

Gestão de saúde familiar e pobreza em período de recessão económica em Portugal

Management of family health and poverty during the economic downturn in Portugal

Ivo Oliveira

Instituto Politécnico de Gestão e Tecnologia. Vila Nova de Gaia, Portugal.

Email: ivo.oliveira@unisla.pt

Fernanda Nogueira

Universidade de Lisboa. Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas. Lisboa, Portugal.

E-mail: fnogueira@iscsp.ulisboa.pt

João Marôco

Instituto Universitário de Ciências Psicológicas, Sociais e da Vida. Lisboa, Portugal.

E-mail: jpmaroco@ispa.pt

Francisco Diniz

Centro de Estudos Transdisciplinares para o Desenvolvimento (CETRAD), Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro.(UTAD), Portugal.

E-mail: fdiniz@utad.pt

Resumo

Este artigo assumiu como objetivo principal investigar sobre gestão e saúde, verificando a contribuição da saúde familiar e o seu papel no desenvolvimento local em contexto de recessão económica e agravamento da pobreza em Portugal. Na metodologia inquiriram-se 1021 indivíduos em Portugal Continental, com tratamento estatístico através de análise inferencial, fatorial e também de regressão. Salientam-se como resultados que o facto de um indivíduo se considerar uma pessoa saudável não é independente da atividade profissional, condições de habitação, ou outros determinantes relacionados com as condições de vida. Através de uma análise fatorial consistente foram identificados um conjunto de fatores com importância sobre a gestão de saúde familiar. Como conclusão resulta que as condições de trabalho e em que vivem os cidadãos estão relacionadas com o seu nível de saúde. Identificámos os determinantes mais importantes para explicar a esperança média de vida e que se refletem em período de recessão económica.

Palavras-chave: Economia da Saúde; Saúde Pública; Medicina de Família e Comunidade; Expectativa de Vida; Pobreza.

Correspondência

Ivo Oliveira

Instituto Politécnico de Gestão e Tecnologia.

Rua Cabo Borges, 55. Vila Nova de Gaia, Portugal. 4430-646.

Abstract

The objective of the present study is to discuss management and health. It investigates the contribution of family health and its role in local development in the context of economic recession and poverty increase in Portugal. Overall, 1,021 individuals were inquired, and the statistical treatment consisted of inferential, factor and regression analyses. The main result shows that the fact that an individual considers himself a healthy person depends on occupation, housing and on other determinants related to living conditions. A consistent factor analysis identified a set of important factors for the management of family health. The conclusion is that citizens' living and working conditions are related to their level of health. We identified the most important determinants to explain average life expectancy. They are reflected in economic downturn periods.

Keywords: Health Economics; Public Health; Family and Community Medicine; Life Expectancy; Poverty.

Introdução

Portugal atravessa, no presente, o maior período de recessão desde a Grande Depressão de 1930s. O motivo principal é a grave crise internacional, desencadeada pela bolha especulativa no setor imobiliário, nos Estados Unidos da América (EUA) e que se estendeu posteriormente à crise das dívidas soberanas (IMF, 2011; Brinkman et al., 2010). Este país é particularmente afetado devido à sua pequena dimensão, geográfica e económica, e à realidade de estar fortemente integrado na economia mundial. Acrescem ainda os problemas estruturais da economia portuguesa, no contexto do Euro (Blanchard, 2006).

Uma crise desta dimensão reflete-se ao nível macroeconómico, no comportamento de vários indicadores, como o Produto Interno Bruto (PIB), exportações e importações. Os efeitos sociais podem ser vistos na perda de poder de compra pela população (Anríquez; Daidone; Mane, 2013), no aumento do desemprego e da pobreza.

A sociedade portuguesa está mais pobre. 10,9% dos portugueses vive em privação material severa (Portugal, 2014; Figueiredo; González, 2014) e um quarto da população encontrava-se em risco de pobreza ou de exclusão social em 2012. Nesta categoria incluem-se as pessoas que se encontrem em pelo menos uma de três situações: pessoas em risco de pobreza, pessoas em situação de privação material grave e pessoas que vivam em agregados familiares com muito fraca intensidade de trabalho. Em Portugal, o valor mais elevado encontra-se na categoria de pessoas em risco de pobreza (17,9%), ou seja, aquelas que vivem num agregado familiar que disponha de um rendimento anual líquido inferior a 60% do rendimento mediano (por adulto equivalente) no país, após pagamentos de contribuições sociais (Eurostat, 2014). Os segmentos mais atingidos são as famílias com crianças a cargo, desempregados e menores de 18 anos (Rede Europeia Anti-pobreza, 2014).

A relação entre pobreza e saúde é evidente. O estado de saúde de um grupo populacional num território é definido não só pelos problemas e necessidades em saúde, mas também pela acessibilidade e respostas sociais a essas adversidades que os grupos mais vulneráveis têm que enfrentar, principalmente os que estão expostos à pobreza, exclusão social ou isolamento geográfico (Marmot et al., 2008).

O relatório de Primavera do Observatório Português dos Sistemas de Saúde alertava para dificuldades no acesso da população aos cuidados de saúde, referindo que “não se atende suficientemente às dificuldades e necessidades crescentes de uma população em empobrecimento”(OPSS, 2012) e também o mais recente relatório da OCDE (Organização Cooperação e Desenvolvimento Económico) indica que em Portugal os gastos de saúde por parte do utente têm vindo a crescer, aumentando o seu peso no orçamento familiar (Maisonneuve, 2013; Oliveira, 2012).

