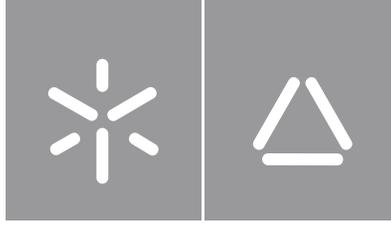


**Universidade do Minho**  
Instituto de Ciências Sociais

Ana Filipa da Costa Correia

**As condições económicas ou de privação material e a saúde física dos europeus de 50 e mais anos: um estudo com base no projeto SHARE**





**Universidade do Minho**  
Instituto de Ciências Sociais

Ana Filipa da Costa Correia

**As condições económicas ou de privação material e a saúde física dos europeus de 50 e mais anos: um estudo com base no projeto SHARE**

Dissertação de Mestrado  
Mestrado em Sociologia  
Área de especialização em Políticas Sociais

Trabalho efetuado sob a orientação da  
**Professora Doutora Alice Delerue Matos**

## **DIREITOS DE AUTOR E CONDIÇÕES DE UTILIZAÇÃO DO TRABALHO POR TERCEIROS**

Este é um trabalho académico que pode ser utilizado por terceiros desde que respeitadas as regras e boas práticas internacionalmente aceites, no que concerne aos direitos de autor e direitos conexos.

Assim, o presente trabalho pode ser utilizado nos termos previstos na licença abaixo indicada.

Caso o utilizador necessite de permissão para poder fazer um uso do trabalho em condições não previstas no licenciamento indicado, deverá contactar o autor, através do RepositóriUM da Universidade do Minho.

## AGRADECIMENTOS

Esta dissertação teve o contributo essencial de várias pessoas com quem tenho tido o privilégio de me cruzar. Por me apoiarem, motivarem e inspirarem a fazer mais e melhor, não poderia deixar de lhes transmitir a minha gratidão.

Antes de tudo gostaria de agradecer à professora Alice Matos, não só por ter aceitado ser minha orientadora e ter trilhado este caminho comigo, mas sobretudo pela partilha de conhecimento, pelas reflexões conjuntas, pelo incentivo, pelo apoio e disponibilidade constantes. Obrigada por acreditar em mim e me transmitir essa força e certeza de que seria capaz de concluir este percurso, sem hesitações. Agradeço também à Gina Voss, pela disponibilidade, boa disposição e boa vontade, pelos ensinamentos e por descomplicar matérias complexas. Tiveram ambas um contributo imprescindível para a execução deste trabalho.

Por acreditarem em mim, por encorajarem as minhas aventuras académicas, pelo exemplo de integridade e bons princípios, pelo amor incondicional, pela preocupação constante e pela força que me transmitem, um obrigada, hoje e sempre, aos meus pais e irmã.

Ao Duarte, meu companheiro de vida, agradeço por tudo: pelo apoio e incentivo inquebráveis, por tornar este percurso mais leve e simples e por vivê-lo com tanto entusiasmo e dedicação quanto eu. Por todo o amor, generosidade e amizade, obrigada.

Aos meus amigos de sempre e àqueles que tenho tido a sorte de somar, obrigada por vibrarem comigo a cada conquista, por aliviarem os dias mais pesados e por todo o carinho e amizade. Convosco nunca me sinto desamparada.

Aos meus colegas de mestrado agradeço toda a camaradagem, partilhas e espírito de união e de entreajuda, que fizeram com que nunca me sentisse sozinha neste trajeto.

A todos aqueles que se dedicam e lutam por um mundo mais justo e humanizado, cuja voz grita além tempos, agradeço toda a inspiração.

## **DECLARAÇÃO DE INTEGRIDADE**

Declaro ter atuado com integridade na elaboração do presente trabalho académico e confirmo que não recorri à prática de plágio nem a qualquer forma de utilização indevida ou falsificação de informações ou resultados em nenhuma das etapas conducente à sua elaboração.

Mais declaro que conheço e que respeitei o Código de Conduta Ética da Universidade do Minho.

## RESUMO

Face ao crescente envelhecimento demográfico, emergem preocupações em torno da saúde das pessoas mais velhas, tornando ainda mais pertinente a compreensão do fenómeno das desigualdades em saúde, com vista a combatê-las eficazmente. A relação entre a pobreza ou as condições económicas e a saúde tem sido amplamente estudada. Contudo, os resultados das investigações científicas divergem em função dos indicadores utilizados para mensurar essas condições, que variam de uma abordagem economicista, baseada nos rendimentos, até fórmulas que consideram a riqueza acumulada, passando por medidas de auto percepção e indicadores que refletem a dificuldade em aceder a certos bens ou serviços.

Este estudo tem como principal objetivo analisar a relação entre as condições económicas ou de privação material e a saúde física na população europeia e, em particular, na população portuguesa com mais de 50 anos, com recurso a uma análise integradora das várias abordagens conceptuais existentes, através da utilização de diversos indicadores das condições económicas e materiais. O facto dos estudos deste âmbito serem incipientes relativamente à realidade portuguesa, torna ainda mais pertinente o contributo deste trabalho para o conhecimento científico.

Assente numa metodologia do tipo quantitativo, realizaram-se análises de regressão linear múltipla aplicadas à amostra de indivíduos que integram o projeto SHARE (Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe), que representam a população com 50 e mais anos de 17 países europeus, e à amostra de indivíduos residentes em Portugal. Os resultados encontrados revelam que quanto piores as condições económicas e de privação material dos europeus com 50 e mais anos, pior a sua saúde física, quando controladas as características sociodemográficas e culturais, saúde mental e os comportamentos de risco em saúde dos indivíduos.

No caso de Portugal, a conclusão anterior só é válida para alguns dos indicadores utilizados, relativos às condições económicas. Assim, conclui-se que para uma avaliação precisa das condições económicas e de privação material dos indivíduos com 50 e mais anos é fundamental a utilização de diversos indicadores.

Conclui-se também que, em Portugal, as desigualdades de género, em termos de saúde física, deixam de se observar quando são tidas em conta as características demográficas e socioeconómicas dos homens e mulheres de 50 e mais anos.

**Palavras-chave:** Condições económicas; privação material; saúde física; desigualdades em saúde; envelhecimento.

## ABSTRACT

### *Economic or material deprivation conditions and the physical health of Europeans aged 50 and over: a study based on the SHARE project*

Regarding the growing demographic aging, concerns about the health of older people emerge, making it even more pertinent to understand the phenomenon of health inequalities, in order to tackle them effectively. The relationship between poverty or economic conditions and health has been widely studied. However, the results of scientific investigations differ according to the indicators used to measure these conditions, which range from an economic approach, based on income, to formulas that consider accumulated wealth, self-perception measures or specific indicators that reflect the difficulty to access certain goods or services.

The main objective of this study is to analyze the relationship between economic conditions or material deprivation and physical health in the European population and, particularly, in the Portuguese population 50 years and over, using an integrative analysis of the various existing conceptual approaches, through the use of various indicators of economic and material conditions. The fact that studies in this field are incipient in relation to the Portuguese reality, makes the contribution of this work to scientific knowledge even more pertinent.

Based on a quantitative methodology, multiple linear regression analyzes were applied to the sample of individuals who are part of the SHARE project (Survey of Health, Aging and Retirement in Europe), who represent the population aged 50 and over from 17 European countries, and to the sample of individuals residents in Portugal. The results reveal that the worse the economic conditions and material deprivation of Europeans aged 50 and over, the worse their physical health, when controlling sociodemographic and cultural characteristics, mental health and health risk behaviors of the individuals. In the case of Portugal, this conclusion is only valid for some of the indicators used, related to economic conditions. Thus, it is concluded that for an accurate assessment of the economic conditions and material deprivation of individuals aged 50 and over, it is essential to use several indicators.

It is also concluded that, in Portugal, gender inequalities, in terms of physical health, are no longer observed when the demographic and socioeconomic characteristics of men and women aged 50 and over are taken into account.

**Keywords:** Aging; economic conditions; health inequalities; material deprivation; physical health.

## ÍNDICE

RESUMO.....	v
ABSTRACT .....	vi
ÍNDICE .....	vii
LISTA DE SIGLAS E ACRÓNIMOS .....	ix
LISTA DE FIGURAS .....	x
LISTA DE TABELAS.....	xi
INTRODUÇÃO.....	1
CAPÍTULO 1 – ENVELHECIMENTO, SAÚDE, POBREZA E DESIGUALDADES SOCIAIS .....	4
1.1. Envelhecimento da população.....	4
1.2. Saúde .....	6
1.2.1. O conceito de saúde .....	6
1.2.2. Envelhecer com saúde.....	8
1.2.3. Determinantes da saúde .....	11
1.3. Pobreza e privação material.....	14
1.4. Desigualdades sociais em saúde.....	19
1.4.1. Desigualdades e justiça social.....	19
1.4.2. Impacto da pobreza e da privação material na saúde .....	22
CAPÍTULO 2 – Objetivos do estudo e modelo de análise .....	24
2.1. Objetivos .....	25
2.2. Modelo de análise e hipóteses do estudo .....	26
CAPÍTULO 3 – PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS .....	27
3.1. O projeto de investigação SHARE .....	27
3.2. A recolha da informação e a amostra.....	28
3.3. As variáveis do estudo .....	28
3.3.1. Variável dependente .....	29
3.3.2. Variáveis de interesse .....	29
3.3.3. Variáveis de controlo.....	31
3.4. Tratamento e análise dos dados .....	33
CAPÍTULO 4 – SAÚDE FÍSICA E CONDIÇÕES ECONÓMICAS E MATERIAIS DE EXISTÊNCIA .....	35
4.1. Análise descritiva.....	35
4.1.1. Saúde física.....	35
4.1.2. Stress financeiro .....	36

4.1.3. Ser capaz de fazer face a despesas inesperadas sem pedir dinheiro emprestado.....	38
4.1.4. Adiar as visitas ao dentista para ajudar a controlar os gastos.....	39
4.1.5. Rendimento per capita.....	40
4.1.6. Património líquido do agregado familiar.....	42
4.2. Análise comparativa dos indivíduos com melhor e pior saúde física.....	43
4.3. Resultados da regressão linear múltipla para todos os países.....	44
4.4. Resultados da regressão linear múltipla para Portugal.....	46
4.5. Condições económicas ou de privação material e a saúde física.....	48
4.5.1. A relação entre as condições económicas ou de privação material e a saúde física no contexto europeu.....	48
4.5.2. A relação entre as condições económicas ou de privação material e a saúde física em Portugal.....	54
CONCLUSÕES.....	62
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	67

## **LISTA DE SIGLAS E ACRÓNIMOS**

**AVDs** – Atividades de Vida Diária

**CDSS** – Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde

**DGS** – Direção-Geral da Saúde

**EU-SILC** – European Union Statistics on Income and Living Conditions

**INE** – Instituto Nacional de Estatística

**OMS** – Organização Mundial da Saúde

**SAGE** – Study on global AGEing and adult health

**SHARE** – Survey of Health, Aging and Retirement in Europe

**SHARE-ERIC** – Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe-European Research Infrastructure Consortium

**UE** – União Europeia

**WHO** – World Health Organization

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1</b> - Modelo de análise .....	26
<b>Figura 2</b> - Nível de saúde física, por género e país .....	36
<b>Figura 3</b> - Prevalência do stress financeiro, por género e país .....	37
<b>Figura 4</b> - Prevalência da capacidade de fazer face a despesas inesperadas sem pedir dinheiro emprestado, por género e país .....	38
<b>Figura 5</b> - Prevalência do adiamento das visitas ao dentista para ajudar a controlar os gastos, por género e país .....	39
<b>Figura 6</b> - Prevalência dos níveis de rendimento per capita (baixo, médio ou alto) na população feminina, por país.....	41
<b>Figura 7</b> - Prevalência dos níveis de rendimento per capita (baixo, médio ou alto) na população masculina, por país .....	41
<b>Figura 8</b> - Património líquido do agregado familiar, por género e país .....	42

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> - Património líquido do agregado familiar – estatísticas descritivas .....	31
<b>Tabela 2</b> - Características da população em função da saúde física .....	44
<b>Tabela 3</b> - Regressão linear múltipla para a saúde física (todos os países) .....	46
<b>Tabela 4</b> - Regressão linear múltipla para a saúde física (Portugal) .....	48

## INTRODUÇÃO

O envelhecimento demográfico levanta diversos desafios à sociedade, nomeadamente relacionados com o bem-estar e a saúde dos idosos. A qualidade dos anos “extra”, proporcionados pelo aumento progressivo da esperança média de vida, tem gerado preocupações relacionadas com as desigualdades em saúde nas faixas etárias mais avançadas. Sendo a saúde um direito humano fundamental (Declaração Universal dos Direitos Humanos, 1948), e considerando que a idade contribui para o declínio da saúde (Direção-Geral da Saúde, 2017), importa analisar a justiça social subjacente ao padrão de saúde dos indivíduos mais velhos.

A saúde de cada indivíduo é fruto de um conjunto de fatores, nomeadamente, demográficos, sociais, relacionados com os estilos de vida, comportamentais, psicológicos, ambientais e biológicos (Verbrugge & Jette, 1994). No entanto, a maioria desses fatores são socialmente determinados (Whitehead & Dahlgren, 2006), relacionando-se com as condições em que as pessoas vivem e envelhecem e, sobretudo, com as desigualdades que dão origem a essas condições (Marmot et al., 2012, p. 1012), nomeadamente a pobreza e a privação material. A distribuição desigual dos recursos que influenciam a saúde resulta de políticas injustas, pelo que é evitável (Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde [CDSS], 2010).

Vários estudos têm procurado analisar a relação entre a pobreza e a saúde, para uma melhor compreensão das desigualdades em saúde. Contudo, a forma de mensurar as condições económicas e materiais tem sido alvo de diferentes críticas e abordagens, que variam de uma abordagem economicista, baseada nos rendimentos, até fórmulas que consideram a riqueza acumulada, passando por medidas de auto percepção e indicadores específicos que refletem a dificuldade em aceder a certos bens ou serviços. A avaliação do estado de saúde tem também oscilado entre medidas subjetivas, com base na auto percepção, e medidas objetivas, relacionadas com o desempenho físico do indivíduo. Neste estudo, propõe-se uma abordagem abrangente e integradora das diversas propostas conceptuais existentes, a par de uma análise de género, considerando as diferenças na saúde física entre homens e mulheres.

Tendo em conta que o tema das desigualdades sociais em saúde permanece de fraca visibilidade em Portugal (Campos-Matos, Russo & Perelman, 2016; Conceição, 2019) e sendo poucos os estudos sobre a realidade portuguesa, pretende-se ainda contribuir para o desenvolvimento de conhecimento nesta matéria.

O presente estudo guia-se pela seguinte questão de investigação: Em que medida a saúde física dos indivíduos de 50 e mais anos é “determinada” pelas condições económicas ou de privação material em que vivem?

Numa 1ª fase, este estudo foca-se no contexto europeu, visando **(1)** caracterizar a população europeia com 50 ou mais anos, em termos de saúde física para, de seguida, **(2)** analisar o “impacto” das condições económicas e de privação material na saúde física dos europeus, uma vez controlado o efeito das suas características sociodemográficas e de saúde mental e os seus comportamentos de risco em saúde. Numa 2ª fase, o enfoque é colocado nos regimes de bem-estar, procurando **(3)** comparar o impacto destes regimes na saúde física da população de 50+ anos. Numa 3ª fase, o estudo centra-se na realidade de Portugal, propondo-se **(4)** analisar o impacto das condições económicas e de privação material na saúde física da população portuguesa, uma vez controlado o efeito das suas características sociodemográficas e de saúde mental e os seus comportamentos de risco em saúde. Por último, almeja-se **(5)** apontar caminhos/políticas/medidas que contribuam para a diminuição das desigualdades em saúde.

Este estudo baseia-se nos dados recolhidos na 6ª vaga do projeto SHARE (Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe), que abrange indivíduos de 17 países europeus, com 50 ou mais anos, entrevistados em 2015.

Relativamente à estrutura, a presente dissertação é composta por quatro capítulos. No capítulo 1, correspondente ao enquadramento contextual e teórico, descreve-se o envelhecimento da população, suas causas demográficas e alguns dos desafios que representa para as sociedades. Discute-se, em seguida, o conceito de saúde e as suas determinantes sociais. Posteriormente, debatem-se os conceitos de pobreza e privação material para, finalmente, se analisar a relação entre pobreza e privação material, por um lado, e a saúde física das pessoas mais velhas, por outro. Através da análise da literatura existente, confrontam-se ainda os estudos mais relevantes para enquadrar teoricamente a presente investigação.

No capítulo 2 apresentam-se a problemática do estudo e o modelo de análise e respetivas hipóteses de investigação.

No capítulo 3 caracteriza-se a amostra e as variáveis do estudo e descrevem-se os procedimentos metodológicos relacionados com o tratamento e análise dos dados.

No capítulo 4 descrevem-se e discutem-se os resultados da investigação.

Para terminar a dissertação, apontam-se as principais conclusões e eventuais medidas que podem contribuir para minimizar as desigualdades em saúde.

## CAPÍTULO 1 – ENVELHECIMENTO, SAÚDE, POBREZA E DESIGUALDADES SOCIAIS

### 1.1. Envelhecimento da população

O envelhecimento demográfico é um dos grandes desafios do século 21 (Börsch-Supan et al., 2013). Este fenómeno teve início nos países ricos, mas com a diminuição das taxas de fecundidade nos países pobres, tem-se manifestado também nestes últimos.

Apesar de o envelhecimento demográfico ser global, decorre a diferentes ritmos nos vários pontos do globo. A Europa é a zona mais afetada pelo fenómeno, apenas comparável a alguns países na Ásia (Börsch-Supan, Härtl & Ludwig, 2014), tendo neste momento a maior percentagem (25%) da população com 60 anos ou mais (Centro Regional de Informação das Nações Unidas, s.d.). Dentro da própria Europa, o processo de envelhecimento também se desenvolve a diferentes velocidades entre países (Börsch-Supan, 2005).

A idade média da população nos países europeus (EU-27) tem aumentado de forma contínua nos últimos anos e prevê-se que continue a aumentar nas próximas décadas, alcançando os 49 anos em 2070 – aproximadamente mais 5 anos do que a idade atual. Atualmente, cerca de 20% da população europeia tem mais de 65 anos e estima-se que em 2070 essa percentagem aumente para 30%. Prevê-se ainda que em 2070 a percentagem da população mais velha (com 80 ou mais anos) duplique comparativamente a 2019, alcançando os 13%. Para além disso, com o envelhecimento progressivo da população, o rácio entre as pessoas em idade ativa, que pagam impostos e contribuições para a segurança social, e as mais velhas, que recebem pensões ou outros benefícios, está a diminuir consideravelmente. Em 2019, este rácio situava-se nos 2.9, estimando-se uma queda até aos 1.7 em 2070 (European Commission, 2020).

Este envelhecimento da população deve-se, sobretudo, a dois fenómenos: o aumento da esperança média de vida e a diminuição gradual e continuada dos níveis de fecundidade, como aponta o relatório “Demography report 2010: Older, more numerous and diverse Europeans”, da Comissão Europeia (European Commission, 2011). O mesmo relatório destaca como causas da diminuição da fecundidade o facto de as pessoas prolongarem os estudos por mais anos, integrarem o mercado laboral mais tarde e terem, por isso, filhos mais tardiamente, investindo menos tempo na construção da família. Em 2018, na Europa, o índice de fecundidade situava-se nos 1.55, consideravelmente abaixo dos 2.1 necessários para garantir a renovação da população (European Commission, 2020). Relativamente ao aumento da

esperança média de vida à nascença, a Comissão Europeia (European Commission, 2011) aponta o desenvolvimento económico e a melhoria das condições ambientais e dos sistemas de saúde como as causas principais.

O Relatório mais recente da Comissão Europeia sobre o tema – “European Commission Report on the Impact of Demographic Change” –, publicado em 2020, sublinha que apesar de a esperança média de vida à nascença ter aumentado cerca de 10 anos nas últimas 5 décadas, existem acentuadas assimetrias entre os vários países da União Europeia (UE) e entre homens e mulheres. Nos 27 Estados-membros da UE, o país com a esperança média de vida à nascença mais longa (Espanha) regista um valor de 83.5 anos, enquanto na Bulgária este valor é de apenas 75 anos. Entre homens e mulheres, os valores médios variam em cerca de 5.5 anos (em 2018, os homens europeus podiam esperar viver 78.2 anos e as mulheres europeias 83.7 anos), mas em países como a Letónia e a Lituânia, o fosso entre géneros situa-se nos 9 anos, enquanto na Dinamarca, Irlanda, Chipre, Holanda e Suécia é inferior a 4 anos (European Commission, 2020).

A Organização das Nações Unidas (Centro Regional de Informação das Nações Unidas, s.d.) tem manifestado preocupação com as implicações do envelhecimento populacional nos vários setores da sociedade, seja no mercado laboral e financeiro, nos bens e serviços – nomeadamente na habitação, nos transportes e na proteção social – ou nas estruturas familiares e laços intergeracionais.

Uma população envelhecida representa também encargos económicos extra para a sociedade, tendo em conta o pagamento de pensões e os gastos em cuidados de longa duração (Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe, 2012).

A qualidade do envelhecimento, particularmente no que concerne à promoção do bem-estar e da saúde dos idosos, assim como a criação de redes de apoio, tem merecido a atenção das agendas políticas europeias, como são disso exemplo a Declaração Política e o Plano Internacional de Ação de Madrid sobre o Envelhecimento.

Com uma população cada vez mais envelhecida, importa analisar a qualidade dos anos vividos, tendo em conta os vários aspetos que influenciam o processo de envelhecimento individual – definido como um processo progressivo de mudança biopsicossocial da pessoa – nomeadamente fatores biológicos, sociais, económicos, culturais, ambientais e históricos (World Health Organization [WHO], 1999).

Viver mais anos, sublinham Cabral, Ferreira, Silva, Jerónimo e Marques (2013), implica também uma maior exposição a riscos, como a vulnerabilidade do estado de saúde, o isolamento social e a solidão, a

dependência física, mental e económica e a estigmatização, seja pela exclusão ou pelo preconceito paternalista.

De acordo com Zaidi (2014), os três componentes fundamentais para a qualidade de vida e bem-estar das pessoas idosas são o bem-estar financeiro, a saúde e o suporte e integração sociais.

No que diz respeito à saúde, se os anos “extra” forem vividos com boa saúde, as pessoas terão poucas limitações na realização de atividades que valorizam. Por outro lado, se esses anos forem marcados por declínios nas capacidades físicas e mentais, terão implicações negativas nos idosos e na sociedade (WHO, 2015).

## **1.2. Saúde**

### **1.2.1. O conceito de saúde**

Os problemas de saúde estão frequentemente (mas não exclusivamente) associados à idade, sendo vistos como o aspeto mais condicionante do processo de envelhecimento, uma vez que muitas vezes surgem acompanhados de incapacidades físicas e psicológicas que afetam a autonomia das pessoas (Cabral et al., 2013).

Nas faixas etárias mais avançadas, as perdas em saúde vão-se acentuando. “No mundo, cerca de 23% da carga global da doença é atribuível a condições que afetam pessoas com 60 ou mais anos” (Direção-Geral da Saúde, 2017, p. 11).

Apesar de a idade aumentar o risco de vários problemas de saúde, que poderão ter um impacto importante nas capacidades individuais, de acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS) (WHO, 2015), muitos idosos mantêm boa capacidade funcional e experimentam altos níveis de bem-estar, apesar da presença de uma ou mais doenças.

A dificuldade em definir o conceito de saúde, tendo em conta a sua multidimensionalidade e subjetividade, proporcionou a emergência de várias definições. No livro “Health”, o sociólogo Peter Aggleton (1990) sintetiza algumas delas, categorizando-as em dois grupos: as “definições oficiais”, que contemplam a visão dos profissionais de saúde, e as perceções populares sobre a saúde, que traduzem a visão daqueles que não estão profissionalmente envolvidos nas questões da saúde.

As definições oficiais de saúde, por sua vez, podem agrupar-se nas que adotam uma perspetiva mais negativa (conceção de saúde como ausência de aspetos negativos: doença ou sensação de doença,

assim como sentimentos de ansiedade, dor ou angústia) ou uma perspectiva mais positiva, que se foca na presença de certas qualidades (Aggleton, 1990).

O autor destaca, pela sua importância, cinco definições dentro da visão positiva de saúde. A saúde como um estado ideal, expressa pela OMS (1946), que define a saúde como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença”. Esta visão foi, no entanto, criticada pelo seu idealismo, sugerindo que quem não atingisse esse estado completo de bem-estar estaria doente. A saúde como aptidão física e mental, que se traduz num estado de capacidade ideal para o indivíduo desempenhar os papéis e tarefas para as quais foi socializado. A saúde como mercadoria: esta perspectiva encara a saúde como algo que pode ser fornecido ou perdido, comprado, vendido ou oferecido e surge a par do crescimento da medicina moderna. A saúde como uma capacidade ou força pessoal, cuja ênfase pode ser colocada na força física ou na capacidade de resistir à doença e de lidar com a doença. E, por último, a saúde como base para o potencial pessoal, sendo definida como um conjunto de fatores que ajudam as pessoas a alcançarem o seu máximo potencial pessoal.

Relativamente às crenças leigas sobre saúde, Aggleton (1990) revela que a maioria se baseia numa visão do ser-humano como um todo, uma vez que vários estudos demonstram que as pessoas podem considerar-se saudáveis, a si ou aos outros, mesmo sendo portadoras de uma doença severa, atribuindo uma maior importância à integridade, à força interior, e à capacidade de lidar com a situação. Algumas pessoas, por outro lado, definem a sua saúde em termos funcionais, como a capacidade de desempenhar certas funções e responsabilidades. Para certas sociedades, acrescenta o autor, o aparecimento de doenças é explicado com recurso a forças sobrenaturais.

A socióloga Graça Carapineiro (2006) apresenta uma definição de saúde e doença sob o prisma da Sociologia da Saúde, que se interessa por ambas. Assim,

a saúde e a doença são entendidas como designações sociais que não dependem, senão parcialmente, de processos biológicos e fisiológicos, ou seja, são predominantemente encaradas como entidades sociais, culturais, morais, políticas, éticas e estéticas, perspectivadas nos planos das culturas, representações e práticas que lhes dão significado e sentido, das experiências subjectivas e objectivas que moldam as circunstâncias de as viver, e dos modos de acção e de regulação que circunscrevem as suas formas de institucionalização (Carapineiro, 2006, pp. 7-8).

A socióloga ressalva ainda que a ideia de saúde não exclui a ideia de doença, uma vez que esta é um produto humano, culturalmente variável, que se manifesta também na existência de estereótipos e estigmas ou sentimentos de aceitação e rejeição relacionados com a doença (Carapineiro, 2006).

