



FACULDADE DE  
**MEDICINA**  
LISBOA

# **TRABALHO FINAL**

## **MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA**

---

Clínica Universitária de Medicina Geral e Familiar

### **Desigualdades em saúde - o peso dos determinantes sociais**

Helena Paula Gouveia Cruz

#### **Orientado por:**

Prof.<sup>ª</sup> Doutora Cristina Ribeiro

#### **Co-Orientado por:**

Dr.<sup>ª</sup> Ivone Gonçalves Gaspar

---

**MAIO'2022**

## Resumo

### Introdução/Contextualização

O acesso aos cuidados de saúde é um direito fundamental universal que não está distribuído de forma equitativa, sendo notável a assimetria existente a nível global.

As desigualdades em saúde estão relacionadas com a distribuição desigual dos recursos pela população, considerando-se um problema de saúde pública a nível mundial, para o qual existem diferenças significativas entre continentes, entre países e entre regiões do mesmo país.

O nível de saúde duma população é um dos fatores que contribui para o seu desenvolvimento social e económico. É importante referir que as desigualdades em saúde afetam a qualidade de vida das pessoas, a probabilidade de doença e o risco de morte prematura.

### Objetivos/Hipóteses

Este trabalho tem como objetivo a realização de uma revisão narrativa sobre o tema “Desigualdades em saúde – o peso dos determinantes sociais”, procurando identificar a relação entre a saúde e os fatores socioeconómicos, os quais são responsáveis pelas desigualdades em saúde da população.

### Metodologia

A revisão bibliográfica teve por base a pesquisa de artigos em português e em inglês sobre as desigualdades em saúde a nível mundial, europeu e nacional, com destaque para as publicações dos últimos 14 anos. Os motores de busca utilizados foram PubMed, BioMed Central, Trip Medical Database. As palavras-chave utilizadas foram: desigualdades em saúde, iniquidade em saúde, determinantes sociais em saúde, Portugal, Europa, Mundo.

O Trabalho Final é da exclusiva responsabilidade do seu autor, não cabendo qualquer responsabilidade à FMUL pelos conteúdos nele apresentados.

## Abstract

### Introduction

The access to health care is a universal fundamental right that is not equitably distributed and the asymmetry exists at a global level.

Health inequalities are related to the unequal distribution of resources across the population, considering a public health problem worldwide, for which there are significant differences between continents, between countries and between regions of the same country.

### Objectives

This work aims to carry out a narrative review on the theme “Inequalities in health – the weight of social determinants”, seeking to identify the relationship between health and socioeconomic factors, which are responsible for the health inequalities of the population.

The health level of a population is one of the factors that contributes to its social and economic development. It is important to mention that health inequalities affects people's quality of life, the probability of illness and the risk of premature death.

### Methodology

The literature review was based on the search for articles in portuguese and english on health inequalities at a global, European and national level, with emphasis on publications from the last 14 years. The search engines used were PubMed, BioMed Central, Trip Medical Database. The keywords used were: inequalities in health, inequity in health, social determinants in health, Portugal, Europe, World.

## Índice

Capa .....	I
Resumo .....	II
Introdução/Contextualização .....	II
Objetivos/Hipóteses .....	II
Metodologia.....	II
Abstract .....	III
Introduction .....	III
Objectives .....	III
Methodology.....	III
Lista de Abreviaturas .....	V
Introdução .....	1
A Saúde em Portugal.....	2
Desigualdades em Saúde .....	4
Desigualdades em Saúde e a importância dos Cuidados de Saúde Primários .....	5
Estrutura .....	5
Objetivos.....	6
Métodos.....	6
Discussão .....	7
Desigualdades em saúde e demografia .....	8
Infância e Adolescência .....	8
Idosos .....	10
Desigualdades em saúde e distribuição geográfica.....	12
Desigualdades em saúde e comportamentos individuais .....	13
Saúde nos grupos mais desfavorecidos .....	14
Saúde na atualidade: crise económica e pandemia COVID-19.....	15
Conclusão.....	18
Referências Bibliográficas.....	19

## Lista de Abreviaturas

ENIPSSA - Estratégia Nacional para Integração de Pessoas Sem-Abrigo

ERS - Entidade Reguladora da Saúde

INE - Instituto Nacional de Estatística

INS - Inquérito Nacional de Saúde

MGF - Medicina Geral e Familiar

MM - Multimorbilidade

NCSNS - Necessidades de Cuidados de Saúde Não Satisfeitas

OMS - Organização Mundial de Saúde

OPSS - Observatório Português dos Sistemas de Saúde

PNS - Plano Nacional de Saúde

SNS - Serviço Nacional de Saúde

## Introdução

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), a saúde é definida como um estado de completo bem-estar (físico, mental e social) e não consiste apenas na ausência de doença. A saúde é fundamental para a qualidade de vida das pessoas.

A equidade em saúde corresponde a igual oportunidade de acesso aos serviços de saúde para todas as pessoas, o que não reflete a realidade. A verdade é que o acesso aos cuidados de saúde é um direito universal que não está equitativamente distribuído.

