



INSTITUTO SUPERIOR
DE CIÊNCIAS SOCIAIS
E POLÍTICAS
UNIVERSIDADE DE LISBOA

U LISBOA

UNIVERSIDADE
DE LISBOA

Saúde e género: um estudo baseado no Inquérito Nacional de Saúde

Josélia de Souza Trindade

Orientador: Prof. Doutora Maria João Bernardo Bárrios

Dissertação para obtenção de grau de Mestre em Sociedade, Risco e Saúde.

Lisboa
2023



INSTITUTO SUPERIOR
DE CIÊNCIAS SOCIAIS
E POLÍTICAS
UNIVERSIDADE DE LISBOA

U LISBOA

UNIVERSIDADE
DE LISBOA

Saúde e Género: um estudo baseado no Inquérito Nacional de Saúde

Josélia de Souza Trindade

Orientador: Prof. Doutora Maria João Bernardo Bárrios

Dissertação para obtenção de grau de Mestre em Sociedade, Risco e Saúde.

Júri:

Presidente: Doutora Maria Paula Pestana de Freitas da Silva Faria de Campos Pinto, Professora Associada do Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas da Universidade de Lisboa;

Vogais:

Doutora Ana Maria Alexandre Fernandes, Professora Catedrática Jubilada do Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas da Universidade de Lisboa;

Doutora Maria João Bernardo Bárrios, Professora Auxiliar Convidada do Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas da Universidade de Lisboa, na qualidade de Orientadora.

*Lisboa
2023*

“Dizem que antes de um rio entrar no mar, ele treme de medo. Olha para trás, para toda a jornada que percorreu, para os cumes, as montanhas, para o longo caminho sinuoso que trilhou através de florestas e povoados, e vê a sua frente um oceano tão vasto, que entrar nele nada mais é do que desaparecer para sempre. Mas não há outra maneira. O rio não pode voltar. Ninguém pode voltar. Voltar é impossível na existência. O rio precisa de se arriscar e entrar no oceano.

E somente quando ele entrar no oceano é que o medo desaparece, porque apenas então o rio saberá que não se trata de desaparecer no oceano, mas de tornar-se oceano”.

Gibran Khalil Gibran

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho ao meu pai que partiu para o outro lado do caminho.

“Morrer é apenas não ser visto.

Morrer é a curva da estrada.”

Fernando Pessoa

RESUMO

Esta dissertação teve como objetivo analisar os indicadores de saúde na população portuguesa, numa perspectiva de género, a partir do 1º Inquérito Nacional de Saúde Exame Físico, realizado em 2015 (INSEF-2015). Método: Foram utilizados dados do relatório do Inquérito Nacional de Saúde (n=4911), que combina entrevista pessoal, colheita de sangue e exame físico. As variáveis selecionadas dizem respeito ao estado de saúde (diabetes, tensão arterial alta, colesterol total, excesso de peso e obesidade). Estas foram ligeiramente comparadas com os Inquéritos Nacionais de Saúde de 2005/2006 e 2014, e com estudos anteriormente realizados na população portuguesa sobre os dados dos últimos inquéritos. Resultados: No período analisado (2005 – 2015), a diabetes foi mais prevalente entre os homens, enquanto a hipertensão arterial alta foi mais prevalente entre as mulheres, exceto no inquérito no INSEF-2015. O colesterol total foi investigado a nível nacional apenas no INSEF-2015, cujo resultado mostrou uma pequena diferença entre homens e mulheres de 1 ponto percentual, tendo os homens maior frequência. O excesso de peso e a obesidade tiveram um aumento de 1.9 ponto percentual do inquérito de 2005/2006 para o inquérito de 2014. O excesso de peso ocorreu principalmente entre as mulheres, essa diferença foi maior em comparação ao INSEF-2015, tendo os homens com maior frequência de obesidade abdominal. Em conclusão, dentre as variáveis analisadas, os dados INSEF-2015 aponta para maior prevalência entre os homens, e não entre as mulheres, como mostram nas avaliações autorreportadas nos inquéritos anteriores que não tinham exame físico. As mulheres são mais propensas a ter uma condição de saúde pior de acordo a autoavaliação, o que pode ser um grande viés na saúde entre homens e mulheres na população portuguesa.

Palavras-chave: Inquérito nacional de saúde; saúde e género; estado de saúde; saúde das populações; determinantes da saúde.

ABSTRACT

This dissertation aimed to analyze health indicators in the Portuguese population, from a gender perspective, based on the 1st National Health Survey Physical Examination, carried out in 2015 (INSEF-2015). **Method:** data from the National Health Survey report (n=4911), which combines a personal interview, blood collection and physical examination, were used. The selected variables regarding health status (diabetes, high blood pressure, total cholesterol, overweight and obesity), were slightly compared with the National Health Surveys of 2005/2006 and 2014, and with studies previously carried out in the Portuguese population on data from the latest surveys. **Results:** in the analyzed period (2005/2006), diabetes was more prevalent among men, while high blood pressure was more prevalent among women, except in the INSEF-2015 survey. Total cholesterol was investigated at the national level only in INSEF-2015, whose result showed a small difference between men and women that was 1 percentage point, with men having the highest frequency. Overweight and obesity increased by 1.9 percentage point from the 2005/2006 survey to the 2014 survey, mainly among women. This difference was greater compared to the INSEF-2015, with men having a higher frequency of abdominal obesity. **In conclusion,** among the analyzed variables, the INSEF-2015 data points to a higher prevalence among men, and not among women, as shown in self-reported assessments in previous surveys that did not have a physical examination. Women are more likely to have a worse health condition according to self-assessment, which can be a major health bias between men and women in the Portuguese population.

Keywords: national health survey; health and gender; health condition; populations health; health determinants

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	1
CAPÍTULO I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO	3
1.1. A saúde das populações	3
1.2. Os determinantes sociais da saúde	9
1.3. Saúde e género	11
1.4. Objetivos do estudo	13
CAPÍTULO 2 – METODOLOGIA.....	Erro! Marcador não definido.
2.1. Opções Metodológica	15
2.2. Recolha de dados	16
2.2.1. O Inquérito Nacional de Saúde	16
2.2.2. Seleção das variáveis.....	19
2.2.3. Análise de dados.....	20
CAPÍTULO III – APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	21
3.1. Estado de Saúde: Análise comparada a partir dos resultados de dois inquéritos de saúde 24	
a. Diabetes	24
b. Tensão arterial.....	25
c. Colesterol total.....	26
d. Excesso de peso e obesidade	28
DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	Erro! Marcador não definido.
CONCLUSÃO.....	34
BIBLIOGRAFIA	35
ANEXO I – Países mais envelhecidos da Europa em pontos percentuais na última década (2010-2021).	40
ANEXO II - caracterização sociográfica da amostra do insec-2015	42

ÍNDICE DE FIGURAS

<i>Figura 1. Pirâmide etária da população portuguesa, 2021.....</i>	<i>4</i>
<i>Figura 2. Pirâmide etária da população portuguesa, em 2019 e projecção para 2070,.....</i>	<i>5</i>
<i>Figura 3 - Proporção da população com 15 ou mais anos por tipo de doenças crónicas, Portugal, 2005/2006 e 2014</i>	<i>22</i>
<i>Figura 4 - Proporção da população com 15 ou mais anos com determinadas doenças crónicas por sexo, Portugal, 2014.....</i>	<i>23</i>
<i>Figura 5. Percentual de homens e mulheres com diabetes, em Portugal, por sexo e idade.....</i>	<i>24</i>
<i>Figura 6. Distribuição da prevalência de HTA ($TAS \geq 140$ residente em Portugal, com idade entre os 25 ou $TAD \geq 90$ ou medicação para diminuir a TA) na população e os 74 anos, em 2015, por sexo e grupo etário.....</i>	<i>25</i>
<i>Figura 7. Percentual de homens e mulheres com tensão arterial alta, em Portugal, por sexo e idade</i>	<i>26</i>
<i>Figura 8. Distribuição da prevalência de CT elevado ($CT \geq 190$ mg/dL ou toma medicação para reduzir os níveis de colesterol) na população residente em Portugal, com idade entre os 25 e os 74 anos, em 2015, por sexo e grupo etário.</i>	<i>27</i>
<i>Figura 9. Distribuição da prevalência de obesidade ($IMC \geq 30$) na população residente em Portugal, com idade entre os 25 e os 74 anos, em 2015, por sexo e grupo etário.....</i>	<i>29</i>
<i>Figura 10. Distribuição da prevalência de excesso de peso I ($IMC \geq 25$ e $IMC < 30$) na população residente em Portugal, com idade entre os 25 e os 74 anos, em 2015, por sexo e grupo etário</i>	<i>29</i>
<i>Figura 11. Distribuição da prevalência de obesidade abdominal (razão entre os perímetros da cintura e da anca $\geq 0,9$ para os homens e $\geq 0,85$ para as mulheres) na população residente em Portugal, com idade entre os 25 e os 74 anos, em 2015, por sexo e grupo etário.</i>	<i>30</i>
<i>Figura 12. Proporção da população residente com 18 ou mais anos com excesso de peso e obesidade por sexo e grupo etário, Portugal, 2005/2006 e 2014</i>	<i>30</i>

ÍNDICE DE TABELAS

<i>Tabela 1. Esperança de vida à nascença em Portugal e União Europeia, para homens e mulheres, período de 2005-2020</i>	<i>7</i>
<i>Tabela 2. Anos de vida saudável sem incapacidade física para homens e mulheres, em Portugal, período de 2005-2020</i>	<i>7</i>
<i>Tabela 3. Evolução da EV e EV sem incapacidade de 2005 a 2020</i>	<i>8</i>
<i>Tabela 4. Amostra por cada uma das regiões (NUTS), INS 2005/2006.....</i>	<i>17</i>
<i>Tabela 5. Amostra por cada região (NUTS), total de entrevistas válidas e taxa de respostas, INS 2014</i>	<i>18</i>
<i>Tabela 6. Variáveis seleccionadas.....</i>	<i>20</i>

GLOSSÁRIO

DSS – Determinantes Sociais de Saúde

EUROSTAT – Statistics for the European

EV- Esperança de Vida

INE – Instituto Nacional de Estatística

INS – Inquérito Nacional de Saúde

INSEF-15 – Inquérito Nacional de Saúde Exame Físico 2015

OMS – Organização Mundial de Saúde

UE – União Europeia

INTRODUÇÃO

A pertinência e oportunidade desta pesquisa decorre de estudos anteriormente já publicados, com base no Inquérito Nacional de Saúde (2005/2006) e onde se observou que “apesar de serem as mulheres que revelam práticas consideradas mais saudáveis, paradoxalmente, são elas que apresentam piores condições de saúde. Os homens que assumem maior número de comportamentos de riscos (como fumar e ingerir bebidas alcoólicas) avaliam mais positivamente a sua saúde e têm melhores condições de saúde, com menos doença crónica e menor sofrimento psicológico” (Fernandes, 2016, p. 321). Existe evidência de que, embora as mulheres vivam mais tempo do que os homens, são elas que apresentam mais morbidade e problemas psicológicos e utilizam mais os serviços de saúde. Esta aparente contradição diferencia-se quando se levam em conta as diferenças no padrão de doenças em várias faixas etárias, assim como os padrões biológicos, fatores comportamentais, estilos de vida e fatores sociais e ambientais (Pinheiro *et al.*, 2002; Fernandes *et al.*, 2016).

No estudo acima referido, sobre saúde e género (Fernandes *et al.*, 2012), os homens recorrem mais rapidamente aos serviços de saúde (hospital e centro de saúde) após o surgimento dos primeiros sintomas e, uma minoria tenta conhecer os sintomas e se automedicar, e existem aqueles que buscam a produtos naturais como os chás, muitas vezes influenciados pelas mulheres. Enquanto as mulheres mantêm uma frequência maior de manutenção da saúde ao longo da vida no centro de saúde e mesmo assim são elas que mais adoecem.

