

# ENVELHECIMENTO E SAÚDE: UMA ANÁLISE DE GÉNERO

Relatório Final

PTDC/CS-SOC/103608/2008

**AUTORIA DO ESTUDO:**

Ana Alexandre Fernandes, ISCSP/Cesnova-UNL (Coord.)

Rita Burnay, Cesnova-UNL

Inês Gomes, Cesnova-UNL

Ana Paula Gil, INSA

António Manuel Marques, ESSP/Cesnova-UNL

Maria Amália Botelho, FCM-UNL

Dezembro 2012

Índice de gráficos, tabelas, quadros e figuras.....	2
SUMÁRIO .....	4
INTRODUÇÃO .....	5
TEORIA E MÉTODOS .....	8
1. Aspectos gerais de enquadramento e Fundamentação teórica .....	8
1.1. Saúde, género e Envelhecimento.....	9
1.2. As práticas em saúde.....	13
1.3. Diferenças de género na mortalidade. O crescimento da esperança de vida.....	14
2. Metodologia e Desenho do Projecto .....	18
2.1. Revisão sistemática de literatura .....	18
2.2. Análise quantitativa a partir dos dados do Ins (2005-2006) .....	21
2.3. Análise Qualitativa a partir de entrevistas em profundidade.....	22
2.3.1. Os sujeitos entrevistados.....	24
ANÁLISE DE RESULTADOS.....	26
4. A população portuguesa 50+ do ins 2005-06.....	26
4.1. Caracterização sociodemográfica da população 50+ do INS 2005-06) .....	27
4.2. Condições de saúde .....	32
4.3. Utilização de Serviços de Saúde.....	37
4.4. práticas em saúde .....	38
4.5. Análise multivariada.....	43
Modelo 1 .....	46
Modelo 2 .....	49
Modelo 3 .....	52
Representação das variáveis sócio-demográficas.....	54
Um modelo de explicação .....	55
5. Resultados da Análise qualitativa elaborada a partir de entrevistas semiestruturadas.....	56
5.1. Entre a saúde e a doença: mediações .....	56
5.2. Entre a utilização dos serviços de saúde e os cuidados com a saúde .....	61
5.3. Discussão de resultados.....	64
CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	66
REFERÊNCIAS.....	69
ANEXOS .....	74
Anexo I – Ficha de leitura.....	74
Anexo II - Guião da Entrevista.....	79
Anexo III – Inquérito aos Participantes .....	81

## ÍNDICE DE GRÁFICOS, TABELAS, QUADROS E FIGURAS

GRÁFICO 1. EVOLUÇÃO DA ESPERANÇA DE VIDA ACIMA DOS 60 ANOS, POR ESCALÕES ETÁRIOS, 1940-2009. ....	16
GRÁFICO 2. RELAÇÕES DE MASCULINIDADE NAS PROBABILIDADES DE MORTE (NQX), 1940-2009. FONTE: HUMAN MORTALITY DATABASE .....	16
GRÁFICO 3. DIFERENÇAS DE GÉNERO NA EVOLUÇÃO DA $E_0$ , $E_{15}$ , $E_{35}$ , $E_{65}$ E $E_{85}$ , 1940-2005. ....	17
GRÁFICO 4. PIRÂMIDE ETÁRIA DA AMOSTRA ESTUDADA POR SEXO. FONTE: DADOS DO INS (05/06) TRABALHADOS PELOS AUTORES .....	27
GRÁFICO 5. PERCENTAGEM DE PESSOAS QUE AFIRMAM NÃO VIVER CONJUGALMENTE COM ALGUÉM POR SEXO E FAIXA ETÁRIA. PORTUGAL. FONTE: DADOS DO INS (05/06) TRABALHADOS PELOS AUTORES.....	29
GRÁFICO 6. Nº DE ANOS ESCOLARES COMPLETADOS COM SUCESSO POR SEXO, INS (05-06).....	29
GRÁFICO 7. ESCALÕES DO RENDIMENTO MENSAL BRUTO DO AGREGADO FAMILIAR POR SEXO. PORTUGAL. FONTE: INS (05/06) ..	30
GRÁFICO 8. PERCENTAGEM DE INDIVÍDUOS POR SEXO E IDADE CUJO AGREGADO FAMILIAR AUFERE ATÉ 500€ DE RENDIMENTO BRUTO MENSAL. PORTUGAL (05/06) .....	31
GRÁFICO 9. PERCENTAGEM DE INDIVÍDUOS CUJO RENDIMENTO BRUTO MENSAL DO AGREGADO FAMILIAR É ACIMA DOS 1501€ POR SEXO E GRUPO E GRUPO ETÁRIO. PORTUGAL INS (05/06) .....	31
GRÁFICO 10. TAXA DE PREVALÊNCIA DAS DOENÇAS MAIS COMUNS NA POPULAÇÃO COM MAIS DE 50 ANOS, POR SEXO. PORTUGAL. INS (05/06).....	33
GRÁFICO 11. PERCENTAGEM DE PESSOAS POR Nº DE DOENÇAS (COMORBILIDADE) E SEXO. PORTUGAL. INS (05/06) .....	34
GRÁFICO 12. DISTRIBUIÇÃO DA PERCENTAGEM DO Nº DE HOMENS E MULHERES COM MAIS DE 50 ANOS COM 3 OU MAIS DOENÇAS E SEM DOENÇAS, POR FAIXA ETÁRIA. PORTUGAL. INS (05/06) .....	34
GRÁFICO 13. AVALIAÇÃO DO ESTADO DE SAÚDE COMO MUITO BOA OU BOA, POR SEXO E FAIXA ETÁRIA. PORTUGAL. INS (05/06) 35	
GRÁFICO 14. AVALIAÇÃO DO ESTADO DE SAÚDE POR SEXO, NOS 3 INQUÉRITOS NACIONAIS REALIZADOS IN: VINTÉM, 2008.....	36
GRÁFICO 15. DISTRIBUIÇÃO DOS HOMENS E MULHERES COM SOFRIMENTO PSICOLÓGICO, POR FAIXA ETÁRIA. PORTUGAL. INS (05/06).....	37
GRÁFICO 16. DISTRIBUIÇÃO DA PERCENTAGEM DE INDIVÍDUOS QUE RECORRERAM CONSULTAS MÉDICAS NOS ÚLTIMOS 3 MESES. PORTUGAL. INS (05/06) .....	38
GRÁFICO 17. MÉDIA DE CONSULTAS POR SEXO, INS (05/06) .....	38
GRÁFICO 18. DISTRIBUIÇÃO DO Nº DE INDIVÍDUOS (%), POR IDADE E CONSUMO TABÁGICO. INS (05/06) .....	40
GRÁFICO 20. PERCENTAGEM DE INDIVÍDUOS QUE CLASSIFICA A SUA QUALIDADE DE VIDA COMO MÁ OU MUITO MÁ POR IDADES, INS (05/06).....	42
GRÁFICO 21. SATISFAÇÃO COM A SAÚDE POR SEXO, INS (05/06) .....	42
GRÁFICO 22. PERIODICIDADE DA UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE, DOS ENTREVISTADOS, POR SEXO.....	64
TABELA 1. EVOLUÇÃO DA ESPERANÇA DE VIDA À NASCENÇA, POR SEXOS, EM PORTUGAL (1890-2006). ....	15
TABELA 2. ARTIGOS SELECIONADOS DA REVISÃO DE LITERATURA SISTEMÁTICA .....	20
TABELA 3. PARTICIPANTES MASCULINOS NO ESTUDO .....	25
TABELA 4. PARTICIPANTES FEMININOS NO ESTUDO.....	25
TABELA 5. TABELA SÍNTESE DAS CARACTERÍSTICAS SÓCIO-DEMOGRÁFICAS DA AMOSTRA DO ESTUDO. INS (05/06).....	28
TABELA 6. CATEGORIAS PROFISSIONAIS DA POPULAÇÃO INQUIRIDA COM 50 E MAIS ANOS, POR SEXO E TOTAL.....	30
TABELA 7. TABELA SÍNTESE DOS RESULTADOS OBTIDOS EM TERMOS DE CONDIÇÕES DE SAÚDE PARA HOMENS E MULHERES, INS (05/06).....	33
TABELA 8. CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO ESTUDADA, RELATIVAMENTE AO ESTADO DE SAÚDE. INS (05/06) .....	37
TABELA 9. INDICADORES DE PRÁTICAS DE SAÚDE EM FUNÇÃO DO GÉNERO.....	39

TABELA 11. CONCEÇÕES DE SAÚDE E DOENÇA DOS ENTREVISTADOS.....	56
QUADRO 1.SUMÁRIO DO MODELO 1 .....	46
QUADRO 2. MEDIDAS DE DISCRIMINAÇÃO DAS VARIÁVEIS.....	47
QUADRO 3. SUMÁRIO DO MODELO 2 .....	49
QUADRO 4. MEDIDAS DE DISCRIMINAÇÃO DAS VARIÁVEIS (MODELO 2) .....	50
FIGURA 1. DISCRIMINAÇÃO DAS VARIÁVEIS PELOS PLANOS. ....	48
FIGURA 2. DISCRIMINAÇÃO DAS VARIÁVEIS PELOS PLANOS (MODELO 2) .....	51
FIGURA 3. DISCRIMINAÇÃO DAS VARIÁVEIS PELOS PLANOS (MODELO 3) .....	53
FIGURA 4. DISCRIMINAÇÃO DAS VARIÁVEIS INDEPENDENTES PELOS PLANOS.....	54
FIGURA 5.MODELO EXPLICATIVO DAS RELAÇÕES ENTRE ESTADO DE SAÚDE E PRÁTICAS DE SAÚDE CONSTRUÍDO A PARTIR DOS RESULTADOS DA ANÁLISE .....	55

*O conceito de género tem vindo a ganhar importância na análise da equidade em saúde e nos cuidados de saúde por chamar a atenção para um tipo específico de iniquidade; aquela que resulta das desigualdades mais vastas, existentes entre mulheres e homens, sejam elas de natureza social, económica, cultural ou outra. A população considerada idosa (65+ anos) representa uma parcela significativa da população nos países desenvolvidos. Esta tendência foi intensificada com o declínio da natalidade ao longo da última década. A redução acentuada de nascimentos tem um impacto crescente na relação intergeracional. O aumento relativo dos 65+ é potenciado pelo decréscimo relativo de Jovens. Ao nível microdemográfico, o declínio da mortalidade tem tido maiores impactos nos últimos patamares etários com o crescimento da esperança de vida nas categorias etárias mais velhas. É principalmente nos grupos etários acima dos 65 anos que se registam maiores acréscimos de esperança de vida tendência que irá continuar manter-se.*

*O estado de saúde que se goza em idade mais avançada depende não só do que foi o capital de saúde construído ao longo de uma vida, mas também do contexto atual de vida do indivíduo, das suas competências, capacidades e recursos para promover e sua saúde, prevenir a doença ou minorar as consequências desta.*

*O objetivo principal desta pesquisa sobre envelhecimento, saúde e género, consistiu em avaliar e analisar a relevância do género no estado de saúde e nas perceções e práticas de saúde da população portuguesa com idade igual ou superior a 50 anos. Propusemo-nos conhecer o estado de saúde e as práticas de saúde da população que envelhece e como é que homens e mulheres gerem a sua saúde, de que forma contribuem para a promover e como contrariam as adversidades que ocorrem ao longo do seu percurso de vida. Para a concretização do estudo foram utilizadas duas fontes de dados: i) Inquérito Nacional de Saúde (INS) e ii) entrevistas semiestruturadas.*

*Este relatório sintetiza os resultados da pesquisa e é constituído por duas partes. A primeira parte apresenta a fundamentação teórica com revisão bibliográfica e o estado da arte assim como as questões de metodologia. Na segunda parte são apresentados e analisados os resultados.*

*Procurámos identificar as relações existentes entre as características demográficas, sociais e económicas de mulheres e homens, e os respetivos estados de saúde, estilos de vida e utilização de cuidados de saúde. O bloco de variáveis demográficas e sociais foi analisado enquanto variáveis independentes, explicativas das diferenças encontradas no estado de saúde e na utilização dos cuidados de saúde. A análise dos dados do Inquérito Nacional de Saúde (INS), na sua 4ª versão (2005/2006) evidencia piores condições socioeconómicas das mulheres e também piores condições de saúde com mais estados mórbidos e uma pior saúde subjetiva. Por seu lado os homens 50+ anos apresentam melhores estados de saúde, nas mesmas idades apesar, avaliações mais positivas da sua saúde, menor sofrimento psicológico associado a práticas consideradas menos salutogénicas. A categoria etária dos 75-80 anos representa uma idade charneira de passagem à “idade da velhice”. As entrevistas em profundidade revelaram que a partir de limiares de idade avançada esbatem-se as diferenças entre homens e mulheres no que respeita às perceções de saúde.*

Em Portugal, o envelhecimento demográfico, tendência que caracterizou a população nos países desenvolvidos ao longo do século XX, tem-se acentuado nos últimos anos. Ao nível microdemográfico tem aumentado a diferença entre os Jovens e os Idosos. O declínio estrutural e acentuado da natalidade ao longo dos últimos 30 anos fez baixar as proporções de população 0-15 anos para valores nunca antes imaginados. Esta redução da base da pirâmide interfere na composição global contribuindo para acentuar o peso relativo das categorias etárias superiores.

Em Portugal os dados do último recenseamento revelam uma estrutura demográfica muito envelhecida. A proporção de pessoas idosas (65+) é de 19,1%, valor que coloca Portugal entre os países mais velhos do mundo. Desde 2001, as proporções de homens 65+ passaram de 14,2% para 16,8%. Quanto às mulheres 65+, que já eram mais numerosas, o peso relativo passou de 18,4% para 21,5% do total da população feminina.

A esperança de vida da população portuguesa também aumentou ao longo dos últimos anos. A esperança de vida à nascença da população portuguesa é de 76,5 anos no lado masculino e 82,6 do lado feminino. Esta é uma longevidade elevada ao nível europeu e ao nível mundial. No entanto quer do lado masculino quer do lado feminino são valores inferiores aos nossos vizinhos europeus. Quer a Espanha quer a Itália e França apresentam uma esperança de vida feminina de aproximadamente 85 anos, valor que ronda a capacidade máxima de sobrevivência de uma geração no quadro actual da mortalidade.

A última fase do ciclo de vida, referida normalmente para a população 65+, é caracterizada por especificidades face à saúde, não só ao nível das suas vivências, mas também pelo crescente peso demográfico que este grupo tem vindo a assumir, lançando novos e importantes desafios aos sistemas sociais.

Esta pesquisa, que consiste numa análise de género sobre envelhecimento e saúde tem como objectivo principal avaliar e analisar a relevância do género na condição de saúde e na utilização de cuidados de saúde na população 50+, em Portugal, com base na informação proveniente de: i) Inquérito Nacional de Saúde (INS) e ii) em entrevistas semiestruturadas a indivíduos previamente seleccionados de acordo com os objectivos da pesquisa. Numa fase inicial foram analisados os dados do Inquérito Nacional de Saúde (INS) relativos aos indivíduos de ambos os sexos, com 50+ de acordo com um conjunto de variáveis previamente seleccionadas, tais como: condição de saúde, utilização de cuidados de saúde e caracterização demográfica, social e económica. Esta análise quantitativa do INS foi completada, numa segunda fase pelo estudo qualitativo com base na elaboração de entrevistas em profundidade a mulheres e homens com 50+. A selecção dos entrevistados teve em conta os resultados obtidos na análise extensiva dos dados estatísticos.

Propusemo-nos conhecer o estado de saúde e as práticas de saúde da população que envelhece e como é que homens e mulheres gerem a sua saúde, de que formas contribuem para a promover e como contrariam as adversidades que ocorrem ao longo do seu percurso de vida.

A defesa da equidade em saúde decorre do reconhecimento explícito de que algumas das diferenças existentes são expressão das desigualdades sociais que, mais latamente, se verificam na comunidade. As diferenças económicas, sociais, culturais e de território entre indivíduos têm, assim, a capacidade de determinar vivências e resultados diferentes face à saúde, pelo que importa conhecer a dimensão e a expressão destes fenómenos. As diferenças em saúde podem existir a dois níveis: nas condições de saúde e no acesso aos cuidados de saúde.

O conceito de género tem vindo a ganhar importância na análise da equidade em saúde e nos cuidados de saúde por chamar a atenção para um tipo específico de iniquidade; aquela que resulta das desigualdades mais vastas, existentes entre mulheres e homens, sejam elas de natureza social, económica, cultural ou outra. É necessário identificar e conhecer as semelhanças e as diferenças nas necessidades de saúde entre homens e mulheres, bem como identificar e analisar os obstáculos que, com base no género, impedem que mulheres e homens realizem o seu potencial em saúde.

Este relatório é constituído por duas partes. Uma primeira parte apresenta a fundamentação teórica com revisão bibliográfica e o estado da arte assim como as questões de metodologia. Na segunda parte são apresentados e analisados os resultados.

A primeira parte, intitulada Teoria e Métodos, é composta pelos aspetos gerais de enquadramento e a fundamentação teórica. A partir de uma revisão de literatura procurámos reunir as argumentações que sustentam a importância da investigação sobre desigualdades de género na saúde e envelhecimento. A caracterização das desigualdades de género na saúde, especialmente as que ocorrem ao longo do processo de envelhecimento, objetivo primordial da pesquisa a partir da qual este relatório de síntese foi elaborado, é já considerada uma condição para a promoção da equidade de género. É um princípio e uma finalidade política assumida na maioria dos sistemas de saúde implantados na União Europeia.

Ainda no que respeita aos aspetos gerais de enquadramento reunimos dados sobre as desigualdades de género na mortalidade a partir da evolução da esperança de vida em Portugal. A análise foi elaborada a partir do *Human Mortality Database*.

A segunda parte contempla a Análise dos resultados. Partimos da base de dados do INS 2005-06 e a população 50+. Procurámos identificar as relações existentes entre as características demográficas, sociais e económicas de mulheres e homens, e os respetivos estados de saúde, estilos de vida e utilização de cuidados de saúde. O bloco de variáveis demográficas e sociais foi analisado enquanto variáveis independentes, explicativas das diferenças encontradas no estado de saúde e na utilização dos cuidados de saúde. A análise dos dados do Inquérito Nacional de Saúde (INS), na sua 4ª versão (2005/2006) evidencia piores condições socioeconómicas das mulheres e também piores condições de saúde com mais estados mórbidos e uma pior saúde subjetiva. Por seu lado os homens 50+ anos apresentam melhores estados de saúde, nas mesmas idades apesar, avaliações mais positivas da sua saúde, menor sofrimento psicológico associado a práticas consideradas menos salutogénicas. A categoria etária dos 75-80 anos representa uma idade charneira de passagem à “idade da velhice”.

As diferenças de género, isto é, as características associadas socialmente a homens e mulheres têm um papel decisivo na forma como se relacionam entre si na sociedade, e como se relacionam com a saúde e envelhecem. As entrevistas em profundidade revelaram que a partir de limiares de idade

avançada esbatem-se algumas diferenças entre homens e mulheres no que respeita às precepções de saúde.

A perspetiva de género no processo de envelhecimento é essencial para compreender as diferenças e corrigir as iniquidades produzidas ao longo de diferentes trajetórias onde a os estilos de vida, as condições familiares, a vida profissional ou de trabalho determinam as condições futuras da existência na velhice. São princípios estruturais com impactos nas condições sociais, nas estratégias pessoais de vida, na identidade pessoal e na forma de criar e de adaptação, isto é, não se trata apenas de *a question of "doing gender and doing age but also a gender lens on aging and aging lens on gender* (Lasch, Reman & backes, 2006, pag.13).

O facto de as mulheres viverem mais tempo, serem mais numerosas e mais vulneráveis à precariedade e à pobreza, enfatiza a necessidade de adotar uma perspetiva de género não só na procura de novos conhecimentos em saúde, mas também na organização e implementação dos serviços e prestação de cuidados de saúde.

### 1. ASPECTOS GERAIS DE ENQUADRAMENTO E FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

As diferenças biológicas entre homens e mulheres, as diferenças de sexo, foram durante muito tempo consideradas como o factor primordial que inviabilizava uma análise comparada entre a saúde dos homens e das mulheres. Este facto influenciava a organização dos cuidados e dos serviços de saúde que deveriam ser adequados a necessidades claramente distintas. Podemos reforçar que estas diferenças relativas ao sexo não se ficavam pela saúde reprodutiva, mas incluíam diferenças genéticas, hormonais e metabólicas consideradas determinantes nos padrões de mortalidade e morbidade dos homens e das mulheres (Doyal, 2001)

No contexto da actual evolução demográfica, considerando o aumento da longevidade nos últimos patamares etários, a saúde e nomeadamente, o binómio saúde/doença e o conjunto de problemas que se colocam a homens e mulheres ao longo do seu processo de envelhecimento, tais como estratégias preventivas ao longo da vida e os seus efeitos na qualidade de vida, são temas que têm vindo a adquirir relevância na investigação científica.

Em Portugal, a população envelhece. No espaço de 5 anos, entre 2002 e 2007, a proporção de jovens relativa ao total da população, reduziu-se de 16% para 15,3%. Em simultâneo, a população idosa, com 65 e mais anos, aumentou a sua proporção de 16,4% para 17,4%. A conjugação destas duas tendências resulta, de acordo com o Instituto Nacional de Estatística (2008), num contínuo envelhecimento populacional, pelo que o índice de envelhecimento aumentou de 105 idosos por cada 100 jovens em 2002, para 114 / 100 em 2007.

Com o crescente aumento da esperança de vida foi sendo constatada a contradição de que as mulheres têm beneficiado de um aumento de longevidade superior ao dos homens mas têm mais problemas de saúde. O pensamento comum é que as mulheres vivem mais, mas em pior estado de saúde. Homens e mulheres diferem em esperança de vida e condição de saúde ao longo da vida. Doenças como hipertensão e diabetes são mais prevalentes entre as mulheres. As mulheres também reportam uma pior condição de saúde do que os homens, um maior número de dias de incapacidade, e são mais propensas a incapacidade de longa duração (Fernandes, *et al*, 2008). A evolução de alguns determinantes de saúde também tem sido prejudicial para a saúde das mulheres: os homens têm vindo a reduzir o tabagismo e consumo de bebidas, enquanto o consumo se mantém ou aumenta entre as mulheres. Assim, mesmo que as mulheres tenham vantagem na esperança de vida, esta vantagem foi diminuindo ao longo dos últimos anos.

