

Desenvolvimento e esperança média de vida em Portugal: o papel da gestão da saúde familiar¹

Development and average life expectancy in Portugal: the role of management of family health

Desarrollo y esperanza media de vida en Portugal: papel de la gestión de salud familiar

Ivo Dinis de OLIVEIRA², Fernanda Maria Duarte NOGUEIRA³, João MAROCO⁴, Francisco José Lopes de Sousa DINIZ⁵

RESUMO

Objetivo: Explicar o impacto dos determinantes sociais da saúde e da gestão de saúde familiar em Portugal, verificando do comportamento das famílias na gestão da saúde e seu impacto na esperança média de vida, indicador de desenvolvimento. **Métodos:** inquiriram-se 1021 indivíduos, com tratamento estatístico através de análise inferencial, fatorial e de regressão. **Resultados:** Verifica-se a presença dos determinantes sociais de saúde. Manifestam-se de forma diferenciada no território. Influenciam a percepção do estado da própria saúde pelos cidadãos e tem impacto na Esperança média de Vida. **Conclusão:** as condições de trabalho e em que vivem os cidadãos estão relacionadas com o seu nível de saúde. É crucial uma intervenção pública nesta área. Melhorará não só o estado de saúde global, mas também a sua percepção por parte do cidadão; haverá impactos na redução das desigualdades em saúde em grupos prioritários, na qualidade de vida e na esperança média de vida.

Descritores: Saúde pública; Medicina de família e comunidade; Expectativa de vida; Economia da saúde.

ABSTRACT

Objective: to explain the impact of social determinants of health and family health management in Portugal, checking the behaviour of households in health management and its impact on life expectancy, development indicator. **Methods:** 1021 individuals were inquired. Statistics consisted in inferential, factorial analysis and regression. **Results:** There is the presence of social determinants of health. They manifest themselves differently in the territory; influence the perceived state of health by the people and has an impact on life expectancy. **Conclusion:** living and working conditions of citizens are related to level of health. It is crucial public action in this area. It will not only improve the overall health, but also its perception by the citizens. It will have an impact on reducing health inequalities in priority groups, improve life quality and life expectancy.

¹ Escrito em português de Portugal.

² Doutorado em Gestão. Professor no ISLA - Instituto Politécnico de Gestão e Tecnologia. Vila Nova de Gaia, Portugal. Email: ivo.oliveira@unisla.pt;

³ Doutorada em Gestão. Professora na Universidade de Lisboa, Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas. Lisboa, Portugal. Email: fnogueira@iscsp.utl.pt

⁴ Doutorado na Washington State University. Professor Associado do Instituto Universitário de Ciências Psicológicas, Sociais e da Vida (ISPA). Lisboa, Portugal: Email: jpmaroco@ispa.pt

⁵ Doutorado em Economia. Professor Associado com Agregação na Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro (UTAD). Vila Real, Portugal. Email: fdiniz@utad.pt

Descriptors: Public health; Family practice; Life expectancy; Health economics.

RESUMEN

Objetivo: Explicar el impacto de los determinantes sociales de la salud y gestión de la salud de la familia en Portugal, comprobando el comportamiento de los hogares en la gestión de la salud y su impacto en la esperanza de vida, indicador de desarrollo. **Métodos:** 1.021 individuos investigados, con una estadística a través del análisis inferencial, factorial y regresión. **Resultados:** Existe la presencia de determinantes sociales de la salud. Manifiestan de manera diferente en el territorio. Influyen en el estado de salud percibido por la gente y tiene un impacto en la esperanza de vida. **Conclusión:** las condiciones laborales y de vida están relacionadas con el nivel de salud. Es crucial intervención pública. Mejorará la salud en general e su percepción por parte del ciudadano; tendrá un impacto en la reducción de las desigualdades en salud en los grupos de prioridad, en la calidad y la esperanza de vida.

Descriptor: Salud pública; Medicina familiar y comunitaria; Esperanza de vida; Economía de la salud.