No “World Report on Ageing and Health”, publicado em 2015, a OMS coloca a tónica da saúde na funcionalidade, sublinhando o facto de a saúde ser um atributo que permite que as pessoas realizem as coisas que consideram importantes para si, estando também dependente do ambiente e não apenas das capacidades individuais.

A conceção de saúde como a mera ausência de doença foi assim dando lugar a conceitos mais abrangentes, tendo em conta uma análise biopsicossocial, que considera a experiência e subjetividade individuais, bem como a interação com o meio envolvente.

### **1.2.2. Envelhecer com saúde**

O debate em torno do envelhecimento, acentuado pelo envelhecimento demográfico, tem trazido à discussão o conceito de envelhecimento saudável que, de acordo com a OMS (WHO, 2015), começa desde o momento do nascimento, com a herança genética de cada um. No entanto, a expressão desses genes pode ser influenciada desde logo pelas experiências intrauterinas e, mais tarde, pela exposição ambiental e pelos comportamentos individuais. A capacidade funcional de cada um resulta da interação entre as capacidades intrínsecas da pessoa e o meio que a rodeia. O envelhecimento saudável está, por isso, relacionado não só com a componente genética individual, mas sobretudo com os hábitos de vida da pessoa e com o suporte e oportunidades proporcionadas pela sociedade para a manutenção da sua funcionalidade, para que possam experienciar aquilo que valorizam. O objetivo final do envelhecimento saudável é, desta forma, o bem-estar, que envolve os vários domínios valorizados por cada um (WHO, 2015).

Numa tentativa de quantificar a saúde com base numa abordagem integral, podemos identificar três dimensões diferentes, frequentemente consideradas em estudos epidemiológicos, que correspondem à componente subjetiva (auto percepção da saúde – relacionada com força, energia, vitalidade), à componente funcional (capacidade de desempenho nas Atividades de Vida Diária) e biomédica (patologias/diagnóstico médico) (Hughner & Kleine, 2004).

Dados recolhidos através do SHARE – que disponibiliza informações sobre a saúde, o estatuto socioeconómico e as redes sociais e familiares de indivíduos com 50 anos ou mais, não institucionalizados, de 27 países europeus (+ Israel) – revelam que cerca de 40% dos inquiridos possuem algum grau de limitação devido a problemas de saúde, aproximadamente 50% reportam algum problema

de saúde de longo prazo e cerca de 40% classificam a sua saúde com um parâmetro inferior a “bom” (Mackenbach, Avendano, Andersen-Ranberg & Aro, 2005).

Dados da Comissão Europeia (Eurostat, 2019a) sobre os 28 Estados-membros da UE demonstram que, em 2017, 56.9% das pessoas com idade entre os 65 e os 74 anos tinham alguma doença de longa data ou problema de saúde. Esta percentagem aumenta para os 66.9% na faixa etária dos 75 aos 84 anos, atingindo quase três quartos (72.5%) da população com 85 ou mais anos.

No que diz respeito às causas de mortalidade, o último “Global Burden of Disease Study”, que abrange um total de 195 países, revela que as causas dos anos de vida perdidos entre 1990 e 2017 refletem uma transição epidemiológica, a par da transição demográfica, com um decréscimo nos anos de vida perdidos devido a infeções entéricas/intestinais, infeções respiratórias e tuberculose e doenças maternas e neonatais. Por outro lado, registou-se um acentuado aumento dos anos de vida perdidos devido a neoplasias e doenças cardiovasculares – doenças crónicas não transmissíveis. O mesmo estudo revela que o número total de mortes por doenças crónicas não transmissíveis aumentou 22.7% entre 2007 e 2017 (GBD 2017 Causes of Death Collaborators, 2018).

Quanto aos problemas responsáveis pela maioria das perdas de capacidade em idade avançada, são, tal como descrito no “World Report on Ageing and Health” (WHO, 2015), as deficiências sensoriais (sobretudo nos países mais pobres), as dores nas costas e pescoço, a doença pulmonar obstrutiva crónica (sobretudo nos países mais pobres), os transtornos depressivos, as quedas, a diabetes, a demência (sobretudo nos países com maior rendimento) e a osteoartrite. O relatório destaca ainda a importância das multimorbilidades – a presença de várias patologias crónicas ao mesmo tempo –, cuja incidência aumenta com a idade. A presença de mais do que um problema crónico em simultâneo pode levar a interações entre as doenças e entre as diferentes formas de tratamento e fármacos utilizados. Este aspeto resulta numa maior perda potencial de funcionalidade e de qualidade de vida e no aumento da mortalidade superior ao esperado pela soma dos efeitos individuais das respetivas doenças.

Um importante indicador do estado de saúde da população e da evolução da mesma ao longo dos anos é a Esperança de Vida Saudável. Esta medida combina informação sobre a mortalidade e a morbilidade num único índice – o peso de cada problema é calculado em função da gravidade dos níveis de incapacidade ou deficiência que provoca – que expressa o número de anos de vida que um indivíduo pode esperar viver com saúde (Chatterji, Byles, Cutler, Seeman & Verdes, 2015).

Dados do “Global Burden of Disease Study 2017” (GBD 2017 DALYs and HALE Collaborators, 2018) indicam que entre 1990 e 2017 a Esperança Média de Vida à nascença nos 195 países que o estudo abrange aumentou 7.4 anos (de 65.6 a 73.0 anos) enquanto a Esperança de Vida Saudável aumentou apenas 6.3 anos (de 57.0 a 63.3 anos). Na maioria dos países, o aumento dos anos de vida saudáveis foi menor do que o aumento na esperança de vida global, o que se reflete em mais anos de vida vividos com reduzida saúde. Dos anos adicionais na esperança de vida à nascença, estima-se que 26.3% (entre 20.1% a 33.1%) sejam vividos em fraca saúde nos países com um índice socio-demográfico alto, comparativamente a 11.7% (entre 8.8% a 15.1%) nos países com um índice socio-demográfico baixo-médio (GBD 2017 DALYs and HALE Collaborators, 2018).

A discrepância nos valores de Esperança de Vida Saudável entre os 25 países da UE (à data de 2010) é ainda maior do que a discrepância nos valores da Esperança Média de Vida, aproximando-se dos 20 anos (Robine et al., 2013)

Para além deste indicador da expectativa de saúde global, e tendo em conta o carácter abrangente do conceito de saúde, podem calcular-se diferentes esperanças de vida relacionadas com a saúde, segundo Christensen, Doblhammer, Rau e Vaupel (2009), nomeadamente a esperança média de saúde sem doença, a esperança média de percepção de boa saúde e a esperança de saúde livre de incapacidade. Estas três medidas têm registado tendências evolutivas diferentes: o número de anos de vida com doença tem aumentado concomitantemente com o aumento da incidência de certas patologias; os anos de vida com auto-percepção de boa saúde também têm aumentado, na generalidade; o número de anos de vida com incapacidade tem, por outro lado, evoluído de maneira diferente dependendo da gravidade da incapacidade, verificando-se um decréscimo nos anos de vida com incapacidades severas e um aumento dos anos de vida com incapacidades menos severas (Christensen et al., 2009; Rechel et al., 2013).

A necessidade de ajuda para a realização das Atividades de Vida Diária (AVDs), nomeadamente comer, tomar banho, vestir-se, entrar e sair da cama e usar a casa de banho, reflete o nível de dependência da pessoa idosa. O grau de dependência para a execução das AVDs é muitas vezes utilizado como um indicador da necessidade de cuidados de saúde (WHO, 2015). Dados do SHARE e do SAGE (Study on global AGEing and adult health) revelam uma grande discrepância entre países na percentagem de pessoas dependentes para as AVDs, que, considerando a faixa etária das pessoas com 75 ou mais anos, varia entre cerca 17% na Suíça e cerca de 40% no Gana, na Índia, no México e na Rússia, verificando-se que a maioria dos países com os níveis de dependência mais elevados são os que possuem menos infraestruturas e serviços capazes de dar resposta a essas necessidades (WHO, 2015). Os mesmos

estudos revelam ainda um forte impacto da idade na necessidade de apoio para as AVDs, com os idosos com idades compreendidas entre os 65 e os 75 anos a apresentarem níveis de dependência muito inferiores aos dos idosos com 75 ou mais anos.

### **1.2.3. Determinantes da saúde**

A saúde e a capacidade funcional dos idosos dependem de vários fatores, sendo um somatório das circunstâncias e das escolhas individuais ao longo da vida. De acordo com esta análise baseada no ciclo de vida (Moritz, Stein & WHO Ageing and Health Programme, 1999), do conjunto de fatores que impactam a saúde e o envelhecimento, alguns são modificáveis pelo indivíduo, por via dos estilos de vida/comportamentos que adotam, e outros não, estando relacionados com fatores genéticos ou sociais.

Para o sociólogo Aggleton (1990), as explicações modernas sobre a saúde distinguem-se pela ênfase nos fatores biológicos ou sociais, diferenciando-se em função do peso que atribuem a ambos.

De acordo com uma abordagem positivista biomédica, a doença ou malformação tem origem numa falha de funcionamento em alguma parte do corpo, considerando-se a importância dos fatores sociais apenas em certas circunstâncias ou para determinados indivíduos. Por outro lado, os positivistas sociais argumentam que embora exista uma base biológica para a saúde e a doença, as influências sociais têm um papel fundamental em diversas situações. Os fatores sociais podem, por sua vez, dividir-se em três grandes tipos: variáveis relacionadas com os estilos de vida (referentes ao comportamento social individual, nomeadamente os hábitos tabágicos, consumo de álcool e a dieta alimentar), influências culturais (as normas e valores comuns à comunidade em que o indivíduo se insere e que o influenciam) e fatores ambientais (dentro de casa, no trabalho ou mais gerais, como a poluição) (Aggleton, 1990).

Já os sociólogos interacionistas, sintetiza Aggleton (1990), focam-se no estudo das interações e nos processos interpretativos. Eles debruçam-se sobre os processos que levam as pessoas a percecionarem-se como saudáveis ou não, considerando que essa percepção é construída ativamente, através da interação com os outros.

Os sociólogos estruturalistas, por sua vez, criticam as teorias interacionistas pelo seu enfoque no aspeto subjetivo da saúde, fazendo crer que para se ser saudável basta pensar-se que se é saudável, resumindo a saúde a uma questão mental. Para além disso, na visão dos estruturalistas, os interacionistas negligenciam o papel do contexto social mais amplo que envolve os indivíduos. A perspetiva dos sociólogos estruturalistas sobre a saúde baseia-se na evidência de que a saúde é

estruturada/padronizada dentro e entre os países, com alguns grupos a revelarem, de forma consistente, melhor saúde que outros. Os defensores desta teoria acreditam que existe algo na forma como a sociedade como um todo está organizada que influencia estes padrões. Dentro do pensamento dos estruturalistas, existem diferentes pontos de vista, destacando-se a perspectiva dos sociólogos marxistas, que sustentam que o ponto de partida para uma explicação adequada sobre as desigualdades em saúde deverá ser a análise e compreensão da natureza dos sistemas económicos capitalistas. Estes sistemas dão origem a grandes desigualdades económicas entre aqueles que detêm os meios de produção (capitalistas) e aqueles que vendem o seu trabalho por salários (a classe trabalhadora). Essas desigualdades económicas criam, por seu turno, desigualdades em saúde (Aggleton, 1990).

No “Relatório de Lalonde” (Lalonde, 1974) – documento que marca uma mudança de paradigma na saúde pública –, a perspectiva biomédica clássica do processo de saúde-doença deu lugar a uma abordagem holística da saúde, encarando-a como resultado da biologia humana (genética e função), do ambiente natural e social, dos estilos de vida/comportamentos dos indivíduos e da organização dos cuidados de saúde (Lalonde, 1974). Esta perspectiva behaviorista foi alvo de críticas pela excessiva ênfase colocada nos estilos de vida como causa de doença, o que abriu espaço para uma perspectiva socioambiental, que apontou novos caminhos para a promoção da saúde (Carvalho, 2004). Esta nova corrente refletiu-se nas linhas orientadoras da Declaração de Alma-Ata (1978) e, mais tarde, da Carta de Ottawa (1986), que destaca a importância da justiça social, da equidade, da educação, da paz, dos recursos económicos, da habitação, da alimentação, da estabilidade do ecossistema e da sustentabilidade dos recursos naturais como requisitos fundamentais para a saúde da população. Para atingir o objetivo de “saúde para todos”, combatendo as desigualdades nesta matéria, a mesma carta propõe uma ação concertada sobre os seguintes eixos: construção de políticas saudáveis, criação de ambientes favoráveis, reorientação dos serviços de saúde, reforço da ação comunitária e desenvolvimento de competências pessoais (Carta de Ottawa, 1986).

Para a OMS (WHO, 2017), o contexto de vida das pessoas define a sua saúde, sendo composto por três determinantes principais: o ambiente económico e social, o ambiente físico e as características e comportamentos individuais. A OMS ressalva a importância de não se culpabilizar os indivíduos pelo seu estado de saúde, uma vez que não está ao seu alcance agirem sobre a maioria dos aspetos que predizem a sua saúde.

A OMS reconhece ainda o impacto direto de alguns fatores de risco comportamentais na saúde, nomeadamente o consumo de álcool e tabaco, a inatividade física e uma dieta alimentar inadequada.

Contudo, destaca o facto de estes fatores serem socialmente determinados, sendo por isso fundamental agir sobre “as causas das causas” para combater as desigualdades em saúde, ou seja, as condições em que as pessoas “nascem, crescem, vivem, trabalham e envelhecem e as desigualdades de poder, dinheiro e recursos que dão origem a essas condições” (Marmot et al., 2012, p. 1012). As estratégias de combate aos fatores de risco para a saúde devem, por isso, focar-se em garantir que as pessoas têm as ferramentas que as permitam modificar os seus comportamentos.

Os fatores de risco para a saúde – comportamentos ou atributos que potenciam o aparecimento de doenças ou a probabilidade de deficiência, limitação funcional ou incapacidade quando as doenças crónicas se instalam – podem ser agrupados, do ponto de vista epidemiológico, em demográficos, sociais, relacionados com os estilos de vida, comportamentais, psicológicos, ambientais e biológicos (Verbrugge & Jette, 1994). De acordo com García-Muñoz, Neuman e Neuman (2018), os fatores de risco comportamentais são os principais causadores de problemas de saúde, sobretudo nos países industrializados, onde as doenças crónicas, exponenciadas pelos comportamentos individuais, são responsáveis por grande parte das taxas de mortalidade e morbilidade. Os autores destacam ainda a forte influência do local de nascimento na saúde.

Os fatores que representam riscos para a população vão-se modificando ao longo do tempo/da História, a par do desenvolvimento dos países, partindo daqueles que despoletam doenças infecciosas, para os que contribuem para as doenças crónicas não transmissíveis. Assim, as populações dos países em vias de desenvolvimento são maioritariamente afetadas pelos riscos diretamente associados à pobreza, como a subnutrição, a falta de condições de higiene e sanitárias, o consumo de água não potável, as relações sexuais não protegidas e a inalação de fumo causado pela queima de combustíveis sólidos dentro de casa. Nos países desenvolvidos ou em vias de desenvolvimento, à medida que a esperança média de vida aumenta, as principais causas de morte e incapacidade passam a relacionar-se com as doenças crónicas e os principais fatores de risco para a saúde prendem-se com a inatividade física, o consumo de tabaco e de álcool, o excesso de peso/obesidade e outros aspetos relacionados com a dieta alimentar. Muitos países em vias de desenvolvimento deparam-se com a concomitância dos dois tipos de fatores de risco: os “tradicionais” e os “modernos” (WHO, 2009).

Analisando a saúde e a presença de fatores de risco nos países desenvolvidos, nomeadamente na Europa, observam-se grandes disparidades em função do grupo socioeconómico, mesmo entre países com sistemas de saúde com cobertura universal (Avendano, Aro & Mackenbach, 2005). Dados do SHARE demonstram que a população dos grupos socioeconómicos mais baixos fuma mais, é mais inativa e tem,

tendencialmente, mais excesso de peso/obesidade. De acordo com Avendano et al. (2005), estes dados sugerem um enorme potencial para a redução das disparidades socioeconómicas em saúde por via da prevenção dos fatores de risco direcionada aos grupos socioeconómicos mais baixos, sem esquecer, no entanto, que as discrepâncias na prevalência de fatores de risco resultam de diferenças estruturais entre ricos e pobres, sendo por isso necessária uma intervenção integrada sobre as políticas sociais para se alcançar a igualdade em saúde na Europa.

Em linha com esta perspetiva, a Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável 2017-2025 (em Portugal), desenvolvida pela Direção-Geral da Saúde (2017) também destaca a importância das condições e estilos de vida saudáveis para a concretização do potencial de saúde de cada um, sublinhando que

a promoção de hábitos saudáveis de alimentação e atividade física, a prevenção e controlo do tabagismo e a redução do consumo abusivo de álcool, assim como a ação multisectorial sobre os fatores sociais, económicos e ambientais que influenciam a saúde nas várias fases do ciclo de vida constituem medidas essenciais (Direção-Geral da Saúde, 2017, p.22).

### **1.3. Pobreza e privação material**

Atenuar as injustiças sociais e limitar os impactos da pobreza tem sido uma das preocupações da União Europeia, sendo que a Comissão Europeia definiu como um dos objetivos da “Europa 2020” – estratégia da UE para o crescimento e emprego na presente década – reduzir o risco de pobreza e exclusão social em 20 milhões de pessoas (Bertoni, Cavapozzi, Celidoni & Trevisan, 2015).

O conceito de pobreza e as formas de o mensurar têm sido alvo de diversas definições e abordagens, desde as mais economicistas, baseadas na renda ou no acúmulo de riqueza, às relacionadas com o acesso a bens, recursos e serviços, contemplando outros aspetos sociais.

O Banco Mundial definiu como parâmetro indicador de pobreza viver com menos de 3,20 dólares por dia, num país de rendimento médio e baixo, ou com menos de 5,50 dólares por dia, em países de rendimento médio e alto. Viver com menos de 1,90 dólares por dia traduz, por sua vez, uma situação de pobreza extrema (última atualização de valores realizada em 2015), utilizando como referência a paridade de poder de compra de 2011 (The World Bank, 2018; Sachs, 2006).

O economista Jeffrey Sachs (2006) define, por outro lado, pobreza e níveis de pobreza, não em termos de rendimento, mas com base naquilo que pode ser adquirido através desse rendimento, desde a satisfação das necessidades básicas de sobrevivência ao acesso a “bens culturais, entretenimento,

recreio, cuidados de saúde de qualidade, educação e outros pré-requisitos à mobilidade social ascendente” (Sachs, 2006, p. 56).

Já Amartya Sen [2003 (1999)] relaciona o conceito de pobreza com a privação das liberdades concretas dos indivíduos. O autor defende que pobreza significa a privação de direitos básicos, mais do que a carência de rendimento, e que isso se reflete na justiça social. A privação das potencialidades do indivíduo é então, para Sen, uma importante consequência da pobreza. O autor afirma que o rendimento tem um papel de relevo nesta privação, uma vez que contribui para potenciar a capacidade de a pessoa ser mais produtiva, mas existem outros fatores que a influenciam e que devem ser considerados na equação.

Hoje em dia, o conceito de pobreza é “comumente definido nos países avançados como a situação na qual um indivíduo é incapaz de participar plenamente naquilo que é socialmente aceite como a vida da comunidade” (Lyberaki & Tinios, 2019, p. 302).

O Conselho Europeu adotou, em 1975, uma definição de pobreza ainda hoje utilizada pela União Europeia:

(...) people are said to be living in poverty if their income and resources are so inadequate as to preclude them from having a standard of living considered acceptable in the society in which they live. Because of their poverty they may experience multiple disadvantages through unemployment, low income, poor housing, inadequate health care and barriers to lifelong learning, culture, sport and recreation. They are often excluded and marginalised from participating in activities (economic, social and cultural) that are the norm for other people and their access to fundamental rights may be restricted (Eurostat, 2010, p. 6).

Associado ao conceito de pobreza surgiu, na década de 80, o conceito de “privação”, pelo sociólogo Townsend, que o define como “uma desvantagem observável e demonstrável em relação à comunidade local ou à sociedade ou nação mais ampla à qual o indivíduo, família ou grupo pertencem” (Short, Sayah, Ohinmaa, Lahtinen & Johnson, 2018, p. 3265). Desta forma, para Townsend, uma pessoa que não consegue dar cobro às necessidades materiais básicas – como alimentação adequada, casa, roupa – assim como às necessidades sociais – participar em atividades que garantam uma adequada participação na sociedade – sofre de privação material ou social.

No sentido de mensurar os níveis de privação material, foram criadas algumas escalas/índices de privação, como é o caso do índice do projeto EU-SILC (European Union Statistics on Income and Living Conditions) ou do SHARE, que analisam a possibilidade ou incapacidade de adquirir certos bens ou atender determinadas necessidades, aliada à dificuldade em dar resposta a despesas inesperadas.

Um parâmetro comumente utilizado na literatura e na análise das condições de vida das pessoas num respetivo país é o risco de pobreza. Esse risco é avaliado em função do limiar de pobreza, que se situa nos 60% do rendimento mediano equivalente no respetivo país, considerando-se em situação de risco de pobreza aqueles que auferirem um rendimento inferior a esse valor (Eurostat, 2013). Os rácios das pessoas em risco de pobreza são, por isso, determinados em função do nível de prosperidade do país, sendo que o facto de alguém possuir um rendimento abaixo do limiar de pobreza não é, por si só, necessariamente indicativo de situação de pobreza, mas antes de risco de pobreza (Dennis & Guio, 2004). Em 2018 a percentagem de pessoas em risco de pobreza na UE era de 16.8% (Eurostat, 2020).

Para além deste indicador baseado no rendimento, a Comissão Europeia aponta ainda dois outros parâmetros indicativos do risco de pobreza ou exclusão social: viver em situação de privação material severa e/ou viver num agregado familiar com intensidade laboral muito reduzida (Eurostat, 2013).

Associado ao conceito de pobreza surge ainda o conceito de exclusão social, que está relacionado com o facto de não se ser capaz de disfrutar de níveis de participação que a maioria da sociedade toma por garantida. Trata-se de um conceito multidimensional que abrange a pobreza de rendimentos, o desemprego, o acesso à educação e à informação, acesso a creches e serviços de saúde, as condições de vida e a participação social. As causas da exclusão podem também ser a vários níveis: nacional, comunitário, familiar ou individual (Eurostat, 2010).

As situações de pobreza e exclusão social refletem desigualdades económicas e sociais entre países e dentro dos próprios países. Na publicação “Combating poverty and social exclusion: A statistical portrait of the European Union 2010”, a Comissão Europeia destaca o facto de hoje em dia as sociedades não poderem combater a pobreza e a exclusão social sem analisarem as desigualdades económicas e sociais existentes na sociedade, que compreendem as disparidades na distribuição de recursos à população, limitando o consumo de bens e serviços por parte dos mais pobres, assim como a participação na sociedade (Eurostat, 2010). De acordo com a Comissão para as Determinantes Sociais da Saúde (2010), da OMS, tem-se verificado um crescimento económico global, com um conseqüente aumento da riqueza e das condições de vida. Existe, por isso, riqueza e rendimento em abundância para aliviar as situações de pobreza, sendo que o problema reside na sua má distribuição e utilização. A Comissão revela que o crescimento económico verificado entre 1980 e 2005, que correspondeu a um período de 25 anos de acelerada globalização, resultou numa distribuição de riqueza extremamente desigual: em 1980, os países mais ricos (com 10% da população mundial) tinham um produto interno bruto 60 vezes maior

que os países mais pobres (também com 10% da população mundial), tendo esta relação aumentado para 122 vezes em 2005.

Entre os fatores que contribuem para a desigualdade dos rendimentos, a Comissão Europeia destaca o desemprego, a distribuição desigual dos rendimentos do trabalho e o fraco efeito redistributivo dos impostos e prestações sociais (European Commission, 2017).

A pobreza relativa, seja em termos monetários ou de privação material, é a forma mais comum de pobreza na UE. A pobreza extrema, por outro lado, afeta apenas determinados grupos dentro de alguns países, nomeadamente os ciganos (Eurostat, 2010).

Na União Europeia existiam, em 2018, 109.2 milhões de pessoas em risco de pobreza ou exclusão social (pobreza com base nos rendimentos, e/ou em privação material severa e/ou a viver num agregado familiar com intensidade laboral muito reduzida), correspondendo a 21.7% da população – menos 2 pontos percentuais do que o valor registado em 2008 (Eurostat, 2019b). Mais de um quarto da população encontrava-se nesta situação em sete Estados-membros (Bulgária, Roménia, Grécia, Letónia, Lituânia, Itália e Espanha), sendo a percentagem mais elevada na Bulgária (32.8%). Os países cujo rácio de pessoas em risco de pobreza ou exclusão social é menor são a República Checa (12.2%), a Eslovénia (16.2%), a Eslováquia (16.3%, dados de 2017), a Finlândia (16.5%), os Países Baixos (16.7%) a Dinamarca e a França (ambos com 17.4%) e a Áustria (17.5%) (Eurostat, 2019b).

Verificam-se também grandes discrepâncias nos valores do rendimento entre os agregados mais ricos e os agregados mais pobres na UE. Em 2018, a fração correspondente aos 20% da população com o rendimento disponível equivalente mais elevado recebia 5.1 vezes mais do que os 20% da população com o rendimento disponível equivalente mais baixo. Este rácio dos quintis de rendimento (S80/S20) regista variações consideráveis entre países, situando-se nos 3.0 na Eslováquia e alcançando, nos países com maior desigualdade de rendimentos, valores superiores a 6 – em Espanha, Itália e Letónia – e mesmo superiores a 7 – Bulgária, Lituânia e Roménia (Eurostat, 2020). De salientar que a desigualdade de rendimentos tem aumentado, de uma forma geral, na UE, uma vez que o rácio S80/S20 situava-se nos 4.9 em 2010 (European Commission, 2017), valor abaixo dos 5.1 registados em 2018.

Considerando o rendimento, a riqueza e o consumo como indicadores do bem-estar material, Bonsang, Perelman e Bosch (2019) concluíram, com base nos dados do SHARE, que a desigualdade de riqueza é maior que a desigualdade de rendimentos e esta, por sua vez, é maior que a desigualdade ao nível do consumo.

No que respeita à privação material, com base no índice e avaliação da Eurostat, 5.8% da população da UE encontrava-se em privação material severa em 2018. Isto significa que 5.8% da população enfrenta condições de vida limitadas pela falta de recursos, como não ser capaz de pagar as suas contas, manter a casa adequadamente aquecida ou usufruir de uma semana de férias fora de casa. Este valor desceu comparativamente a 2008 (8.5%). No entanto, uma análise por países revela um cenário bastante desigual, verificando-se que a percentagem da população em privação material severa na Bulgária chega aos 20.9%, na Roménia aos 16.8% e na Grécia aos 16.7%, sendo inferior a 4% em vários países (Luxemburgo, Suécia, Países Baixos, República Checa, Áustria, Finlândia, Malta, Alemanha, Dinamarca, Eslovénia e Estónia), com o valor mais baixo, de 1.3%, a registar-se no Luxemburgo (Eurostat, 2019b).

