

# Introdução

## Sociologia da saúde e da doença

No nosso primeiro trabalho no campo da sociologia da saúde e da doença, realizado por solicitação da Associação Portuguesa da Indústria Farmacêutica – APIFARMA em 2001 e publicado em 2002, tivemos ocasião de apresentar a nossa visão acerca da formação e evolução da disciplina, assim como o enquadramento teórico e metodológico mais adequado aos objectivos empíricos do nosso estudo (Cabral, Silva e Mendes 2002, 27-66). Esse trabalho era virtualmente inédito em Portugal e pouco frequente na literatura internacional, ao combinar um conjunto muito vasto de atitudes e comportamentos ante a saúde e a doença raramente abordados simultaneamente. Hoje, ao replicarmos esse estudo, trata-se de sintetizar e actualizar nesta introdução os conhecimentos disponíveis sobre as relações entre a saúde e a sociedade. Ao mesmo tempo, aprofundamos algumas dimensões que, devido à própria extensão do estudo anterior, não fora possível desenvolver, nomeadamente a questão das desigualdades sociais e da equidade em saúde, bem como a problemática associada à satisfação com os cuidados de saúde.

A área disciplinar conhecida, hoje em dia, por sociologia da saúde e da doença é o resultado de uma evolução considerável desde que a sociologia começou a prestar atenção sistemática à medicina e à doença na década de 1950. Então a atenção da disciplina centrava-se sobretudo na profissão médica e nos locais onde os médicos exerciam a sua actividade, como o hospital, onde se podiam encontrar, simultaneamente, os indivíduos que padeciam de patologias agudas. A disciplina ficou, por isso, conhecida como sociologia da medicina, praticada sobretudo nos EUA (para Portugal, v. Carapinheiro 1991 e 1993).<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Esta tendência evoluiu, posteriormente, no sentido de uma espécie de «desconstrucionismo sociológico» das profissões da saúde e do chamado «poder biomédico», baseado na teoria da «construção social da realidade» (Berger e Lukmann 1987) e praticado em Portugal, por exemplo, por Graça Carapinheiro (2007); contra esta tendência, v. M. V. Cabral (2005).

Nos anos 70, a sociologia começou a formular outras interrogações e a procurar diferentes objectos de estudo. Por um lado, elegeu como prioridade o estudo das desigualdades sociais perante a doença e a morte. Esta mudança foi possibilitada por uma convergência com a epidemiologia, tendo a sociologia deixado de se centrar no hospital e na profissão médica para se concentrar nos contextos familiares e profissionais enquanto esferas de produção e reprodução da assimetria de recursos materiais e psico-sociais que protegem ou tornam os indivíduos vulneráveis à doença. Por outro lado, emergiu o interesse pelo estudo das doenças crónicas quando se tornou claro que os avanços da medicina e dos cuidados de saúde não conseguiam dar resposta definitiva a doenças que, com o envelhecimento da população, começaram a marcar a condição humana a partir das idades mais avançadas.

Dois eixos constituem hoje a sociologia da saúde e da doença (Arqué 1997, 20-21). O primeiro é o das desigualdades, que privilegia uma abordagem macrosociológica e o uso de metodologias quantitativas; o segundo é o da experiência da doença, que privilegia, por seu turno, uma abordagem microsociológica e o uso de metodologias qualitativas. O presente estudo desenvolve-se, basicamente, no eixo dos estudos das desigualdades sociais perante a saúde e a doença, alargando-se, todavia, às atitudes e opiniões do conjunto da população, independentemente do seu estado de saúde, sobre essas mesmas questões.

O desenvolvimento da disciplina deve-se ainda à evolução das dinâmicas de funcionamento dos sistemas de saúde e das suas relações com a esfera política, económica e social. Com efeito, na segunda metade do século XX, as sociedades da área geo-cultural em que Portugal se integrou, sobretudo após o 25 de Abril de 1974, conheceram progressos importantes em quatro dimensões relacionadas, de forma mais ou menos directa, com a saúde e a doença:

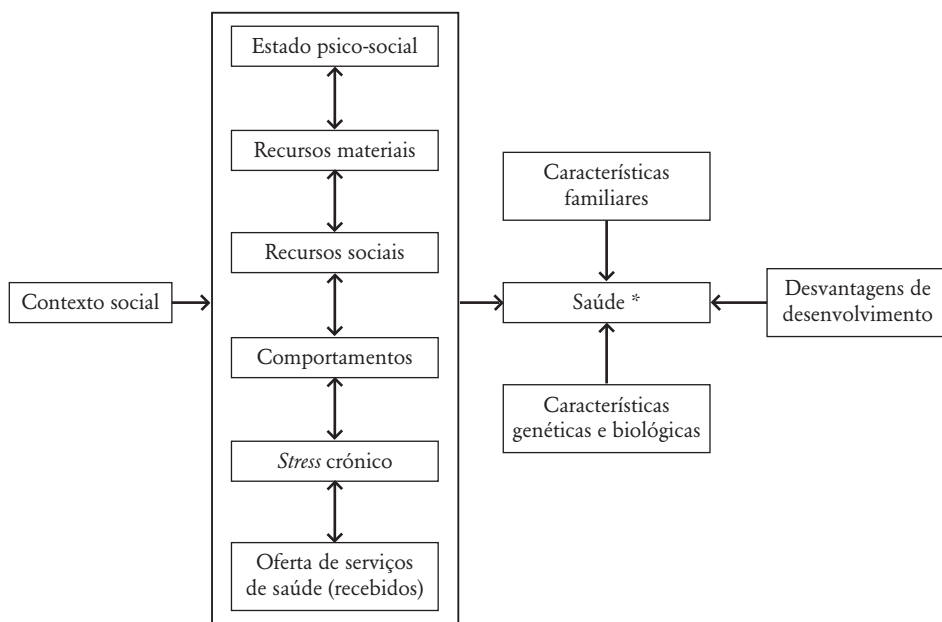
- Na dimensão *demográfica*, assistiu-se no século XX a uma descida da mortalidade infantil e ao controlo das doenças infecciosas (responsáveis pelas altas taxas de mortalidade nos séculos precedentes), daí tendo resultado um aumento muito forte e rápido da esperança média de vida;
- Na dimensão *política*, se já no século XIX houve movimentos empenhados na mudança das condições de vida a fim de reduzir a mortalidade, só na segunda metade do século XX se institucionalizou, com o chamado «Estado-providência», um compromisso político de promoção do bem-estar da população, tendo a saúde passado a fazer parte das prioridades da maioria dos governos dos países desenvolvidos;
- Na dimensão *médica*, embora se discuta a importância exacta dos avanços da medicina e do crescimento dos cuidados de saúde na queda das taxas de mortalidade, é consensual que os progressos verificados nesses dois campos contribuíram para melhorar a qualidade de vida dos indivíduos, reduzindo a dor e o incómodo associados à experiência da doença;

- Na dimensão *sócio-cultural*, assistiu-se nas sociedades desenvolvidas – tanto ao nível das condições materiais de vida (subida real dos salários, melhorias na habitação e urbanismo, etc.) como das condições culturais (aumento da escolaridade, etc.) – a progressos muito consideráveis na prevenção da doença e na promoção da saúde.

Ao mesmo tempo, estes progressos foram acompanhados por consequências não pretendidas, ou seja, um conjunto de efeitos que trouxeram problemas inesperados e levantaram novas discussões:

- Na *dimensão demográfica*, se a descida da mortalidade infantil e o aumento da esperança de vida possibilitaram que um número crescente de pessoas chegasse à terceira (mais de 65 anos) e à quarta (mais de 75 ou 80 anos) idades, isto fez aumentar exponencialmente o peso da população vulnerável às doenças crónicas e às doenças degenerativas associadas à velhice;
- Na *dimensão política*, tem-se assistido ao recuo do Estado em garantir um sistema de saúde universal e gratuito (ou «pré-pago», como prefere a OMS). Quando o National Health Service (NHS) foi criado em Inglaterra, acreditava-se que, ao fim de alguns anos, a incidência da doença deixaria de constituir um problema social e político. Ora sucedeu precisamente o contrário: o sistema não reduziu o seu campo de acção e tem cada vez mais dificuldade em responder à procura da população, levando em muitos países ao surgimento de problemas endémicos de financiamento, à racionalização de gastos por parte do Estado e à partilha da gestão do sistema com o sector privado;
- Na *dimensão médico-científica*, a melhoria dos cuidados de saúde e os avanços da medicina e da farmacologia levaram a uma desvalorização dos factores ambientais, sociais e psicológicos na explicação e na prevenção das doenças. Em consequência do crescente domínio do modelo biomédico (Locker 1997, 247), que privilegia uma concepção da doença e das suas causas em termos microbiológicos e fisiológicos, a política da saúde concentrou-se no aumento da oferta e/ou da qualidade dos serviços de saúde, bem como no acesso aos medicamentos, negligenciando os factores situados fora das fronteiras do sistema de saúde, mas que não deixam de ter efeitos na saúde dos indivíduos, tais como as condições económicas, de trabalho e habitação ou ainda a escolaridade (Doyal 1979);
- Na *dimensão sócio-cultural*, a contrapartida da subida geral do nível de vida e do acesso ao consumo de massa foi a emergência de um forte discurso individualista. No que toca à saúde, este discurso tem enfatizado a responsabilidade individual pela assunção de comportamentos saudáveis e tem, simetricamente, desvalorizado o papel do Estado na protecção contra os riscos a que