INTRODUÇÃO

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.¹ Esta é uma definição mais abrangente e direcionada para a qualidade de vida.² Neste contexto, a família desempenha um papel principal³, numa abordagem que privilegia os chamados determinantes sociais das desigualdades em saúde.⁴

Na análise da literatura tem que os bons hábitos alimentares e de exercício físico devem ser criados desde cedo.⁵ Indivíduos de grupos socioeconômicos mais elevados, assim como as mulheres⁶, tendem a uma ingestão alimentar mais saudável.⁷

As condições sociais e econômicas se relacionam com o estado de saúde⁸, especialmente neste contexto de crise econômica.⁹⁻¹⁰ As condições de trabalho também,¹¹⁻¹²

assim como a acessibilidade e respostas sociais a essas adversidades¹³ e a prevenção e educação para a saúde.¹⁴ As condições de moradia, se não forem adequadas, podem contribuir para o aparecimento das doenças crônicas em algumas populações.¹⁵⁻¹⁶

A relação entre saúde e desenvolvimento remete para o campo da economia política.¹⁷ Observando através da Esperança Média de Vida (EMV), se constata 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. A esperança média de vida à nascença tem vindo progressivamente a aumentar em Portugal. Prevê-se que, em 2050 atinja cerca de 85 anos nas mulheres e 79 anos nos homens.¹⁸

A análise aqui apresentada faz parte de um estudo mais alargado que contempla um modelo original que pretende explicar o impacto dos determinantes sociais da saúde e da gestão de saúde familiar em Portugal, verificando do comportamento das famílias na gestão da saúde e seu impacto na esperança média de vida, indicador de desenvolvimento.¹⁹

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. A amostragem foi estratificada proporcional por distrito. Os participantes foram convidados a participar voluntariamente por escrito e por email.

Não sendo um ensaio clínico, foi critério de exclusão as pessoas internadas em ambiente hospitalar ou que fossem consideradas padecentes de doença crónica. O critério de inclusão foi viverem em Portugal Continental arrumando-se por distrito e idade. 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.

Quanto a responsabilidades éticas, os autores declaram que para esta investigação não se realizaram

experiências em seres humanos e/ou animais. Quanto a confidencialidade dos dados, os autores declaram ter seguido os protocolos de seu centro de trabalho e todos os incluídos no estudo receberam informações suficientes e deram o seu consentimento para participar neste estudo. Os autores declaram que não foram questionados pacientes neste artigo. Foram realizados questionários a pessoas com aparente saúde.

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*.²⁰

Após esta análise inicial se procedeu à análise fatorial, através da extração das componentes principais e 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 verificação e conclusão pela viabilidade da análise, utilizou-se a “medida da adequação da amostragem de Kaiser-Meyer-Olkin” e o “teste de esfericidade de Barthlet”. Para analisar a esperança média de vida por região considerou-se três indicadores provenientes do Instituto Nacional de Estatística (INE): 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), Esperança Média de Vida à idade (EMVi - baseada

em tábuas completas de mortalidade com período de referência de três anos consecutivos) e Esperança Média de Vida em 2050 (EMV2050 - projeção efetuada pelo INE).¹⁸

Para avaliar diferenças entre grupos utiliza variáveis *dummy* num modelo causal. 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, foram realizadas análises de regressão múltipla, tendo-se optado por dois tipos de soluções: uma com um modelo saturado definido por todas as variáveis independentemente da significância estatística de cada uma e um outro modelo, definido pelo método *stepwise* constituído apenas pelos fatores com poder preditivo significativo.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Na síntese descritiva, das 1021 observações que constituem a amostra 57,5% são mulheres. Os inquiridos têm idades compreendidas entre os 18 e os 88 anos, com média 33,4 e desvio padrão 12,11. Têm hábitos tabágicos 47,7% dos respondentes. 58,2% praticam atividade física ou desporto. A mesma percentagem para o estado civil de casado.

A maioria considerou como “Bom” o seu estado de saúde, 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%). Podemos considerar como uma situação normal, pois como a amostra é um pouco jovem tem boa percentagem de atividade física. Este dado se relaciona também com a resposta dada ao aspeto da vida considerado mais importante que foi a saúde (49,5%), o que demonstra preocupação com a mesma por parte dos entrevistados.

Os inquiridos referiram que nos últimos 5 anos, a própria saúde e/ou a dos seus familiares foi afetada pelos “Ritmos de vida quotidiana” (46,5%), pelo *stress* relacionado com a doença de familiares (43,6%) e pelas condições de trabalho (37,7%). Estes resultados apontam para uma percepção de boa saúde, mas que pode ser beliscada pelas atividades que realizam na sua vida quotidiana.

No que respeita a visitas ao médico, 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. Estes dados indicam que começa a existir o bom hábito de visitar o médico de família. Este fenómeno foi também incentivando por um programa estadual de visita ao médico de família.