Tendo em conta o índice de privação material do SHARE (Myck, Oczkowska & Duda, 2015), um em cada três inquiridos não é capaz de pagar uma semana de férias fora de casa e um em cada quatro não consegue suportar uma despesa inesperada. Cerca de 10% dos inquiridos adiam idas ao dentista por causa do custo. Mais uma vez, os resultados encontrados variam muito entre países, encontrando-se a Estónia e o Luxemburgo em ambos os extremos de maior e menor privação, respetivamente. Relativamente aos inquiridos em privação material severa (considerando-se aqueles que não ingerem carne, peixe, frutas ou vegetais pelo menos três vezes por semana por não conseguirem pagar os produtos), a percentagem situa-se nos 2% no caso da carne/peixe e nos 1% no caso das frutas e vegetais. A Estónia regista os valores mais altos de privação severa (8% e 3%), seguindo-se a Itália (7% e 2%) e República Checa (5% e 2%).

Analisando a realidade das pessoas com 65 ou mais anos nos 27 Estados-membros da UE, com base nos dados de 2018, verifica-se que o rendimento mediano desta faixa etária equivale a 91% do rendimento mediano da população com menos de 65 anos (Eurostat, 2020). Uma análise comparativa dos países revela, mais uma vez, grandes discrepâncias. No Luxemburgo, França, Grécia e Itália, os mais velhos registavam, em 2018, rendimentos medianos superiores aos da população com menos de 65 anos. Na Hungria, Espanha, Áustria, Polónia, Portugal, Roménia e Eslováquia, o rendimento mediano das pessoas com 65 ou mais anos era equivalente a 90 a 100% do recebido pela restante população, sendo esta percentagem inferior a 80% na Croácia, Bélgica, Dinamarca, Bulgária, República Checa e Malta. Os valores mais baixos registaram-se nos Estados-membros do Báltico, sendo de 64%, 58% e 57%, na Lituânia, Letónia e Estónia, respetivamente (Eurostat, 2020).

## 1.4. Desigualdades sociais em saúde

### 1.4.1. Desigualdades e justiça social

O acelerado envelhecimento demográfico levanta diversos desafios relacionados com a desigualdade na vivência de experiências que influenciam a saúde da população envelhecida, uma vez que independentemente do nível de rendimento/riqueza do país, “a saúde e a doença seguem uma gradação social: quanto mais baixa a posição socioeconómica, pior o estado de saúde” (CDSS, 2010, p.0). Estas desigualdades são produzidas socialmente, sendo, por conseguinte, evitáveis e modificáveis (Whitehead & Dahlgren, 2006).

Este aspeto esbarra na questão da justiça social, que, segundo a Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde (2010, p. 1), da OMS, é provocada “pela distribuição desigual de poder, rendimentos, bens e serviços, nas escalas nacionais e global, e a consequente injustiça nas circunstâncias visíveis e imediatas da população (...) e as suas hipóteses de usufruir de uma vida próspera”. Este aspeto contribui para a vivência desigual de experiências com impacto na saúde individual e resulta de políticas e estruturas económicas injustas (CDSS, 2010, p.1).

Já em 1978, os signatários da Declaração de Alma-Ata, no âmbito da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde (WHO, 1978), classificavam como “chocante” e “política, social e economicamente inaceitável” a desigualdade no estado de saúde dos povos, tanto entre países como dentro dos próprios países, apontando responsabilidades governamentais na menorização destas desigualdades, nomeadamente através de medidas sanitárias e sociais adequadas.

Uma vez que as escolhas que realizamos ao longo da vida são influenciadas por um conjunto de recursos pessoais e ambientais, as pessoas mais velhas terão um acesso mais facilitado a esses recursos quanto mais seguras financeiramente estiverem, melhor for a sua rede social e mais escolarizadas forem, já que lhes permitirá realizar as escolhas que visam o seu melhor interesse (WHO, 2015).

O Comité dos Direitos Económicos, Sociais e Culturais da Organização das Nações Unidas (2000) ressalva a importância da saúde como um direito humano fundamental – tal como expresso na Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948) – e indispensável para o exercício dos restantes direitos. Assim sendo, e em linha com o que definiu a Organização Mundial da Saúde na sua Constituição (WHO, 1946), todas as pessoas têm direito ao gozo do mais elevado padrão de saúde possível, que possibilite uma vida com dignidade.

O impacto da desigualdade de oportunidades no curso de vida de cada um é também alvo de preocupação para a UE (Atkinson, Guio & Marlier, 2017), nomeadamente o facto de esta forma de desigualdade estar relacionada com a transmissão intergeracional das desvantagens, tornando-se essencial a prestação de serviços sociais de qualidade – de entre estes os cuidados de saúde –, para minimizar os efeitos dessa desigualdade e a injustiça social que lhe está associada.

Os esforços para promover a igualdade social na saúde deverão, por isso, focar-se na criação de oportunidades e na remoção de barreiras para que todos possam atingir o seu potencial máximo de saúde. Isto compreende uma distribuição justa dos recursos necessários para uma boa saúde, o acesso justo às oportunidades disponíveis e, por último, a igualdade na assistência prestada às pessoas doentes (Whitehead & Dahlgren, 2006).

A igualdade em saúde implica, por isso, a eliminação de todas as diferenças no estado de saúde entre grupos socioeconómicos, mas também a igualdade no acesso aos cuidados de saúde, aproximando os serviços prestados aos níveis de necessidade, o que significaria um maior usufruto desses cuidados por parte daqueles que mais precisam, ou seja, dos grupos socioeconómicos menos favorecidos (Whitehead & Dahlgren, 2006).

O acesso a cuidados de saúde (bens e serviços) depende, por sua vez, de quatro sub-dimensões, como aponta o “World Report on Ageing and Health” (WHO, 2015): a não discriminação, a acessibilidade física, a acessibilidade económica e o acesso a informação. No que respeita aos mais velhos, aumentam as possibilidades de se depararem com outras barreiras que poderão condicionar este acesso, como o racionamento de serviços com base na idade, limitações físicas que dificultem a mobilidade, a insegurança financeira em resultado da idade e barreiras no acesso e compreensão da informação devido à baixa escolaridade, baixa literacia digital ou limitações no acesso a novos meios de informação.

No retrato estatístico da União Europeia que serviu de base à publicação “Combating poverty and social exclusion”, a Comissão Europeia (Eurostat, 2010) revela que a perceção de doenças de longa duração ou problemas de saúde que dificultam severamente as atividades tem uma maior expressão na população com rendimentos mais baixos.

Nos 28 Estados-membros da UE, em 2016, 1.7% das pessoas confessaram ter necessidades médicas não satisfeitas por não conseguirem suportar os custos e 3.7% da população tinha necessidades de cuidados dentários não satisfeitas devido ao custo. No que respeita às necessidades médicas não satisfeitas, as percentagens variam entre 1% em 17 Estados-membros, 4.9% em Itália, 5.3% na Letónia

e Roménia, atingindo os 12% na Grécia. Quanto aos cuidados de saúde dentários não satisfeitos, a percentagem vai desde os 1% em 7 Estados-membros até mais de 10% na Letónia, Grécia e Portugal, atingindo neste último os 13.8% (Comissão Europeia, 2018).

Tendo em conta que as pessoas que ao longo da sua vida terão mais necessidades em saúde serão, provavelmente, aquelas que terão menos recursos para as satisfazer, torna-se fundamental a definição de políticas que atenuem estas desigualdades (WHO, 2015).

Considerando o gradiente social da saúde e a saúde precária dos mais pobres, a Comissão para as Determinantes Sociais da Saúde da OMS (2010) conclui que:

Esta distribuição desequilibrada [de rendimentos, bens e serviços] não é de modo algum um fenómeno “natural”, antes o resultado de políticas que favorecem os interesses de alguns em detrimento do de outros – frequentemente, os interesses de uma minoria rica e poderosa sobre os da maioria incapacitada (Comissão para as Determinantes Sociais da Saúde, 2010, pp. 33-34).

Várias teorias têm procurado enquadrar e fundamentar as desigualdades em saúde, adotando diferentes perspetivas, desde a materialista, à cultural-behaviorista, passando pela psicossocial e pelas abordagens baseadas no percurso de vida, em função dos aspetos a que atribuem maior relevo, respetivamente: as condições (materiais) de vida, o comportamento individual, o stress ou a posição social ao longo do ciclo de vida (Craveiro, 2016). O ponto comum a todas é o facto de os indivíduos de classes sociais mais baixas ou de estatuto socioeconómico inferior se encontrarem mais expostos a fatores que potenciam pior saúde e uma posição desfavorável para lidar com os problemas de saúde.

A Teoria das Causas Fundamentais da Doença, proposta por Link e Phelan (1995), procura integrar diferentes perspetivas sobre as desigualdades em saúde, preconizando que aqueles que acedem mais facilmente a certos recursos estão melhor posicionados para evitar os fatores de risco associados às doenças, as próprias doenças, e ainda minimizar as consequências da doença quando esta acontece. Por “recursos” compreende-se dinheiro, conhecimento, poder, prestígio e redes sociais e de suporte.

Para os autores da Teoria das Causas Fundamentais da Doença, os epidemiologistas têm-se debruçado sobre os fatores que se constituem como “causas” relativamente próximas da doença, tais como a dieta/regime alimentar, o colesterol, a hipertensão, os campos eletromagnéticos, a falta de exercício físico, entre outros, negligenciando os fatores sociais que tendem a ser causas indiretas de doença. Link e Phelan (1995) sublinham, assim, a importância de se contextualizar os fatores de risco, ou seja, procurar compreender como é que as pessoas ficam expostas a esses fatores, para o desenvolvimento

de intervenções mais efetivas. Nesta análise das Causas Fundamentais da Doença importa ainda ter em conta o facto de variáveis como o género ou a raça/etnia terem uma relação estreita com os recursos assinalados – dinheiro, poder, prestígio – e por isso deverem também ser consideradas potenciais causas fundamentais de doença.

#### **1.4.2. Impacto da pobreza e da privação material na saúde**

Com vista a aprofundar e compreender a questão das iniquidades em saúde, são vários os estudos que se têm debruçado sobre a análise da relação entre pobreza ou privação material e a saúde/doença.

Alguns analisam a relação das condições socioeconómicas com aspetos específicos da saúde, nomeadamente o estudo de Pakpahan, Hoffmann e Kröger (2017), que comprova a relação entre o baixo estatuto socioeconómico ao longo da vida e o aumento do risco de desenvolver doenças cardiovasculares, o estudo de Vries, Blane e Netuveli (2014), que atesta a existência de uma associação entre a exposição a desigualdades e a diminuição da força da preensão manual, ou o estudo de Cheval et al. (2018), que comprova a relação entre as circunstâncias socioeconómicas desfavoráveis na infância e a diminuição da força muscular na terceira idade.

Por outro lado, diversos estudos procuram explorar a relação entre as más condições económicas e um conceito de saúde mais abrangente, contemplando aspetos relacionados com a saúde física (exemplo: auto percepção da saúde, limitações funcionais, sintomas de doença) e a saúde mental.

Alguns desses estudos recorrem ao rendimento como indicador de bem-estar económico. No entanto, a relação entre rendimento e saúde tem-se revelado dúbia, havendo disparidades entre os resultados dos estudos, que variam desde uma correlação positiva (Avendano et al., 2005; Blázquez, Cottini & Herrarte, 2014) à existência de uma associação débil (Acciai, 2018; Adena & Myck, 2013) ou a inexistência de qualquer influência do rendimento sobre a saúde (Adena & Myck, 2014).

O recurso a medidas como a riqueza (Acciai, 2018; Adena & Myck, 2013; Adena & Myck, 2014; Demakakos, Biddulph, Bobak & Marmot, 2016), a auto percepção de pobreza (Adena & Myck, 2014) e índices de privação material (Bertoni et al., 2015; Franzese, 2015; Myck, Najsttub & Oczkowska, 2019) tem demonstrado, por sua vez, uma correlação forte com as diversas medidas de avaliação do estado e percepção de saúde individual, seja física ou mental, dando pistas de serem indicadores mais fidedignos das condições financeiras reais das pessoas idosas.

Acciai (2018) aponta o facto de a riqueza acumulada ser um indicador mais fiável das condições de vida do que o rendimento por ser o reflexo de um percurso de vida de pobreza ou de riqueza. Christelis, Jappelli e Padula (2019) também destacam a importância da riqueza como medida do bem-estar económico dos idosos uma vez que muitas pessoas optam por poupar dinheiro ao longo do seu percurso de vida para usufruírem na reforma. Adena e Myck (2014) sublinham que o rendimento é uma medida pobre dos recursos financeiros à disposição das pessoas idosas, uma vez que não capta algumas dimensões do bem-estar relevantes nessa fase da vida.

Lyberaki e Tinios (2019), por outro lado, apontam uma limitação à utilização de indicadores económicos como o rendimento e a riqueza na avaliação do bem-estar material das pessoas, que é o facto de não considerarem a provisão de benefícios em géneros, disponibilizados pelos mecanismos de proteção social, que poderão melhorar as condições de vida da população. Browning e Madsen (2019) defendem que a medida mais fiável das condições materiais de vida das pessoas mais velhas é a auto-perceção da sua situação económica, pois reflete o facto de as pessoas conseguirem ou não, nesta fase da vida, manter o padrão de vida habitual. Já Adena, Myck e Oczkowska (2015) assinalam os índices de privação material – que medem a capacidade de os agregados adquirirem certos bens ou serviços – como indicadores mais fidedignos das condições materiais das famílias, apontando as críticas já mencionadas relativamente ao recurso ao rendimento e sublinhando o facto de as medidas subjetivas como a auto-perceção da situação económica estarem sujeitas a influências culturais ou da própria variável dependente (ex: depressão/saúde mental ou bem-estar).

Para além disso, e não obstante o facto de o rendimento ser uma importante e largamente utilizada medida dos recursos económicos, a análise comparativa dos rendimentos implica, como alertam Paccagnella & Weber (2019), alguma cautela e minúcia. Os autores advertem para o facto de as “medidas grosseiras” de medição do rendimento mascararem importantes diferenças relativamente ao poder de compra, tamanho do agregado familiar, pagamento de impostos ou serviços derivados da habitação ocupada pelo proprietário – aspetos que deverão ser considerados para uma análise comparativa fidedigna.

Alguns autores (Adeline & Delattre, 2018; Blázquez et al., 2014; Lago et al., 2017) alertam também para o facto de a relação entre pobreza/privação material e saúde ser bidirecional. Destacam, nomeadamente, que o rendimento influencia a saúde e esta, por sua vez, gera rendimento ou perdas de rendimento, sendo que esta bidirecionalidade tem interferência na relação entre as duas variáveis, complexificando a análise da relação causa-efeito.

## **CAPÍTULO 2 – Objetivos do estudo e modelo de análise**

O envelhecimento demográfico levanta preocupações em torno da qualidade dos anos vividos pela população idosa, nomeadamente no que concerne à saúde.

Tendo em conta que as perdas em saúde tendem a acentuar-se com a idade (Direção-Geral da Saúde, 2017, p. 11) e que a saúde é um direito humano fundamental, torna-se premente o debate em torno das desigualdades em saúde, para que seja possível combater a injustiça social subjacente a este fenómeno.

Como explicado no capítulo anterior, o conceito de saúde tem sido alvo de várias definições ao longo do tempo, desde as que se focam na ausência de doença até às perspetivas multidimensionais, que consideram também o papel do meio envolvente e da perceção individual. Reconhecendo-se a complexidade deste conceito, o presente estudo irá debruçar-se sobre a saúde física – sem contudo desconsiderar o impacto da saúde mental na própria saúde física –, encarando-a numa perspetiva holística, cujas dimensões englobam a ausência de doença, a vitalidade, a funcionalidade, a capacidade para o desempenho de tarefas e ainda a subjetividade individual (Mackenbach et al., 2005).

De entre as várias teorias que têm procurado explicar os fatores que determinam a saúde – diferenciando-se pela ênfase nos aspetos biológicos, ambientais, sociais ou comportamentais – esta investigação alinha-se com as teorias que enfatizam o papel dos fatores sociais, debruçando-se sobre esses mesmos fatores.

Os dados sobre a saúde e as desigualdades em saúde apresentados no enquadramento teórico sustentam a perspetiva dos sociólogos estruturalistas de que a saúde é padronizada dentro e entre países, com certos grupos a revelarem de forma consistente melhor saúde que outros, sendo uma consequência da forma como a sociedade está organizada (Aggleton, 1990). São também vários os estudos, tal como apresentado anteriormente, que têm evidenciado o impacto da pobreza, mensurada das mais diversas formas, na saúde.

Assim, considera-se o pressuposto de que a saúde física, mais do que o resultado de um conjunto de escolhas individuais, é fortemente influenciada pelo contexto macrossocial de pobreza/riqueza em que a pessoa vive, uma vez que este determina o acesso aos recursos que impactam a saúde, nomeadamente dinheiro, conhecimento, poder e redes de suporte, tal como preconizado pela Teoria das Causas Fundamentais da Doença, proposta por Link e Phelan (1995). Em última instância, este contexto é a principal determinante da situação de saúde de cada um, sem negligenciar, no entanto, o papel de

outras determinantes, como as características sociodemográficas, a saúde mental e os comportamentos de risco.

Assim, torna-se fundamental compreender o impacto dos vários indicadores das condições económicas e de privação material (previamente identificados no enquadramento teórico) na saúde física dos indivíduos, concomitantemente com as características sociodemográficas e culturais, a saúde mental e os comportamentos de risco, para que seja possível intervir de forma eficaz no combate às desigualdades em saúde.

Da necessidade de fundamentar e aprofundar a compreensão sobre este tema, nasce a seguinte pergunta de partida, que irá orientar a presente investigação:

Em que medida as condições económicas e de privação material estão associadas ao nível de saúde física dos indivíduos com mais de 50 anos?

## **2.1. Objetivos**

Esta questão irá orientar o trabalho de investigação no sentido de dar resposta aos seguintes objetivos:

- Caracterizar a população europeia com 50 ou mais anos, em termos de saúde física;
- Analisar o impacto das condições económicas e de privação material, assim como das características sociodemográficas, da saúde mental e dos comportamentos de risco na saúde física dos europeus de 50+ anos;
- Comparar o impacto dos diferentes regimes de bem-estar na saúde física da população de 50+ anos;
- Analisar o impacto das condições económicas e de privação material, assim como das características sociodemográficas, da saúde mental e dos comportamentos de risco na saúde física da população portuguesa de 50+ anos;

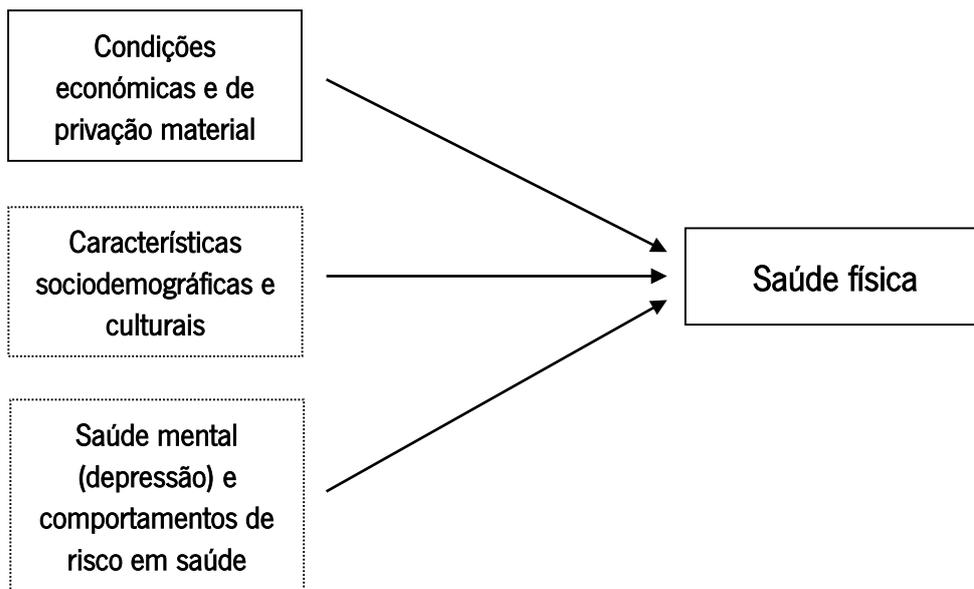
Após dar resposta aos objetivos definidos e à pergunta de partida, irá proceder-se a uma análise dos caminhos já traçados e ainda por trilhar no combate às desigualdades em saúde, por forma a cumprir-se o seguinte objetivo:

- Apontar caminhos/políticas/medidas que contribuam para a diminuição das desigualdades em saúde.

## 2.2. Modelo de análise e hipóteses do estudo

Com base no enquadramento teórico apresentado, considerando a análise reflexiva efetuada, e em linha com os objetivos traçados, optou-se por uma investigação do tipo hipotético-dedutiva, propondo-se o seguinte modelo de análise:

Figura 1 - Modelo de análise



O modelo apresentado será primeiramente aplicado ao conjunto de países que integram este estudo e posteriormente aplicado a Portugal. A proposta de investigação apresentada traduz-se nas seguintes hipóteses de trabalho:

- Hipótese 1: As condições económicas e materiais estão associadas positivamente à saúde física dos indivíduos.
- Hipótese 2: As características sociodemográficas e culturais dos indivíduos estão associadas à sua saúde física;
- Hipótese 3: A depressão e os comportamentos de risco de saúde estão associados negativamente à saúde física dos indivíduos.

## **CAPÍTULO 3 – PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS**

Esta investigação baseia-se nos dados recolhidos no âmbito do projeto europeu SHARE. A descrição do projeto e respetiva técnica de recolha de dados, assim como as características da amostra, as variáveis do SHARE incluídas neste estudo e ainda as técnicas de análise de dados utilizadas serão descritas neste capítulo.

### **3.1. O projeto de investigação SHARE**

O SHARE é um projeto de investigação internacional e multidisciplinar, no âmbito das Ciências Sociais, que visa a recolha de dados sobre as condições de vida (saúde, estatuto socioeconómico e redes familiares e sociais) de cerca de 140 mil pessoas com 50 ou mais anos, procurando assim traçar um panorama global do processo de envelhecimento (Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe-European Research Infrastructure Consortium, 2020). No âmbito do SHARE já foram realizadas aproximadamente 380.000 entrevistas abrangendo 27 países europeus e Israel.

O SHARE é coordenado, a nível central, pelo Munich Center for the Economics of Aging (MEA), Max Planck Institute for Social Law and Social Policy, e está harmonizado com os projetos U.S. Health and Retirement Study (HRS) e English Longitudinal Study of Ageing (ELSA). O projeto é financiado pela European Commission, pelo US National Institute on Aging e por fontes nacionais, particularmente o German Federal Ministry of Education and Research.

Com vista a captar o carácter dinâmico do processo de envelhecimento, o SHARE é um projeto longitudinal, que acompanha um grupo de entrevistados ao longo da vida, através da resposta a um questionário de dois em dois anos.

A primeira vaga de recolha de dados realizou-se em 2004, estando atualmente a decorrer a 8.<sup>a</sup> vaga. Portugal juntou-se ao SHARE em 2010, aquando da implementação da 4.<sup>a</sup> vaga do projeto. A coordenação científica do projeto em Portugal é da responsabilidade do Centro de Estudos de Comunicação e Sociedade (CECS) da Universidade do Minho e da Faculdade de Economia da Universidade Nova de Lisboa.

### **3.2. A recolha da informação e a amostra**

A amostra do projeto SHARE é constituída por indivíduos com 50 ou mais anos, não institucionalizados. Por permitir deduzir objetivamente a partir da amostra para a população de europeus com mais de 50 anos e respetivos subgrupos, o SHARE recorre ao tipo de amostra probabilística. Na maioria dos países, a amostragem baseou-se em registos populacionais nacionais, que permitiram a estratificação por idade (Klevmarken, Swensson & Hesselius, 2005).

A recolha de dados para o SHARE realiza-se através de entrevistas face a face, assistidas por computador (técnica CAPI - Computer Assisted Personal Interviewing), sendo que o entrevistador recorre a um questionário digital (Das, Vis & Weerman, 2005). Os dados recolhidos são complementados com medidas físicas objetivas, como por exemplo a força de preensão e a função pulmonar (Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe-European Research Infrastructure Consortium, 2020).

Todos os entrevistadores recebem formação prévia acerca do projeto e da técnica de entrevista. Esta formação proporciona ferramentas para os entrevistadores lidarem da melhor forma com as necessidades e dificuldades dos inquiridos e assegura a uniformização do comportamento de todos os entrevistadores, o que permite a comparação de dados entre países (Alcser & Benson, 2005).

A presente investigação baseia-se na 6.<sup>a</sup> vaga do projeto, uma vez que é, de momento, a única vaga que inclui em simultâneo a recolha de dados relacionados com a privação material e inquiridos residentes em Portugal, requisitos necessários para a realização deste estudo.

Uma vez que se pretende observar o panorama europeu, considerando ainda uma análise por regimes de bem-estar, optou-se por não incluir neste estudo os dados relativos a Israel. Assim, a amostra desta investigação é composta por 67.173 indivíduos com 50 ou mais anos residentes nos países incluídos na 6.<sup>a</sup> vaga do SHARE (excluindo Israel): Suécia, Dinamarca, Espanha, Itália, Grécia, Portugal, República Checa, Polónia, Eslovénia, Estónia, Croácia, Áustria, Alemanha, França, Suíça, Bélgica e Luxemburgo.

### **3.3. As variáveis do estudo**

Este estudo procura avaliar o impacto das condições económicas e de privação material – variáveis de interesse – na saúde física – variável dependente. Como tal, recorre a vários indicadores para operacionalizar os conceitos-chave.

### 3.3.1. Variável dependente

No que concerne à **saúde física**, o SHARE contém informações relativas a diversos indicadores, que podem agrupar-se em quatro categorias: medidas sumárias (avaliações subjetivas), doenças e sintomas, limitações no funcionamento e limitações nas atividades de vida diária (Mackenbach et al., 2005).

Tendo em conta o carácter multidimensional da variável dependente, para mensurar a saúde física dos inquiridos esta investigação recorre a um constructo que combina uma medida de saúde objetiva e seis medidas auto-relatadas. Este indicador foi construído pela equipa SHARE-Portugal com base nos procedimentos de Ploubidis e Grundy (2011). De acordo com os autores, o recurso a um constructo é mais fiável e menos sujeito a erros de medição do que a utilização dos indicadores de saúde separadamente.