**Figura I.1 – Influências sociais na saúde individual**



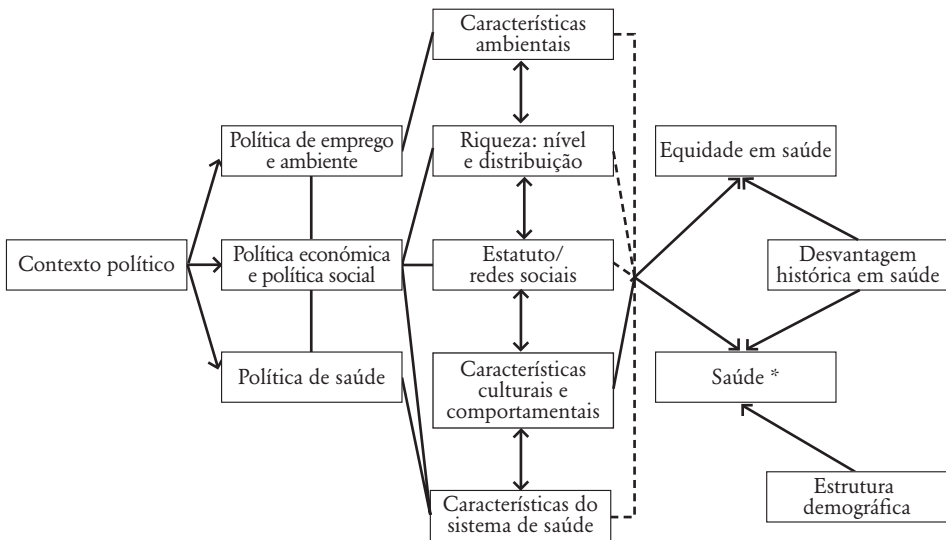
\* Inclui a ocorrência (incidência) e a intensidade (severidade) das doenças.

as pessoas estão sujeitas em determinados contextos, como o desemprego, os baixos salários e a baixa escolaridade.

Um dos principais traços da sociologia da saúde e da doença é, assim, o seu carácter multidimensional. Estas passaram a ser pensadas como conceitos complexos, onde adquirem importância tanto os aspectos relacionados directamente com as afecções físicas e psicológicas como as dimensões sociais e ambientais. Conforme os objectivos específicos de cada estudo, é necessário, portanto, prestar atenção a aspectos entre os quais se incluem, para além da possível existência de doenças específicas, o estado psíquico, os hábitos individuais de promoção e prevenção da doença, o nível social e económico, as condições ambientais, o acesso a cuidados de saúde e a informação associada a estes, em suma, todos os factores que podem influenciar, directa ou indirectamente, o estado de saúde das pessoas. Os esquemas apresentados sintetizam as relações entre os factores que devem ser tidos em conta enquanto determinantes sociais da saúde individual (figura I.1) e os determinantes específicos de cada sociedade na saúde das populações (figura I.2).

As necessidades sanitárias da população, bem como as vias adoptadas para satisfazer essas necessidades, não são, portanto, questões exclusivamente médico-científicas.

Figura I.2 – Influências sociais na saúde da população



\* Inclui a ocorrência (incidência) e a intensidade (severidade) das doenças.

Nota: As linhas a tracejado indicam a existência de trajetórias através das quais as características a nível individual mais influenciam a saúde (adaptações de Starfield 2006).

## Desigualdades em saúde

A desvalorização relativa dos factores ambientais e sociais orientou o discurso político para o plano individual, em detrimento do plano estrutural, tratando as «desigualdades» como meras «variações» perante a saúde e a doença (Jones 1994). Ora, segundo a maioria dos autores (Kochanek 1994; Rodriguez e Miguel 1990; Wilkinson 1996), os dados existentes permitem concluir que, nos últimos trinta anos, as desigualdades entre os grupos que ocupam o topo e a base da estrutura social terão crescido (Jones 1994). Pode parecer uma conclusão inesperada, mas há várias explicações para o facto de maiores investimentos nem sempre corresponderem à diminuição das desigualdades sociais perante a saúde. Por exemplo, quando parte significativa do esforço financeiro é dedicada à alta tecnologia, ela própria determinada pelo desenvolvimento científico e pela crescente especialização médica (Fitzpatrick 1997b e Weisz 2006), não está, contudo, garantido que isso beneficie de igual modo indivíduos de grupos sociais diferentes, ou ainda, quando o aumento dos gastos se deve às despesas com medicamentos, com a burocracia administrativa e as próprias remunerações dos profissionais, o seu impacto na melhoria da saúde da população pode não ser proporcional ao investimento.

O problema reside, pois, na distribuição dos recursos pelos diferentes níveis do sistema de saúde. As análises custo-benefício (L. Ferreira 1998) aplicadas aos sistemas de saúde podem dar conta de altos níveis de eficiência, mas esta pode colidir com outro critério usado também para avaliar e comparar os sistemas de saúde, a equidade (Maxwell 1981). Ora é possível afirmar que as recentes mudanças ocorridas na arquitectura político-económica dos sistemas de saúde afectaram o equilíbrio do triângulo entre *equidade* – provisão igual de cuidados de saúde para necessidades iguais –, *efectividade* – com a ênfase na medição da qualidade e dos *outcomes* das intervenções clínicas – e *eficiência* – com a ênfase na produção ao menor custo possível. Essas mudanças têm levado a uma convergência entre os princípios de *efectividade* e *eficiência* e à correspondente desvalorização do princípio da *equidade*, que constituía o pilar do modelo NHS na altura da sua institucionalização, bem como aos ideais subjacentes à criação do Serviço Nacional de Saúde português em 1979 (F. Ferreira 1990; Simões 2004).

Convém, porém, esclarecer o que se entende por equidade em saúde, que é muitas vezes entendida como o «direito à saúde», ou, mais propriamente, o direito igual aos cuidados de saúde. Contudo, esta é apenas uma dimensão da equidade em saúde, a qual significa mais do que isso, dizendo respeito à necessidade de corrigir não só as desigualdades de acesso aos cuidados de saúde, mas também as desigualdades nos indicadores de mortalidade<sup>2</sup> e morbidade. Há, pois, uma obrigação, por parte dos poderes públicos, de encurtar ou eliminar as distâncias entre grupos sociais também a este respeito (Aiach 2000 e Wilkinson 1996).

Por outras palavras, «a morte precoce dos mais pobres e a morte retardada dos mais ricos constituem a prova tangível da desigualdade não apenas perante a morte, como perante todo o conjunto de elementos que entram na génese dos determinantes da maior ou menor precocidade da morte, segundo os diferentes grupos sociais hierarquizados» (Aiach 2000, 84-85). Estas duas formas de abordar a questão da equidade em saúde não são mutuamente exclusivas: a primeira alerta para as desigualdades de acesso aos cuidados de saúde, enquanto a segunda aponta para as desigualdades nos resultados na saúde. Para cada uma destas abordagens existem baterias de indicadores estandardizados. No primeiro caso, trata-se dos

---

<sup>2</sup> A mortalidade é a medida usada desde o século XIX num grande número de países. Tem a vantagem de se reportar a um facto inequívoco que exige, normalmente, uma declaração oficial validada pelo médico, permitindo assim estandardizar a causa de morte e estabelecer comparações nacionais e internacionais. Além disso, o uso da mortalidade como principal indicador para avaliar as desigualdades entre países e entre grupos do mesmo país possui também uma justificação teórica, já que a morte é o resultado de um processo cumulativo que integra elementos sociais, físicos e psíquicos inscritos no corpo do indivíduo ao longo de uma vida, de forma que a diferença na duração desta última sintetiza o conjunto das desigualdades entre os grupos sociais.

«indicadores de recursos»; no segundo, dos «indicadores de resultados» (Giraldes 1996).<sup>3</sup>

Do ponto de vista das políticas públicas, importa que exista uma definição de equidade compatível com a noção de justiça distributiva (isto é, de justiça social, como, por exemplo, em Rawls 1971), bem como uma visão integrada das políticas sociais, orientadas para o ambiente social e físico, a política económica e a política educativa. De facto, parece não ser tanto o nível de riqueza de um país que ajuda a explicar os indicadores de saúde dos seus habitantes, mas sim os seus níveis de desigualdade social. Assim, países com o mesmo nível de riqueza, mas com níveis de equidade sócio-económica diferente, têm resultados diferentes na área da saúde (Marmot 2007).

Apesar de se tratar de um debate em aberto, a tendência da literatura vai no sentido de uma valorização apenas parcial do papel da medicina e da acção dos sistemas de saúde na redução da mortalidade ao longo deste século, por um lado, e na redução das assimetrias sociais perante a saúde, por outro. Alguns autores afirmam mesmo que «a existência do NHS desde a segunda guerra mundial evitou que se estabelecesse um debate sobre numerosos aspectos importantes dos determinantes económicos e sociais das desigualdades de saúde» (Carr-Hill 1987). O excesso de confiança depositado na capacidade dos cuidados de saúde para curar todas as doenças poderá ter levado a negligenciar o facto de que as desigualdades ante a saúde são parte integrante das desigualdades sociais.

Com efeito, nas sociedades que fizeram a «transição epidemiológica» marcada pela substituição das doenças crónicas e degenerativas de populações envelhecidas para as doenças infecto-contagiosas como principais causas de morte, o objectivo dos serviços de saúde passaria então do «curar» para o «cuidar», ou seja, a «redução do impacto da doença em termos de dor, desconforto, incapacidade e outros aspectos do estado de saúde» (Fitzpatrick 1997a). Se esta problemática é particularmente relevante no caso dos idosos, existe outro grupo populacional para o qual o recurso aos cuidados médicos é crucial: as crianças, sobretudo no primeiro ano de vida. Em suma, são os indivíduos pertencentes aos grupos etários mais jovem e mais velho quem beneficiaria de forma mais decisiva dos cuidados médicos.