Quanto a hábitos alimentares, os maiores impedimentos para uma

alimentação sadia foram 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 a teoria relativamente ao impacto do estilo de vida ocidental nos hábitos alimentares e obesidade. A alimentação é em regra cuidadosa por parte dos respondentes, raramente consumindo pratos pré-cozinhados (51,1%), sumos

refrigerantes (36,6%), produtos macrobióticos (38,7%) e produtos exclusivamente vegetarianos (43,4%).

Há assim percepção de boa saúde por parte dos respondentes. Para avaliar se esta percepção depende de um conjunto de aspetos recorreu-se ao teste do Qui-quadrado de independência²⁰ como demonstra a tabela 1. Considerou-se uma probabilidade de erro de tipo I (α) de 0.05 em todas as análises inferenciais.

Tabela 1- Percepção de boa saúde tendo em conta o aspeto de vida considerado.

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

Fonte - elaboração própria. Gestão e Saúde: o comportamento das famílias na gestão da saúde: impacto na esperança média de vida e no desenvolvimento, 2012.¹⁹

Da análise da tabela 1, podemos verificar que a percepção da consideração de uma pessoa saudável não é independente do aspeto de vida mais valorizado, nem da faixa etária. Da interpretação da análise, tem-se que a medida que se avança na idade, os respondentes se considera menos saudáveis. O mesmo não pode ser afirmado relativamente ao estado civil. Não há relação entre uma pessoa ser casada ou solteira e a forma como afirma perceber sua saúde.

Segundo a tabela 1, a percepção da consideração de uma pessoa saudável não é independente da adequação da habitação à saúde, nem é independente do número de residentes no domicílio, refletindo a importância atribuída às condições de moradia. Isto quer dizer que valorizam muito o impacto da habitação na saúde. De referir também que a aquisição de uma habitação própria de boa qualidade é a primeira ambição da generalidade do cidadão médio português.

Dos inquiridos, 57% detêm formação superior, 27,2% o ensino secundário e 3,9% o primeiro ciclo do ensino básico. São os que têm menos estudos os que afirmam sentir-se pouco saudáveis. Em contraponto, os universitários são os que se consideram melhor de saúde. Assim é de forma natural que registamos o resultado da tabela 1 de que a percepção da consideração de uma

pessoa saudável não é independente da escolaridade.

Quanto ao cruzamento das idas ao médico em caso de doença e da visita ao consultório nos últimos doze meses com a questão sobre o facto de se considerar uma pessoa saudável, verifica-se de acordo com a tabela 1, a independência da primeira premissa e a não independência da segunda, respetivamente. Podemos concluir que visitar o médico dá uma maior sensação de bem-estar, serenidade e confiança. Daí ser importante manter programas estaduais e regionais de visita de rotina ao médico de família.

Sessenta e cinco por cento da amostra exerce ativamente uma profissão. O facto de se considerarem com saúde não é independente de exercer atividade profissional, como podemos ver na tabela 1. Dos 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. Quer isto dizer que há respeito pelos impactos da atividade profissional na saúde e também receio quanto ao que pode representar no futuro a constante perda de direitos e regalias por parte dos trabalhadores.

A tabela 2 refere-se à percepção dos efeitos que a atividade profissional pode exercer sobre a saúde.

Tabela 2- Percepção que a atividade profissional pode exercer efeitos sobre a saúde

	X ²	p	N	estado
Trabalhar no seu domicílio	1,996	0,16	900	independente
Trabalhar por turnos	4,678	0,03	884	não independente
Fazer horas extraordinárias	133,172	0,01	875	não independente

Fonte - elaboração própria. Gestão e Saúde: o comportamento das famílias na gestão da saúde: impacto na esperança média de vida e no desenvolvimento, 2012.¹⁹

Segundo a tabela 2, se verifica que esta mesma percepção é independente do trabalhador laborar a partir do domicílio. O mesmo não se pode afirmar relativamente ao trabalho por turnos e ao hábito de fazer horas extraordinárias. Efetuarem horas extraordinárias foi reportado por 41,4%. Podemos concluir da tabela 2 que para os portugueses é igual do ponto de vista da saúde trabalhar em casa ou fora,

mas que é prejudicial trabalhar em turnos ou fazer horas extras pois isso pode afetar o seu estado de saúde.