A saúde é atualmente entendida como um nível integral de conforto em termos físicos, mentais e de integração na sociedade, não se refletindo unicamente na não presença de qualquer tipo de doença (WHO, 2006), numa definição mais abrangente e direcionada para a qualidade de vida (Toscano; Oliveira, 2009)

Neste contexto, a família desempenha um papel principal, ao nível da promoção e práticas sobre a saúde e a doença (Hanson; Ligeiro, 2005). As relações afetivas e o contexto familiar podem influenciar comportamentos individuais como a dieta, o exercício físico ou mesmo a adesão às terapêuticas. Temos assim uma abordagem que privilegia os chamados determinantes sociais das desigualdades em saúde (Awofeso, 2011). A saúde está diretamente ligada às condições de vida sendo influenciada por fatores sociais, como o rendimento, a educação, hábitos tabágicos, o envolvimento social, o saneamento ou a qualidade ambiental e habitacional.

Na análise da literatura referente aos mesmos começamos pelos hábitos alimentares. Uma dieta rica em frutas e hortícolas pode reduzir o risco de muitas causas de morte e desempenhar um papel importante no controlo do peso, sendo importante, desde cedo, criar hábitos alimentares saudáveis (Fall et al, 2011). Outro aspeto são as condições sociais e económicas. O estatuto ocupacional, o rendimento e o nível de educação de uma população relacionam-se com o estado de saúde (European Commission, 2010), especialmente neste contexto de crise económica (Catalano, 2009; Mckee, 2011).

As condições de trabalho exercem um profundo impacto sobre a saúde dos trabalhadores.(Magee; Caputi; Iverson, 2011).

Quanto à prevenção e educação para a saúde, é crucial a orientação da população para a adoção de hábitos considerados saudáveis (Mourão, 2011).

As condições de moradia podem contribuir para o aparecimento das doenças crónicas em algumas populações como a asma, diabetes em áreas urbanas, propensão a ter problemas de infestação de pragas (Julien et al.,2008) ou superlotação.(Steelfisher et al.,2010).

A relação entre saúde e desenvolvimento é complexa e remete para o campo da economia política, dado que envolve diferentes interesses sociais, políticos e económicos (Gadelhaet al, 2011). Observando através da Esperança média de vida (EMV), constatamos que a maioria dos países tem tido grandes ganhos nesta variável nas últimas décadas devido à melhoria nas condições de vida, intervenções de saúde pública e progressos no tratamento médico, o que também traz associado uma maior prevalência das doenças crónicas e de dependência nas atividades de vida diárias. Em 2009 a esperança média de vida ao nascer em Portugal foi de 79,5 anos, que é igual à média da OCDE. A esperança média de vida à nascença tem vindo progressivamente a aumentar em Portugal, sendo superior nas mulheres (Portugal, 2004).

A análise aqui apresentada faz parte de um estudo mais alargado que contempla um modelo original que pretende explicar o impacto dos comportamentos da família na gestão da saúde.

O objetivo principal será a verificação do comportamento das famílias na gestão da saúde e o seu impacto na esperança média de vida, indicador de desenvolvimento (Oliveira, 2012). Em termos de objetivos específicos, debruçar-nos-emos nas dimensões encontradas na literatura sobre as várias componentes da vida que podem contribuir de forma direta ou indireta para o conceito mais lato de saúde e verificaremos a sua eventual presença numa análise a nível de Portugal Continental. Um segundo objetivo específico relaciona-se com as perceções dos cidadãos. Abordaremos a forma como estes determinantes influenciam a percepção de boa saúde. O último objetivo específico relaciona-se com os Determinantes Sociais da Saúde (DSS) e a sua relação com a situação de saúde, tendo em conta a complexa relação entre saúde e desenvolvimento

(Gadelha et al, 2011) e o facto de um grande número de países terem registado fortes aumentos na Esperança Média de Vida nos últimos anos devido ao incremento das condições de vida, saúde pública e avanços na medicina.

Materiais e métodos

O método de recolha dos dados para o estudo foi o inquérito por questionário, perguntando sobre as dimensões encontradas na literatura relativamente às várias componentes da vida que podem contribuir de forma direta ou indireta para o conceito mais lato de saúde.

Foi realizado um inquérito com 80 questões, na sua maioria de múltipla escolha, avaliando as Condições Habitacionais das Famílias (fatores físicos, de localização e enquadramento, efeito sobre a saúde mental), Condições de Utilização e Acesso aos Serviços de Saúde (causas, motivos e periodicidade de idas ao médico, respostas sociais, território, localização de equipamentos e infraestruturas), Condições Laborais (turnos, assiduidade, precariedade, insegurança no trabalho, stress), Comportamentos de Socialização e Lazer (individual e conjugal, exercício físico, bem-estar psicológico, rede de apoio social), Hábitos Alimentares (Modo de vida; *fast-food*, obesidade), Comportamentos de Prevenção e Educação para a Saúde (antecedentes familiares, medicinas alternativas, prevenção e supressão de carências, higiene pessoal e ambiental, sedentarismo, tabagismo) e Condições Sociais e Económicas (filhos e outros, classes sociais, distribuição desigual de recursos e oportunidades).

Os participantes foram convidados a participar voluntariamente por escrito e por email. O critério de inclusão foi viver em Portugal Continental arrumando-se por distrito e idade. A amostragem foi estratificada proporcional por Distrito, uma divisão territorial utilizada no país. Dentro destes segmentos os entrevistados participaram aleatoriamente. A taxa de resposta foi de 48%. Recolheu-se 1021 inquéritos válidos durante o segundo semestre de 2012.