Os estudos centrados em diferenças de género revelam que em média, as mulheres têm menor acesso à educação, ao emprego, a bons empregos e rendimentos elevados e que esses fatores

determinam condições de saúde. Há também evidência crescente de que, mesmo quando os homens e mulheres ocupam uma posição social semelhante, a condição de saúde das mulheres é pior, em média. Por exemplo, é mais difícil para uma mulher para combinar um trabalho pago e obrigações familiares, as mulheres são mais vulneráveis à pobreza, pois eles são mais afetados por diversos aspetos da vida quotidiana, como a prestação de serviços públicos ou a coesão social.

Os determinantes sociais têm um papel decisivo na qualidade de vida, no bem-estar e na saúde de homens e mulheres que envelhecem. Ao longo do processo de envelhecimento acentuam-se as diferenças, as vantagens e desvantagens decorrentes de estatutos socioeconómicos diferentes. As trajetórias de vida acentuam disparidades já existentes pois acumulam capitalizações e descapitalizações que se traduzem em diferentes condições socioeconómicas e diferentes contextos socioculturais. Uma trajetória de vida tem altos e baixos resultantes de realizações pessoais mais conseguidas ou frustrações sucessivas. A partir de certa idade, as condições sociais, económicas e culturais adquiridas condicionam o percurso da vida e contribuem para práticas de saúde e o *status* de saúde de que iremos usufruir na velhice. O estado de saúde que se goza em idade mais avançada depende, em parte, daquilo que foi o capital de saúde construído ao longo de uma vida, mas também do contexto atual do indivíduo e da capacidade e recursos que este tenha para prevenir a doença ou minorar as consequências desta. Envelhecer com saúde é essencial para contrariar os impactos nefastos do envelhecimento e minimizar os *deficits* de autonomia associados à multimorbilidade e doença crónica

---

## 1.1. SAÚDE, GÉNERO E ENVELHECIMENTO

A análise das desigualdades de género, objectivo primordial do projecto é considerada condição para a promoção da equidade, princípio e finalidade política assumida na maioria dos sistemas de saúde implantados na União europeia.

A defesa do princípio da equidade no sector da saúde decorre do reconhecimento explícito de que algumas das diferenças existentes são expressão das desigualdades sociais que, mais latamente, se verificam na comunidade. As diferenças económicas, sociais, culturais e de território entre indivíduos têm, assim, a capacidade de determinar vivências e resultados diferentes face à saúde, pelo que importa conhecer a dimensão e a expressão destes fenómenos. As diferenças em saúde podem existir a dois níveis essenciais: nas condições de saúde e no acesso aos cuidados de saúde.

A influência que os papéis e as identidades de género assumem em diferentes domínios da vida social, cultural e económica têm sido aspectos proficuamente estudados. Na saúde, o interesse pelos determinantes sociais capazes de a influenciar surge com mais vigor na década de 70 e início da década de 80 (Séc. XX), na sequência de inúmeras críticas à insuficiência das intervenções meramente orientadas para eliminar ou reduzir o risco em saúde a nível individual. Estes movimentos de reestruturação clamavam por uma nova orientação do investimento, que deveria ser conduzido para os padrões e estruturas sociais que condicionam a saúde das pessoas. Assim, para além da necessária preocupação sobre o caso individual, a atenção deverá recair sobre as

estruturas de carácter macrosociológico da saúde ou, nos termos de Drulhe (2002), compreender os processos de “produção social da saúde”.

Ao longo dos tempos, mulheres e homens assumiram posições e papéis sociais diversos, o que inevitavelmente originou diferenças nas suas trajetórias de vida com consequências que se acentuam com o envelhecimento. Quem somos, as normas e valores sociais dominantes, o enquadramento institucional existente, as prestações sociais a que temos acesso, o suporte familiar e social de que dispomos, entre outros fatores, condicionam a forma como depois a saúde é vivida a nível individual e coletivo, e que se reflete nos indicadores de saúde disponíveis. Efetivamente, parte das diferenças em saúde entre mulheres e homens podem decorrer das próprias das experiências sociais ou culturais do que é pertencer a um ou outro sexo (Annandale, 1998; Doyal, 2000; Krieger, 2003). Ressalvando as diferenças biológicas inerentes a cada sexo, que no campo da saúde assumem especial relevo por gerarem diferentes necessidades e reacções, o foco deverá ser colocado nas desigualdades mutáveis que, ao constituir situações de iniquidade ou injustiça, podem e devem ser alteradas.

Nas últimas décadas tem crescido o interesse pelo estudo sobre o género e as diferenças de género na saúde. O conceito de género foi desde o início da sua conceptualização e utilização estudado de forma categórica, como uma oposição, uma dicotomia entre o género masculino e feminino (Connel, 2011). O objectivo residia na procura de uma explicação para as diferenças na mortalidade e na morbilidade entre homens e mulheres e no interesse da relação entre a variação das circunstâncias sociais das mulheres e a sua condição de saúde (Annandale & Hunt, 2006). A distinção entre sexo (biológico) e o género (social) era essencial nesta linha de investigação, visto que tornava claro que as desigualdades de género eram em grande parte produzidas pela sociedade e logo poderiam ser melhoradas ou eliminadas através de mudanças nos padrões de base do género (Annandale & Hunt, 2006). Este tipo de abordagem tem subjacente um problema comum na literatura sobre saúde onde o género é referido, mas onde de facto se fala acerca das mulheres, é que os homens são sobretudo considerados como a norma ou a categoria privilegiada. Esta visão origina limitações no tipo de dados obtidos e na elaboração de políticas sociais na área da saúde. E dadas as rápidas mudanças sociais, tem sido posta em causa. A abordagem mais recente e podemos dizer mais completa e promissora para um verdadeiro entendimento das questões de saúde e género, é uma abordagem relacional ao género, na qual o género é visto como uma relação que envolve múltiplos atores, conceptualizado de forma multidimensional envolvendo relações de carácter económico, relações de poder, afetivas e simbólicas, operando simultaneamente ao nível intrapessoal, interpessoal, institucional e societal (Connel, 2011, Doyall, 2011, Annandale & Hunt, 2006). A perspetiva das desigualdades de género procura justamente, investir na análise da articulação das relações de género como produção de vulnerabilidade face à doença e como manutenção das desvantagens face aos sistemas e cuidados de saúde, tanto num sexo como noutro, isto é, os comportamentos de saúde refletem o contexto social e não são meramente o resultado de opções individuais, o que vai para além dos papéis sociais adotados, envolvendo as políticas sociais, os modos de organização social e as relações entre os seus diversos intervenientes que sustentam a desigualdade entre os sexos (Sen, George & Östlin, 2002). Existem ainda muitos problemas na concretização de investigação baseada no género, nomeadamente, o fraco entendimento do conceito de género e confusão nos termos (sexo e género). Para Klinge (2010) a questão não é se devemos estudar as diferenças de sexo ou não, mas sim, como o devemos fazer, é

necessário assegurar que existem indicadores de saúde (medidas) que permitem aumentar e explorar o conhecimento sobre as populações e que tenham significado para as políticas sociais, nomeadamente desagregados por sexo e estatuto socioeconómico, equivalentes e comparáveis ao longo do tempo, e compatíveis internacionalmente (Lin & L'Orange, 2010). Os indicadores de saúde são no geral *“statistics on parameters that provide information on trends and changes in the condition or status of health”* (Todier et.al., 2004 in Lin & L'Orange, 2010), no entanto os indicadores sensíveis ao género são *“those that enable us to identify, examine and monitor gender-related changes, in society over time [and] constructed so as to compare position of women and men so to focus on gender gaps”* (Lin e tal, 2007, in Lin & L'Orange, 2010), isto é que permitem uma análise mais aprofundada e sistemática da realidade populacional.

Tornar os indicadores de saúde sensíveis ao género (*gender-sensitive*) exige identificar uma perspetiva conceptual para compreender a saúde, que abarque quer os determinantes sociais, quer os resultados em termos de saúde e que inclua o género como uma componente central. A principal razão para a utilização de indicadores de saúde sensíveis ao género é providenciar informações de base rigorosas para definir planos de política e ações que possam reduzir essas inequidades e melhorar os resultados em termos de saúde. (Lin & L'Orange, 2010). Segundo proposta da OMS a investigação centrada no género (*gender mainstreaming*) é

*“the process of assessing the implications for women and men of any planned action, including legislation, policies and programmes, in any area and at all levels. It's a strategy for making women's as well as men's concerns and experiences an integral dimension in the design, implementation, maintaining and evaluation of policies and programmes in all political, economical and social spheres, such that inequality between men and women is not perpetuated. The ultimate goal is to achieve gender equality* (WHO, 2007 in Kuhlmann & Annandale, 2010)

A reestruturação da organização social e da intervenção pública e privada necessária para que grupos e sociedades envelheçam de forma ativa torna relevante o conhecimento das características e dos determinantes específicos que qualificam a saúde em cada fase do ciclo de vida. Ao longo do ciclo de vida a forma como os indivíduos representam a sua própria saúde, como a entendem e a praticam é um dado em constante reformulação.

Numa análise de género realizada aos resultados obtidos no INS de 98/99, (Fernandes *et al.*, 2009), evidenciam-se as desigualdades e iniquidades ao nível da saúde de homens e mulheres. De acordo com o referido estudo, as mulheres têm mais probabilidade de ter uma pior condição de saúde, dada pelos indicadores de saúde auto-percebida, dias de incapacidade e morbilidade, tendo em conta a idade e o estatuto socioeconómico. Assim, as mulheres apresentam pior saúde e este dado não parece estar limitado a doenças de baixa gravidade. São também as mulheres que registam um maior número de idas a consultas médicas, independentemente da condição de saúde dos indivíduos, por isso, concluem os seus autores ser o género um indicador do uso dos cuidados de saúde independentemente das necessidades. Por outro lado, as diferenças de género existem independentemente das diferenças socioeconómicas entre os sexos, isto é, um homem tem maior probabilidade de ter uma boa saúde do que uma mulher, mesmo que ambos tenham o mesmo nível de rendimentos, educação semelhante e o mesmo tipo de seguro. O mesmo estudo refere ainda que são as mulheres quem usa mais frequentemente os serviços de saúde

independentemente do estatuto socioeconómico e em condição de saúde semelhante à dos homens (menos no caso de consultas de especialidade).

As desigualdades de género observam-se também na mortalidade e na esperança de vida dos homens e das mulheres e são a síntese dos estados de morbilidade ao longo do processo de envelhecimento. Os homens continuam a evidenciar taxas de morte prematuras superiores, isto é, a sobremortalidade masculina verifica-se ao longo de todas as idades. Os homens também morrem mais do que as mulheres, qualquer que seja o estado conjugal, exceto os divorciados (acima dos 65 anos) o que confere à mulher vantagens em termos de esperança de vida (Fernandes *et al.*, 2009). Segundo dados demográficos a esperança de vida à nascença entre 2000 e 2007 aumentou em Portugal 2,3 anos para os homens e 1,9 anos para as mulheres e situa-se em 75,7 anos e 82,2 anos respetivamente (Carrilho & Patrocínio, 2007).

A vantagem feminina no crescimento da esperança de vida torna-se mais suave nas categorias etárias mais tardias. Por outro lado, os homens têm vindo a ganhar tempo de sobrevivência, sobretudo após os 60 anos (Fernandes, *et al.*, 2009). Atualmente estima-se que as mulheres que alcancem os 60 anos possam esperar viver ainda mais 24,6 anos (INE). A maior longevidade verificada nas mulheres reflete-se numa “feminização do envelhecimento”. Os desequilíbrios entre os efetivos masculinos e femininos em idade avançada, estão bem marcados nos desenhos das pirâmides demográficas, particularmente nas que representam estruturas etárias envelhecidas.

As desigualdades de género existentes na capacidade de sobrevivência em todas as idades, remete para os determinantes biológicos e sociais. Em primeiro lugar é de referir a melhoria das condições de saúde sexual e reprodutiva das mulheres e “a uma maior habilidade das mulheres para tirarem proveito do progresso sanitário” (Vallin, 2002, *in* Fernandes, 2008) característica própria de um modo de estar feminino. Podemos ainda acrescentar que é “especialmente em idades mais avançadas (...) que a sociabilidade feminina é emocionalmente mais intensa e diversificada e esse fator pode proporcionar melhores condições de adaptabilidade a situações traumáticas que ocorrem ao longo da vida como é o caso da viuvez” (Fernandes, 2008).

Entre os determinantes de saúde as condições socioeconómicas são os que melhor explicam as diferenças de morbilidade e mortalidade no final de vida. As mulheres, com mais baixos níveis de escolaridade, piores condições salariais e maior risco de pobreza, apresentam de modo geral pior saúde subjetiva e objetiva, apesar de maior esperança de vida.

Assim, a condição de saúde de um indivíduo depende largamente do seu percurso de vida e das circunstâncias sociais e culturais no qual este ocorreu, em combinação com os fatores protetores da saúde dos quais o indivíduo goza. O género enquanto elemento organizador e diferenciador da vida social proporciona diferentes enquadramentos que importa identificar, clarificar e problematizar de modo a contribuir com conhecimento para uma eficiente promoção de equidade de género.

## 1.2. AS PRÁTICAS EM SAÚDE

A utilização dos cuidados de saúde pode ser explicada, em parte, pela sua localização geográfica, contudo outros fatores são reconhecidos como capazes de influência, como seja o tipo de necessidades de saúde que motiva a procura, a condição económica e social dos seus utentes ou as crenças existentes sobre a saúde. O género joga aqui um papel explicativo ao permitir isolar para um ou outro sexo, determinadas especificidades em saúde, e elementos de ordem cultural, social e económica, determinante na utilização que as mulheres e os homens fazem dos serviços.

Existe uma visão social fortemente implementada de que os homens recorrem menos à utilização de cuidados em saúde, aguentando de forma estoica os sintomas e incapacidades, apenas recorrendo quando já não aguentam e as consequências são bastante penosas. Esta visão contrasta com a forma como são vistas as atitudes e comportamentos de procura de cuidados de saúde por parte das mulheres, na qual as mulheres recorrem mais vezes e mais rapidamente aos médicos e outros profissionais de saúde, e por razões menos sérias (Hunt, Adamson, & Galdas, 2010).

Esta atitude dos homens face à saúde tem a ver com a sua vivência de género que resulta dos padrões da masculinidade. A negação da fraqueza e a rejeição da ajuda são práticas hegemónicas da masculinidade. A relação entre a masculinidade e os comportamentos face à utilização dos cuidados de saúde, tem sido sobretudo descrita em relação às doenças características/específicas masculinas (cancro da próstata e testicular) ou DCV( Doença Cardiovascular), que tem sido caracterizada como sendo mais comum entre os homens, quer a nível médico, quer ao nível do conhecimento comum.

No Reino Unido e em outros países ocidentais a generalidade dos dados disponíveis apontam para que as mulheres consultem em média mais vezes um médico de clínica geral do que os homens (McCormick et al., 1995) e que estas diferenças são mais significativas, para o dobro, no período reprodutivo da mulher entre os 15 -24 e os 25 -44 anos.

Segundo Hunt, Adamson, & Galdas, (2010) existem poucos estudos nesta área de pesquisa. Não são encontradas publicações que procurem comparar homens e mulheres relativamente a estes padrões comportamentais (acesso aos serviços de saúde e procura de serviços de saúde) em situações de doença semelhantes. E nos trabalhos encontrados as evidências são no mínimo insuficientes de que os homens consultem menos frequentemente o médico ou que atrasem por mais tempo a ida ao médico, o que levanta questões relativamente à crença profundamente enraizada de diferenças contrastantes entre homens e mulheres relativamente à procura dos cuidados de saúde, *because of an often unconscious tendency to valorize distinctions rather than similarities between men and women, it is often presume that because men are reluctant to consult, women are not, and because women are willing to use healthcare for some aspects of their lives (such as contraception and the monitoring of pregnancy and childbirth), they will be more willing to consult more quickly for all aspects of their health* (Hunt et.al., 2010).

### 1.3. DIFERENÇAS DE GÉNERO NA MORTALIDADE. O CRESCIMENTO DA ESPERANÇA DE VIDA

Portugal é um dos países mais envelhecidos do mundo mas tal facto não resulta de uma elevada longevidade e não apresenta grandes vantagens na esperança de vida particularmente no que respeita aos restantes países da União Europeia.

Os dados para Portugal, em termos de esperança de vida à nascença, apontam para o valor mais baixo ao nível da UE15 para os homens. Este valor pode ser atribuído à elevada mortalidade precoce na população masculina, muito provavelmente relacionada com comportamentos de risco, como são os que estão associados à utilização de veículos a motor, promiscuidade nas práticas sexuais, consumo de drogas, tabaco e consumo excessivo de álcool, isto porque as taxas elevadas de mortalidade se devem sobretudo a acidentes de estrada e de trabalho (Santana, 2005, in Fernandes, 2007).

A sobre mortalidade dos homens relativamente às mulheres verifica-se em qualquer idade e tem vindo a acentuar-se com o declínio da mortalidade. Os homens também morrem mais do que as mulheres qualquer que seja o estado conjugal, excepto para os divorciados acima dos 65 anos (Fernandes *et. al.*, 2009). A conjugalidade é favorável aos homens e mulheres pelo que representa de suporte material e emocional.

As diferenças relacionadas com o género são um importante contributo para explicar a desvantagem masculina na mortalidade; os comportamentos de risco aos quais os homens estão mais expostos, como o consumo de álcool e de tabaco, explicam a existência de maiores probabilidade de mortalidade violenta e prematura particularmente na categorias etárias 15-45 anos. A sobre mortalidade masculina determina a maior proporção de mulheres que sobrevivem até idades mais avançadas. À semelhança de outros países este fenómeno da sobre mortalidade masculina está progressivamente a atenuar-se, devido ao superior ritmo de crescimento da longevidade masculina, relativa à feminina. Esta redução da diferença de sobrevivência entre os dois sexos pode ser atribuída a dois tipos de fatores: maior exposição das mulheres a certos comportamentos de risco (hábitos tabágicos, consumo alcoólico, etc.) e alteração das atitudes e comportamentos masculinos face aos cuidados preventivos de saúde. Outro fator adicional é o facto de as mulheres trabalharem mais e por isso as suas circunstâncias de vida terem vindo a piorar (Fernandes *et. al.*, 2009).

Ano	e0 H	e0 M	Taxa de variação (H) (%)	Taxa de variação (M) (%)	$(M - H)^2$
1890	35.4	38.2	-	-	2.8
1900	36.2	39.8	2,3%	4,2%	3.6
1920	35.8	40.0	-1,1%	0,5%	4.2
1930	44.8	49.2	25,1%	23,0%	4.4
1940	48.6	52.8	8,5%	7,3%	4.2
1950	55.5	60.5	14,2%	14,6%	5.0
1960	60.7	66.8	9,4%	10,4%	6.1
1970	64.2	70.8	5,8%	6,0%	6.6
1981	69.1	76.7	7,6%	8,3%	7.6

1991	70.4	77.4	1,9%	0,9%	7.0
1995	71.6	78.6	1,7%	1,6%	7.0
2001	73.5	80.3	2,7%	2,2%	6.8
2002	73.7	80.6	0,3%	0,4%	6.9
2006	73.2	80.0			

Fonte: Fernandes, 2010

**Tabela 1. Evolução da esperança de vida à nascença, por sexos, em Portugal (1890-2006).**

As desigualdades entre homens e mulheres refletem as diferenças ao longo do curso de vida, e são mais evidentes numa idade mais tardia, visto as mulheres viverem mais tempo e em piores condições sociais. Apresentam níveis de escolaridade mais baixos, mais horas de trabalho diário, menores competências profissionalizantes e carreiras contributivas incompletas ou mesmo inexistentes. A desigualdade do padrão de trajetórias profissionais tem consequências significativas para a saúde das mulheres e reflete-se mais tarde no final do ciclo de vida.

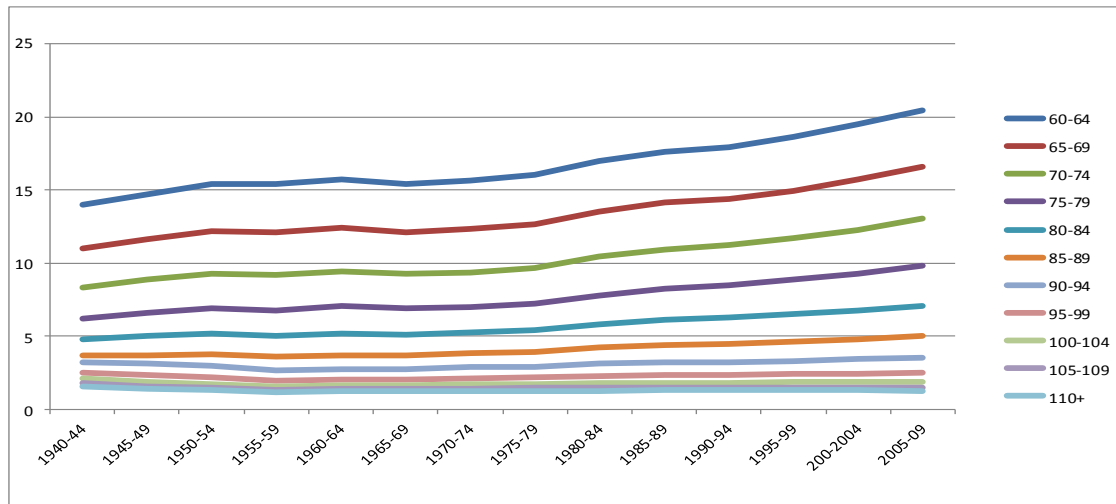
Desde finais de século XIX que a esperança de vida começou gradualmente a aumentar, mas é só na década de 40 que esse crescimento se afirma. As maiores diferenças ocorrem a partir da década de 1930 devido à redução das taxas de mortalidade em todas as idades. As diferenças de género acentuam-se a partir da década de 1960 atingindo o valor máximo em 81. Nesta altura as mulheres tinha uma esperança de vida de mais 7,6 anos do que os homens. A partir daqui as diferenças da e0 voltam a diminuir.

A observação da evolução da esperança de vida a partir dos 60 anos (e0) evidencia tendência para o crescimento a partir da década de 70, facto que está relacionado com a melhoria do acesso a cuidados de saúde (Gráfico 1). É entre os 60 e os 80 anos que as melhorias são mais visíveis. Depois dos 80 anos as curvas não apresentam uma evolução ascendente tão acentuada como até aqui. Os 80 anos representam um limiar de esperança de vida e como tal a ocorrência de elevada mortalidade.