Segundo o Modelo Comportamental de Andersen, a utilização dos serviços de saúde depende da necessidade, dos fatores predisponentes e dos fatores de capacitação. A necessidade é definida pelo estado de saúde. Os fatores predisponentes são definidos pelas atitudes em relação à saúde/doença. Os fatores de capacitação incluem os recursos pessoais, familiares ou comunitários. Assim, a utilização de cuidados de saúde é mediada por diversos fatores, tais como a procura, a disponibilidade, a proximidade, a qualidade e os custos. [1]

A lei dos cuidados inversos, criada em 1971, propõe que a oferta de serviços é inversamente proporcional à necessidade de uma população, ou seja, quem mais precisa é quem menos tem. Apesar do desenvolvimento na prevenção e tratamento de doenças, as populações que mais necessitam não têm à sua disponibilidade os cuidados de saúde necessários. O acesso aos cuidados de saúde é dificultado pelo aumento das necessidades e pela diminuição da capacidade de resposta do sistema. [2,3,4,5]

## A Saúde em Portugal

Em Portugal, o Serviço Nacional de Saúde (SNS) foi criado no ano de 1979 com o intuito de assegurar o acesso à saúde para todos os cidadãos portugueses de forma gratuita. O SNS assenta em 3 pilares: universalidade do acesso, generalização dos serviços e gestão participativa e descentralizada. Os principais objetivos são: a promoção e a vigilância da saúde; a prevenção da doença; o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação dos doentes. [6]

O SNS engloba os cuidados de saúde primários, secundários (ou hospitalares), terciários (ou continuados) e domiciliários. A articulação destes subsistemas é responsável pela promoção da qualidade dos serviços e conseqüente satisfação das necessidades dos utentes. [7]

Os cuidados de saúde primários constituem o primeiro contacto com a pessoa e são responsáveis pela gestão eficiente dos recursos de saúde e pela coordenação da prestação de cuidados. A referenciação por parte da Medicina Geral e Familiar (MGF) para os cuidados hospitalares resulta em ganhos de produtividade, na medida em que os utentes são encaminhados para as consultas de especialidade adequadas às suas necessidades. [7]

Os cuidados de saúde secundários são concretizados em ambiente hospitalar e em pessoas em fase aguda de doença. [7]

Os cuidados de saúde terciários destinam-se a pessoas em situação de dependência, tendo como objetivo melhorar a sua funcionalidade e promover a sua autonomia. As intervenções estão centradas na reabilitação, readaptação e reinserção familiar e social. [7]

Os cuidados domiciliários correspondem à prestação de cuidados no domicílio, em lares ou em instituições e são dirigidos a pessoas doentes ou inválidas. [7]

Em paralelo, existe o setor privado que é complementar e concorrente do setor público. É responsável pelo auxílio na cobertura das necessidades da população, proporcionando, em algumas situações, maior rapidez de atendimento. Esta proximidade entre os setores levou à criação da Entidade Reguladora da Saúde (ERS),

devido à necessidade de regulação da atividade dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde. [7]

Alguns dos problemas que têm sido identificados na área da saúde estão relacionados com diversos fatores, tais como o subfinanciamento, a concentração de recursos no setor hospitalar e a escassa coordenação entre cuidados primários e secundários. [7]

O Inquérito Nacional de Saúde (INS) é dirigido à população portuguesa e tem como principal objetivo monitorizar o estado de saúde dos portugueses. Deste modo, torna-se possível reorganizar os recursos de acordo com as necessidades da população. [7]

Por sua vez, o Plano Nacional de Saúde (PNS) tem como propósito a racionalização dos recursos disponíveis, de forma a melhorar a qualidade de prestação de serviços. Apesar disso, constata-se que Portugal é um dos países com maiores desigualdades sociais em saúde. [4,8]

Um dos marcos importantes no nosso país foi o PNS 2004-2010 que promoveu intervenções com vista ao fortalecimento do sistema de saúde: em 2006, a criação de Unidades de Saúde Familiar; no mesmo ano, a Rede de Cuidados Integrados que tinha em vista os doentes crónicos, dependentes, mas sem necessidade de internamento; em 2008, os Agrupamentos de Centros de Saúde surgiram com o intuito de prestar cuidados primários à população de uma determinada área. [9]

Como verificado, ao longo do tempo, a organização dos serviços de saúde tem sofrido alterações. Apesar disso, é de referir que o SNS não tem conseguido responder adequadamente à procura por parte dos residentes, havendo necessidades de cuidados de saúde que não são devidamente resolvidas. As necessidades de cuidados de saúde não satisfeitas (NCSNS) correspondem à diferença entre os cuidados necessários e os cuidados recebidos. Os cuidados de saúde que são necessários para lidar adequadamente com um ou vários problemas de saúde em específico não são equivalentes aos cuidados que são efetivamente proporcionados à pessoa. Assim sendo, os cuidados recebidos pelo utente não respondem totalmente às necessidades do mesmo, levando à existência de NCSNS. [10]

A principal razão para a ocorrência de NCSNS são as dificuldades financeiras. As despesas em saúde que não estão cobertas nem pelo serviço público nem pelos seguros de saúde têm vindo a aumentar, sendo responsáveis pelo aumento dos encargos para os indivíduos. Este fenómeno cria uma barreira importante no acesso aos cuidados de saúde. [10]

### Desigualdades em Saúde

As desigualdades em saúde são uma realidade universal, constituindo um problema global de saúde pública. A nível mundial, esta questão está relacionada com as diferenças no desenvolvimento económico e social de cada país. A nível nacional, deve-se à desigual distribuição da riqueza do país.

As desigualdades em saúde são estabelecidas pelos determinantes de saúde. Estes determinantes são variados: relacionados com fatores biológicos (género, idade), relacionados com comportamentos individuais (atividade física, alimentação, tabaco, álcool), relacionados com condições socioeconómicas, ambientais ou culturais (educação, emprego, rendimento, habitação). [11]

Para reduzir as desigualdades em saúde é necessário implementar medidas eficazes que atuem nos determinantes modificáveis. Este tema tem sido alvo de estudos e existem países que introduziram ações centradas na redução destas desigualdades, tendo em consideração a multiplicidade de fatores envolvidos: educação, habitação, emprego, alimentação, comportamentos de risco, entre outros. [12]

Sabe-se que a equidade no acesso aos cuidados de saúde é uma utopia, todavia a comparação entre países é crucial para a identificação de boas práticas e da necessidade de melhoria. A Comissão de Determinantes Sociais da Saúde da OMS, criada no ano de 2005, tem o intuito de organizar informação sobre as ações necessárias para a promoção da equidade em saúde a nível mundial. [1,3,5]

