

Desigualdades Sociais na Saúde: Retrato e Desafios ao Conhecimento em Portugal

<https://doi.org/10.21814/uminho.ed.136.7>

Elsa Pegado

Centro de Investigação e Estudos de Sociologia, Escola de Sociologia e Políticas Públicas,
Iscte-Instituto Universitário de Lisboa, Lisboa, Portugal

<https://orcid.org/0000-0002-6177-9340>

elsa.pegado@iscte-iul.pt

Resumo

O campo da saúde é atravessado por diferentes formas de desigualdade. Essas desigualdades são injustas e evitáveis. A pandemia de COVID-19 veio tornar mais visíveis desigualdades persistentes, ao mesmo tempo que fez emergir novas vertentes das desigualdades. Neste capítulo procura-se estabelecer um retrato das desigualdades sociais na saúde em Portugal, a partir da seleção de um número necessariamente limitado de indicadores das estatísticas oficiais nacionais e internacionais e do recurso a resultados de outros estudos, tomando como arco temporal os anos mais recentes para os quais existe informação disponível. Igualmente, apresentam-se alguns desafios à produção de conhecimento sobre as desigualdades sociais na saúde, em termos da informação disponível, das fontes de informação, das metodologias, das populações-alvo e dos temas.

Palavras-chave

desigualdades sociais, desigualdades em saúde, estatísticas

Introdução

O campo da saúde é atravessado por diferentes formas de desigualdade. Essas desigualdades são injustas e evitáveis e têm vindo a ser evidenciadas no campo da sociologia, quer no plano internacional, quer no plano nacional, em vários estudos (por exemplo, em Portugal, Cabral et al., 2002; Conceição, 2019; Correia et al., 2018; Pegado, 2022). A pandemia de COVID-19, com início nos primeiros meses de 2020, veio tornar mais visíveis desigualdades persistentes, ao mesmo tempo que fez emergir novas vertentes das desigualdades. No rescaldo da pandemia, neste capítulo desenvolve-se uma reflexão em dois andamentos, um substantivo e outro metodológico. No primeiro, procura-se estabelecer um retrato das desigualdades sociais na saúde em Portugal, a partir da seleção de um número necessariamente limitado de indicadores das estatísticas oficiais nacionais e internacionais e do recurso a resultados de outros estudos, tomando como arco temporal os anos mais recentes para os quais existe informação disponível. No segundo, mais sintético, apresentam-se alguns desafios à produção de conhecimento sobre as desigualdades sociais na saúde, em termos da informação disponível, das fontes de informação, das metodologias, das populações-alvo e dos temas.

Saúde: Um Direito Humano foi o título dado ao relatório de primavera 2019, elaborado no âmbito do Observatório Português dos Sistemas de Saúde (Gaspar et al., 2019), entendendo a saúde como um direito de cidadania. É este o pressuposto que orienta a reflexão que aqui se procura desenvolver, o que implica perspetivar o direito à saúde na sua dupla vertente: o direito a aceder a cuidados de saúde adequados às necessidades, em condições de equidade; mas também o direito a ter saúde, entendida na sua multidimensionalidade.

Uma abordagem clássica às desigualdades em saúde é a que distingue analiticamente duas perspetivas, que não são mutuamente exclusivas, mas que devem complementar-se: a) as desigualdades de acesso a cuidados de saúde, cuja mensuração decorre da identificação dos recursos – médicos e medicamentosos – disponíveis e acessíveis às populações; b) as desigualdades nos resultados de saúde, ou seja, as que se traduzem no estado de saúde das populações, geralmente medidas através de indicadores de mortalidade, morbilidade e qualidade de vida (Cabral et al., 2002).

Quer umas, quer outras, são atravessadas e condicionadas por uma multiplicidade de fatores sociais. Estão em causa diferenças relacionadas com lugares de classe social, diferenças relacionadas com género, etnia, idade, nível de escolaridade, entre outras. Além disso, importa salientar a cumulatividade e a interseccionalidade desses fatores, na medida em que os atributos potenciadoras de desigualdades tendem a acumular-se nos mesmos grupos sociais (Correia et al., 2018). Pessoas com escolaridade mais baixa tendem a ter rendimentos mais baixos, atividades laborais de maior risco para a saúde, uma rede de apoio menos eficaz para auxílio em caso de necessidade, menores competências para aceder e compreender a informação. Em contraponto, pessoas com escolaridade mais alta tendem a ter rendimentos mais altos, atividades laborais de menor risco para a saúde, uma rede de apoio mais eficaz e maior capacidade de compreender a informação (Correia, 2020). Estes atributos, por sua vez, têm influência nos comportamentos e estilos de vida e, por essa via, na saúde e doença de cada indivíduo (Cockerham, 2005).

A pandemia COVID-19 constitui um observatório fértil para a observação dos impactos das desigualdades sociais nas condições de saúde. As consequências da pandemia não foram iguais para todos/as, quer ao nível da incidência da doença, quer ao nível dos efeitos das medidas que foram sendo implementadas com vista à mitigação do contágio, essas também com impactos significativos na saúde das populações. Segundo a Organização para a Cooperação e o Desenvolvimento Económico (Organisation for Economic Co-operation and Development, 2020), a COVID-19 acentuou as já existentes desigualdades em saúde. As pessoas em situação de pobreza, que viviam em zonas desfavorecidas, foram desproporcionadamente afetadas, inclusivamente pela sua maior exposição a fatores de risco (incluindo doenças crónicas prévias). A discriminação e a pobreza aumentam o risco. As minorias étnicas, os imigrantes e outros grupos socialmente desfavorecidos, muitas vezes exercendo atividades profissionais que não podem ocorrer em regime de teletrabalho e vivendo em alojamentos sobrelotados, viram aumentada a sua exposição ao vírus. No caso português, foram também penalizadas categorias sociais que residem em contextos particularmente suscetíveis ao contágio e que acumulam morbilidades. Os surtos de COVID-19 em estruturas residenciais para pessoas idosas, e a consequente elevada mortalidade, colocaram a população idosa numa situação de grande vulnerabilidade e desproteção, exacerbando fragilidades de saúde que estão associadas ao processo de envelhecimento biológico (Pegado, 2022).