Desta forma, a variável saúde física engloba uma medida da força máxima de preensão de uma ou ambas as mãos, que se trata de uma medida objetiva da funcionalidade física e um forte preditor de mortalidade (Rantanen et al., 1999) – indicador objetivo – e as seguintes medidas de saúde auto-relatadas: auto-perceção de saúde, avaliada através de uma escala ordinal de 5 pontos, que varia entre má (1 ponto), razoável (2 pontos), boa (3 pontos), muito boa (4 pontos) e excelente (5 pontos); existência de doenças crónicas, cotada com 0 pontos se existir e com 1 ponto se não existir; limitação nas atividades devido a problemas de saúde, cotada com 1 ponto se o respondente reportar limitação severa, 2 pontos se reportar limitação não severa e 3 pontos se não reportar qualquer limitação; e reportar algum dos seguintes problemas de saúde: ataque cardíaco, enfarte ou doença pulmonar crónica – cada um deles classificado com 0 se o inquirido responder positivamente e com 1 se responder negativamente (Barbosa et al., 2019).

### 3.3.2. Variáveis de interesse

Para avaliar as condições económicas e de privação material dos inquiridos, este estudo recorre a vários indicadores, baseados nos dados disponibilizados pelo SHARE, nomeadamente a auto-perceção de pobreza – que reflete o stress financeiro –, o rendimento, a riqueza do agregado familiar e um conjunto de indicadores específicos de privação material (Weber, 2019).

O grau de **stress financeiro** corresponde a uma medida subjetiva, baseada na auto-perceção de pobreza do inquirido (Browning & Madsen, 2019), que é confrontado com a questão “Pensando no rendimento mensal total do senhor(a) e das pessoas que vivem consigo, diria que o dinheiro chega até ao fim do

mês ...”, que deverá completar com uma das quatro opções de resposta: “com grande dificuldade”, “com alguma dificuldade”, “com facilidade” ou “com muita facilidade”. Esta variável foi posteriormente recategorizada, agrupando-se os respondentes em duas categorias: com stress financeiro (os que responderam “com grande dificuldade” e “com alguma dificuldade”), codificado como 1, e sem stress financeiro (que responderam “com facilidade” ou “com muita facilidade”), codificado como 0.

A variável **rendimento per capita** é medida a partir da soma dos rendimentos mensais individuais e familiares, nomeadamente salários, pensões, subsídios, ou outros, dividido pelo número de pessoas do agregado familiar. Os valores são posteriormente agrupados por tercis: rendimento baixo, codificado como 1; rendimento médio, codificado como 2, e rendimento alto, codificado como 3. Para ser possível estabelecer comparações entre países, todos os valores foram transformados de acordo com os respetivos índices de paridade de poder de compra (Lyberaki & Tinios, 2019).

A riqueza é medida através do **património líquido do agregado familiar** (hnetw), que é calculado somando os ativos financeiros líquidos e os ativos reais (excluindo as dívidas); os ativos financeiros refletem a soma dos valores de contas, títulos, ações, fundos mútuos e poupanças, líquidos de passivos financeiros; os ativos reais correspondem aos valores da residência principal livre de hipotecas, outros imóveis, empresas próprias e carros próprios (Semyonov, Lewin-Epstein & Maskileyson, 2013).

Esta variável vem originalmente em escala, possuindo uma grande amplitude/variância e muitos outliers (tabela 1), não podendo, por isso, entrar diretamente num modelo de regressão. Neste sentido, aplicou-se uma transformação com base na transformação realizada por Semyonov e Lewin-Epstein (2011), que no estudo “Wealth Inequality: Ethnic Disparities in Israeli Society” adicionaram uma constante ao valor em euros da riqueza (para evitar os zeros) e transformaram a distribuição em logaritmo natural. Assim, para cada indicador de riqueza adicionaram duas vezes o valor mínimo da riqueza e dividiram por 1000. Esses indicadores de riqueza foram então transformados usando o logaritmo natural. Na presente investigação aplicou-se uma transformação semelhante. No entanto, ao invés de se utilizar como constante duas vezes o valor mínimo – uma vez que ao fazê-lo a variável criada ainda continha valores negativos, impedindo a aplicação do logaritmo natural – utilizou-se a amplitude (max – min). Desta forma, gerou-se uma variável sem zeros e valores negativos, que permitiu a aplicação do logaritmo. A transformação aplicada pode resumir-se na seguinte equação:  $[hnetw\_log = LN( (hnetw + (35116468 - (-574304))) / 1000)]$ .

**Tabela 1** - Património líquido do agregado familiar – estatísticas descritivas

Estatísticas		
Household net worth		
N	Válido	67173
	Omisso	0
Média		266016,61
Mediana		130000,00
Desvio padrão		477559,068
Mínimo		-574304
Máximo		35116468

**Fonte:** SHARE, vaga 6.

A privação material reflete a capacidade do agregado familiar adquirir ou aceder a determinados bens ou serviços (Bertoni et al., 2015). Nesta investigação consideram-se as três variáveis do índice de privação material do SHARE disponíveis na vaga 6 – vaga sobre a qual incide a investigação:

A variável **ser capaz de fazer face a despesas inesperadas sem pedir dinheiro emprestado** é medida diretamente a partir da seguinte questão: “O(A) senhor(a) e as pessoas que vivem consigo têm possibilidade de pagar uma despesa inesperada sem pedir dinheiro emprestado?”. À qual o inquirido responde sim, codificado como 1, ou não, codificado como 0.

A variável **sujeitar-se ao frio para ajudar a controlar os gastos**, acedida através da seguinte questão “Nos últimos doze meses, para ajudar a controlar os gastos, sujeitou-se ao frio para poupar nas despesas de aquecimento?”. Dividindo-se as respostas em sim, codificado como 1 e não, codificado como 0.

A variável **adiar as visitas ao dentista para ajudar a controlar os gastos**, aferida por intermédio da questão “Nos últimos doze meses, para ajudar a controlar os gastos, adiou visitas ao dentista?”, sendo a resposta “sim” codificado como 1, e a resposta “não” codificado como 0.

### 3.3.3. Variáveis de controlo

Com base na literatura, reconhece-se a existência de diversos comportamentos de risco para a saúde (García-Muñoz et al., 2018; Marmot et al., 2012; WHO, 2009), assim como o impacto da saúde mental (Dewey & Prince, 2005) e de algumas características sociodemográficas (WHO, 2015; Verbrugge & Jette, 1994) e culturais (Eikemo, Bambra, Joyce & Dahl, 2008) na saúde física.

Para considerar a influência desses fatores na variável dependente, este estudo recorre aos seguintes indicadores demográficos como variáveis de controlo: a **idade** à data da entrevista; o **género** (0 – feminino

e 1 – masculino); o **nível de escolaridade**, estabelecido de acordo com a norma internacional para a classificação dos graus de ensino, ISCED-97 (United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization [UNESCO], 2006), reagrupado em três categorias: escolaridade primária ou menos, que engloba os níveis 0, 1 e 2; ensino secundário, que corresponde ao nível 3 e ensino pós-secundário, que abrange os níveis 4, 5 e 6.

Tendo em conta o contexto cultural das diversas regiões da Europa, bem como as variações nos níveis de saúde dos indivíduos entre regiões, considera-se a variável **regime de bem-estar** como variável de controlo. Tal como tem sido praticado por diversos autores (Vozikaki, Linardakis, Micheli & Philalithis, 2017; Eikemo, Huisman, Bamba, & Kunst, 2008; Jerez-Roig et al., 2018), os países foram agrupados nos regimes Norte (Dinamarca e Suécia), Centro (Alemanha, Áustria, Bélgica, França, Luxemburgo, Suíça) Sul (Espanha, Grécia, Itália e Portugal) e Leste (Croácia, Eslovénia, Estónia, Polónia e República Checa), sendo este último utilizado como categoria de referência nas regressões a realizar.

Enquanto comportamentos de risco para a saúde física, esta investigação considera o “consumo excessivo de álcool”, a “inatividade física” e o “historial de fumador”.

O **consumo excessivo de álcool** é avaliado através da questão “Nos últimos 7 dias, quantas unidades de álcool bebeu no total?”, enquanto se mostra ao inquirido um cartão com as unidades padrão de bebidas alcoólicas. A medida de consumo excessivo de álcool difere entre homens e mulheres. Com base na categorização de Cerdá, Johnson-Lawrence e Galea (2011), classifica-se como consumo excessivo de álcool se o inquirido tiver consumido mais de 21 unidades de álcool nos últimos 7 dias, no caso dos homens, e 14 unidades de álcool, no caso das mulheres.

O facto de os inquiridos terem ou não **historial de fumador** é aferido com base na seguinte pergunta do questionário SHARE: “Alguma vez fumou cigarros, charutos, cigarrilhas ou cachimbo diariamente por um período de pelo menos um ano?”.

Para classificar os indivíduos relativamente à variável **inatividade física**, os inquiridos são questionados sobre a frequência com que desempenham atividades físicas vigorosas, como desporto, trabalho doméstico pesado ou um emprego que envolva trabalho físico, e sobre a frequência com que desempenham atividades físicas que envolvam um nível moderado de energia, como jardinar, limpar o carro ou caminhar, tendo quatro opções de resposta para ambas: mais do que uma vez por semana, uma vez por semana, uma a três vezes por mês e quase nunca/nunca. Recorrendo à categorização utilizada e disponibilizada na base de dados do SHARE, classificam-se como fisicamente inativos os inquiridos que declaram praticar atividade física “quase nunca/nunca”.

A **saúde mental** é avaliada em função da sintomatologia depressiva, mensurada através da escala EURO-D (Prince et al., 1999), que questiona o inquirido sobre a presença dos seguintes sentimentos: depressão, pessimismo, vontade de morrer, sentimento de culpa, irritabilidade, choro, cansaço, dificuldades em dormir, perda de interesse, perda de apetite, redução da concentração e perda de prazer ao longo do último mês. A escala varia de 0 a 12 pontos/sintomas. De acordo com Dewey e Prince (2005), uma cotação superior a 3, que corresponde a 4 ou mais sintomas depressivos, define a presença de uma **depressão** clinicamente significativa, codificado como 1. Por outro lado, a existência de três sintomas ou menos significa ausência de depressão clinicamente significativa, codificado como 0.

### 3.4. Tratamento e análise dos dados

A metodologia utilizada nesta investigação é de cariz quantitativo, com recurso aos dados recolhidos na 6.ª vaga do projeto SHARE. Todo o tratamento estatístico foi realizado através do *software* de análise estatística avançada SPSS, versão 26.

A análise desta investigação é do tipo transversal e subdivide-se em 4 etapas:

Numa primeira fase, realizou-se a análise estatística descritiva da variável dependente (saúde física) e de todas as variáveis de interesse (variáveis relativas às condições económicas e de privação material). Para as variáveis nominais ou ordinais, foram geradas tabelas de frequências e para as variáveis escalares analisaram-se as medidas relacionadas com a posição (média, mediana, máximo) e com a variabilidade (desvio padrão, amplitude), para uma análise completa do comportamento de cada uma. Esta análise descritiva contempla a comparação entre os 17 países que participaram na vaga 6 do SHARE e integra uma análise de género.

Numa segunda etapa, procedeu-se à análise comparativa entre os indivíduos que possuem melhor e pior saúde física, relativamente às variáveis incluídas no modelo de análise. Os grupos foram divididos tendo em conta o nível médio de saúde física de cada país. Para isso, procedeu-se à recategorização da variável “saúde física” em 0 = pior saúde física (abaixo da média do respetivo país) e 1 = melhor saúde física (acima da média do respetivo país). De seguida, foram realizados testes estatísticos para possibilitar a comparação entre grupos: teste t (t) para as variáveis contínuas e testes de qui-quadrado ( $\chi^2$ ) para as variáveis nominais e ordinais. Para complementar esta análise, foram calculadas as medidas de magnitude do efeito (Hedges'g/Phi) e os respetivos Intervalos de Confiança.

Uma vez que a base de dados do SHARE não possui um desenho de amostra uniforme, utilizou-se o peso individual calibrado (fornecido na base de dados do SHARE) em todas as análises descritivas para reduzir o impacto de um possível viés na amostra (Munich Center for the Economics of Aging, 2019).

Numa terceira fase, analisou-se a relação entre os diversos indicadores das condições económicas e de privação material (variáveis de interesse) e a saúde física (variável dependente), considerando todas as variáveis de controlo já mencionadas, nos 17 países que integram a investigação. A variável dependente não segue uma distribuição normal (teste de Kolmogorov-Smirnov, p-valor = 0,000). Quando temos um elevado número de observações, os dados tendem a uma distribuição normal (Teorema do limite central), logo, perante o elevado número de observações, assumiu-se a normalidade dos dados (N=67172) (Murteira, 2012). Desenvolveu-se um modelo de regressão linear múltipla, onde foram incluídas todas as variáveis de interesse e as variáveis de controlo. Foram realizados testes de colinearidade, para verificação da existência de correlação entre as variáveis de interesse e de controlo. Recorreu-se ao Variance Inflation Factor (VIF) para detetar a existência de multicolinearidade, que foi rejeitada, uma vez que todos os valores de VIF foram inferiores a 10 – o valor mais elevado foi de 1,67 (Maroco, 2003). Analisaram-se, também, os resíduos padronizados, para deteção de outliers – observações extremas que poderão ter sido geradas pelo próprio modelo (Branco & Pires, 2007). Foi encontrado um outlier (a observação 680), que foi então removido da base de dados. As variáveis que se revelaram estatisticamente não significativas ( $p > 0,05$ ) foram excluídas do modelo, nomeadamente as variáveis “consumo excessivo de álcool” ( $p=0,521$ ) e “sujeitar-se ao frio para ajudar a controlar os gastos” ( $p=0,624$ ). Analisou-se novamente o modelo de regressão sem as variáveis não significativas e sem o outlier.

Aquando da análise descritiva, verificou-se que Portugal é o país que regista a maior diferença nos valores da saúde física entre homens e mulheres, sendo também um dos países que apresenta pior média de saúde física para ambos os géneros. Para além disso, comparativamente aos restantes países do Sul, é o que revela pior desempenho em termos de saúde física. Tendo em conta estas particularidades, considerou-se pertinente analisar o impacto das diferentes variáveis na saúde física em Portugal. Foi então realizada uma regressão linear múltipla para Portugal, num procedimento semelhante ao descrito na terceira fase – testes de colinearidade, análise de resíduos padronizados e de significância.

## **CAPÍTULO 4 – SAÚDE FÍSICA E CONDIÇÕES ECONÓMICAS E MATERIAIS DE EXISTÊNCIA**

Com base no tratamento de dados, de seguida são apresentados os resultados encontrados, subdivididos nas quatro etapas descritas no tópico anterior.

### **4.1. Análise descritiva**

Nesta etapa irá proceder-se à análise do comportamento da variável dependente (saúde física) e das variáveis de interesse (indicadores relativos às condições económicas e de privação material), por género e país.

#### **4.1.1. Saúde física**

Para todos os países analisados, à exceção da Polónia, existem diferenças entre géneros no indicador “saúde física”, tendo as mulheres pior saúde física do que os homens. A Polónia é o único país onde não se verifica uma diferença estatisticamente significativa na saúde física entre géneros (há uma sobreposição dos intervalos de confiança). Portugal é, por sua vez, o país que regista a maior diferença nos valores da saúde física entre homens e mulheres.

Dos países em análise, a Estónia é o país onde os inquiridos do sexo masculino registam pior saúde física, seguindo-se a Polónia, Portugal, Alemanha e Croácia. A Suíça, Dinamarca, Grécia e Suécia são, por outro lado, os países onde os homens apresentam melhor saúde física.

As mulheres que apresentam piores valores de saúde física são as que vivem em Portugal e na Estónia, enquanto a Suíça é o país onde possuem melhor saúde física.

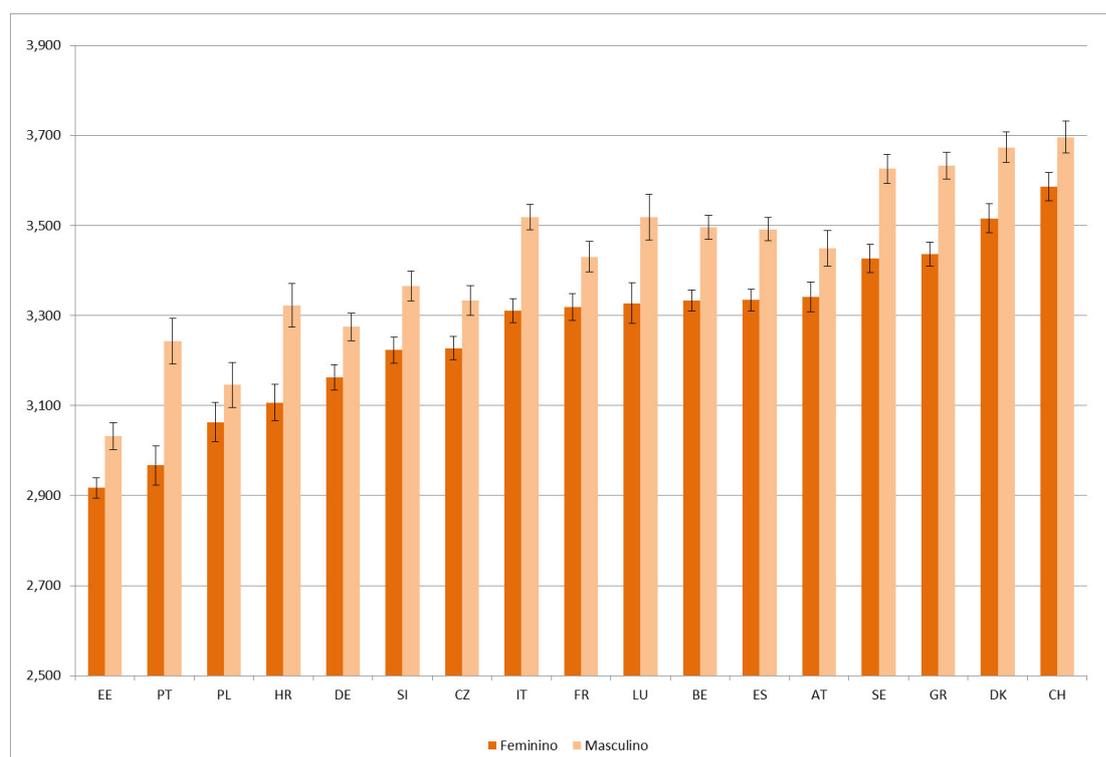
Numa análise por regimes de bem-estar, verificamos que os países do Norte (Suécia e Dinamarca) são os países que registam melhores valores de saúde física, juntamente com a Suíça e a Grécia.

Os países do Leste (República Checa, Polónia, Eslovénia, Estónia e Croácia) encontram-se no grupo de países com pior saúde física, juntamente com Portugal e Alemanha. Os países do Centro (Áustria, Alemanha, França, Suíça, Bélgica e Luxemburgo) ocupam uma posição intermédia em comparação com os países dos restantes regimes – excetuando-se a Alemanha e Suíça, que se posicionam, respetivamente, nos grupos com pior e melhor saúde física. Por último, os países do Sul (Espanha, Itália,

Grécia e Portugal) apresentam posições muito díspares relativamente à saúde física, situando-se nos grupos com pior (Portugal), média (Espanha e Itália) e melhor (Grécia) saúde física.

Nesta análise por regiões conclui-se que excetuando os países do Sul da Europa, bem como a Alemanha e a Suíça, os países dos restantes regimes de bem-estar – Leste, Centro e Norte – possuem valores de saúde física aproximados.

**Figura 2 -** Nível de saúde física, por género e país



**Fonte:** SHARE, vaga 6, dados ponderados, N=67.173

**Notas:** Alterada a intersecção do eixo Y para 2.5, para melhor visualização dos intervalos de confiança. Barras denotam intervalos de confiança de 95%. Países: Estónia (EE); Portugal (PT); Polónia (PL); Croácia (HR); Alemanha (DE); Eslovénia (SI); República Checa (CZ); Itália (IT); França (FR); Luxemburgo (LU); Bélgica (BE); Espanha (ES); Áustria (AT); Suécia (SE); Grécia (GR); Dinamarca (DK); Suíça (CH).

#### 4.1.2. Stress financeiro

O país onde os inquiridos (de ambos os sexos) reportam mais stress financeiro é a Grécia, distanciando-se com uma margem considerável dos restantes países.

No que diz respeito aos homens, a seguir à Grécia é a Croácia que regista os níveis mais elevados de stress financeiro, seguindo-se Portugal. Nas mulheres o panorama é semelhante, mas a par de Portugal encontramos também a Polónia.

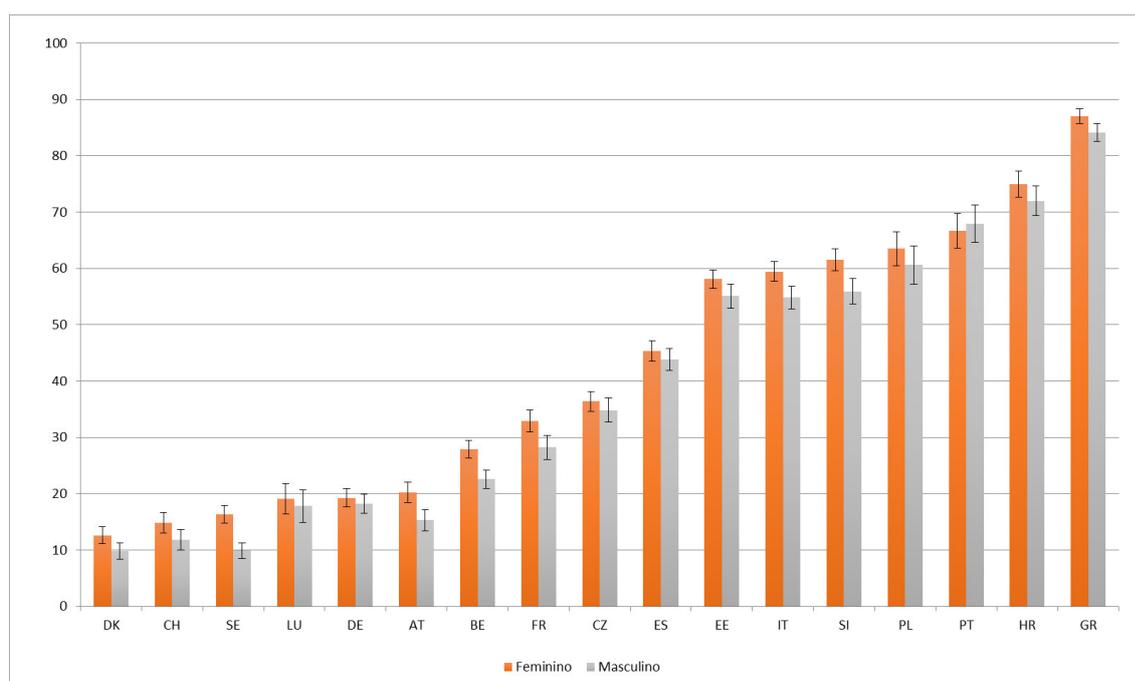
Por outro lado, os países onde homens e mulheres reportam menos stress financeiro são a Dinamarca, a Suíça e a Suécia.

Em nenhum dos países analisados encontramos maior stress financeiro nos homens do que nas mulheres, uma vez que em todos os países os níveis de stress ou são semelhantes para ambos os géneros, ou são mais elevados nas mulheres.

É também de salientar a grande discrepância entre os níveis de stress financeiro no país que regista os valores mais elevados e no país que regista os valores mais baixos.

Numa análise por regimes de bem-estar, podemos concluir que os países do Norte fazem parte do grupo de países com menos stress financeiro, seguindo-se os países do Centro. Os países do Leste e do Sul são, por outro lado, os países onde os inquiridos revelam mais stress financeiro.

**Figura 3** - Prevalência do stress financeiro, por género e país



**Fonte:** SHARE, vaga 6, dados ponderados, N=67.173

**Notas:** Barras denotam intervalos de confiança de 95%. Países: Dinamarca (DK); Suíça (CH); Suécia (SE); Luxemburgo (LU); Alemanha (DE); Áustria (AT); Bélgica (BE); França (FR); República Checa (CZ); Espanha (ES); Estónia (EE); Itália (IT); Eslovénia (SI); Polónia (PL); Portugal (PT); Croácia (HR); Grécia (GR).

#### 4.1.3. Ser capaz de fazer face a despesas inesperadas sem pedir dinheiro emprestado

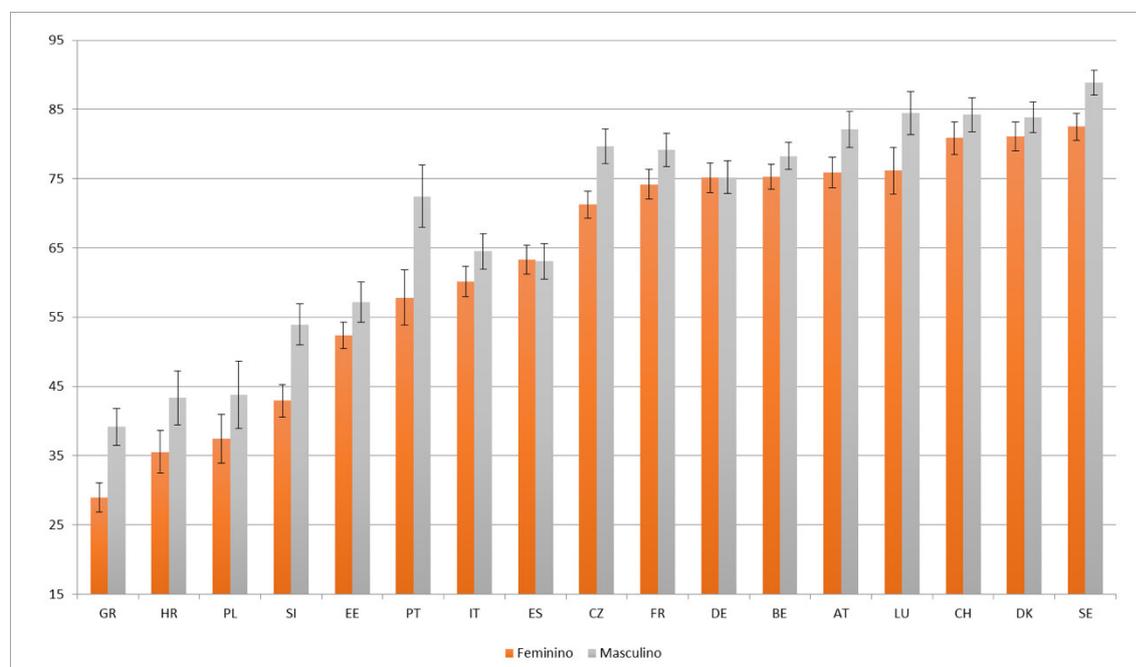
O país onde os inquiridos são mais capazes de fazer face a despesas inesperadas sem pedir dinheiro emprestado é a Suécia, seguida do Luxemburgo, Suíça, Dinamarca e Áustria, no caso dos homens, e a par da Dinamarca e Suíça, no caso das mulheres.