Com o declínio da propensão a morrer em todas as idades acentuam-se as diferenças de género. Quando a mortalidade é muito alta as diferenças entre a mortalidade masculina e feminina são praticamente inexistentes (Gráfico 2). A linearidade das curvas menos recentes (desde 1940) traduz ausência de diferenças na propensão a morrer representado aqui pelas relações de masculinidade das probabilidades de morte. À medida que nos aproximamos da actualidade as curvas acentuam-se evidenciando uma crescente diferença de probabilidades de morrer entre homens e mulheres diferença que é máxima entre os 15 e os 45 anos. À medida que avançamos para o presente e a mortalidade baixa as diferenças entre H e M vão crescendo particularmente nos grupos centrais. Esta evidência que se traduz em menos anos expectáveis de vida para os homens resulta de mais comportamentos de risco e a uma atitude menos previdente. No essencial, quanto mais cedo ocorrer estas mortes maior é o impacto que tem na esperança de vida.

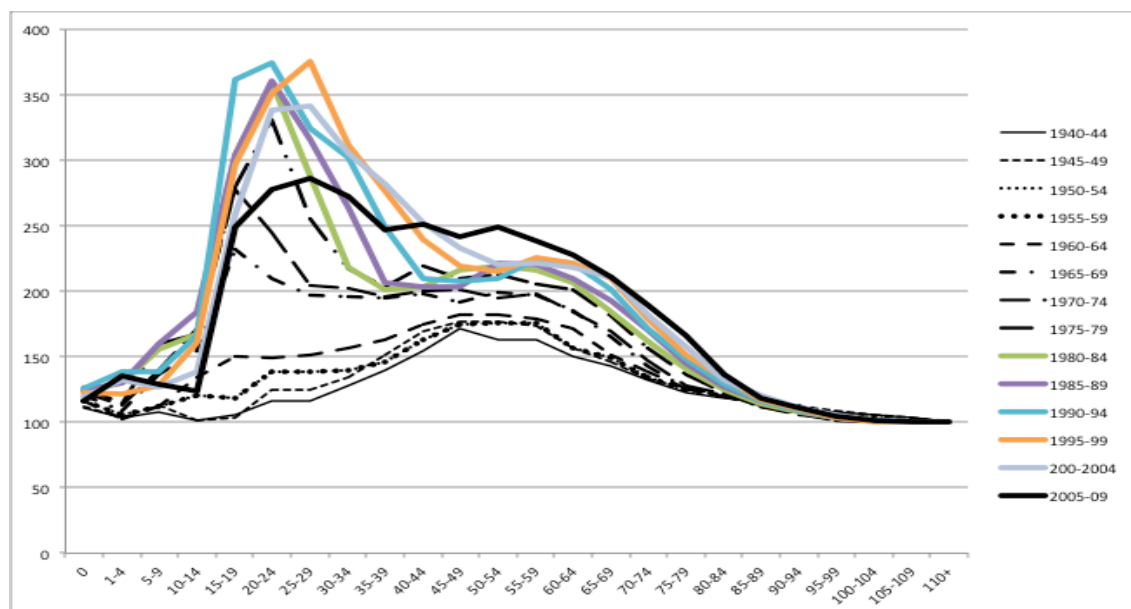
No Gráfico 3 sintetizamos a evolução da esperança de vida em várias categorias etárias (e0, e15, e35, e65, e85) para os homens e as mulheres. As diferenças de género da esperança de vida reduzem-se com a idade e são praticamente inexistentes aos 85 anos.

Em 1940, a esperança de vida à nascença ( $e_0$ ) rondava os 50 anos e já era visível uma vantagem feminina que vem desde o início do século (Gráfico 3). É a partir desta década que já não há regressão e a mortalidade não parou de baixar impulsionando o crescimento da esperança de vida e a distância que separa os homens das mulheres e que vai até à década de 90. A partir desta data observa-se uma aproximação que resulta de um crescimento mais acelerado do lado masculino ou um abrandamento do lado feminino.



Fonte: Human Mortality Database ([www.mortality.org](http://www.mortality.org))

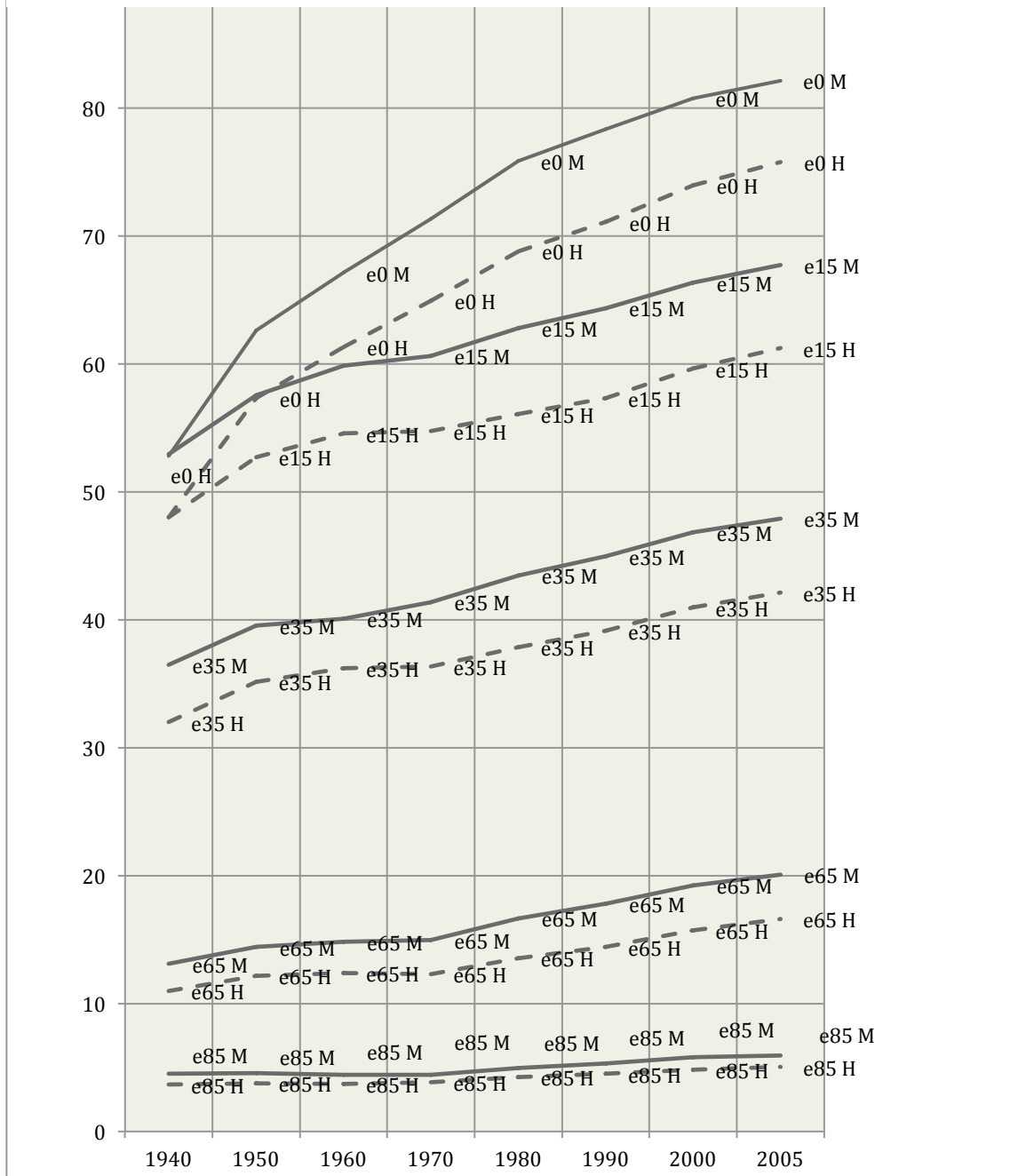
**Gráfico 1. Evolução da esperança de vida acima dos 60 anos, por escalões etários, 1940-2009.**



Fonte: Human Mortality Database ([www.mortality.org](http://www.mortality.org))

**Gráfico 2. Relações de masculinidade nas probabilidades de morte ( $n_{qx}$ ), 1940-2009. Fonte: Human Mortality database**

Fonte: Human mortality database



Fonte: Human Mortality Database ([www.mortality.org](http://www.mortality.org))

**Gráfico 3. Diferenças de género na evolução da  $e_0$ ,  $e_{15}$ ,  $e_{35}$ ,  $e_{65}$  e  $e_{85}$ , 1940-2005.**

## 2. METODOLOGIA E DESENHO DO PROJECTO

Em traços gerais este projeto de investigação pretende conhecer em profundidade como é que homens e mulheres gerem a sua saúde, de que formas contribuem para a promover e como contrariam as adversidades. Numa fase inicial foram analisados os dados do Inquérito Nacional de Saúde (INS) relativos aos indivíduos de ambos os sexos, com 50 ou mais anos, de acordo com um conjunto de variáveis previamente selecionadas, tais como: condição de saúde, utilização de cuidados de saúde e caracterização demográfica, social e económica. Esta análise quantitativa do INS foi completada, numa segunda fase pelo estudo qualitativo com base na elaboração de entrevistas em profundidade a mulheres e homens com 50 ou mais anos de idade. A seleção dos entrevistados terá em conta os resultados obtidos na análise extensiva dos dados estatísticos.

Este projeto desenvolve-se ao longo de três tarefas essenciais: i) revisão sistemática da literatura, ii) análise quantitativa dos dados do 4º INS, e iii) realização e análise de entrevistas em profundidade.

### 2.1. REVISÃO SISTEMÁTICA DE LITERATURA

Determinou-se que a revisão bibliográfica a conduzir teria como objetivo identificar e analisar as conceptualizações de género utilizadas na investigação sobre saúde na última fase da vida e respetivas (possíveis) implicações sociopolíticas, em estudos realizados no contexto Europeu.

Atualmente, a utilização do conceito de género “normalizou-se”, perdendo fronteiras, surgindo por isso na literatura científica como forma de designar diferentes realidades. Esta situação cria algum limbo conceptual entre realidades diversas, com as inerentes implicações sobre o pensar a intervenção em saúde. A presente revisão de literatura pretende, assim, partindo da identificação da posição conceptual dos autores, contribuir com uma reflexão crítica sobre estas mesmas utilizações, assim como as implicações sociopolíticas que estas potencialmente acarretam.

Optou-se por realizar uma revisão sistemática da literatura sobre os estudos originais publicados a nível europeu (incluindo a produção nacional), sobre saúde e envelhecimento nas revistas da especialidade, de acordo com uma perspetiva de género, nos últimos 5 anos (2005 – 2011).

A revisão incide sobre estudos originais que versem temáticas de saúde no período da velhice, a fim de concluir sobre as grandes áreas de intervenção e interesse até hoje exploradas. Para o efeito, a análise de género tem que constituir o objetivo principal da investigação. A revisão contempla estudos de natureza qualitativa e/ou quantitativa. A revisão inclui estudos realizados em contextos socioeconómicos Europeus, aspeto que se julga permitir salvaguardar alguma homogeneidade social, dada pela semelhança entre os sistemas de proteção social Europeus (o que incluiu o sector público da saúde), e as tendências e perfis de envelhecimento demográfico destes mesmos países.

Esta revisão bibliográfica sistemática foi efetuada a partir da pesquisa eletrónica de referências bibliográficas (Isiweb of Knowledge, Pubmed e Ebsco e B-on) referentes às ciências sociais. Na

pesquisa o seguinte conjunto de descritores “ageing”, “laterlife”, “elderly”, “gender”, “health”, “wellbeing”, foi utilizado nas suas combinações possíveis. Os critérios de seleção foram: artigos originais publicados entre 2005 e até Junho de 2011 (a pesquisa foi realizada entre Abril e Maio de 2011), escritos em língua inglesa, francesa, portuguesa ou espanhola, realizados em países europeus e relativos a populações com mais de 50 anos.

Obtivemos um número elevado de publicações a partir da pesquisa sistemática. Estes artigos foram selecionados a partir do título e periódico de publicação e tendo em consideração os critérios de seleção: língua, país de origem, tipo de artigo, data de publicação e temas abordados.

Como grande parte dos estudos encontrados, utilizavam o termo “gender”, referindo-se no entanto às diferenças de sexo e não às diferenças de género enquanto características sociais, associados a pesquisas de carácter biomédico, foram excluídos. Por outro lado grande parte da produção científica relativa às diferenças de género diz respeito a populações de países em desenvolvimento, ou de países não-europeus, como a Índia, a Indonésia e o Japão, e por isso foram também excluídos desta revisão de literatura.

Após aplicação dos critérios iniciais de exclusão e a avaliação do título por dois membros da equipa, foram selecionados 115 resumos de artigos que foram lidos por 2 membros da equipa. Parte dos artigos foram excluídos por artigos de cariz teórico e os restantes por não respeitarem os critérios de seleção (país de origem, língua, população alvo, etc.), finalmente foram escolhidos 47 artigos para leitura integral final. Por forma a tornar esta análise compreensiva, mais rigorosa e consentânea entre os 3 membros da equipa, foi construída uma *Ficha de Leitura* (Vide Ficha de Leitura em Anexo I), que inclui os principais pontos a considerar na leitura, nomeadamente a existência de uma definição do constructo social género e a sua apresentação e estudo no artigo e os motivos para o estudo do envelhecimento segundo uma bordagem de género e por último as principais conclusões e limitações dos estudos.

Selecionámos 16 artigos finais que são o objeto de estudo da revisão, e que são apresentados na tabela 2. Dos 16 artigos selecionados, mais de metade (7) foram publicados depois de 2010, o que evidencia o carácter recente das preocupações relativas à questão de género associada ao envelhecimento. Destaca-se em termos de produção os países do norte da Europa (9 em 15 artigos) e em especial o Reino Unido, que reúne nesta seleção 4 artigos. No entanto a par do Reino Unido em produção está a Espanha, com também 4 artigos.

Relativamente às características das amostras usadas nestes estudos, à exceção de 2 estudos (Džakula, A., 2007 e Arber, S., 2007) que dizem apenas respeito a populações de mulheres mais velhas, os restantes são todos de amostras de ambos os sexos. A maioria dos artigos revela o nº de participantes da amostra, e a data em que foram recolhidos os dados. Relativamente às idades, grande parte apresenta a idade mínima e a máxima dos participantes, alguns apresentam ainda a média de idades relativa a cada sexo (Kirchengast, S., 2008; Read, S., 2010; Perlman, J., 2010).

**No. Referencias Bibliográficas (por ordem alfabética)**

1	Arber, S., Hislop, J., Bote, M., & Meadows, R. (2007). Gender Roles and Women's Sleep in Mid and Later Life: a Quantitative Approach. <i>Sociological Research Online</i> , 12(5), 3.
2	Bergdahl E, Allard P, Alex L, Lundman B, Gustafson Y. (2007). Gender differences in depression among the very old. <i>Int Psychogeriatr</i> .19(6),1125-40
3	Bowling, A. (2007). Gender-specific and gender-sensitive associations with psychological health and morbidity in older age. Baseline findings from a British population survey of ageing. <i>Ageing &amp; Mental Health</i> , 11(3), 301-309.
4	Claussen, B., & Dalgard, O. S. (2009). Disability pensioning: The gender divide can be explained by occupation, income, mental distress and health. <i>Scandinavian Journal of Public Health</i> , 37, 590-597.
5	Crimmins, E., Ki Kim, J., & Solé-Auró, A. (2010). Gender differences in health: results from SHARE, ELSA and HRS. <i>European Journal of Public Health</i> , 21(1), 81-91.
6	Džakula, A., Bosanac, S. B., Brborović, O., Rukavina, T., & Vončina, L. (2007). Association of Social Roles, Health, and Health Behavior of Elderly Women in Croatia. <i>Croatian Medical Journal</i> , 48, 684-690.
7	Ferrer, A., Badía, T., Formiga, F., Almeda, J., Fernández, C., & Pujol, R. (2011). Diferencias de género en el perfil de salud de una cohorte de 85 años. Estudio Octabaix <i>Atención Primaria</i> , 43, 577-584.
8	Keene, J., & Li, X. (2005). Age and gender differences in health service utilization. <i>Journal of Public Health</i> , 27(1), 74-79.
9	Kirchengast, S., & Haslinger, B. (2008). Gender Differences in Health-Related Quality of Life Among Healthy Aged and Old-Aged Austrians: Cross-Sectional Analysis. <i>Gender Medicine</i> , 5(3), 270-278.
10	López, P. M., Fernández-Ballesteros, R., Zamarrón, M. D., & López, S. R. (2011). Anthropometric, Body Composition and Health Determinants of Active Ageing: a Gender Approach. <i>Journal of Biosocial Science</i> , 00, 1-14.
11	Meléndez, J. C., Tomás, J. M., & Navarro, E. (2011). Actividades de la vida diaria y bienestar y su relación con la edad y el género en la vejez. <i>Anales de Psicología</i> , 27(1), 164-169.
12	Perelman, J., Mateus, C., & Fernandes, A. (2010). Gender equity in treatment for cardiac heart disease in Portugal. <i>Social Science &amp; Medicine</i> , 71(1), 25-29.
13	Read, S., & Grundy, E. (2011). Mental health among older married couples: the role of gender and family life. <i>Social Psychiatry and Psychiatry Epidemiology</i> , 46, 331-341.
14	Rueda, S., & Artazcoz, L. (2009). Gender inequality in health among elderly people in a combined framework of socioeconomic position, family characteristics and social support. <i>Ageing &amp; Society</i> , 29, 625-647.
15	Sjögren, K., & Stjernberg, L. (2010). A gender perspective on factors that influence outdoor recreational physical activity among the elderly. <i>BMC Geriatrics</i> , 10(34), 1-9.
16	Suominen-Taipale, A. L., Martelin, T., Koskinen, S., Holmen, J., & Johnsen, R. (2006). Gender differences in health care use among the elderly population in areas of Norway and Finland. A cross-sectional analysis based on the HUNT study and the FINRISK Senior Survey. <i>BMC Health Services Research</i> , 6(110).

**Tabela 2. Artigos selecionados da revisão de literatura sistemática**

Em termos de representatividade apenas 6 estudos afirmam que as amostras usadas eram representativas, o que corresponde a apenas cerca de 1/3, e deixa antever as potenciais dificuldades em recrutar pessoas para a realização deste tipo de investigação, a falta de financiamentos para os mesmos e o facto de este campo ser ainda muito e recente e compreender em si questões metodológicas complexas. A dimensão das amostras dos estudos selecionados, oscila entre os 160 participantes aos 7919, o que reflete também estas dificuldades.

Na revisão verificou-se o que a literatura já analisada indica, que as metodologias quantitativas predominam no estudo das diferenças, o que vai contra os propósitos de uma análise gender mainstreaming, onde se propõe o recurso a verdadeiras metodologias mistas com utilização de métodos de carácter quantitativo, como questionários, e escalas de avaliação, entre outros, mas também o recurso a métodos qualitativos como entrevistas ou focus-groups que nos permitam aceder a uma visão mais profunda do tema contemplando uma perspetiva subjetiva de género e de cultura. Apenas 2 artigos recorrem a metodologia mista (López-Montero, p., 2001; Suominen-Taipale, A; 2006), utilizando nos seus projetos, além de questionários e avaliações biomédicas, entrevistas individuais aos participantes.

Relativamente à pertinência do assunto tratado, a influência da condição de género na saúde em envelhecimento, a maioria dos artigos apresenta explicitamente os motivos para realizar uma análise de género, isto é, para considerar e analisar de forma separada os dados em saúde de homens e mulheres, no entanto apenas 2 artigos (Bowling, A, 2007 e Arber, S., 2007) apresentam claramente qual o conceito de género subjacente à realização e interpretação dos resultados.

---

## 2.2. ANÁLISE QUANTITATIVA A PARTIR DOS DADOS DO INS (2005-2006)

Com vista a realizar uma análise de género sobre a saúde da população sénior residente em Portugal, realizou-se uma análise dos dados do Inquérito Nacional de Saúde (INS), realizado pelo Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge.

O INS é, atualmente, uma das mais relevantes fontes de informação em saúde sobre a população portuguesa, pela recolha sistemática que realiza de indicadores que caracterizam o estado de saúde, a utilização de cuidados de saúde, a qualidade de vida e as características demográficas, sociais e económicas da população residente em território nacional. Foram realizados até hoje 4 Inquéritos, em 1987, 1995/1996, 1998/1999 e mais recentemente em 2005/2006. Esta investigação incidiu os seus trabalhos na análise do último inquérito disponível (4º INS), e relativo ao período 2005/2006, por proporcionar a informação mais recente, e por ser o mais extenso a nível de recolha de informação. O questionário utilizado no 4º INS divide-se em 17 dimensões, a saber: Caracterização sociodemográfica; Informações gerais de saúde; Incapacidade temporária; Incapacidade de longa duração; Doenças crónicas; Cuidados de saúde; Consumo de medicamentos; Saúde oral; Despesas e rendimentos; Consumo de tabaco; Consumo de alimentos e bebidas; Saúde reprodutiva; Atividade física; Saúde mental; Cuidados preventivos; Qualidade de vida e; Insegurança alimentar. Destas selecionaram-se dos questionários, as variáveis que pudessem ser incluídas nas

dimensões de estudo propostas: estado de saúde; utilização de cuidados de saúde; estilos de vida; qualidade de vida e; características demográficas, sociais e económicas.

A amostra do INS é probabilística, multi-etápica (multistage cluster sample), obtida a partir de uma amostra-mãe (AM) de unidades de alojamento, destinada a servir de base de amostragem aos inquéritos realizados pelo INE, junto das famílias. A AM é selecionada a partir dos dados do Recenseamento da População e Habitação de 2001 (Censos2001), utilizando-se, também aí, um esquema de amostragem complexo. O trabalho de campo do 4º INS decorreu ao longo de 52 semanas, entre Fevereiro de 2005 e Fevereiro de 2006 em todo o território português. O 4º INS realizou entrevistas a 15.457 famílias (unidades de alojamento) das 19.950 inicialmente previstas (INE, 2009), a que correspondeu 41.193 pessoas residentes. A duração média das entrevistas foi de 64 minutos, a nível nacional. A taxa de realização das entrevistas foi de 76% a nível nacional.

Para este projeto foi apenas utilizada parte da amostra que corresponde aos indivíduos com 50+. Corresponde a um total de 16.701 respondentes que representam 40,5% da totalidade da amostra.