Os indicadores demográficos da mortalidade e morbidade apontam que as mulheres vivem mais tempo que os homens, entretanto, em pior estado de saúde. Essa diferença entre os sexos, impacta também na esperança de vida e na condição de saúde ao longo da vida resultando num acréscimo da longevidade e, à medida que aumentou a esperança de vida a diferença entre os sexos se acentuou (Fernandes *et al.*, 2012; Fernandes & Burnay, 2019).

Outros estudos confirmam essa existência de diferenças de saúde entre homens e mulheres com desvantagem para as mulheres, especificamente no que diz respeito à dor crónica tanto na sua frequência quanto na intensidade e duração, bem como na depressão (Torres *et al.*, 2015). Não sendo diferente em Portugal, onde se observa que tais problemas de saúde aumentam com o envelhecimento e sempre de forma mais gravosa para as mulheres, com exceção da pressão

arterial alta, mais registada nos homens na fase tardia da vida do que nas mulheres (Torres *et al.*, 2015).

Em Portugal, dispomos de vários inquéritos nacionais de saúde (INS). O relatório que analisa os dados do INS de 2005/6 refere que as mulheres em Portugal adoecem mais que os homens e, entretanto, são os homens que morrem mais cedo. Nesta perspectiva, o conjunto de perguntas que tentará dar resposta ao objetivo deste estudo, são: o que justifica esta discrepância?

No estudo já referido acima (Fernandes, et al, 2010) constata-se a maior morbilidade feminina autoreportada, pior avaliação de saúde das mulheres, mas maior esperança de vida.

A realização em Portugal, em 2015 de um Inquérito Nacional de Saúde com exame físico (INSEF, 2015) constitui uma oportunidade de confrontar os resultados anteriores, em que o estado de saúde é autoreportada com os dados do INSEF que inclui um conjunto de avaliações antropométricas e bioquímicas. Neste contexto, esta dissertação apresenta os resultados de uma análise comparada realizado a partir dos dados do Inquéritos Nacionais de Saúde de 2005/6, 2014 e o INSEF de 2015. Este último inquérito para além da aplicação de um questionário, incluiu um conjunto de dados obtidos a partir de exame físico.

CAPÍTULO I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1.1. A saúde das populações

O Relatório da Organização Mundial da Saúde (OMS) do ano de 2016 pontua que as populações de todo o mundo estão a envelhecer rapidamente. Prevê que o número absoluto de pessoas de 60 + anos aumentará de 900 milhões em 2015, a 1400 milhões para 2030 e a 2100 milhões para 2050, e poderia chegar a 3200 milhões em 2100. Estima-se ainda, que em 2050, as pessoas de 60 + anos representará 34% da população da Europa, 25% da América Latina, Caribe e Ásia. E, embora África tenha estrutura demográfica mais jovem entre todas as regiões principais, em termos absolutos, o número de pessoas de 60 + anos, aumentará de 46 milhões em 2015 a 147 milhões em 2050 (OMS, 2016).

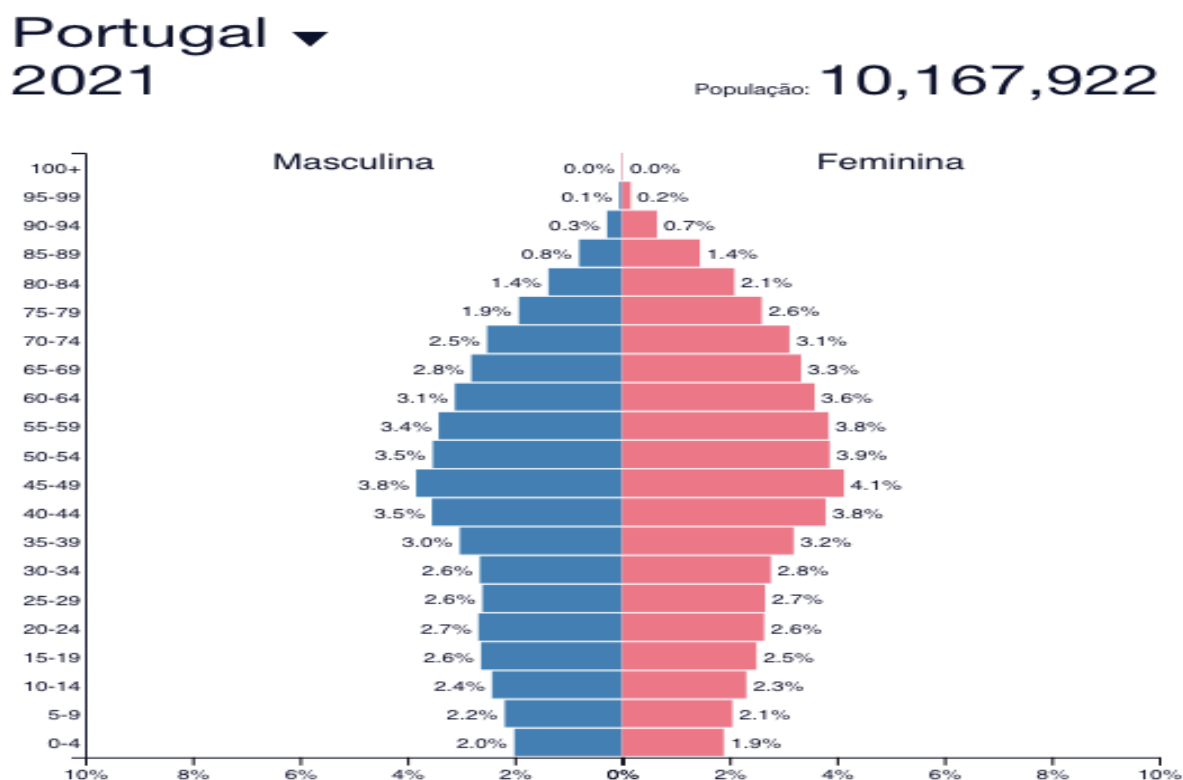
Portugal é um dos países mais envelhecidos da Europa. Segundo os dados do Eurostat (anexo I), em 2021 Portugal era o quarto país da UE27 com maior proporção de pessoas com 65 e mais anos (22,45%), a seguir à Itália (23,5%), Finlândia (22,7%) e Grécia (22,5%). O mesmo quadro mostra que de 2010 para 2021 foi o oitavo país da UE27 com maior crescimento desta proporção (4,1 pp).

A estrutura da população 65+ anos na população portuguesa é assimétrica, com maior número de mulheres porque estas tendem a viver mais do que os homens. Mas viver mais acarreta consequências nas condições crónicas relacionadas com a idade, incapacidade e dependência, com custos elevados tanto para as famílias quanto para a sociedade. As mudanças demográficas e a longevidade das populações, tais como as melhorias do estado de saúde constituem novas realidades que são diferentes para homens e mulheres (Fernandes, 2007; Fernandes, 2019; Romana, 2019; Vallin e Berlinger, 2002).

Na população portuguesa, como mostra a pirâmide etária (Figura 1)², é visível a assimetria de género que resulta da sobrevivência feminina nas idades avançadas e a mortalidade masculina mais precoce.

² <https://www.populationpyramid.net/pt/portugal2021>

Figura 1. Pirâmide etária da população portuguesa, 2021



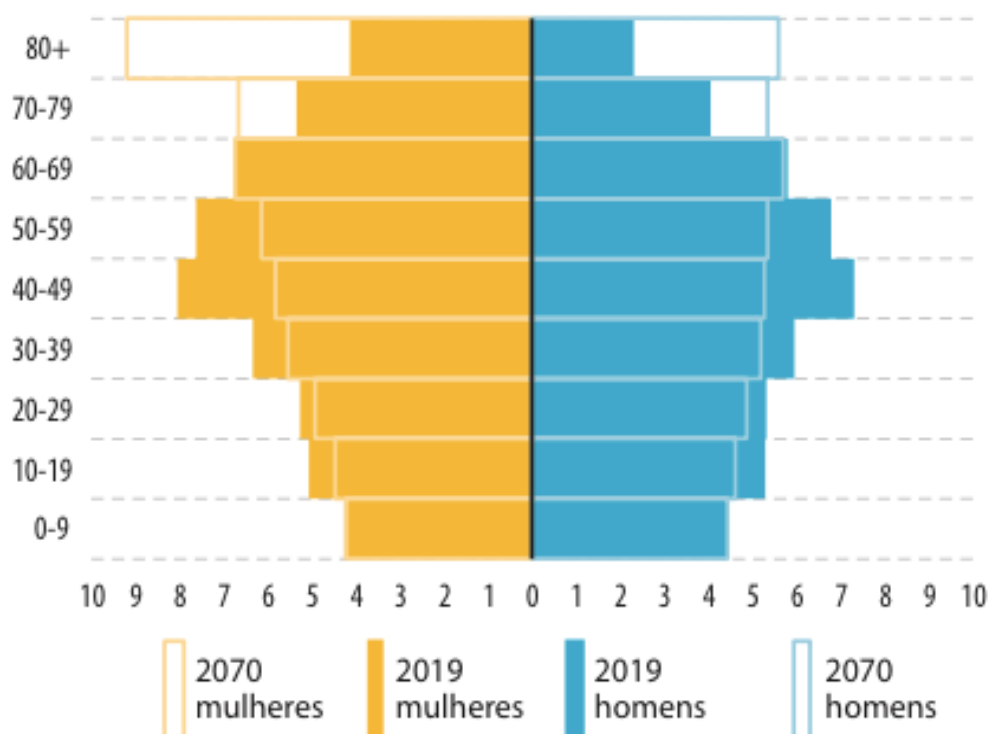
Fonte: www.populationpyramid.net/pt/portugal2021

O impacto do envelhecimento demográfico na população portuguesa, provavelmente, será muito significativo nas próximas décadas. A pirâmide (Figura 2)³ compara a realidade da população portuguesa entre homens e mulheres no ano de 2019 com o que se espera com a projeção para o ano de 2070, que está caminhando para uma estrutura populacional muito mais envelhecida, principalmente entre as mulheres.

O envelhecimento das populações está relacionado com a baixa natalidade resultante da redução da fecundidade, e a queda da mortalidade com consequente aumento da esperança de vida. Estas tendências demográficas que vem a ocorrer na população mundial têm conduzido ao processo de envelhecimento demográfico das populações em todo o mundo, com maior importância para os países mais desenvolvidos.

³ <https://ec.europa.eu/eurostat/documents/10186/10990320/PT-PT.pdf>

Figura 2. Pirâmide etária da população portuguesa, em 2019 e projecção para 2070,



Fonte: ec.europa.eu/eurostat

O fenómeno do envelhecimento é conceptualizado sob a ótica do envelhecimento demográfico e do envelhecimento individual. Enquanto o envelhecimento individual, que remete para o indivíduo, está associado aos factores biológicos e aos factores comportamentais individuais, como as práticas salutogénicas ou não salutogénicas. Práticas salutogénicas são consumo de frutas, legumes, leite/iogurtes, número de refeições diárias e práticas de actividade física, por exemplo. Como práticas não salutogénicas referimos, por exemplo, fumar, consumo de bebidas alcoólicas ou sedentarismo (Fernandes & Botelho, 2007; Gil, 2019).

Para Fernandes e Botelho (2007) o envelhecer saudável transformou-se num dos grandes objectivos das populações que se projectam no tempo e aspiram a uma sobrevivência saudável. Os efeitos acumulativos dos factores adversos relacionados com certos estilos de vida repercutem-se ao longo da vida potenciados negativamente nas idades mais avançadas. Certas

patologias crónicas são agravadas precocemente, induzindo a situações mórbidas irreversíveis devido a uma vida com múltiplos factores stressantes, ausência de exercício físico ou uma dieta desequilibrada. (Fernandes & Botelho, 2007).

A esperança de vida em diferentes idades tem assumido um quadro de evolução tendencialmente acentuado, atingindo valores elevados historicamente, apesar de as mulheres se encontrarem na linha de frente quando se trata da longevidade. Contudo a feminização do envelhecimento não acarreta consigo potenciais anos de vida saudável. As mulheres vivem mais anos, mas com menos saúde (Bárrios & Fernandes, 2014).

