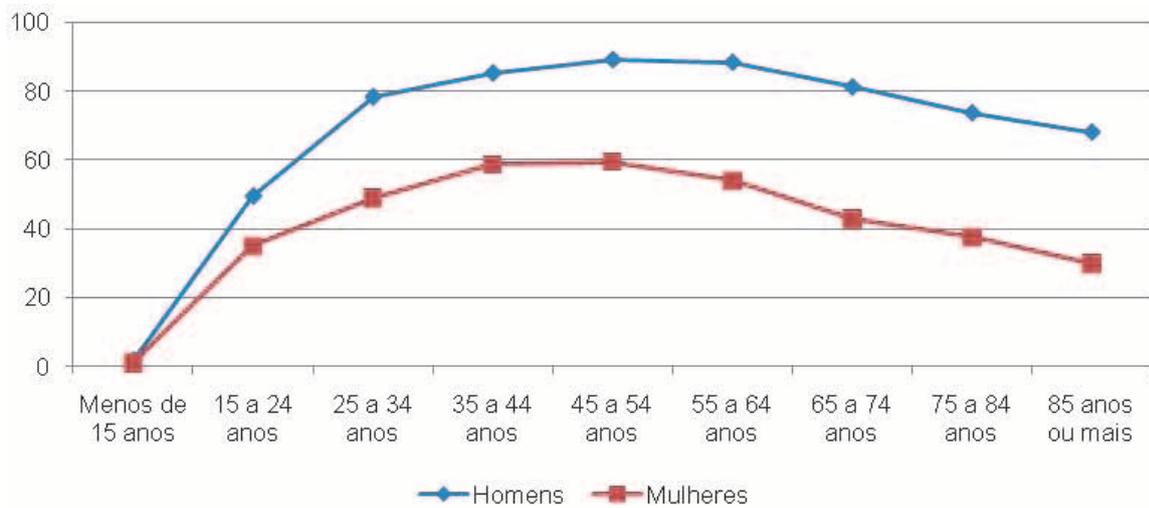


Figura 5: População residente que nos últimos 12 meses bebeu alguma bebida alcoólica, por sexo e escalão etário, em 2005

Fonte: INSA, INE²⁵

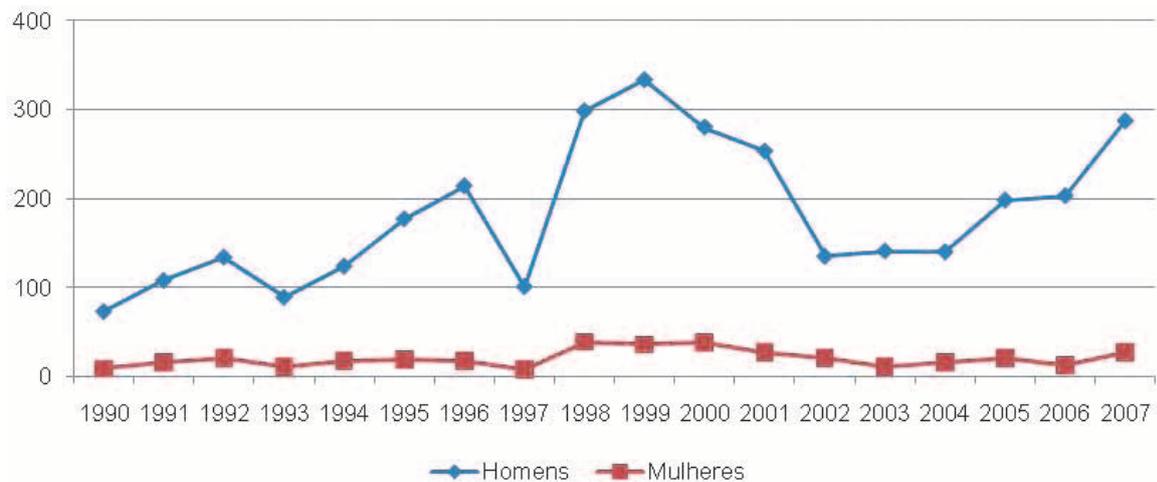


Figura 6: Evolução do número de óbitos relacionados com o uso ilícito de droga em Portugal, por sexo, entre 1990-2007

Fonte: Instituto da Droga e da Toxicodpendência.