Com o avanço da «tradição da saúde pública» em relação à «tradição clínica» (Syme 1996), que permitiu a afirmação de um paradigma epidemiológico complementar ao paradigma biomédico, constituiu-se aquilo a que podemos chamar a «tradição sociológica». Ora o objecto de análise desta última tradição não são or-

---

<sup>3</sup> Os «indicadores de recursos» dizem respeito aos cuidados médicos e medicamentosos à disposição da população (por exemplo, número de médicos ou enfermeiros por habitante), permitindo dar conta de eventuais assimetrias sociais e geográficas a nível nacional e internacional. Quanto aos «indicadores de resultados», dividem-se habitualmente em dois conjuntos relativos à mortalidade e à morbilidade.

ganismos, como na «tradição clínica», nem indivíduos, como na «tradição da saúde pública», mas sim grupos sociais caracterizados por propriedades comuns que se têm mostrado determinantes para explicar a relação que os membros desses grupos mantêm com a saúde, a doença e a morte (Nettleton 1995; para Portugal e a União Europeia, v. Fernandes 2007).

As variáveis a partir das quais se constroem estes grupos são, neste último paradigma, o género, a idade, o tipo de aglomerado e a região de residência, a escolaridade, o rendimento, a condição profissional, o estatuto social e, em sociedades onde a distinção seja pertinente, o grupo étnico ou a raça. Neste nosso estudo recorreremos de forma sistemática às variáveis de caracterização sócio-demográfica da população inquirida a fim de explicar as diferenças quanto ao estado e aos hábitos de saúde, a acessibilidade e o acesso efectivo aos cuidados de saúde públicos e privados, bem como as diferenças de atitudes ante os hábitos de saúde e as políticas públicas, entre indivíduos pertencentes a grupos sociais diferentes.

## **A avaliação dos cuidados de saúde**

Os estudos sociológicos extensivos que temos desenvolvido dizem respeito às percepções que os utentes e os não-utentes dos sistemas de saúde possuem do seu funcionamento, fornecendo indicações muito importantes para compreender o relacionamento que os portugueses mantêm com o SNS e com o sector privado, bem como a avaliação que fazem das políticas de saúde. Isto permite, aliás, o cotejo dos resultados obtidos junto dos utentes do SNS com algumas metas do Plano Nacional de Saúde de 2004, constituindo a evolução dos comportamentos registada entre 2001 e 2008 uma aproximação a ganhos de saúde potenciais.

Assim, este estudo incide também, como o anterior, na avaliação que a população inquirida faz dos vários tipos e níveis de cuidados de saúde. As avaliações aqui analisadas não têm, contudo, que ver com a qualidade intrínseca dos cuidados prestados, a qual é aferida através das metodologias intensivas e tecnicamente assistidas, aplicadas internacionalmente à avaliação dos cuidados de saúde pelos utentes durante ou imediatamente após a sua prestação. Dada a generalização dos discursos sobre a avaliação nas últimas décadas, é necessário distinguir três sentidos diferentes em que a noção pode ser usada:

- 1) Em primeiro lugar, no sentido da avaliação *político-económica* do sistema, através da qual as instituições públicas e privadas procuram redefinir o valor do bem «saúde» e encontrar alternativas ao «modelo NHS», já que este, perante as dificuldades de resposta à procura de uma população universalmente coberta, deixou de estar imune às dinâmicas de mercadorização. Esta noção de



- avaliação corresponde, pois, àquilo que podemos designar por uma pressão exercida sobre o sistema a partir de «cima»;
- 2) Em segundo lugar, no sentido da avaliação *médica* dos cuidados prestados<sup>4</sup> e da qualidade de vida dos pacientes.<sup>5</sup> Esta é uma pressão que se pode dizer vinda de «dentro» do sistema e resultante da chamada terceira revolução nos cuidados médicos, orientada para uma «rigorosa avaliação das intervenções clínicas» (Eliasson 1998, 48). Esta necessidade de monitorar a qualidade dos cuidados de saúde segundo critérios preestabelecidos resulta, em boa parte, da contenção dos recursos económicos investidos nos cuidados de saúde, ou seja, da crescente «pressão de cima» referida atrás;
  - 3) Finalmente, no sentido da avaliação da *satisfação dos pacientes*, que levou ao aparecimento, na última década, de uma plétora de inquéritos à satisfação dos utentes com os sistemas de saúde públicos (Dougall, Russell, Rubin e Ling 2000). O argumento generalizado (Bernhart, Wiadnyana, Wihardjo e Pohan 1999) defende que a satisfação dos doentes é, por seu turno, decisiva para a qualidade e eficiência dos cuidados por três motivos: se a avaliação for positiva, haverá (a) maior probabilidade de os doentes levarem até ao fim o tratamento prescrito, (b) darem informação importante aos profissionais de saúde e (c) manterem com estes relações de fidelidade.

Considerando, pois, a importância de captar o grau de satisfação da população portuguesa, em geral, e dos utentes do SNS, em particular, com o funcionamento do sistema e a qualidade dos cuidados de saúde disponíveis no país, dedicámos no nosso anterior estudo uma extensa discussão a todas estas questões e, designadamente, ao chamado «consenso avaliativo» (Cabral *et al.* 2002, 207-215). Com efeito, segundo a literatura, existiria uma tendência generalizada dos pacientes para avaliarem os sistemas de saúde de forma positiva (Fitzpatrick 1997a, 281). Verifica-se, no entanto, a ocorrência de variações, quer entre países, quer dentro de cada país relativamente a certos grupos sociais, bem como ao longo do tempo. A literatura considera ainda que as pressões vindas de «baixo» são exercidas, sobretudo, pelos grupos mais sensíveis à qualidade do desempenho do sistema, sendo os indivíduos com níveis de instrução mais elevados e os grupos etários mais jovens, mas também os que se encontram em pior estado de saúde, que acusam menores índices de satisfação. A maioria das queixas incide sobre os tempos de espera necessários para obter uma consulta, embora as questões relativas às informações prestadas (ou não) pelos profissionais de saúde, bem como à privacidade e respeito

<sup>4</sup> Através, por exemplo, dos *random controled trials*.

<sup>5</sup> Através do recurso a índices como o *QALY-Quality Adjusted Life Years* ou outros instrumentos de medida da qualidade de vida, também conhecidos como *health-status instruments*.

com que os doentes são tratados, sejam também levantadas, sobretudo pelos utentes mais escolarizados (Fitzpatrick 1997a, 265-281).

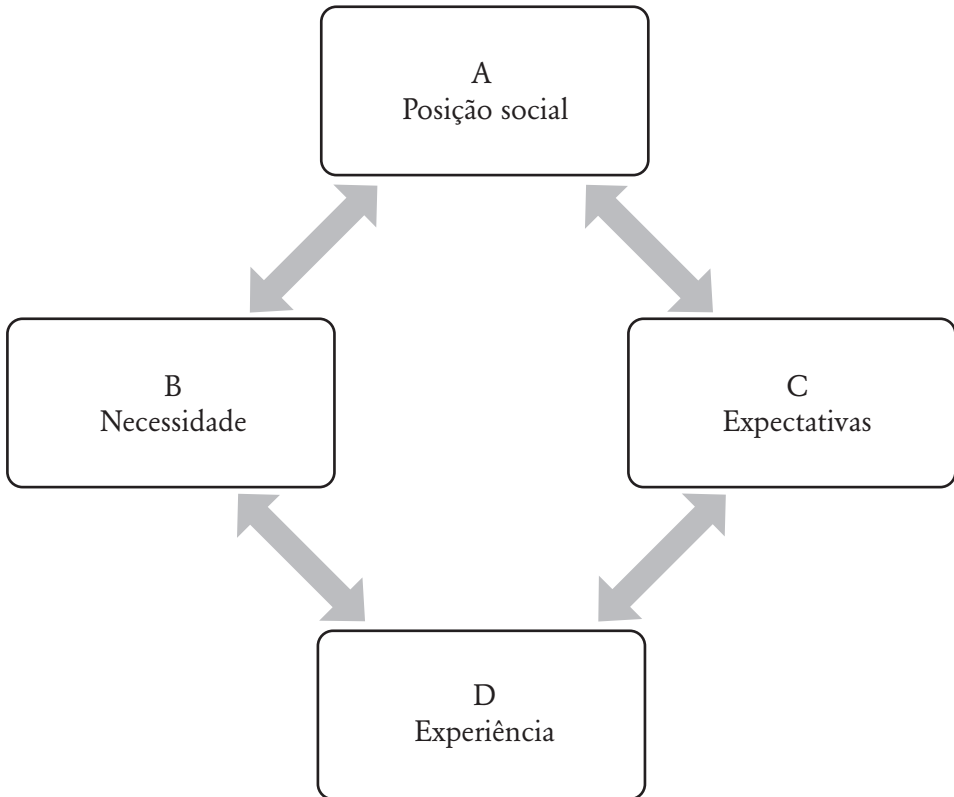
Em Portugal, como veremos, apesar de variações por vezes bastante significativas, segundo os inquiridos que têm ou não experiência pessoal do SNS, segundo os grupos sociais e as cinco Regiões Plano do país, e ainda segundo a evolução registada entre 2001 e 2008, verifica-se que os níveis de satisfação não fogem à tendência para o referido consenso avaliativo. Ora, é necessário saber o que está em jogo no conceito de «satisfação», categoria psico-sociológica com contornos teóricos e empíricos complexos. Do ponto de vista teórico, considerámos o modelo apresentado por Inglehart para explicar o que designou por «paradoxo da variação intergrupar mínima», segundo o qual: «Todos sabemos que alguns grupos estão objectivamente melhor do que outros [e] contudo, a evidência empírica indica que as diferenças efectivamente observadas ao nível da satisfação são extremamente pequenas» (Inglehart 1990, 213).