Quanto à análise fatorial, o estudo da validade destes constructos levou-nos a optar por uma solução de 6 componentes que no seu conjunto explicam 47% da variância total. Em termos de consistência interna, a mesma varia entre .45 e .63 nas respetivas subescalas ou fatores.

Tabela 3- Tabela de Solução Fatorial

Itens	Factores					
	1	2	3	4	5	6
Nos consultórios privados, os médicos são mais atenciosos	,776					
O Sistema de saúde privado responde mais rapidamente às necessidades da população do que os hospitais	,750					
Os centros de saúde são mais frequentados por pessoas com menores recursos económicos	,578					
A incapacidade de resposta dos centros de saúde conduz a um maior recurso às urgências hospitalares	,564					
O Hospital permite fazer todos os exames necessários e tal não acontece no centro de saúde	,437					
Exerce alguma actividade profissional?		,786				
Costuma fazer horas extraordinárias?		,708				
Considera que a sua actividade profissional pode exercer efeitos sobre a saúde?		,659				
É beneficiária(o) da segurança social ou outro regime similar?		,490				

Tabela 4- ANOVA - Comparação por região e distrito

		N	Média	Desvio Padrão	F	p
<i>“Hábitos alimentares”</i>	Centro	239,00	22,90	1,91	2711,00	.029
	Lisboa	228,00	23,03	1,84		
	Algarve	44,00	23,69	1,15		
<i>“Comportamentos de saúde familiar”</i>	Norte	368,00	14,74	4,42	5354,00	.000
	Lisboa	228,00	15,24	4,15		
	Algarve	44,00	16,67	4,25		
<i>“Dificuldade de acesso aos cuidados de saúde”</i>	Porto	145,00	35,83	7,66		
	Guarda	31,00	41,66	7,26		
	Leiria	46,00	35,27	6,32		
<i>“Precariedade Laboral”</i>	Guarda	31,00	2,56	1,47	3.489	.000
	Portalegre	39,00	2,43	1,64		
	Beja	31,00	3,90	1,02		
	Viana do Castelo	31,00	23,48	1,69		
	Vila Real	50,00	22,89	2,22		
<i>“Hábitos Alimentares”</i>	Viseu	37,00	22,84	2,18	2.958	.000
	Guarda	31,00	22,18	2,58		
	Santarém	45,00	22,55	2,71		
	Portalegre	39,00	22,94	1,98		
	Beja	31,00	23,71	1,12		
	Viana do Castelo	31,00	16,50	4,02		
	Braga	69,00	14,43	4,94		
	Porto	145,00	14,26	4,10		
	Vila Real	50,00	15,36	5,02		
	Bragança	43,00	14,88	3,44		
<i>“Comportamentos de Saúde Familiar”</i>	Aveiro	57,00	14,63	4,43		
	Viseu	37,00	15,27	4,10		
	Coimbra	44,00	15,00	3,88		
	Leiria	46,00	15,30	3,84		
	Lisboa	179,00	14,94	3,90		
	Beja	31,00	17,47	4,36		
	Guarda	31,00	1,77	1,02		
	Leiria	46,00	1,40	0,90		
	Portalegre	39,00	1,44	1,06		
	Beja	31,00	0,86	0,82		
<i>“Educação e prevenção para a saúde”</i>	Norte	368	79,55	0,46	2.520	.003
	Centro	239	79,27	0,50		
	Lisboa	228	79,14	0,37		
	Alentejo	142	78,29	0,78		
	Algarve	44	78,66	0,00		
EMV	Norte	368	51,72	10,36	177.120	.000
EMVi	Alentejo	142	44,68	14,25		
	Algarve	44	43,91	15,48		
	Norte	368	82,02	0,46		
EMV2050	Centro	239	81,75	0,48		
	Lisboa	228	81,62	0,40		
	Alentejo	142	80,75	0,80		
	Algarve	44	81,11	0,08		

Fonte - elaboração própria. Gestão e Saúde: o comportamento das famílias na gestão da saúde: impacto na esperança média de vida e no desenvolvimento, 2012.¹⁹

De acordo com a tabela 4, existem diferenças significativas em função da região apenas em relação ao fator “*Hábitos Alimentares*” ($F(4,1016)=2711.00, p=.029$) e “*Comportamentos de Saúde Familiar*” ($F(4,1016)=5.354, p=.001$). Diferenças por distrito apresentam-se conforme se pode observar na tabela 4, no fator “*Dificuldade de Acesso aos Cuidados de Saúde*” ($F(7,1003)=2.749, p=.000$), “*Precariedade Laboral*” ($F(17,1003)=3.489, p=.000$), “*Hábitos Alimentares*” ($F(17,1003)=1.837, p=.020$), “*Comportamentos de Saúde Familiar*” ($F(17, 1003)=2.958, p=.000$), “*Educação e Prevenção para a Saúde*” ($F(17,1003)=2.250, p=.003$).