## Desigualdades em Saúde e a importância dos Cuidados de Saúde Primários

Os cuidados de saúde primários representam o primeiro nível de serviços de saúde e são caracterizados por uma abordagem holística e personalizada. A MGF tem um papel preponderante na vigilância da saúde dos utentes, das famílias e da comunidade, sendo que a integração dos determinantes sociais é importante, pois estes influenciam o bem-estar físico, mental e social dos utentes. [13]

Os determinantes sociais de saúde devem ser avaliados nas consultas clínicas, de maneira a possibilitar a abordagem das vulnerabilidades e barreiras no acesso aos cuidados de saúde. Para este fim, temos o exemplo do *Projeto EveryONE*, criado em 2018 pela Academia Americana de Médicos de Família, com o objetivo de providenciar ferramentas e recursos de triagem para a promoção da equidade em saúde. Este projeto é constituído por uma equipa multidisciplinar que atua na multiplicidade de fatores sociais que influenciam a saúde e o bem-estar da comunidade. [13,14]

É indiscutível a importância dos cuidados de saúde primários na abordagem dos determinantes sociais de saúde, visando a diminuição das desigualdades em saúde.

## Estrutura

Ao longo da elaboração deste trabalho, a informação foi dividida em subcapítulos para melhor organização do mesmo:

- primeiramente, reflete-se sobre as desigualdades em saúde nas diferentes fases da vida (infância e adolescência/idosos);
- de seguida, aborda-se as desigualdades em saúde consoante a área de residência (rural/urbana);
- posteriormente, é falado sobre as desigualdades em saúde e os comportamentos individuais;
- adicionalmente, fala-se sobre a saúde nos grupos com baixo nível socioeconómico;
- por fim, faz-se referência à relação entre a saúde e as crises económicas, incluindo a consequente da pandemia COVID-19.

## Objetivos

Este trabalho tem como objetivo a realização de uma revisão narrativa sobre o tema “Desigualdades em saúde – o peso dos determinantes sociais”, procurando identificar a relação entre a saúde e os fatores socioeconómicos, os quais são responsáveis pelas desigualdades em saúde. Pretende-se constatar o impacto dos determinantes sociais no nível de saúde da população.

## Métodos

Foi realizada uma revisão bibliográfica da literatura publicada sobre as desigualdades em saúde a nível mundial, europeu e também nacional.

Foram selecionados artigos em português e em inglês publicados ao longo dos últimos 14 anos (2008 a 2022), dando enfoque nos sites PubMed, BioMed Central, Trip Medical Database e Scielo. Os artigos incluídos são revisões bibliográficas, revisões sistemáticas, metanálises e estudos de caso.

Além da pesquisa nas bases de dados científicos, foi consultada mais informação com relevância para o tema.

As palavras-chave utilizadas foram: desigualdades em saúde, iniquidade em saúde, determinantes sociais em saúde, Portugal, Europa, Mundo.

## Discussão

A saúde ajuda no bem-estar das pessoas, capacitando-as para as atividades sociais e económicas. Este estado de autonomia e de satisfação faz parte de um ciclo que contribui para uma boa qualidade de vida. Podemos afirmar que as desigualdades na área da saúde prejudicam o bem-estar da sociedade, havendo redução da coesão social. As populações socialmente mais coesas são menos afetadas pelo stress, pelo medo e pela sensação de insegurança. Para além disso, foi demonstrado que há menor taxa de crimes e de desordem civil aquando da maior união da sociedade. [12]

A saúde da população depende de diversos fatores, nomeadamente: condições socioeconómicas (40%), comportamentos individuais (30%), prestação de cuidados (20%) e fatores ambientais (10%). [5]

Verificou-se que existem várias ferramentas que são utilizadas para a medição das desigualdades sociais, as quais estão relacionadas diretamente com as desigualdades em saúde. O índice de Gini é uma medida utilizada para medir a desigualdade social num país, comparando os rendimentos dos agregados familiares. Este coeficiente é expresso como um valor percentual, sendo que o valor 0 corresponde a igualdade total e o valor 100 corresponde a máxima desigualdade. O rácio S80/S20 é outro indicador de desigualdade social, sendo que compara o rendimento anual dos 20% dos agregados familiares mais ricos e o rendimento anual dos 20% dos agregados familiares mais pobres. Quanto mais elevado o rácio, maior é a desigualdade de rendimentos. [15,16]

De acordo com Marmot et al. (2008), as desigualdades socioeconómicas em saúde são causadas por uma distribuição desequilibrada de poder, rendimentos, bens e serviços. Isto leva à existência de um gradiente social em saúde, ou seja, quanto mais desfavorecido for o indivíduo, pior será a sua saúde. Sabe-se que as oportunidades e os recursos socioeconómicos condicionam a deliberação sobre escolhas e comportamentos. Os comportamentos, por sua vez, estão relacionados com a saúde, com a morbilidade e com a mortalidade. O conjunto destes fatores influenciam inevitavelmente o estado de saúde do indivíduo. A perceção do estado de saúde é um

indicador importante como determinante de saúde populacional, sendo bom preditor de morbimortalidade. [12,17,18,19,20]

A educação é um forte determinante desde o início da vida e influencia o futuro. A ocupação relaciona-se com o estatuto social e com o rendimento. Uma ocupação mais vantajosa advém de uma melhor educação e relaciona-se com maior poder económico, facilitando o acesso aos cuidados de saúde. O rendimento influencia a saúde, pois permite melhores condições de vida e mais facilidade no recurso aos serviços de saúde. O desenvolvimento tecnológico veio aumentar as desigualdades de rendimentos ao recompensar os altos níveis de competências. Além disso, a automatização substitui postos de trabalho dos trabalhadores com níveis de competências mais baixos. Adicionalmente, o aumento de agregados familiares unipessoais reduz a agregação de recursos, aprofundando as dificuldades financeiras. [18,21]