A Grécia surge como o país onde as mulheres têm mais dificuldade em fazer face a despesas inesperadas sem pedir dinheiro emprestado. No que respeita aos homens, à Grécia soma-se a Croácia e a Polónia na lista de países onde reportam mais dificuldade.

Na maioria dos países analisados, as mulheres apresentam mais dificuldade em fazer face a despesas inesperadas sem pedir dinheiro emprestado do que os homens, sendo Portugal o país onde esta diferença entre os géneros é mais acentuada. Nos países em que este aspeto não se verifica, homens e mulheres apresentam resultados semelhantes, mas nunca o inverso.

Os países do Leste e do Sul são os países onde os indivíduos referem ter mais dificuldade em fazer face a despesas inesperadas, contrariamente aos do Norte e do Centro, onde os inquiridos reportam menos dificuldade em lidar com os imprevistos financeiros.

**Figura 4** - Prevalência da capacidade de fazer face a despesas inesperadas sem pedir dinheiro emprestado, por género e país



**Fonte:** SHARE, vaga 6, dados ponderados, N=67.173

**Notas:** Barras denotam intervalos de confiança de 95%. Países: Grécia (GR); Croácia (HR); Polónia (PL); Eslovénia (SI); Estónia (EE); Portugal (PT); Itália (IT); Espanha (ES); República Checa (CZ); França (FR); Alemanha (DE); Bélgica (BE); Áustria (AT); Luxemburgo (LU); Suíça (CH); Dinamarca (DK); Suécia (SE).

#### 4.1.4. Adiar as visitas ao dentista para ajudar a controlar os gastos

Adiar as visitas ao dentista para ajudar a controlar os gastos é uma prática mais comum, tanto nos homens como nas mulheres, na Grécia e na Estónia, seguindo-se Portugal, Itália e Espanha.

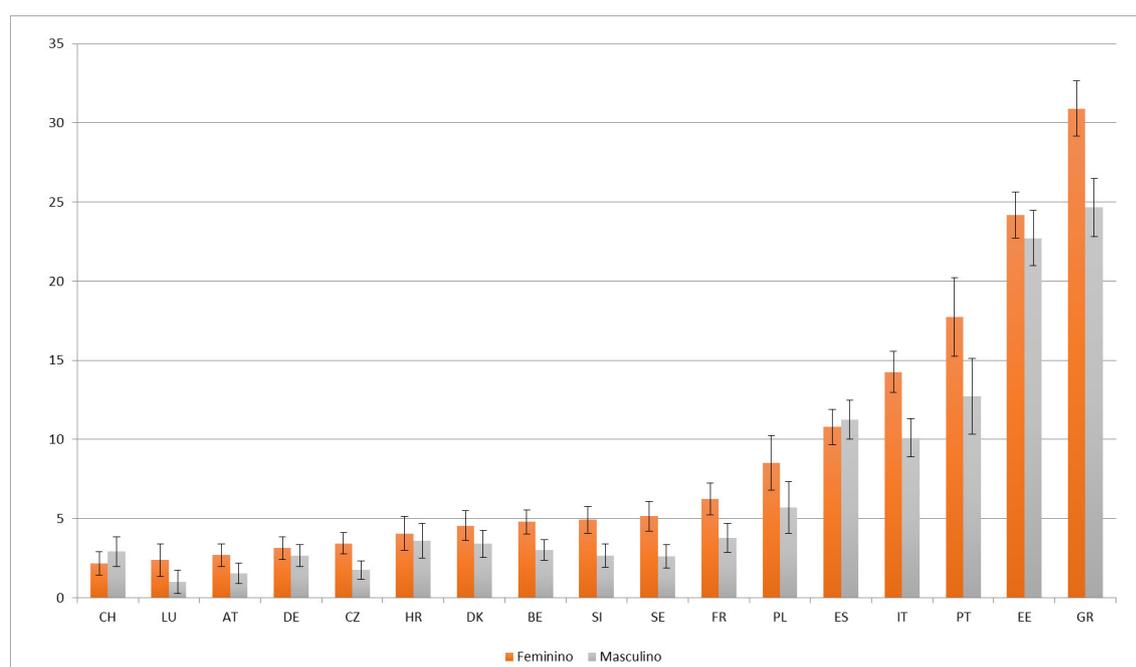
Os países onde esta prática é menos comum, para ambos os géneros são: Suíça, Luxemburgo, Áustria, Alemanha e República Checa.

Não há nenhum país onde adiar as idas ao dentista para ajudar a controlar os gastos seja mais comum nos homens do que nas mulheres (ou é igual ou mais comum entre as mulheres). A diferença entre géneros é mais acentuada na Grécia, em prejuízo das mulheres.

A diferença entre o país onde esta prática é mais comum para os países onde é menos comum é muito acentuada, variando de valores entre os 25 a 35% na Grécia para valores abaixo dos 5% nos países que adiam menos as visitas ao dentista por questões financeiras.

Analisando por regimes de bem-estar, podemos inferir que os indivíduos dos países do Sul (Grécia, Portugal, Itália e Espanha) são os que mais prorrogam as idas ao dentista para ajudar a controlar os gastos, juntamente com a Estónia, enquanto os restantes países possuem taxas comparativamente mais baixas, com valores aproximados entre si.

**Figura 5** - Prevalência do adiamento das visitas ao dentista para ajudar a controlar os gastos, por género e país



**Fonte:** SHARE, vaga 6, dados ponderados, N=67.173

**Notas:** Barras denotam intervalos de confiança de 95%. Países: Suíça (CH); Luxemburgo (LU); Áustria (AT); Alemanha (DE); República Checa (CZ); Croácia (HR); Dinamarca (DK); Bélgica (BE); Eslovénia (SI); Suécia (SE); França (FR); Polónia (PL); Espanha (ES); Itália (IT); Portugal (PT); Estónia (EE); Grécia (GR).

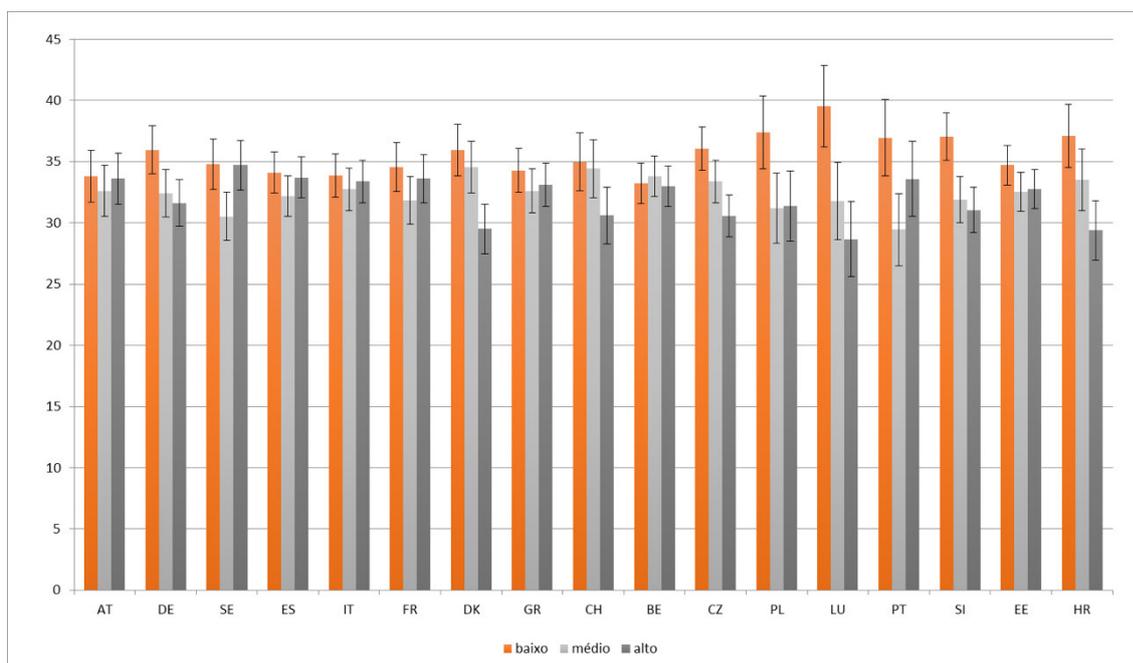
#### 4.1.5. Rendimento per capita

Relativamente ao rendimento per capita, verifica-se uma percentagem muito superior de homens com rendimentos altos comparativamente à mesma classe nas mulheres e, por outro lado, uma percentagem de mulheres com rendimentos baixos muito superior à mesma classe nos homens.

Nas mulheres, a percentagem de inquiridas com rendimentos baixos, médios ou altos é semelhante, sendo um padrão relativamente comum a todos os países. Ainda assim, constata-se que em vários países, nomeadamente Luxemburgo, Croácia, Eslovénia, Dinamarca, República Checa, Alemanha e Polónia, a percentagem de mulheres com baixos rendimentos é superior à percentagem de mulheres com rendimentos altos.

Nos homens, existem discrepâncias maiores entre a percentagem das três classes (rendimentos baixos, médios ou altos), não havendo nenhum caso onde a percentagem de homens com rendimentos baixos seja superior à dos que possuem rendimentos altos. Alguns países registam uma percentagem de homens com um rendimento alto muito superior à daqueles que possuem rendimento baixo, destacando-se a Suíça e a Suécia, e ainda a Alemanha, Bélgica, Luxemburgo e Itália.

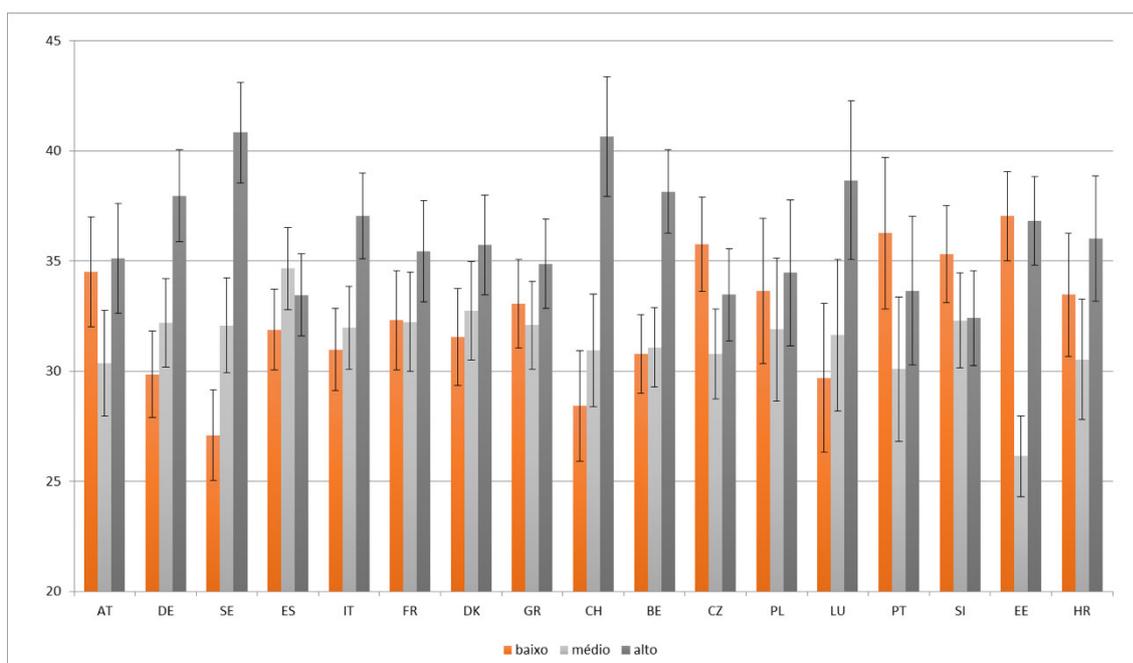
**Figura 6** - Prevalência dos níveis de rendimento per capita (baixo, médio ou alto) na população feminina, por país



Fonte: SHARE, vaga 6, dados ponderados, N=67.173

Notas: Barras denotam intervalos de confiança de 95%. Países: Áustria (AT); Alemanha (DE); Suécia (SE); Espanha (ES); Itália (IT); França (FR); Dinamarca (DK); Grécia (GR); Suíça (CH); Bélgica (BE); República Checa (CZ); Polónia (PL); Luxemburgo (LU); Portugal (PT); Eslovénia (SI); Estónia (EE); Croácia (HR).

**Figura 7** - Prevalência dos níveis de rendimento per capita (baixo, médio ou alto) na população masculina, por país



Fonte: SHARE, vaga 6, dados ponderados, N=67.173

**Notas:** Barras denotam intervalos de confiança de 95%. Países: Áustria (AT); Alemanha (DE); Suécia (SE); Espanha (ES); Itália (IT); França (FR); Dinamarca (DK); Grécia (GR); Suíça (CH); Bélgica (BE); República Checa (CZ); Polónia (PL); Luxemburgo (LU); Portugal (PT); Eslovénia (SI); Estónia (EE); Croácia (HR).

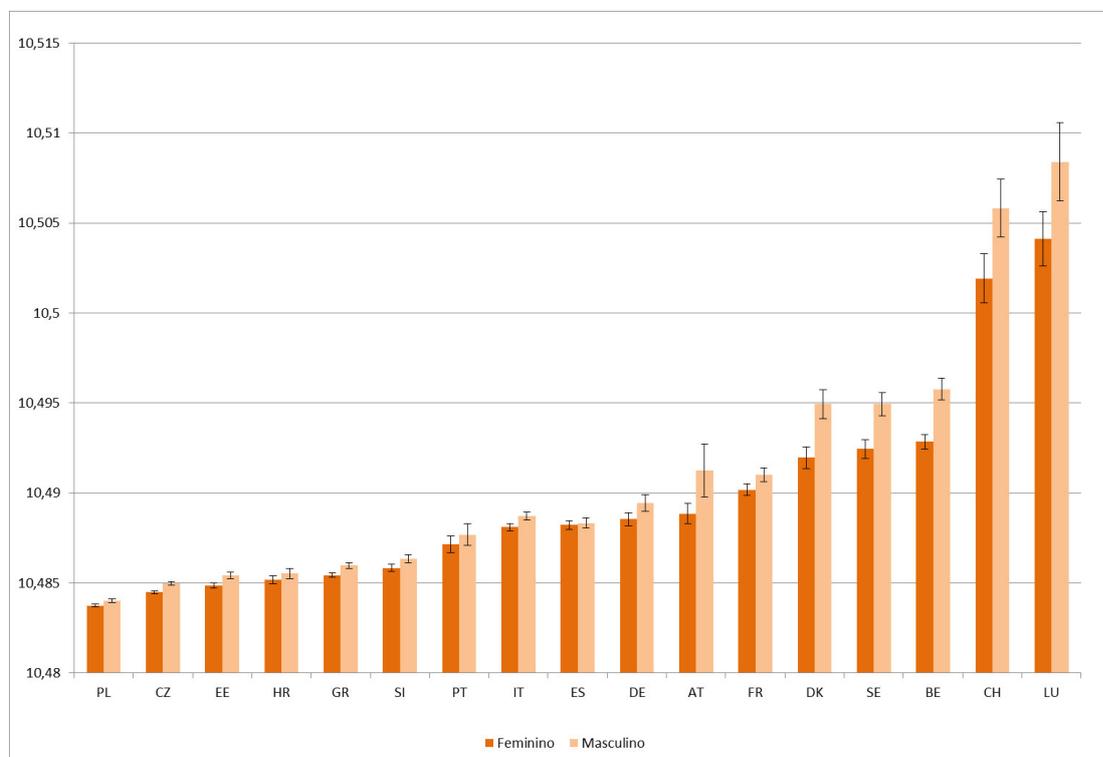
#### 4.1.6. Património líquido do agregado familiar

Relativamente à variável “património líquido do agregado familiar”, que reflete a riqueza do agregado, podemos afirmar que na maioria dos países analisados (em 13 de um total de 17) existe uma diferença estatisticamente significativa entre géneros, com o sexo masculino a registar os valores mais altos, à exceção de Espanha, Portugal, Eslovénia, Croácia, onde os intervalos de confiança se sobrepõem.

Luxemburgo e Suíça registam valores significativamente superiores aos dos restantes países, para ambos os géneros. Por outro lado, a Polónia regista os valores mais baixos, tanto nos homens como nas mulheres.

No grupo de países cujo património líquido do agregado familiar é maior encontram-se alguns países do Centro (Luxemburgo, Suíça e Bélgica) e os países do Norte (Suécia e Dinamarca). Por outro lado, os países que apresentam valores mais baixos são os países do Leste e do Sul.

**Figura 8 - Património líquido do agregado familiar, por género e país**



**Fonte:** SHARE, vaga 6, dados ponderados, N=67.173

**Notas:** Barras denotam intervalos de confiança de 95%. Países: Polónia (PL); República Checa (CZ); Estónia (EE); Croácia (HR); Grécia (GR); Eslovénia (SI); Portugal (PT); Itália (IT); Espanha (ES); Alemanha (DE); Áustria (AT); França (FR); Dinamarca (DK); Suécia (SE); Bélgica (BE); Suíça (CH); Luxemburgo (LU).

#### **4.2. Análise comparativa dos indivíduos com melhor e pior saúde física**

Na tabela 2 apresentam-se as características dos indivíduos com melhor e pior saúde física (acima ou abaixo da média do respetivo país), para comparação entre os dois grupos. Os testes estatísticos mostram que há diferenças significativas entre os indivíduos com melhor e pior saúde física em todas as variáveis analisadas, à exceção da variável “historial de fumador” ( $p=0.257$ ), cujas proporções para os dois grupos são estatisticamente iguais.

Em traços gerais, no que respeita às características demográficas e fatores de risco, o grupo com pior saúde física é composto por pessoas mais velhas (média de 69.37 anos, comparativamente aos 63.27 anos do grupo com melhor saúde física), tem uma maior percentagem de mulheres (58.16%, em comparação com 50.56%), maior percentagem de indivíduos com a escolaridade mais baixa – ensino primário ou menos (48.17% comparado com 36.16%), maior percentagem de inatividade física (24.70% em contraste com 5.62%), maior percentagem de indivíduos com depressão (45.14% em comparação com 16.90%) e percentagem semelhante de pessoas com historial de fumador, comparativamente ao grupo que possui melhor saúde física.

Em relação aos indicadores das condições económicas e de privação material, o grupo com pior saúde física revela mais stress financeiro (46.30% comparado com 32.83%), mais dificuldade em fazer face a despesas inesperadas sem pedir dinheiro emprestado (41.55% em contraste com 25.53%), adia mais vezes as idas ao dentista para ajudar a controlar os gastos (8.85% comparativamente a 6.18%) e possui maior percentagem de indivíduos com rendimento baixo (37.85% em comparação com 29.60%) relativamente ao grupo com melhor saúde física. Por outro lado, no que respeita ao património líquido do agregado familiar, os valores são iguais para ambos os grupos (em média 10.49 – valores da variável com logaritmo).

No entanto, se considerarmos o tamanho dos efeitos, que medem a magnitude das diferenças encontradas, as características que distinguem os dois grupos são apenas a idade, a inatividade física e a depressão.

**Tabela 2 - Características da população em função da saúde física**

	<b>Pior saúde física</b> (abaixo da média do país)	<b>Melhor saúde física</b> (acima da média do país)			<b>Cohen's d</b>
	(N = 32020)	(N = 35152)	<i>t/χ<sup>2</sup></i>	<b>p-value</b>	<b>/ phi</b>
<b>Características demográficas e fatores de risco</b>					
<b>Idade, média (DP)</b>	69,37 (11,35)	63,27 (9,51)	70,808	0,000	0,58
<b>Género</b>					
Feminino (%)	58,16	50,56	210,643	0,000	0,06
Masculino (%)	41,81	49,41			
<b>Escolaridade</b>					
Primário ou menos (%)	48,17	36,16	1463,897	0,000	0,15
Secundário (%)	34,63	36,40			
Pós-secundário (%)	17,17	27,41			
<b>Inatividade física</b>					
Não (%)	75,28	94,37	4639,340	0,000	0,26
Sim (%)	24,70	5,62			
<b>Historial de fumador</b>					
Não (%)	53,87	53,78	1,286	0,257	0,00
Sim (%)	46,11	46,20			
<b>Depressão/Sintomatologia depressiva (Euro-D)</b>					
Não (3 ou menos sintomas) (%)	54,84	83,08	5737,617	0,000	0,29
Sim (4 ou mais sintomas) (%)	45,14	16,90			
<b>Condições económicas e de privação material</b>					
<b>Stress financeiro</b>					
Não (%)	53,68	67,15	1229,669	0,000	0,14
Sim (%)	46,30	32,83			
<b>Rendimento per capita</b>					
Rendimento baixo (%)	37,85	29,60	811,249	0,000	0,11
Rendimento médio (%)	33,49	30,96			
Rendimento alto (%)	28,62	39,41			
<b>Ser capaz de fazer face a despesas inesperadas sem pedir dinheiro emprestado</b>					
Não (%)	41,55	25,53	884,842	0,000	0,11
Sim (%)	58,43	74,44			
<b>Prorrogar as idas ao dentista para ajudar a manter os custos de vida baixos</b>					
Não (%)	91,14	93,81	230,909	0,000	0,06
Sim (%)	8,85	6,18			
<b>Log (Património líquido do agregado familiar), média (DP)</b>	10,49 (0,01)	10,49 (0,01)	-30,772	0,000	0,00

**Fonte:** SHARE, vaga 6, dados ponderados, N=67.173

**Notas:** Testes para comparação entre grupos (teste t (t) para amostras independentes e teste qui-quadrado( $\chi^2$ )).

#### 4.3. Resultados da regressão linear múltipla para todos os países

Analisando a relação entre as diversas variáveis relacionadas com as condições económicas e de privação material, assim como entre as variáveis de controlo e a saúde física dos indivíduos com mais de 50 anos pertencentes aos países da vaga 6 do SHARE, podemos concluir que:

As variáveis “consumo excessivo de álcool nos últimos 7 dias” e “sujeitar-se ao frio para ajudar a controlar os gastos” não são estatisticamente significativas.

A **escolaridade** está associada positivamente à saúde física, ou seja, quanto maior a escolaridade, melhor a saúde física, sendo que para cada nível a mais na escolaridade, a saúde física aumenta 0.057 valores.

O facto de ser do **género** masculino tem uma relação positiva com a saúde física, traduzindo-se num aumento da mesma em 0.043 valores.

A **idade** associa-se negativamente à saúde física. Quanto mais velho, pior a saúde física: cada ano adicional corresponde a menos 0.015 valores de saúde física.

O **rendimento per capita** relaciona-se positivamente com a saúde física. Cada nível a mais no rendimento per capita equivale a um aumento da saúde física de 0.026 valores.

O **stress financeiro** e a saúde física estão negativamente associados. Os inquiridos que reportam mais stress financeiro têm, em média, menos 0.120 valores na saúde física.

**Ser capaz de fazer face a despesas inesperadas sem pedir dinheiro emprestado** tem uma relação positiva com a saúde física, correspondendo a um aumento desta de, em média, 0.037 valores.

**Adiar as visitas ao dentista para ajudar a controlar os gastos** associa-se negativamente à saúde física, que se reflete numa diminuição de 0.106 valores na saúde física.

O **património líquido do agregado familiar, que reflete a riqueza acumulada**, possui uma relação positiva com a saúde física. Quanto maior o património líquido do agregado familiar, melhor a saúde física dos inquiridos (para cada valor a mais no património líquido, a saúde física regista mais 3.465 valores).

A **depressão** e a saúde física associam-se negativamente, ou seja, quem tem 4 ou mais sintomas depressivos tem pior saúde física (em média, menos 0.415 valores).

A **inatividade física** também corresponde a uma pior saúde física. Quem é fisicamente inativo tem, em média, menos 0.485 valores na saúde física.

Ter **historial de fumador** relaciona-se negativamente com a saúde física. Desta forma, quem fuma atualmente ou foi fumador pelo período mínimo de um ano tem, em média, menos 0.052 valores de saúde física.

Relativamente aos **regimes de bem-estar**, utilizou-se como categoria de referência o regime Leste, que regista os piores valores de saúde física.

Os indivíduos que residem no regime Centro têm, em média, mais 0.140 valores de saúde física do que os do regime Leste. Seguem-se os indivíduos do regime Norte, com mais 0.228 valores de saúde física

do que os do regime Leste e, por último, com os valores mais elevados de saúde física encontra-se o regime Sul, que regista mais 0.341 valores comparativamente ao regime Leste.

Quando se calcula a média da variável saúde física por regime de bem-estar, o regime Norte apresenta os valores mais elevados, seguido do regime Sul, Centro e Leste, como referido na análise descritiva da variável. No entanto, efetuando uma regressão onde as restantes variáveis são controladas, essa tendência altera-se, como se acaba de verificar, passando o regime Sul a registar os melhores valores de saúde física, seguido dos regimes Norte, Centro e Leste.

**Tabela 3 - Regressão linear múltipla para a saúde física (todos os países)**

	<b>Modelo (N=43193)</b>		
	<b>OR</b>	<b>IC (95%)</b>	<b>p</b>
Género (0 = feminino)	0,043	0,031-0,055	<b>0,000</b>
Idade	-0,015	(-0,016)-(-0,015)	<b>0,000</b>
Escolaridade (0 = primário ou menos)	0,057	0,049-0,064	<b>0,000</b>
Rendimento per capita (1 = rendimento baixo)	0,026	0,019-0,033	<b>0,000</b>
Stress financeiro (0 = não)	-0,120	(-0,135)-(-0,105)	<b>0,000</b>
Ser capaz de fazer face a despesas inesperadas sem pedir dinheiro emprestado (0 = não)	0,037	0,023-0,051	<b>0,000</b>
Prorrogar as idas ao dentista para ajudar a manter os custos de vida baixos (0 = não)	-0,106	(-0,127)-(-0,085)	<b>0,000</b>
Depressão (0 = não = 3 ou menos sintomas depressivos)	-0,415	(-0,428)-(-0,402)	<b>0,000</b>
Inatividade física (0 = não)	-0,485	(-0,503)-(-0,466)	<b>0,000</b>
Historial de fumador (0 = não)	-0,052	(-0,064)-(-0,040)	<b>0,000</b>
Património líquido do agregado familiar	3,465	2,968-3,963	<b>0,000</b>
Regime de bem-estar: Northern	0,228	0,207-0,248	<b>0,000</b>
Regime de bem-estar: Central	0,140	0,125-0,155	<b>0,000</b>
Regime de bem-estar: Southern	0,341	0,325-0,357	<b>0,000</b>

**Fonte:** SHARE, vaga 6, dados não ponderados, N=67.172

**Notas:** OR=Odds ratios; IC=Intervalo de confiança a 95%, p=significância.

#### 4.4. Resultados da regressão linear múltipla para Portugal

A regressão efetuada no tópico anterior, cuja amostra engloba todos os países contemplados na investigação, é agora replicada para Portugal, permitindo uma observação detalhada da realidade deste país. Assim, da análise desta regressão linear múltipla, pode depreender-se o seguinte:

A **escolaridade** tem uma relação positiva com a saúde física: quanto maior a escolaridade, melhor a saúde física, sendo que para cada nível a mais na escolaridade, a saúde física aumenta 0.070 valores.