A um maior consumo de tabaco, álcool e drogas juntam-se comportamentos de risco no âmbito da sexualidade traduzíveis numa maior incidência da SIDA na população masculina portuguesa (em 2008, cerca de 75% dos diagnosticados eram homens). A recusa do uso do preservativo soma-se à troca de seringas contaminadas para explicar esta maior incidência.

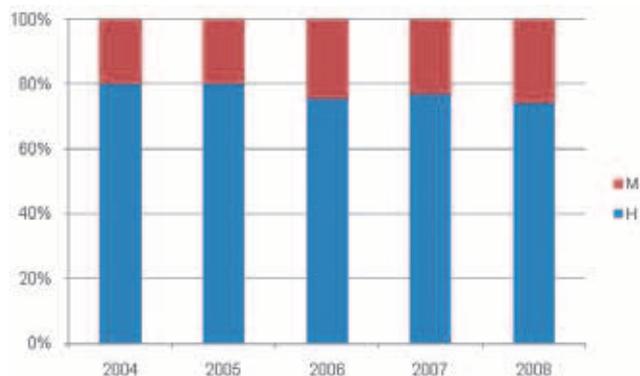


Figura 7: Evolução da proporção de diagnósticos de SIDA em Portugal, por sexo, entre 1990-2007

Fonte: INE.

Profissões de elevado risco

A execução do trabalho remunerado e não remunerado em Portugal não está distribuída de igual forma pelos dois sexos. Se o trabalho doméstico não remunerado está, ainda, sobretudo a cargo das mulheres²⁶, o trabalho remunerado encontra-se melhor distribuído, *quantitativamente* falando. Dados do Inquérito ao Emprego, referentes a 2009, indicam que cerca de 47% da população empregada eram mulheres, ainda que estas representem apenas 26,1% dos trabalhadores por conta própria com empregados²⁵. Para além da diferenciação ao nível da situação na profissão, uma análise mais aprofundada permite perceber ainda que homens e mulheres não estão igualmente representados em todos os setores de atividade. Os homens avultam sobretudo nas atividades ligadas à “Indústria, construção, energia e água”, que coincidem com as profissões onde os acidentes de trabalho são mais frequentes (cf. Quadro 2, categorias C a F)²⁵. Assim, apesar de a diferença entre o número de mulheres e homens empregados não ser muito elevada, a proporção de homens sinistrados é-o: 76,5% dos sinistrados são homens, 97,5% dos indivíduos que sofreram acidentes de trabalho mortais, em 2007, eram homens.

Como Pinto esclarece num estudo sobre os acidentes de trabalho no sector da construção civil²⁷, esta maior incidência de acidentes está associada a vários fatores que extravasam o risco inerente ao contexto de trabalho e ao próprio desempenho da profissão. Por um lado, a extrema precariedade laboral destes trabalhadores que está na base da atribuição de “tarefas particularmente penosas e arriscadas aos portadores de estatutos profissionais mais débeis”^{27(p.115)},

a que se soma um menor poder de recusa da realização de tarefas mais arriscadas por parte destes mesmos trabalhadores. Por outro lado, é analisada a forma como o risco é muitas vezes (sub)calculado nestes contextos em que domina uma “ideologia da virilidade”^{27(p.116)}, mais um fator que concorre para o aumento efetivo da ocorrência de acidentes.

A análise destes indicadores constitui um novo olhar sobre as desigualdades de género no mercado de trabalho. Em primeiro lugar, temos a já reconhecida e persistente desigualdade salarial, penalizante para as mulheres, mesmo quando comparamos grupos com os mesmos níveis de habilitações literárias*. Depois, existe uma divisão sexual do trabalho que relega os homens para os trabalhos onde os acidentes de trabalho são mais comuns, seja pelo maior risco físico efetivo seja pela sua subvalorização, bem visível na maior taxa de acidentes de trabalho em geral e acidentes de trabalho mortais em particular.