A saúde das pessoas é, portanto, condicionada pela sua posição na hierarquia social, sendo que os níveis socioeconómicos mais baixos têm maior concentração de fatores de risco associados a diversas doenças. Verifica-se que os mais desfavorecidos tendem a morrer mais cedo (sobrevida 7 anos inferior em relação aos mais favorecidos). [8]

## Desigualdades em saúde e demografia

### Infância e Adolescência

O contexto pré-natal é importante para a determinação do futuro do bebé. A vigilância adequada da gravidez contribui para a diminuição da morbimortalidade materna e perinatal. O baixo peso ao nascer e a prematuridade são dois fatores de risco com elevada prevalência nos mais desfavorecidos, devido à carência de cuidados pré e perinatais. [2]

A infância e a adolescência são períodos importantes da vida. São fases de crescimento, aprendizagem e transformações que influenciam a vida adulta e que têm implicações significativas na saúde, quer física quer mental. [22]

Há diversos fatores, em idades precoces, que são responsáveis pelo aumento do risco de doenças crónicas em idade adulta, nomeadamente a falta de exercício físico, a alimentação não saudável, o excesso de peso e a obesidade, o uso indevido de substâncias, os problemas de saúde mental. [22,23]

Por essa razão, os comportamentos saudáveis devem ser encorajados. Neste aspeto, Portugal tem demonstrado uma boa evolução na redução do consumo de tabaco, de álcool e de bebidas açucaradas. Contudo, a inatividade física, o excesso de peso e a obesidade são, ainda, muito prevalentes no país. Estima-se que cerca de 46,4% da população não pratica atividade física suficiente e que cerca de 67,6% dos adultos e 22% dos adolescentes têm excesso de peso ou obesidade. Estes valores ajudam a explicar a elevada prevalência de doenças com fatores de risco modificáveis. [5]

A prevenção de comportamentos de risco e a promoção de hábitos saudáveis constituem medidas que devem ser implementadas em idade precoce. As intervenções abrangem educação em saúde, intervenções ambientais e políticas e leis. [23]

A educação em saúde consiste na transmissão de informação fidedigna relativa a fatores determinantes e comportamentos de saúde, de maneira a auxiliar as pessoas na tomada de decisões. A baixa literacia em saúde dificulta a compreensão e adoção de comportamentos saudáveis. [23]

As intervenções ambientais têm como objetivo quebrar a tendência que se verifica nos indivíduos de grupos socioeconómicos mais baixos. O ambiente social desfavorável em que estes vivem é propício a comportamentos não saudáveis, como por exemplo consumo de álcool, tabaco ou outras substâncias aditivas. [23]

As políticas e as leis são aplicadas a todos os indivíduos. Estas intervenções podem, por exemplo, incidir no preço do tabaco e do álcool e na restrição de venda a menores. A nível escolar, pode ser estimulada a atividade física e a alimentação saudável. [23]

À semelhança do que acontece na vida adulta, existe um gradiente socioeconómico na saúde das crianças e dos adolescentes, ou seja, esta faixa etária é dependente do estatuto socioeconómico dos pais. [22,24]

A distribuição desigual dos rendimentos leva a desigualdade de oportunidades que será transmitida às gerações seguintes. A relação entre o desempenho escolar das crianças e dos adolescentes e o estatuto socioeconómico dos pais é um indicador importante de desigualdade de oportunidades. Isto indica que não há igualdade de oportunidades para todas as crianças. [21]

Nas situações de menor nível de escolaridade dos progenitores, há maior exposição a acidentes e conseqüente aumento da morbimortalidade infantil e juvenil; menor desenvolvimento cognitivo e menos sucesso escolar, que resultam em dificuldade no acesso ao trabalho no futuro, levando a empregos instáveis e com maiores riscos. Isto faz com que a pobreza tenha efeito a longo prazo e ao longo das gerações. [2,8]

## Idosos

O século XXI tem sido marcado pelo aumento da esperança média de vida da população. Esta é uma realidade em todo o mundo, incluindo em Portugal. O conseqüente envelhecimento da população deve-se ao melhor controlo de doenças com mortalidade em idade jovem, havendo aumento de doenças crónicas e degenerativas que atingem os indivíduos mais idosos e que são causas frequentes de morbimortalidade. Esta situação levanta preocupações relativamente aos recursos necessários para colmatar as necessidades de saúde de uma população mais vulnerável. [20]

O declínio da saúde com o avançar da idade deve-se não só ao processo biológico natural, como também a fatores socioeconómicos que são responsáveis por desigualdades no acesso aos cuidados de saúde. O aumento de doenças crónicas conduz ao aumento das despesas em saúde. É importante referir que muitas dessas doenças crónicas são preveníveis e, por isso, é imprescindível dar ênfase às medidas de prevenção de doenças e de promoção de saúde. [20]

Segundo o Instituto Nacional de Estatística (INE), no ano de 2019, cerca de 22% da população portuguesa tinha 65 ou mais anos de idade. O índice de envelhecimento tem vindo a aumentar. Em 2019, este índice correspondia a 163 idosos por 100 jovens,

um aumento de mais de 40% na última década. É de referir que este envelhecimento é assimétrico em termos geográficos, sendo mais marcado nas regiões do Centro, Norte interior e Alentejo. [25]

A idade mais avançada é um fator de risco de pobreza e exclusão social. É de salientar que o risco de pobreza é superior nos idosos que vivem sozinhos. Os subsídios monetários, como o Complemento Solidário para o Idoso, têm como objetivo reforçar os rendimentos dos idosos que se encontram em maior risco de pobreza. [25]