Em Portugal, controladas as restantes variáveis consideradas na investigação, o **género** não se relaciona com a saúde física (variável não significativa;  $p=0.592$ ).

A **idade** associa-se negativamente à saúde física. Assim, a saúde física diminui 0.012 valores com cada ano adicional.

O **rendimento per capita** não se encontra associado à saúde física ( $p=0.744$ ).

O **stress financeiro** possui uma relação negativa com a saúde física: quanto maior o stress financeiro, pior a saúde física (menos 0.121 valores).

**Ser capaz de fazer face a despesas inesperadas sem pedir dinheiro emprestado** não está associado à saúde física em Portugal ( $p=0.261$ ).

**Adiar as visitas ao dentista para ajudar a controlar os gastos** tem uma relação negativa com a saúde física, em que quem adia as idas ao dentista por este motivo tem, em média, menos 0.122 valores na saúde física.

O **património líquido do agregado familiar, que reflete a riqueza acumulada**, não está associado à saúde física em Portugal ( $p=0.816$ ).

A **depressão** – avaliada através da escala “EURO-D” – apresenta uma associação negativa com a saúde física, ou seja, quem reporta 4 ou mais sintomas depressivos tem pior saúde física (em média, menos 0.354 valores).

A **inatividade física** relaciona-se negativamente com a saúde física. Desta forma, quem não pratica atividade física (nunca ou quase nunca) apresenta, em média, menos 0.390 valores na saúde física.

Em Portugal, **ter historial de fumador** relaciona-se de forma positiva com a saúde física, ou seja, quem fuma atualmente ou já fumou no passado possui melhor saúde física (em média, mais 0.107 valores). Esta tendência é inversa à manifestada na regressão com todos os países.

**Tabela 4 - Regressão linear múltipla para a saúde física (Portugal)**

	<b>Modelo Portugal (N=957)</b>		
	<b>OR</b>	<b>IC (95%)</b>	<b>p</b>
Género (0 = feminino)	0,023	(-0,062)-0,109	0,592
Idade	-0,012	(-0,017)-(-0,008)	<b>0,000</b>
Escolaridade (0 = primário ou menos)	0,070	0,009-0,131	<b>0,024</b>
Rendimento per capita (1 = rendimento baixo)	0,008	(-0,040)-0,056	0,744
Stress financeiro (0 = não)	-0,121	(-0,211)-(-0,031)	<b>0,008</b>
Ser capaz de fazer face a despesas inesperadas sem pedir dinheiro emprestado (0 = não)	0,048	(-0,036)-0,133	0,261
Prorrogar as idas ao dentista para ajudar a manter os custos de vida baixos (0 = não)	-0,122	(-0,224)-(-0,020)	<b>0,019</b>
Depressão (0 = não = 3 ou menos sintomas depressivos)	-0,354	(-0,431)-(-0,276)	<b>0,000</b>
Inatividade física (0 = não)	-0,390	(-0,488)-(-0,292)	<b>0,000</b>
Historial de fumador (0 = não)	0,107	0,017-0,198	<b>0,020</b>
Património líquido do agregado familiar	0,764	(-5,665)-7,192	0,816

**Fonte:** SHARE, vaga 6, dados não ponderados, N=1662

**Notas:** OR=Odds ratios; IC=Intervalo de confiança a 95%, p=significância

#### 4.5. Condições económicas ou de privação material e a saúde física

A relação entre a pobreza e a saúde tem sido alvo de diversas abordagens e estudos. Contudo, no atual contexto de envelhecimento demográfico, a forma de mensurar as condições económicas e materiais das pessoas mais velhas, bem como as características que interferem na relação com a saúde carecem de maior compreensão, para a qual esta investigação pretende contribuir.

Neste capítulo serão discutidos os resultados estatísticos previamente apresentados. A discussão será dividida em dois subcapítulos: o primeiro referente à realidade europeia, com base nos resultados da regressão linear múltipla com todos os países e respetivos regimes de bem-estar, e o segundo referente aos resultados encontrados para Portugal.

##### 4.5.1. A relação entre as condições económicas ou de privação material e a saúde física no contexto europeu

Analisando os resultados da regressão linear múltipla com todos os países que participaram na vaga 6 do projeto SHARE, conclui-se que os indicadores utilizados para mensurar as condições económicas e de privação material se relacionam com a saúde física dos europeus com mais de 50 anos, com exceção do indicador “sujeitar-se ao frio para ajudar a controlar os gastos”, que não se revelou estatisticamente significativo. Os resultados apontam para uma associação entre condições económicas e a saúde no

sentido de: quanto piores as condições económicas e de privação material dos inquiridos, pior a sua saúde física. Este resultado é válido para cada um dos indicadores, controlando as características sociodemográficas e culturais, os comportamentos de risco em saúde e a saúde mental e, simultaneamente, os restantes indicadores das condições económicas e de privação material utilizados na investigação. Tendo-se testado e concluído a rejeição de existência de multicolinearidade, pode afirmar-se que a relação entre cada uma das variáveis económicas e a saúde física não foi enviesada pelo impacto das restantes variáveis.

A relação entre o rendimento e a saúde tem sido largamente documentada na literatura científica, no entanto, os resultados não são consensuais. Num retrato estatístico da União Europeia, o Eurostat (2010) revelou que a perceção de doenças de longa data ou problemas de saúde que dificultam gravemente as atividades é maior entre os indivíduos que possuem baixos rendimentos (Eurostat, 2010). Por outro lado, numa investigação longitudinal que engloba indivíduos com mais de 50 anos de 12 países integrados na base de dados do SHARE, Adena e Myck (2013) concluíram que a pobreza mensurada através do rendimento não está relacionada com alterações na saúde física. Num estudo posterior, os mesmos autores mostraram que a probabilidade de transitar para um estado de pior saúde ou de recuperar de um estado de má saúde não se encontra associada ao rendimento, sendo esta medida mais relevante no caso dos participantes mais jovens do grupo dos 50+ (entre os 50 e os 64 anos) (Adena & Myck, 2014).

Outros estudos, no entanto, alinham-se com os resultados da presente investigação, mostrando uma associação positiva entre o rendimento e a saúde. O estudo de Avendano et al. (2005), que recorre à base de dados do SHARE e considera dez países europeus, mostrou uma relação positiva entre o rendimento e a auto-perceção de saúde, problemas de longa duração e limitações nas atividades devido a problemas de saúde. Jorges (2015) também encontrou uma relação entre o rendimento e o acesso à saúde, em que as pessoas com pior rendimento têm pior saúde. Na literatura encontram-se várias justificações para a relação entre as duas variáveis, nomeadamente o facto de aqueles que possuem melhor rendimento conseguirem aceder a seguros de saúde privados – aspeto com especial relevância nos países com parca cobertura pública do serviço de saúde – (Paccagnella & Weber, 2019) e conseguirem suportar um estilo de vida mais saudável, particularmente no que diz respeito à alimentação e habitação (Franzese, 2015). O rendimento e a saúde estão também indiretamente relacionados, através de variáveis socioeconómicas, culturais e biológicas, que por sua vez influenciam, por exemplo,

as oportunidades de carreira e os comportamentos relacionados com a saúde, como a prática de atividade física, a dieta, o tabagismo ou a utilização de cuidados de saúde (Franzese, 2015).

Em linha com os resultados apresentados, Adena e Myck (2013) encontraram uma forte correlação entre a pobreza mensurada através do stress financeiro e da riqueza (património líquido) e a saúde física. Num outro estudo, os mesmos autores (Adena & Myck, 2014) identificaram ainda alterações na auto-perceção de saúde e na saúde medida com base nos problemas de saúde e nas limitações funcionais, relacionadas com a pobreza subjetiva e com a pobreza definida em função da riqueza acumulada (Adena & Myck, 2014).

Browning e Madsen (2019) sublinham que o stress financeiro – medida baseada na auto-perceção de pobreza – é uma importante medida das condições materiais das pessoas mais velhas, tendo em conta que reflete a capacidade de manterem o mesmo padrão de vida quando se retiram do mercado de trabalho.

Christelis et al. (2019) destacam, por outro lado, o património líquido (riqueza) como medida fidedigna do bem-estar económico dos idosos, uma vez que muitos indivíduos poupam dinheiro ao longo da vida para utilizarem na reforma, o que se reflete no património líquido disponível.

Estes achados concorrem para corroborar e explicar os dados encontrados na análise da relação entre o stress financeiro e património líquido do agregado familiar, por um lado, e a saúde física, por outro.

Dos três indicadores do índice de privação material do SHARE considerados nesta investigação, dois deles (“ser capaz de fazer face a despesas inesperadas sem pedir dinheiro emprestado” e “adiar as visitas ao dentista para ajudar a controlar os gastos”) revelaram uma relação estatisticamente significativa com a saúde física: quanto maior a privação material, pior a saúde física. Este resultado vai ao encontro dos resultados divulgados em estudos prévios, baseados em índices de privação material e diversas medidas de avaliação da saúde física (Bertoni et al., 2015; Franzese, 2015; Myck et al., 2019). Vários autores (Adena et al., 2015; Bertoni et al., 2015) têm assinalado os índices de privação material como indicadores fidedignos das condições materiais das famílias, uma vez que medem a capacidade dos agregados adquirirem ou acederem a certos bens ou serviços.

O indicador “adiar as visitas ao dentista para ajudar a controlar os gastos” que, como referido, integra o conjunto de indicadores de privação material do SHARE, tem merecido particular destaque na literatura pelo seu impacto na saúde e bem-estar dos indivíduos, apontando para a existência de desigualdades sociais na saúde oral (Listl & Jurges, 2015; Steele et al., 2015), também observadas nesta pesquisa.

Relativamente às características sociodemográficas dos indivíduos, a “escolaridade” e o “género” (categoria de referência: género masculino) revelam uma associação positiva com a saúde física, enquanto a “idade” se associa negativamente à saúde física, como era de prever com base na literatura.

Vários estudos têm demonstrado a existência de uma associação positiva entre a escolaridade e a saúde física. Assim, os indivíduos com mais escolaridade têm melhor saúde física, seja esta avaliada através de medidas objetivas ou subjetivas, embora o impacto seja mais evidente nestas últimas (Kratz & Bristle, 2019). Os indivíduos com formação universitária têm melhor saúde física e vidas mais longas (Marmot, 2010), os indivíduos menos escolarizados têm mais debilidades do que os mais escolarizados – desigualdade que se acentua com a idade – (Arnault et al., 2019) e apresentam um risco mais elevado de classificarem a sua saúde como má, de terem problemas de longa duração e limitações na execução de atividades devido a problemas de saúde (Avendano et al., 2005).

O estudo de Brunello, Fort, Schneeweis e Winter-Ebmer (2016) revelou que, à medida que a escolaridade aumenta, a saúde auto-percecionada diminui e que essa relação é parcialmente explicada (entre 23 a 45%, dependendo do género) pelos comportamentos relacionados com a saúde, nomeadamente o consumo de álcool e tabaco, a prática de exercício físico e uma alimentação adequada. Há uma parte da relação por explicar que os autores apontam poder ter, como causa direta, os conhecimentos e capacidades que a escolaridade proporciona e que conduzem a uma melhor tomada de decisão em matéria de saúde e, como causa indireta, o contexto sociocultural envolvente, bem como outros comportamentos relacionados com a saúde não considerados na investigação.

A componente descritiva deste estudo revelou a existência de diferenças de género na saúde física dos inquiridos, a desfavor das mulheres, em todos os países, à exceção da Polónia (a diferença encontrada não é estatisticamente significativa, uma vez que os intervalos de confiança se sobrepõem). Estas diferenças poderiam ser atribuídas à idade, como apontam alguns autores (Solé-Auró, Jasilionis, Li & Oksuzyan, 2018), uma vez que a esperança média de vida das mulheres é maior do que a dos homens. No entanto, na análise de regressão em que se controla a idade, nomeadamente, a desvantagem das mulheres em termos de saúde física persiste.

Estes resultados alinham-se com diversas investigações que revelam que, apesar da maior esperança média de vida, as mulheres apresentam pior saúde (Marmot, Allen, Bell, Bloomer & Goldblatt, 2012), mais incapacidades (WHO, 1999; Verbrugge & Jette, 1994), problemas de saúde (Mackenbach et al., 2005), multimorbilidade e fragilidade (Ahrenfeldt, Moller, Thinggaard, Christensen & Lindahl-Jacobsen, 2019) e ainda limitações funcionais e dificuldades no desempenho das atividades de vida diárias

(Christensen et al., 2009). Dados da Eurostat (2013) também mostram que, embora a esperança média de vida das mulheres seja cerca de 5,7 anos mais longa do que a dos homens, a esperança média de vida saudável é de aproximadamente 61,8 anos para os homens e 62,2 anos para as mulheres, o que representa cerca de 80% dos anos de vida dos homens e 75% dos anos de vida das mulheres.

Marmot et al. (2012) sublinham que, para além das diferenças biológicas entre homens e mulheres, existem diferenças sociais fundamentais na forma como são tratados, nos bens e resiliência que possuem, assim como nos papéis sociais e económicos que desempenham, que têm implicações nos riscos para a saúde a que estão expostos ao longo do ciclo de vida. Estas diferenças biológicas e sociais entre géneros contribuem ainda para que as mulheres sejam mais propensas a contrair doenças crónicas ou incapacitantes enquanto os homens são mais propensos a contrair doenças potencialmente fatais (Mackenbach et al., 2005; Verbrugge & Jette, 1994).

A relação entre a idade e a saúde física tem sido largamente documentada na literatura, sendo consensual que a saúde física tende a piorar com a idade (Eurostat, 2019a), uma vez que esta aumenta o risco de contrair diversas patologias e limitações de mobilidade e diminui a funcionalidade (Mackenbach et al., 2005).

Quanto aos comportamentos de risco, as variáveis “historial de fumador” e “inatividade física” revelam uma associação negativa com a saúde física. Estes resultados vão ao encontro do que era expectável e atestam uma das preocupações da OMS, que se prende com os inúmeros malefícios para a saúde decorrentes destes comportamentos (Marmot et al., 2012).

A relação negativa entre o tabaco e a saúde física tem sido amplamente comprovada e tem revelado que fumar é uma das principais causas de morte prematura e incapacidade (Rechel et al., 2013), nomeadamente devido ao aumento substancial do risco de morte por cancro do pulmão e outros tipos de cancro, doenças cardiovasculares, doenças respiratórias crónicas, entre outras, sendo responsável por 9% da mortalidade mundial (WHO, 2009). O estudo de García-Muñoz et al. (2018) indica ainda que fumar ou ter historial de fumador se encontra negativamente associado à autoavaliação do estado de saúde.

A associação entre a inatividade física e a saúde também se encontra largamente estudada, sendo inúmeros os benefícios da prática de atividade física para a saúde, nomeadamente a redução do risco de doenças cardiovasculares, cancro, diabetes tipo 2 e depressão, a melhoria da saúde musculoesquelética e do controlo do peso corporal (WHO, 2009) e a preservação e melhoria das funções

cognitivas, aspetos que conduzem a uma redução da mortalidade e aumento da longevidade (WHO, 2015).

A inatividade física, por sua vez, tem sido alvo de preocupação mundial, sobretudo na América do Norte e Europa (Knight, 2012), uma vez que contribui para 6% da mortalidade mundial (WHO, 2015). A OMS (WHO, 2009) estima que a falta de atividade física seja responsável por 21 a 25% dos casos de cancro da mama e do cólon, 27% da incidência de diabetes e cerca de 30% das situações de doença isquémica cardíaca.

A inatividade física aumenta com a idade (Aro, Avendano & Mackenbach, 2005; Gomes et al. 2016; Sun, Norman & While, 2013), sendo que a percentagem de pessoas que cumprem os níveis de atividade física recomendados pela OMS decresce à medida que a idade avança (WHO, 2015). A associação negativa entre a inatividade física e a saúde física entre as pessoas com mais de 50 anos foi ratificada pela presente investigação.

A depressão também se relaciona negativamente com a saúde física, sendo que quem reporta 4 ou mais sintomas depressivos apresenta pior saúde física, resultado que se alinha com estudos prévios (Blazer, 2003). Dewey e Prince (2005) que encontraram uma associação entre a depressão e a auto-perceção de saúde, assim como a presença de doenças crónicas e de limitações na mobilidade e no desempenho de atividades de vida diária, controlando as variáveis idade, sexo e estado civil. Os autores sublinham ainda que a depressão é uma condição muito incapacitante, cujo impacto equivale ao das principais doenças crónicas, como a artrite reumatoide. Este aspeto merece particular atenção no contexto do envelhecimento demográfico, tendo em conta que a incidência de depressão é mais elevada entre as pessoas mais velhas (Blazer, 2003; Dewey & Prince, 2005; WHO, 2015), devido ao maior risco de ocorrência de eventos de vida adversos (WHO, 2015).

A consideração dos regimes de bem-estar na análise dos níveis de saúde física, por um lado, e na análise da relação entre as condições económicas e a saúde física, por outro lado, sustenta-se na análise de diversos autores que têm destacado a importância destes regimes enquanto determinantes da saúde e das desigualdades em saúde (Eikemo, Bambra et al., 2008; Eikemo, Huisman et al., 2008; Jerez-Roig et al., 2018; Marmot et al., 2012).

Os resultados das análises realizadas por regimes de bem-estar diferem na presença ou ausência de controle das características sociodemográficas, económicas e de saúde comportamental e mental dos indivíduos. Assim, quando não se controlam estas características, verifica-se que os indivíduos do Norte

da Europa apresentam melhor saúde física, seguindo-se os indivíduos do Sul, os do Centro e, por último, os do Leste Europeu, resultados ratificados pelo estudo de Jerez-Roig et al. (2018). Estes resultados, no entanto, alteram-se quando são controladas as condições económicas e de privação material, as características sociodemográficas e os fatores comportamentais de risco para a saúde, assim como a saúde mental, passando o regime dos países do Sul da Europa a registar a posição mais favorável em termos de saúde física, seguindo-se o regime Norte, o Centro e o Leste. Com efeito, a análise descritiva das variáveis revela que os indivíduos dos regimes Sul e Leste apresentam os piores resultados em termos económicos e de privação material (mais stress financeiro, mais dificuldade em fazer face a despesas inesperadas, valores mais baixos de património líquido e que mais adiam as idas ao dentista devido aos custos), sendo os do Norte os que apresentam resultados mais favoráveis. Este aspeto poderá justificar o facto de o regime dos países do Norte apresentar melhores índices de saúde física do que o Sul, mas esta tendência se altera quando são controladas as referidas variáveis, o que aponta para que a situação económica e de privação material registada nos países do Sul – sem esquecer o papel das características sociodemográficas e dos fatores de risco para a saúde –, constitua uma barreira à saúde física dos indivíduos, limitando-os no alcance do seu potencial de saúde. Esta hipótese alinha-se com o estudo de Eikemo, Huisman et al. (2008), que numa comparação entre as desigualdades em saúde nos diferentes regimes de bem-estar, conclui que os países do Sul registam os valores mais elevados de desigualdade, neste caso tendo como barómetro o indicador “educação”, também considerado nas variáveis de controlo da presente investigação.

Marmot et al. (2012) afirmam que parte das diferenças em saúde na Europa estão relacionadas com as diferenças na exposição a comportamentos de risco, que resultam de desigualdades nos estilos de vida. Por sua vez, o estudo de Linardakis, Papadaki, Smpokos-Sbokos, Komninos e Philalithis (2013), baseado no SHARE, revelou maior prevalência de comportamentos de risco para as doenças crónicas nos países do Sul, comparativamente aos do Norte e Centro. Assim, os comportamentos de risco podem também contribuir para justificar o facto dos países do Sul apresentarem melhores níveis de saúde do que os do Norte, nas análises estatísticas em que são controlados estes comportamentos de risco em saúde.

#### **4.5.2. A relação entre as condições económicas ou de privação material e a saúde física em Portugal**

Em Portugal, verifica-se que as variáveis “rendimento per capita”, “património líquido do agregado familiar” e “ser capaz de fazer face a despesas inesperadas sem pedir dinheiro emprestado” não

contribuem para “explicar” a saúde física. Inversamente, o “stress financeiro” e “adiar as visitas ao dentista para ajudar a controlar os gastos” estão associados negativamente à saúde física dos portugueses.

Os estudos sobre as condições económicas e a saúde dos portugueses têm-se debruçado maioritariamente sobre a escolaridade e o rendimento enquanto indicadores das condições socioeconómicas e sobre o conceito de saúde baseado na auto-perceção dos inquiridos.

No que diz respeito ao rendimento, as investigações de Simões, Crespo, Moreira e Varum (2016) e de Veiga (2005) demonstraram uma relação positiva entre este indicador e a auto-perceção de saúde dos portugueses.

A Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE & European Observatory on Health Systems and Policies, 2019), num perfil sobre a saúde em Portugal referente a 2019, revelou que cerca de 61% dos portugueses no quintil de rendimentos mais alto considera estar de boa saúde, enquanto no quintil de rendimentos mais baixo apenas 39% fazem essa avaliação. O mesmo estudo evidencia a existência de diferenças significativas entre as necessidades de saúde não satisfeitas reportadas pelos indivíduos dos escalões de rendimentos mais baixos e os dos escalões mais elevados, sendo que a maioria das necessidades não satisfeitas dos indivíduos desfavorecidos foram precipitadas por dificuldades financeiras (OCDE & European Observatory on Health Systems and Policies, 2019).

Por outro lado, o estudo de Correia, Ferreira, Pinto, Valente e Veiga (2017) que incide sobre a população portuguesa com mais de 50 anos revela um impacto “misto” do rendimento na saúde: os indivíduos com rendimentos mais elevados têm uma probabilidade maior de percecionar a sua saúde como boa comparativamente aos indivíduos com rendimentos mais baixos, mas o mesmo não se verifica (não existe significância estatística) na probabilidade de reportar duas ou mais doenças crónicas ou incapacidade severa.

Em linha com a presente investigação, o estudo de Doorslaer e Koolman (2004) demonstra que as desigualdades em saúde relacionadas com o rendimento diminuem quando são controlados outros indicadores socioeconómicos. O estudo de Eikemo, Bambra et al. (2008) aponta a educação como a variável explicativa da maior parte das desigualdades em saúde relacionadas com o rendimento nos países do Sul da Europa, nos quais se encontra Portugal. Blázquez et al. (2014), recorrendo ao Inquérito Espanhol sobre as Condições de Vida, concluíram que quando os níveis de privação material são

incluídos como covariáveis, o rendimento deixa de ser significativo na explicação dos níveis individuais de saúde.

Assim, o facto de o “rendimento per capita”, o “património líquido do agregado familiar” e o indicador “ser capaz de fazer face a despesas inesperadas sem pedir dinheiro emprestado” não estarem associados à saúde física quando controladas as características sociodemográficas, económicas e de saúde comportamental e mental pode justificar-se pelo facto de estes indicadores financeiros se relacionarem com a saúde por intermédio das restantes variáveis analisadas, nomeadamente o stress financeiro, adiar as visitas ao dentista para ajudar a controlar os gastos, a escolaridade, a depressão e os fatores de risco comportamentais. A análise de Cortes (2016) sobre o estado da saúde em Portugal corrobora esta ideia no que diz respeito aos fatores de risco, uma vez que a investigadora conclui que os grupos socialmente desfavorecidos são, precisamente, mais vulneráveis aos diferentes fatores de risco para a saúde.

Adicionalmente, Moscarola, d’Addio, Fornero e Rossi (2015) revelam que nos países mediterrâneos, onde se inclui Portugal, é mais comum a compra de casa do que nos países do Norte da Europa. Assim, nestes agregados, os níveis de riqueza (património líquido do agregado familiar) envolvem um elevado grau de iliquidez devido ao património imobiliário, o que poderá refletir-se num subconsumo de outros bens e serviços, nomeadamente relacionados com a saúde. Este aspeto poderá explicar o facto da associação entre o património líquido do agregado familiar e a saúde física não ser estatisticamente significativa em Portugal.

Complementarmente a esta análise, acresce que mesmo os agregados mais pobres encaram a saúde como prioridade, o que resulta, como indicam alguns estudos (Furtado & Pereira, 2010; Petmesidou, Guillén & Pavolini, 2020), num peso acrescido nas despesas familiares destes agregados. Assim, uma grande parte do rendimento/riqueza que os agregados mais pobres auferem ou possuem destina-se às despesas de saúde, o que poderá colocar a tónica da desigualdade no stress financeiro, em consequência do elevado investimento relativo que estas famílias necessitam de fazer na saúde. Os altos níveis de “stress financeiro” dos portugueses comparativamente aos restantes países em análise (Portugal é o terceiro país a registar os níveis mais elevados, apenas precedido pela Grécia e Croácia), assim como a sua associação negativa com a saúde física refletem, precisamente, este aspeto.

Numa análise ao Sistema de Saúde português, a Organização Mundial da Saúde (WHO, 2010) revelou que, entre os anos 2005 e 2006, mais de 23% dos agregados situados no quintil mais baixo de rendimentos afirmaram ter despendido mais de 20% do seu rendimento para cobrir despesas de saúde

e 8% despenderam mais de 40%, algo que a OMS classifica como “um nível catastrófico de gastos privados em saúde”, no qual se destacam as despesas com medicamentos (WHO, 2010, p. 42).

Portugal apresenta, de acordo com Furtado e Pereira (2010), uma situação de regressividade do financiamento da saúde, ou seja, as famílias dedicam uma parcela menor do seu rendimento às despesas em saúde à medida que o seu rendimento aumenta, o que contribui para a iniquidade em saúde (Furtado & Pereira, 2010). O perfil da saúde em Portugal traçado pela OCDE em 2019 (OCDE & European Observatory on Health Systems and Policies, 2019) indica que o Serviço Nacional de Saúde (SNS) de Portugal possibilita a comparticipação dos custos e isenta mais de metade da população, no entanto, as despesas não reembolsadas são, em geral, mais altas do que a média europeia. Estes dados apontam para um maior stress financeiro nos agregados portugueses mais pobres e sustentam a hipótese de que, mais do que as variáveis económicas (rendimento e património líquido do agregado familiar), o stress financeiro tem uma relação importante com a saúde física em Portugal.