Nos pontos seguintes, procura-se estabelecer um retrato das desigualdades sociais na saúde em Portugal, a partir da seleção de um número

necessariamente limitado de indicadores, que dizem respeito a desigualdades quer no acesso aos cuidados de saúde, quer nos resultados de saúde das populações. Em termos de arco temporal, foram considerados, sempre que adequado e que os dados disponíveis o permitiram, dois (ou três) períodos: antes da pandemia (2019), durante a pandemia (2020–21) e, quando possível, o pós-pandemia (2022), sendo que para este último período estão apenas disponíveis dados relativos a um conjunto restrito de indicadores.

Acesso a Cuidados de Saúde: A Universalidade Comprometida

O direito à proteção da saúde, consagrado na Lei de Bases da Saúde (Lei n.º 95/2019, 2019) é um direito universal e compreende o direito a gozar do melhor estado de saúde físico, mental e social. Cabe essencialmente ao Serviço Nacional de Saúde (SNS) a garantia desse direito, orientando-se por princípios de universalidade – abrangendo todas as pessoas – e equidade – corrigindo desigualdades no acesso aos cuidados.

Porém, têm persistido algumas dificuldades em garantir a cobertura pública de todos os cuidados necessários. Há especialidades médicas que continuam a apresentar défices acentuados na oferta, como são, por exemplo, os casos dos cuidados de saúde oral e de saúde mental. Além disso, continuam a existir assimetrias regionais que põem em causa o princípio do acesso a cuidados de proximidade.

Um dado indicativo do recurso a cuidados fora do SNS é o facto de Portugal apresentar um elevado peso de pagamentos diretos na saúde (*out of pocket*), consideravelmente acima da média da União Europeia (UE), uma tendência que se tem verificado ao longo dos anos. Os dados mais recentes mostram que antes da pandemia, em 2018, esses pagamentos correspondiam a 30% da despesa total em saúde, por comparação a 22%, na UE. Em 2020, verificou-se uma quebra ligeira (28%), que não deixará de estar associada à conjuntura pandémica, mas que é muito menor do que a ocorrida na UE (15%; Organisation for Economic Co-operation and Development, 2020; 2022). Este elevado peso dos pagamentos diretos coloca uma maior pressão sobre quem dispõe de menores rendimentos e constitui, por isso, uma potencial barreira de acesso aos cuidados.

Outros indicadores clássicos relativos ao acesso sofreram, com a pandemia COVID-19, quebras desfavoráveis, invertendo uma tendência de melhoria que se vinha sentindo anteriormente, e manifestaram posteriormente recuperações já em 2021, num período menos severo da pandemia.

Segundo dados da Administração Central do Sistema de Saúde (2022), designadamente o Relatório Anual de Acesso a Cuidados de Saúde nos Estabelecimentos do SNS e Entidades Convencionadas 2021¹, entre 2018 e 2019 houve um crescimento (embora ténue) da atividade de cuidados primários e de cuidados diferenciados. Como é possível observar, as taxas de variação são sempre positivas, nas consultas, nas urgências e nas cirurgias (Tabela 1; Figura 1 e Figura 2).

Tabela 1 Indicadores sobre atividade nos cuidados de saúde primários e nos hospitais (2018–2021)

Fonte. Adaptado de Administração Central do Sistema de Saúde (2022)

	Número				Taxa de variação anual		
	2018	2019	2020	2021	2019-18	2020-19	2021-20
Consultas médicas nos cuidados primários							
Presenciais	31 184	31 569	32 554	36 038	+1,2%	+3,1%	+10,7%
Não presenciais	8 946	9 241	18 519	20 150	+3,3%	+100,4%	+8,8%
Consultas médicas hospitalares							
Primeiras	12 186 702	12 420 101	11 130 045	12 413 119	+1,9%	-10,4%	+11,5%
Subsequentes	3 497 730	3 574 567	2 997 805	3 516 516	+2,2%	-16,1%	+17,3%
Atendimentos de urgência	8 688 972	8 845 534	8 132 240	8 896 603	+1,8%	-8,1%	+9,4%
Cirurgias	6 365 476	6 425 560	4 552 704	5 196 340	+0,9%	-29,1%	+14,1%
	671 975	704 235	578 987	708 961	+4,8%	-17,8%	+22,4%

1 À data de redação deste capítulo, o Relatório de Acesso relativo a 2022 ainda não se encontrava disponível.

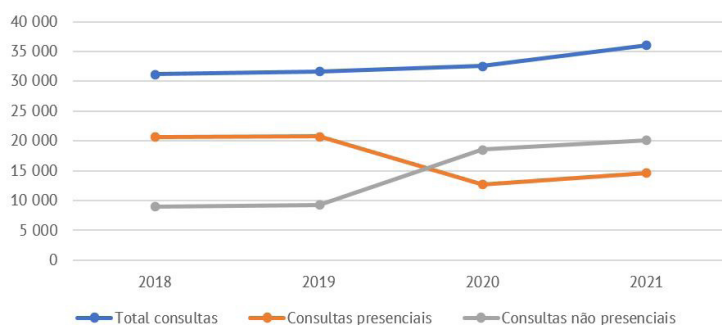


Figura 1 Número de consultas médicas nos cuidados de saúde primários (2018–2021)
 Fonte. Adaptado de Administração Central do Sistema de Saúde (2022)

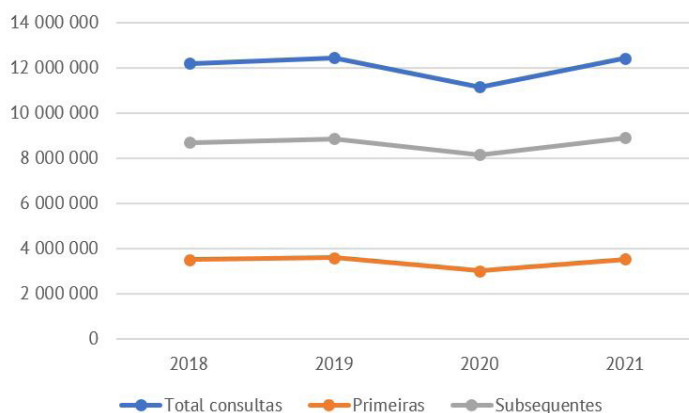


Figura 2 Número de consultas médicas nos hospitais (2018–2021)
 Fonte. Adaptado de Administração Central do Sistema de Saúde (2022)