Os dados sobre a esperança de vida à nascença em Portugal demonstram que nos últimos anos 2005-2020, houve um progresso significativo. Na tabela 1 estão representados a diferença entre homens e mulheres e o aumento da esperança de vida à nascença, tanto para Portugal quanto para a UE27. Observa-se que a esperança de vida à nascença em Portugal é maior que no conjunto de países que compõe a UE27, tendo as mulheres mais anos de vida.

A esperança de vida depende, principalmente, de duas ordens de factores: os aspectos biológicos dentro de uma mesma espécie e da mesma idade e, as melhores condições sanitárias possíveis. Outros factores importantes que condicionam o aumento da esperança de vida, são as diferenças socioeconómicas e os seus impactos nas desigualdades em saúde. Esta relação entre o estatuto socioeconómico, o risco e os factores protectores, a saúde e a doença, no entanto, não é linear e depende do espaço e do tempo onde a pessoa vive, ou seja, o envelhecimento biológico ocorre com o efeito combinado dos factores ambientais e genéticos e tem consequências profundas no âmbito de processos económicos, políticos e sociais (Fernandes & Botelho, 2007).

Comparando a esperança de vida entre homens e mulheres em Portugal e no grupo de 27 países europeus (UE27), realçamos a evolução da esperança de vida ao longo das últimas décadas. Em 2020, o número de anos de vida saudável à nascença estimado para Portugal foi de 84,1 anos para as mulheres e 78 anos para os homens. Tal como se observa, um maior número de anos de vida saudável entre as mulheres em relação aos homens, diferença observada em todo o período em estudo (2005-2020), tendo Portugal sempre à média mais alta que a UE27 (Tabela 1).

Tabela 1. Esperança de vida à nascença em Portugal e União Europeia, para homens e mulheres, período de 2005-2020

	UE27		Portugal	
	Homens	Mulheres	Homens	Mulheres
2005	75,1	81,5	74,9	81,5
2006	75,6	82,5	75,5	82,5
2014	77,9	83,7	78	84,4
2015	77,7	84,3	78,1	84,3
2020	77,5	83,2	78	84,1

Fonte: EUROSTAT (Sistematização da autora)

Em 2020, os valores do indicador ano de vida saudável, isto é, sem incapacidade física, os dados em Portugal foi de 58,5 anos no sexo feminino e 60,8 anos no sexo masculino, valores inferiores aos registados na média da União Europeia (UE27) (6 anos e 2,7 anos, respetivamente) (Tabela 2). A análise da evolução deste indicador entre 2005 e 2020 evidencia o seu crescimento contínuo mantendo-se, em valores sempre inferiores à média da UE27.

Tabela 2. Anos de vida saudável sem incapacidade física para homens e mulheres, em Portugal, período de 2005-2020

Período	UE27		Portugal	
	Homens	Mulheres	Homens	Mulheres
2005	60,2	61,6	58,6	57,1
2006	61,2	62,1	60	58
2014	61,1	61,4	58,4	55,4
2015	62,4	63,3	58,2	55
2020	63,5	64,5	60,8	58,5

Fonte: EUROSTAT (Sistematização da autora)

Vimos então que, nas últimas décadas a saúde da população portuguesa melhorou de modo consistente, refletindo no aumento da esperança de vida à nascença. Na tabela 3 verificamos que o crescimento de esperança de vida entre 2005 e 2020 nos homens e mulheres portugueses foi superior à média da UE27. Por sua vez, no mesmo período, o crescimento da esperança de vida sem incapacidade foi inferior em ambos os sexos, sendo mais preocupante do lado das mulheres.

Tabela 3. Evolução da EV e EV sem incapacidade de 2005 a 2020

	Homens		Mulheres	
	Diferença EV	Diferença EV sem incapacidade	Diferença EV	Diferença EV sem incapacidade
UE27	2,4	3,3	1,7	2,9
PT	3,1	2,2	2,6	1,4

Fonte: EUROSTAT (Sistematização da autora)

Num estudo publicado em Portugal (Romana, 2019), os indivíduos que apresentam multimorbidade têm maior risco de complicações e maior dificuldade de aderir a regimes terapêuticos, acarretando uma redução da capacidade funcional e, conseqüentemente, o aumento da mortalidade. Em Portugal, no ano de 2005/2006, a população apresentava três ou mais doenças crónicas e sendo as mulheres mais afetadas (42,5% vs 27,4% para os homens). Por outro lado, o sistema de saúde sofre pressão com o aumento da esperança de vida em indivíduos que enfrentam de duas ou mais doenças crónicas. Na Europa, estima-se que os doentes com múltiplas doenças crónicas representam a maior parcela das despesas em saúde comparando com indivíduos sem multimorbidade.

As alterações das estruturas demográficas acompanhadas do aumento do tempo de vida da população são o resultado da diminuição da mortalidade, principalmente da mortalidade infantil decorrente da melhoria da qualidade dos serviços e da melhoria contínua das condições de vida.

O fato de aumentar a esperança de vida oferece a oportunidade de reconsiderar não apenas o que a velhice poderia ser, mas como o ciclo de vida poderia evoluir (Gil, 2007).

Segundo a OMS (2016) a maioria dos problemas de saúde da população mais velha está relacionada com distúrbios crônicos, principalmente doenças não transmissíveis. No entanto, muitas dessas doenças podem ser prevenidas ou retardadas por comportamentos que promovem a saúde, como por exemplo, a atividade física e boa alimentação e práticas salutogênicas, em geral podem produzir benefícios para a saúde e o bem-estar, mesmo em idades muito avançadas. Outros problemas de saúde e perda de funcionalidade podem ser geridos com eficácia se forem detetados com antecedência.

1.2. Os determinantes sociais da saúde

A caracterização do estado de saúde de uma população provém do próprio conceito de saúde formulado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), no qual instituiu um conceito abrangente definindo não apenas ausência de doença ou enfermidades, mas o perfeito bem-estar físico, mental e social do indivíduo (Terris, 1975). Quanto ao conceito dos Determinantes Sociais de Saúde (DSS), a OMS define que os DSS são as condições sociais em que as pessoas vivem e trabalham. Segundo Buss e Filho (2007), outros autores como Nancy Krueger e Tarlov descrevem o conceito dos DSS como condições sociais que afetam a saúde e que potencialmente podem ser alterados por meio de ações baseadas em informações, além de entender como as características sociais dentro das quais a vida se transcorre.

Embora, se tenha alcançado um certo consenso sobre a importância dos DSS na situação de saúde da população, o conceito de saúde da OMS é um conceito bastante amplo, para além de um enfoque centrado na doença. No pós-guerra, a partir da década de 50, houve uma melhoria nas campanhas de combate a doenças específicas, como na utilização de diversas tecnologias de prevenção ou cura. Nesse sentido, a Conferência de Alma-Ata, no final dos anos 70 em conformidade com a campanha da OMS “Saúde para todos no ano 2000” evidencia mais ainda os objetivos dos determinantes sociais (Buss & Filho, 2007).

Buss e Filho (2007) explicam que o principal desafio entre determinantes sociais e saúde consiste em determinar uma hierarquia entre os fatores mais gerais de natureza social,

econômica, política e mediações por meio das quais esses fatores incidem sobre a situação de saúde de grupos e pessoas. Outro desafio importante se refere à distinção entre os determinantes de saúde das pessoas e os de grupos e populações, ou seja, enquanto os fatores individuais (hábito de fumar, dieta, sedentarismo etc.) são importantes para identificar que pessoas no interior de um grupo estão submetidos a maior risco, as diferenças nos níveis de saúde entre grupos e países estão mais relacionadas com outros fatores, como, principalmente, o grau de equidade na distribuição de renda. Neste sentido, o autor enfatiza que:

“(…) há os enfoques que buscam analisar as relações entre a saúde das populações, as desigualdades nas condições de vida e o grau de desenvolvimento da trama de vínculos e associações entre indivíduos e grupos. Esses estudos identificam o desgaste do chamado “capital social”, ou seja, das relações de solidariedade e confiança entre pessoas e grupos, como um importante mecanismo através do qual as iniquidades de renda impactam negativamente a situação de saúde. Países com frágeis laços de coesão social, ocasionados pelas iniquidades de renda, são os que menos investem em capital humano e em redes de apoio social, fundamentais para a promoção e proteção da saúde individual e coletiva. Esses estudos também procuram mostrar por que não são as sociedades mais ricas as que possuem melhores níveis de saúde, mas as que são mais igualitárias e com alta coesão social” (Buss & Filho, 2007, p.77-93).

Gisle Roksund (2011) diz que as condições de vida desfavorável e a falta de suporte social são os factores que têm maior impacto negativo na saúde das pessoas ao longo da sua vida, ou seja, quanto mais elevada é a posição de um grupo na pirâmide social, melhores são os indicadores estatísticos da sua saúde.

Em estudos sobre a saúde das populações têm sido construídos diversos indicadores de saúde baseados no conceito de saúde tais como: indicadores de capacidade funcional, de qualidade de vida, de bem-estar psicológico e de satisfação com a vida. Contudo, a percepção do estado de saúde subjetivo tem vindo a ganhar importante destaque na comunidade científica, apesar do carácter subjetivo e da existência de outros indicadores (Baron-Epel & Kaplan, 2001).

A saúde é um dos principais factores de qualidade de vida da pessoa. Para Idler e Benyamini (1997), a percepção do estado de saúde do indivíduo (auto-avaliação) pode influenciar a mortalidade, em todas as causas de morte. Para os autores, um indivíduo que relata mau estado de saúde apresenta um maior risco em todas as causas de morte. Quer isto dizer que o estado de saúde subjetivo é particularmente importante na explicação das causas de morbidade do indivíduo.

Neste contexto, a literatura traça caminhos que evidenciam a rápida descida dos níveis globais

de mortalidade ao longo das últimas décadas, especificamente em Portugal, onde apontam duas grandes questões importantes na diminuição da mortalidade. A primeira questão é recorrente a vários indicadores demográficos, tais como as *taxas brutas de mortalidade*, a *taxa de mortalidade infantil* e a *esperança de vida, por idade e por sexos*. O declínio da mortalidade com base nesses indicadores é indício de que ocorreram significativas melhorias ao nível da qualidade de vida das populações e na acessibilidade aos cuidados de saúde. A segunda questão está relacionada com o alargamento dos cuidados de saúde primários e secundários do Serviço Nacional de Saúde, na população portuguesa (Fernandes, Moreira & Veiga, 2004).

1.3. Saúde e género

O conceito de género tem vindo a ganhar importância na análise da equidade em saúde e nos cuidados de saúde enquanto uma categoria analítica que possibilita a visualização de desigualdades entre homens e mulheres que mantidas transformam em iniquidades, sejam elas de natureza social, económica, cultural ou outra. No entanto, é necessário identificar e conhecer as semelhanças e as diferenças nas necessidades de saúde, bem como identificar e analisar os obstáculos que, com base no género, impedem que homens e mulheres realizem o seu cuidado em saúde (Fernandes, 2012).

Os fatores relacionados com o género são um importante contributo para explicar as diferenças em saúde entre homens e mulheres ao longo da vida e, entretanto, se acentua durante o processo de envelhecimento, no sentido de que, as razões pelas quais homens e mulheres enfrentam riscos de saúde diferentes em diferentes fases da vida está, também, relacionado com as diferenças biológicas, fatores genéticos, respostas do sistema imunológico, factores hormonais ou padrões de doença, para além dos hábitos de vida individual de cada indivíduo. Ainda assim, as diferenças biológicas entre homens e mulheres e, a dificuldade de realizar uma comparação da saúde de ambos, facto que influencia na forma de organização dos cuidados e dos serviços de saúde e, conseqüentemente, dificultava num sistema de saúde com necessidade distintas para homens e mulheres (Fernandes, 2019).