Uma outra hipótese explicativa da ausência de associação entre o “rendimento”, o “património líquido do agregado familiar” e “ser capaz de fazer face a despesas inesperadas sem pedir dinheiro emprestado”, por um lado, e a saúde física, por outro lado, aponta para o facto dos rendimentos não monetários possuírem um peso significativo nos rendimentos dos agregados familiares, sobretudo nos países do Sul da Europa, onde são tradicionalmente mais elevados, como alerta o relatório “Sobre a pobreza, as desigualdades e a privação material em Portugal”, do Instituto Nacional de Estatística (INE, 2010). Com efeito, o relatório revela que cerca de 20% do total dos recursos das famílias portuguesas correspondem a rendimentos não monetários, facto que merece particular atenção na análise das condições de vida dos portugueses (INE, 2010).

Relativamente à variável “adiar as visitas ao dentista para ajudar a controlar os gastos”, a análise descritiva por país e por género, revela que Portugal é o terceiro país onde esta situação é mais comum (depois da Grécia e Estónia), tanto nos homens como nas mulheres. Este aspeto alinha-se com a análise da OCDE, que sublinha que em Portugal os cuidados de saúde oral são maioritariamente prestados pelo setor privado, através de pagamentos diretos, sendo as necessidades não satisfeitas deste tipo de cuidados, as segundas mais elevadas da UE – devido ao custo, distância ou listas de espera –, o que corresponde a “cerca do quádruplo da média da UE” (OCDE & European Observatory on Health Systems and Policies, 2019, p. 16). Este argumento poderá explicar o elevado número de inquiridos em Portugal que afirma adiar as idas ao dentista para ajudar a controlar os gastos e a sua associação negativa com a saúde física.

No que respeita às características sociodemográficas, a “escolaridade” mostrou uma associação positiva com a saúde física. A “idade”, por outro lado, associa-se negativamente à saúde física dos portugueses, enquanto o “género” não se revelou estatisticamente significativo na análise da relação com a saúde física.

A relação positiva entre a escolaridade e a saúde em Portugal tem sido amplamente comprovada em diversos estudos (Correia et al., 2017; Doorslaer & Koolman, 2004; Simões et al., 2015; Veiga, 2005), o que é consistente com os resultados de análises internacionais. Num estudo que envolve 22 países europeus, Mackenbach et al. (2008) concluem que Portugal está entre os países onde as desigualdades na auto-perceção de saúde em função da escolaridade são mais acentuadas. Dados do INE (2020) relativos a 2019 mostram que a percentagem de portugueses que avaliam o seu estado de saúde como bom ou muito bom aumenta com o nível de escolaridade, variando entre 8.1% para os indivíduos que não terminaram qualquer ciclo de ensino, 37.9% no caso daqueles que terminaram o ensino básico e mais de 70% para aqueles que terminaram o ensino secundário ou o ensino superior. No mesmo sentido, a probabilidade de reportar uma doença crónica ou um problema de saúde prolongado situa-se perto dos 80% para quem não completou qualquer ciclo de ensino, próximo dos 50% para quem completou o ensino básico e abaixo dos 30% para quem completou o ensino secundário e o ensino superior.

A OCDE (OCDE & European Observatory on Health Systems and Policies, 2019) salienta que existe uma discrepância de seis anos entre a esperança média de vida dos portugueses com o nível de escolaridade mais alto e com o nível mais baixo. Para além de a escolaridade reduzir o risco de pobreza (INE, 2010), de acordo com Simões et al. (2015), aumenta a capacidade para aceder e interpretar informação, levando a melhores decisões para a saúde, aumenta a probabilidade de se conseguirem empregos mais seguros e com melhores salários, que suportem estilos de vida mais saudáveis, e proporciona o acesso a contextos sociais que promovem a adoção de comportamentos mais saudáveis.

Tendo em conta que a população portuguesa apresenta níveis de escolaridade abaixo da média europeia (Simões et al., 2015), com elevadas taxas de analfabetismo na população idosa, este aspeto merece particular atenção no âmbito do combate às desigualdades em saúde.

A associação negativa entre a idade e a saúde física é um resultado expectável, uma vez que a idade é um dos determinantes mais importantes do estado de saúde, sendo o seu impacto negativo na saúde um resultado largamente documentado e consensual na literatura científica (Simões et al., 2015).

Em Portugal, dados do INE (2020) relativos a 2019 mostram um fosso acentuado entre a percentagem da população idosa e da população não idosa que avalia positivamente o seu estado de saúde (14,8% e 62,2%, respetivamente), que reporta a existência de doenças crónicas ou problemas de saúde prolongados (71,6%, comparativamente a 30,7% nos não idosos), assim como limitações na realização de atividades (63,3% para 22,6% na população não idosa).

A idade, para além de aumentar o risco de queda, de contrair doenças, limitações ou incapacidades e de vivenciar a morte de familiares ou amigos, com consequências emocionais (Duarte-Silva, Henriques-Calado & Camotim, 2012), também acentua a vulnerabilidade social e o risco de pobreza (INE, 2010).

Quanto ao género, as análises descritivas deste estudo evidenciam que Portugal é o país que regista maior desigualdade de género em termos de saúde física, sendo a desigualdade desfavorável ao género feminino. Este aspeto é consistente com os valores dos anos de vida saudável aos 65 anos em Portugal, que são mais elevados nos homens (7,8 anos) do que nas mulheres (6,9 anos) – dados relativos a 2018 (Pordata, s.d.). A OMS também sublinha o facto de em Portugal as mulheres viverem mais anos do que os homens mas em pior estado de saúde, sobretudo nas idades mais avançadas (WHO, 2015).

Numa investigação sobre a população portuguesa com base no SHARE, Correia et al. (2017) encontraram uma relação entre género e auto-perceção de saúde que associa as mulheres a pior saúde física, mesmo quando controladas as variáveis “educação” e “rendimento”. No estudo de Perelman, Fernandes e Mateus (2012), a educação surge como a variável que mais contribui para atenuar as desigualdades de género na saúde subjetiva. O mesmo estudo revela que o estatuto socioeconómico (mensurado através dos seguintes indicadores: educação, rendimento, seguro de saúde, estado civil, situação de emprego e tipo de ocupação) reduz a magnitude das diferenças de género que, contudo, permanecem elevadas.

No presente estudo, controlando as variáveis mencionadas anteriormente, a relação entre o género e a saúde física dos portugueses não se revelou estatisticamente significativa, o que indica que esta relação é afetada pelas restantes variáveis consideradas. Estes dados atestam a asserção da Direção-Geral da Saúde (2017) de que as diferenças em saúde entre os sexos “decorrem de desigualdades e desvantagens nas condições sociais e económicas ao longo do ciclo de vida”, reflexo de discriminações estruturais (Direção-Geral da Saúde, 2017, p. 17).

Remoaldo e Nogueira (2013) também discorrem neste sentido já que, apesar de admitirem a existência de diferenças biológicas e físicas entre os sexos que interferem com a saúde, salientam o impacto das

diferenças de género, que se repercutem na saúde por via dos diferentes papéis sociais que homens e mulheres desempenham, das diferentes posições que ocupam no mercado de trabalho, nos níveis de participação política, entre outros.

As análises descritivas realizadas neste estudo evidenciam diferenças de género, em desfavor das mulheres, no que diz respeito às suas condições económicas, traduzidas pelos indicadores “ser capaz de fazer face a despesas inesperadas sem pedir dinheiro emprestado” e “adiar visitas ao dentista para ajudar a controlar os gastos”. Não foram encontradas diferenças de género favoráveis às mulheres em nenhum dos indicadores das condições económicas dos indivíduos, o que era expectável face à hipótese apresentada.

Dados do INE (2020) respeitantes a 2018 também assinalam que as mulheres se encontram numa situação de maior risco de pobreza do que os homens (17,8% para 16,6%) (Observatório Nacional da Luta Contra a Pobreza, 2020), sendo que em matéria de direitos sociais “as mulheres encontram-se, sempre, em situação desfavorável em relação aos homens” (INE, 2010, p. 28).

O comportamento de risco “inatividade física” revelou uma associação negativa com a saúde física, em linha com a literatura existente (WHO, 2009, 2015). Este aspeto merece particular atenção na definição de políticas públicas uma vez que Portugal apresenta níveis de inatividade física elevados comparativamente aos valores médios da UE (OCDE & European Observatory on Health Systems and Policies, 2019; Rodrigues et al., 2018).

Quanto à variável “historial de fumador”, apresentou uma relação positiva com a saúde física em Portugal, contrariamente ao esperado com base nos estudos internacionais (Rechel et al., 2013; García-Muñoz et al. 2018) e na regressão realizada com todos os países.

Um estudo realizado em 2009 que analisou as desigualdades socioeconómicas no historial de fumador entre mulheres de 19 países, demonstrou que Portugal ocupa uma posição particular, apresentando um padrão inverso ao dos restantes países. Assim, no caso de Portugal, as mulheres com menos escolaridade têm menos probabilidade de alguma vez terem fumado, o que é válido para todas as faixas etárias (Schaap, 2009). A OMS (WHO, 2010) apresentou dados no mesmo sentido: em Portugal, a proporção de mulheres fumadoras é consideravelmente maior para as mulheres que completaram, pelo menos, o nível secundário de educação. Também no estudo de Ribeiro (2010), baseado no 4º Inquérito Nacional de Saúde, o tabagismo surgiu associado aos grupos de rendimento mais elevados.

Desta forma, uma possível explicação para os dados encontrados poderá relacionar-se com o facto de, contrariamente ao que acontece nos restantes países europeus, no grupo de fumadores ou ex-fumadores haver uma percentagem maior de inquiridos com um nível mais elevado de escolaridade o que, mesmo controlando esta variável, poderá significar uma percentagem de indivíduos com melhores condições de trabalho, uma rede de apoio mais favorável à saúde e à adoção de outros comportamentos saudáveis, acesso mais facilitado a cuidados de saúde de qualidade, mais literacia para a saúde, entre outros, que os coloca numa posição potencialmente mais vantajosa em relação à saúde.

Tal como se verifica no presente estudo, a investigação de Simões et al. (2015) sobre as desigualdades em saúde em Portugal também contraria a literatura existente, uma vez que a relação entre fumar e a saúde física não se mostrou significativa.

Na análise dos dados relativos à variável “historial de fumador” importa também ressaltar que este é um indicador pouco preciso, pois não considera o tempo durante o qual a pessoa foi fumadora, há quanto tempo deixou de o ser, nem a quantidade de cigarros que habitualmente fumava.

A depressão, por outro lado, mostrou associar-se negativamente à saúde física, corroborando os estudos internacionais já mencionados (Blazer, 2003; Dewey & Prince, 2019). Destaca-se ainda a elevada prevalência de depressão nos países do Sul da Europa – nos quais se inclui Portugal –, referida no estudo de Dewey e Prince (2019), o que salienta a pertinência da consideração deste indicador nas análises relacionadas com a saúde e respetivas desigualdades em Portugal.

## CONCLUSÕES

Este estudo procura analisar a relação entre as condições económicas ou de privação material dos indivíduos e a sua saúde física. Na abordagem das condições económicas recorreu-se a diversos indicadores baseados nos rendimentos, na riqueza acumulada, na dificuldade em aceder a certos bens ou serviços e na autoperceção da situação económica. A saúde física foi abordada a partir de um constructo, composto por medidas objetivas e subjetivas. A análise da relação entre as condições económicas e a saúde física foi realizada controlando-se as características sociodemográficas e culturais, a saúde mental e os comportamentos de risco para a saúde, tendo em conta a relação, largamente abordada na literatura, entre estas características dos indivíduos e a sua saúde física.

A caracterização dos indivíduos com melhor e pior saúde física mostrou que aqueles que apresentam pior saúde têm mais stress financeiro, mais dificuldade em fazer face a despesas inesperadas sem pedir dinheiro emprestado, adiam mais vezes as idas ao dentista por questões económicas e possuem rendimentos mais baixos. Estes indivíduos são também tendencialmente mais velhos, mulheres, com baixa escolaridade (ensino primário ou inferior), fisicamente inativos e com pior saúde mental, comparativamente aos indivíduos com melhor saúde física. No entanto, no que respeita ao património líquido do agregado familiar, por um lado, e ao historial de fumador, por outro lado, não se verificaram diferenças entre os indivíduos dos grupos com melhor e pior saúde física.

A análise descritiva revelou a existência de uma desigualdade de género, desfavorável às mulheres, tanto em termos de saúde física como de condições económicas e de privação material, para a maioria dos indicadores económicos utilizados. Esta desigualdade de género é observada na maioria dos países analisados. Os países do Leste e do Sul apresentam, tendencialmente, pior desempenho nos indicadores económicos e de privação material comparativamente aos países do Centro e do Norte da Europa.

Relativamente à saúde física, são os países do Leste que ocupam os piores lugares no ranking dos regimes de bem-estar, seguidos dos países do Centro, Sul e Norte.

No entanto, os resultados alteraram-se quando se controlam outras características associadas à saúde física (análises de regressão). Os países do Sul da Europa apresentam melhores valores de saúde física do que os países do Norte, o que significa que as condições económicas e materiais, as características sociodemográficas, a depressão e os comportamentos de risco em saúde são responsáveis pela pior saúde física dos indivíduos do Sul comparativamente aos do Norte, limitando-os no alcance do seu potencial de saúde.

Os resultados da análise da relação entre os indicadores económicos/de privação material e a saúde física nos indivíduos com mais de 50 anos (na análise de regressão com todos os países) não surpreenderam, concluindo-se que, quanto piores as condições económicas e de privação material dos inquiridos, pior a sua saúde física. O indicador “rendimento per capita”, cuja relação com a saúde física não se mostrou consensual em estudos anteriores, variando entre a inexistência de associação estatisticamente significativa e a associação positiva, mostrou estar claramente associado à saúde física, na presente investigação. A relação entre as variáveis de controlo (características sociodemográficas, depressão e comportamentos de risco em saúde) e a saúde física também corrobora os resultados encontrados dos estudos consultados na pesquisa bibliográfica: a idade, a depressão, a inatividade física e o historial de fumador estão negativamente associados à saúde física, ao contrário da escolaridade e do género (masculino), que se relacionam positivamente com a saúde física.

Na análise de regressão que incide sobre Portugal, por outro lado, a variável “rendimento per capita” não se revelou associada à saúde física, assim como as variáveis “património líquido do agregado familiar” e “ser capaz de fazer face a despesas inesperadas sem pedir dinheiro emprestado”, o que poderá justificar-se pelo facto destes indicadores financeiros se relacionarem com a saúde por intermédio das restantes variáveis analisadas, nomeadamente o stress financeiro, adiar as visitas ao dentista para controlar os gastos, a escolaridade, a depressão e os fatores de risco comportamentais. Com base nestes resultados e na revisão bibliográfica, conclui-se que, em Portugal, os indicadores não monetários possuem um peso importante na explicação da saúde dos portugueses.

Na análise sobre Portugal destaca-se ainda o facto da variável género não estar associada à saúde física, quando se controlam as condições económicas e as demais características sociodemográficas e de saúde. Perante este resultado e o facto de Portugal ser o país que regista a maior diferença de género em termos de saúde física, conclui-se que a relação entre o género e a saúde física é afetada pelas restantes características demográficas e socioeconómicas dos indivíduos. A variável “historial de fumador” apresentou, contrariamente ao esperado, uma relação positiva com a saúde física. Este resultado pode dever-se, por um lado, à pouca precisão deste indicador – não considera o tempo durante o qual a pessoa foi fumadora, há quanto tempo deixou de o ser, nem a quantidade de cigarros que habitualmente fumava, por outro lado, ao facto de, em Portugal, contrariamente ao que acontece nos restantes países europeus, o grupo de ex-fumadores ser composto por uma percentagem mais importante de inquiridos com um nível mais elevado de escolaridade, o que poderá refletir-se em melhores condições de vida que, por sua vez, favorecem a saúde física. A relação entre as restantes

variáveis e a saúde física alinha-se com o esperado e com os resultados da regressão que inclui todos os países.

Com base nos resultados encontrados, pode concluir-se que, de uma forma geral, as condições económicas e materiais se relacionam positivamente com a saúde física, mesmo quando controladas as características sociodemográficas e culturais, a depressão e os comportamentos de risco em saúde. É, contudo, fundamental considerarem-se os diversos indicadores dessas condições para um retrato completo e aprofundado da situação em que as pessoas vivem e do respetivo “impacto” na saúde, uma vez que os indicadores financeiros – das medidas mais utilizadas nos estudos sobre desigualdades – poderão não espelhar na íntegra a realidade das condições económicas e materiais dos indivíduos com mais de 50 anos. Desta forma, recomenda-se que a definição de políticas com vista ao combate às desigualdades sociais em saúde recorra a diversos indicadores para mensurar as condições económicas e materiais em que as pessoas vivem, indo além da distribuição de rendimentos e incluindo, nomeadamente, o stress financeiro e a privação material, para uma análise mais precisa dessas condições de vida.

Tendo em conta os resultados encontrados, são várias as medidas que poderão contribuir para uma maior equidade em saúde, uma vez que as desigualdades resultam de uma “combinação tóxica de políticas sociais e programas débeis, estruturas económicas injustas e política de baixa qualidade” (CDSS, 2010, p. 1). A principal intervenção sobre as determinantes sociais da saúde, como defende a OMS (CDSS, 2010) prende-se com a necessidade dessa intervenção abranger todos os sectores da sociedade e não apenas o setor da saúde. Assim, as políticas de combate às desigualdades em saúde deverão visar as desigualdades socioeconómicas existentes, nomeadamente no que respeita às condições económicas e materiais em que as pessoas vivem, assim como aos níveis de educação, com particular enfoque nas desigualdades de género. Para além disso, a intervenção deverá incidir sobre os comportamentos de risco para a saúde, bem como sobre a saúde mental. A promoção da saúde e o combate às desigualdades na saúde exigem, assim, uma intervenção multisectorial, envolvendo políticas sociais promotoras de ambientes, educação e condições de vida saudáveis. Sugerem-se, de seguida, algumas medidas que poderão servir esta premissa.

Uma vez que o foco deverá ser, como preconizam Marmot et al. (2012), nas causas das causas, garantindo que as pessoas têm o conhecimento, capacidades e controlo sobre as suas vidas para alterarem os comportamentos, torna-se fundamental estabelecer sistemas de monitorização dos indicadores socioeconómicos e de privação material associados à saúde, com a referenciação das

situações de desvantagem, para posterior encaminhamento e elaboração de respostas em função das necessidades da população.

Considerando os níveis de incapacidade/limitações em idade avançada, sobretudo nas mulheres, as autarquias locais poderão efetuar um levantamento das características e necessidades sociais e de saúde desse público, assim como das barreiras que limitam o acesso aos serviços sociais e de saúde, de forma a apresentarem soluções baseadas nas necessidades detetadas. Este trabalho deverá ser realizado com o envolvimento da comunidade visada, que participa, partilha e sugere.

Sugere-se ainda a definição de um plano estratégico de educação para a saúde que vise o incremento da literacia para a saúde na comunidade, sobretudo junto dos públicos mais vulneráveis, como forma de consciencialização e promoção de estilos de vida saudáveis. Seria importante disponibilizar recursos acessíveis a todos, que potenciem a adoção de estilos de vida promotores de mais saúde, nomeadamente espaços apelativos para a prática de exercício físico (em locais-chave, nomeadamente junto de comunidades mais desfavorecidas) e criar trajetos seguros que incentivem a circulação pedonal, com soluções e pontos de apoio para quem possuir limitações motoras. Desenvolver políticas agrícolas baseadas na equidade e sustentabilidade, que garantam o acesso a alimentos nutritivos por todos os indivíduos, tendo em conta o preço e os canais de distribuição, seria também fundamental.

Com vista ao acesso pleno e igualitário à educação de qualidade, propõe-se o reforço do combate às barreiras existentes, nomeadamente económicas, materiais, relacionadas com o transporte e a falta de apoio/suporte escolar, entre outras. Sugere-se a introdução de uma componente relacionada com a literacia para a saúde nos currículos escolares, para consciencializar toda a população acerca dos comportamentos promotores de saúde, bem como sobre as respostas de saúde existentes e os direitos dos cidadãos. Ainda nas escolas, seria pertinente proporcionar uma oferta variada de atividades desportivas, que fossem ao encontro dos gostos dos alunos, e incentivar a sua prática, assim como disponibilizar opções alimentares variadas, saudáveis e apelativas, para promover o gosto e a aquisição de hábitos alimentares saudáveis.

Na área da saúde, mais concretamente para Portugal, propõem-se as seguintes medidas: uma maior progressividade do Serviço Nacional de Saúde em função das condições económicas e materiais dos indivíduos, com proteção e benefícios adequados às necessidades dos mais vulneráveis; dotar o Serviço Nacional de Saúde de uma rede de especialistas na área da saúde oral e da saúde mental, capaz de dar resposta às necessidades existentes e sensibilizar os profissionais de saúde para a importância do encaminhamento atempado e adequado para estes profissionais; reforçar as equipas de reabilitação no

domicílio, em estreita colaboração com os serviços sociais e as equipas hospitalares e dos Cuidados de Saúde Primários, com vista à realização de treinos de autonomia, para que os idosos com mais limitações possam registar melhorias nos níveis de saúde e qualidade de vida.

Esta investigação possui algumas limitações, nomeadamente o facto da amostra utilizada não incluir as pessoas institucionalizadas, uma vez que estas não integram a base de dados do SHARE.

Outra limitação prende-se com o facto das análises realizadas não terem considerado a eventual existência de um “impacto” da saúde física nas condições económicas e de privação material, possibilidade que tem sido demonstrada em algumas investigações (Bloom, 2013; Franzese, 2015).

Uma outra limitação metodológica deste estudo prende-se com o seu carácter transversal que não permite uma análise em termos causais. Assim, este trabalho permite afirmar que piores condições económicas e materiais estão associadas a pior saúde física, mas não permite estabelecer que as condições económicas determinam a saúde física dos indivíduos. Neste sentido, considera-se pertinente a realização de análises longitudinais em investigações futuras, de modo a estabelecer relações causais que permitam a definição de políticas ainda mais específicas e direccionadas.

Por último, tendo em conta as disparidades regionais nos níveis de saúde física dos próprios países, evidenciada em diversos estudos (Correia et al., 2017; Cortes, 2016; Costa, Tenedónio & Santana, 2020; Doorslaer & Koolman, 2004; Santana, 2000; Simões et al., 2015), sugere-se a inclusão desta dimensão em futuras investigações sobre a relação entre as condições económicas e a saúde física.

Apesar das limitações apresentadas, este estudo contribui para escrutinar a relação entre as condições económicas e de privação material e a saúde física, fornecendo mais informação sobre o comportamento dos indicadores que mensuram as primeiras e sobre os fatores que podem interferir nessa relação. Em Portugal, em particular, este contributo tona-se ainda mais importante devido à escassez de estudos sobre as desigualdades sociais em saúde, não obstante os elevados níveis de desigualdade que o país apresenta (Campos-Matos et al., 2016; Conceição, 2019).

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Acciai, F. (2018). The age pattern of social inequalities in health at older ages: are common measures of socio-economic status interchangeable?. *Public Health, 157*, 135–141.
- Adeline, A., & Eric Delattre, E. (2018). Health and income: testing for causality on European elderly people. *THEMA (Théorie Économique, Modélisation et Applications) Working Papers 2018-07*. France: Université de Cergy-Pontoise.
- Adena, M., & Myck, M. (2013). Poverty and transitions in key areas of quality of life. In A. Börsch-Supan, M. Brandt, H. Litwin, & G. Weber (Eds.). *Active Ageing and Solidarity between Generations in Europe – First Results from SHARE after the Economic Crisis* (Chap. 6, pp. 55-73). Berlin/Boston: De Gruyter.
- Adena, M., & Myck, M. (2014). Poverty and transitions in health in later life. *Social Science & Medicine, 116*, 202–210.
- Adena, M., Myck, M., & Oczkowska, M. (2015). Material deprivation items in SHARE Wave 5 data: a contribution to a better understanding of differences in material conditions in later life. In A. Börsch-Supan, T. Kneip, H. Litwin, M. Myck & G. Weber (Eds.). *Ageing in Europe – Supporting policies for an inclusive society* (pp. 25-37). Berlin/Boston: De Gruyter.
- Aggleton, P. (1990). *Health (Society Now)*. London, England: Routledge.
- Ahrenfeldt, L. J., Moller, S., Thinggaard, M., Christensen, K., Lindahl-Jacobsen, R. (2019). Sex Differences in Comorbidity and Frailty in Europe. *Int J Public Health, 64*(7),1025-1036.
- Alcser K. H., & Benson G. (2005). The SHARE Train-the-Trainer Program. In A. Börsch-Supan, & H. Jürges (Coords). *The Survey of Health, Aging, and Retirement in Europe – Methodology* (pp. 70-74). Mannheim: Mannheim Research Institute for the Economics of Aging (MEA).
- Arnault, L., Jusot, F., Sirven, N., Brieu, M-A., Halimi, D., & Forette, F. (2019). Persistence in inequalities of frailty at older age: A comparison of nine EU countries. In A. Börsch-Supan, J. Bristle, K. Andersen-Ranberg, A. Brugiavini, F. Jusot, H. Litwin, & G. Weber (Eds.). *Health and socio-economic status over the life course* (pp.85-90). Berlin/Boston: De Gruyter.
- Aro, A. R., Avendano, M, & Mackenbach, J. (2005) Health behaviour. In: A. Borsch-Supan, A. Brugiavini, H. Jürges, J. Mackenbach, J. Siegrist, & G. Weber (Eds.). *Health, Ageing and Retirement in Europe: First*

*Results From the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe* (pp. 102-107). Mannheim, Germany: Mannheim Research Institute for the Economics of Aging (MEA).

Atkinson, A. B., Guio, AC. & Marlier, E. (Eds.) (2017). *Monitoring social inclusion in Europe*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.

Avendano, M., Aro, A. R., & Mackenbach, J. (2005). Socio-Economic Disparities in Physical Health in 10 European Countries. In A. Börsch-Supan, A. Brugiavini, H. Jürges, J. Mackenbach, J. Siegrist, & G. Weber (Eds.). *Health, Ageing and Retirement in Europe: First Results from the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe* (pp. 89-94). Mannheim, Germany: Mannheim Research Institute for the Economics of Aging (MEA).

Barbosa, F., Cunha, C., Voss, G., & Matos, A. D. (2019). The impact of living alone on physical and mental health: Does loneliness matter?. In A. Börsch-Supan, J. Bristle, K. Andersen-Ranberg, A. Brugiavini, F. Jusot, H. Litwin, & G. Weber (Eds.). *Health and socio-economic status over the life course: First results from SHARE Waves 6 and 7* (pp. 243-248). Berlin: De Gruyter.