Tabela 1 - Numero de individuos segundo Distrito, Portugal Continental, 28 semestre de 2012

Distrito	Nº
Lisboa	179
Porto	145
Setúbal	69
Beja	31
Vila Real	50
Leiria	46
Santarém	45
Castelo Branco	30
Bragança	43
Portalegre	39
Viseu	37
Vieira do Castelo	31
Braga	69
Aveiro	57
Évora	31
Coimbra	44
Faro	44
Guarda	31
TOTAL	1021

Fonte: Oliveira, 2012

Das 1021 observações que constituem a nossa amostra 57,5% são mulheres. Os inquiridos têm idades compreendidas entre os 18 e os 88 anos. Os inquiridos são maioritariamente solteiros (60%). Refira-se, ainda, que 57% detêm formação superior, 27,2% o ensino secundário e 3,9% o primeiro ciclo do ensino básico.

Tabela 2 - Proporção (%) de individuos segundo escolaridade, Portugal Continental, 28 semestre de 2012

Escolaridade	Proporção (%)
1º ciclo	3,9
2º ciclo	5,3
3º ciclo	6,5
Secundário	27,2
Universitário	57,0
TOTAL	100

Fonte: Oliveira, 2012

Após a receção das respostas, procedeu-se a uma análise exploratória dos dados, seguida de uma análise inferencial em que efetuamos comparação de contagens e proporções com recurso ao teste do *Qui-Quadrado*, para verificar se duas ou mais populações (ou grupos) independentes diferem relativamente a uma determinada característica. (Maroco, 2010). Na circunstância, averiguamos a percepção de boa saúde tendo em conta o aspeto de vida considerado mais importante, filtrando por faixa etária, estado civil, se exerce atividade profissional, escolaridade, adequação da habitação à saúde, nº de residentes no domicílio, ir ao médico quando está doente, visitar o médico de família ou ir a um especialista.

Após esta análise inicial procedemos à análise fatorial exploratória utilizando a extração das componentes principais. A validade dos fatores apurados foi avaliada por intermédio de uma análise fatorial confirmatória com o *software AMOS* (v.19, *SPSS Inc*, Chicago, IL). A consistência interna de cada componente foi medida com o α de Cronbach. Para verificarmos e concluirmos pela viabilidade da análise, utilizamos a “medida da adequação da amostragem de Kaiser-Meyer-Olkin” ($KMO=0,668$) e o “teste de esfericidade de Barthlet” ($\chi^2=1611,452$; $df=276$; $Sig=0,000$). Para analisar a esperança média de vida por região consideramos a Esperança Média de Vida à Nascimento (EMV - Número médio de anos que uma pessoa à nascença pode esperar viver, mantendo-se as taxas de mortalidade por idades observadas no momento de referência) proveniente do Instituto Nacional de Estatística (Portugal, 2004).

No sentido de verificar de que modo os vários fatores são responsáveis pela percepção que os indivíduos têm da sua saúde e como influenciam a esperança média de vida, foi realizada uma análise de regressão múltipla, com um modelo saturado definido por todas as variáveis.

Resultados e discussão

Este estudo seguiu uma análise estatística contendo 4 fases. Análise descritiva, inferencial, fatorial e de regressão. Na síntese descritiva, o aspeto da vida considerado mais importante referido pelos inquiridos é a saúde (49,5%), seguido da família (45,4%), do trabalho (2,8%) e do dinheiro (1,3%).

Características socio demográficas

Os nossos respondentes consideram-se, maioritariamente, pessoas saudáveis. Sessenta e cinco por cento da amostra exerce ativamente uma profissão e 93% afirma habitar uma casa adequada a uma boa saúde. Possuir uma habitação em boas condições é o primeiro objetivo material do cidadão médio português. Em 2013, 40% do rendimento disponível dos agregados familiares era destinado a custos com habitação⁶.

O número mínimo do agregado familiar é de 1 elemento e o máximo de nove, sendo em média composto por 3 elementos (desvio padrão de 1,3). Residem com alguém doente ou fisicamente incapacitado 5,9% dos respondentes. Cerca de 51,8% vai ao médico apenas quando está doente. Mais de 91,7% afirma ter ido a uma consulta nos últimos 12 meses, principalmente por motivos de prevenção e de doença, sendo que a maioria (64,8%) não fez uso de um serviço de urgência. Acidentes, pedidos de receitas e baixas médicas são indicados como os motivos pelos quais mais procuram um serviço de saúde. Quanto ao “Tipo de Médico Procurado”, surge-nos em primeiro lugar a procura de um médico de família, refletindo alguns resultados de uma boa prática de um programa do estado de incentivo à visita ao médico de família.

Dos nossos inquiridos 37,7% referiu que nos últimos 5 anos a sua saúde e a dos seus familiares havia sido afetada pelas condições de trabalho sendo que 68,1% consideram que a mesma pode exercer efeitos sobre a saúde e 64,4% é beneficiária da Segurança Social ou outro regime.

São poucos os inquiridos que trabalham no seu domicílio (17,7%), por turnos (10,8%), ou que faltaram ao trabalho por motivo de saúde (22,7%) ou para cuidar de algum familiar doente (12,7%). Efetuarem horas extraordinárias foi reportado por 41,4%. Devido à redução de número de efetivos nas empresas, é crível que vá aumentando o número de horas extraordinárias realizadas por aqueles que nelas permanecem.

Na dimensão Comportamentos de Socialização e Lazer 58,2% das respostas foram afirmativas quanto à prática de atividade física. De seguida, efetuamos uma análise aos hábitos do cônjuge e filhos. Cinquenta e oito por cento afirmaram-se casados ou a

coabitar em união de facto, sendo que em 69% destes casos, o cônjuge exerce atividade profissional. Uma boa parte (37,2%) dos respondentes afirmaram terem filhos a residir no respetivo domicílio.