Em 2020, para procurar garantir a resposta do SNS às necessidades criadas pelo elevado número de contágios e de casos a requerer cuidados de saúde periciais – urgências e internamentos –, foi suspensa a atividade programada não COVID-19 e não urgente (consultas, cirurgias e meios complementares de diagnóstico e terapêutica). O único acréscimo verificado foi nas consultas médicas nos cuidados de saúde primários, que registaram um

ligeiro aumento de 3,1%. Porém, esse acréscimo deveu-se a um aumento muito significativo das consultas não presenciais (que duplicaram face ao ano anterior), uma vez que a quebra nas consultas presenciais foi muito acentuada (-38,5%).

Nos hospitais do SNS houve um decréscimo de 10,4% no total de consultas médicas externas, mais acentuado nas primeiras consultas (-16,1%) do que nas de seguimento (-8,1%), o que poderá ter significado um adiamento no acompanhamento de doenças cuja intervenção atempada pode ter fortes implicações no sucesso das terapêuticas. Verificou-se igualmente uma forte diminuição do número de atendimentos de urgência (-29,1%) e de intervenções cirúrgicas (-17,8%).

Em 2021, grande parte da atividade foi retomada e os indicadores mostram sinais de recuperação. Em boa parte deles, os valores atingem ou mesmo superam ligeiramente os que vinham sendo alcançados antes da pandemia. Excetuam-se as consultas presenciais nos cuidados de saúde primários que, nesse ano, se mantinham bastante aquém do número registado no período pré-pandémico, bem como os atendimentos de urgência nos hospitais. Face a esta tendência, é expectável que, em 2022, a recuperação da atividade seja ainda mais significativa.

Se as medidas de suspensão ou redução de atividades de prestação de cuidados de saúde foram dirigidas a toda a população, os dados mostram que não a afetaram de igual forma. A observação das necessidades não satisfeitas revela a existência de uma relação clara entre essas necessidades e os rendimentos (Figura 3).

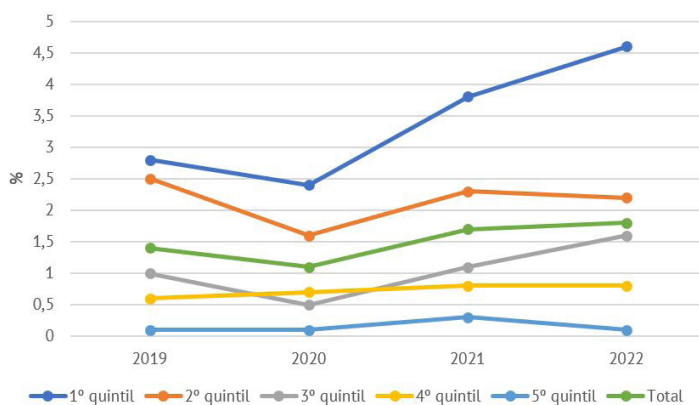


Figura 3 Necessidades de consultas médicas não satisfeitas (auto-reportadas), por quintis de rendimento (2019–2022)

Fonte. Adaptado de Eurostat, *Estatísticas Europeias sobre Rendimentos e Condições de Vida* (s.d.).

Tomando como referência o período entre 2019 e 2022, é evidente uma relação, de sentido inverso, entre o rendimento dos indivíduos e as necessidades de consultas médicas não satisfeitas, conforme reportadas pelos próprios: quanto menor o rendimento maior a percentagem de indivíduos cujas necessidades ficam por satisfazer. São de destacar, em particular, os que se situam no 1.º quintil, cujo agravamento na não satisfação das necessidades é bastante superior face aos outros quintis nos dois últimos anos do período em análise, o que coloca os que têm menor rendimento numa situação cada vez mais desvantajosa.

Dados recentes recolhidos no âmbito do inquérito sobre necessidade e acesso a cuidados de saúde aplicado em Portugal confirmam esta relação (Barros & Costa, 2023). O relatório conclui que, globalmente, o acesso a cuidados de saúde, em 2022, foi significativamente pior para a classe socioeconómica mais desfavorecida, quando se compara quer com os anos anteriores, quer com as restantes classes socioeconómicas. Tal significa que o maior impacto nas condições de acesso a cuidados de saúde terá, assim, surgido de forma socialmente seletiva e quando o sistema de saúde se encontrava já num processo de recuperação relativamente consolidado.

Por trás dos valores a nível nacional, importa também dar visibilidade à persistência de assimetrias regionais na oferta de cuidados de saúde que

têm implicações no acesso aos cuidados. No caso dos cuidados primários, um dos indicadores centrais respeita à cobertura de médico de família.

Em Portugal continental, de 2019 para 2021 diminuiu o número de utentes com médico de família atribuído, numa tendência que se verifica desde 2018, após um aumento nos anos anteriores (Figura 4). Esta evolução é comum às várias regiões, com exceção da região Norte que não só é a que apresenta uma taxa de cobertura mais favorável, como é a única que regista um ligeiro crescimento em 2021. Nesse mesmo ano, a região de Lisboa e Vale do Tejo é a que apresenta menor taxa de cobertura de médico de família (79,2%), seguida da região do Algarve (83,6%).