Em 2019, a taxa de risco de pobreza ou exclusão social em pessoas com mais de 65 anos desceu para 20%, um valor histórico. Os dados indicam que, mesmo com esta descida, Portugal encontrava-se acima da média europeia, sendo o 14º país da UE com maior risco de pobreza e exclusão social na população idosa. Face a este fenómeno, é necessário a implementação de medidas que visem combater o isolamento e a exclusão social, principalmente das pessoas de idade mais avançada. [25]

O isolamento e a perda de autonomia são fatores que diminuem a qualidade de vida da população debilitada e aumentam o risco de depressão. Segundo o INE, em 2019, cerca de 31% da população com mais de 65 anos referia sintomas de depressão. A incidência desta doença tem sido associada ao desenvolvimento de outras patologias mentais, ao agravamento de doenças crónicas e ao aumento do risco de doenças cardiovasculares. [25]

A multimorbilidade (MM) é caracterizada por 2 ou mais condições de saúde de longo prazo, sendo que pelo menos 1 dessas condições deve ser uma condição de saúde física. É um fenómeno crescente, a nível mundial, devido ao aumento da esperança média de vida da população. Em Portugal, a prevalência de MM é das mais elevadas da Europa. A MM é mais prevalente em indivíduos com 70 ou mais anos de idade, do sexo feminino, com baixo nível educacional e com rendimento mais desfavorável. [10]

Esta situação de MM aumenta a necessidade de cuidados de saúde, por isso as NCSNS são superiores em pessoas com MM (21,7%) em comparação com as pessoas sem MM (12,6%). Estas têm maior prevalência no sexo feminino (1,6 vezes superior) e em pessoas com baixo nível educacional ou com rendimento inferior (2 vezes superior). [10]

## Desigualdades em saúde e distribuição geográfica

No Observatório Português dos Sistemas de Saúde (OPSS) de 2016, é descrito que a distribuição geográfica da população é um fator responsável pela desigualdade no acesso aos cuidados de saúde. A verdade é que existem pessoas que residem a grandes distâncias de unidades de saúde e de equipamentos essenciais, enquanto existem outras que, pela proximidade de acesso, recorrem aos serviços de saúde de forma excessiva e, por vezes, provavelmente desnecessária. [26]

Sem dúvida que há mais dificuldade por parte de alguns indivíduos no acesso aos cuidados de saúde devido à acumulação dos mesmos nas áreas urbanas e no litoral. A desigualdade no acesso aos serviços de saúde está relacionada com a concentração destes recursos nas grandes cidades, como Lisboa, Porto ou Coimbra. Por exemplo, verifica-se que no Algarve e na Madeira há menor utilização dos cuidados de saúde, bem como em zonas rurais. [1,9]

A população das áreas rurais é mais idosa e vive longe dos estabelecimentos de saúde. Isto leva à necessidade desta população debilitada percorrer longas distâncias com custos associados. É evidente que estes fatores dificultam o acesso à saúde. [4]

Um estudo observacional realizado em 2011, permitiu comparar a população idosa portuguesa residente em zona urbana e em zona rural. A perceção do estado de saúde associa-se a comportamentos individuais, embora de forma diferente entre as zonas. É de referir que cerca de 41% dos idosos da zona rural e 32% dos idosos da zona urbana relatam o seu estado de saúde como fraco. [20]

Existem, indubitavelmente, diferenças socioeconómicas entre estes grupos populacionais. Foi demonstrado que a população portuguesa que vive em áreas rurais é socialmente menos favorecida. Isto pode dever-se à maior proporção de idosos nessas regiões, à quantidade de idosos que vivem sozinhos e à escassez de serviços de saúde próximos. Por outro lado, os idosos que vivem com melhores condições socioeconómicas têm possibilidade de utilizar com maior regularidade os serviços de saúde. [18,20]

Os indivíduos que residem em zona urbana têm maior nível de escolaridade, praticam mais atividade física de lazer e consomem mais frutas e vegetais. Em contrapartida, o número de fumadores é maior. [20]

Por outro lado, os indivíduos que residem em zona rural apresentam menor nível de escolaridade, menos atividade física de lazer, maior número de indivíduos com excesso de consumo de álcool (mais de 15 g/dia) e maior risco de ter uma alimentação nutricionalmente mais pobre. [20]

A perceção do estado de saúde em função do consumo de frutas e vegetais diverge entre as zonas de residência. Por um lado, na zona urbana associa-se a melhor perceção de estado de saúde, enquanto que na zona rural acontece o contrário, facto este que pode ser explicado pela diferença no nível de educação. [20]

Os idosos que vivem em áreas desfavorecidas constituem uma população extremamente vulnerável. As intervenções baseadas na comunidade, como por exemplo os grupos de apoio social, são responsáveis pela melhoria da literacia em saúde, pelo aumento da qualidade de vida e pela diminuição da solidão social. [19]

### Desigualdades em saúde e comportamentos individuais

Os comportamentos individuais estão diretamente relacionados com a saúde.