Notas conclusivas

O modelo de masculinidade que emerge da análise dos indicadores nacionais apresentados remete, portanto, para um ideário de género muito associado a a) comportamentos e consumos com impacto negativo na saúde e b) desempenho de profissões mais penalizantes do ponto de vista dos acidentes de trabalho. Estes dois fenómenos em conjunto concorrem para as elevadas taxas de mortalidade que explicam a menor esperança de vida à nascença dos homens portugueses. Como vimos, os comportamentos e consumos dos homens traduzem-se em: maior taxa de acidentes de viação e suicídio; consumo de álcool e tabaco mais acentuado e prematuro; mais mortes associadas ao consumo de drogas; e maior incidência da SIDA. Ao nível dos acidentes de trabalho, verificou-se a predominância de homens entre os sinistrados, sobretudo os resultantes de acidentes mortais. Estes indicadores são sociais na medida em que refletem uma ordem de género socialmente construída.

Por comparação, entre as mulheres, os comportamentos/consumos analisados são bem menos comuns, bem como o desempenho de profissões onde os acidentes de trabalho são mais frequentes. Se associarmos a esta tendência as melhorias na assistência à maternidade que possibilitaram a diminuição acentuada das taxas de mortalidade feminina, torna-se então compreensível a inversão dos padrões de mortalidade. Apenas na história recente, as mulheres, em média, podem esperar viver mais anos do que os homens (em 2007, cerca de 6 anos mais).

* No ano de 2006, por exemplo, e tendo em conta a população licenciada, as mulheres recebiam em média menos € 700,00 mensais do que os homens com o mesmo nível de escolaridade – dados do Observatório das Desigualdades com base nos Quadros de Pessoal (GEP/MTSS).

Quadro 2: Acidentes de trabalho por atividade económica, segundo o sexo do sinistrado, 2007

Atividade Económica	Total de acidentes de trabalho		Acidentes de trabalho mortais	
	H	M	H	M
A – Agricultura, produção animal, caça e silvicultura	4502	1269	14	2
B – Pescas	1343	107	6	0
C – Indústrias extrativas	2072	28	4	0
D – Indústrias transformadoras	61191	16232	48	1
E – Produção e distribuição de eletricidade, gás e água	951	117	1	0
F – Construção	46538	784	101	2
G – Comércio grosso e retalho, rep. veículos automóvel	27628	10126	34	2
H – Alojamento e restauração	5321	6561	2	0
I – Transportes, armazenamento e comunicações	9153	1298	29	0
J – Atividades financeiras	324	312	1	0
K – Ativ. imob., alugueres e serv. prest. às empresas	11991	4901	18	0
L – Adm. pública, defesa, seg. social obrigatória	4700	1639	4	0
M – Educação	504	1729	1	0
N – Saúde e ação social	1292	7770	0	0
O – Outras atividades de serviços coletivos, sociais e pessoais	4021	2533	6	0
P – Famílias com empregados domésticos	18	295	0	0
Q – Organ. internacionais e outras instit. extraterritoriais	0	0	0	0
Classificação Atividades Económicas (CAE) ignorada	144	15	0	0
TOTAL	181693	55716	269	7