A análise do INS integrou uma componente descritiva e uma componente analítica. Com a primeira obtivemos a descrição do estado de saúde, da utilização de cuidados de saúde e características demográficas, sociais e económicas das mulheres e homens portugueses com mais de 50 anos, uma categorização tipológica que teve em conta as variáveis transversais a toda a análise, sexo e idade. Após aferição das diferenças mais significativas, o tratamento estatístico prosseguiu com uma análise cruzada, multifatorial, em que se procurou cruzar a informação em saúde referida de mulheres e homens com indicadores que permitissem caracterizar os atributos sociais e económicos respetivos e, assim, encontrar fatores de diferenciação social de género. Optou-se por realizar uma análise de componentes principais categorias, uma adaptação do modelo de componentes principais que permite a inclusão de variáveis qualitativas. Esta metodologia tem a designação Análise de componentes principais categorial (em inglês *Categorical Principal Components Analysis- CATPCA*).

No caso específico, a sua utilização prende-se com o facto de a base de dados em análise conter essencialmente variáveis categóricas e em grande número (havendo a necessidade de reduzir a dimensão dos dados). Assim, e uma vez que se pretendia obter perfis da população.

---

### 2.3. ANÁLISE QUALITATIVA A PARTIR DE ENTREVISTAS EM PROFUNDIDADE

Esta investigação qualitativa é baseada na realização de entrevistas do tipo semi-estruturadas, a utilização de uma entrevista do tipo semi-estrutura (por oposição a uma entrevista estruturada, ou um questionário, com questões fixas e fechadas) permite com maior probabilidade em aceder aos pontos de vista particulares do sujeito, e atingir uma maior compreensão e avaliação dos fatores em causa, Na entrevista semi-dirigida (ou semi-estruturada), o entrevistador tem previstas algumas perguntas para lançar a título de referência, é em parte diretiva (ao nível do tema, dos objetos sobre os quais se quer recolher informações) e em parte não diretiva (no interior do tema) Lessard-Hébert, Goyette & Boutin.

Para tal foi elaborado um guião inicial com áreas temáticas, tendo por base o conceito de envelhecimento ativo (OMS, 2002), apresentado em anexo (*vide* anexo II). Juntamente com o guião também se construiu um pequeno questionário de caracterização sócio-demográfica, que será aplicado aos participantes (*vide* no anexo III).

O paradigma do envelhecimento ativo, baseia-se num modelo multidimensional que integra além dos aspetos relacionados com a saúde, questões sócio-económicas, psicológicas e ambientais. O conceito de ativo refere-se a uma participação e envolvimento nas várias questões sociais, culturais, económicas, civis e espirituais e não apenas à capacidade de estar fisicamente ativo ou fazer parte da força de trabalho. Esta abordagem, emerge de um posicionamento que enfatiza e apoia a responsabilidade das pessoas mais velhas no exercício da participação nos vários aspetos que caracterizam o envelhecimento e o quotidiano e requer ações ao nível de 3 pilares básicos: a saúde; a segurança e a participação social. A saúde diz respeito não só à condição física e doenças diagnosticadas, mas também à perceção subjetiva do estado de saúde. A segurança diz respeito às condições físicas na qual o individuo se insere, os espaços urbanos e habitacionais, mas também ao ambiente social, à presença de espaços privados e clima social adequados. Relativamente à participação social, ela reflete as ligações do individuo não só com os seus familiares e pares, mas com os diferentes subsistemas institucionais, e a comunidade. O paradigma do envelhecimento ativo, pressupõe também a consideração do envelhecimento como um processo que se dá ao longo da vida do individuo, de uma perspetiva do ciclo de vida, a velhice não é um processo homogéneo, e a diversidade individual aumenta com a idade. Por isso considerámos 3 áreas-chave no desenho do guião: Saúde; segurança e participação social. Estas três áreas, refletem as linhas de ação do individuo, nas quais se geram comportamentos e atitudes face ao processo de envelhecimento. Dentro de cada tema geral definimos ainda subtemas, que corresponderam posteriormente às categorias de análise das entrevistas individuais.

Com a utilização deste guião, não se pretendeu tornar esta entrevista rígida ou estruturada, pelo contrário, a principal atenção foi criar um espaço de partilha, onde foi dada liberdade aos entrevistados para relatar as suas vivências e contribuir com as suas opiniões. Para isso as questões colocadas eram perguntas abertas e foram formuladas à medida que a conversa se ia desenrolando, permitindo explorar os temas de forma mais aprofundada e individualizada. No início da entrevista aproveitou-se a oportunidade para explicar os objetivos da mesma e apresentar o próprio entrevistador e as instituições envolvidas no projeto, para depois iniciar a entrevista com perguntas abertas e mais generalizadas, neste caso sobre o percurso de vida do entrevistado, “na entrevista não diretiva (...), o investigador deve encorajar a livre expressão do sujeito através de uma escuta não só atenta (traduzida por sinais verbais e atitudes corporais) mas também ativa: “é muitas vezes aconselhável iniciar uma entrevista por uma questão aberta que estimule a espontaneidade do entrevistado e deixar as questões fechadas (idade, profissão, etc...) para a fase final da entrevista. A reformulação que consiste numa simples retoma do discurso pelo entrevistador, é, também, uma técnica a aplicar” (Partois e Desmet, 1988, p.132 in, Lessard-Hébert, Goyette & Boutin 2008, p. 163).

O guião inicial foi também reformulado acompanhando a realização das entrevistas, e as análises dos resultados obtidos, que levantaram novas áreas de interesse a explorar e hipóteses alternativas à sua exploração, num verdadeiro exercício de “profundidade” e numa metodologia que é qualitativa e pretende captar a complexidade subjetiva dos seus intervenientes. Os dados foram

recolhidos para se obter uma compreensão aprofundada do problema, em alguns temas foi atingida a saturação ou redundância dos conteúdos entre as entrevistas mesmo tratando-se de um conjunto reduzido de participantes.

---

### 2.3.1. OS SUJEITOS ENTREVISTADOS

A amostra constituída para este estudo teve em consideração a necessidade de ser o mais ampla e variada possível dentro da faixa etária da população dos mais de 60 anos. Foram entrevistados 24 pessoas com idades compreendidas entre os 64 anos e os 91 anos, 14 mulheres e 10 homens com características sociodemográficas diversificadas, no que diz respeito á idade, escolaridade, local de residência, tipo de família, profissão exercida, estado civil, e rendimento auferido. Esta escolha de participantes não teve preocupações de representatividade de tipo estatística, mas sim de variedade social e individual. Os participantes nestas entrevistas foram recrutados por conveniência em instituições de localidades próximas do centro de investigação ou de locais de residência dos mesmos, bem como através terceiros que nos forneceram contactos importantes. A amostra foi recolhida em vários pontos do país, refletindo o carácter exploratório da mesma, o que permitiu obter participantes com percursos de vida diversificados.

Os entrevistados participaram voluntariamente no estudo, sem receberem nenhum tipo de compensação ou incentivo. Os contactos foram realizados por marcação telefónica ou por intermediários independentes da equipa de investigação. As entrevistas foram realizadas a sua maioria na habitação dos participantes ou em alguns casos nas instituições de acolhimento (4) e excepcionalmente 3 foram realizadas em espaços públicos. As entrevistas tiveram a duração mínima de 26 minutos de 71 minutos numa média de 46,6ms. Todas as entrevistas foram gravadas em sistema áudio apropriado, e foi pedida a permissão aos participantes para utilização dos dados à posteriori com o intuito de facilitar o processo de análise recorrendo às transcrições das mesmas, e houve também o cuidado de explicar quais os fins e a utilização que ia ser dada este material e quem iria manuseá-lo.

A utilização de meios de gravação externos, não constituí em si um entrave à partilha das experiências relatadas pelos participantes, apenas sendo reforçada o carácter anónimo das conversas quando surgiam receios durante as conversas em temas mais íntimos ou que referiam terceiros. Foi salvaguardada a identidade dos participantes nas entrevistas. As conversas foram posteriormente transcritas por colaboradores não diretamente envolvidos na pesquisa, pelo que foram asseguradas as condições do anonimato.

Após a leitura das entrevistas, foram definidos 6 eixos de análise de conteúdo categorial (Guerra, 2006): conceções pessoais de saúde e doença; perspetivas de envelhecimento; procura de cuidados em saúde; utilização dos serviços de saúde; comportamentos saudáveis e estilos de vida; género e saúde

Homens							
Nº da Entrevista	Localidade	Idade	Escolaridade	Rendimentos	Com Quem Vive	Estado De Saúde	Última Atividade Profissional
1	Lisboa	69	Intermédio	1001€ a 2000€	Cônjuge	Bom	Funcionário público
3	Mafra	91	Intermédio	501€ a 1000€	Sozinho / acompanhante sozinho	Razoável	Marinha mercante
4	Mafra	70	Baixo	501€ a 1000€		bom	pescador de alto mar
5	Mafra	67	baixo	501€ a 1000€	Cônjuge e filha	Bom	pescador / cozinheiro
6	Mafra	85	intermédio	1001€ a 2000€	cônjuge	Bom	funcionário público
11	Sabugal	81	baixo	N/R	Cônjuge	Razoável	Funcionário público
12	Sabugal	68	baixo	N/R	Cônjuge	Bom	vendedor/distribuidor
13	Lisboa	70	superior	N/R	Cônjuge	Bom	Professor universitário
15	Vila Viçosa	78	superior	1001€ a 2000€	cônjuge	Bom	bancário
19	Lisboa	73	intermédio	1001€ a 2000€	Cônjuge	n/a	vendedor/distribuidor

**Tabela 3. Participantes masculinos no estudo**

Mulheres							
Nº da Entrevista	Localidade	Idade	Escolaridade	Rendimentos	Com Quem Vive	Estado De Saúde	Última Atividade Profissional
2	Lisboa	67	intermédio	501€ a 1000€	sozinha	muito bom	hospedeira de bordo
7	Mafra	78	iletrado/a	até 500€	Neto e filha	Razoável	peixeira/vendedora
8	Mafra	82	baixo	501€ a 1000€	sozinha	Razoável	dona de casa
9	Lisboa	69	superior	1001€ a 2000€	sozinha	Razoável	funcionário público
10	Sabugal	88	iletrado/a	N/R	sozinha	Bom	dona de casa
14	Lisboa	79	superior	N/R	Irmã	Razoável	Médica
16	Alentejo	79	baixo	até 500€	sozinha	Razoável	funcionária das limpezas
17	Lisboa	78	iletrado/a	até 500€	filhos	bom	actividade agrícola
18	Lisboa	64	superior	Acima de 2000€	mãe	Bom	Professora
20	Lisboa	90	baixo	até 500€	sozinha	muito mau	modista
21	Lisboa	68	intermédio	até 500€	sozinha	muito mau	ajudante de cozinheira
22	Lisboa	89	baixo	até 500€	sozinha / acompanhante	mau	dona de casa
23	Lisboa	87	baixo	1001€-2000€	Neto e filha	Razoável	modista
24	Mafra	78	superior	Acima de 2000€	sozinha	Razoável	professora primária

**Tabela 4. Participantes femininos no estudo**

### 4. A POPULAÇÃO PORTUGUESA 50+ INQUIRIDA NO INS 2005-06

Tal como foi referido no capítulo anterior a nossa amostra da população 50+ do último inquérito de saúde (INS) realizado em Portugal envolve 16 701 indivíduos.

A fonte dos dados para o presente estudo foi o 4º Inquérito Nacional de Saúde realizado em 2005-2006<sup>1</sup>. O INS é um inquérito geral de saúde realizado periodicamente à população portuguesa. O 4º INS, realizado em parceria pelo INSA e INE, com a colaboração da DGS, abrange pela primeira vez a população das Regiões Autónomas dos Açores e da Madeira (Ministério da Saúde, 2007).

A amostra do INS é probabilística, multi-etápica (*multistage cluster sample*), obtida a partir de uma amostra-mãe (AM) de unidades de alojamento, destinada a servir de base de amostragem aos inquéritos realizados pelo INE, junto das famílias. A AM é seleccionada a partir dos dados do Recenseamento da População e Habitação de 2001 (Censos2001), utilizando-se, também aí, um esquema de amostragem complexo. Em cada uma das regiões NUTS II, as áreas seleccionadas foram distribuídas de forma uniforme, por trimestre e por semana, de modo a minimizar os efeitos sazonais nos resultados do inquérito.

O trabalho de campo do 4º INS decorreu ao longo de 52 semanas, entre Fevereiro de 2005 e Fevereiro de 2006 em todo o território português.

O 4º INS abrange diversas áreas temáticas, algumas pela primeira vez (saúde mental, cuidados preventivos, qualidade de vida, insegurança alimentar) e outras com remodelação do seu conteúdo. São as seguintes, as áreas abordadas ao longo das 52 semanas de inquirição:

- 1) Caracterização sócio-demográfica;
- 2) informações gerais de saúde;
- 3) incapacidade temporária;
- 4) doenças crónicas;
- 5) cuidados de saúde;
- 6) consumo de medicamentos;
- 7) despesas e rendimentos;
- 8) consumo de tabaco;
- 9) consumo de alimentos e bebidas;
- 10) saúde reprodutiva e planeamento familiar;
- 11) saúde mental.

Seis áreas de inquirição, foram aplicadas apenas num dos quatro trimestres de trabalho de campo:

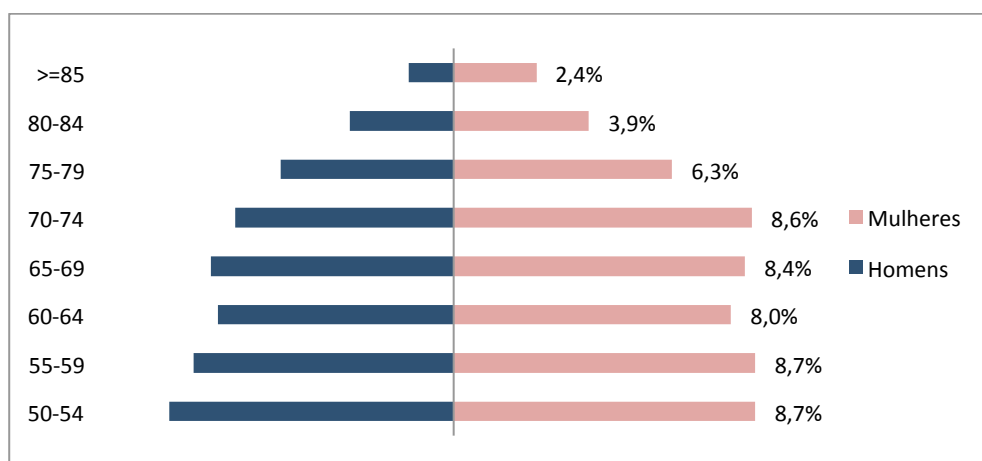
- 1) Incapacidade de longa duração;
- 2) saúde oral;
- 3) actividade física;
- 4) cuidados preventivos;
- 5) qualidade de vida;
- 6) insegurança alimentar.

A recolha dos dados do 4º INS foi efetuada através de entrevistas directas realizadas por entrevistadores treinados em técnicas gerais de entrevista, a quem foi ministrada formação específica para as temáticas específicas do 4ºINS. As entrevistas decorreram com o apoio de microcomputador nas unidades de alojamento seleccionadas. Foram colhidos dados relativos a cada um dos residentes nas unidades de alojamento e foi aceite informação fornecida por um informador privilegiado (proxy).

#### 4.1. CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DA POPULAÇÃO 50+ DO INS 2005-06)

A população do estudo com 50+ evidencia as características da população portuguesa em geral com as desvantagens geracionais que decorrem da evolução política e social que marcou as últimas décadas.

A estrutura etária é característica e regular, isto é apresenta assimetria de género pelo facto de termos mais mulheres nos patamares etários superiores. A sobremortalidade masculina observa-se nas categorias etárias mais preenchidas do lado feminino, do que do masculino. As mulheres representam 55% da população estudada.



**Gráfico 4. Pirâmide etária da amostra estudada por sexo. Fonte: Dados do INS (05/06) trabalhados pelos autores**

A conjugalidade é uma variável importante enquanto fator de suporte na adversidade do processo de envelhecimento. No que respeita á situação familiar 84% dos homens e 60,6% das mulheres vivem conjugalmente. Estes dados vêm confirmar a tendência já observada de que os “homens envelhecem tendencialmente acompanhados e as mulheres envelhecem sós” (GAYMU et al, 2008). Esta tendência é também reforçada pelos dados obtidos nos Censos da população portuguesa. Observando a mesma variável a partir dos que afirmam não viver em conjugalidades são as mulheres que estão em maior proporção, representando 74,9% do total dos indivíduos. Por isso em todas as idades encontramos mais mulheres sós e a diferença vai-se acentuando com a idade, facto que é explicado pela sobremortalidade masculina. Acima dos 85 anos, as mulheres que afirmam não viver conjugalmente correspondem a 86,9% do total espelhando bem a tendência descrita.

A percentagem de indivíduos que não vive conjugalmente com alguém aumenta com idade, isto é, a proporção de indivíduos que vive só é superior nas faixas etárias mais avançadas (16,9% entre os 50 e os 55 para 72,4% acima dos 85 anos de idade).

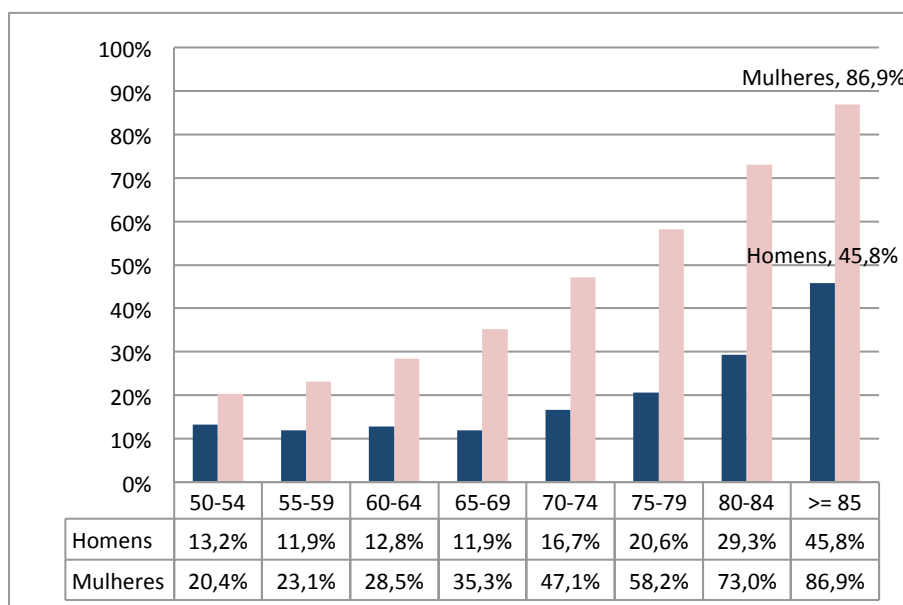
		<b>Total</b>	<b>Homen</b>	<b>Mulher</b>
		%	%	%
N	16.701		45,1%	55,0%
Estado Civil	Casado/a	70,80%	83,50%	60,40%
	Solteiro/a	5,90%	4,90%	6,70%
	Divorciado/a	4,30%	3,80%	4,70%
	Viúvo/a	19,00%	7,80%	28,20%
Escolaridade	< 5 anos	80,20%	76,40%	83,40%
	5-6 anos	4,00%	5,00%	3,20%
	7-9 anos	6,60%	8,20%	5,40%
	10-12 anos	4,20%	5,10%	3,50%
	>12 anos	4,90%	5,30%	4,50%
Conjugalidade*		28,90%	16,00%	39,40%
Rendimento	(<500€)	35%	29,80%	17,40%
	(>1500€)	15,60%	39,30%	14,10%

\* - indivíduos que afirmam não estar numa relação conjugal

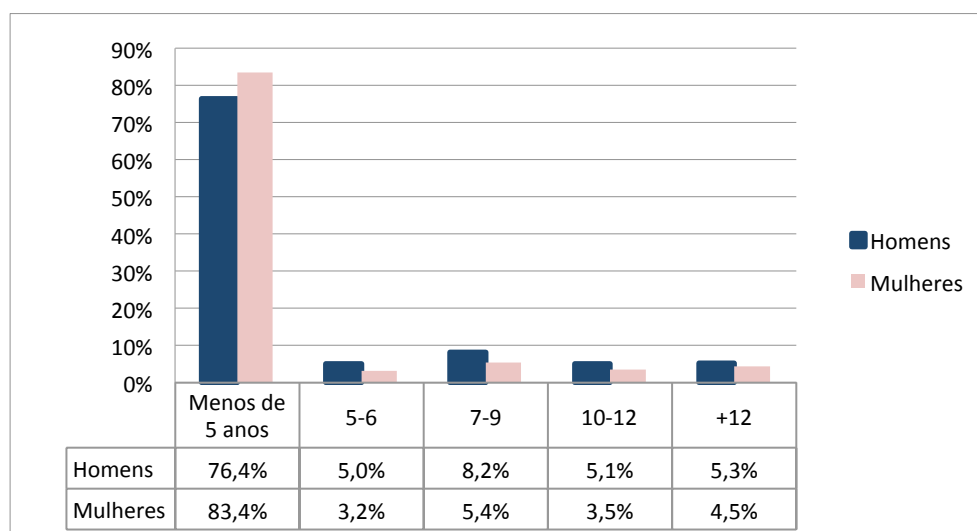
**Tabela 5. Tabela síntese das características sócio-demográficas da amostra do estudo. INS (05/06)**

A caracterização do capital escolar da população 50+ anos reflete a estrutura da população em geral: 80,2% da amostra tem menos de 5 anos de escolaridade realizados com aproveitamento. E destes a categoria mais representada são as mulheres (83,4%). A percentagem dos que têm mais de 12 anos de escolaridade com aproveitamento é de 4,9% relativamente às restantes categorias.

Estes dados estão de acordo com os resultados obtidos noutros inquéritos nacionais, isto é, são as mulheres mais velhas quem apresenta menores níveis de escolaridade.



**Gráfico 5. Percentagem de pessoas que afirmam não viver conjugalmente com alguém por sexo e faixa etária. Portugal. Fonte: Dados do INS (05/06) trabalhados pelos autores**



**Gráfico 6. Nº de anos escolares completados com sucesso por sexo, INS (05-06)**

Relativamente à categoria profissional, as 9 categorias iniciais do INS foram agrupados em 6 categorias pelos autores, estas são: 1. Quadros Superiores da Administração Pública, Dirigentes e Especialistas de Profissões Intelectuais e Científicas; 2. Técnicas e Profissionais de Nível Intermédio; 3. Pessoal dos Serviços e Vendedores; 4. Agricultores e Trabalhadores Qualificados da agricultura e Pescas; 5. Operários, Artífices e Trabalhadores similares E Operadores de Instalações e Máquinas e Trabalhadores de Montagem; 6. Trabalhadores não Qualificados; 7. Militares de Profissão.