Detalhando ainda mais estes dados explicitados na tabela 4, os resultados de “*Dificuldade de acesso aos cuidados de saúde*” são superiores no distrito da Guarda, sendo a diferença significativa conforme o teste de Tukey relativamente ao Porto ($p=.015$) e Leiria ($p=.037$). Esta situação pode resultar de efeitos de interioridade, porque a Guarda fica situada em territórios mais desfavorecidos em termos económicos e o Porto e Leiria ficam na zona mais industrializada do país.

No fator “*Precariedade Laboral*” de acordo com a tabela 4 os resultados são superiores no distrito de Beja comparativamente a Guarda ($p=.005$) e Portalegre ($p=.033$). A interpretação é que estamos a falar de territórios do interior, sendo que Beja fica mais a Sul do que Guarda e

Portalegre. Devemos fazer mais estudos para perceber se sobre este aspeto há acentuadas diferenças entre Norte e Sul.

Ao nível do fator “*Hábitos Alimentares*” o distrito da Guarda apresenta resultados bem inferiores comparativamente a todos os restantes com a exceção de Vila Real ($p=.088$), Viseu ($p=.139$), Santarém ($p=.382$) e Portalegre ($p=.084$). Tendo em conta estes dados resultantes da tabela 4, existem piores hábitos alimentares no interior de Portugal que são também zonas de menor poder de compra.

Também no distrito de Beja se verificam resultados mais altos no fator “*Comportamentos de Saúde Familiar*”, segundo a tabela 4, sendo a superioridade significativa em relação a todos os restantes exceto Guarda ($p=.914$), Castelo Branco ($p=.304$), Santarém ($p=.118$), Portalegre ($p=.861$), Setúbal ($p=.078$), Évora ($p=.176$) e Faro ($p=.418$). Temos assim melhores comportamentos de saúde familiar no interior o que poderá estar ligado a um ritmo de vida mais lento.

Os resultados do fator “*Educação e Prevenção para a Saúde*” apresentam valores mais elevados no distrito da Guarda, sendo contudo a superioridade verificada significativa em relação a Beja ($p=.032$). Porém, Portalegre apresenta os resultados mais baixos sendo a diferença verificada significativa relativamente apenas a Leiria ($p=.042$). Estes dados relevam que a educação e prevenção

para a saúde é um esforço que depende de políticas e ações nacionais.

Analisando a esperança média de vida por região, segundo a tabela 4 os resultados apontam para diferenças estatisticamente significativas ($F(4,1016)=177.120$, $p=.000$), assim como na EMVi, esperança média de vida à idade, ($F(4,1016)=12.421$, $p=.000$) e na projeção para o ano de 2050, EMV2050 ($F(4, 1016)=177.969$, $p=.000$).

Neste caso, os resultados obtidos na região Norte para a EMV, são superiores sendo de acordo com o teste Tukey relativamente a todo o país. Ao nível da EMVi os resultados revelam-se superiores, igualmente, na zona Norte, sendo a diferença verificada unicamente em relação ao Alentejo ($p=.000$) e Algarve ($p=.000$). Por fim quanto à EMV2050 esta também se apresenta superior na zona Norte, sendo a diferença verificada significativa em relação a todas as outras regiões. Isto deve-se ao facto de no norte o ritmo de vida não ser tão acelerado e haver uma maior solidariedade e preocupação com todos os determinantes sociais de saúde. A qualidade de vida, a atenção à saúde e a rede social faz com que a expectativa de vida seja mais elevada no Norte do País.

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%, $R^2=.048$).

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. Note-se que estas são variáveis novas que não têm sido estudadas na literatura até ao momento e é sobre elas que deve incidir a atuação ao nível das políticas públicas.

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*”.