Num artigo publicado por Perelman *et al.* (2012) a partir dos dados do INS 2005/06 sobre as desigualdades de género na saúde e nos cuidados de saúde, os autores explicam que embora as mulheres vivam em pior estado de saúde ao longo da vida, são elas que vivem mais tempo, e

essa diferença é explicado pelo fato delas sofrerem de doenças menos graves e cultivar hábitos mais saudáveis em relação a saúde, comparando com hábitos masculinos. Ainda assim, a mulher tem uma maior prevalência de hipertensão, dor crónica, cancro, ansiedade e depressão, enquanto os homens sofrem mais de doenças cardíacas e procuram menos os serviços de saúde como rotina e prevenção, enquanto as mulheres têm uma maior utilização de consultas médicas ao longo da vida e, portanto, são mais propensas a consultar médicos de clínica geral e especialistas.

As investigações mais recentes sobre os indicadores demográficos da mortalidade e os indicadores da morbidade têm demonstrado que as mulheres vivem mais tempo que os homens, mas em pior estado de saúde, e essa diferença decorre ao longo da vida evidenciando uma discrepância entre a saúde e a capacidade de sobrevivência entre os sexos na população portuguesa. Ademais, as características sociodemográficas, que são indicadores que permitem identificar as diferenças de género em saúde. A percepção das desigualdades entre mulheres e homens tendem a aumentar quando fatores socioeconómicos são incluídas nas análises. Com base nos dados do INS 2005/06, proporcionalmente, havia mais mulheres do que homens sem escolaridade e os homens tinham maior probabilidade de estar empregados, conseqüentemente, os homens apresentavam maior renda média e maior probabilidade de ter seguro privado de saúde e ocupar mais postos de trabalho que as mulheres. O estudo mostra os resultados da desigualdade entre o género e uso dos serviços de saúde, no qual, significativamente, maior acesso por parte das mulheres nas consultas com clínicos gerais e especialistas. As mulheres podem estar mais atentas e fazer mais uso de cuidados preventivos e suas necessidades de saúde, com efeitos positivos no diagnóstico precoce e conseqüentemente na esperança de vida (Fernandes & Burnay, 2019).

Em relação ao tabagismo, a autora Maria Cortes (2016) aponta que em Portugal, no ano de 2010, o tabaco foi responsável pela morte de cerca de 11.800 pessoas. Estimou-se que a taxa de mortalidade atribuída ao consumo de tabaco foi de 177,09/100.000 habitantes do sexo masculino e 33,61/100.000 do sexo feminino. E, no ano de 2012, mais de um quarto da população com idade entre os 15 aos 64 anos eram consumidores de tabaco em Portugal.

Outro indicador importante também referido na mesma publicação foi sobre os hábitos alimentares considerados inadequados em Portugal no ano de 2010, que foram responsáveis por 11,96% de mortalidade nas mulheres e 15,27% nos homens. Considerando que a obesidade é um fator de risco para um conjunto de outras patologias (Cortes 2016).

Relatórios do Observatório Nacional da Diabetes em Portugal vêm demonstrando que a prevalência de diabetes aumenta a cada ano que passa, isto é, para o ano de 2010, atingiu 12,4% da população com idade entre os 20 e os 79 anos, um total de 991 mil pessoas (SPD, 2012). Em 2013 este percentual subiu para 13,0%, ou seja, mais de um milhão de pessoas com a respectiva têm diabetes (SPD, 2014). Em 2015 a prevalência foi de 13,3%, neste caso, mais de 1 milhão de portugueses com idade entre os 20 e os 79 anos com diabetes. Observou-se a existência de um forte aumento da prevalência com o envelhecimento da estrutura etária, mais de um quarto das pessoas com idade entre os 60 e os 79 anos tem diabetes, em Portugal. Verificou-se também uma diferença da prevalência da diabetes entre homens e mulheres: as mulheres com 10,9% e os homens 15,9%. Além disso, no relatório os autores decorrem sobre a relação da diabetes com a obesidade (SPD, 2016).

Anália Torres (Torres *et al.*, 2018), defende que a análise de género mostra que as mulheres retratam mais e maior diversidade e problemas de saúde, contudo, são elas quem mais procuram os serviços de saúde e, portanto, tendo assim a sua situação mais bem diagnosticada. Por outro lado, verificou-se que os homens a manifestam causas de mortes ligadas aos valores da cultura masculina que envolvem comportamentos de risco à saúde. Para além deste tipo de problemas, as mulheres apresentam uma esperança de vida superior à dos homens, no entanto, esta regularidade não se mantém no que diz respeito ao número de anos de vida saudável. Essa tendência é verificada em todos os países europeus, inclusive em Portugal que apresenta valores acima da média europeia. Ou seja, o número de anos de vida saudável é sempre superior para os homens do que para as mulheres, (Torres *et al.*, 2018; Levorato *et al.*, 2013).

1.4. Objetivos do estudo

Os homens e as mulheres apresentam diferente esperança de vida (menor para os homens, em média) e diferentes condições de saúde ao longo da vida. Segundo estudos anteriores doenças como hipertensão e diabetes são mais prevalentes entre as mulheres. As mulheres também reportam pior condição de saúde do que os homens, a evolução de alguns determinantes da saúde também vem divergindo entre homens e mulheres: os homens têm vindo a reduzir o consumo de tabaco e o consumo de álcool, enquanto esse consumo se mantém estável ou aumenta entre as mulheres.

A realização de um inquérito de saúde com exame físico permite confrontar os dados dos inquéritos anteriores cuja informação sobre o estado de saúde é autoreportada, com a informação objectiva do exame físico. O facto de existirem estudos anteriores permite uma análise comparada.

Objetivo geral

Caracterizar e analisar os indicadores de saúde da população portuguesa a partir do 1º Inquérito Nacional de Saúde Exame Físico, realizado em 2015, numa perspetiva de género e confrontá-los com os estudos anteriormente realizados sobre os dados dos INS (sem exame físico).

Objetivos específicos

- i)** Caracterizar as diferenças em saúde numa perspetiva de género a partir dos estudos já realizados para a população portuguesa;
- ii)** Caracterizar as diferenças em saúde numa perspetiva de género a partir do resultado do INSEF;
- iii)** Comparar os resultados do INSEF 2015 com os estudos já realizados para a população portuguesa.

CAPÍTULO 2 – METODOLOGIA

2.1. Opções Metodológica

Trata-se de um estudo com abordagem quali-quantitativa. De acordo com Minayo (1993), os dados quantitativos são referentes a percentagem da ocorrência de fatos na pesquisa que geram questões a serem aprofundadas qualitativamente. No momento qualitativo, foi realizada análise e tratamento do material empírico e documental que tem por base os dados dos relatórios dos Inquéritos Nacionais de Saúde dos anos de 2005/06, 2014 e o Inquérito Nacional de Saúde Exame Físico realizado em 2015.

De acordo com Bardin (1977), a abordagem quantitativa *versus* qualitativa marcou um momento na conceção da análise de conteúdo. Na primeira metade do século XX, o que marcava a especificidade deste tipo de análise era o *rigor* e, portanto, a *quantificação*. Depois, compreendeu-se que a característica da análise de conteúdo é a *inferência*, no qual, as modalidades de inferência se baseiem ou não em indicadores quantitativos. Nesse sentido, a análise de conteúdo se organiza a partir do processo de categorização. O mesmo autor explica que:

“A categorização é uma operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto por diferenciação e, em seguida, por reagrupamento segundo o género (analogia), com os critérios previamente definidos. (...) A partir do momento em que a análise de conteúdo decide codificar o seu material, deve produzir um sistema de categorias. A categorização tem como primeiro objetivo (da mesma maneira que a análise documental) fornecer, por condensação, uma representação simplificada dos dados brutos” (Bardin, 1977).

A intenção deste estudo é analisar os indicadores de saúde numa perspectiva de género na população portuguesa a partir dos estudos anteriormente realizados (dados dos INS) confrontá-los com os resultados do 1º Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico, 2015 (1-INSEF).

Os INS foram realizados pelo Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge (INSA) e pelo Instituto Nacional de Estatística (INE). O inquérito é um instrumento de medida e de observação em saúde que recolhe dados de base populacional e gera estimativas sobre o estado

de saúde e de doença na população portuguesa. Até o momento foram realizados cinco INS em Portugal nos anos de 1987, 1995/96, 1998/99, 2005/06, 2014/15. Este último, para além da recolha de dados com entrevistas em domicílio com questões englobando o estado de saúde, a utilização de cuidados de saúde e dados epidemiológicos da população portuguesa, realizou, também, pela primeira vez, exame físico e recolha de sangue dos entrevistados (Dias, 2009; INSEF, 2015).

Afim de identificar as principais produções científicas atuais sobre os indicadores de saúde na população portuguesa, foi realizado inicialmente revisão da literatura. De acordo com Creswell (2010), a revisão da literatura cumpre o propósito de preencher lacunas e ampliar estudos anteriores ao compartilhar estudos já realizados e proporcionar um diálogo a partir disto.

2.2. Recolha de dados

Para concretização dos objetivos foi realizada uma pesquisa de estudos de base científica, publicados, focados nas diferenças de saúde entre homens e mulheres portugueses. Esta pesquisa foi efetuada recorrendo aos motores de busca Google Académico, Scielo, B-on Repositório Científico Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (INSA), Observatório da Ciência e Tecnologia, na língua portuguesa, com interesse sobretudo em pesquisas quantitativas sobre os indicadores de saúde na população portuguesa. Nesta pesquisa foram reunidos os dados secundários disponibilizados nos relatórios do INS 2005/06, INS 2014 e INSEF-2015. Os relatórios foram retirados do website do INSA⁴.

2.2.1. O Inquérito Nacional de Saúde

O INS 2005/06 foi o 4º inquérito de saúde por entrevista realizado em Portugal e o primeiro que contemplou as populações residentes das Regiões Autónomas dos Açores e da Madeira,

⁴ <http://www.insa.min-saude.pt/>

numa amostra que representou todo o território nacional, realizado em parceria entre o INSA e o INE com a colaboração da Direção Geral da Saúde e das Secretarias Regionais dos Assuntos Sociais dos Açores e da Madeira, cujo trabalho de campo decorreu entre fevereiro de 2005 e fevereiro de 2006. A população alvo correspondeu a uma amostra de indivíduos que residiam em alojamentos familiares à data da realização das entrevistas, cuja dimensão global da amostra correspondiam as unidades de alojamento e a distribuição por cada uma das regiões (NUTS), conforme a Tabela 4.

Tabela 4. Amostra por cada uma das regiões (NUTS), INS 2005/2006

NUT II	Dimensão (unidade de alojamento)
Total	19 950
Norte	2 604
Centro	3 048
Lisboa e Vale do Tejo	3 328
Alentejo	3 220
Algarve	3 220
R. A. Açores	2 304
R. A. Madeira	2 401

Fonte: INS 2005/06 (Sistematização da autora)

O questionário final do INS 2005/2006 incluiu um conjunto de variáveis com as seguintes áreas temáticas: caracterização sociodemográfica; informações gerais de saúde; incapacidade temporária; doenças crónicas; cuidados de saúde; consumo de medicamentos; despesas e rendimentos; consumo de tabaco; consumo de alimentos e bebidas; saúde reprodutiva e planeamento familiar e saúde mental.

O INS 2014 foi realizado em parceria entre o INE e o INSA em todo território nacional de setembro a dezembro de 2014 com o principal objetivo de caracterizar a população residente com 15 ou mais anos em três grandes domínios: estado de saúde. Cuidados de saúde, e determinantes de saúde relacionados com estilos de vida. Todavia, foram incluídas questões relevantes para a caracterização do estado de saúde, nomeadamente, a saúde reprodutiva, o consumo de alimentos, a satisfação com a vida e a incapacidade de longa duração, permitindo a comparabilidade com os dados do 4º INS.

A amostra do INS 2014 foi o conjunto de todos os indivíduos com idade superior a 15 anos. Do total de 22 538 alojamento foi selecionado apenas um indivíduo de cada e, deste total foram obtidas 18 204 respostas válidas (Tabela 5).