Um estudo observacional, realizado em 2020, utilizou dados de 20 países europeus sobre comportamentos de risco, incluindo: dieta (consumo de frutas e vegetais), exercício físico, tabagismo e consumo de álcool. [27]

Os níveis de educação mais elevados estão relacionados com maior consumo de frutas e vegetais e maior atividade física. Por outro lado, os níveis de educação mais inferiores estão associados a maior consumo de tabaco e de álcool. [27]

Nas classes sociais com maior rendimento verifica-se uma dieta mais rica em frutas e vegetais, maior prática de atividade física e menor consumo de tabaco. No entanto, o consumo de álcool é mais elevado entre os indivíduos mais favorecidos. [27]

Os jovens pertencentes a grupos socioeconómicos mais desfavoráveis tendem a iniciar hábitos tabágicos em idades mais precoces. Por outro lado, os adolescentes de grupos socioeconómicos mais altos praticam mais atividade física. [23]

A alimentação tem um papel preponderante na prevenção de doenças crónicas não transmissíveis, pelo que a alimentação saudável é de extrema importância. As desigualdades socioeconómicas influenciam as escolhas alimentares. A dieta dos indivíduos com baixo estatuto socioeconómico é, geralmente, de menor qualidade comparativamente à dieta dos indivíduos mais favorecidos. [28]

O estudo demonstra que as pessoas com maior rendimento e maior educação têm maior probabilidade de consumir sumos naturais, laticínios, peixe, sopa, vegetais e fruta que estão associados a uma alimentação mais saudável. O aumento acentuado do preço dos alimentos mais saudáveis incentiva o consumo de alimentos mais calóricos e menos nutritivos, por serem mais baratos. Esta tendência compromete a saúde dos mais desfavorecidos, expondo-os a maior risco de doenças crónicas e mortalidade. [28]

Os indivíduos com maior rendimento tendem a consumir maior quantidade de fibra e menor quantidade de sódio. A fibra é um nutriente que tem um papel protetor em várias doenças crónicas, enquanto que o sódio é fator de risco de doenças cardiovasculares quando consumido em excesso. [28]

As intervenções sobre os preços dos alimentos potenciam a melhoria na dieta dos indivíduos com menor rendimento. O aconselhamento nutricional pode ser uma estratégia adjuvante. [28]

### Saúde nos grupos mais desfavorecidos

A pobreza traduz-se na acumulação de desvantagens e de riscos ao longo da vida que conduzem, inevitavelmente, a má saúde e má qualidade de vida. As condições de vida precárias correspondem a risco acrescido para a saúde física e mental. Este grupo tende a reportar pior saúde e, além disso, adere mais a comportamentos de alto risco, como por exemplo o consumo de substâncias aditivas. [2]

As pessoas em situação de rua estão sujeitas a extrema pobreza, sendo que a rua e os espaços públicos são o seu local primordial de sobrevivência. Este grupo está desajustado da sociedade e sofre discriminação e ações de repressão. Os indivíduos nesta situação deparam-se com problemas no acesso e na continuidade dos tratamentos de saúde. [29]

A fim de combater este fenómeno, foi elaborada a Estratégia Nacional para Integração de Pessoas em Situação Sem-Abrigo (ENIPSSA), em 2006, que considerou as Equipas de Rua como principal meio de aproximação das pessoas em situação de rua. O objetivo destas equipas multidisciplinares é providenciar os cuidados básicos de saúde e atenuar as barreiras impostas pela desigualdade social. [29]

As Equipas de Rua necessitam de um meio de transporte à sua disposição para se deslocarem aos locais de atuação, para transporte de equipamentos e para transferência dos pacientes para unidades de saúde quando necessário. Verifica-se que a ausência de meios de transporte constitui um obstáculo à prestação de cuidados aos sem-abrigo. [29]

Ao longo dos anos, a ENIPSSA tem sido reformulada com novos pontos de intervenção, com o intuito de melhorar os resultados do trabalho de prevenção, intervenção e acompanhamento das pessoas sem-abrigo. Por exemplo, em 2013, foi criado o Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências, considerando os altos índices de uso abusivo de substâncias nos sem-abrigo. [29,30]

Os objetivos adotados no âmbito da ENIPSSA 2017-2023 espelham os objetivos das estratégias anteriores. [30]

### Saúde na atualidade: crise económica e pandemia COVID-19

Uma crise económica é um período de escassez a diversos níveis: na produção, na comercialização e no consumo. Este cenário origina desafios orçamentais a nível global, suscitando preocupações relativamente à sustentabilidade do crescimento e à coesão social. [21,31]

A pandemia demonstrou a importância da saúde para a nossa sociedade e respetiva economia. Verifica-se que esta doença agrava as desigualdades sociais noutros problemas de saúde, pelo que é considerada uma sindemia. [12]

As pessoas foram afetadas de maneiras diferentes, mostrando que certos grupos de indivíduos conseguem proteger mais facilmente a sua saúde, pois têm recursos monetários para isso. Além de colocar em foco as desigualdades existentes em saúde, esta realidade também contribuiu para o aumento das mesmas, pois teve um impacto desproporcional na população. [12]

O impacto da crise financeira estende-se à área da saúde através da redução orçamental dos sistemas de saúde públicos, reduzindo o acesso e a utilização dos cuidados de saúde e afetando, em maior proporção, os indivíduos mais desfavorecidos. Consequentemente, há um aumento das desigualdades devido à capacidade económica das pessoas mais favorecidas de recorrerem aos sistemas de saúde privados. [9]

A verdade é que as medidas implementadas em Portugal atenuaram o impacto do confinamento na pobreza e nas desigualdades. Por um lado, os trabalhos essenciais e os trabalhos exequíveis remotamente continuaram a ser cumpridos, sendo que as pessoas continuaram com o seu rendimento mensal habitual. Por outro lado, os restantes trabalhadores foram afetados pela diminuição do seu rendimento. Perante esta situação, foram criadas as medidas de apoio excecional que visam colmatar as desigualdades. [31]

Calcula-se que, a nível mundial, o risco de pobreza aumentou em 25% ao longo de 1 ano. Segundo dados do Inquérito às Condições de Vida e Rendimento, a perda de rendimento anual em Portugal foi, em média, de 7%, sendo que o impacto negativo foi mais acentuado nos grupos socioeconómicos mais desfavorecidos. O rendimento dos mais favorecidos era 7,6 vezes superior aos mais desfavorecidos, sendo que esse valor aumentou para 8,3, demonstrando um aumento das desigualdades existentes. [31]