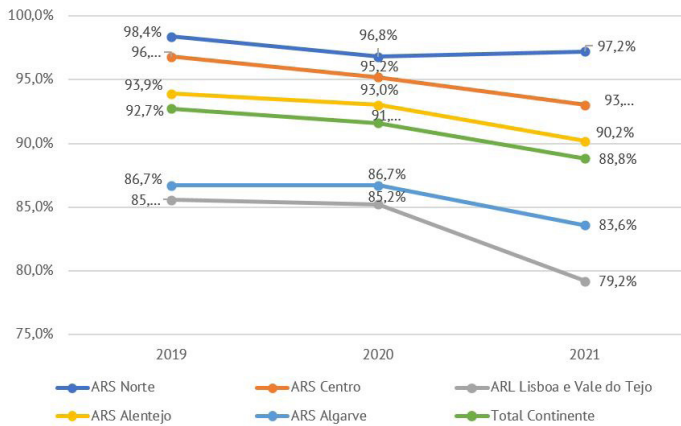


Figura 4 Evolução percentual de utentes inscritos com médico de família atribuído, por região (2019–2021)

Fonte. Adaptado de Administração Central do Sistema de Saúde (2022)

Resultados de Saúde: Desigualdades Persistentes

Entre os vários fatores sociais associados a desigualdades em termos de resultados de saúde, os dados estatísticos disponíveis permitem destacar essencialmente os que remetem para o género, a idade, as qualificações escolares e, em alguns indicadores, o rendimento. Efetivamente, as desigualdades de condição de saúde entre mulheres e homens, pessoas mais jovens e mais velhas, mais e menos escolarizadas, com maior ou menor capital

económico, têm vindo a ser evidenciadas nos sucessivos levantamentos extensivos sobre o estado de saúde das populações.

No que respeita ao género, no período em análise, embora a esperança de vida à nascença seja mais elevada para as mulheres do que para os homens, indicadores complementares, que permitem avaliar se o aumento da esperança de vida é acompanhado ou não de um aumento de tempo vivido em boa saúde, revelam a situação mais desfavorável das mulheres. Quer a estimativa de anos de vida saudável à nascença, quer a expectativa do número de anos de vida saudável aos 65 anos são menores para as mulheres (Tabela 2 e Figura 5).

Tabela 2 *Esperança média de vida e de vida saudável, por género (2019–2021)*

Fonte. Adaptado de Eurostat, *Estatísticas Europeias sobre Rendimentos e Condições de Vida* (s.d.)

	2019			2020			2021		
	Mulheres	Homens	Total	Mulheres	Homens	Total	Mulheres	Homens	Total
Esperança média de vida à nascença	84,8	78,7	81,9	84,1	78	81,1	84,4	78,5	81,5
Anos de vida saudável à nascença	57,8	60,6	59,2	58,7	60,8	59,7	57,4	59,3	58,3
Anos de vida saudável aos 65 anos	6,9	7,9	7,3	7,1	8,4	7,7	7,4	8,4	7,9

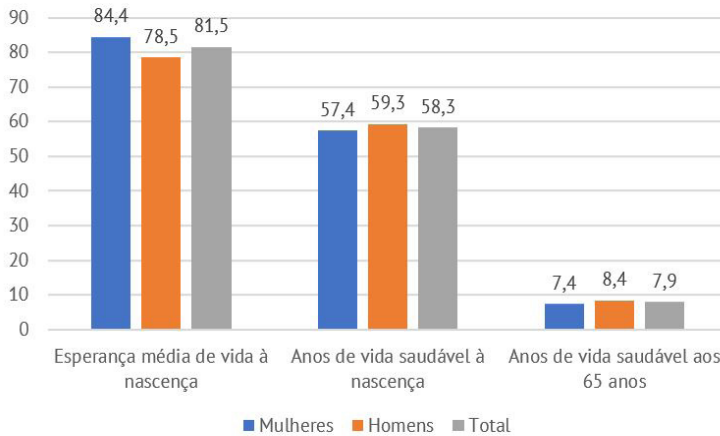


Figura 5 *Esperança média de vida e de vida saudável, por género (2021)*

Fonte. Adaptado de Eurostat, Estatísticas Europeias sobre Rendimentos e Condições de Vida (s.d.)

Os dados mostram também diferenças consideráveis na avaliação subjetiva do estado de saúde segundo o género, a idade, o nível de escolaridade e a condição perante o trabalho. São os homens que avaliam mais positivamente o seu estado de saúde. Quanto à idade, como expectável, os que têm 65 e mais anos são os que o avaliam de forma mais negativa. É igualmente evidente uma relação com o nível de escolaridade, em que à medida que esse nível aumenta decresce o número de inquiridos que avaliam a sua saúde de forma positiva, estando uma parte desta diferença certamente relacionada com alguma sobreposição com a idade. Essas diferenças são também visíveis na condição perante o trabalho. O facto de se exercer profissão constitui um fator potenciador de melhores avaliações subjetivas do estado de saúde, com os empregados a fazerem apreciações mais positivas do que os que se encontram desempregados ou em situação de inatividade (Figura 6).

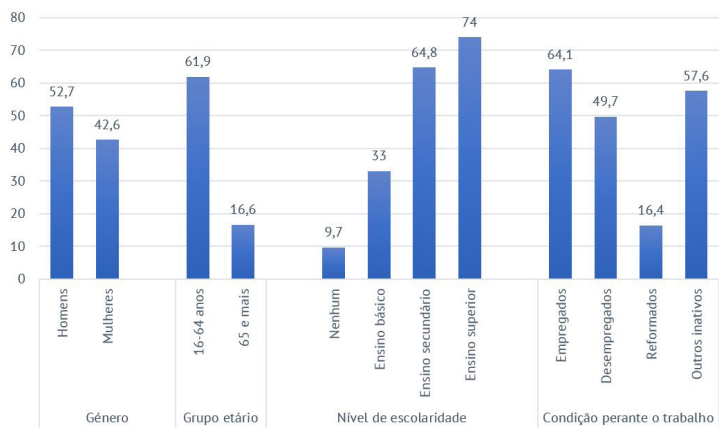


Figura 6 *Proporção da população que avalia o seu estado de saúde como bom ou muito bom, por categorias sociodemográficas (2022), em percentagem*
Fonte. Adaptado de Instituto Nacional de Estatística (2023)

O padrão descrito para 2022 dá continuidade ao que se verificava antes da pandemia e no período pandémico (Tabela 3). Importa, no entanto, notar que em 2022 diminui a proporção global de indivíduos que classificam o seu estado de saúde como bom ou muito bom.