Com efeito, a satisfação resulta, como veremos ao longo das análises a que procederemos neste estudo, da relação entre um conjunto de dimensões, sendo o chamado nível de satisfação muito vulnerável a mutações que alterem o equilíbrio entre os vértices do losango constituído pela «posição social», pela «necessidade», pela «expectativa» e pela «experiência», levando as variações em qualquer destes elementos a um movimento de ajustamento adaptativo dos outros de forma a reduzir os sentimentos de dissonância cognitiva (Elster e Roemer 1993).

Do ponto de vista empírico, a (in)satisfação está fortemente associada à mudança. Se uma pessoa regula as suas expectativas (C) em função da sua situação social (A), configuradora das suas necessidades (B), procurando reduzir essa distância que é a fonte da (in)satisfação, então a estagnação ou a rotina dificilmente podem trazer uma mudança no nível de satisfação. Quando um bem está facilmente ao nosso alcance, por muito importante que seja, a utilidade marginal de cada unidade consumida decresce rapidamente a partir de um certo ponto. Em contrapartida, se houver uma mudança na posição social, é provável que haja também mudança nas expectativas, podendo o consumo de um novo bem fazer com que se produza um novo estado de satisfação, necessariamente finito, até que se verifique um eventual declínio da satisfação. Noutra hipótese, pode haver uma mudança não de posição social, mas de *necessidades*: uma pessoa a quem tenha sido diagnosticada uma doença crónica passa a necessitar de recorrer ao sistema de saúde com maior frequência e as suas expectativas tenderão a mudar, bem como o seu nível de (in)satisfação relativamente ao sistema.

Por outro lado, os cuidados de saúde e cada um dos seus componentes são também avaliados em função daquilo que se designa por «dever», ou seja, «uma forma de expectativas que incorpora a percepção que o indivíduo tem dos seus direitos e obrigações, bem como dos deveres dos serviços (ou seus componentes) para com

Figura I.3 – Variáveis de cuja relação depende o nível de satisfação verbalizado dos pacientes



ele» (Williams, Coyle e Healy 1998). Segundo este modelo, aquilo que os pacientes consideram estar fora da esfera desse «dever», mesmo que tenha como consequência uma experiência negativa, não origina obrigatoriamente uma avaliação negativa; porém, aquilo que os pacientes consideram ser responsabilidade dos serviços e estiver na origem de uma má experiência, tenderá a ser avaliado negativamente. Este «modelo de ajustamento adaptativo» ajuda a compreender por que razão os níveis de satisfação relativamente aos sistemas de saúde podem ser muito idênticos em países com sistemas tão diferentes na sua qualidade e cobertura, ou ainda em grupos sociais com acesso a cuidados de qualidade diferente na mesma sociedade, e, inversamente, níveis muito diferentes de avaliação em sistemas semelhantes quanto aos *outcomes* (Bernhart *et al.* 1999).

Outro elemento de explicação refere-se ainda ao *efeito de gratidão* (*gratitude bias*), segundo o qual a atitude de reconhecimento dos pacientes pode condicionar po-

sitivamente a avaliação que fazem dos cuidados recebidos (Fitzpatrick 1993; Ovretveit 1992). Contudo, os nossos resultados, assim como outros obtidos através de metodologias qualitativas em situações muito diversas da portuguesa (Bernhart *et al.* 1999), ultrapassam claramente o condicionamento induzido pelo efeito de gratidão. Isso fica demonstrado por vários testes: (1) os resultados apresentam variações amplas tanto a nível temporal e regional como sobretudo a nível sócio-demográfico; (2) assim como são recorrentes avaliações positivas e até muito positivas, nomeadamente no que diz respeito às prestações dos cuidados médicos, também se registam frequentemente opiniões negativas e até muito negativas, *maxime* no que diz respeito às demoras e listas de espera; (3) finalmente, o próprio aprofundamento da «gratidão», que se observa de facto à medida que as situações de doença se agravam, é consistente com a autonomia dos inquiridos, que se revelam, assim, capazes de distinguir entre intervenções médicas simples e intervenções complexas (Vaitsman; Andrade 2005, 602-606).

Para concluir esta secção, o trabalho de estabilização de expectativas próprio das sociedades complexas favorece, de uma forma geral, a interiorização, por parte dos utentes, das limitações de sistemas de saúde, cuja oferta não consegue dar plena resposta a uma procura cada vez maior, mais diferenciada e mais complexa. Os utentes do sistema não ignoram, aliás, que a diferenciação e a complexidade tecnoprofissional crescentes dos cuidados de saúde se contam entre as principais causas dos problemas de financiamento do sistema, podendo afectar o seu bom funcionamento. Esta estabilização das expectativas acaba por dar origem a que os indivíduos incorporem «factores mitigantes aceitáveis» (Williams *et al.* 1998, 1356) na avaliação de experiências negativas relacionadas com o desempenho do sistema. Em contrapartida, o impacto da comunicação social, dado o carácter eminentemente negativo da informação veiculada sobre o funcionamento do sistema de saúde (Silva 2004), contraria fortemente os factores mitigantes nas avaliações, atitudes e opiniões expressas pelos inquiridos, sobretudo aqueles que não têm experiência própria do que está em causa.

## **Apresentação dos resultados**

Os inquéritos de saúde podem e devem, portanto, cobrir uma pluralidade de temas, residindo o nosso objectivo em conhecer o conjunto das relações da população com o sistema de saúde português, bem como as suas atitudes perante as políticas públicas neste domínio. Assim, combinámos de novo três grandes dimensões da sociologia da saúde e da doença raramente tratadas em conjunto, a saber: a caracterização do estado e dos hábitos de saúde; a acessibilidade e o acesso efectivo aos diferentes tipos de cuidados de saúde, bem como a avaliação que os utentes

fazem deles; finalmente, as atitudes da população inquirida perante as políticas de saúde, incluindo, portanto, dimensões macropolíticas e micropolíticas. A fim de ancorar as respostas da população inquirida na sua condição social, foi igualmente recolhida extensa informação sobre os seus atributos sócio-demográficos.

Assim, neste livro são apresentados e analisados os resultados do inquérito por questionário realizado no âmbito do projecto *Acesso, Avaliação e Atitudes da População Portuguesa perante a Saúde e o Sistema Nacional de Saúde*, a partir dos quais são analisadas as grandes tendências evolutivas ocorridas entre 2001 e 2008, bem ainda como as diferenças entre NUTs II (Regiões) relativamente ao ano de 2008. O estudo responde a uma solicitação do Ministério da Saúde, na continuação do projecto *Saúde e Doença em Portugal: Inquérito aos Comportamentos e Atitudes da População Portuguesa perante o Sistema Nacional de Saúde*, realizado pelo ICS em 2001-2002, por iniciativa da APIFARMA. A maior inovação e enriquecimento do presente estudo em relação ao início da década reside, como ficou referido, na análise regional.<sup>6</sup>

A fim de dar continuidade ao estudo de 2001 e, simultaneamente, corresponder às necessidades actuais expressas pelo Ministério da Saúde, algumas das dimensões de análise foram revistas, com a inclusão de novos indicadores em detrimento de outros considerados menos necessários. O questionário contempla, assim, quatro módulos fundamentais:

- 1) *Caracterização do estado e dos hábitos de saúde da população*, tais como estes são percebidos pelos inquiridos. Complementado pelo segmento sócio-demográfico do questionário, este módulo permite não só ancorar sociologicamente todas as demais dimensões, como responder também, de forma estatisticamente controlada, às interrogações acerca da equidade percebida e efectiva do SNS;
- 2) *Acessibilidade e recurso efectivo aos cuidados de saúde*. Aqui pretende-se obter informação sobre os cuidados aos quais os inquiridos recorrem (no âmbito dos cuidados de saúde primários, dos hospitais e da medicina privada), bem como as restrições que encontram no acesso a esses serviços e cuidados, tais como restrições geográficas, horárias, económicas, etc. Para além do aspecto informativo fundamental fornecido a este respeito pelos inquiridos, esta dimensão serve ainda para controlar as avaliações que os inquiridos fazem acerca das condições de acesso e da qualidade dos cuidados obtidos, tanto a nível pessoal como dos seus familiares próxi-

---

<sup>6</sup> A amostra é constituída por 3039 entrevistas, representativa da população adulta de Portugal continental e de cada uma das Regiões correspondentes à NUT II, de forma a possibilitar a realização de análises desagregadas por cada Região (v. nota metodológica). A base de dados do presente inquérito está disponibilizada no *Arquivo Português de Informação Social – APIS* (<http://www.apis.ics.ul.pt>), juntando-se à de 2001, igualmente acessível desde esse ano.

mos, através do registo da experiência que a população portuguesa adulta efectivamente possui dos serviços de saúde disponíveis no país. Com efeito, esta experiência tem reflexos não só nas avaliações dos cuidados prestados, como também nas atitudes dos inquiridos perante as outras dimensões do complexo saúde/doença enquanto fenómeno social global;

- 3) *Avaliação do funcionamento dos diferentes serviços que integram o sistema de saúde e da qualidade dos cuidados prestados*, considerando apenas as avaliações feitas por inquiridos com experiência pessoal ou através do acompanhamento de familiares próximos, tais como os filhos menores. Considera-se essencial a diferença entre esta dimensão avaliativa baseada na experiência e as opiniões manifestadas acerca do sistema de saúde pela população que não possui qualquer experiência directa do seu funcionamento efectivo;
- 4) *Atitudes ante as políticas de saúde e o SNS em geral* e, concretamente, as percepções quanto a algumas reformas recentes do sistema e a equidade do SNS. Contemplam-se nomeadamente: as atitudes perante o funcionamento global do sistema; as atitudes perante as políticas sociais e de saúde; o desempenho do governo na área da saúde e de outros domínios da vida social; o financiamento global do sistema de saúde e alternativas a este; as vantagens comparadas do sector público e do sector privado, bem ainda como o conhecimento e avaliação das recentes reformas desenvolvidas pelo Ministério.