Hábitos

Como alimentos ingeridos *diariamente* temos acima dos 80% a água (96,8%), os produtos lácteos e o pão (83,8%). Com percentagens também elevadas registamos a fruta (77,9%) a carne (69,4%) e os legumes (64,2%). Registando um consumo predominantemente semanal temos os alimentos açucarados (40,1%), os legumes secos (56,9%), o peixe (53%) e os fritos (51,6%). Destes, os legumes secos e o peixe têm como segunda maior percentagem de resposta a indicação de consumo diário (30,5% e 41% respetivamente). Já os fritos apresentam também números elevados de consumo para *mensalmente* e *raramente* (21,6% e 21,9% respetivamente). Os alimentos açucarados apresentam como segundas categorias, *diariamente* com 25,4%. Destaque também para alimentos *raramente* consumidos como os pratos pré-cozinhados (51,1%), sumos refrigerantes (36,6%), Produtos Macrobióticos (38,7%) e Produtos Exclusivamente Vegetarianos (43,4%).

Verificamos que o consumo de pratos pré cozinhados e de fritos é mais elevado no escalão etário mais jovem, ao invés do consumo de fruta e de legumes frescos.

A seguir debruçamo-nos sobre os vários impedimentos para uma alimentação sadia identificando como os maiores impedimentos os hábitos e a rotina, os gostos, a falta de tempo e a falta de vontade. Também houve bastantes inquiridos, ainda que não a maioria, a referir o preço e o tipo de alimentos habitualmente disponíveis, confirmando as investigações que fazem a associação inversa entre o nível socioeconómico e a qualidade da alimentação (Bernstein et al., 2010).

Sobre se nos últimos 5 anos, a própria saúde e/ou a dos seus familiares foi afetada pelos ritmos de vida quotidiana, pelas doenças de familiares ou pelas condições de trabalho, as respostas dividiram-se. O item mais referido foi os Ritmos de vida quotidiana (46,5%), o *stress* relacionado com a doença de familiares (43,6%) e as condições de trabalho (37,7%). Há assim uma preocupação com os ritmos de vida. Os períodos de recessão económica criam elevados ní-

veis de ansiedade, principalmente nas classes mais vulneráveis economicamente pois não têm recursos, nem materiais, nem psicológicos para fazer face à situação de crise (CDSS, 2010).

Verificando, em período de crise económica, para o impacto dos cortes nos programas de prevenção de saúde, apuramos que as médias de idades das respostas para a situação em que nos últimos 5 anos, a própria saúde ou a dos seus familiares havia sido afetada pelos ritmos de vida quotidiana foi de 34,29 anos enquanto a média dos que referiram não ter sido afetados aportou os 31,64. De acordo com o teste t-student, as diferenças observadas entre os tempos médios dos dois grupos são estatisticamente significativas ($t(927) = 3.400$; $p = 0,001$). Já nos casos em que nos últimos 5 anos, a própria saúde ou a dos seus familiares havia sido afetada pelas condições de trabalho, o valor foi de 34,43 anos enquanto a média dos que referiram não ter sido afetados revelou 32,28. De acordo com o teste t-student, as diferenças observadas entre os tempos médios dos dois grupos são estatisticamente significativas ($t(938) = -2,705$; $p = 0,007$).

Quanto às ações efetuadas quando um membro da família fica doente, a maioria aconselha-se com o farmacêutico ou vai imediatamente ao médico. Com percentagens acima dos 40% temos o recurso à farmácia caseira, utilizando também os medicamentos que o médico receitou em situações anteriores. Não existe muita gente a recorrer aos conselhos de outras pessoas (familiares, amigos ou vizinhos) e apenas um grupo muito restrito afirma recorrer às medicinas alternativas. Deste grupo de questões fazia ainda parte a questão “Fuma ou há na sua família alguém que fume regularmente?”. Responderam que “Não” a esta questão 52,3% dos nossos inquiridos. A proporção de fumadores diários entre adultos tem mostrado um declínio acentuado nas últimas três décadas na maioria dos países da OCDE quer devido à progressiva introdução de legislação antitabágica quer pela adoção voluntária pelas pessoas de um conjunto de normas simples de comportamento saudável a evitar ou a promover (não fumar, não beber em excesso, não usar drogas, não ingerir alimentos demasiado calóricos, fazer exercício físico, usar cinto de segurança, não conduzir a alta velocidade ou não cumprir regras de segurança nos locais de trabalho, por exemplo).

Avaliação do próprio estado de saúde

Numa análise geral sobre como consideram o seu estado de saúde, a maioria dos inquiridos reportou como “Bom”, tendo os restantes apresentado uma repartição de forma semelhante entre “Muito Bom” e “Razoável”, registando-se pequenas percentagens para “Mau” (1,9%) e “Muito Mau” (0,3%). Esta é uma situação normal, uma vez que a amostra é relativamente jovem, com preocupação com a saúde como vimos atrás e que pratica atividade física.

Análise inferencial

Para avaliar se a percepção de boa saúde depende do aspeto de vida considerado mais importante e se a percepção que a atividade profissional pode exercer efeitos sobre a saúde recorreu-se ao teste do Qui-quadrado de independência. Considerou-se uma probabilidade de erro de tipo I (α) de 0.05 em todas as análises inferenciais.