Tabela 3 *Proporção da população que avalia o seu estado de saúde como bom ou muito bom, por categorias sociodemográficas (2019–2022), em percentagem*
Fonte. Adaptado de Instituto Nacional de Estatística (2021, 2022, 2023)

	2019	2020	2021	2022
Género				
Homens	55,5	55,7	54,2	52,7
Mulheres	45,4	47,4	46,6	46,6
Grupo etário				
16-64 anos	62,2	63,7	62,1	63,8
65 + anos	14,8	15,6	16,8	19,5
Nível de escolaridade				
Nenhum	8,1	10,1	9,9	9,7
Ensino básico	37,9	36,5	34,1	33,0

Ensino secundário	70,4	69,8	66,2	64,8
Ensino superior	75,2	75,5	74,1	74,0
Condição perante o trabalho				
Empregados	65,4	67,3	65,2	64,1
Desempregados	51,4	52,8	50,5	49,7
Reformados	15,8	16,7	17,2	16,4
Outros inativos	55,0	55,4	54,7	57,6
Total	50,1	51,3	50,2	49,5

Ao longo do período 2019–2022, a declaração de ter uma doença crónica ou um problema de saúde prolongado segue um padrão semelhante, penalizando as mulheres, os mais velhos, os menos escolarizados e os reformados. Tal como no indicador anterior, também aqui se verificará alguma sobreposição entre a idade, o nível de escolaridade e a condição perante o trabalho (Figura 7; Tabela 4).

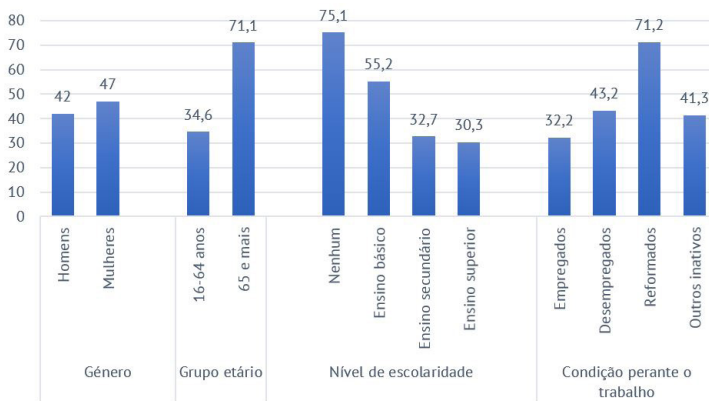


Figura 7 Proporção da população que referiu ter doença crónica ou problema de saúde prolongado, por categorias sociodemográficas (2022), em percentagem

Fonte. Adaptado de Instituto Nacional de Estatística (2023)

Em 2022, aumenta a proporção daqueles que referem ter doença crónica ou problema de saúde prolongado, em consonância com a diminuição daqueles que consideram a sua saúde boa ou muito boa. Estamos, pois, perante um cenário de agravamento auto-percecionado do estado de saúde que, tendo em conta os constrangimentos anteriormente referidos no que toca ao acesso a

cuidados de saúde, levanta preocupações adicionais, sobretudo para aqueles que se encontram em situações socialmente mais desfavoráveis.

Tabela 4 *Proporção da população que referiu ter doença crónica ou problema de saúde prolongado, por categorias sociodemográficas (2019-2022), em percentagem*

Fonte: Adaptado de Instituto Nacional de Estatística (2021, 2022, 2023)

	2019	2020	2021	2022
Género				
Homens	37,3	39,6	40,4	42,0
Mulheres	44,5	46,3	47,0	47,0
Grupo etário				
16-64 anos	30,7	32,5	34,1	34,6
65 + anos	71,6	73,8	71,4	71,1
Nível de escolaridade				
Nenhum	78,5	80,6	80,1	75,1
Ensino básico	48,0	51,6	53,3	55,2
Ensino secundário	26,0	29,2	31,3	32,7
Ensino superior	26,9	29,9	30,8	30,3
Condição perante o trabalho				
Empregados	27,3	29,0	30,9	32,2
Desempregados	34,3	40,7	40,6	43,2
Reformados	70,7	73,2	71,1	71,2
Outros inativos	42,1	41,2	43,8	41,3
Total	41,2	43,2	43,9	44,7

Além de terem uma relação com as desigualdades de acesso aos cuidados de saúde, as diferenças de rendimento traduzem-se também em desigualdades em termos de resultados de saúde. A declaração da existência de uma doença crónica ou problema de saúde prolongado é tanto maior quanto menor o rendimento dos indivíduos, sendo as distâncias particularmente penalizadoras para aqueles cujos rendimentos se situam nos dois primeiros quintis (Figura 8).

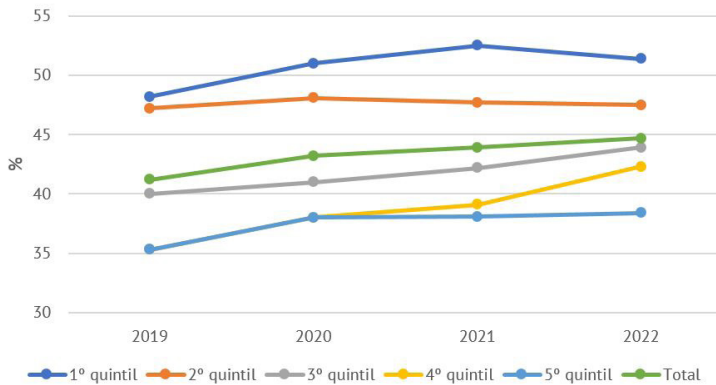


Figura 8 *Proporção da população que referiu ter doença crónica ou problema de saúde prolongado, por quintis de rendimento (2019–2022), em percentagem*

Fonte. Adaptado de Eurostat, Estatísticas Europeias sobre Rendimentos e Condições de Vida (s.d.)

É certo que, tendo em conta este indicador, o período da pandemia COVID-19 terá agravado, de forma relativamente transversal, o estado de saúde das populações, como se verifica observando as curvas ascendentes em todos os quintis de rendimento, sobretudo de 2019 para 2020, o ano pandémico mais severo, mas estendendo-se igualmente a 2022.