Vale a pena acrescentar que a pequena dimensão das diferenças encontradas entre 2001 e 2008, extremamente consistentes e previsíveis, tende a validar mutuamente os resultados de ambos os inquéritos. Por seu turno, as avaliações positivas, frequentemente em alta, do acesso ao SNS e da qualidade dos cuidados recebidos validam e são validadas pelas atitudes e opiniões negativas acerca de determinadas dimensões do funcionamento do sistema. Fica assim demonstrada a operação simultânea de efeitos favoráveis e de efeitos desfavoráveis na formação da opinião pública no que diz respeito aos serviços de saúde. Por último, observa-se também uma dupla tendência, já observada noutros contextos nacionais e internacionais, para o aumento simultâneo das exigências dos utentes e da sua crescente tolerância às propostas de reformas sistémicas.

A terminar, cumpre-nos agradecer o indispensável apoio logístico do ICS, bem como a colaboração intelectual da Dr.<sup>a</sup> Catarina Vilhena Páscoa, que fez parte da equipa de investigação na primeira fase do projecto, e das Dr.<sup>as</sup> Ana Sofia Ferreira, Natércia Miranda e Sara Tavares Valente, do Ministério da Saúde. Apraz-nos ainda registar o precioso apoio metodológico do nosso colega do ICS Doutor Cícero Pereira. *Last but not least*, agradecemos a confiança em nós depositada pelo antigo ministro da Saúde, Professor António Correia de Campos, confirmada pela actual ministra, Senhora Dr.<sup>a</sup> Ana Jorge, ao encomendar este importante estudo ao ICS.

## Capítulo 1

# Caracterização do estado e dos hábitos de saúde

## Estado e hábitos de saúde

Presentemente, os portugueses consideram, em média, que o seu estado de saúde é tendencialmente bom (2,61), não se encontrando diferenças regionais significativas. Esta avaliação subjectiva revela-se em 2008 algo menos positiva do que há sete anos (2,45). O estado de saúde subjectivo da população portuguesa corresponde a um perfil sócio-demográfico já conhecido, segundo o qual as mulheres declaram, em média, pior estado de saúde, tal como os inquiridos mais velhos (em particular acima dos 65 anos) e, de uma forma geral, as pessoas com estatuto sócio-profissional mais baixo.<sup>1</sup>

A regressão linear apresentada (quadro 1.3) mostra, contudo, que o perfil sócio-demográfico da população não explica mais do que 27,5% da variância do estado de saúde subjectivo; em 2001 explicava menos ainda (21%), devendo-se o aumento ao peso crescente da idade na variação, o que de algum modo indicia um menor peso das desigualdades sociais propriamente ditas, apontando, em contrapartida, para o envelhecimento da população. Dito isto, os mais idosos e as mulheres tendem a declarar pior estado de saúde, assim como os inquiridos com menor rendimento e com estatuto social subjectivo mais baixo.<sup>2</sup>

---

<sup>1</sup> Sempre que se justifica, a análise regional é realizada com base no cálculo da diferença de médias, sintetizado e expresso nos respectivos quadros no decorrer do documento. A distribuição detalhada dos valores absolutos e percentuais por região pode ser encontrada nos anexos igualmente disponibilizados juntamente com as bases de dados no APIS (<http://www.apis.ics.ul.pt/>), assim como todos os resultados relativos à análise sócio-demográfica.

<sup>2</sup> Já depois de realizarmos esta análise, tomámos conhecimento do artigo de Panayotes Demakakos *et al.* (2008), que confirma com base nos dados do ELSA – estudo longitudinal inglês sobre o envelhecimento – que «o estatuto social subjectivo é um importante correlato da saúde na velhice, possivelmente devido à capacidade deste indicador para resumir o percurso de uma vida (*epitomize lifetime achievement*) e o estatuto sócio-económico».

**Quadro 1.1 – Avaliação do estado de saúde comparativamente com as pessoas da idade do inquirido em 2001 e 2008**

	2001		2008	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Excelente	238	9,4	216	7,2
Boa	1 254	49,4	1 251	41,7
Razoável	760	30,0	1 102	36,7
Má	220	8,7	344	11,5
Péssima	62	2,5	82	2,7
NS/NR	2	0,1	5	0,2
Total	2 537	100,0	3 000	100,0
Média	2,45		2,61	

**Quadro 1.2 – Avaliação do estado de saúde comparativamente com as pessoas da idade do inquirido por Região em 2008 (médias)**

	Avaliação n. s.
Norte	2,60
Centro	2,67
Lisboa e Vale do Tejo	2,59
Alentejo	2,52
Algarve	2,58

**Quadro 1.3 – Avaliação do estado de saúde comparativamente com as pessoas da idade do inquirido em 2008 (regressão linear)**

	Beta (coeficientes estandardizados)
Idade	0,367*
Rendimento do agregado	-0,143*
Género	0,107*
Classe social subjectiva	-0,121*
Escolaridade	-
Ocupação sócio-profissional	-
Região	-
<i>Habitat</i>	-
$R^2$	0,275

\* $p \leq 0,001$ .

A escolaridade e a ocupação profissional estão também correlacionadas com o estado de saúde, mas não figuram na regressão, ao contrário do que sucedia com a escolaridade em 2001, pois, aparentemente, deixaram de contribuir de forma directa para a explicação da avaliação do estado de saúde quando se colocam todas



**Quadro 1.4 – Existência de doença/condição de saúde crónica diagnosticada por um médico (para quem responde que a sua saúde é razoável, má ou péssima) em 2001 e 2008**

	2001		2008	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Sim	542	52,3	697	45,8
Não	495	47,7	824	54,2
Total	1 038	100,0	1 521	100,0

**Quadro 1.5 – Existência de doença/condição de saúde crónica diagnosticada por um médico (para quem responde que a sua saúde é razoável, má ou péssima) por Região em 2008**

<i>p</i> = 0,021 ≤ 0,05	Norte		Centro		Lisboa e Vale do Tejo		Alentejo		Algarve	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Sim	162	39,9	160	49,1	178	50,6	100	41,5	101	51,3
Não	244	60,1	166	50,9	174	49,4	141	58,5	96	48,7
Total	406	100,0	326	100,0	352	100,0	241	100,0	197	100,0

as variáveis em equação. Em suma, confirma-se aquilo que a literatura sobre as desigualdades sociais em saúde vem afirmando, a saber, que mesmo nas sociedades onde vigoram sistemas de saúde públicos universais, como acontece em Portugal há trinta anos, tais desigualdades persistem (Marmot 2007). As desigualdades sociais continuam, pois, a ser «más para a saúde», como escrevia Norman Daniels (2000). Ao contrário do que outros estudos apontam (Santana 2005), a região dos inquiridos não tem, nem tão-pouco o tipo de aglomerado residencial, segundo os dados do presente inquérito, peso significativo na explicação do estado de saúde subjectivo da população portuguesa.

Do conjunto dos inquiridos que afirmam, em 2008, ser o seu estado de saúde razoável, mau ou péssimo, perto de metade (45,8%) declara ter pelo menos uma doença crónica, quando em 2001 ascendiam a 52,3%. Esta situação é mais saliente no Algarve e na Região de Lisboa e Vale do Tejo, ao contrário do que sucede no Norte do país. O perfil sócio-demográfico dos doentes que declaram pelo menos uma doença crónica é o mesmo dos inquiridos que declaram pior estado de saúde, embora com maior incidência ainda entre a população com o nível sócio-económico mais baixo.

No entanto, tal como em 2001, os portugueses continuam a considerar, também em média, que têm um tipo de vida bastante saudável (2,17 e 2,21, respectivamente). Esse entendimento sobre o seu estilo de vida e hábitos de saúde é, em 2008, unânime em todo o território nacional, não existindo diferenças significativas por Região. As mulheres, os inquiridos mais velhos (com idades acima dos 65 anos), os menos escolarizados (até à instrução primária) e os que têm um estatuto

**Quadro 1.6 – Avaliação do tipo de vida que os inquiridos levam em 2001 e 2008**

	2001		2008	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Muito saudável	250	9,8	236	7,9
Bastante saudável	1 613	63,6	1 959	65,3
Pouco saudável	592	23,3	725	24,2
Nada saudável	35	1,4	63	2,1
NS/NR	47	1,9	17	0,6
Total	2 537	100,0	3 000	100,0
Média	2,17		2,21	

**Quadro 1.7 – Avaliação do tipo de vida que os inquiridos levam por Região em 2008 (médias)**

	Avaliação n. s.
Norte	2,20
Centro	2,24
Lisboa e Vale do Tejo	2,21
Alentejo	2,15
Algarve	2,10

**Quadro 1.8 – Acções para melhorar ou manter o estado de saúde em 2001 e 2008**

	2001		2008	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Sim	933	36,8	1 494	49,8
Não	1 598	63,0	1 501	50,0
NS/NR	7	0,3	5	0,2
Total	2 537	100,0	3 000	100,0

sócio-económico mais baixo são, ainda assim, quem mais reconhece que não leva uma vida tão saudável.