Fonte: MTSS²⁸**Referências Bibliográficas**

1. Barbosa C, Nogueira C. Violência escolar e construção social de masculinidades. In Actas dos ateliers do V Congresso Português de Sociologia. Lisboa: APS; 2004. p. 30-2. Portuguese
2. Prazeres V. Alguns custos da masculinidade no domínio da saúde e perspectivas de futuro. In Actas dos ateliers do V Congresso Português de Sociologia. Lisboa: APS; 2004. p. 140-2. Portuguese
3. Prazeres V. Tratar da vida, tratar do corpo: masculinidades e políticas de saúde. In Amâncio L, editor. Aprender a ser homem, construindo masculinidades. Lisboa: Livros Horizonte; 2004. p. 121-41. Portuguese
4. Vintém JM, Guerreiro MD, Carvalho H. Desigualdades de género e sociais na saúde e doença em Portugal: uma análise do módulo "Saúde" do European Social Survey, 2004. In Actas do VI Congresso Português de Sociologia. Lisboa: APS; 2008. Portuguese
5. Laranjeira AR. Não és homem não és nada: masculinidade e comportamentos de risco. In Amâncio L, editor. Aprender a ser homem, construindo masculinidades. Lisboa: Livros Horizonte; 2004. p. 51-73. Portuguese
6. Connell RW. Gender & power. Stanford: Stanford University Press; 1987.
7. Amâncio L. Masculino e feminino: a construção social da diferença. Lisboa: Centro de Estudos Sociais, Edições Afrontamento; 1998. Portuguese
8. Bourdieu P. A dominação masculina. Oeiras: Celta Editora; 1999. Portuguese
9. Almeida MV. Senhores de si: uma interpretação antropológica da masculinidade. Lisboa: Fim de Século; 2000. Portuguese
10. Torres A. Sociologia do casamento: a família e a questão feminina. Oeiras: Celta; 2001. Portuguese
11. Moynihan C. Theories of masculinity. BMJ. 1998;317(7165): 1072-5.

12. Connell RW. Masculinities. Cambridge: Polity Press; 1995.
13. Andreu OG. Ancianos, guerreros, efebos y afeminados: tipos ideales de masculinidades. In López JB, Río JM, editores. Hombres: la construcción cultural de las masculinidades. Madrid: Talasa; 2003. p. 113-24. Spanish
14. Cruz MB. Teorias sociológicas: os fundadores e os clássicos. I Vol. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian; 2004. Portuguese
15. Viegas JM, Costa AF. Portugal, que modernidade? Oeiras: Celta Editora; 1998. Portuguese
16. Wall K, Aboim S, Cunha V. A vida familiar no masculino: negociando velhas e novas masculinidades. Lisboa: Comissão para a Igualdade no Trabalho e no Emprego; 2010. Portuguese
17. Roos G, Prättälä R, Koski K. Men, masculinity and food: interviews with Finnish carpenters and engineers. *Appetite*. 2001;37(1):47-56.
18. Antunes R. Classes sociais e a desigualdade na saúde. Lisboa: CIES; 2010. Portuguese
19. Viegas JM, Faria S. Participação política feminina: percursos, constrangimentos e incentivos. *Sociologia, Problemas e Práticas*. 1999;(30):55-87. Portuguese
20. Dias IS. A violência doméstica em Portugal: contributos para a sua visibilidade. In Actas IV Congresso Português de Sociologia. Lisboa: APS; 2000. Portuguese.
21. Connell RW. Gender regimes and the gender order. In Giddens A, editor. *The polity reader in gender studies*. Cambridge: Polity Press; 1994. p. 29-40.
22. Torres A, Brites R, Coelho B, Cardoso I. Família na Europa: entre novos sentidos e velhas tensões. In Actas VIº Congresso Português de Sociologia. Lisboa: APS; 2008. Portuguese.
23. Silva LF. Saúde das mulheres: o género, determinante cultural da saúde. *Arq Medicina*. 1999;13(5):31-4. Portuguese.
24. Direcção-Geral da Saúde. Risco de morrer em Portugal, 2006. Vols. I e II. Lisboa: DGS; 2009.
25. Instituto Nacional de Estatística, Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge. 4º Inquérito nacional de saúde, 2005/2006. Lisboa: INE; INSA; 2009. Portuguese
26. Amâncio L. Género e divisão do trabalho doméstico: o caso português em perspectiva. In Wall K, Amâncio L, editores. *Família e género em Portugal e na Europa*. Lisboa: Imprensa de Ciências Sociais; 2007. p. 181-209. Portuguese
27. Pinto JM. Contributos para uma análise dos acidentes de trabalho na construção civil. *Cad Ciências Sociais*. 1996;(15-16):87-119. Portuguese
28. Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social. *Acidentes de trabalho, 2007*. Lisboa: MTSS; 2010. Portuguese

Artigo recebido em 25.10.2010 e aprovado em 23.02.2011.