O já citado relatório sobre necessidade e acesso a cuidados de saúde em Portugal apresenta conclusões que corroboram esta relação (Barros & Costa, 2023). Efetivamente, é bastante marcada, desde antes da pandemia, a existência de uma forte relação entre a ocorrência de episódios de doença e a condição socioeconómica do agregado familiar, avaliada através da perceção dos indivíduos quanto à capacidade de fazer face às despesas habituais. O período pandémico acentuou a importância da associação entre a condição socioeconómica do agregado familiar e a ocorrência de episódios de doença, já que nos anos 2020 e 2021 os indivíduos de grupos socioeconómicos de maior rendimento reportaram menos situações de doença. Em 2022, o grupo populacional com maiores dificuldades financeiras reportou um acréscimo considerável de, pelo menos, um episódio de doença, enquanto os restantes grupos retomam essencialmente a situação pré-pandemia. O que estes dados indiciam é um agravamento das desigualdades sociais em saúde gerado pela pandemia, mas que parece persistir para além dela.

Resultados de Saúde: A Visibilidade da Saúde Mental

Não há dúvida que a pandemia trouxe para o espaço público as questões relacionadas com a saúde mental. Vários inquéritos lançados na fase inicial da pandemia, direcionados para a população em geral ou para segmentos específicos da população – como, por exemplo, os jovens, os estudantes ou os profissionais de saúde – incluíram indicadores que permitiam aferir o estado de saúde mental dos indivíduos e mostraram um agravamento dos sintomas de sofrimento psicológico.

Os impactos negativos da pandemia na saúde mental situam-se a dois níveis. Por um lado, fizeram-se sentir na população em geral: pelos receios de contágio; pelas medidas de confinamento que implicaram não só a alteração das rotinas quotidianas, como o isolamento de familiares e amigos; mas também, indiretamente, por perdas de rendimento ou situações de desemprego, por exemplo. Por outro lado, agravaram os problemas de saúde mental daqueles que já os tinham. Além dos fatores comuns com a população em geral, a perda ou diminuição de contacto com os serviços de saúde mental agravou ainda mais os sintomas e alguns estudos têm demonstrado que as pessoas com problemas de saúde mental pré-existentes reportaram um aumento dos sintomas (Organisation for Economic Co-operation and Development, 2020).

Em Portugal, os resultados de um estudo especificamente focado na saúde mental (Almeida, 2020), cujos dados foram recolhidos entre maio e agosto de 2020, revelaram prevalências de sofrimento psicológico mais elevadas do que as previamente reportadas pelo primeiro *Estudo Epidemiológico Nacional da Saúde Mental* (citado em Almeida, 2020). São sobretudo as mulheres, os jovens adultos entre os 18 e os 29 anos, os desempregados e os indivíduos com mais baixo rendimento quem apresenta sintomas de sofrimento psicológico moderado a grave, em várias das dimensões de saúde mental analisadas.

A crescente visibilidade dos impactos da pandemia na saúde mental levou à inclusão de indicadores específicos sobre esta relação em instrumentos de recolha de informação oficiais, como é o caso do Inquérito às Condições de Vida e Rendimento do Instituto Nacional de Estatística (INE). Nas edições de 2021 e de 2022, foi incluída uma questão sobre a medida em que a pandemia tinha afetado negativamente a saúde mental, a partir das perceções dos inquiridos (Figura 9).

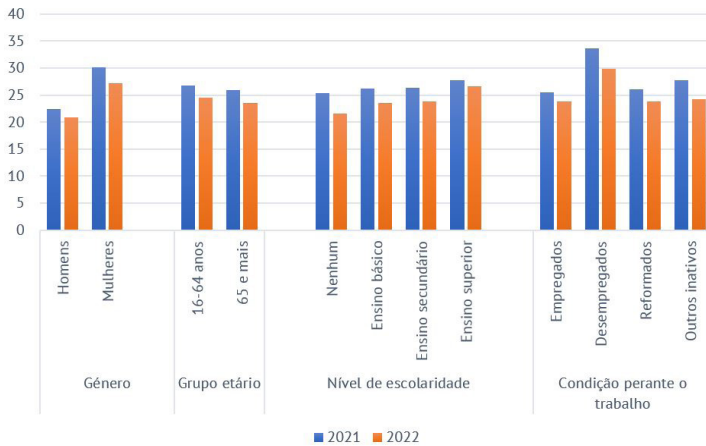


Figura 9 *Proporção da população com saúde mental afetada negativamente devido à crise pandêmica COVID-19, por categorias sociodemográficas (2021-2022), em percentagem*
 Fonte. Adaptado de Instituto Nacional de Estatística (2023)

Em 2021, o agravamento da condição de saúde mental como consequência da pandemia foi mais reportado por mulheres do que por homens e com maior incidência na população em idade ativa em comparação com os mais velhos. Quanto à condição perante o trabalho, as pessoas desempregadas são as mais penalizadas por esse agravamento. Já no ano seguinte, a proporção de indivíduos a declarar esse agravamento diminuiu, como expectável num cenário pós-pandémico. Mantêm-se, em 2022, as diferenças já assinaladas entre as categorias sociodemográficas.

As desigualdades de género e geracionais na saúde mental não são novas. Em 2019, a prevalência de sintomas depressivos era mais expressiva para as mulheres e nas faixas etárias mais avançadas. Aproximadamente 70% das pessoas com sintomas depressivos eram mulheres e era na população mais idosa que a proporção desses sintomas atingia valores mais elevados (Instituto Nacional de Estatística, 2021).

O que foi novo com a pandemia, e merecedor de particular atenção, foi a maior incidência de problemas de saúde mental nas camadas mais jovens, incluindo crianças, que foram associados às medidas de confinamento, designadamente o encerramento das escolas. Pela primeira vez, o relatório

anual da Fundo Internacional de Emergência para Crianças das Nações Unidas (United Nations International Children's Emergency Fund, 2021), *The State of The World's Children*, centrou-se na saúde mental, focando em particular os fatores de risco e os fatores de proteção que a condicionam. Trata-se de um importante sinal da atenção dada à saúde mental dos mais jovens que, embora tenha ganho maior visibilidade com a pandemia, não se esgota com a sua erradicação (Pegado, 2022).