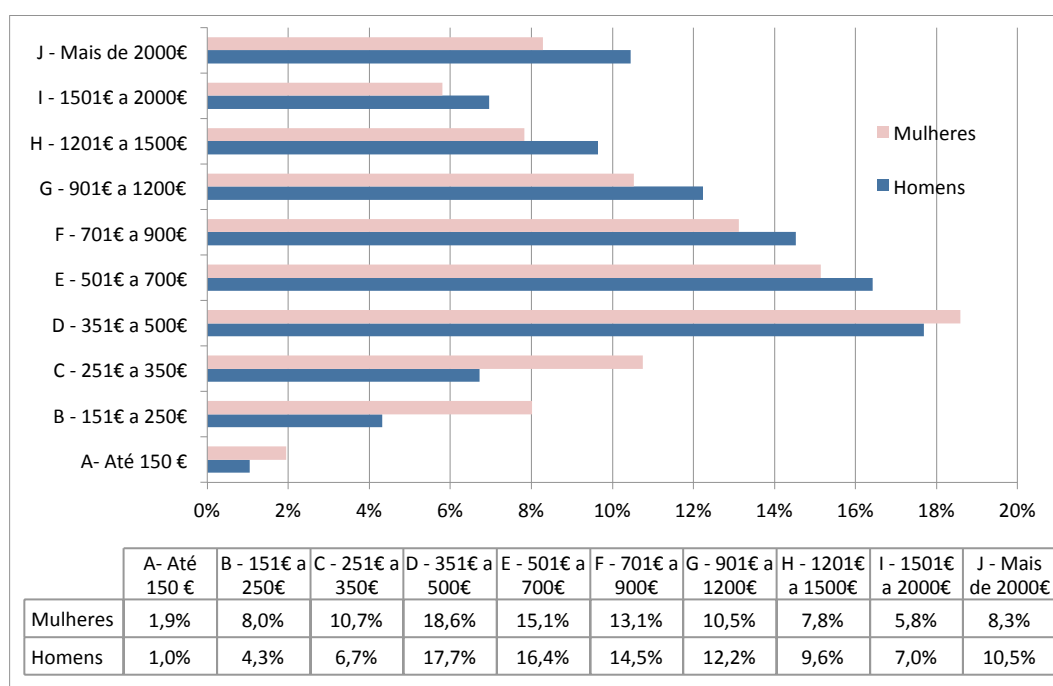
As categorias mais representadas são 4 “Agricultores e Trabalhadores Qualificados da agricultura e Pescas” e 5 “Operários, Artífices e Trabalhadores similares E Operadores de Instalações e Máquinas e Trabalhadores de Montagem” Em termos de distribuição por sexo as diferenças mais significativas nesta população verificam-se ao nível da proporção de 6 - “Trabalhadores não Qualificados” que é

significativamente superior para as mulheres (24,85% e 9% dos homens) e inversamente uma maior proporção de homens nas categorias 5 - “Operadores de Instalações e Máquinas e Trabalhadores de Montagem e Operários, Artífices e Trabalhadores similares” e 1 - “Quadros Superiores da Administração Pública, Dirigentes e...”. (Tabela 6)

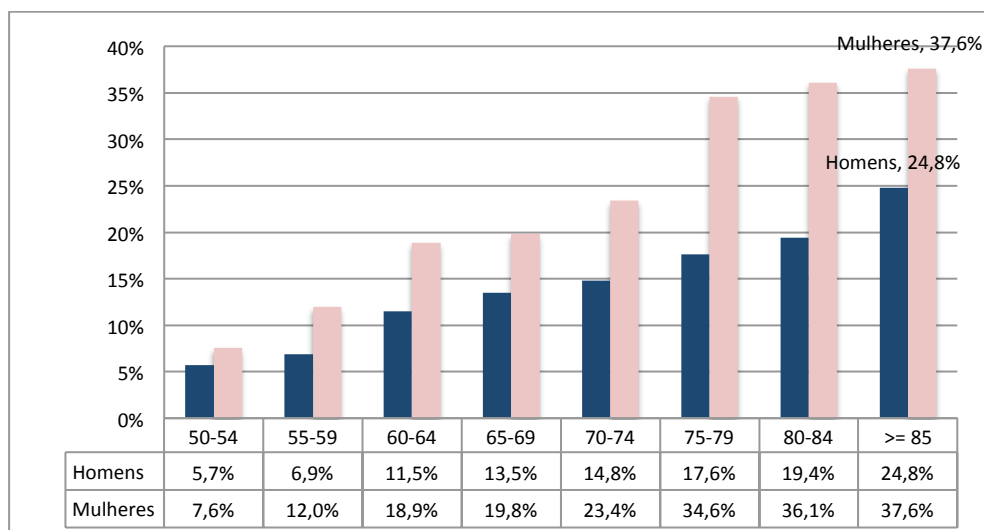
Categorias Profissionais	1	2	3	4	5	6	7
Homens	13,27%	13,28%	7,84%	22,73%	33,48%	9,00%	0,40%
Mulheres	8,78%	12,00%	12,35%	25,27%	16,75%	24,85%	0,00%
Total	11,10%	12,60%	9,90%	23,90%	25,70%	16,40%	0,20%

**Tabela 6. Categorias profissionais da população inquirida com 50 e mais anos, por sexo e total**

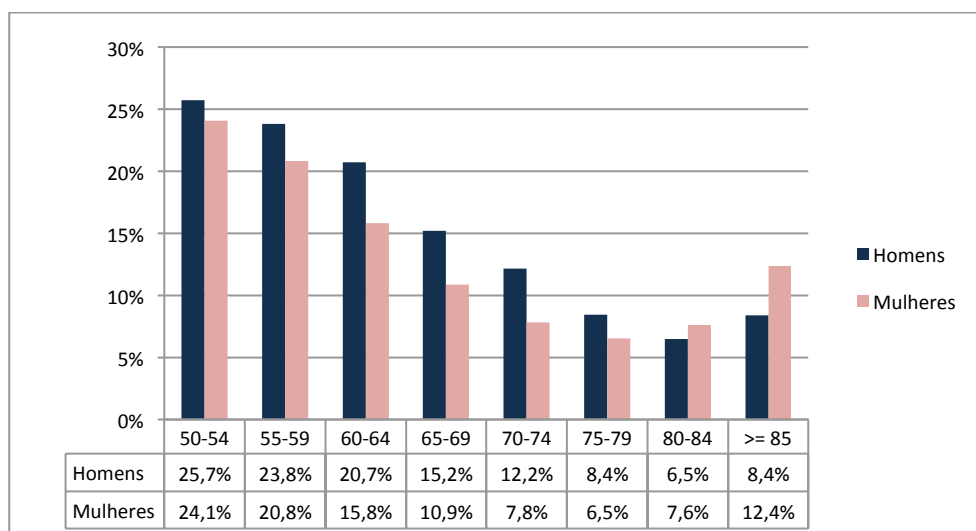
No que diz respeito aos rendimentos familiares a proporção mais elevada de sujeitos, indica um rendimento total mensal entre os 351€-500€ (18,2%), isto é, grande parte dos indivíduos situa-se nas categorias médias de rendimento, em oposição aos extremos. Aproximadamente 10% das mulheres inquiridas refere ter rendimentos até 250 euros contra aproximadamente 5% dos homens.



**Gráfico 7. Escalões do rendimento mensal bruto do agregado familiar por sexo. Portugal. Fonte: INS (05/06)**



**Gráfico 8. Percentagem de indivíduos por sexo e idade cujo agregado familiar auferiu até 500€ de rendimento bruto mensal. Portugal (05/06)**



**Gráfico 9. Percentagem de indivíduos cujo rendimento bruto mensal do agregado familiar é acima dos 1501€ por sexo e grupo e grupo etário. Portugal INS (05/06)**

A análise das condições económicas dos agregados familiares é deficiente em informação detalhada sobre os rendimentos em função do género. Os resultados permitem apenas avaliar tendências relativas aos agregados familiares que, na maioria dos casos, se refere a uniões conjugais. Iremos assim apresentar uma análise comparada de rendimentos relativos a agregados familiares reportada pelos entrevistados.

As condições materiais são mais favoráveis aos homens do que às mulheres. Existe maior proporção de homens que indica ter rendimentos mais elevados e o oposto verifica-se para as mulheres. Os agregados familiares das mulheres têm rendimentos brutos mensais mais baixos, em maior número. As mulheres com mais idade estão em maior percentagem nos escalões de menor rendimento (até 350€ de rendimento mensal do agregado familiar) à exceção do grupo etário acima dos 85 anos, onde é maior o número de mulheres neste escalão. Estes resultados evidenciam ser o

grupo dos mais velhos o mais vulnerável à pobreza e, dentro deste, o grupo das mulheres (BASTOS *et al.*, 2009).

Relativamente à profissão exercida, atualmente ou no passado, a maioria dos entrevistados são ou eram “Agricultores e Trabalhadores qualificados da Agricultura”(23,9%), “Operários, Artífices e trabalhadores similares”(17,8%) e “Trabalhadores não qualificados”(16,4%). Os restantes estão distribuídos por “Quadros Superiores e Dirigentes” (6,7%), “Profissões Intelectuais e científicas” (4,4%), “Técnicos e profissionais intermédios” (5,5%), “Administrativos” (7,1%) e “Serviços” (9,9%).

Esta distribuição corresponde à que encontramos para os níveis de escolaridade e para o rendimento, isto é, a amostra do inquérito é predominantemente constituída por indivíduos dos grupos sociais com menos recursos escolares e económicos. Sabemos que, na sociedade portuguesa, as gerações mais velhas, apresentam baixos níveis de escolaridade e estão ainda em grande número ligadas à agricultura facto que se reflecte nesta amostra representativa da população portuguesa.

Em termos de distribuição por sexo as diferenças mais significativas nesta população verificam-se ao nível da proporção de “Trabalhadores não Qualificados” que é significativamente superior para as mulheres (24,85% e 9% dos homens) e inversamente uma maior proporção de homens nas categorias “Operadores de Instalações e Máquinas e Trabalhadores de Montagem”, “Operários, Artífices e Trabalhadores similares” e “Quadros Superiores da Administração Pública, Dirigentes e outros”.

## 4.2. CONDIÇÕES DE SAÚDE

Este capítulo relativo às condições de saúde é baseado em vários dos indicadores do INS relativos a doenças crónicas e avaliação subjetiva do estado de saúde. No inquérito de saúde a indicação das doenças é autoreportada, ou seja, até ao último inquérito não era realizada avaliação do estado de saúde.

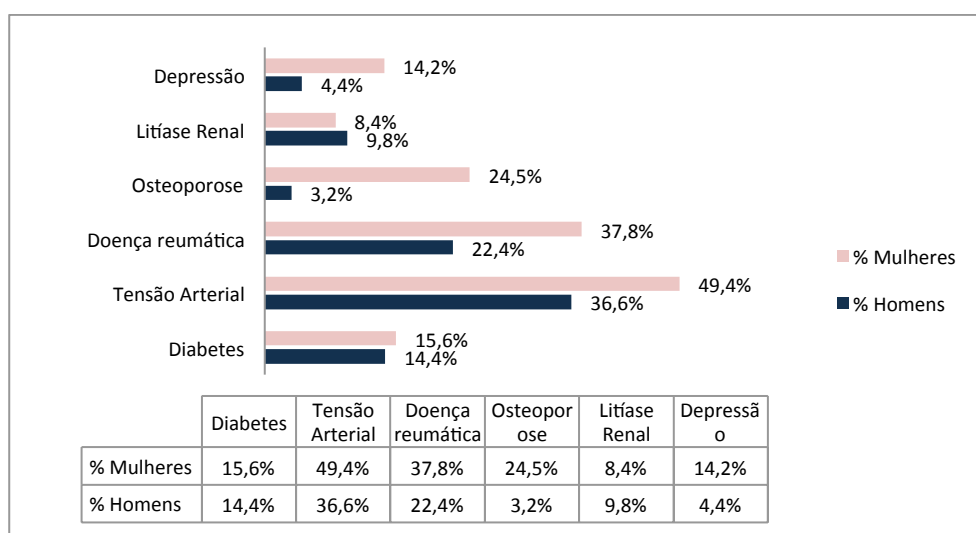
		Total	Homens	Mulheres
MHI	Sofrimento Psicológico	35,8%	23,1%	44,7%
Comorbilidade	S/doenças	19,0%	25,2%	13,9%
	1 doença	26,3%	30,2%	23,1%
	2 doenças	22,9%	21,6%	24,0%
	≥ 3 doenças	31,8%	23,0%	39,1%
	Saúde subjetiva	Muito boa/Boa	21,3%	28,6%
	Razoável	47,1%	46,7%	47,4%
	Mau/muito mau	31,7%	24,7%	36,5%
	Acamado	1,90%	1,70%	2,00%
Doenças crónicas	Diabetes	15,1%	14,4%	15,6%

	Hipertensão	43,6%	36,6%	49,4%
	Reumático	30,9%	22,4%	37,8%
	Osteoporose	14,8%	3,2%	24,5%
	Litíase Renal	9,1%	9,8%	8,4%
	depressão	9,8%	4,4%	14,2%
Periodicidade de consultas	Nenhuma consulta	36,0%	41,8%	31,1%
	1 a 3 consultas	55,9%	51,1%	59,9%
	4 ou + consultas	8,1%	7,1%	9,0%

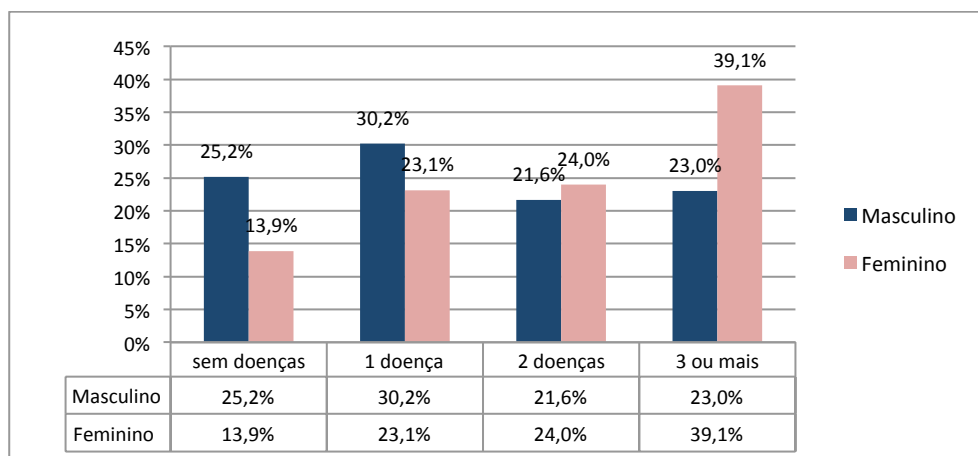
**Tabela 7. Tabela síntese dos resultados obtidos em termos de condições de saúde para homens e mulheres, INS (05/06)**

Relativamente às doenças crónicas, das 17 doenças referidas no inquérito, as mais prevalentes nesta faixa etária (50 ou mais anos), são a diabetes, a tensão arterial, a doença reumática, a osteoporose e a litíase renal, destacando-se a tensão arterial elevada como a condição crónica mais comum. Existem algumas diferenças relativas à distribuição entre os sexos para estas doenças, nomeadamente a litíase renal (*"pedras nos rins"*), tem uma prevalência superior nos homens, e para as restantes doenças são as mulheres que apresentam maior nº de casos diagnosticados (Gráf.10).

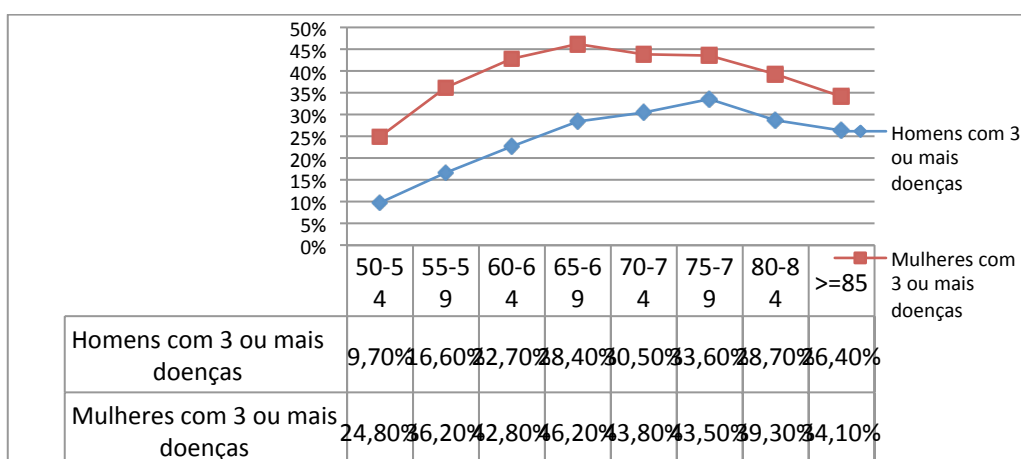
Quando observamos a variação da prevalência das comorbilidades ao longo da idade (Gráfico 12) podemos verificar que as curvas têm os seus valores mais altos nos grupos etários do centro, isto é, a prevalência em proporção de doenças crónicas diagnosticada é mais baixa nos grupos etários inferiores e superiores com diferenças na evolução entre homens e mulheres. Os homens evidenciam menos doenças crónicas em todas as idades e é aos 75-79 anos que atinge o valor mais alto. As mulheres não só têm mais doença crónica como é mais cedo que apresentam o valor máximo.



**Gráfico 10. Taxa de prevalência das doenças mais comuns na população com mais de 50 anos, por sexo. Portugal. INS (05/06)**

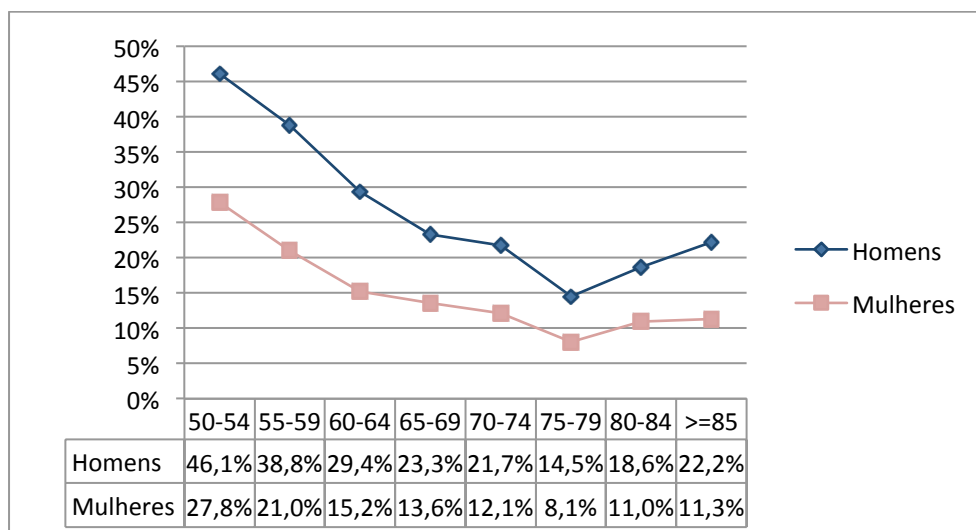


**Gráfico 11. Percentagem de pessoas por nº de doenças (comorbilidade) e sexo. Portugal. INS (05/06)**



**Gráfico 12. Distribuição da percentagem do nº de homens e mulheres com mais de 50 anos com 3 ou mais doenças e sem doenças, por faixa etária. Portugal. INS (05/06)**

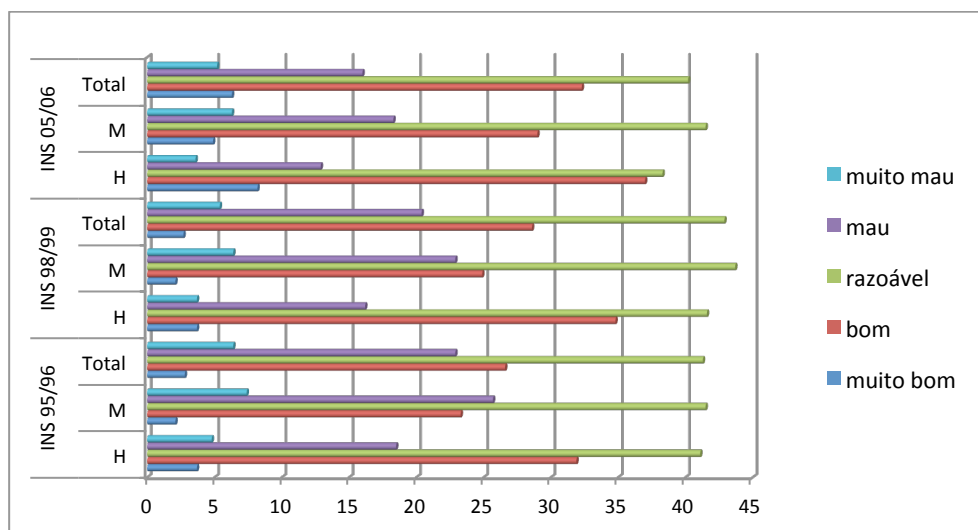
São as mulheres idosas que apresentam – de uma forma geral – resultados mais desfavoráveis de avaliação do estado de saúde. O indicador privilegiado de avaliação do estado de saúde, é o do *estado de saúde auto-reportado*. Este indicador, relativo ao estado de saúde da população, é utilizado para avaliar a saúde de uma população apesar de ser um indicador relativamente sensível. Consta dos inquéritos de saúde internacionais e permite comparações entre países. Indica a avaliação subjetiva do estado saúde.