De acordo com o método *stepwise* verifica ($F=26.249$, $p=.000$) que a EMV é significativamente explicada apenas pelos fatores “*Comportamentos de Saúde Familiar*”, “*Comportamentos Socioeconómicos*” e “*Precariedade Laboral*”, todos eles com poder preditivo significativo. Assim a EMV é explicada pela equação: $EMV=79.566-.026$ “*Comportamentos de Saúde Familiar*” - 0.039 “*Precariedade Laboral*” + $.060$ “*Comportamentos Socioeconómicos*”.

Relativamente a EMVi, o modelo saturado com todos os fatores apresenta-se significativo ($F=26.249$, $p=.000$) e explica 13.4 % (R^2) da variação total de EMVi. Podemos

então extrair a seguinte equação de regressão explicativa: $EMVi=67.054 - .233$ “Dificuldade de Acesso aos Cuidados de Saúde” - 1.746 “Precariedade Laboral” - $.090$ “Hábitos Alimentares” - $.446$ “Comportamentos de Saúde Familiar” + 1.165 “Comportamentos Socioeconômicos” + 1.884 “Educação e Prevenção para a Saúde”.

Já recorrendo ao método *stepwise* foi possível obter um modelo final estatisticamente significativo ($F=31.475$, $p=.000$) que explica um total de 13.4% da EMVi. De acordo com este modelo, o fator “Precariedade Laboral” explica a maior percentagem de variação ($R^2_{part}=.041$, 4.1%). Foi assim obtida a seguinte equação de regressão: $EMVi=65.006 -1.754$ “Precariedade Laboral” - $.448$ “Comportamentos de Saúde Familiar” + 1.897 “Educação e Prevenção para a Saúde” - $.233$ “Dificuldade de Acesso aos Cuidados de Saúde” + 1.164 “Comportamentos Socioeconômicos”.

Por fim também se realizou a regressão linear múltipla para prever o efeito dos vários fatores sobre a EMV em 2050. Os resultados obtidos pelo método *enter* revelam um efeito conjunto dos vários fatores significativo ($F=8.883$, $p=.000$) que explica contudo apenas 5% da variação de EMV. O fator “Comportamentos de Saúde Familiar” é o responsável por uma maior variação ($R^2_{part}=.165^2=.027$, 2.7%). Apenas os fatores “Precariedade Laboral” ($t=-2.722$, $p=.007$), “Comportamentos de Saúde

Familiar” ($t=-5.399$, $p=.000$) e “Comportamentos Socioeconômicos” ($t=2.684$, $p=.007$) apresentam um efeito preditor significativo. A equação de regressão explicativa deste modelo seria então a seguinte: $EMV_{2050}=82.408 - .044$ “Dificuldade de acesso aos cuidados de saúde” - $.040$ “Precariedade Laboral” - $.012$ “Hábitos alimentares” - $.026$ “Comportamentos de saúde familiar” + $.057$ “Comportamentos Socioeconômicos” + $.033$ “Educação e prevenção para a saúde”.

Pelo método *stepwise*, o modelo de regressão obtido é explicado então pela seguinte equação: $EMV_{2050}=82.056 - .027$ “Comportamentos de saúde familiar” - $.041$ “Precariedade Laboral” + $.060$ “Comportamentos Socioeconômicos”.

Estes resultados corroboram a literatura, no sentido em que os determinantes sociais de saúde familiar estão bem presentes e é sobre eles que as políticas públicas devem incidir para aumentar a expectativa de vida.

Se intervir nos comportamentos de saúde familiar, melhorar as condições de trabalho, sociais e económicas, então pode esperar não só melhor qualidade de vida, mas também aumento no número de anos de vida.

CONCLUSÃO

Pela análise descrita ficou clara a presença dos Determinantes Sociais de Saúde em Portugal Continental, confirmando a literatura. Em Portugal

a percepção de boa saúde depende do aspeto da vida considerado mais importante e de outros aspetos como a idade, estado civil, atividade profissional, escolaridade, condições de habitação, número de residentes, hábitos tabágicos, ter filhos a residir ou ir ao médico com frequência. Verificamos a independência relativamente ao estado civil e a ir ao médico quando está doente e a não independência relativamente às restantes.

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

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”*.

Verificamos diferenças significativas em função da região apenas em relação ao fator *“Hábitos Alimentares”* e *“Comportamentos de Saúde Familiar”*. No caso dos *“Hábitos Alimentares”* os resultados obtidos são superiores na região do Algarve, comparativamente com as regiões centro e de Lisboa, no fator

“Comportamentos de Saúde Familiar” igualmente na região do Algarve em comparação com a região Norte e de Lisboa.