O reconhecimento desta questão a nível internacional é também evidente na última edição da publicação *Health at a Glance Europe 2022*, sobre o estado de saúde na União Europeia, da responsabilidade da OCDE e da União Europeia. Nesta publicação um dos dois capítulos temáticos é inteiramente dedicado às consequências da pandemia na saúde dos jovens, com particular ênfase na sua saúde mental (Pegado, 2022).

No que respeita à saúde mental dos jovens, esta também é atravessada por desigualdades sociais, designadamente em termos de condição económica. Como se pode observar, o risco de depressão é muito mais elevado em jovens que vivem com maiores dificuldades financeiras (Figura 10). Acresce que, em Portugal, essa diferença é ainda mais marcada do que a que se verifica a nível da União Europeia.

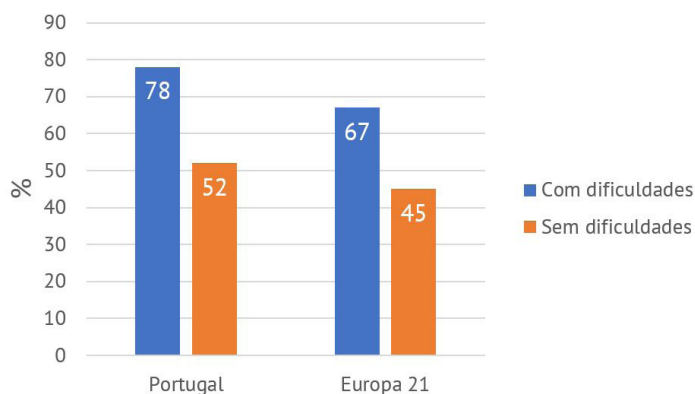


Figura 10 Percentagem de jovens entre os 18 e os 29 anos em risco de depressão, por dificuldade auto-percebida de conseguir pagar as contas, 2020–2021

Fonte. Adaptado de Organisation for Economic Co-operation and Development (2022)

Informação Sobre Desigualdades Sociais em Saúde: Lacunas, Necessidades e Desafios

Os dados apresentados e discutidos ao longo deste capítulo permitiram esboçar um retrato, necessariamente limitado e imperfeito, das desigualdades sociais na saúde em Portugal, tomando como arco temporal os anos mais recentes, onde se incluem três períodos: pré-pandemia, pandemia e pós-pandemia. A sistematização desses dados possibilita, além desse retrato, a emergência de um conjunto de questionamentos sobre os próprios processos de produção da informação sobre o tópico em análise, designadamente em termos de lacunas identificadas e necessidades sentidas, questionamentos aliás comuns a qualquer trabalho sociológico com recurso a fontes secundárias. É com a reflexão que decorre desses questionamentos que se encerra este capítulo.

Em Portugal, a informação estatística sobre acesso a cuidados de saúde e sobre resultados de saúde é vasta. Porém, nem sempre essa informação é cruzada com atributos sociodemográficos das populações, que condicionam precisamente esse acesso e esses resultados. Ou seja, existe alguma dificuldade em ter evidência empírica suficientemente abrangente e compreensiva das desigualdades sociais na saúde. A recolha da informação é uma condição fundamental, mas é igualmente necessário promover a exploração dos micro-dados, sempre que as amostras o permitam, para colmatar lacunas existentes.

Sem pretensões de exaustividade, propõem-se, pois, algumas notas para uma agenda para a produção de informação e conhecimento sobre desigualdades sociais na saúde, organizadas em três grandes pontos.

O primeiro respeita à melhoria da recolha, mas também da disponibilização, sistemática de informação sobre desigualdades na saúde nas estatísticas oficiais. Tal implicaria mais regularidade, mais desagregação, mais exaustividade e mais sistematização.

Quanto à regularidade, é certo que há instrumentos de recolha de informação anual com alguns indicadores sobre saúde, como é o caso do Inquérito às Condições de Vida e Rendimento, aplicado pelo INE, no âmbito das Estatísticas Europeias sobre Rendimentos e Condições de Vida. Porém, instrumentos especificamente direcionados para a saúde têm tido intervalos de aplicação bastante latos. É o caso do Inquérito Nacional de Saúde, realizado pelo INE em colaboração com o Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, que conta até ao momento com duas edições, 2014 e 2019.

É também o caso do Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico, da responsabilidade do Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, que teve uma única edição, em 2015. Este inquérito teve a vantagem de associar a recolha de informação auto-reportada sobre o estado de saúde com exame físico e recolha de amostras de sangue para a avaliação de parâmetros bioquímicos.

Quanto à desagregação, a generalidade dos inquéritos trabalha com amostras que, sendo representativas a nível nacional e, em alguns casos, a nível das grandes regiões, não permitem apuramentos geograficamente mais finos, por exemplo, a nível concelhio. É evidente que tal implica dimensões amostrais de grande envergadura, com os custos que lhe estão associados. Mas importará aqui equacionar em que medida as novas modalidades de aplicação de inquéritos para produção de estatísticas oficiais, designadamente o recurso cada vez mais frequente a preenchimento via internet, possibilitam o alcance de amostras de maior dimensão.

Relativamente à exaustividade, sem prejuízo da necessidade de garantir um equilíbrio entre a informação que é relevante recolher e a dimensão dos instrumentos de recolha de informação, a inclusão de alguns indicadores adicionais beneficiaria a produção e conhecimento sobre as desigualdades sociais na saúde. A título de exemplo, refiram-se aqueles que permitiriam operacionalizar o conceito de classe social, cuja relação com as desigualdades de saúde está amplamente documentada, desde a publicação, em 1980, no Reino Unido, de um relatório de investigação que ficou conhecido como *Black Report*. Refiram-se também os indicadores que remetem para as dimensões do bem-estar e da saúde mental, que têm sido mais escassos nos instrumentos de recolha, não obstante uma maior atenção a partir da pandemia.