Bertoni, M., Cavapozzi, D., Celidoni M., & Trevisan, E. (2015). Development and validation of a material deprivation index. In A. Börsch-Supan, T. Kneip, H. Litwin, M. Myck, & G. Weber (Eds.). *Ageing in Europe - Supporting Policies for an Inclusive Society* (pp. 57-65). Berlin/Boston: De Gruyter.

Blazer, D. G. (2003). Depression in Late Life: Review and Commentary. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*, 58(3), 249-265.

Blázquez, M., Cottini, E., & Herrarte, A. (2014). The socioeconomic gradient in health: how important is material deprivation?. *J Econ Inequal*, 12, 239–264.

Bloom, D. E. (2013). The Health and Wealth of Portugal. *Acta Med Port*, 26(4), 303-311.

Bonsang, E., Perelman, S., & Bosch, K. Van den. (2019). Income, Wealth and Consumption Inequality. In G. Weber (Ed.). *Socio-Economic Status* (pp. 325-331).

Börsch-Supan, A. (2005). Introduction. In A. Börsch-Supan, A. Brugiavini, H. Jürges, J. Mackenbach, J. Siegrist, & G. Weber (Eds.). *Health, Ageing and Retirement in Europe: First Results from the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe* (pp. 7-28). Mannheim, Germany: Mannheim Research Institute for the Economics of Aging (MEA).

Börsch-Supan, A., Brandt, M., Hunkler, C., Kneip, T., Korbmacher, J., Malter, F., Schaan, B., Stuck, S., & Zuber, S. on behalf of the SHARE Central Coordination Team. (2013). Data Resource Profile: The Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE). *International Journal of Epidemiology*, 42, 992–1001.

Börsch-Supan, A., Härtl, K. & Ludwig, A. (2014). Ageing in Europe: Reforms, international diversification and behavioral reactions. *Munich Center for the Economics of Aging (MEA) Discussion Papers*. Munich, Germany: Max Planck Institute for Social Law and Social Policy.

Branco, J.A. & Pires, A.M. (2007). *Introdução aos Métodos Estatísticos Robustos*. Lisboa: Edições SPE.

Browning, M., & Madsen, E. (2019). Consumption. In G. Weber (Ed.). *Socio-Economic Status* (pp. 318-324).

Brunello, G., Fort, M., Schneeweis, N., & Winter-Ebmer, R. (2016). The causal effect of education on health: what is the role of health behaviors?. *Health Econ*, 25(3), 314–336.

Cabral, M. V., Ferreira, P. M., Silva, P. A. Da, Jerónimo, P., & Marques, T. (2013). *Processos de envelhecimento em Portugal: usos do tempo, redes sociais e condições de vida*. Lisboa, Portugal: Fundação Francisco Manuel dos Santos.

Campos-Matos, I., Russo, G., & Julian Perelman, J. (2016). Connecting the dots on health inequalities – a systematic review on the social determinants of health in Portugal. *International Journal for Equity in Health*, 15(26).

Carapineiro, G. (2006). Introdução. In G. Carapineiro (Orgs.). *Sociologia da Saúde: Estudos e Perspectivas* (pp. 7-14). Coimbra, Portugal: Pé de Página.

Carta de Ottawa. (1986). *1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde*. Ottawa, Canada.

Carvalho, S. R. (2004). Os múltiplos sentidos da categoria “empowerment” no projeto de Promoção à Saúde. *Cad. Saúde Pública*, 20(4), 1088-1095.

Centro Regional de Informação das Nações Unidas. (s.d.). *Envelhecimento*. Consultado em 10 de Junho de 2020, disponível em: <https://unric.org/pt/envelhecimento/>

- Cerdá, M., Johnson-Lawrence, V.D., & Galea, S. (2011). Lifetime income patterns and alcohol consumption: Investigating the association between long- and short-term income trajectories and drinking. *Soc Sci Med* 73(8), 1178–1185.
- Chatterji, S., Byles, J., Cutler, D., Seeman, T., & Verdes, E. (2015). Health, functioning, and disability in older adults-present status and future implications. *Lancet*, 385(9967), 563–575.
- Cheval, B., Boisgontier, M. P., Orsholits, D., Sieber, S., Guessous, I., Gabriel, R., Stringhini, S., Blane, D., Linden, B. W. A. van der, Kliegel, M., Burton-Jeangros, C., Courvoisier, D. S., & Cullati, S. (2018). Association of early- and adult-life socioeconomic circumstances with muscle strength in older age. *Age and Ageing*, 47(3), 398–407.
- Christelis, D., Jappelli, T., & Padula, M. (2019). Wealth and Portfolio Composition. In G. Weber (Ed.). *Socio-Economic Status* (pp. 310-317).
- Christensen, K., Doblhammer, G., Rau, R., & Vaupel, J. W. (2009). Ageing populations: the challenges ahead. *Lancet*, 374(9696), 1196–1208.
- Comissão Europeia (2018). *Living conditions in Europe*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde. (2010). 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*. Portugal: Organização Mundial da Saúde.
- Conceição, S. L. L. (2019). Investigação sobre desigualdades sociais de saúde em Portugal: Breve panorama a partir de uma revisão da literatura. *Sociologia, Problemas e Práticas*, 89, 97-113.
- Correia, I., Ferreira, P., Pinto, L. C., Valente, M., & Veiga, P. (2017). *Growing older, unhealthy and unequal*. Braga: Universidade do Minho - Núcleo de Investigação em Microeconomia Aplicada.
- Cortes, M. (2016). Breve olhar sobre o estado da saúde em Portugal. *Sociologia, Problemas e Práticas*, 80, 117-143.
- Costa, C., Tenedónio, J. A., & Santana, P. (2020). Disparities in Geographical Access to Hospitals in Portugal. *ISPRS Int. J. Geo-Inf.*, 9, 567.

Craveiro, D. M. (2016). *Tied to Inequality: How Macro and Micro Societal Contexts Shape Health Inequalities in Later Life in Europe*. Tese de doutoramento, Universidade do Minho, Braga, Portugal. Consultado em 21 de Fevereiro de 2020, disponível em:

<http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/46022/1/Daniela%20Mourao%20Craveiro.pdf>

Das, M., Vis, C., & Weerman, B. (2005). Developing the Survey Instruments for SHARE. In A. Börsch-Supan, & H. Jürges (Coords). *The Survey of Health, Aging, and Retirement in Europe – Methodology* (pp. 12-23). Mannheim: Mannheim Research Institute for the Economics of Aging (MEA).

Declaração de Alma-Ata. (1978). *Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde*. Alma-Ata, URSS.

Demakakos, P., Biddulph, J. P., Bobak, M. & Marmot, M. G. (2016). Wealth and mortality at older ages: a prospective cohort study. *J Epidemiol Community Health*, 70, 346–353.

Dennis, I., & Guio, AC. (2004). Poverty and social exclusion in the EU. *Statistics in focus*. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.

Dewey, M., & Prince, M. (2005). Mental Health. In A. Börsch-Supan, & H. Jürges (Eds.). *Health, Ageing and Retirement in Europe-First results from survey of Health, Ageing and Retirement in Europe* (pp. 108-117). Mannheim: Mannheim Research Institute for the Economics of Ageing (MEA).

Direção-Geral da Saúde (2013). *Plano Nacional de Saúde 2012-2016: Versão Resumo*. Lisboa, Portugal: DGS.

Direção-Geral da Saúde. (2017). *Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável 2017-2025: Proposta do Grupo de Trabalho Interministerial (Despacho n.º12427/2016)*. Lisboa, Portugal: DGS.

Direção-Geral da Saúde & Institute for Health Metrics and Evaluation. (2018). *Portugal: The Nation 's Health 1990-2016: An overview of the Global Burden of Disease Study 2016 Results*. Seattle, WA: IHME.

Doorslaer, van E., & Koolman, X. (2004). Explaining the differences in income-related health inequalities across European countries. *Health Econ*, 13, 609–628.

Duarte-Silva, M., Henriques-Calado, J., & Camotim, V. (2012). Growing Older in Portugal: Gender Issues in Physical Health and Well-being. *Women & Therapy*, 35(3-4), 221-232.

Eikemo, T.A., Bambra C., Joyce K., & Dahl E. (2008). Welfare state regimes and income-related health inequalities: a comparison of 23 European countries. *Eur J Public Health, 18*(6), 593-599.

Eikemo, T. A., Huisman, M., Bambra, C., & Kunst, A. E. (2008). Health inequalities according to educational level in different welfare regimes: A comparison of 23 European countries. *Sociology of Health & Illness, 30*(4), 565–582.

European Commission. (2011). *Demography report 2010: Older, more numerous and diverse Europeans*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.

European Commission. (2017). Combater as desigualdades. *Semestre europeu – ficha temática*. Consultado em 10 de Junho de 2020, disponível em: [https://ec.europa.eu/info/sites/info/files/file\\_import/european-semester\\_thematic-factsheet\\_addressing-inequalities\\_pt.pdf](https://ec.europa.eu/info/sites/info/files/file_import/european-semester_thematic-factsheet_addressing-inequalities_pt.pdf)

European Commission. (2020). *European Commission Report on the Impact of Demographic Change*. Consultado em 10 de Junho de 2020, disponível em: [https://ec.europa.eu/info/sites/info/files/demography\\_report\\_2020\\_n.pdf](https://ec.europa.eu/info/sites/info/files/demography_report_2020_n.pdf)

Eurostat. (2010). Combating poverty and social exclusion: A statistical portrait of the European Union 2010. *Eurostat statistical books*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.

Eurostat. (2013). European social statistics: 2013 edition. *Eurostat Pocketbooks*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.

Eurostat. (2019a). *Ageing Europe: Looking at the lives of older people in the EU*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.

Eurostat. (2019b). Downward trend in the share of persons at risk of poverty or social exclusion in the EU: But still around 109 million people in this situation. *Newsrelease*. Consultado em 10 de Junho de 2020, disponível em: <https://ec.europa.eu/Eurostat/documents/2995521/10163468/3-16102019-CP-EN.pdf/>

Eurostat. (2020). Estatísticas sobre pobreza monetária. *Income poverty statistics/pt: Statistics Explained*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.

Franzese, F. (2015). Slipping into poverty: effects on mental and physical health. In A. Börsch-Supan, T. Kneip, H. Litwin, M. Myck, & G. Weber (Eds.). *Ageing in Europe - Supporting Policies for an Inclusive Society* (pp. 139-147). Berlin/Boston: De Gruyter.

Furtado, C., & Pereira, J. (2010). *Equidade e Acesso aos Cuidados de Saúde*. Lisboa: Universidade Nova de Lisboa - Escola Nacional de Saúde Pública.

García-Muñoz, T., Neuman, S., & Neuman, T. (2018). Behavioral Health Risk Factors: the Interaction of Personal and Country Effects. *International Journal of Behavioral Medicine*, *25*, 183–197.

GBD 2017 Causes of Death Collaborators. (2018). Global, regional, and national age-sex-specific mortality for 282 causes of death in 195 countries and territories, 1980-2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet*, *392*(10159), 1736–1788.

GBD 2017 DALYs and HALE Collaborators. (2018). Global, regional, and national disability-adjusted life-years (DALYs) for 359 diseases and injuries and healthy life expectancy (HALE) for 195 countries and territories, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet*, *392*(10159), 1859–1922.

Gomes, M., Figueiredo, D., Teixeira, L., Poveda, V., Paúl, C., Santos-Silva, A., & Costa, E. (2017). Physical inactivity among older adults across Europe based on the SHARE database. *Age Ageing*, *46*(1), 71–77.

Henderson, K. A. (2011). Post-positivism and the pragmatics of leisure research. *Leisure Sciences*, *33*(4), 341–346.

Hughner, R. S., & Kleine, S. S. (2004). Views of health in the lay sector: a compilation and review of how individuals think about health. *Health*, *8*(4), 395–422.

INE. (2010). *Sobre a pobreza, as desigualdades e a privação material em Portugal*. Lisboa: INE.

INE. (2020). *Estatísticas de Saúde 2018*. Lisboa: INE. Consultado em 4 de Dezembro de 2020, disponível em: <https://www.ine.pt/xurl/pub/257793024>

Jerez-Roig, J., Bosque-Prous, M., Giné-Garriga, M., Bagur-Calafat, C., Bezerra de Souza, D. L., Teixidó-Compañó, E., & Espelt, A. (2018). Regional differences in the profile of disabled community-dwelling older adults: A European population-based cross-sectional study. *PLoS One*, *13*(12).

- Jürges, H. (2015). Health insurance coverage and access to care among European elders: crossnational differences and social gradients. In A. Börsch-Supan, T. Kneip, H. Litwin, M. Myck, & G. Weber (Eds.). *Ageing in Europe - Supporting Policies for an Inclusive Society* (pp. 301-312). Berlin/Boston: De Gruyter.
- Klevmarken N. A., Swensson B., & Hesselius P. (2005). The SHARE Sampling Procedures and Calibrated Design Weights. In A. Börsch-Supan, & H. Jürges (Coords). *The Survey of Health, Aging, and Retirement in Europe – Methodology* (pp. 28-69). Mannheim: Mannheim Research Institute for the Economics of Aging (MEA).
- Knight, J. A. (2012). Physical Inactivity: Associated Diseases and Disorders. *Ann Clin Lab Sci*, 42(3), 320–337.
- Kratz, F., & Bristle, J. (2019). Tracking and educational inequality in health in later life. In A. Börsch-Supan, J. Bristle, K. Andersen-Ranberg, A. Brugiavini, F. Jusot, H. Litwin, & G. Weber (Eds.). *Health and socio-economic status over the life course* (pp.99-106). Berlin/Boston: De Gruyter.
- Lago, S., Cantarero, D., Rivera, B., Pascual, M., Blázquez-Fernández, C., Casal, B., & Reyes, F. (2017). Socioeconomic status, health inequalities and non-communicable diseases: a systematic review. *Journal of Public Health: From Theory to Practice*, 26, 1–14.
- Lalonde, M. (1974). *A new perspective on the health of Canadians: a working document*. Ottawa, Canada: Minister of Supply and Services Canada.
- Linardakis, M., Papadaki, A., Smpokos-Sbokos, E., Komninos, Y., & Philalithis, A. (2013). Multiple behavioral risk factors for chronic diseases in adults aged 50+: regional differences across eleven European countries. *Journal of Public Health*, 22(2).
- Link, B., & Phelan, J. (1995). Social Conditions as Fundamental Causes of Disease. *Journal of Health and Social Behavior*, 80–94.
- Listl, S., & Jürges H. (2015). Social inequalities in oral health – towards targeted health policy interventions. In A. Börsch-Supan, T. Kneip, H. Litwin, M. Myck, & G. Weber (Eds.). *Ageing in Europe - Supporting Policies for an Inclusive Society* (pp. 127–138). Berlin/Boston: De Gruyter.
- Lyberaki, A., & Tinios, P. (2019). Poverty and Social Exclusion: A New Approach to an Old Issue. In G. Weber (Ed.). *Socio-Economic Status* (pp. 302-309).

Mackenbach, J., Avendano, M., Andersen-Ranberg, K., & Aro, A. (2005). Physical Health. In A. Börsch-Supan, A. Brugiavini, H. Jürges, J. Mackenbach, J. Siegrist, & G. Weber (Eds.). *Health, Ageing and Retirement in Europe: First Results from the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe* (pp. 82-88). Mannheim, Germany: Mannheim Research Institute for the Economics of Aging (MEA).

Mackenbach, J.P., Stirbu, I., Roskam, A.J., Schaap, M.M., Menvielle, G., Leinsalu, M., & Kunst, A.E. (2008). Socioeconomic Inequalities in Health. Socioeconomic inequalities in health in 22 European countries. *N Engl J Med*, *358*(23), 2468-2481.

Marmot, M. (2010). *Fair Society, Healthy Lives: Strategic review of health inequalities in england post-2010*. The Marmot Review.

Marmot, M., Allen, J., Bell, R., Bloomer, E., Goldblatt, P., & Consortium for the European Review of Social Determinants of Health and the Health Divide. (2012). WHO European review of social determinants of health and the health divide. *Lancet*, *380*(9846), 1011–1029.

Maroco, J. (2003). *Análise estatística com utilização do SPSS* (2ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo.

Moscarola, F. C., d'Addio, A. C., Fornero, E., & Rossi, M. (2015). Reverse mortgage: a tool to reduce old age poverty without sacrificing social inclusion. In A. Börsch-Supan, T. Kneip, H. Litwin, M. Myck, & G. Weber (Eds.). *Ageing in Europe - Supporting Policies for an Inclusive Society* (pp.235-244). Berlin/Boston: De Gruyter.

Munich Center for the Economics of Aging. (2019). *SHARE - Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe, Release Guide 7.0.0*. Consultado em 10 de Junho de 2020, disponível em: [http://www.share-project.org/fileadmin/pdf\\_documentation/SHARE\\_release\\_guide\\_7-0-0.pdf](http://www.share-project.org/fileadmin/pdf_documentation/SHARE_release_guide_7-0-0.pdf)

Murteira, B. Antunes, M. (2012). *Probabilidades e Estatística Vol I*. Lisboa: Escolar Editora.

Myck, M., Najsztub, M., & Oczkowska, M. (2019). Implications of social and material deprivation for changes in health of older people. *Journal of Aging and Health*, *32*(5-6), 371–383.

Myck, M., Oczkowska, M. & Duda, D. (2015). Innovations for better understanding deprivation and social exclusion. In F. Malter & A. Börsch-Supan (Eds.). *SHARE Wave 5: Innovations & Methodology*. Munich, Germany: MEA, Max Planck Institute for Social Law and Social Policy.

Niedzwiedz, C. L., Katikireddi, S. V., Pell, J. P., & Mitchell, R. (2014). Socioeconomic inequalities in the quality of life of older Europeans in different welfare regimes. *European Journal of Public Health, 24*(3), 364–370.

Observatório Nacional da Luta Contra a Pobreza. (2020). Taxa de risco de pobreza, por sexo. Consultado em 7 de Fevereiro de 2021, disponível em: <https://on.eapn.pt/pobreza-em-numeros/pobreza-monetaria/taxa-de-risco-de-pobreza-por-sexo/>

OECD & European Observatory on Health Systems and Policies (2019). *Portugal: Country Health Profile 2019, State of Health in the EU*. Paris: OECD Publishing/Brussels: European Observatory on Health Systems and Policies.

Paccagnella, O., & Weber, G. (2019). Household Income. In G. Weber (Ed.). *Socio-Economic Status* (pp. 296-301).

Pakpahan, E., Hoffmann, R., & Kröger, H. (2017). The long arm of childhood circumstances on health in old age: Evidence from SHARELIFE. *Advances in Life Course Research, 31*, 1–10.

Perelman, J., Fernandes, A., & Mateus, C. (2012). Gender disparities in health and healthcare: results from the Portuguese National Health Interview Survey. *Cad Saude Publica, 28*(12), 2339-2348.

Petmesidou, M., Guillén, A. M., & Pavolini, E. (2020). Health care in post-crisis South Europe: Inequalities in access and reform trajectories. *Soc Policy Admin., 54*, 666–683.

Pordata. (s.d.). Anos de vida saudável aos 65 anos: por sexo. Consultado em 7 de Fevereiro de 2021, disponível em:

<https://www.pordata.pt/Europa/Anos+de+vida+saud%c3%a1vel+aos+65+anos+por+sexo-1590>

Prince, M. J., Reischies, F., Beekman, A. T. F., Fuhrer, R., Jonker, C., Kivelä, S-L., Lawlor, B. A., Lobo, A., Magnusson, H., Fichter, M., Van Oyen, H., Roelands, M., Skoog, I., Turrina, C., & Copeland, J. R. M. (1999). Development of the EURO-D scale—A European Union initiative to compare symptoms of depression in 14 European centres. *British Journal of Psychiatry, 174*, 330–338.

Rantanen, T., Guralnik, J. M., Foley, D., Masaki, K., Leveille, S., Curb, J. D., & White, L. (1999). Midlife hand grip strength as a predictor of old age disability. *Journal of the American Medical Association, 281*, 558-560.

Rechel, B., Grundy, E., Robine, JM., Cylus, J., Mackenbach, J. P., Knai, C., & McKee, M. (2013). Health in Europe 6: Ageing in the European Union. *Lancet*, *381*, 1312–22.

Remoaldo, P., & Nogueira, H. (2013). Variações e desigualdades socioterritoriais em saúde. In P. Remoaldo & H. Nogueira (Coords). *Desigualdades socioterritoriais e comportamentos em saúde* (Parte I, Cap. 1, pp. 11-27). Lisboa: Fernando Mão de Ferro.

Robine, JM., Cambois, E., Nusselder, W., Jeune, B., Oyen, H. Van, Jagger, C., & JA: EHLEIS team. (2013). The joint action on healthy life years (JA: EHLEIS). *Archives of Public Health*, *71*(2).

Rodrigues, A. M., Gregório, M. J., Sousa, R. D, Dias, S. S., Santos, M. J., Mendes, J. M., Coelho, P. S., Branco, J. C., & Canhão, H. (2018). Challenges of Ageing in Portugal: Data from the EpiDoC Cohort. *Acta Med Port*, *31*(2), 80-93.

Sachs, J. (2006). *O fim da pobreza. Como consegui-lo na nossa geração* (2ª edição). Cruz Quebrada, Portugal: Casa das Letras/Editorial Noticias.

Santana, P. (2000). Ageing in Portugal: regional inequities in health and health care. *Social Science & Medicine*, *50*, 1025-1036.

Schaap, M. M., Kunst, A. E., Leinsalu, M., Regidor, E., Espelt, A., Ekholm, O., Helmert, U., Klumbiene, J., & Mackenbach, J. P. (2009). Female ever-smoking, education, emancipation and economic development in 19 European countries. *Social Science & Medicine*, *68*, 1271–1278.

Semyonov, M., & Lewin-Epstein, N. (2011). Wealth Inequality: Ethnic Disparities in Israeli Society. *Social Forces*, *89*(3), 935–959.

Semyonov, M., Lewin-Epstein, N., & Maskileyson, D. (2013). Where wealth matters more for health: The wealth health gradient in 16 countries. *Social Science & Medicine*, *81*, 10–17.

Sen, A. [2003 (1999)]. *O Desenvolvimento com Liberdade*. Lisboa, Portugal: Gradiva.

Short, H., Sayah, F. Al, Ohinmaa, A., Lahtinen, M., & Johnson, J., A. (2018). The relationship of neighbourhood-level material and social deprivation with health-related quality of life. *Quality of Life Research*, *27*, 3265–3274.

Simões, N., Crespo, N., Moreira, S. B., & Varum, C. A. (2016). Measurement and determinants of health poverty and richness: evidence from Portugal. *Empir Econ*, 50, 1331–1358.

Solé-Auró, A., Jasilionis, D., Li, P., & Oksuzyan, A. (2018). Do women in Europe live longer and happier lives than men?. *The European Journal of Public Health*, 28(5), 847–852.

Ribeiro, S. (2010). *Desigualdades socioeconómicas na doença cardiovascular em Portugal: Estudo baseado no 4º Inquérito Nacional de Saúde*. Dissertação de mestrado, Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa, Lisboa. Consultado em 8 de Maio de 2020, disponível em: <https://run.unl.pt/handle/10362/6139>

Steele, J., Shen, J., Tsakos, G., Fuller, E., Morris, S., Watt, R., Guarnizo-Herreño, C., & Wildman, J. (2015). The interplay between socioeconomic inequalities and clinical oral health. *Journal of Dental Research*, 94(1), 19–26.

Stein, C., Moritz, I., & WHO Ageing and Health Programme. (1999). *A life course perspective of maintaining independence in older age*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.

Sun, F., Norman, I. J., & While, A. E. (2013). Physical activity in older people: a systematic review. *BMC Public Health*, 13(449).

Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe [SHARE]. (2012). *Annual Activity Report 2012*. Munich, Germany. Consultado em 8 de Maio de 2020, disponível em: [http://www.share-project.org/fileadmin/pdf\\_documentation/SHARE-ERIC/ERIC-Committee\\_Report2012\\_150kt2012.pdf](http://www.share-project.org/fileadmin/pdf_documentation/SHARE-ERIC/ERIC-Committee_Report2012_150kt2012.pdf)

Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe-European Research Infrastructure Consortium [SHARE-ERIC]. (2020). *Annual Activity Report 2019/20*. Munich, Germany. Consultado em 8 de Maio de 2020, disponível em: [http://www.share-project.org/fileadmin/pdf\\_documentation/SHARE-ERIC/SHARE\\_AnnualActivityReport\\_2019-2020.pdf](http://www.share-project.org/fileadmin/pdf_documentation/SHARE-ERIC/SHARE_AnnualActivityReport_2019-2020.pdf)

The World Bank (2018). *A Pobreza Extrema Mundial Continua a Baixar mas a Um Ritmo Mais Lento: Banco Mundial*. Consultado em 10 de Janeiro de 2020, disponível em: <https://www.worldbank.org/pt/news/press-release/2018/09/19/decline-of-global-extreme-poverty-continues-but-has-slowed-world-bank>

United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization [UNESCO]. (2006). ISCED 1997: International Standard Classification of Education. UNESCO Institute for Statistics. Consultado em 10 de Junho de 2020, disponível em: [http://uis.unesco.org/sites/default/files/documents/international-standard-classification-of-education-1997-en\\_0.pdf](http://uis.unesco.org/sites/default/files/documents/international-standard-classification-of-education-1997-en_0.pdf)

Veiga, P. (2005). *Income-related health inequality in Portugal*. Braga: Universidade do Minho - Núcleo de Investigação em Microeconomia Aplicada.

Verbrugge, L. M., & Jette, A. M. (1994). The Disablement Process. *Soc. Sci. Med.*, 38(1), 1–14.

Vozikaki, M., Linardakis, M., Micheli, K., & Philalithis, A. (2017). Activity participation and wellbeing among European adults aged 65 years and older. *Social Indicators Research*, 131, 769–795.

Vries, R., Blane, D., & Netuveli, G. (2014). Long-term exposure to income inequality: implications for physical functioning at older ages. *Eur J Ageing*, 11, 19–29.

Whitehead, M., & Dahlgren, G. (2006). *Concepts and principles for tackling social inequities in health: Levelling up Part 1*. Copenhagen, Denmark: WHO Regional Office for Europe.

World Health Organization. (1946). *Constitution of the World Health Organization*. London, England: World Health Organization.

World Health Organization. (1978). *Primary health care: report of the International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6–12 September 1978*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.

World Health Organization. (1999). *A life course perspective of maintaining independence in older age*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.

World Health Organization. (2009). *Global Health Risks: Mortality and burden of disease attributable to selected major risks*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.

World Health Organization. (2015). *World Report on Ageing and Health*. Geneva: WHO.

World Health Organization. (2017). *Determinants of health*. Consultado em 10 de Janeiro de 2020, disponível em: <https://www.who.int/news-room/q-a-detail/determinants-of-health>

Zaidi, A. (2014). *Life cycle transitions and vulnerabilities in old age: a review*. New York: UNDP Human Development Report Office.