A pandemia foi responsável pelas medidas de isolamento implementadas em todo o mundo. Esta situação é particularmente catastrófica na população já afetada pela solidão, visto que o isolamento social tem um impacto acrescido na saúde e na qualidade de vida dos mais idosos. [25]

A população de idade mais avançada é, também, afetada pelo impacto económico da pandemia, na medida em que se verifica o aumento do número de idosos em risco de pobreza, a limitação do apoio social e a dificuldade de acesso aos cuidados de saúde fundamentais. [25]

É de referir que este período de isolamento será responsável pela deterioração da saúde mental e pelo desenvolvimento ou agravamento de patologias, com destaque para as doenças cardiovasculares, autoimunes e neurocognitivas. [25]

O aparecimento da pandemia gerou novas necessidades em saúde, com mobilização de recursos e com a suspensão de cuidados não urgentes. Verificou-se uma diminuição da atividade assistencial, principalmente no primeiro semestre do ano de 2020, comparando o mesmo período do ano de 2019: a nível de consultas hospitalares (diminuição de cerca de 15,8% entre março e julho); a nível de cirurgias (diminuição de cerca de 25% entre março e julho); a nível de consultas médicas presenciais nos cuidados de saúde primários (diminuição de cerca de 53% entre março de julho). [25,32]

Tendo em conta a diminuição generalizada de atendimento presencial devido à pandemia, as consultas não presenciais aumentaram tanto a nível hospitalar como a nível dos cuidados de saúde primários. Apesar da tentativa de colmatar as necessidades populacionais, houve progressão do número de NCSNS. Deste modo, a deterioração do estado de saúde dos indivíduos irá conduzir a pior saúde, sendo que os grupos mais desfavorecidos são mais vulneráveis a este fenómeno. Prevê-se que estas NCSNS estejam associadas a maior morbimortalidade no futuro, afetando em maior proporção os mais debilitados. [32]

O impacto deste problema de saúde pública no funcionamento do SNS é notável. No OPSS em 2021, é referido que o SNS necessita de um processo de mudança que vise o seu fortalecimento e a sua transformação, de maneira a obter resposta adequada face às necessidades da população. Sem dúvida que a atual pandemia acentua as fragilidades já existentes no setor da saúde. Para além disso, verifica-se o aumento da dificuldade no acesso aos cuidados de saúde e a crescente inadequação dos cuidados face à nova realidade. [33]

## Conclusão

A questão das desigualdades em saúde tem sido alvo de interesse do ponto de vista académico. No entanto, a introdução de políticas direcionadas à melhoria da saúde das populações têm sido escassas.

As intervenções sobre os determinantes sociais em saúde são difíceis de implementar. As medidas devem ser promovidas e desenvolvidas com contribuição intersectorial, visto que a área da saúde não consegue alcançar os objetivos sem o apoio de outras áreas.

Os cuidados de saúde primários são os serviços com maior proximidade dos indivíduos. Por esta razão, deve ser feito um investimento com vista a garantir condições para o reforço e diversificação destes cuidados. Adicionalmente, é necessária uma melhoria na gestão de recursos humanos, a fim de diminuir o número de residentes sem médico atribuído.

A diminuição das desigualdades em saúde requer uma alteração da distribuição de capacidade económica na sociedade. É necessário melhorar as condições de vida, de habitação e de trabalho. É imperativo melhorar o acesso aos cuidados de saúde e facilitar este processo para os mais vulneráveis.

Além disso, é importante melhorar o nível de educação e, assim, aumentar a literacia em saúde. As pessoas com melhor educação têm maior capacidade de compreender e adotar comportamentos de saúde considerados saudáveis. O investimento na área da educação é fundamental para promover a igualdade de oportunidades.

Com o crescente envelhecimento populacional, é relevante implementar medidas que contribuam para o aumento da qualidade de vida associada ao aumento da esperança de vida da população.

Podemos concluir que as desigualdades em saúde constituem uma realidade transversal a todos os países e são um enorme desafio global.

## Referências Bibliográficas

1. Quintal C, Antunes M. Equidade na Utilização de Consultas Médicas em Portugal: Na saúde e na Doença, na Riqueza e na Pobreza? *Acta Médica Portuguesa*. 2020 Feb 3;33(2):93.
2. Costa MJBB. Determinantes Sociais das Desigualdades na Saúde dos Portugueses: Estudo ao nível dos Municípios. 2013.
3. Barreto ML. Health inequalities: a global perspective. 2017 Jul;22(7):2097-2108.
4. Rocha JIRN. Acesso aos Cuidados de Saúde: A Saúde como Pilar de Desenvolvimento Regional NUTE III Alto Alentejo, 2021.
5. Lourenço A. Retrato da Saúde em Portugal: “Health at a Glance 2021.” *Acta Médica Portuguesa*. 2022 Feb 1;35(2):84.
6. Serviço Nacional de Saúde. Consultado em 1 de dezembro de 2021. Disponível em <https://www.sns.gov.pt/sns/servico-nacional-de-saude/>.
7. Entidade Reguladora da Saúde: estudo sobre a organização e desempenho das unidades locais de saúde (2011). Consultado em 1 de dezembro de 2021. Disponível em [https://www.ers.pt/uploads/writer\\_file/document/39/ULS\\_11.pdf](https://www.ers.pt/uploads/writer_file/document/39/ULS_11.pdf).
8. Conceição SLL. Investigação sobre desigualdades sociais de saúde em Portugal: breve panorama a partir de uma revisão da literatura. 2019.
9. Serapioni M. Economic crisis and inequalities in health systems in the countries of Southern Europe. *Cad Saude Publica*. 2017 Sep 28;33(9):e00170116.
10. Teixeira MLF. Desigualdades no acesso aos cuidados de saúde: a associação com a multimorbilidade. 2020.
11. Buss, P. M., & Pellegrini Filho, A. (2007). A saúde e seus determinantes sociais. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 17(1), 77–93. <https://doi.org/10.1590/s0103-73312007000100006>.
12. Health inequalities. Consultado em 8 de dezembro de 2021. Disponível em <https://health-inequalities.eu/pt/health-inequalities/>.
13. Sherin K, Adebajo T, Jani A. Social Determinants of Health: Family Physicians' Leadership Role. *Am Fam Physician*. 2019 Apr 15;99(8):476-477. PMID: 30990299.