Quadro 1 - Percepção de boa saúde dos indivíduos tendo em conta o aspecto de vida. Portugal Continental, 2º semestre de 2012

Aspeto da vida	X ²	P	Nº
Aspeto mais importante	16,423	0,01	979
Faixa etária	47,012	0,01	985
Estado Civil	5,795	0,122	980
Exercer actividade Profissional	13,831	0,01	955
Escolaridade	56,749	0,01	978
Adequação da habitação à saúde	19,545	0,01	942
N de residentes no domicílio	20,815	0,008	933
Ir ao médico quando está doente	8,088	0,04	993
Visitar o médico de família	4,384	0,037	983
Ir a um especialista	8,201	0,04	963
Ir ao médico só quando está doente	1,014	0,314	975
Ido a uma consulta nos últimos 12 meses	4,645	0,031	974

Fonte: Oliveira, 2012

Verificamos no Quadro 1 a não associação da percepção de boa saúde relativamente ao estado civil e a ir ao médico só quando está doente e a associação relativamente aos restantes aspetos como a idade, estado civil, atividade profissional, escolaridade, condições de habitação, número de residentes no

domicílio, ou ir ao médico com frequência, principalmente se for ao médico de família ou a um especialista. Resulta claro que visitar o médico dá um maior sentimento de tranquilidade, acalmia e bem-estar. É crucial garantir que os cidadãos visitam regularmente o seu médico de família.

Quadro 2 - Percepção que a atividade profissional pode exercer efeitos sobre a saúde, segundo tipo, Portugal Continental, 28 semestre de 2012

Tipo de trabalho	X ²	P	Nº
Trabalhar no seu domicílio	1,996	0,16	900
Trabalhar por turnos	4,678	0,03	884
Fazer horas extraordinárias	133,172	0,01	875

Fonte: Oliveira, 2012

As condições de trabalho exercem um profundo impacto sobre a saúde dos trabalhadores, como nos mostra o Quadro 2. Uma força de trabalho flexível é entendida como uma vantagem para a competitividade económica, mas traz consigo efeitos na saúde (Benach; Muntaner, 2007). Os maus resultados de saúde mental são normalmente associados a emprego precário (Kim, 2006). A relação entre os horários, as horas de trabalho excessivas e o estado de saúde tem sido objeto de muitas pesquisas há várias décadas, assim como o facto de se trabalhar em turnos ou em escalas fixas e mesmo a natureza das exigências do trabalho (Patel; Hu, 2008), tendo como resultado o risco aumentado de obesidade.

Na amostra, que contém um perfil jovem/adulto com escolaridade elevada, existe a percepção que a atividade profissional pode exercer efeitos sobre a saúde, estando associada a trabalhar por turnos ou fazer horas extraordinárias.

Esta situação não pode ser desligada do receio da perda de mais direitos laborais por parte dos trabalhadores neste período de recessão económica. De notar que a nível microeconómico muitas empresas, com o intuito de sobrevivência a curto prazo, cortaram drasticamente nas despesas, reduzindo o número de trabalhadores, confirmando a tendência de associação entre os níveis mais altos de desemprego e os períodos de recessão económica e um fraco crescimento do Produto Interno Bruto.

Análise fatorial

O estudo da validade destes constructos levou-nos a optar por uma solução de 6 componentes. O critério utilizado para definir o número de factores foi eigenvalue > 1.

Foi encontrada, assim, a seguinte solução fatorial que explica 46.73% da variância total. Em termos de consistência interna, a mesma varia entre .45 e .63 nas respectivas subescalas ou factores, de acordo com o Quadro 3.

Quadro 3 - Resultados da Solução Fatorial

Itens	Factores					
	1	2	3	4	5	6
Nos consultórios privados, os médicos são mais atenciosos	0,776					
O Sistema de saúde privado responde mais rapidamente às necessidades da população do que os hospitais	0,750					
Os centros de saúde são mais frequentados por pessoas com menores recursos económicos	0,578					
A incapacidade de resposta dos centros de saúde conduz a um maior recurso às urgências hospitalares	0,564					
O Hospital permite fazer todos os exames necessários e tal não acontece no centro de saúde	0,437					
Exerce alguma actividade profissional?		0,786				
Costuma fazer horas extraordinárias?		0,708				
Considera que a sua actividade profissional pode exercer efeitos sobre a saúde?		0,659				
É beneficiária(o) da segurança social ou outro regime similar?		0,490				
O seu marido (esposa)/ cônjuge/companheiro(a) exerce alguma actividade profissional?		0,482				
Fruta			0,756			
Legumes Frescos			0,660			
Água			0,560			
Legumes Secos (feijão, grão...)			0,510			
Productos Lácteos			0,510			
Prefiro ir ao centro de saúde porque tenho lá o meu médico que me conhece e sabe quais os meus problemas				0,822		
É muito importante ter um médico de família que nos segue toda a vida e conhece os nossos problemas				0,731		
Foi a um médico de família?				0,589		
A falta de vontade					0,761	
Os hábitos e a rotina					0,761	
Os gostos					0,722	
Aconselha-se com o farmacêutico						0,671
Recorre aos conselhos de outras pessoas (familiares, amigos ou vizinhos)						0,660
Recorre à farmácia caseira, utilizando também os medicamentos que o médico receitou em situações anteriores						0,638
% de variância específica	8,93	8,63	8,04	7,69	7,27	6,16
% de Variância total	46,73					
Alpha de Cronbach	0,64	0,63	0,55	0,53	0,45	0,45
Alpha de Cronbach Total	0,576					

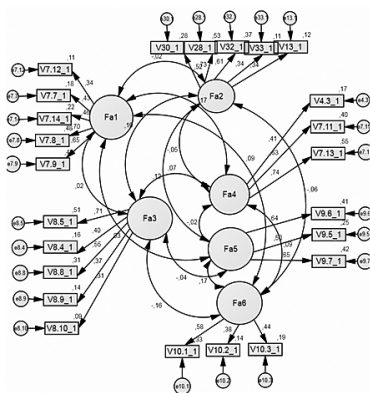
Fonte: Oliveira, 2012

Assim, obtiveram-se os seguintes fatores ilustrados na Figura 1: “Dificuldade de acesso aos cuidados de saúde” (Fa1) relativo às contrariedades que os cidadãos têm que enfrentar para usufruírem dos cuidados de saúde; “Precariedade Laboral” (Fa2), tendo em conta a actividade profissional e os seus efeitos na saúde; “Hábitos Alimentares” (Fa3), considerando se comem de forma saudável; “Comportamentos de Saúde Familiar” (Fa4), sobre como organizam e executam a sua vida em termos de saúde; “Comportamentos Socioeconómicos” (Fa5) tendo em conta as actividades em sociedade; “Educação e prevenção para a saúde” (Fa6), uma área importante.