Tabela 5. Amostra por cada região (NUTS), total de entrevistas válidas e taxa de respostas, INS 2014

Região NUTS II 2002	Amostra total	Entrevistas conseguidas válidas	Taxa de respostas
Portugal	22 538	18 204	80,80%
Norte	3 400	2 751	80,90%
Centro	4 540	3 713	81,80%
Lisboa	2 618	1 976	75,50%
Alentejo	3 400	2 771	81,50%
Algarve	3 280	2 575	78,50%
R. A. Açores	2 500	2 079	83,20%
R. A. Madeira	2 800	2 339	83,50%

Fonte: INS 2014 (Sistematização da autora)

No entanto, os dados do INS 2014 correspondem a estimativas da população em geral detalhadas por sexo, grupo etário, região de residência, nível de escolaridade e condição perante o trabalho.

O INSEF-2015 foi realizado com uma amostra probabilística de 4911 indivíduos representativos da população portuguesa a nível nacional e regional, com idade entre os 25 e 74 anos, a residir em domicílios particulares em Portugal continental e regiões autónomas à data da entrevista há mais de 12 meses. Trata-se de pessoas não institucionalizadas e com capacidade para acompanhar a entrevista em língua portuguesa.

O INSEF foi realizado pelo INSA, com a colaboração de todas as regiões nacionais. Desta forma foi possível a realização deste primeiro inquérito de base populacional ao nível regional e nacional, por meio da disponibilização de informação epidemiológica de alta qualidade sobre o estado de saúde, determinantes e utilização de cuidados de saúde, incluindo os cuidados preventivos da população portuguesa.

O INSEF-2015, para além da aplicação de um questionário, incluiu um conjunto de avaliações antropométricas e bioquímicas, pelo que a recolha de dados foi organizada em três grandes componentes: 1) exame físico, que incluiu a medição da tensão arterial (TA), altura, peso e perímetros da cintura e da anca; 2) recolha de amostras de sangue para a avaliação de parâmetros bioquímicos (colesterol total, colesterol LDL e HDL, triglicéridos), HbA1c e hemograma E 3) questionário, com recolha de informações autorreportadas sobre variáveis demográficas e sociodemográficas, estado de saúde, determinantes de saúde relacionados com comportamentos, utilização de serviços e cuidados de saúde, incluindo os cuidados preventivos.

2.2.2. Seleção das variáveis

No conjunto de variáveis disponibilizadas pelos três INS, selecionamos as que se relacionavam com o estado de saúde permitindo analisar as diferenças de género ao longo dos últimos anos, respondendo aos objetivos desta pesquisa, conforme se apresenta na Tabela 6.

Tabela 6. Variáveis selecionadas

	Diabetes
Estado de Saúde	Tensão arterial alta
	Colesterol total
	Excesso de peso I
	Excesso de peso II
	Obesidade

Fonte: INSEF-2015 (Sistematização da autora)

2.2.3. Análise de dados

Os dados secundários obtidos em cada relatório foram analisados, numa perspectiva de género, que permitiu a comparação entre homens e mulheres para perceber a diferença do estado de saúde na população portuguesa, baseada nos estudos e artigos científicos já publicados.

Realizámos cálculos de normalização dos resultados por sexo (H e M), aos 100%, para cada variável. Posteriormente, os dados do INS de 2005/06 e do INS de 2014 foram comparados com os dados do INSEF de 2015 com exame físico.

CAPÍTULO III – APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Na análise de resultados iremos começar pelo ponto de partida deste estudo: as mulheres apresentam maior esperança de vida do que os homens, mas reportam piores condições de saúde.

Considerando que a avaliação da saúde subjectiva, as pessoas avaliam sua saúde de acordo com a sua autopercepção, esta é normalmente influenciada por factores psicológicos e culturais. A autoavaliação da saúde das mulheres é significativamente pior do que a dos homens. A percentagem de homens que declaram um estado de saúde muito mau é sempre inferior à percentagem de mulheres. Em contrapartida, a percentagem de mulheres que declaram um estado de saúde bom ou muito bom também é inferior (em alguns casos, metade ou um terço do valor) do que a percentagem de homens (Fernandes *et al.*, 2010, pag 45).

Nesta linha, Fernandes *et al.* (2010) afirma que as mulheres estão, em média, em piores condições de saúde do que os homens e têm uma maior utilização dos serviços de saúde. Entretanto o excesso de problemas de saúde das mulheres é amplamente observado para a autoavaliação da saúde, mas também para limitar doenças de longa data e algumas doenças crônicas como diabetes e hipertensão. Nesse sentido, observa-se, que as diferenças de gênero em saúde não são explicadas por diferenças de gênero no status socioeconômico. Quer dizer que é mais provável que um homem usufrua melhor de uma boa saúde do que uma mulher, mesmo que ambos ganhem o mesmo valor. Além disso, afirma também que o mesmo achado vale para o uso de cuidados de saúde, no qual as mulheres são usuárias mais frequentes, independentemente de sua condição socioeconômica. Além de serem as mulheres as mais assíduas aos serviços de saúde, mesmo quando apresentam necessidades semelhantes às dos homens, embora em menor proporção nas consultas com especialistas (Fernandes *et al.*, 2010, pag 56).

Ademais, outro estudo publicado em 2020 (Kislaya *et al.*, 2020) com os dados do INSEF-2015, relata que o uso de dados autorreportados, ou seja, autoavaliação do próprio indivíduo, isso pode levar a um viés diferencial nas estimativas de prevalência para certos subgrupos populacionais. Portanto, ao estimar a prevalência de doenças crônicas como a hipertensão e

hipercolesterolemia ou estudos sobre os determinantes sociais com dados autorreportados, é necessário realizar ajustes por sensibilidade e especificidade para levar em conta as diferenças entre os subgrupos populacionais.

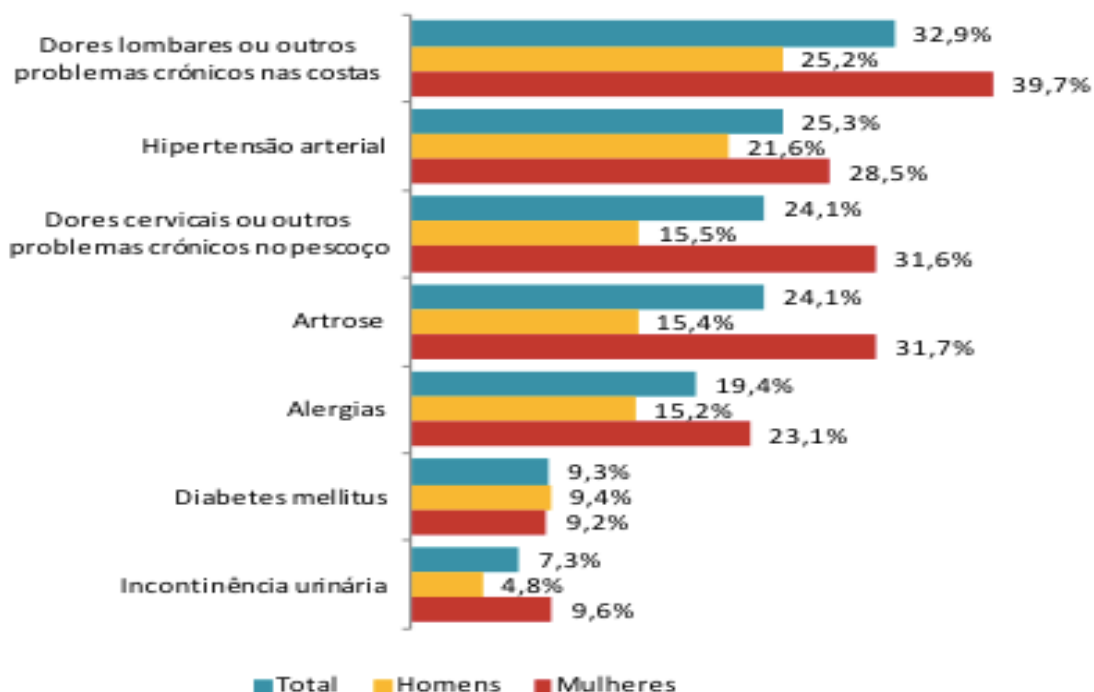
Nas figuras 3 e 4, apresentam-se uma análise comparada dos inquéritos de 2005/2006 e 2014, um conjunto de doenças prevalentes na população portuguesa, dentre elas, a diabetes, sendo umas das principais causas de morte, facto comprovado no INSEF 2015 e, principalmente entre os homens.

Figura 3 - Proporção da população com 15 ou mais anos por tipo de doenças crónicas, Portugal, 2005/2006 e 2014



Fonte: INS 2014

Figura 4 - Proporção da população com 15 ou mais anos com determinadas doenças crónicas por sexo, Portugal, 2014



Fonte: INS 2014

Confrontando os dados dos inquéritos de saúde em geral com o Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico (INSEF 2015) estamos em condições de aferir os resultados anteriormente obtidos para as condições de saúde de homens e mulheres portugueses.

Vamos realizar a análise comparada a partir das variáveis definidas na metodologia e dos respectivos indicadores começando com os resultados do INSEF, comparando-os com os dados obtidos anteriormente.

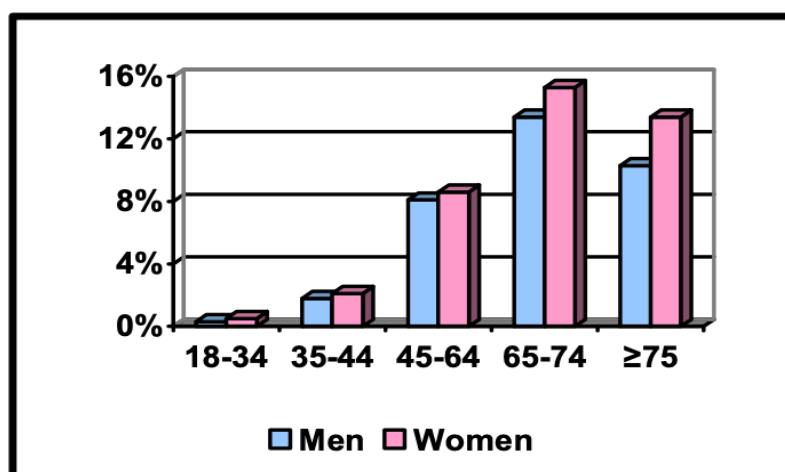
3.1. Estado de Saúde: Análise comparada a partir dos resultados de dois inquéritos de saúde

a. Diabetes

Segundo o relatório de análise dos resultados do INSEF (INSEF, 2015) a “prevalência da diabetes (com base na medição de HbA1c, toma de medicação para a diabetes ou autorreporte de diagnóstico de diabetes) na população residente em Portugal, com idade entre os 25 e os 74 anos, em 2015, foi de 9,8% (IC95%: 8,4 a 11,4), tendo sido de 7,7% entre as mulheres e de 12,1% entre os homens”.

Pelos resultados do INSEF as mulheres apresentam um valor inferior relativamente a esta doença. Se compararmos com os estudos realizados anteriormente em relação à prevalência da doença entre homens e mulheres verificamos maior prevalência nas mulheres no que se refere ao INS 2005-06. Os quadros que utilizamos são obtidos a partir do estudo de Fernandes (Fernandes, A. *et al.*, 2010), realizado na população portuguesa e dos relatórios dos inquéritos nacionais de saúde de 2005/2006, 2014 e INSEF de 2015.