**Gráfico 13. Avaliação do estado de saúde como Muito boa ou Boa, por sexo e faixa etária. Portugal. INS (05/06)**

As mulheres têm uma avaliação mais negativa da sua saúde, mais de 83,9% das mulheres inquiridas, avaliam a sua saúde como razoável, má ou muito má em comparação com 71,4% de homens que afirmam o mesmo (Gráfico 13). Podemos também constatar que para homens e mulheres a avaliação do estado de saúde vai diminuindo com a idade, e que nos patamares etários mais avançados há um ligeiro aumento do número de pessoas que referem uma avaliação positiva do seu estado de saúde. Esta inflexão ocorre na idade 75-79 anos para ambos os sexos. Esta tendência é verificada noutros indicadores e reforça a nossa afirmação de que esta é uma idade charneira no processo de envelhecimento. O aumento do número relativo dos que se afirmam em boa saúde pode ter duas razões: por um lado trata-se de sobreviventes que ultrapassarem um limiar em que a mortalidade é elevada; por outro lado corresponde a uma categoria de indivíduos que se ajeitou ao seu envelhecimento, isto é, processa-se uma espécie de adaptação psicológica à redução de funcionalidade que decorre do envelhecimento. Podemos dizer que se assumem como velhos?

Pode também ser feita uma análise comparativa dos resultados obtidos para este indicador nos 3 últimos Inquéritos realizados. Globalmente tanto nos homens como nas mulheres parece registar-se um crescimento positivo da auto-avaliação do estado de saúde. Mesmo assim é o grupo das mulheres que tende a considerar o seu estado de saúde de forma positiva em menor percentagem do que os homens, e pelo contrário em maior percentagem de forma negativa. No que respeita à idade os resultados dos INS revelam que a percentagem de pessoas com auto-percepção positiva do seu estado de saúde diminui à medida que a idade avança, e a percentagem de pessoas com auto-percepção negativa é mais frequentemente referida à medida que avançamos nos escalões etários (Vintém, 2008).



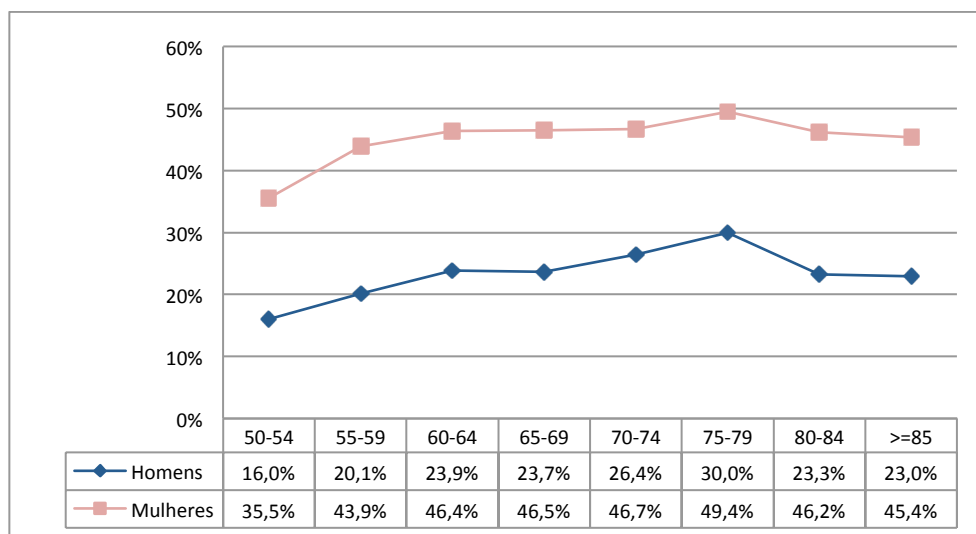
**Gráfico 14. Avaliação do estado de saúde por sexo, nos 3 inquéritos nacionais realizados In: Vintém, 2008**

São também as mulheres que apresentam maior sofrimento psicológico. Os níveis de sofrimento psicológico aumentam ao longo da idade, exceto nas categorias etárias mais velhas onde podemos verificar uma diminuição destes valores com uma ligeira melhoria. Voltamos a encontrar a idade charneira já anteriormente observada e este indicador reforça o que referimos relativamente ao anterior.

		Total	Homens	Mulheres
MHI	Sufrimento Psicológico	35,8%	23,1%	44,7%
Co-morbilidades	S/doenças	19,0%	25,2%	13,9%
	1 doença	26,3%	30,2%	23,1%
	2 doenças	22,9%	21,6%	24,0%
	≥ 3 doenças	31,8%	23,0%	39,1%
Saúde subjetiva	Muito boa/Boa	21,3%	28,6%	16,1%
	Razoável	47,1%	46,7%	47,4%
	Mau/muito mau	31,7%	24,7%	36,5%
Porcentagem de acamados permanentes		1,90%	1,70%	2,00%
Doenças crónicas	Diabetes mellitus	15,1%	14,4%	15,6%
	Hipertensão arterial	43,6%	36,6%	49,4%
	Doenças Reumáticas	30,9%	22,4%	37,8%
	Osteoporose	14,8%	3,2%	24,5%
	Litíase Renal	9,1%	9,8%	8,4%

Depressão	9,8%	4,4%	14,2%
-----------	------	------	-------

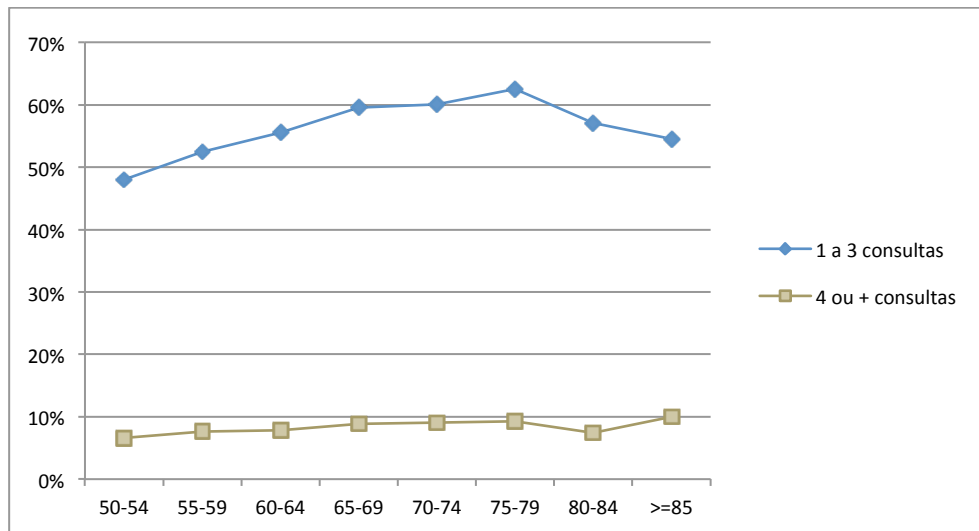
**Tabela 8. Caracterização da população estudada, relativamente ao estado de saúde. INS (05/06)**



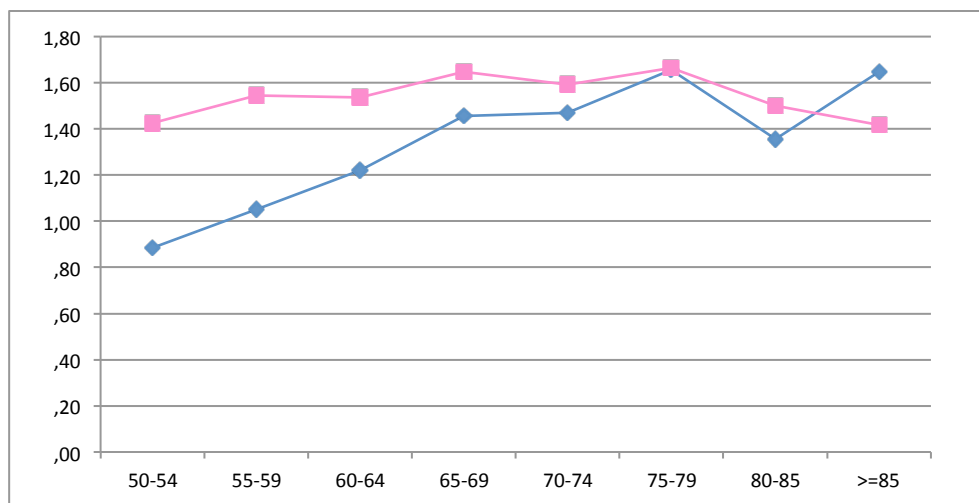
**Gráfico 15. Distribuição dos homens e mulheres com sofrimento psicológico, por faixa etária. Portugal. INS (05/06)**

#### 4.3. UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

Os homens utilizam menos os serviços de saúde, são as mulheres que vão mais ao médico em todas as faixas etárias estudadas. Por outro lado a variação do número de consultas médicas por grupos etários, mostra que a proporção de indivíduos que afirmam não ter ido a nenhuma consulta, vai diminuindo à medida que avançamos para os grupos etários mais avançados, tendência apenas invertida para os mais idosos, que mostram novamente recorrer a menos consultas médicas.



**Gráfico 16. Distribuição da percentagem de indivíduos que recorreram consultas médicas nos últimos 3 meses. Portugal. INS (05/06)**



**Gráfico 17. Média de consultas por sexo, INS (05/06)**

#### 4.4. PRÁTICAS EM SAÚDE

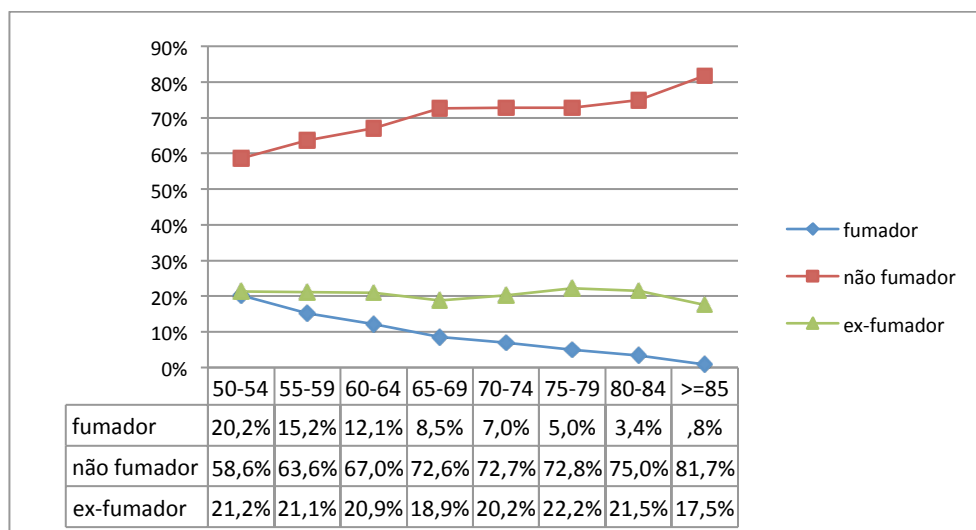
As práticas de saúde representam importantes determinante de saúde. Práticas salutogénicas como a prática de exercício físico, ou o consumo de alimentos saudáveis são características mais femininas? Práticas não salutogénicas como consumo de álcool e tabaco são masculinas? Os indicadores que seleccionámos indicam a tendência de que as mulheres apresentam práticas mais salutogénicas apesar de serem menos saudáveis do que os homens. Indicadores como escovagem dos dentes, consumo de fruta, consumo de leite/iogurtes ou o número de refeições diárias, indicam a mesma tendência: encontramos sempre proporções de mulheres superiores com práticas consideradas salutogénicas.

		Homens	Mulheres
Nº de escovagens dos dentes	uma vez ao dia	40,20%	29,20%
	duas vezes ao dia	39,70%	46,60%
	mais de duas vezes ao dia	20,10%	24,20%
Tempo gasto a andar	até 1 hora	66,1%	72,8%
	entre 1 a 2 horas	33,9%	27,2%
Alimentos entre refeições	nenhuma vez	43,0%	31,0%
	1 vez	33,9%	37,9%
	2 vezes	19,4%	25,2%
	> 3 vezes	3,8%	6,0%
Come iogurtes/ Leite		25,20%	41,60%
Come fruta		34,7%	46,4%
Tabagismo	Fumador	20,50%	3,00%
	Não fumador	38,00%	93,50%
	Ex-fumador	41,50%	3,50%
Consumo de álcool	Sem consumo de álcool nos	20,10%	62,30%
	Consumo de pelo menos	79,90%	37,70%

**Tabela 9. Indicadores de práticas de saúde em função do género**

O consumo de bebidas alcoólicas é mais frequente do lado masculino. As mulheres são tradicionalmente abstémios ou apresentam muito baixo consumo. Os dados do inquérito revelam que o consumo de álcool é também maior nas faixas etárias mais jovens, 68,2% entre os 55-59 em comparação com os 32,5% para os indivíduos com 85 ou mais anos.

Também no que respeita ao consumo de tabaco são os homens os maiores consumidores. Na população 50+ anos encontramos 20,5% de fumadores masculinos para apenas 3,0% de fumadores femininos. Ao longo da idade podemos verificar que há menor número de fumadores nas categorias etárias mais velhas, no entanto a percentagem de ex-fumadores sofre alterações pouco significativas, relativamente à idade, facto que sugere elevada proporção dos que mantêm o hábito ao longo do percurso de vida.



**Gráfico 18. Distribuição do nº de indivíduos (%), por idade e consumo tabágico. INS (05/06)**

Podemos ainda comparar este com os inquéritos anteriores. Entre 1995 e 1999 registou-se um acréscimo de 1,1% de fumadores em termos da população geral, no entanto esta tendência crescente não é homogénea relativamente aos diferentes grupos etários, na faixa etária dos 65 e mais anos verificou-se um decréscimo de 2,2% de fumadores entre os dois inquéritos realizados. Os maiores valores em termos de consumo médio diário de cigarros são do grupo de indivíduos entre os 45 e os 64 anos de idade, a tendência geral é de decréscimo do nº médio de cigarros diários, no período de tempo considerado, à exceção do grupo dos indivíduos entre os 15 e os 24 anos de idade.

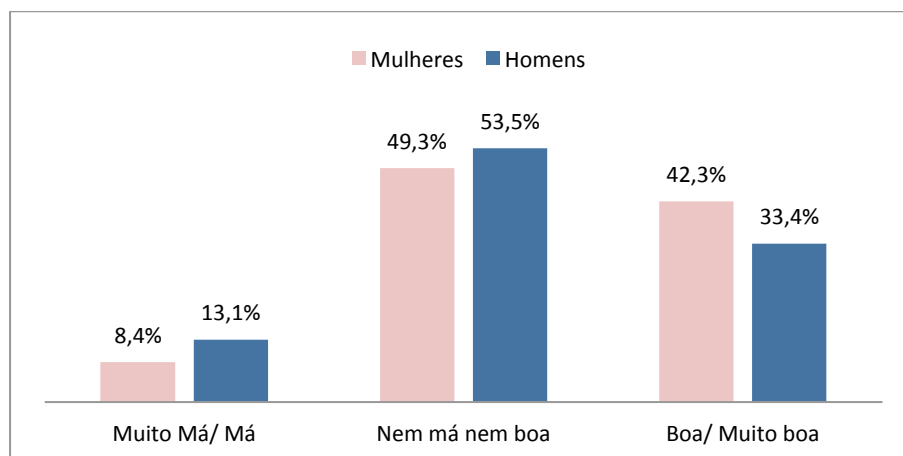
O indicador da prática de atividade física é um indicador de difícil construção pela complexidade que envolve em medir, com objetividade e rigor a atividade habitual e quotidiana. Neste caso apenas utilizamos a informação relativa ao tempo quotidiano médio a andar. Os homens apresentam vantagem face às mulheres e que pode ser interpretado como uma característica de género, isto é, a masculinidade integra a atividade física. Há uma proporção superior de homens a andar entre 1 a duas horas.

As mulheres apresentam taxas mais elevadas de realização de comportamentos salutogénicos, menor consumo de álcool, tabaco, mais escovagens de dentes, consumo de alimentos entre refeições e maior consumo de alimentos saudáveis (tab. 9). A exceção a esta tendência reside ao nível da atividade física, as mulheres declaram andar menos tempo em média que os homens (72,8% das mulheres acima dos 50 anos andam em média semanalmente, até 60 minutos). Este valor pode ser por um lado devido a maior nº de situações de limitação e doenças crónicas e por outro lado ao facto de que as mulheres poderem realizar outras atividades, nomeadamente atividades domésticas não consideradas como atividade física no inquérito utilizado.

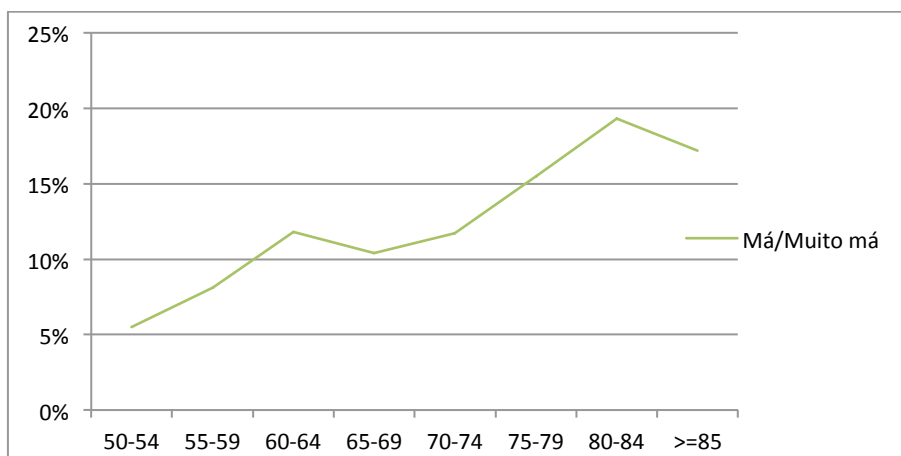
Relativamente aos cuidados de higiene oral, os dados disponíveis dizem respeito apenas a uma pequena parte da amostra inicial, pois nem todos os participantes fizeram as mesmas questões, apesar disto, cerca de  $\frac{3}{4}$  ( 73,2%) deste grupo afirma realizar escovagem de dentes, não existem variações significativas relativamente aos diferentes grupos etários , mas no que diz respeito ao

sexo, são as mulheres que estão em maior número (76,5% em relação aos 69,70% dos homens). Por outro lado na utilização de outros produtos de higiene oral para além da pasta dentrífica, existe um decréscimo de utilização com a idade, sendo que são os jovens idosos que evidenciam usar mais variedade de produtos tais como escovilhões, fio dentário, líquidos para bochechar e outros, em todo caso são as mulheres que no geral relatam fazer mais uso de produtos diferentes 20,9% em relação aos 17,3% dos homens, confirmando a tendência dos restantes indicadores

No que diz respeito à qualidade de vida, salientamos dois indicadores, por um lado a auto-classificação da qualidade de vida e por outro a auto-classificação relativa à satisfação com a saúde do próprio. Em termos da auto-classificação relativa à percepção de qualidade de vida, os valores revelados vão de encontro aos obtidos com os valores já apresentados da auto-percepção do estado de saúde. Comparando os valores entre os diferentes grupos etários, verificamos que a percentagem de indivíduos que afirma ter uma má qualidade de vida aumenta à medida que avançamos para patamares etários mais elevados (tabela 10). É de salientar que na faixa etária mais avançada, dos indivíduos com 85 ou mais anos verifica-se um aumento da percentagem da qualidade de vida muito boa e boa, quem chega a uma idade tão avançada terá mais probabilidades de ter ou condições de vida melhores, ou melhor saúde e mesmo uma melhor adaptação ao seu processo de envelhecimento.

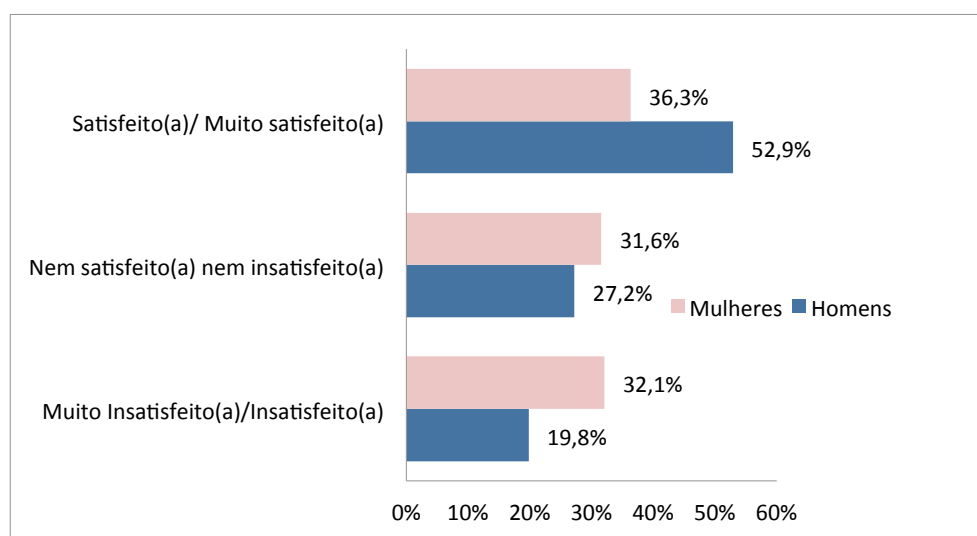


**Gráfico 19. Distribuição dos valores de auto-classificação da qualidade de vida, por sexo. Portugal. INS (05/06)**



**Gráfico 19. Percentagem de indivíduos que classifica a sua qualidade de vida como Má ou Muito Má por idades, INS (05/06)**

Os mesmos indivíduos responderam ainda acerca da satisfação com a sua saúde e mais uma vez são as mulheres que afirmam em maior proporção estar mais insatisfeitas com a sua saúde (gráfico 14), também se verifica que à medida que vamos avançando nos grupos etários a proporção de indivíduos que estão menos satisfeitos com a sua saúde aumenta (gráfico 15).



**Gráfico 20. Satisfação com a saúde por sexo, INS (05/06)**

#### 4.5. ANÁLISE MULTIVARIADA

Nesta fase do trabalho optou-se por realizar uma análise de componentes principais categoriais, que é uma adaptação do modelo de componentes principais para permitir a inclusão de variáveis qualitativas. Esta metodologia tem a designação Análise de componentes principais categorial (em inglês *Categorical Principal Components Analysis- CATPCA*).

Este tipo de análise é utilizada quando se pretende reduzir dimensionalidade de variáveis medidas em escalas diferentes em um ou mais índices que expliquem uma proporção significativa da informação<sup>8-11</sup>.

No caso específico, a sua utilização prende-se com o facto de a base de dados em análise conter essencialmente variáveis categóricas e em grande número (havendo a necessidade de reduzir a dimensão dos dados). Assim, e uma vez que se pretendia obter perfis da população com 50 e mais anos, esta metodologia surgiu como a mais oportuna.

Todos os cálculos apresentados são obtidos pelo programa de análise estatística IBM SPSS 20<sup>12</sup>.