Vários são os modelos que procuram esquematizar a rede de relações entre os diversos fatores estudados (Gunning-Schepers, 1999; Evans, 2001). Os determinantes sociais em saúde contemplam: a exclusão social, a pobreza, a posição socioeconómica, o rendimento, as políticas públicas, os serviços de saúde, a educação, a habitação, os transportes, os comportamentos ou estilos de vida e as redes de apoio da comunidade (Farrel-Macvoy; Wilde, 2008).

A análise fatorial confirmatória revela um ajustamento menos bom tendo em conta os valores de CFI=.872. Apresenta, contudo, um bom ajustamento considerando os valores obtidos no GFI=.951 e RMSEA=.039.

Figura 1 - Fa1 - “Dificuldade de acesso aos cuidados de saúde” ; Fa2 - “Precariedade Laboral”; Fa3 - “Hábitos Alimentares”; Fa4 - “Comportamentos de Saúde Familiar”; Fa5 - “Comportamentos Socioeconómicos” ; Fa6 - “Educação e prevenção para a saúde”



Estas dimensões não são estanques. Existem vários determinantes que têm interação entre si. Na alimentação em contexto laboral, estudos recentes demonstram a associação da satisfação no trabalho com uma melhor qualidade de vida, menos *stress* e menor prevalência de algumas doenças³⁷⁻³⁸.

Quanto à relação entre hábitos alimentares e prevenção e educação para a saúde, o adágio “somos o que comemos” traduz bem este facto (Nunes; Breda, 2001). Quanto à relação entre acesso e utilização dos serviços e prevenção e educação para a saúde, existe uma conexão entre estes determinantes que podemos classificar de “atuação perante a saúde”.

Ficou assim clara a existência de correlação entre estes fatores, por exemplo entre “comportamentos de saúde familiar” e “educação e prevenção para a saúde”, entre “comportamentos de saúde familiar” e “dificuldade de acesso aos cuidados de saúde”, entre “comportamentos de saúde familiar” e “hábitos alimentares”.

Análise de Regressão

Quanto às análises de regressão linear múltipla, o modelo apresenta-se estatisticamente significativo (F=8.553, p=.000), sendo contudo responsável por uma pequena percentagem da EMV (4.8%, R²=.048). O R² é muito baixo evidenciando que apenas uma pequena parte da EMV pode ser explicada por estas variáveis. No entanto, sendo as tendências claras e consistentes com a literatura, significa que não podemos deixar de considerar estes determinantes

Apenas os fatores “Precariedade Laboral” (t=-2.625, p=.009), “Comportamentos de Saúde Familiar” (t=-5.381, p=.000) e “Comportamentos Socioeconómicos” (t=2.685, p=.007), são significativos. A EMV é de acordo com este modelo explicada pela seguinte equação de regressão: EMV=79.809-.002 “Dificuldade de Acesso aos Cuidados de Saúde”-.038 “Precariedade Laboral”-.009 “Hábitos Alimentares”-.025 “Comportamentos de Saúde Familiar”+.057 “Comportamentos Socioeconómicos”+.039 “Educação e Prevenção para a Saúde”.

Estes resultados, diferem dos restantes estudos por corresponderem a uma análise de um território específico, identificando tendências e aspetos que podem ser intervencionados e que terão efeito sobre a variável em estudo. Temos assim uma amostra jo-

vem, o que permitirá também análises comparativas para o futuro. É assim possível e desejável no futuro abordar em termos comparativos, vendo a evolução da amostra ao longo do tempo, de forma repetida, por exemplo, como barómetro, permitindo até a intervenção sobre a mesma, no sentido de melhorar os aspetos da vida considerados.

Conclusão

O agravamento do risco de pobreza é uma realidade em Portugal. Parece existir uma conceção clara sobre a saúde e família, qualidade de vida e esperança média de vida, sendo a saúde sob o ponto de vista socioeconómico, um barómetro fundamental para avaliação do grau de desenvolvimento de uma sociedade.

Quanto à qualidade de vida, um olhar mais a lupa sobre o nosso país, mostra os portugueses insatisfeitos, desconfiados e inseguros.

Depois de uma análise fatorial consistente identificando um conjunto de fatores com importância sobre a gestão de saúde familiar, definimos apropriadamente os seguintes componentes: “*Dificuldade de acesso aos cuidados de saúde*”; “*Precariedade Laboral*”; “*Hábitos Alimentares*”; “*Comportamentos de Saúde Familiar*”; “*Comportamentos Socioeconómicos*”; “*Educação e prevenção para a saúde*”.

Constatamos assim a presença dos determinantes da saúde em Portugal, sendo crucial uma intervenção racional, não considerando apenas a dimensão métrica e financeira da saúde, mas também atendendo às especificidades dos determinantes sociais de saúde.

Assim, é possível agir sobre a saúde incidindo em variáveis críticas e que têm impacto relevante sobre a percepção da saúde e sobre a ligação à esperança média de vida, indicador de desenvolvimento.

A forma como uma crise socioeconómica afeta a saúde depende essencialmente da proteção social à partida e da qualidade das respostas (Stuckler et al., 2011; Mladovsky et al., 2011; McKee, 2011).