Entre 2001 e 2008, a percentagem de portugueses que afirmam estar a tomar, actualmente, alguma iniciativa no sentido de melhorar ou manter o seu estado de saúde aumentou de forma muito expressiva (mais 36%), abrangendo hoje cerca de metade da população (49,8%), quando há sete anos era apenas de 36,8%. Este comportamento mais saudável é transversal a todo o território nacional sem incidência regional específica.

São, no entanto, os mais velhos (com mais de 65 anos), os mais escolarizados (ensino superior) e os quadros médios e superiores quem afirma desenvolver alguma iniciativa concreta para melhorar o seu estado de saúde, independentemente

**Quadro 1.9 – Ações para melhorar ou manter o estado de saúde por Região em 2008**

$p=0,058 > 0,05$	Norte		Centro		Lisboa e Vale do Tejo		Alentejo		Algarve	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Sim	408	50,8	310	51,6	342	48,3	230	43,5	216	54,3
Não	393	48,9	290	48,3	365	51,6	299	56,5	181	45,5
NS/NR	2	0,2	1	0,2	1	0,1	0	0,0	1	0,3
Total	803	100,0	601	100,0	708	100,0	529	100,0	398	100,0

**Quadro 1.10 – Tipos de ação para melhorar ou manter o estado de saúde em 2001 e 2008 (resposta múltipla)**

	2001		2008	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Controlar o peso	407	43,6	584	39,1
Controlar a pressão arterial	428	45,9	620	41,5
Fazer exercício físico regular (ginástica, correr, etc.)	308	33,0	709	47,5
Dieta mais saudável	75	8,0	649	43,4
NS/NR	9	1,0	5	0,3

**Quadro 1.11 – Tipos de ação para melhorar ou manter o estado de saúde por Região em 2008 (resposta múltipla)**

	Norte		Centro		Lisboa e Vale do Tejo		Alentejo		Algarve	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Controlar o peso	159	39,0	97	31,3	155	45,3	125	54,3	51	23,6
Controlar a pressão arterial	147	36,0	139	44,8	146	42,7	131	57,0	73	33,8
Fazer exercício físico regular (ginástica, correr, etc.)	210	51,4	135	43,5	160	46,8	113	49,1	84	38,9
Dieta mais saudável	142	34,8	162	52,3	168	49,1	92	40,0	77	35,6
NS/NR	1	0,2	1	0,3	1	0,3	1	0,4	1	0,5

do género. Esta evolução corresponde, pois, a uma assinalável interiorização, previsivelmente mais saliente nos estratos sociais elevados, dos hábitos de saúde recomendados para obter melhor qualidade de vida.

Essa evolução é acompanhada por algumas alterações de comportamento importantes relativamente a determinados hábitos de vida saudáveis, assistindo-se a um aumento daqueles que afirmam fazer exercício físico regular (de 33,0% em 2001 para 47,5%), sobretudo daqueles que, de forma muito expressiva, referem ter adoptado dietas mais saudáveis no seu dia a dia (de 8,0% para 43,4%), enquanto a preocupação com a monitorização da pressão arterial de forma regular e o controlo do peso decrescem ligeiramente (de 45,9% para 41,5% e de 43,6% para 39,1%, respectivamente).

**Quadro 1.12 – Contribuição da alimentação habitual para a saúde em 2008**

	2008	
	<i>n</i>	%
Sim, muito boa	393	13,1
Sim, razoavelmente boa	2 272	75,7
Não, não é muito boa	306	10,2
Não, nada boa	23	0,8
NS/NR	5	0,2
Total	3 000	100,0
		1,99

**Quadro 1.13 – Contribuição da alimentação habitual para a saúde por Região em 2008**

	Avaliação	
	$F(4, 3026) = 8,722; p = 0,000 \leq 0,01$	
Norte	2,02	<i>de*</i>
Centro	1,99	
Lisboa e Vale do Tejo	1,98	
Alentejo	1,88	<i>a</i>
Algarve	1,88	<i>a</i>

\* Grupos que são significativamente diferentes entre si (teste de Scheffé,  $p < 0,01$ ): (a) Norte; (b) Centro; (c) Lisboa e Vale do Tejo; (d) Alentejo; (e) Algarve.

O Algarve é a Região que apresenta menor incidência de hábitos de saúde saudáveis ou preventivos, acompanhada pelo Norte do país, Região onde também são seguidos com menor frequência regimes alimentares saudáveis e onde menos é controlada a pressão arterial. Inversamente, estas duas práticas são mais comuns nas Regiões Centro e de Lisboa e Vale do Tejo, bem como no Alentejo. O exercício físico regular é mais praticado, por seu turno, no Norte e no Alentejo, enquanto o controlo do peso é também uma preocupação, em particular, nesta última Região.

Um regime alimentar equilibrado e saudável está, com efeito, entre os hábitos de saúde mais recomendados. Mesmo que nada façam com o intuito de melhorar ou manter o seu estado de saúde, os portugueses consideram, em média, que a sua alimentação habitual é «razoavelmente boa» para a saúde (1,99). É no Sul do país, concretamente no Alentejo e no Algarve, que os inquiridos mais acreditam que a dieta seguida habitualmente contribui de forma positiva para a sua saúde, enquanto os habitantes da Região Norte são os menos optimistas, embora tanto uns como outros considerem que essa dieta é «razoavelmente boa». Os homens, independentemente da idade, são, em média, quem melhor avalia os seus hábitos alimentares, tal como os inquiridos mais escolarizados e com estatuto sócio-económico mais elevado.

**Quadro 1.14 – Data da última vez que mediu a pressão arterial em 2001 e 2008 (só para pessoas com 50 anos ou mais)**

	2001		2008	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
No último ano	824	83,9	1 140	91,2
1 a 2 anos	101	10,2	58	4,6
3 a 5 anos	28	2,8	17	1,4
Mais de 5 anos	14	1,5	11	0,9
Nunca	16	1,6	5	0,4
NS/NR	0	0,0	19	1,6
Total	982	100,0	1 250	100,0

**Quadro 1.15 – Data da última vez que mediu a pressão arterial por Região em 2008 (só para pessoas com 50 anos ou mais)**

<i>p</i> = 0,026 > 0,05	Norte		Centro		Lisboa e Vale do Tejo		Alentejo		Algarve	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
No último ano	279	90,0	246	93,5	263	89,5	264	95,0	151	88,3
1 a 2 anos	12	3,9	10	3,8	19	6,5	9	3,2	14	8,2
3 a 5 anos	6	1,9	3	1,1	3	1,0	2	0,7	3	1,8
Mais de 5 anos	6	1,9	2	0,8	0	0,0	1	0,4	0	0,0
Nunca	1	0,3	1	0,4	1	0,3	1	0,4	2	1,2
NS/NR	6	1,9	1	0,4	8	2,7	1	0,4	1	0,6
Total	310	100,0	263	100,0	294	100,0	278	100,0	171	100,0

**Quadro 1.16 – Data da última vez que mediu o nível de colesterol em 2001 e 2008 (só para pessoas com 50 anos ou mais)**

	2001		2008	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
No último ano	682	72,1	1 068	85,4
1 a 2 anos	119	12,6	96	7,7
3 a 5 anos	55	5,8	20	1,6
Mais de 5 anos	22	2,4	13	1,0
Nunca	69	7,3	29	2,3
NS/NR	0	0,0	24	2,0
Total	434	100,0	1 250	100,0

Entre 2001 e 2008 assiste-se ao reforço da prática de duas das principais medidas médicas preventivas. Com efeito, a esmagadora maioria dos portugueses com mais de 50 anos mediu a sua pressão arterial e o nível de colesterol no último ano (91,2% e 85,4%, respectivamente, quando em 2001 eram apenas 83,9% e 72,1%). Esta monitorização ocorre por todo o território nacional de igual forma, com excepção do

**Quadro 1.17 – Data da última vez que mediu o nível de colesterol por Região em 2008 (só para pessoas com 50 anos ou mais)**

$p = 0,172 > 0,05$	Norte		Centro		Lisboa e Vale do Tejo		Alentejo		Algarve	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
No último ano	258	83,2	233	88,6	247	84,0	249	89,6	138	80,7
1 a 2 anos	26	8,4	12	4,6	30	10,2	15	5,4	22	12,9
3 a 5 anos	7	2,3	4	1,5	4	1,4	0	0,0	4	2,3
Mais de 5 anos	4	1,3	4	1,5	2	0,7	2	0,7	0	0,0
Nunca	9	2,9	5	1,9	6	2,0	6	2,2	3	1,8
NS/NR	6	1,9	5	1,9	5	1,7	6	2,2	4	2,3
Total	310	100,0	263	100,0	294	100,0	278	100,0	171	100,0

**Quadro 1.18 – Frequência da vigilância da saúde ginecológica em 2001 e 2008 (só para mulheres)**

	2001		2008	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Regularmente	513	37,8	531	43,1
Esporadicamente	281	20,7	239	19,3
Só em caso de necessidade	276	20,3	280	22,7
Nunca faz	288	21,2	179	14,5
NS/NR	0	0,0	5	0,4
Total	1 358	100,0	1 766	100,0

**Quadro 1.19 – Frequência da vigilância da saúde ginecológica por Região em 2008 (só para mulheres)**

$p = 0,000 \leq 0,05$	Norte		Centro		Lisboa e Vale do Tejo		Alentejo		Algarve	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Regularmente	147	43,5	121	49,8	128	45,1	55	25,1	63	36,2
Esporadicamente	73	21,6	39	16,0	56	19,7	36	16,4	31	17,8
Só em caso de necessidade	70	20,7	52	21,4	67	23,6	68	31,1	46	26,4
Nunca faz	47	13,9	31	12,8	31	10,9	60	27,4	31	17,8
NS/NR	1	0,3	0	0,0	2	0,7	0	0,0	3	1,7
Total	338	100,0	243	100,0	284	100,0	219	100,0	174	100,0

Alentejo, onde a incidência de pessoas com mais de 50 anos que mediram a pressão arterial no último ano é ainda mais significativa. As mulheres são quem mais monitoriza o seu estado de saúde através destes dois procedimentos clínicos, independentemente da idade (a partir dos 50 anos), do nível de instrução e do estatuto sócio-profissional.