Figura 5. Percentagem de homens e mulheres com diabetes, em Portugal, por sexo e idade



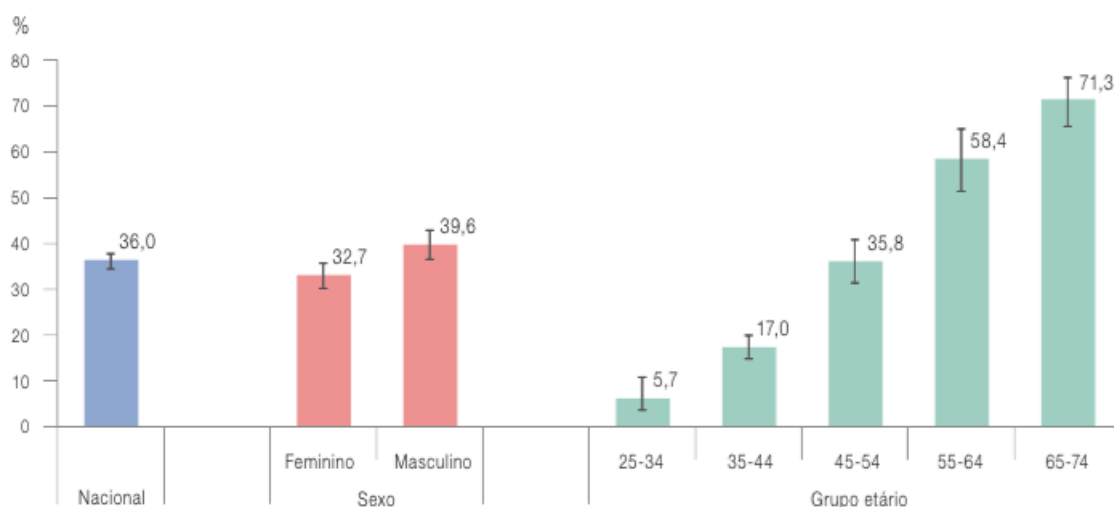
Fonte: Fernandes *et al.* (2010)

Em comparação aos resultados a partir dos inquéritos de 2014 e 2005/2006, a percentagem foi de (9,3%) e (7,7%), respectivamente, no entanto, evidencia um aumento de 1,6 pontos percentuais (p.p) no número de pessoas afetadas e da prevalência da diabetes na população portuguesa. Na figura acima as mulheres apresentam em todos as idades valores superiores aos homens.

b. Tensão arterial

Conforme o relatório de análise dos resultados do INSEF (INSEF, 2015), “a prevalência de hipertensão arterial (HTA) definida como Tensão Arterial Sistólica (TAS)≥140 ou Tensão Arterial Diastólica (TAD)≥90, ou autorreporte de toma de medicação anti-hipertensora, foi de 36,0% (IC_{95%}: 34,3 a 37,7), na população residente em Portugal, com idade entre os 25 e os 74 anos, em 2015 (32,7% entre as mulheres e 39,6% entre os homens)”. Ademais, a HTA aumenta conforme a idade vai passando, numa variação de 5,7% no grupo etário dos 25-34 anos e 71,3% no grupo etário entre os 65-74 anos, como mostram a Figura 6.

Figura 6. Distribuição da prevalência de HTA (TAS≥140 residente em Portugal, com idade entre os 25 ou TAD≥90 ou medicação para diminuir a TA) na população e os 74 anos, em 2015, por sexo e grupo etário.

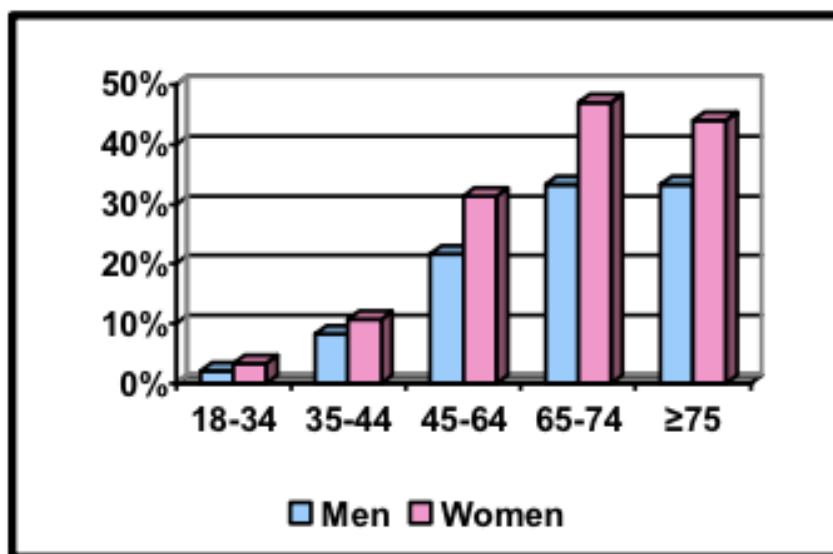


Fonte: INSEF 2015

No INS 2014, a prevalência de HTA entre homens e mulheres na população portuguesa, as mulheres são mais propensas a ter uma prevalência de hipertensão arterial mais alta que os homens, tendo sido referida por 28,5% e 21,5% entre os homens (Figura 6). Também reportado no INS 2005/2006, que as mulheres mencionaram este problema com mais frequência, 23,2%, que os homens, com 16,1%.

Por conseguinte, comparando a prevalência da tensão arterial alta (HTA) entre homens e mulheres, o artigo de Fernandes (Fernandes *et al.*, 2010), realizando na população portuguesa (Figura 7) demonstra que a maior prevalência de HTA está entre as mulheres em todos as faixas etárias.

Figura 7. Percentagem de homens e mulheres com tensão arterial alta, em Portugal, por sexo e idade



Fonte: Fernandes *et al.* (2010)

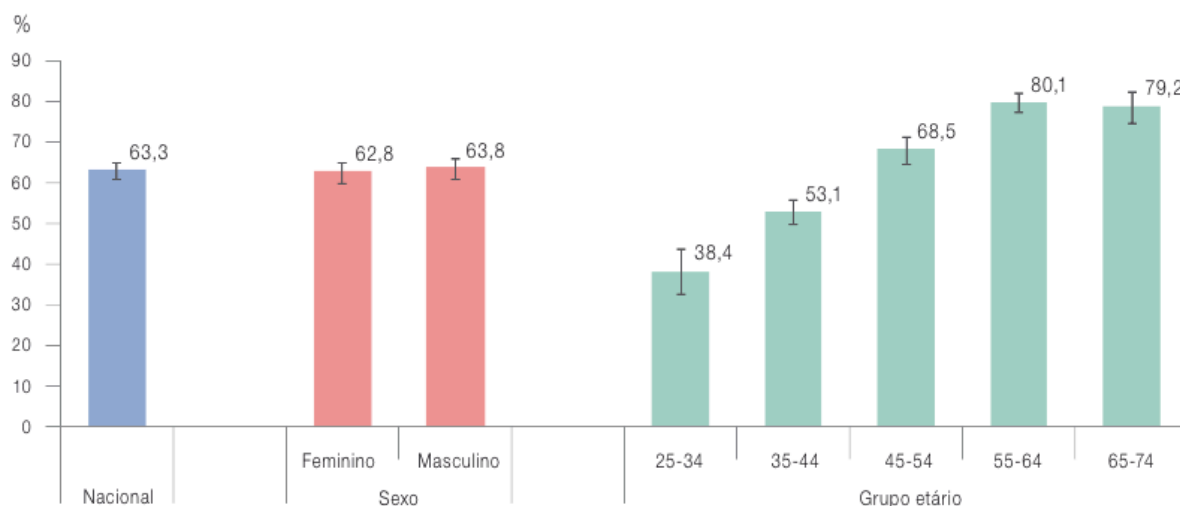
c. Colesterol total

De acordo o relatório de análise dos resultados do INSEF (INSEF, 2015), “cerca de metade da população portuguesa (52,3%) com idade entre os 25 e os 74 anos, em 2015, tinha valores de

CT iguais ou superiores ao valor recomendado (190 mg/dL). Quando se consideraram também os indivíduos que reportaram tomar medicamentos para reduzir os níveis de colesterol, este valor aumentou para 63,3%, e não variou substancialmente de acordo com o sexo (62,8% no sexo feminino e 63,8% no sexo masculino)”.

Pelos resultados do INSEF, na população portuguesa, a prevalência estimada de colesterol total elevado (CT) não diferiu substancialmente entre homens (Figura 8).

Figura 8. Distribuição da prevalência de CT elevado ($CT \geq 190$ mg/dL ou toma medicação para reduzir os níveis de colesterol) na população residente em Portugal, com idade entre os 25 e os 74 anos, em 2015, por sexo e grupo etário.



Fonte: INSEF 2015

De acordo com a recolha de dados no INS de 2005/2006, o monitoramento do colesterol já tinha sido efectuada por 85,9% da população portuguesa, registrando-se proporções de 82,6% para os homens e 88,9% para as mulheres. Neste caso, “a população que fez o controle do colesterol há menos de 6 meses não atingia metade dos residentes, com resultados de 39,3% para os homens e 47,7% para as mulheres. A medição dos valores de colesterol aumentava também

com o envelhecimento, com resultados de 55,6% até aos 24 anos, de 86,2% entre os 25 e os 44 anos, e proporções superiores a 93% nas restantes classes etárias” (INS, 2005/2006).

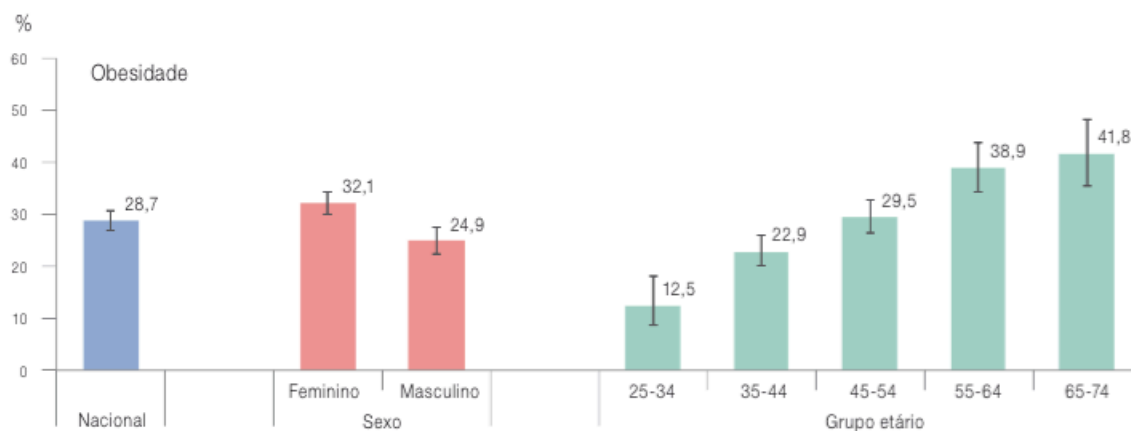
No INS de 2014, as medições do nível de colesterol por profissional de saúde no ano anterior à entrevista foram mencionadas por, aproximadamente, por 67% da população, tendo os homens com a prevalência mais elevadas que as mulheres (INS, 2014).

d. Excesso de peso e obesidade

O relatório de análise dos resultados do INSEF (INSEF, 2015), “a prevalência de excesso de peso e obesidade, obtida para a população residente em Portugal com idade entre os 25 e os 74 anos, em 2015, foi de 38,9% (IC95%: 36,9 a 41,1), e 28,7% (IC95%: 26,8 a 30,6), respetivamente. Observou-se que 20,2% da população tinha obesidade de grau I, 6,6% obesidade de grau II e 1,9% obesidade de grau III”.

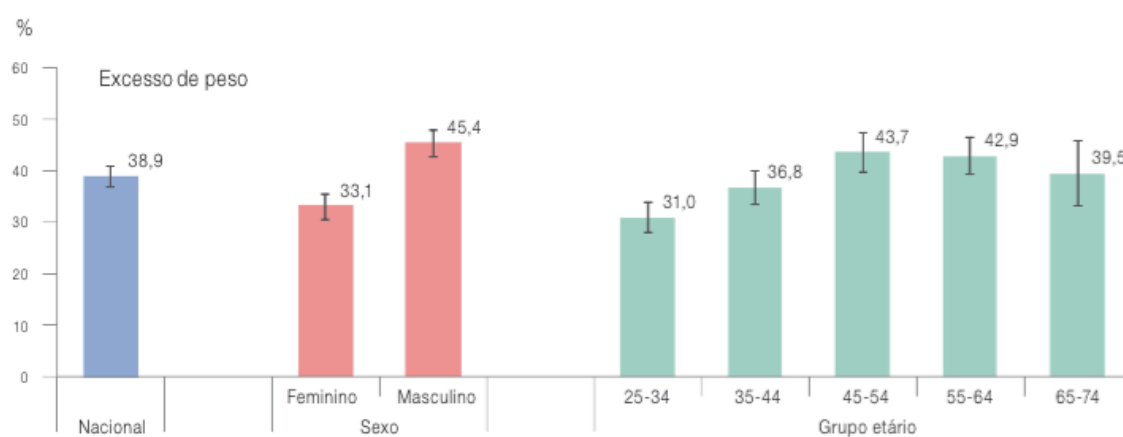
Comparando a prevalência da obesidade entre homens e mulheres, observa-se, que (Figura 9), a prevalência de obesidade, na população portuguesa, em 2015, era mais frequente entre as mulheres, 32,1% e 24,9% entre nos homens. Entretanto, quando observa-se a prevalência mais elevada de excesso de peso (45,4% vs 33,1%) e de obesidade abdominal (76,2% vs 55,3%), respectivamente, foi identificada entre os homens (Figuras 10 e 11).