Neste período de crise económica, o estado vem cortando nos gastos de saúde. Para além da redução no preço dos medicamentos e nos salários dos pro-

fissionais de saúde, tem existido também um menor investimento em programas de prevenção e saúde pública, o que causa preocupação. É certo que os cortes em programas de combate à obesidade ou ao tabagismo podem melhorar as contas públicas, mas é crível que estes eventuais benefícios de curto prazo sejam anulados pelos gastos mais avultados a longo prazo, não só na despesa do Estado, mas também na saúde dos cidadãos.

É um facto que Portugal pode orgulhar-se do posicionamento relativo do seu Sistema de Saúde em termos internacionais, no entanto, hoje vivem-se realidades contraditórias. Assim, o SNS é o sistema de saúde mais usado pelos portugueses, havendo boa percepção por parte da população, que reporta como maior receio para o futuro a perda de qualidade do SNS¹. Mas está a procurar-se levar a cabo medidas de racionalização das despesas e de contenção de custos na prestação de cuidados de saúde que podem por em causa esta situação.

Os indicadores que sucessivamente vão sendo conhecidos mostram um abaixamento significativo das consultas e de tratamentos providenciados devido às dificuldades económicas de muitas pessoas, conjugadas com o aumento dos custos dos serviços e das taxas moderadoras (Portugal, 2010), com as consequências de um risco de “racionamentos implícito” nos serviços públicos de saúde que inibam a “prestação de cuidados de saúde necessários” ou a “existência de claros sinais relativos à diminuição da acessibilidade aos medicamentos por parte dos doentes, associada ao seu empobrecimento”⁴³.

Afirma-se no programa de Governo o objetivo de continuar a melhorar a qualidade e o acesso efetivo dos cidadãos aos cuidados de saúde, num sistema universal, equitativo, tendencialmente gratuito, assim como aperfeiçoar o sistema de preços e de revisão do sistema de comparticipação de medicamentos, garantindo uma gestão eficiente e dinâmica dos recursos, redefinindo o modelo de avaliação dos medicamentos para efeitos da sua comparticipação pelo Estado, sem descuidar os cidadãos mais desprotegidos (Portugal, 2010).

Estão previstos e há enfoque na conclusão dos trabalhos do Plano Nacional de Saúde 2011-2016,

¹ Estudo realizado pelo instituto de pesquisa: CEGEDIM; NETSONDA. Estudo sobre a saúde em Portugal. Oeiras, 2012.

como pilar fundamental da reforma do sistema de saúde, orientado para a qualidade clínica, a prevenção e a promoção de estilos de vida saudáveis, tendo em perspectiva os objetivos de ganhos de saúde da população com programas nacionais e integrados, assim como garantir a cobertura dos cuidados primários, assegurando o acesso a um médico de família à generalidade dos cidadãos, minimizando as atuais assimetrias de acesso e cobertura de natureza regional ou social e apostando na prevenção.

Constatamos assim a valorização dos determinantes da saúde, mas na prática deparamo-nos com menor investimento nos cuidados de saúde, menos recursos, menos profissionais, gerindo-se a saúde numa perspectiva demasiado empresarial, olhando apenas na dimensão métrica, de mercado, oblitando muitas das suas especificidades.

Outro aspeto central é o objetivo de desenvolvimento regional. Pretendemos a sua concretização, mas encerramos os serviços de saúde ignorando as implicações na população e nos territórios.

É a isto que se chama sustentabilidade, ou seja, é necessário a constituição de um sistema cada vez mais eficiente, mas focado no serviço dos cidadãos, das famílias e das comunidades.

Referências

ANRÍQUEZ, G.; DAIDONE, S.; MANE, E. Rising food prices and undernourishment: a cross-country inquiry. *Food Policy*, Guildford, v. 38, p. 190-202, fev. 2013.

AWOFESO, N. Racism: a major impediment to optimal Indigenous health and health care in Australia. *Australian Indigenous Health Bulletin*, Mount Lawley, v. 11, n. 3, p. 1-13, 2011.

BENACH, J.; MUNTANER, C. Precarious employment and health: developing a research agenda. *Journal of epidemiology and community health*, London, v. 61, n. 4, p. 276-277, 2007.

BERNSTEIN, A. M. et al. Relation of food cost to healthfulness of diet among US women. *American Journal of Clinical Nutrition*, Iowa City, v. 92, n. 5, p. 1197-1203, 2010.

BLANCHARD, O. Adjustment within the euro: the difficult case of Portugal. *Portuguese Economic Journal*, Lisboa, v. 6, n. 1, p. 1-21, 2006.

BRINKMAN, H. J. et al. High food prices and the global financial crisis have reduced access to nutritious food and worsened nutritional status and health. *The Journal of Nutrition*, Paris, v. 140, n. 1, p. 153S-161S, 2010.

CATALANO, R. Health, medical care, and economic crisis: the New England journal of medicine, Boston, v. 360, n. 8, p. 749-751, 2009.

CDSS - COMISSÃO PARA OS DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE. *Redução das desigualdades no período de uma geração: igualdade na saúde através da acção sobre os seus determinantes sociais: relatório final da comissão para os determinantes sociais da saúde*. Lisboa: OMS, 2010.

EUROPEAN COMMISSION. *Reducing health inequalities in the European Union*. Luxembourg, 2010.

EUROSTAT - EUROPEAN STATISTICS. More than 120 million persons at risk of poverty or social exclusion in 2013. *Eurostat newsrelease*, Brussels, n. 168, 4 nov. 2014. p. 2011-2014. Disponível em: <<http://ec.europa.eu/eurostat/documents/2995521/6035076/3-04112014-BP-EN.pdf/62f94e70-e43a-471f-a466-2e84d1029860>>. Acesso em: 25 mar. 2015.