Analisando os resultados obtidos por Distrito e Região também se obtiveram diferenças significativas quer na EMV, EMVi e na EMV2050.

Estes dados confirmam a necessidade de intervenção discriminada no território.

Quanto a implicações para os agentes, ao nível da sociedade em geral constatamos ser possível agir sobre a saúde incidindo em variáveis críticas e que têm impacto relevante sobre a percepção da saúde. Portugal parece também estar compartimentado, existindo assimetrias em termos de interior/litoral no que respeita ao acesso a cuidados de saúde.

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

Neste período de crise económica, o estado vem cortando nos gastos de saúde. O agravamento do risco de pobreza é uma realidade em Portugal. Para além da redução no preço dos medicamentos e nos salários dos profissionais 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.

REFERÊNCIAS

1. Organização Mundial de Saúde (OMS). Ação sobre os determinantes sociais da saúde: aprendendo com experiências anteriores. Organização Mundial de Saúde: Secretaria da Comissão sobre Determinantes Sociais; 2006.
2. Toscano J, Oliveira A. Qualidade de vida em idosos com distintos níveis de atividade física. *Rev bras med esporte*. 2009 mai/jun;15(3):169-73.
3. Hanson S. Enfermagem de cuidados de saúde à família: teoria, prática e investigação. Camarate: Lusociência; 2005.
4. Awofeso N. Racism: a major impediment to optimal Indigenous health and health care in Australia. *Australian indigenous health bulletin*. 2011 jul/set;11(3):1-13.
5. Fall C, Osmond C, Richter L, Bhargava S, Martorell R, Stein A, et al. Infant-feeding patterns and cardiovascular risk factors in young adulthood: data from five cohorts in low- and middle-income countries. *Int j epidemiol*. 2011 fev;40(1):47-62.
6. Ha A, Shin D, Choi D, Park S, Kang N, Kim Y. Eating habits, obesity related behaviors, and effects of Danhak exercise in elderly Koreans. *Nutr res pract*. 2010 aug;4(4):295-302.
7. Marques-Vidal P, Bovet P, Paccaud F, Chiolero A. Changes of overweight and obesity in the adult Swiss population according to educational level, from 1992 to 2007. *BMC public health*. 2010;10:87.
8. European Union (EU). Reducing health inequalities in the European Union. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2010.
9. Catalano R. Health, medical care, and economic crisis. *N engl j med* 2009 fev;360(8):749-51.
10. Mckee M. Responding to the economic crisis: Europe's governments must take account of the cost of health inequalities. *J epidemiol community health*. 2011 may;65(5):391.
11. Muntaner C, Benach J. Precarious employment and health: developing a research agenda. *J epidemiol community health*. 2007 Apr;61(4):276-7.
12. Magee C, Caputi P, Iverson D. Short sleep mediates the association between long work hours and increased body mass index. *J behav med*. 2011 Apr;34(2):83-91.
13. Marmot M, Friel S, Bell R, Houweling T, Taylor S. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. *Public health*. 2008 nov;372(8):1661-9.
14. Mourão P. Time elapsed since the last medical visit: analysis of a

statistical model applied to the case of Spanish women. *Rev assoc med bras.* 2011mar/apr;57(2):164-70.

15. Julien R, Adamkiewicz G, Levy J, Bennett D, Nishioka M, Spengler J. Pesticide loadings of select organo-phosphate and pyrethroid pesticides in urban public housing. *J expo sci environ epidemiol.* 2008 mar;18(2):167-74.

16. Steelfisher G, Blendon R, Bekheit M, Lubell K. The public's response to the 2009 H1N1 influenza pandemic. *N engl j med.* 2010 jun;362(22):65.

17. Gadelha C, Machado C, Lima L, Baptista T. Saúde e territorialização na perspectiva do desenvolvimento. *Cienc saude colet.* 2011; 16(6):3003-16.

18. Instituto Nacional de Estatística (INE). *Projeções de População Residente (2000-2050).* Lisboa: INE; 2004.

19. Oliveira I. *Gestão e Saúde: o comportamento das famílias na gestão da saúde: impacto na esperança média de vida e no desenvolvimento [tese].* Vila Real: Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro; 2012.

20. Marôco J. *Análise Estatística com o PASW Statistics.* Pêro Pinheiro: Report Number; 2010.

Data da submissão: 2013-05-10

Aceito: 2013-06-02

Publicação: 2013-06-15.