Figura 9. Distribuição da prevalência de obesidade ($IMC \geq 30$) na população residente em Portugal, com idade entre os 25 e os 74 anos, em 2015, por sexo e grupo etário



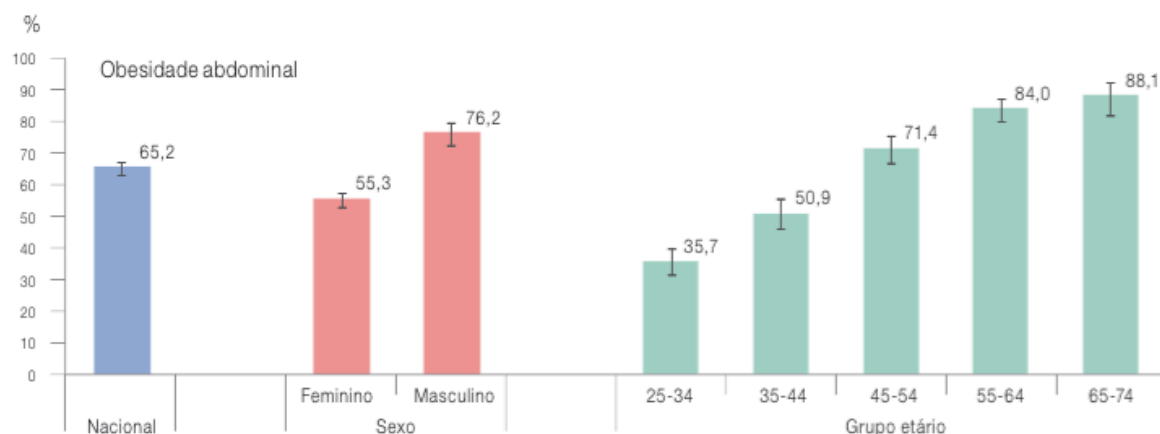
Fonte: INSEF-2015

Figura 10. Distribuição da prevalência de excesso de peso I ($IMC \geq 25$ e $IMC < 30$) na população residente em Portugal, com idade entre os 25 e os 74 anos, em 2015, por sexo e grupo etário



Fonte: INSEF-2015

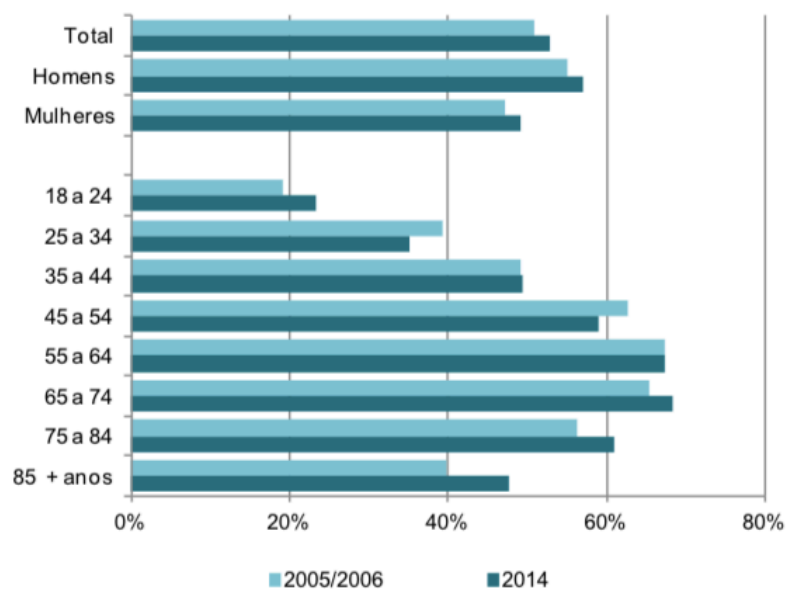
Figura 11. Distribuição da prevalência de obesidade abdominal (razão entre os perímetros da cintura e da anca $\geq 0,9$ para os homens e $\geq 0,85$ para as mulheres) na população residente em Portugal, com idade entre os 25 e os 74 anos, em 2015, por sexo e grupo etário.



Fonte: INSEF-2015

Nos INS de 2014 e 2005/2006, numa comparação entre esses dois inquéritos, mostra o aumento de excesso de peso ou obesidade (50,9% para 52,8%), na proporção da população portuguesa com 18 ou mais anos. Observou-se, ainda, uma maior prevalência entre os homens. Figura 12.

Figura 12. Proporção da população residente com 18 ou mais anos com excesso de peso e obesidade por sexo e grupo etário, Portugal, 2005/2006 e 2014



Fonte: INS 2014 e INS 2005/2006

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Esta dissertação focou-se nas condições de saúde da população portuguesa numa perspectiva de género tendo o ponto de partida variáveis seleccionadas a partir do INSEF de 2015, que, associa ao autorreporte aos exames bioquímicos, permitem estimar, com maior grau de precisão a prevalência de determinantes de saúde. Estas variáveis foram comparadas com as variáveis dos INS de 2005/2006 e 2014, bem como com um estudo, acima referido, realizado na população portuguesa tendo as publicações dos resultados em 2010 (Fernandes *et al.*, 2010).

Segundo o estudo referido (Fernandes *et al.*, 2010), a prevalência da diabetes foi maior entre as mulheres em todas as faixas etárias. No INSEF de 2015, a população masculina apresentou prevalências maiores de que a população feminina (12,1% vs 7,7%).

A confirmação de que os homens possuem a maior prevalência do diabetes foi observada com os dados do INSEF de 2015 que são os homens que apresentam a maior prevalência da diabetes na população portuguesa.

No que diz respeito atenção arterial alta (HTA) na população portuguesa com idade entre os 25 e os 74+ anos, em 2015, os resultados do INSEF mostraram uma maior prevalência de HTA entre os homens do que entre as mulheres (39,6% e 32,7%), respectivamente.

Já no INS 2014, à prevalência de HTA, autorreportadas, tinha sido mais prevalente entre as mulheres (28,5%) do que entre os homens (21,5%). O que também se observou no INS de 2005/2006, 23,2% nas mulheres e 16,1% nos homens. O artigo de Fernandes (Fernandes, A. *et al.*, 2010), realizado em 2010 na população portuguesa também demonstrou a maior prevalência de HTA entre as mulheres.

De acordo com o INSEF de 2015, o colesterol total (CT) a prevalência foi de 63,3% na população portuguesa, quando comparado às pessoas que reportaram tomar alguma medicação para diminuir os níveis de colesterol, representando 11 pontos percentuais (p.p) de diferença às pessoas que apenas tinham valores de CT (52,3%) iguais ou superior ao valor recomendado (190 mg/dL). Quando comparado homens e mulheres, a percentagem não variou substancialmente, tendo (62,8% para as mulheres vs 63,8% para os homens).

Em relação ao excesso de peso I, obesidade e obesidade abdominal na população portuguesa, dados do relatório do INSEF-2015, mostram que a prevalência do excesso de peso grau I é maior entre os homens (45,4% vs 33,1%) nas mulheres. A obesidade é mais prevalente entre as mulheres (32,1% vs 24,9%). Quando observa a obesidade abdominal é entre os homens a maior prevalência (76,2% vs 55,3%). Em 2005/2006 e 2014 observou que foram as mulheres com maior prevalência sendo 16% e 18% respectivamente e, 14,3% e 16% os homens.

Nesta linha, podemos citar o estudo de Romana *et al.* (2019), mostra que a multimorbilidade na população portuguesa como um grande problema que atinge 38,3% da população dos 25 a 74 anos, que afirma que o risco de multimorbilidade (mais de uma doença num indivíduo) é superior entre as mulheres, ou seja, isto justifica que elas vivem mais tempo que os homens, porém em piores condições de saúde.

CONCLUSÃO

Em conclusão, os resultados sugerem que para a população portuguesa com idades compreendidas entre os 25 a 74 anos, dentre as variáveis analisadas e comparadas neste estudo (diabetes, hipertensão arterial, colesterol total, excesso de peso e obesidade), a diabetes apresentou uma maior prevalência entre os homens em todos os estudos analisados. A tensão arterial alta foi mais prevalente entre as mulheres, exceto no INSEF-2015 comprovadamente com exames bioquímicos que a maior prevalência foi entre os homens, assim como o colesterol total que também observamos uma maior prevalência entre os homens.

Os resultados do INSEF de 2015, que associa ao autorreporte o exame físico e exame bioquímico, permitem estimar com maior grau de precisão, que a maior prevalência de diabetes, hipertensão arterial e colesterol total na população portuguesa, foi maior entre os homens em todas as variáveis citadas acima. Ou seja, os dados do INSEF-2015 apontam uma maior prevalência entre os homens, e não entre as mulheres, como apresentados em estudos publicados a partir de dados dos INS anteriores ao INSEF.

Considerando a avaliação subjetiva da saúde, quer no INS de 2005/2006 quer no INS de 2014, as mulheres autoavaliam a sua saúde significativamente pior que os homens. A percentagem de homens que avaliam a sua saúde como muito má é sempre inferior à de mulheres. Por outro lado, a percentagem de mulheres que avaliam a sua saúde como boa ou muito boa é sempre inferior à dos homens. O facto das mulheres se autorrepararem mais negativamente o seu estado de saúde que os homens, podem influenciar na conclusão precipitada de que as mulheres têm mais doenças crónicas que os homens, o que pode ser um grande viés na saúde entre homens e mulheres na população portuguesa.

Por sua vez, o facto dos homens apresentarem maior prevalência de doenças crónicas no inquérito com exame físico, constituem evidencias que podem justificar a maior percentagem de mortes entre os homens na população portuguesa, bem como a maior esperança de vida do lado das mulheres.

Em relação ao excesso de peso e obesidade e de acordo com o INSEF em 2015, aproximadamente 67,6% da população portuguesa sofria de excesso de peso ou obesidade.

Tendo os homens com prevalência mais elevada de excesso de peso, comparativamente com as mulheres (45,4% vs 33,1% respectivamente). Estes valores apresentados de excesso de peso e obesidade mais elevados entre os homens podem justificar também uma maior prevalência das doenças crónicas apresentadas neste estudo entre os homens.

Por fim, conclui-se que o estudo da saúde do homem e da mulher na população portuguesa, no que concerne à perspectiva de género, requer um investimento em mais pesquisas para avaliar as causas das diferenças de género, por meio de investigações mais profundas, de várias formas de tratamentos e doenças. Simultaneamente, implica também uma análise em conjunto com outros determinantes sociais da saúde, como os hábitos de vida, que influenciam, direta ou indiretamente a saúde da população.