EVANS, T. et al. *Challenging inequities in health from ethics to action*. New York: Oxford University Press, 2001.

FALL C. et al. Infant-feeding patterns and cardiovascular risk factors in young adulthood: data from five cohorts in low- and middle-income countries. *International Journal of Epidemiology*, London, v. 40, n. 1, p. 47-62, 2010.

FARREL-MACVOY, H. C.; WILDE, J. *Tackling Health Inequalities: an all Ireland approach to social determinants*. Dublin: Combat Poverty Agency, 2008.

FIGUEIREDO, A.; GONZÁLEZ, P. Crisis, austerity and the European social model in Portugal. *Economia & Lavoro*, Venezia, v. 48, n. 2, p. 49-69, 2014.

- GADELHA, C. A. G. et al. Saúde e territorialização na perspectiva do desenvolvimento. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 6, p. 3003-3016, 2011.
- GUNNING-SCHEPERS, L. J. Models: instruments for evidence based policy. *Journal Epidemiology Community Health*, London, v. 5, n. 53, p. 263, 1999.
- HANSON, S.; LIGEIRO, I. *Enfermagem de cuidados de saúde à família: teoria, prática e investigação*. Loures: Lusociência, 2005.
- IMF - INTERNATIONAL MONETARY FUND. *Fiscal monitor*: September: addressing fiscal challenges to reduce economic risks. Washington, DC, 2011.
- JULIEN R. et al. Pesticide loadings of select organo-phosphate and pyrethroid pesticides in urban public housing. *Journal of Exposure Science and Environmental Epidemiology*, New York, v. 18, n. 2, p. 167-174, 2008.
- KIM, I. H. The relationship between nonstandard working and mental health in a representative sample of the South Korean population. *Social Science and Medicine*, Boston, v. 63, n. 3, p. 566-574, 2006.
- MAGEE, C. A.; CAPUTI, P.; IVERSON, D. C. Short sleep mediates the association between long work hours and increased body mass index. *Journal of Behavioral Medicine*, New York, v. 34, n. 2, p. 83-91, 2010.
- MAISONNEUVE, C.; MARTINS, J. *A projection method for public health and long-term care expenditures*. Paris: OECD, 2013.
- MARMOT, M. et al. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. *The Lancet*, London, v. 372, n. 9650, p. 1661-1669, 2008.
- MAROCO, J. *Análise estatística com o PASW Statistics*. Sintra: ReportNumber, 2010.
- MCKEE, M. Responding to the economic crisis: Europe's governments must take account of the cost of health inequalities. *Journal of Epidemiology Community Health*, London, v. 65, n. 5, p. 391, 2011.
- MLADOVSKY, D. et al. *Health policy responses to the financial crisis and other health system shocks in Europe*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe: European Observatory on Health Systems and Policies, 2011.
- MOURÃO, P. R. Time elapsed since the last medical visit: analysis of a statistical model applied to the case of Spanish women. *Revista da Associação Médica Brasileira*, São Paulo, v. 57, n. 2, p. 162-167, 2011.
- NUNES, E.; BREDA, J., *Manual para uma alimentação saudável em jardins-de-infância*. Lisboa: Direcção Geral de Saúde, 2001.
- OLIVEIRA, I. *Gestão e saúde: o comportamento das famílias na gestão da saúde: impacto na esperança média de vida e no desenvolvimento*. 2012. Tese (Doutorado em Gestão) - Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, Vila Real, 2012.
- OPSS - OBSERVATÓRIO PORTUGUÊS DOS SISTEMAS DE SAÚDE. *Relatório de primavera 2012: crise & saúde: um país em sofrimento*. Lisboa: ENSP, 2012.
- PATEL, B.; HU, F. B. Short sleep duration and weight gain: a systematic review. *Articles epidemiology*, Silver Spring, v. 16, n. 3, p. 643-653, 2008.
- PORTUGAL. Instituto Nacional de Estatística. *Projeções de população residente (2000-2050)*. Lisboa, 2004.
- PORTUGAL. Presidência do Conselho de Ministros. *Programa do XIX governo constitucional*. Lisboa, 2010.
- PORTUGAL. Instituto Nacional de Estatística. *Rendimento e condições de vida 2013*. Lisboa, 2014.
- REDE EUROPEIA ANTI-POBREZA. *Indicadores sobre a pobreza: dados europeus e nacionais: atualização (março, 2014)*. Porto: EAPN, 2014.
- STEELFISHER, G. K. et al. The public's response to the 2009 H1N1 influenza pandemic. *New England Journal Medicine*, Boston, v. 362, n. 22, p. x-x, 2010.
- STUCKLER, D. et al. Effects of the 2008 recession on health: a first look at European data. *The Lancet*, London, v. 378, n. 9786, p. 124-125, 2011.

TOSCANO, J. J. D. O.; OLIVEIRA, A. C. C. D.
Qualidade de vida em idosos com distintos níveis
de atividade física. *Revista Brasileira de Medicina
do Esporte*, São Paulo, v. 15, n. 3, p. 169-173, 2009.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION.
Ação sobre os determinantes sociais da saúde:
aprendendo com experiências anteriores. Genebra:
Secretaria da Comissão sobre Determinantes
Sociais, 2006.

Contribuição dos autores

Oliveira recolheu e analisou os dados e escreveu o primeiro draft to manuscrito. Marôco colaborou na análise dos dados e na revisão crítica do manuscrito. Nogueira colaborou com o delineamento das questões de investigação, análise de resultados e revisão do manuscrito. Diniz colaborou do delineamento das questões de investigação, análise de resultados e revisão do manuscrito.

Recebido: 05/12/2013

Reapresentado: 30/05/2014

Aprovado: 30/06/2014