No que respeita à sistematização, o repto não se dirige apenas aos organismos de produção de estatísticas oficiais, mas também à comunidade científica da área das ciências sociais. É preciso dar visibilidade às desigualdades sociais na saúde e esse desígnio confronta-se com informação dispersa por várias fontes, publicações estatísticas e plataformas. É certo que alguns portais apresentam informação relativamente sistematizada sobre indicadores de saúde, mas de âmbito limitado. A sistematização dessa informação será um contributo central para desvelar (e denunciar) essas desigualdades e os fatores sociais que as produzem.

O segundo ponto remete para equacionar o aproveitamento do potencial de dados administrativos existentes no âmbito das instituições de

prestação de cuidados de saúde. Alguns desses dados são já sistematizados em relatórios anuais de organismos de administração da saúde, como é o caso, por exemplo, dos Relatórios de Acesso. Em geral, são dados agregados, que não permitem dispor de informação específica que cruze questões relativas à saúde com indicadores de desigualdades sociais. Equacionar esta possibilidade exige, obviamente, garantir o anonimato e a salvaguarda dos dados pessoais, respeitando os normativos do regime de proteção de dados pessoais.

O terceiro ponto vai para além da produção e disponibilização de dados estatísticos sobre a população em geral. É necessário promover pesquisa científica focada em aspetos particulares ou populações específicas, dificilmente captados em operações de recolha de informação de grande dimensão, com recurso a estudos mais especializados, ou intensivos e qualitativos, ou com produção de dados quantitativos primários. Refiram-se, a título de exemplo, sem qualquer pretensão de exaustividade, a população idosa, a população imigrante, a população com doença crónica, a população LGBTQIA+. Tal contribuirá para visibilizar as desigualdades em saúde de populações específicas, em particular as socialmente mais vulneráveis.

Dois princípios afiguram-se como potenciadores de benefícios adicionais na concretização desta agenda. O primeiro é a interdisciplinaridade, convocando várias áreas das ciências sociais, mas também da saúde pública ou de áreas mais concretamente ligadas aos cuidados de saúde. O segundo é o trabalho de parceria, promovendo a articulação de contributos da comunidade científica, dos organismos responsáveis pela produção de estatísticas, dos organismos governamentais ligados à saúde e das próprias instituições de prestação de cuidados de saúde.

Uma agenda para a produção de conhecimento sobre as desigualdades sociais na saúde é também um contributo para políticas públicas de saúde que possam combater e reduzir desigualdades que, reforçando a posição expressa no início deste capítulo, são injustas e evitáveis.

Referências

Almeida, T. C., Heitor, M. J., Santos, O., Costa, A., Virgolino, A., Rasga, C., Martiniano, H., & Vicente, A. (2020). *SM-COVID19 – Saúde mental em tempos de pandemia. Relatório Final*. Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, IP. <https://repositorio.insa.pt/handle/10400.18/7245>

Administração Central do Sistema de Saúde. (2022). *Relatório anual de acesso a cuidados de saúde de nos estabelecimentos do SNS e entidades convencionadas 2021*. <https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2022/09/Relat%C3%B3rio-de-Acesso-2021.pdf>

Barros, P. P., & Costa, E. (2023). *Acesso a cuidados de saúde, 2022. As escolhas dos cidadãos no pós-pandemia*. Nova School of Business and Economics – Health Economics and Management Knowledge Center. <https://www.novasbe.unl.pt/Portals/0/Files/Social%20Equity%20Initiative/Acesso%20a%20Cuidados%20de%20Saude%2C%202022.pdf>

Cabral, V., Silva, P. A. da, & Mendes, H. (2002). *Saúde e doença em Portugal*. Imprensa de Ciências Sociais.

Cockerham, W. C. (2005). Health lifestyle theory and the convergence of agency and structure. *Journal of Health and Social Behavior*, 46(1), 51–67. <https://doi.org/10.1177/002214650504600105>

Conceição, S. (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, T. (2020). A saúde e a COVID-19 em Portugal: Uma reflexão a meio caminho andado. In R. M. do Carmo, I. Tavares & A. F. Cândido (Eds.), *Um olhar sociológico sobre a crise COVID-19 em livro* [pp. 17–35]. Observatório das Desigualdades.

Correia, T., Carapinheiro, G., & Raposo, H. (2018). Desigualdades sociais na saúde: Um olhar comparativo e compreensivo. In R. M. do Carmo, J. Sebastião, J. Azevedo, S. da C. Martins e A. F. da Costa (Eds.), *Desigualdades sociais. Portugal e a Europa* [pp. 23–39]. Editora Mundos Sociais.

Eurostat. (s.d.). *Estatísticas europeias sobre rendimentos e condições de vida*. <https://ec.europa.eu/eurostat>

Gaspar, R. S., Ramos, F. D., Ferreira, P. L., Barros, H., & Mendes, F. (2019). *Saúde: Um direito humano. Relatório de primavera 2019*. OPSS. <https://www.esesjd.uevora.pt/documentos/Relatorios-de-Primavera>

Instituto Nacional de Estatística. (2021). *Estatísticas da Saúde 2019*. https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=257483090&PUBLICACOESmodo=2

Instituto Nacional de Estatística. (2022). *Estatísticas da Saúde 2020*. https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=436989156&PUBLICACOESmodo=2

Instituto Nacional de Estatística. (2023). *Estatísticas da Saúde 2021*. https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=11677508&PUBLICACOESmodo=2

Lei n.º 95/2019, de 4 de setembro, Diário da República n.º 169/2019, Série I de 2019-09-04. (2019). <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/95-2019-124417108>

Organisation for Economic Co-operation and Development. (2020). *Health at a glance. Europe 2020: State of health in the EU cycle*. OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/82129230-en>

Organisation for Economic Co-operation and Development. (2022). *Health at a glance. Europe 2022: State of health in the EU cycle*. OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/507433b0-en>

Pegado, E. (2022). A saúde é um direito: Conquistas inacabadas e desafios para o futuro. In R. M. do Carmo, I. Tavares, & A. F. Cândido (Eds.). *Que futuro para a igualdade? Pensar a sociedade e o pós-pandemia* [pp. 43–58]. Observatório das Desigualdades.

United Nations International Children's Emergency Fund. (2021). *The state of the world's children 2021. On my mind. Promoting, protecting and caring for children's mental health (Executive Summary)*. UNICEF Office of Global Insight and Policy.