Para a elaboração da análise multivariada foram selecionadas os conjuntos de variáveis seguintes:

**i. Caracterização sócio-demográfica:**

Sexo; Idade; Anos de escolaridade com aproveitamento; conjugalidade, Profissão (de acordo com a Classificação Nacional das Profissões<sup>2</sup>).

As variáveis idade e profissão foram posteriormente agrupadas, respetivamente, em 4 grupos etários (50-59, 60-69, 70-79 e  $\geq 80$ ) e em duas categorias da profissão (manual, não manual).

**ii. Rendimento:**

Rendimento mensal da família no mês anterior ao inquérito. Esta variável foi reagrupada em 3 categorias ( $\leq 500\text{€}$ , 501-1200€ e  $\geq 1201\text{€}$ ).

**iii. Informações gerais de saúde:**

Auto-percepção do estado de saúde, reagrupada em 3 classes: Muito bom/bom, Regular e Mau/muito mau.

**iv. Doenças crónicas:**

Diabetes, confirmada por prestador de saúde; Asma, confirmada por prestador de saúde; Hipertensão arterial, confirmada por prestador de saúde. Tendo em conta estas variáveis foi criada uma variável numérica única que tinha em conta o número de doenças crónicas (confirmadas por prestador de saúde) que o participante tinha. Esta variável foi posteriormente agrupada em 4 classes: Sem doença crónica (DC), 1 DC, 2 DC,  $\geq 3$  DC.

**v. Saúde Mental:**

Ocorrência de provável sofrimento psicológico, nas quatro semanas que precederam o inquérito, avaliado através da aplicação da escala *Mental Health Inventory*<sup>3-4</sup> em que:

MHI ≤ 52 ⇒ indivíduos com provável sofrimento psicológico

MHI > 52 ⇒ indivíduos sem provável sofrimento psicológico.

**vi. Índice de Massa corporal (IMC):**

Tendo em conta o peso e a altura auto reportados, foi calculado o Índice de Massa Corporal (IMC), que é determinado pela divisão da massa do indivíduo pelo quadrado de sua altura, onde a massa está em quilogramas e a altura está em metros. Esta variável numérica foi posteriormente reagrupada em 3 classes de acordo com os seguintes critérios<sup>5</sup>: IMC < 24,9 – baixo peso/normal, 25,0 < IMC < 30,0 excesso de peso e IMC ≥ 30 – obesidade.

**vii. Qualidade de vida:**

Para a aferição da qualidade de vida no 4º INS foi utilizada a versão curta<sup>6</sup> do questionário SF36 (short form health survey). Esta escala é composta por 8 questões, das quais foram analisadas apenas 4:

- Auto percepção da qualidade de vida, nas duas semanas que precederam o inquérito;
- Satisfação com a saúde
- Satisfação com o local da habitação
- Satisfação com a condição financeira

Nesta escala são utilizadas 5 categorias de respostas que foram posteriormente reduzidas a 3 categorias, que agrupavam nos extremos as categorias mau/muito mau e noutra bom/muito bom.

**viii. Protecção social**

Entidade utilizada para fins de cuidados de saúde (incluiu seguro de saúde). Após reagrupamento esta variável passou a conter 2 categorias: Serviço Nacional de Saúde (SNS) e Outros.

**ix. Cuidados de saúde:**

Frequência de consulta médica, nos três meses anteriores ao inquérito. Esta variável numérica foi igualmente transformada em categorial, contendo no final 3 classes: Nenhuma consulta; 1 a 3 consultas; 4 ou mais consultas.

**x. Cuidados preventivos:**

No que respeita aos cuidados preventivos, foram analisadas atitudes relativamente aos seguintes parâmetros:

- a) Tensão arterial (TA): medição da TA, intervalo de tempo (foram consideradas três categorias: medição da TA nos 3 anos que precedem o INS; medição há mais de 3 anos, relativamente ao INS; nunca mediu);

- b) Colesterol: doseamento e intervalo de tempo (foram consideradas três categorias: doseamento de colesterolémia nos 3 anos que precederam o INS; doseamento há mais de 3 anos, relativamente ao INS; nunca mediu);
- c) Vacinação contra a gripe: (foram consideradas três categorias: Vacinado na época 2005, vacinado nas épocas anteriores 2003/2004 e Nunca se vacinou)

**xi. Saúde Oral:**

Consulta no estomatologista nos últimos 12 meses; Hábitos de higiene oral: frequência de escovagem de dentes (categorias: Nunca/ às vezes escova; 1 vez por dia e  $\geq 2$  por dia) e de prótese dentária (categorias: Não escova/Ocasionalmente, 1 vez por dia e  $\geq 1$  vez por dia).

**xii. Consumo de tabaco:**

Foram tidos em conta os hábitos tabágicos diários actuais e passados, o que permitiu criar uma variável que classificava os indivíduos de acordo com os seus hábitos tabágicos: fumadores, ex-fumadores e não fumadores (que nunca fumaram).

**xiii. Consumo de alimentos e bebidas:**

Relativamente ao consumo de alimentos foram contabilizadas as refeições fora das principais que os participantes faziam normalmente por dia. Esta variável numérica foi posteriormente agregada em 4 classes: Não comeu, Uma vez, 2 vezes e 3 ou mais.

Relativamente ao consumo de bebidas alcoólicas, tendo em conta as respostas às questões sobre consumo de álcool nos últimos 12 meses, consumo de álcool nos 7 dias que antecederam o INS e o instrumento CAGE<sup>7</sup> para identificação de pessoas com problemas com álcool foi possível criar uma variável composta por 3 categorias : Abstinência total de álcool nos 12 meses precedentes ao inquérito; Consumo diário de mais de duas unidades (independentemente da capacidade) /dia de bebidas alcoólicas, nos 7 dias anteriores ao inquérito mas que não têm problemas com álcool e Consumo diário de mais de duas unidades (independentemente da capacidade)/dia de bebidas alcoólicas, nos 7 dias anteriores ao inquérito mas que têm problemas com álcool.

Numa primeira fase, foram testadas as variáveis que de entre o rol de variáveis consideradas de interesse, tinham o mesmo número de registos. Esta opção deveu-se ao facto de algumas áreas do INS só terem sido aplicadas num dado período do tempo e não à amostra toda. Esta opção resultou na obtenção de 3 modelos diferente.

Para uma maior compreensão dos perfis que se obtiveram, para além do modelo final, que inclui todas as variáveis dependentes em estudo e a respetiva projeção com as variáveis independentes em estudo, são apresentados os gráficos dos modelos com cada variável independente.

## MODELO 1

Partindo das variáveis consumo tabaco, nº refeições fora da principal, IMC, estado de saúde, consultas médicas (3 meses), carga morbilidade, saúde mental e consumo álcool obteve-se um modelo que permitiu reduzir as variáveis em 2 dimensões (componentes), e que permite explicar 42,7% da variância (Quadro 1 e 2).

Dimensão	Variância	
	Total (Eigenvalue)	% Variância
1	2,185	27,315
2	1,229	15,365
Total	3,414	42,680

**Quadro 1. Sumário do modelo 1**

De acordo com os resultados obtidos, e presentes no Quadro 2, têm um maior contributo para a Dimensão 1 as variáveis *Estado de saúde, Consultas médicas (3 meses), Carga de morbilidade e Saúde mental*. Para a dimensão 2 contribuem as variáveis *Consumo de tabaco, Nº refeições fora da principal e Consumo de álcool*. A variável IMC não se encontra diferenciada em nenhuma das duas dimensões. Desta forma, a Dimensão 1 parece estar mais relacionada os cuidados e estado de saúde e a Dimensão 2 com comportamentos e estilos de vida. A representação das variáveis e respectivas categorias encontra-se na Figura 1. Neste primeira figura estão representadas não só as variáveis que compõem o modelo bem como a projecção das variáveis independentes (variáveis suplementares). Para uma maior compreensão e legibilidade dos resultados, esta figura encontra-se replicada para cada variável independente em estudo (Profissão, Sexo e Grupo etário, Anos de escolaridade, Beneficiário de Cuidados de Saúde, Conjugalidade e Rendimento).

Pode-se então observar que em geral as mulheres com idade superior ou igual a 50 anos, caracterizam-se por ter rendimentos mais baixos ( $\leq 500$  euros), menos de 5 anos de escolaridade, tem uma profissão relacionada com trabalho manual, consideram o seu estado de saúde Mau/Muito Mau, tem um provável sofrimento psicológico ( $MHI \leq 52$ ), referem ter três ou mais doenças crónicas e foram mais a consultas médicas nos últimos três meses (+4 consultas médicas). Por outro lado os homens com idade superior ou igual a 50 anos, caracterizam-se por ter rendimentos mais altos ( $\geq 1201$  euros), tem níveis de escolaridade mais elevados (tem mais de 12 anos de escolaridade), tem uma profissão relacionada com trabalho não manual, consideram o seu estado de saúde Muito Bom/Bom, não se encontravam em provável sofrimento psicológico ( $MHI > 52$ ), referem que não tem doenças crónicas, foram menos a consultas médicas nos últimos três meses (+4 consultas médicas). Em relação aos determinantes de saúde tem um consumo de álcool mais elevado e também se caracterizam por serem fumadores.

Variáveis	Componentes	
	Dimensão	
	1	2
Consumo de tabaco	-0,442	0,616
Nº refeições fora da principal	0,105	-0,461
IMC	0,099	0,128
Estado de saúde	0,751	0,227
Consultas médicas (3 meses)	0,565	0,331
Carga morbilidade	0,707	0,286
Saúde mental	-0,593	-0,072
Consumo de álcool	-0,483	0,610
Profissão <sup>a</sup>	0,195	-0,045
Sexo e Grupo etário <sup>a</sup>	0,473	-0,451
Anos de escolaridade <sup>a</sup>	-0,254	0,064
Beneficiário de Cuidados de Saúde <sup>a</sup>	0,143	-0,026
Conjugalidade <sup>a</sup>	0,145	-0,157
Rendimento <sup>a</sup>	-0,246	0,036

a. variáveis suplementares.

## Quadro 2. Medidas de discriminação das variáveis

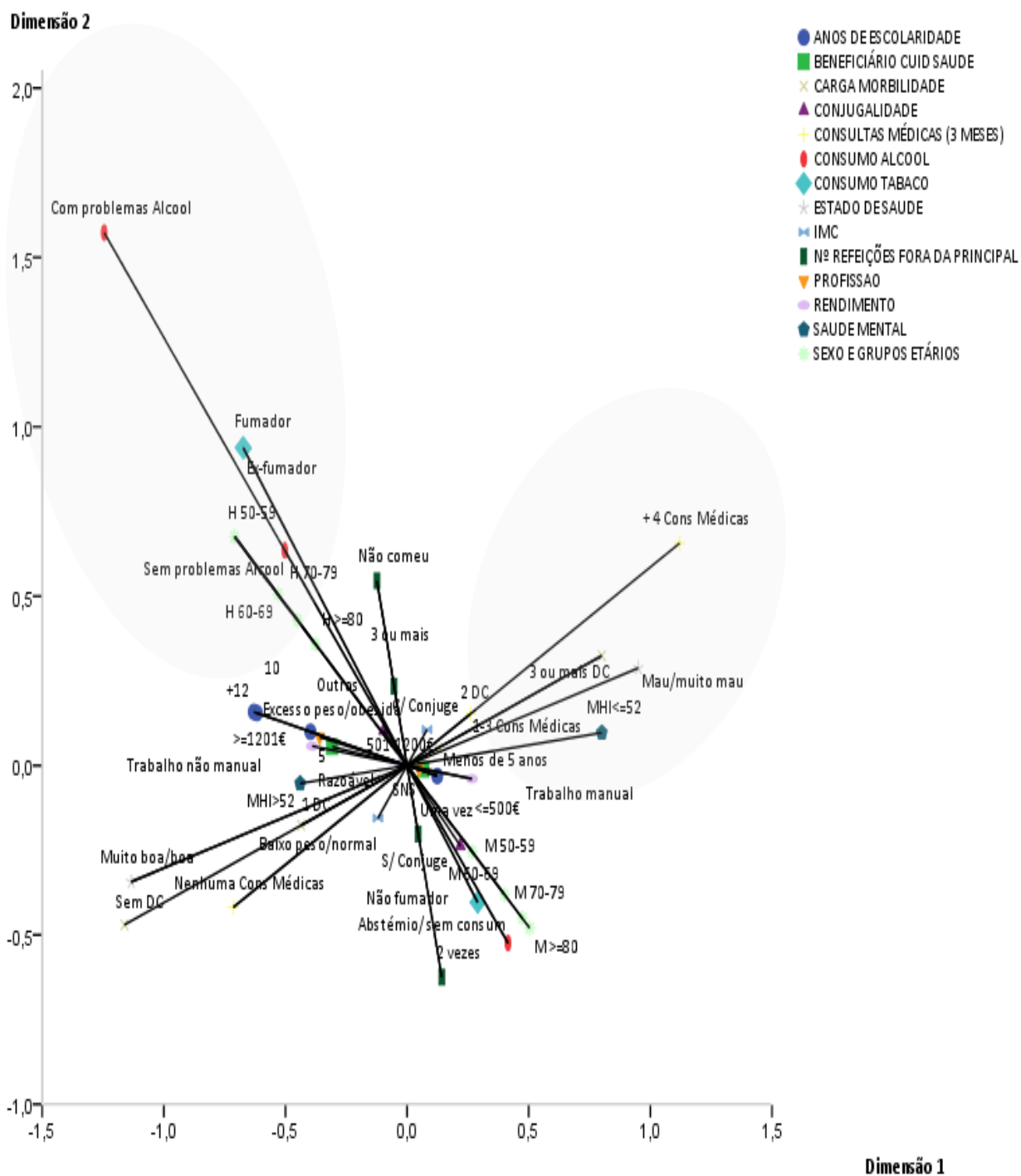


Figura 1. Discriminação das variáveis pelos planos.

Para este modelo tiveram-se em consideração as variáveis medição de tensão arterial, medição de colesterol, toma da vacina antigripal, escovagem da prótese dentária, consulta de estomatologista no ano que antecedeu a entrevista e escovagem de dentes. Tal como para o modelo 1, obtiveram 2 dimensões com uma capacidade explicativa de 54,5%.

Por observação do Quadro 4, verifica-se que contribuem mais para a Dimensão 1 as variáveis *Escovagem da prótese dentária*, *Escovagem dos dentes* e a *Consulta de estomatologista nos últimos 12 meses*. Para a dimensão 2 contribuem as variáveis *Medição da tensão arterial*, *Medição do colesterol* e a variável que indica a realização da *Vacina antigripal nas últimas épocas*. A representação das variáveis e respectivas categorias encontra-se na Figura 8. Nesta figura estão representadas não só as variáveis que compõem este modelo bem como as variáveis suplementares que permitem uma melhor caracterização sócio-demográfica dos respondentes face a estas variáveis relacionadas com cuidados preventivos. Para uma maior compreensão e legibilidade dos resultados, esta figura encontra-se replicada para cada variável independente em estudo (Profissão, Sexo e Grupo etário, Anos de escolaridade, Beneficiário de Cuidados de Saúde, Conjugalidade e Rendimento).

Dimensões	Variância	
	Total (Eigenvalue)	% Variância
1	1,921	32,022
2	1,346	22,435
Total	3,267	54,457

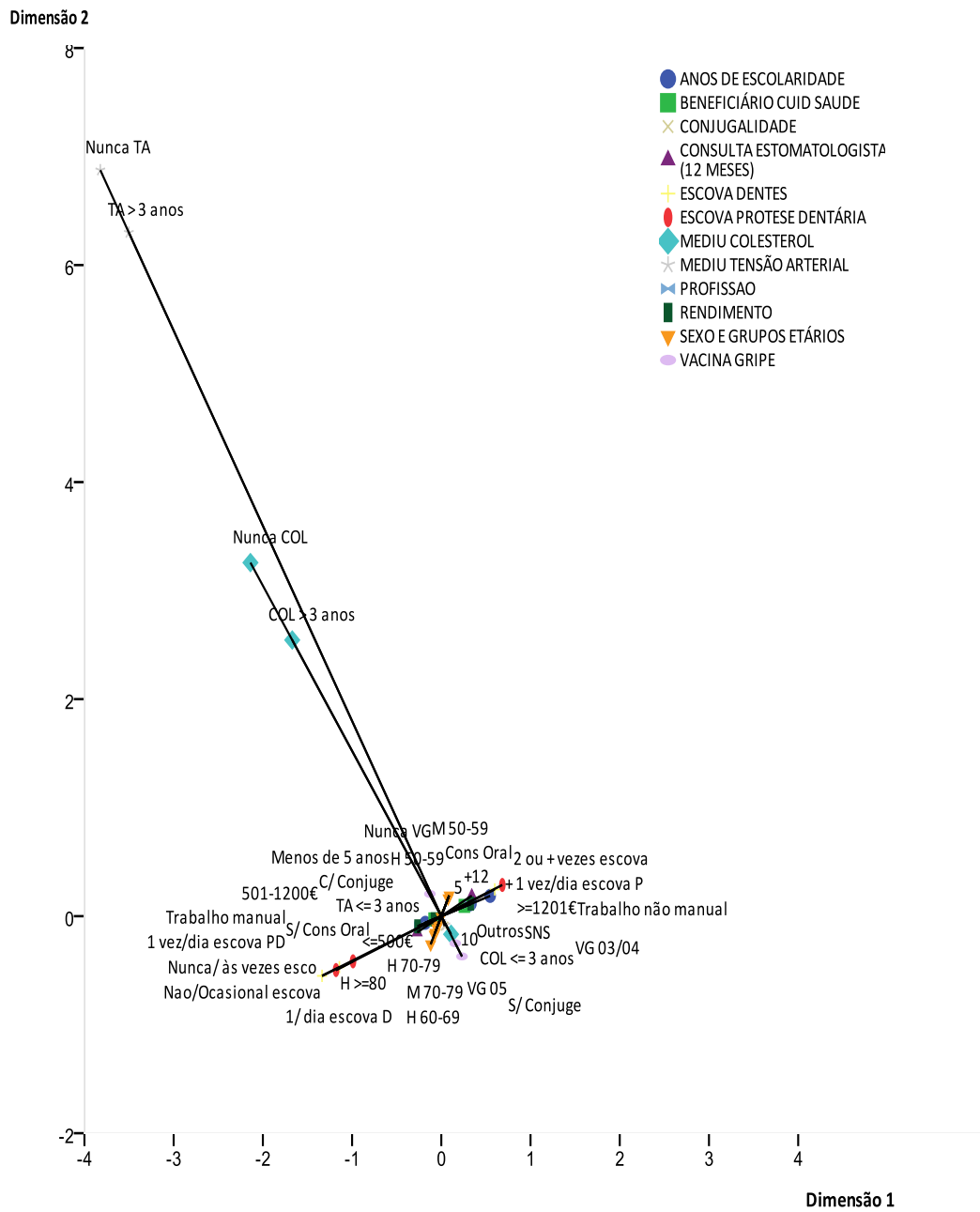
**Quadro 3. Sumário do modelo 2**

Componentes

Variáveis	Dimensão	
	1	2
Mediu tensão arterial	-0,406	0,729
Escova prótese dentária	0,844	0,354
Consulta estomatologista (12 meses)	-0,305	-0,170
Escovagem dos dentes	0,849	0,349
Mediu colesterol	-0,456	0,691
Vacina antigripal	-0,149	0,245
Profissão <sup>a</sup>	-0,254	-0,090
Sexo e Grupo etário <sup>a</sup>	-0,075	-0,163
Anos de escolaridade <sup>a</sup>	0,271	0,093
Beneficiário de Cuidados de Saúde <sup>a</sup>	-0,145	-0,053
Conjugalidade <sup>a</sup>	0,022	-0,054
Rendimento <sup>a</sup>	0,236	0,083

<sup>a</sup> Variáveis suplementares.

**Quadro 4. Medidas de discriminação das variáveis (Modelo 2)**



**Figura 2. Discriminação das variáveis pelos planos (modelo 2)**

### MODELO 3

Por fim, foram consideradas algumas das variáveis que constituem o questionário para avaliação da qualidade de vida. As variáveis que foram incluídas inicialmente no modelo foram a auto avaliação *da qualidade de vida (geral)*, *satisfação com as condições na habitação*, *satisfação com a saúde* e *satisfação com o estado financeiro*. Para este modelo foi possível obter uma explicação de 72,7%, contribuindo para a primeira dimensão todas variáveis excepto a variável que mede a satisfação com a habitação (ver Quadros 5 e 6). Para este modelo, e devido às limitações inerentes ao método não foi possível projetar em simultâneo todas as variáveis suplementares, tendo-se optado pelas variáveis Sexo/ Grupo etário e Anos de Escolaridade (Figura 15).