BIBLIOGRAFIA

- Bardin, L. (1977). *Análise de conteúdo*. Tradução Luís Antero Reto, Augusto Pinheiro. São Paulo: Edições 70, 2011.
- Baron-Epel, O., & Kaplan, G. (2001). General subjective health status or age-related subjective health status: does it make a difference? *Social Science & Medicine*, 53, 1373-1381.
- Bárrios, M. J., & Fernandes, A. A. (2014). A promoção do envelhecimento ativo ao nível local: análise de programas de intervenção autárquica. *Rev Port Saúde Pública* 32(2):188-196.
- Buss, P. M., & Filho, A. P. (2007). A saúde e seus determinantes sociais. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, 17(1): 77-93.
- Cortes, M. (2016). Breve olhar sobre o estado da saúde em Portugal. *Sociologia, problemas e práticas*, nº 80, 2016, pp.117-143. DOI: 10.7458/SPP2016807850
- Creswell, J. W. (2010). *Projeto de Pesquisa: Métodos Qualitativo, Quantitativo e Mistos*. 3ed. Porto Alegre. Editora Arimed.
- Dias, C. M. (2009). 25 anos de Inquérito Nacional de Saúde em Portugal. *Revista portuguesa de saúde pública*, volume número especial 25 anos – 2009, pp 51-60.
- Drago, S. M. M. S., & Martins, R. M. L. (2012). A Depressão no Idoso. *Millennium*, 43 (junho/dezembro). Pp. 79-94.
- Fernandes, A. A. (2007). Determinantes da mortalidade e da longevidade: Portugal numa perspectiva europeia (UE15, 1991-2001). *Análise Social*, vol. XLII (183), 2007, 419-443. 2007.
- Fernandes, A. A., & Burnay, R. (2016). A longevidade da população portuguesa e o envelhecimento demográfico. In N. M. Augusto (Ed.) *Sociedade em Debate* (pp. 321-347). Portugal.
- Fernandes, A. A., & Botelho, M. A (2007). Envelhecer activo, envelhecer saudável: o grande desafio. *Forum Sociológico* [Online], 17 | 2007, posto online no dia 01 janeiro 2007, consultado o 10 dezembro 2020. URL: <http://journals.openedition.org/sociologico/1593>; DOI: 10.4000/sociologico.1593

- Fernandes, A. A., & Burnay, R. (2019). Homens saudáveis, mulheres doentes? Um estudo sobre a esperança de vida e a saúde da população portuguesa. *Rev. Bras. Pesq. Saúde*, Vitória, 21(2): 17-28, abr-jun, 2019.
- Fernandes, A. A., & Burnay, R., Gomes, I., & Gil, A. P., & Marques, A. M., & Botelho, M. A. (2012). *Envelhecimento e Saúde: uma análise de género*. Portugal
- Fernandes, A. A., & Moreira, M. J.G., & Veiga, T. R. (2004). Transição Demográfica e Transição Epidemiológica. O modelo de mortalidade no contexto das transformações sociais e políticas da sociedade portuguesa. *Fórum sociológico*, nº 11/12 (2º Série), 2004, pp. 75-104.
- Fernandes, A., & Perlman, J., & Céu Mateus. (2010). *Health and Health Care in Portugal. Does Gender Matter*, Edição do Instituto Nacional de Saúde Ricardo Jorge (INSA), Col. Estudos Científicos, Lisboa, 2010.
- Gil, H. T., & Páscoa, G. M. G. (2019). Envelhecimento e Educação: Um Compromisso na Sociedade Digital. *Journal of Education*. Vol. 7, ISSUE 03, 2019, pp. 137-155
- Gil, A. P. (2019). Envelhecimento activo: complementaridades e contradições. *Fórum sociológico* [online], 17 | 2007, posto online no dia 01 janeiro 2007, consultado o 19 abril 2019. URL: <http://journals.openedition.org/sociologico/1609>; DOI: 10.4000/sociologico.1609
- Idler, E. L. & Benyamini, Y. (1997) Self-rated health and mortality: a review of twenty- seven community studies. *Journal of Health and Social Behavior*, 38, 21-37.
- Instituto Nacional de Estatística. CENSOS 2011: Instituto Nacional de Estatística: CAOP 2013: Carta Administrativa Oficial Portuguesa. Lisboa: INE; 2013 [consultado 12 Jul 2020]. Disponível em <http://www.ine.pt>
- Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge. 1º Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico: relatório metodológico. Lisboa: INSA, 2016. Disponível: <http://repositorio.insa.pt/handle/10400.18/3832>.
- Kislaya, I., Tolonen, H., Rodrigues, A. P., Barreto, M., Gil, A. P., Gaio, V., Namorado, S., Santos, A. J., Dias, C. M., & Nunes, B. (2018). *The European Journal of Public Health*, Vol. 29, No. 2, 273–278 β The Author(s) 2018. Published by Oxford University Press

on behalf of the European Public Health Association. All rights reserved.
doi:10.1093/eurpub/cky228 Advance Access published on 31 October 2018.

- Levorato, C. D., Melo, L. M., Silva, A. S., & Nunes, A. A. (2014). Fatores associados à procura por serviços de saúde numa perspectiva relacional de gênero. *Ciências & Saúde Coletiva*, 19(4):263-1274, 2014.
- Minayo, M. C. S. (2010) (Org.). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 29.ed. Petrópolis. Vozes, 2010.
- OMS, Relatório. (2016). 69.^a Assembleia Mundial de la Salud Punto 13.4 del orden del día provisional. 22 de abril de 2016.
- Perelman, J., & Fernandes, A. A. (2012). Disparidade de gênero na saúde e nos cuidados de saúde: resultados para Portugal a partir do Inquérito Nacional de saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, ago 2012.
- Pinheiro, R. S., Viacava, F., Travassos, C., & Brito, A., S. (2002). Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. *Ciências & Saúde Coletiva*, 7(4):687-707, 2002.
- Portugal. Direção-Geral da Saúde. *Plano Nacional de Saúde. A saúde dos portugueses (2016)*. ISSN:2183-5888. Periodicidade: Anual
- Romana, G. Q., Nynes, B., & Dias, C. (2019). Multimorbidade em Portugal: Dados do Primeiro Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico. *Acta Med Port* 2019 Jan;32(1):30-37 <https://doi.org/10.20344/amp.11227>
- Resolução (2020). Plano de Ação Internacional de Viena sobre o Envelhecimento, Acesso: 18/06/2020 <https://www.un.org/en/development/devagenda/ageing.shtml>
- Roksund, G. (2011). Documentos. Cuidados de Saúde Preventivos. *Rev Port Clin Geral*, 2011;27:466-8, Portugal.
- Sociedade Portuguesa de Diabetologia (2015), *Diabetes. Factos e Números. Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes 12/2016*, Lisboa, Sociedade Portuguesa de Diabetologia.

- SPD - Sociedade Portuguesa de Diabetologia (2012), *Diabetes. Factos e Números. Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes 02/2012*, Lisboa, Sociedade Portuguesa de Diabetologia.
- SPD - Sociedade Portuguesa de Diabetologia (2014), *Diabetes. Factos e Números. Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes 12/2014*, Lisboa, Sociedade Portuguesa de Diabetologia.
- Terris, M. (1975). Approaches to an Epidemiology of Health. *American Journal of Public Health*, 65, 1037-1045. Acesso:
<https://ajph.aphapublications.org/doi/pdf/10.2105/AJPH.65.10.1037>
- Torres, A., Pinto, P. G., Costa, D., Coelho, B., Maciel, D., Reigadinha, T., & Theodoro, E. (2015). Género e idades da vida. Perspectiva global e comparada, capítulo 5. In A. Torres (Ed?) *Igualdade de género ao longo da vida: Portugal no contexto Europeu* (pp. 261-331).
- Torres, A. (2014). Saúde causa de morte, capítulo 5. In A. Torres (Ed?) *Género na fase tardia da vida ativa* (pp. 48-54).
- Vallin, J., & Berlinger, G. (2002), «De la mortalité endogène aux limites de la vie humaine, in Caselli, Vallin e Wunsh, *Démographie: analyse et synthèse, III, Les déterminants de la mortalité*, INED.
- WHO (2002), *Active ageing. A policy framework. A contribution of the who to the second united nations world assembly on aging*, Madrid, who. Acesso: 18/06/2020.
<https://extranet.who.int/agefriendlyworld/wp-content/uploads/2014/06/WHO-Active-Ageing-Framework.pdf>

ANEXO I – Países mais envelhecidos da Europa em pontos percentuais na última década (2010-2021).

País	2010	2021	Diferença 2010-2021 (pontos percentuais)
Finland	17	22,7	5,7
Poland	13,6	18,7	5,1
Czechia	15,3	20,2	4,9
Slovakia	12,4	17,1	4,7
Netherlands	15,3	19,8	4,5
Slovenia	16,5	20,7	4,2
France	16,6	20,7	4,1
Portugal	18,3	22,4	4,1
Malta	14,9	18,9	4
Cyprus	12,5	16,4	3,9
Denmark	16,3	20,1	3,8
Hungary	16,6	20,3	3,7
Ireland	11,2	14,8	3,6
Croatia	17,8	21,4	3,6
Bulgaria	18,2	21,7	3,5
Greece	19	22,5	3,5
EU27	17,6	20,8	3,2
Romania	16,1	19,3	3,2
Italy	20,4	23,5	3,1
Spain	16,8	19,8	3
Estonia	17,4	20,3	2,9
Latvia	18,1	20,8	2,7
Lithuania	17,3	19,9	2,6

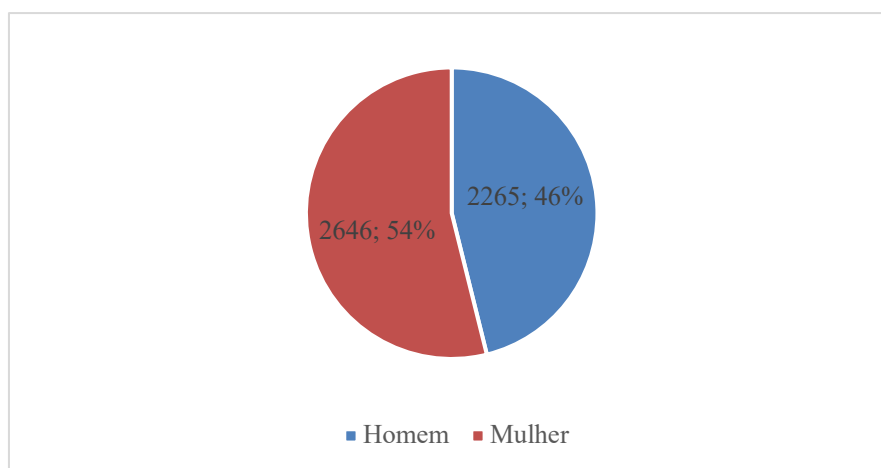
Belgium	17,2	19,3	2,1
Sweden	18,1	20,1	2
Austria	17,6	19,2	1,6
Germany	20,7	22	1,3
Luxembourg	14	14,6	0,6

Fonte: EUROSTAT

ANEXO II - Caracterização sociográfica da amostra do INSEF-2015

Considerando a distribuição da amostra do INSEF-2015, foram observados 4911 indivíduos representativos da população portuguesa a nível nacional e regional. Do total dos observados, 2646 (54%) eram mulheres e 2265 (46%) homens, uma proporção muito semelhante entre homens e mulheres.

Número total da população estudada no INSEF-2015 por sexo, com idade entre os 25 e 74 anos.



Fonte: INSEF-2015

No que diz respeito às características socioeconómicas, observou-se que os indivíduos sem escolaridade ou com escolaridade equivalente ao 1º ciclo do ensino básico representavam 1516 (30,9%) dos inquiridos, superior à percentagem de indivíduos com o ensino secundário 958 (19,5%) ou ensino superior 838 (17,1%). Com relação a situação familiar a maioria (70%) eram casados ou em união de facto, em idade ativa (84,3% com idade entre os 25 e os 64 anos).

Quanto a situação perante o trabalho, 63,4% dos participantes declararam sem escolaridade ou com escolaridade inferior ao ensino secundário e 11,2% estavam desempregados (Quadro 1).

Distribuição da população estudada, percentagem segundo sexo, estado civil, escolaridade e situação perante o trabalho, com idade entre os 25 e 74 anos, 2015.

		Total
Total amostra		4 911
Sexo	Homem	46,1%
	Mulher	53,9%
Estado civil	Casado/a	64,7%
	Divorciado/a	8,3%
	Viúvo/a	5,1%
	União de facto	5,30%
Escolaridade	Nenhum/1º ciclo do ensino básico	30,9%
	2º ou 3º ciclo do ensino básico	32,5%
	Ensino secundário	19,5%
	Ensino superior	17,1%
Situação perante o trabalho	Com atividade profissional	60,6
	Desempregados	11,20%
	Sem atividade profissional	28,20%

Fonte: INSEF-2015