Em 2008 assiste-se a um aumento da frequência com que as mulheres vigiam a sua saúde ginecológica, com perto de metade das portuguesas a declarar que o fazem regularmente (de 37,8% em 2001 para 43,1%), assistindo-se inversamente a uma diminuição significativa daquelas que nunca fazem este tipo de vigilância (de 21,2% em 2001 para 14,5% em 2008). A proporção de mulheres que vão esporadicamente ao ginecologista e as que vão só em caso de necessidade não se altera durante o período em análise (20,7% e 20,3% em 2001 e 19,3% e 22,7% em 2008).

As mulheres que mais têm este tipo de preocupação preventiva em 2008 habitam na Região Centro, contrariamente ao que sucede no Alentejo, onde são as que mais recorrem a esta especialidade só em caso de necessidade ou que nunca fazem este tipo de vigilância (por sua vez, é na Região de Lisboa e Vale do Tejo onde existem menos mulheres a declarar que nunca vão). Sobretudo as mulheres mais jovens (até aos 39 anos), mas também as que têm até 49 anos de idade, são quem mais recorre ao ginecologista de forma regular. Devido ao efeito «idade», a incidência é muito baixa entre as mulheres que têm apenas a instrução primária e entre as trabalhadoras manuais, não existindo grandes variações na regularidade das mulheres com outros níveis de escolaridade e de estatuto sócio-profissional.

## **Cuidados materno-infantis**

Em 2008 existem na amostra mais de três quartos de mulheres que já tiveram filhos (78,4%) e às quais foi colocado um certo número de perguntas sobre a gravidez e os cuidados de saúde infantis (em 2001 eram 72,3%). Não se registam diferenças significativas da incidência da maternidade por Região.

Essas mulheres, durante a sua última gravidez, foram acompanhadas sobretudo pelo médico de família ou pelo médico obstetra/ginecologista (36,0% e 35,1%, respectivamente). Poucas foram seguidas por ambos simultaneamente (9,5%), enquanto a vigilância realizada apenas por uma enfermeira ou parteira ocorre em situações muito diminutas (3,1%). No entanto, a percentagem de mulheres que não tiveram qualquer vigilância durante a gravidez assume ainda um valor expressivo (16,2%).

A vigilância apenas a cargo do médico de família ocorre em particular na Região Norte e no Algarve, ao contrário do que acontece no Alentejo e no Centro, que se caracterizam, respectivamente, por terem mais mulheres seguidas somente pelos seus médicos obstetras/ginecologistas (o Norte é a Região onde menos se recorre a esta especialidade médica) e pelos seus médicos de família e obstetras em simultâneo. A vigilância feita apenas por uma enfermeira/parteira tem maior expressão na Região Centro, enquanto a proporção de mulheres que não tiveram qualquer apoio ou aconselhamento médico ocorre de forma significativamente menor na Região de Lisboa e Vale do Tejo.

**Quadro 1.20 – Filhos em 2001 e 2008 (só para mulheres)**

	2001		2008	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Sim	997	72,3	1 234	78,4
Não	381	27,7	340	21,6
Total	1 378	100,0	1 574	100,0

**Quadro 1.21 – Filhos por Região em 2008 (só para mulheres)**

<i>p</i> = 0,400 > 0,05	Norte		Centro		Lisboa e Vale do Tejo		Alentejo		Algarve	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Sim	338	79,9	243	76,2	284	79,6	219	79,9	174	83,3
Não	85	20,1	76	23,8	73	20,4	55	20,1	35	16,7
Total	423	100,0	319	100,0	357	100,0	274	100,0	209	100,0

A responsabilidade da vigilância durante a gravidez do último filho obedece a um perfil etário específico que se relaciona com o desenvolvimento do SNS e, em particular, com a evolução dos cuidados de saúde materno-infantis. Com efeito, a vigilância realizada durante a gravidez do último filho apenas pelo médico de família é mais comum entre as inquiridas que têm actualmente idades compreendidas entre os 50 e os 64 anos, enquanto a vigilância feita por um médico obstetra/ginecologista é mais frequente entre as inquiridas entre os 30 e os 49 anos; já a vigilância de ambos ocorreu, apesar de menos frequente, sobretudo durante a gravidez das mulheres mais jovens, com idades entre os 18 e os 39 anos. Por outro lado, as situações de gravidez com vigilância feita apenas por uma enfermeira/parteira, ou mesmo a ausência dela, são praticamente exclusivas das inquiridas que têm agora mais de 65 anos de idade, como acabámos de ver.

Para mais de dois terços das mulheres, a vigilância da gravidez do seu último filho foi realizada no âmbito dos cuidados de saúde públicos (82,9%), enquanto 20,9% o fizeram no sector privado, exclusivamente ou em complementaridade. O recurso aos serviços públicos de saúde durante a gravidez é menos frequente na Região Centro, enquanto a medicina privada é menos utilizada na Região Norte. A vigilância da gravidez no sector privado é mais frequente entre as mulheres que têm actualmente idades entre os 40 e os 49 anos e, a seguir, entre os 30 e os 39 anos, com um estatuto sócio-económico elevado.

No momento do nascimento, o recurso ao sector público é ainda mais reforçado, perfazendo mais de três quartos as mulheres que aí tiveram o seu último filho. Uma proporção ainda significativa deu à luz em casa (15,7%), enquanto poucas tiveram os seus filhos em hospitais ou clínicas privadas (5,9%).



**Quadro 1.22 – Responsável pela vigilância durante a gravidez do último filho em 2008 (só para mulheres)**

	2008	
	n	%
Médico de família	443	36,0
Médico obstetra/ginecologista	431	35,1
Médico de família e obstetra/ginecologista	117	9,5
Só enfermeira/parreira	38	3,1
Não foi vigiada	199	16,2
Total	1 229	100,0

**Quadro 1.23 – Responsável pela vigilância durante a gravidez do ultimo filho por Região em 2008 (só para mulheres)**

$p=0,000 \leq 0,05$

	Norte		Centro		Lisboa e Vale do Tejo		Alentejo		Algarve	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Médico de família	155	46,0	54	22,3	106	37,6	50	22,8	72	41,6
Médico obstetra/ginecologista	90	26,7	92	38,0	115	40,8	115	52,5	57	32,9
Médico de família e obstetra/ginecologista	23	6,8	36	14,9	30	10,6	14	6,4	11	6,4
Só enfermeira/parreira	9	2,7	13	5,4	4	1,4	8	3,7	4	2,3
Não foi vigiada	60	17,8	47	19,4	27	9,6	32	14,6	29	16,8
Total	337	100,0	242	100,0	282	100,0	219	100,0	173	100,0

**Quadro 1.24 – Responsável pela vigilância durante a gravidez do último filho em 2008 (só para mulheres) por idade**

$p=0,000 \leq 0,05$

	18 a 29 anos		30 a 39 anos		40 a 49 anos		50 a 64 anos		65 a 74 anos		75 ou mais anos	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Médico de família	49	43,0	92	40,7	94	37,8	131	41,1	48	26,2	28	19,4
Médico obstetra/ ginecologista	45	39,5	97	42,9	125	50,2	117	36,7	40	21,9	8	5,6
Médico de família e obstetra/ ginecologista	17	14,9	35	15,5	27	10,8	29	9,1	6	3,3	4	2,8
Só enfermeira/ parreira	0	0,0	0	0,0	0	0,0	7	2,2	14	7,7	18	12,5
Não foi vigiada	3	2,6	2	0,9	3	1,2	33	10,3	74	40,4	84	58,3
NS/NR	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	0,6	1	0,5	2	1,4
Total	114	100,0	226	100,0	249	100,0	319	100,0	183	100,0	144	100,0

Os nascimentos no sector privado ocorrem mais na Região de Lisboa e Vale do Tejo e menos no Algarve, registando-se, por seu turno, mais nascimentos em casa na Região Centro, sendo bastante menos comuns em Lisboa e Vale do Tejo. A preferência pelo sector privado é mais frequente entre as mulheres que têm presente-

**Quadro 1.25 – Sector em que ocorreu a vigilância do último filho em 2008 (resposta múltipla)**

	2008	
	<i>n</i>	%
Público	854	82,9
Privado	215	20,9

**Quadro 1.26 – Sector em que ocorreu a vigilância do último filho por Região em 2008 (resposta múltipla)**

$p = 0,400 > 0,05$

	Norte		Centro		Lisboa e Vale do Tejo		Alentejo		Algarve	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Público	243	87,7	152	77,9	207	81,2	152	83,5	119	82,6
Privado	48	17,3	45	23,1	56	22,0	51	27,3	35	24,3

**Quadro 1.27 – Tipo de local do nascimento do último filho em 2008**

	2008	
	<i>n</i>	%
Público	365	78,2
Privado	73	5,9
Casa	194	15,7
NS/NR	3	0,2
Total	1 234	100,0

**Quadro 1.28 – Tipo de local do nascimento do último filho por Região em 2008**

$p = 0,001 \leq 0,05$

	Norte		Centro		Lisboa e Vale do Tejo		Alentejo		Algarve	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Publico	267	79,0	184	75,7	232	81,7	169	77,2	140	80,5
Privado	17	5,0	9	3,7	27	9,5	13	5,9	2	1,1
Casa	53	15,7	50	20,6	24	8,5	36	16,4	32	18,4
NS/NR	1	0,3	0	0,0	1	0,4	1	0,5	0	0,0
Total	338	100,0	243	100,0	284	100,0	219	100,0	174	100,0

mente entre 40 e 49 anos de idade; já os nascimentos em casa concentram-se quase exclusivamente nas mulheres que têm hoje idades acima dos 65 anos.