14. American Academy of Family Physicians. The EveryONE Project. Consultado em 20 de abril de 2022. Disponível em <https://www.aafp.org/family-physician/patient-care/the-everyone-project.html>.
15. Pordata. Consultado em 8 de dezembro de 2021. Disponível em [https://www.pordata.pt/Portugal/%C3%8Dndice+de+Gini+\(percentagem\)-2166](https://www.pordata.pt/Portugal/%C3%8Dndice+de+Gini+(percentagem)-2166).
16. Pordata. Consultado em 8 de dezembro de 2021. Disponível em [https://www.pordata.pt/Portugal/Desigualdade+na+distribui%C3%A7%C3%A3o+d+o+rendimento+\(S80+S20\)-2168](https://www.pordata.pt/Portugal/Desigualdade+na+distribui%C3%A7%C3%A3o+d+o+rendimento+(S80+S20)-2168).
17. Marmot M, Friel S, Bell R, Houweling TA, Taylor S; Commission on Social Determinants of Health. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. *Lancet*. 2008 Nov 8;372(9650):1661-9. doi: 10.1016/S0140-6736(08)61690-6. PMID: 18994664.
18. Martins JMB. Desigualdades sociais em saúde nos idosos: um retrato para Portugal. 2015.
19. Blancafort Alias S, Monteserín Nadal R, Moral I, Roqué Fígols M, Rojano I Luque X, Coll-Planas L. Promoting social capital, self-management and health literacy in older adults through a group-based intervention delivered in low-income urban areas: results of the randomized trial AEQUALIS. *BMC Public Health*. 2021 Jan 7;21(1):84.
20. Araújo J et al. Percepção do estado de saúde em idosos. *Acta Med Port*. 2011; 24(S2): 79-88.
21. Combater as desigualdades. Consultado em 10 de janeiro de 2022. Disponível em [https://ec.europa.eu/info/sites/default/files/file\\_import/european-semester\\_thematic-factsheet\\_addressing-inequalities\\_pt.pdf](https://ec.europa.eu/info/sites/default/files/file_import/european-semester_thematic-factsheet_addressing-inequalities_pt.pdf).
22. Macintyre AK, Torrens C, Campbell P, Maxwell M, Pollock A, Biggs H, Woodhouse A, Williams JM, McLean J. Socioeconomic inequalities and the equity impact of population-level interventions for adolescent health: an overview of systematic reviews. *Public Health*. 2020 Mar;180:154-162.
23. van Lenthe FJ, de Bourdeaudhuij I, Klepp K-I, Lien N, Moore L, Faggiano F, et al. Preventing socioeconomic inequalities in health behaviour in adolescents in Europe: Background, design and methods of project TEENAGE. *BMC Public Health*. 2009 May 8;9(1).

24. Campos-Matos, I., Russo, G. & Perelman, J. Connecting the dots on health inequalities – a systematic review on the social determinants of health in Portugal. *Int J Equity Health* 15, 26 (2016).
25. Pobreza, isolamento e saúde mental nos idosos: breve retrato Português e riscos no contexto COVID-19. Consultado em 7 de janeiro de 2022. Disponível em <https://on.eapn.pt/wp-content/uploads/Em-Foco-8-Pobreza-isolamento-e-sa%C3%BAde-mental-em-idosos.pdf>.
26. Observatório Português dos Sistemas de Saúde 2016. Consultado em 5 de janeiro de 2022. Disponível em [https://observatorio-lisboa.eapn.pt/ficheiro/Relatorio\\_Primavera\\_2016\\_1.pdf](https://observatorio-lisboa.eapn.pt/ficheiro/Relatorio_Primavera_2016_1.pdf).
27. Morkevičius V, Norkus Z, Markevičiūtė J. Risky health behaviours and socioeconomic inequalities in European countries: new insights from European Social Survey. *Cent Eur J Public Health*. 2020 Dec;28(4):251-259.
28. Velhinho ARG. Desigualdades sociais no consumo alimentar: um estudo transversal em adultos portugueses. Julho 2017.
29. Borysow I da C, Conill EM, Furtado JP. Health care of people in homelessness: a comparative study of mobile units in Portugal, United States and Brazil. 2017 Mar 1; 22(3):879–90.
30. Estratégia Nacional para a Integração de Pessoas em Situação Sem Abrigo. Consultado em 25 de janeiro de 2022. Disponível em <http://www.enipssa.pt/enipssa>.
31. O impacto da covid-19 na pobreza e desigualdade em Portugal e o efeito mitigador das políticas de prevenção. Consultado em 7 de janeiro de 2022. Disponível em <https://observatoriosocial.fundacaolacaixa.pt/-/o-impacto-da-covid-19-na-pobreza-e-desigualdade-em-portugal-e-o-efeito-mitigador-das-politicas-de-protecao>.
32. Lourenço Ó, Quintal C, Moura-Ramos L, Antunes M. COVID-19 e Necessidades em Saúde Não Satisfeitas para Indivíduos Com Mais de 50 anos em Portugal. *Acta Médica Portuguesa*. 2022 Mar 31;35(13).
33. Observatório Português dos Sistemas de Saúde 2021. Consultado em 5 de janeiro de 2022. Disponível em <https://www.ensp.unl.pt/wp-content/uploads/2021/06/rp-2021v2.pdf>.