A percentagem de mulheres que declararam ter filhos com menos de 18 anos a seu cargo é um pouco menor em 2008 do que em 2001 (40,9% e 43,0%), existindo mais situações na Região Norte e em Lisboa e Vale do Tejo.

**Quadro 1.29 – Filhos com menos de 18 anos a viver com a inquirida em 2001 e 2008 (só para mulheres com filhos menores de 18 anos)**

	2001		2008	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Sim	429	43,0	505	40,9
Não	568	57,0	727	58,9
NS/NR	0	0,0	2	0,2
Total	997	100,0	3 000	100,0

**Quadro 1.30 – Filhos com menos de 18 anos a viver com a inquirida por Região em 2008 (só para mulheres com filhos menores de 18 anos)**

$p=0,026 \leq 0,05$

	Norte		Centro		Lisboa e Vale do Tejo		Alentejo		Algarve	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Sim	152	45,0	89	36,6	126	44,4	78	35,6	63	36,2
Não	185	54,7	154	63,4	158	55,6	141	64,4	109	62,6
NS/NR	1	0,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	1,1
Total	338	100,0	243	100,0	284	100,0	219	100,0	174	100,0

**Quadro 1.31 – Frequência da visita ao médico com os filhos em 2001 e 2008 (só para mulheres com filhos menores de 18 anos)**

	2001		2008	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Regularmente	242	56,7	333	65,9
Só quando está doente	176	41,4	160	31,6
Nunca/os filhos já vão sozinhos	8	1,9	12	2,4
Total	427	100,0	505	100,0

**Quadro 1.32 – Frequência da visita ao médico com os filhos por Região em 2008 (só para mulheres com filhos menores de 18 anos)**

$p=0,001 \leq 0,05$

	Norte		Centro		Lisboa e Vale do Tejo		Alentejo		Algarve	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Regularmente	97	63,8	56	62,9	95	75,4	35	44,9	46	73,0
Só quando está doente	48	31,6	32	36,0	30	23,8	42	53,8	17	27,0
Nunca/os filhos já vão sozinhos	7	4,6	1	1,1	1	0,8	1	1,3	0	0,0
Total	152	100,0	89	100,0	126	100,0	78	100,0	63	100,0

**Quadro 1.33 – Tipo de local onde se dirige habitualmente quando um dos filhos adocece em 2001 e 2008 (só para mulheres com filhos menores de 18 anos)**

	2001		2008	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Centro de Saúde	286	67,3	363	71,9
Hospital (serviço de pediatria)/hospital de crianças	69	16,1	83	16,4
Médico particular/hospital privado	71	16,6	57	11,3
NS/NR	0	0,0	2	0,3
Total	425	100,0	505	100,0

**Quadro 1.34 – Tipo de local onde se dirige habitualmente quando um dos filhos adocece por Região em 2008 (só para mulheres com filhos menores de 18 anos)**

<i>p</i> = 0,062 > 0,05	Norte		Centro		Lisboa e Vale do Tejo		Alentejo		Algarve	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Centro de Saúde	113	74,3	67	75,3	89	70,6	46	59,0	36	57,1
Hospital (serviço de pediatria)/hospital de crianças	22	14,5	15	16,9	18	14,3	23	29,5	17	27,0
Médico particular/hospital privado	16	10,5	7	7,9	19	15,1	9	11,5	9	14,3
NS/NR	1	0,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,6
Total	152	100,0	89	100,0	126	100,0	78	100,0	63	100,0

Dessas mulheres, em 2008 mais de dois terços acompanham os filhos ao médico de forma regular e preventiva, isto é, sem ser somente em situação de doença (65,9%). Este procedimento é hoje mais significativo do que em 2001 (56,7%), ano em que as idas ao médico eram mais comuns apenas quando os filhos estavam doentes (41,4%, enquanto em 2008 são 31,6%). Esta evolução está em concordância com aquela que encontramos em relação aos hábitos de saúde e às medidas de prevenção da doença adoptados pelos inquiridos. Por sua vez, a marcação de consultas com maior regularidade ocorre sobretudo em Lisboa e Vale do Tejo, enquanto as idas ao médico apenas por motivo de doença ocorrem, em particular, no Alentejo.

Cada vez mais, as mães dirigem-se com os filhos ao Centro de Saúde da sua zona de residência quando estes adoecem (71,9% em 2008 contra 67,3% em 2001), recorrendo menos a um médico particular (11,3% em 2008 e 16,6% em 2001). A deslocação a um serviço de pediatria hospitalar mantém-se estável (16,4% em 2008 contra 16,1% em 2001). A incidência do recurso aos diversos serviços de saúde não regista diferenças significativas por Região.

**Quadro 1.35 – Classificação dos cuidados de saúde prestados aos filhos em 2001 e 2008 (só para mulheres com filhos menores de 18 anos)**

	2001		2008	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Muito maus	1	0,3	4	0,9
Maus	28	6,5	17	3,3
Nem maus/nem bons	116	27,0	91	17,9
Bons	255	59,5	355	70,3
Muito bons	29	6,8	38	7,6
Total	428	100,0	505	100,0
Média	3,66		3,80	

**Quadro 1.36 – Classificação dos cuidados de saúde prestados aos filhos por Região em 2008 (só para mulheres com filhos menores de 18 anos) (médias)**

	Avaliação n. s.
Norte	3,74
Centro	3,82
Lisboa e Vale do Tejo	3,83
Alentejo	3,95
Algarve	3,84

O recurso ao médico particular ou a um hospital privado quando um dos filhos adoece é mais frequente entre as mães com maior escolarização e com estatuto sócio-económico mais elevado (a ida directa para o hospital é também mais comum entre as mães mais escolarizadas), enquanto a deslocação a um Centro de Saúde ocorre mais frequentemente entre as mães menos escolarizadas e com um estatuto sócio-económico mais baixo.

Em 2008, os cuidados de saúde prestados aos filhos são avaliados pelas mães de forma ainda mais positiva do que há sete anos, considerando, em média, que estão muito próximos de «bons» (3,80), quando em 2001 a média avaliativa se situava em 3,66. Esta avaliação positiva é transversal a todo o território nacional. Independentemente da idade e do estatuto sócio-económico, as mães com maior nível de escolaridade (que frequentaram o ensino secundário ou superior) são quem melhor avalia os cuidados de saúde prestados aos filhos. Estes resultados ultrapassam claramente as eventuais limitações induzidas pelo «efeito de gratidão» observado frequentemente entre as grávidas e as mães (VanTeijlingen 2003).

Sintetizando, os inquiridos declaram, em média, um estado saúde subjectivo ligeiramente pior do que em 2001, independentemente da Região. Os inquiridos

que pior avaliam o seu estado de saúde e com maior incidência de doenças crónicas correspondem a um perfil demográfico característico (idosos e mulheres) e reflectem o impacto conhecido das desigualdades sociais na saúde (rendimento e estatuto social mais baixos). Estes inquiridos tendem igualmente a reconhecer que o tipo de vida que levam não é tão saudável como a da maioria das outras pessoas e são eles também quem menos desenvolve comportamentos a fim de manter ou melhorar o seu estado de saúde.

Contudo, em termos globais, os portugueses declaram adoptar por sua iniciativa comportamentos mais saudáveis do que há sete anos, o que corresponde a uma gradual interiorização, sobretudo nos estratos sociais mais elevados, dos hábitos de saúde reconhecidos como potenciadores de melhor qualidade de vida. Com efeito, hoje declaram fazer mais exercício físico regular e adoptam dietas mais saudáveis, embora isso não tenha sido acompanhado pela preocupação de controlar o estado de saúde através de métodos clássicos, como a pressão arterial e o peso. No entanto, para quem esta monitorização preventiva se torna mais necessária (pressão arterial e colesterol), isto é, a partir dos 50 anos de idade, verifica-se que também ela aumentou de forma significativa, abrangendo a esmagadora maioria dos inquiridos com 50 anos ou mais, em particular as mulheres, que passaram também a estar mais atentas à sua saúde ginecológica.

A preocupação com os hábitos de saúde e com a prevenção é também cada vez mais extensível aos cuidados com os filhos, que passaram a ir ao médico de forma mais regular e não apenas em situação de doença, recorrendo a esmagadora maioria ao SNS com avaliação muito positiva dos cuidados prestados. Este padrão de melhoria gradual mas significativa dos comportamentos preventivos, bem como o recurso crescente ao sector público em detrimento do sector privado, é recorrente em praticamente todas as dimensões deste estudo. Como veremos imediatamente a seguir, este padrão está directamente relacionado com o aumento da utilização a todos os níveis de cuidados prestados pelo SNS, o que pode ter tornado as condições de acesso mais difíceis do que há sete anos, nomeadamente em termos de tempos de espera.