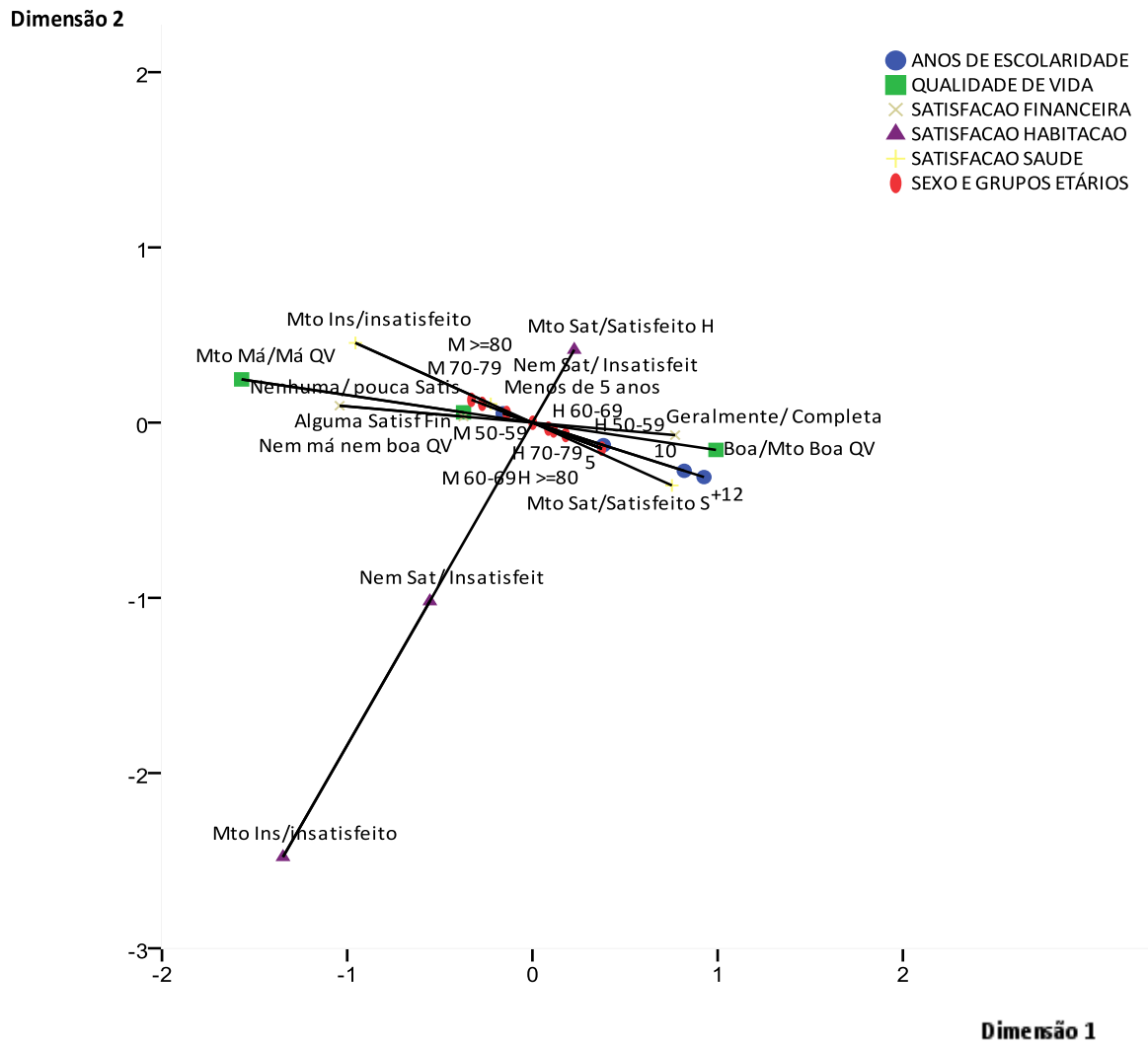
Dimensão	Variância	
	Total (Eigenvalue)	% Variância
1	2,023	50,575
2	0,887	22,174
Total	2,910	72,749

**Quadro 5. Sumário do modelo 3**

Variáveis	Componentes	
	Dimensão	
	1	2
Satisfação financeira	0,765	-0,071
Satisfação saúde	0,712	-0,339
Satisfação habitação	0,470	0,866
Qualidade de vida	0,843	-0,132
Satisfação financeira	0,765	-0,071
Sexo e Grupo etário <sup>a</sup>	-0,213	0,084
Anos de escolaridade <sup>a</sup>	0,333	-0,112

<sup>a</sup> Variáveis suplementares.

**Quadro 6. Medidas de discriminação das variáveis (Modelo 3)**



**Figura 3. Discriminação das variáveis pelos planos (modelo 3)**

## REPRESENTAÇÃO DAS VARIÁVEIS SÓCIO-DEMOGRÁFICAS

Na figura que se segue, encontram-se representadas as variáveis sócio-demográficas, nas duas dimensões. Pode-se observar que em geral as mulheres com idade superior ou igual a 70 anos, caracterizam-se por viverem sozinhas, terem rendimentos mais baixos ( $\leq 500$  euros), menos de 5 anos de escolaridade. Por sua vez os homens com idade entre os 50 e os 79 anos, caracterizam-se por viverem conjugalmente, têm rendimentos mais altos ( $\geq 1201$  euros), com níveis de escolaridade mais elevados (mais de 12 anos de escolaridade) e com uma profissão relacionada com trabalho não manual.

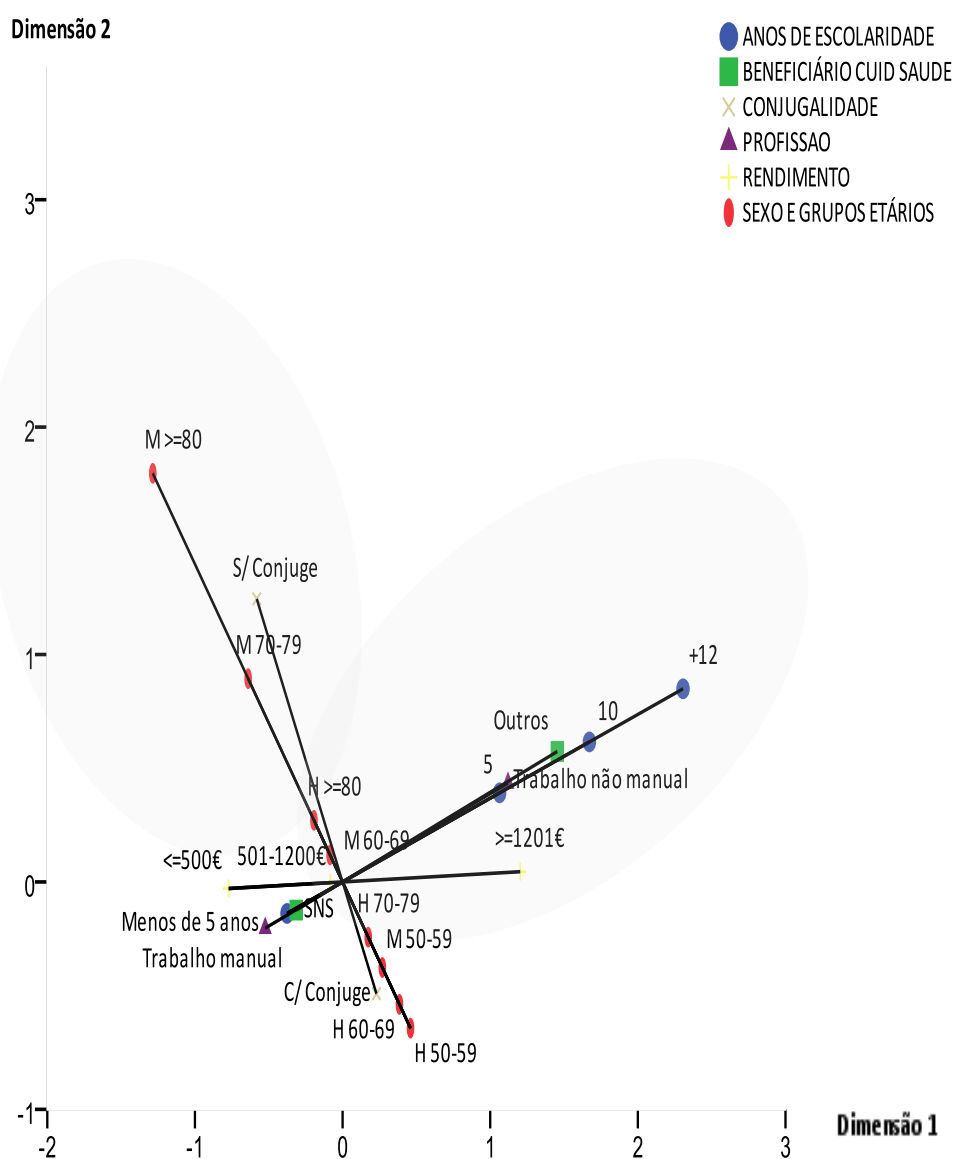


Figura 4. Discriminação das variáveis independentes pelos planos

## UM MODELO DE EXPLICAÇÃO

Este modelo foi elaborado para permitir a procura de regularidades na amostra, e o mesmo explica 42,7% da amostra do estudo o que representa uma larga maioria dos respondentes, no entanto podemos afirmar que a amostra é dispersa, visto que os indivíduos apresentam comportamentos dispersos, os perfis que podemos constituir generalistas.

A partir destes resultados construímos um modelo explicativo sobre a relação que se estabelece entre as práticas de saúde e o estado de saúde. Não podemos afirmar que os homens são mais saudáveis e têm piores práticas de saúde. Os resultados a que chegámos a partir das variáveis do INS evidenciam que os homens de todas as idades avaliam tendencialmente os seus estados de saúde como Bom ou Muito Bom e objetivamente vão menos ao médico, tem menos doença crónica auto reportada entre outros indicadores favoráveis ao estado de saúde.



**Figura 5. Modelo explicativo das relações entre Estado de Saúde e Práticas de Saúde construído a partir dos resultados da análise**

## 5. RESULTADOS DA ANÁLISE QUALITATIVA ELABORADA A PARTIR DE ENTREVISTAS SEMIESTRUTURADAS

### 5.1. ENTRE A SAÚDE E A DOENÇA: MEDIAÇÕES

Uma ideia transversal aos entrevistados é a oposição entre saúde e doença. Os discursos desenrolam-se por oposição entre o significado simbólico de saúde versus doença.

O que significa doença e saúde no universo simbólico dos entrevistados? Que condições são necessárias para se possuir saúde?

		Homens	Mulheres
Concepções de Saúde	Funcionalidade/trabalho	3	5
	Ausência de limitações/problemas	4	3
	Bem essencial /riqueza	5	2
	Bem estar físico e psicológico	2	2
Concepções de Doença	Limitação/incapacidade	2	4
	Associado à dor	2	5
	Tristeza (adjectivos emocionais)	3	4
	Mau estar físico e psicológico	2	1

**Tabela 10. Concepções de saúde e doença dos entrevistados**

A saúde adquire uma dimensão mais global, na qual se incluem os determinantes que influenciam o estado de saúde considerado saudável, sem doença. Primeiramente os entrevistados definem saúde com um adjetivo ou uma qualificação: “bem essencial” (E.6), “o maior tesouro” (E.13), “bem extraordinário” (E.12), “uma riqueza” (E.17), “É o melhor de tudo” (E.21), “É a melhor coisa do mundo” (E.23).

A saúde, segundo este posicionamento, assume-se como um bem de consumo. A grande maioria dos entrevistados define a sua saúde como um bem, algo que se tem e que se pode perder e que deve ser cuidado e mantido. Nesta concepção identificam-se um conjunto de fatores: ter uma boa alimentação, não ter hábitos de tabagismo, álcool, o exercício físico e uma atitude perante a vida. A atitude perante a vida (otimismo, aceitação, ter vontade) e a capacidade de resiliência da pessoa constitui um fator mediador entre o físico e o mental.

*“É não carecer de muitos medicamentos, ter uma boa alimentação e ter um bom comportamento higiénico. Andar, estar ao ar livre, não passar a vida dentro dos centros comerciais... Mas é muito importante a pessoa querer estar bem. É pensar positivo”* (E. 2, mulher, 62 anos, hospedeira de bordo)

*“É uma tristeza. Não temos vontade de comer, passear, de nada. E então, estar em casa, naquela solidão, é claro, é viver triste.”* (E.3, Homem, 91 anos, Marinha marcante)

Estes resultados vão de encontro às propostas de Herzlich (1973). A saúde como um bem de consumo surge associada também a relações sociais, tais como relações positivas com a família, a ausência de problemas com os outros; boa disposição e vontade de viver.

A saúde é encarada assim como um sistema biopsico-social. Para alguns entrevistados a saúde é perspectivada como sendo simultaneamente, vivida em duas dimensões, a física, isto é o bem-estar físico e por outro a dimensão psicológica ou mental. Com uma clara separação de que existem duas dimensões mas que estão interligadas e que se influenciam reciprocamente.

As respostas apontam para a integração de uma visão biomédica da saúde, em que mente e corpo estão separados, e a mente coordena ou direciona o nosso corpo *“o nosso psiquismo é que nos orienta”*, seguindo uma metáfora cartesiana, refletindo a forma como agimos e refletimos sobre o nosso mundo e o nosso corpo tendo em conta o contexto que já existe isto é, uma visão biomédica da saúde e dos seus pressupostos imposta pela sociedade. Outras implicações deste paradigma refletem-se na orientação mecanicista baseada na noção de controlo sobre a natureza e logo controlo de sintomas, que podemos constatar em várias formulações por parte dos entrevistados.

A ideia da importância para uma vida saudável, surge também em torno do valor do trabalho. O *“continuar a trabalhar”* emerge entre os entrevistados do sexo masculino ou em mulheres com uma história de vida de muito trabalho, sobretudo físico, como um fator que influencia a manutenção da saúde. O trabalho surge, nesta concepção articulada com o exercício físico: *“mexer-se”* (E. 5); *“andar”* (E.7), bem como a indissociabilidade entre trabalho versus saúde (*“O trabalho dá saúde”*, E. 5).

Neste posicionamento a saúde como ausência de incapacidade ou de limitações físicas, permite ao indivíduo agir e realizar normalmente as tarefas quotidianas mas também no lazer e nas atividades sociais. Contrariamente, a doença assume um significado referente ao corpo físico e uma dimensão também mental, psicológica e social. Na conceptualização da doença surge em primeiro lugar, o tipo de doença (diabetes, artrite, problemas cardíacos, coluna, entre outros). Doença surge associada a um corpo doente (físico) é traduzido através da noção de dor e em queixas, possuindo uma conotação negativa.

*“Para mim é a oficina do diabo. Estar doente, se eu estiver em casa estou a pensar, pensar, só estou a fazer mal a mim. Não estar doente é não pensar na doença. Aceitar-me como sou e depois logo se verá. Viver o dia, também é importante, o resto depois virá. Viver através da natureza. Não ser contra, ser a favor das coisas, ser otimista. É o oposto, seria isso. O diabo é estar isolado, estar em casa e não ter nada que fazer e estar a pensar em doenças. Isso é que é estar doente”* (Ent. 1, homem, 69 anos, funcionário público).

A doença adquire uma graduação associada a dor, ir ao médico, tomar muitos medicamentos, estar circunscrito física e mentalmente, e por consequência a solidão e a isolamento social. A doença adquire assim uma dimensão social, ou seja, o estar isolado em casa, sem atividade, é encarado como um flagelo social: uma doença. A noção de perda surge, de igual modo, a limitação, como uma forma de desintegração social.

*“O estar doente é a gente sentir que não pode fazer determinadas coisas, e que nos falta aquele bem essencial, que é a saúde, a gente levantar-se de manhã e saber... O estar doente é a gente*

*perder possibilidades de fazer fisicamente as coisas normais. (...) Estar doente, estamos limitados (...) Estar doente é a gente não poder fazer as coisas que normalmente faríamos ou que gostaríamos de fazer. Acho que é isso. Sim. Temos que limitar a nossa vida à doença.”* (E. 6, Homem, 85 anos)

*“É a gente não poder fazer nada, a gente ter dores”* (E.22, mulher, 89 anos)

Nos discursos analisados existem regularidades sociológicas, que dizem respeito à forma como as pessoas pensam e gerem a sua saúde e os fatores que a influenciam. Por outras palavras, saúde surge, muito interiorizado, entre os entrevistados, a determinantes e estilos de vida saudáveis, bem como o conceito de envelhecer de forma saudável.

O *“ser saudável”* e o *“envelhecer saudável”* assume o mesmo significado simbólico para os entrevistados independentemente do género ou da idade:

Exercício físico (*“andar a pé, evitar o carro [e autocarro] e “estar bem consigo própria.”*) (E. 2)

Comportamentos saudáveis (*“não fumar, não beber, não perder noites”*) (E. 3)

Convívio social (*não nos limitarmos a nós mesmos*), ter atividade física moderada ou mental e objetivos” (E. 6); Conviver, viajar (*É ser feliz, ter tudo quanto precisar, ter amigas e ir para o cinema e teatro*) (E.20)

Ter uma alimentação saudável (*“sem gorduras, vegetais, muita água”*) (E.7, E.8, E15)

Condições básicas (habitação, meios económicos para comer, vestir) e políticas do país (*“Até as condições políticas influem no nosso estado de espírito e na nossa saúde.”*) (E. 9)

Trabalhar (E13)

Ir periodicamente ao médico (*“ser vigilante com a saúde”*) (E. 15)

Como refere a entrevistada 18:

*“Envelhecer de forma saudável, é preciso manter as rotinas que mantínhamos, rotinas que tínhamos na vida ativa, não tão rígidas, mas portanto, manter rotinas com algum espaço. Porque acho que nós, o homem é um animal de rotinas, e acho que mantendo as rotinas e mantendo uma vida saudável, que acho que o envelhecimento se torna muito mais, facilita muito mais o envelhecer (...) alimentação, exercício físico, o contacto com os amigos (...) ter um grupo de amigos e familiares com quem nos podemos relacionar. Fazer algum trabalho que se pense em relação aos outros, de dar um bocadinho de nós para os outros, por acaso neste momento tenho a minha mãe com 100 anos, estou a cuidar dela, eu penso que isto... Apesar de ser um bocado sacrifício, é como se fosse um trabalho de voluntariado, mas também é uma dádiva de mim em relação a outro, sinto que estou ali a ser útil. Sentirmo-nos úteis é muito importante para envelhecer com saúde. Se essa parte pára, acho que é o fim. A pessoa não tem objetivo (...) Sim, eu acho que é muito importante termos objetivos na vida”*

A saúde surge, muito interiorizado, entre os entrevistados, a determinantes e estilos de vida saudáveis, assim como o conceito de envelhecer de forma saudável, não se tratando aqui de uma

desigualdade, mas sim de uma ideia contínua, o envelhecer com saúde, não é diferente do viver com saúde.

Quando os entrevistados foram inquiridos acerca de como qualificavam a sua vida em termos de saúde, isto é se *“se consideravam pessoas saudáveis” as respostas foram diversas e associadas grande parte a comportamentos saudáveis. Também Silva identificou um espectro de respostas variado para classificar as qualidades saudáveis da vida individual identificando uma escala “do convictamente positivo, ao declaradamente negativo passando por posições intermédias, que refletem uma grande diferenciação no conceito pessoal de saudável”* (Silva, 2008)

Os relatos dos entrevistados fazem sobressair também a multiplicidade de percursos e inventividade dos seus intervenientes, que recorrem a diversas alternativas para resolver o seu problema de saúde, *“apoioando-se na utilização de recursos estratégicos de um valor inestimável, como é o caso das redes de vizinhança, das redes de parentesco e das redes de amigos e conhecidos”,* incluindo a utilização de serviços de saúde diversos, públicos e privados, convencionais e não convencionais, numa *“trajetória irregular e sinuosa”* da qual emerge *“em cada história uma história única”* (Carapinheiro, 2001)

Será que a idade determinou a mudança de comportamentos? Como é que homens e mulheres se posicionam face ao cuidado com a saúde? Esta preocupação surge com a idade ou foi uma preocupação que ocorre ao longo do ciclo de vida?

Aqui identificamos posicionamentos ligeiramente distintos, entre homens e mulheres. A idade veio sobretudo limitar e alterar comportamentos, restringir hábitos excessivos associados ao álcool, à alimentação ou ao tabaco. Por isso, entre a população masculina existe uma noção mais demarcada da responsabilidade do indivíduo na gestão da própria saúde. Responsabilidade que passa pela adopção inevitável de um estilo de vida mais saudável.

*“Tudo, praticamente foi tudo. Já não bebo, já não fumo, já não acompanho em certas paródias que a malta... Para mim está feito. Às vezes, é claro, mas chega aquela hora e vou para casa, já não perco. Isso é muito importante. Sou aquele doente que sou cumpridor (...) Não relaxo. Faço o que ele manda, dá-me a medicação e é claro, vou aviar, e depois tomo (...) Dantes é que tinha saúde (...)”* (E 3, homem, 91 anos)

*“Agora preocupo-me mais (...) a idade vai subindo e a gente vai pensando que de repente pode aparecer qualquer coisa. Quando é novo, não pensamos nisso, quando somos novos estamos a pensar em trabalhar e ganhar algum para a gente ter uma vida.”* (E4, homem, 70 anos)

*“Agora que depois passei por essa fase, evito e procuro evitar que possa adoecer por culpa própria, por excesso ou coisa do género. A doença a gente não pode dizer que não tem, faz parte da vida. Preocupo-me um bocado. Agora, medicamentos, praticamente não tomo, deixei. Mudou a maneira de pensar, de viver, se ver as coisas. Penso mais na vida, enquanto é novo a gente não pensa tanto (...) aos 60, 62, 63 anos. Até aí, nunca ia ao médico, felizmente... Passava 3, 4 anos sem ir ao médico, nunca tive problemas.”* (E. 12, homem, 69 anos)

*“Tenho, tenho. Tinha uma alimentação que comia exageradamente, não bebia álcool, a não ser às refeições, mas recorro muito no Verão aos gaspachos, mesmo no inverno, na primavera, no resto do*

*ano, sumo de tomate, na altura das alcachofras, determinados alimentos que em princípio e segundo tenho conhecimento são extremamente benéficos na prevenção e na saúde física. Nunca tive esses cuidados, até uma determinada fase da vida (...) Era uma pessoa extremamente descuidada, e por conseguinte, não tinha grandes preocupações de saúde, exatamente por consequência da idade e por ter sido uma pessoa, enfim, fisicamente saudável, e como tal não tinha preocupações de maior. A partir dos 50 anos, é que na sequência dessas doenças graves, é que fui-me apercebendo que efetivamente teria que fazer mais prevenção, teria que ter mais cuidados e teria que ter respeito à saúde física” (E. 15, 78 anos)*

As mulheres expressam um posicionamento ligeiramente distinto. Revelam também preocupações e cuidados preventivos face à saúde, no entanto, nos discursos femininos emergem a incerteza face ao futuro, o medo da doença, da fragilidade física e mental, e da dependência face a terceiros.

*“Sou muito preocupada em manter a minha saúde e tenho vários problemas de saúde. Alguns, graves. Mas que eu minimizo o mais que eu posso (...) Tenho mais cuidado agora. Quanto mais idade, devemos comer menos, ou menos coisas tão agressivas, devemos implementar os cuidados de higiene. Basicamente.” (E.2, mulher, 62 anos)*

*“A pessoa sempre se preocupa, uma pessoa chega a esta idade e pensa que isto já não pode durar muito (...) gosto muito de viver, e gosto muito de mim, por isso custa-me pensar que eu tenho de chegar. Porque acho que aquelas pessoas que não gostam de viver, estão entregues mais... Não sei, mais em casa, mais tristes, temos os nossos momentos, mas... Mas depois temos que ter muita força. Eu acho que se chega a uma idade em que é preciso muita força para viver (...)Essa força acho que consiste numa força interior de querer viver e querer aproveitar alguma coisa da vida (...) Sim, muda. Mas é sempre luta até... é sempre até morrer.” (E. 8, mulher, 82 anos)*

*“Considero [preocupada com a saúde]. Mas às vezes devia ter mais cuidado com determinadas coisas que não tenho, às vezes há algum desleixo em termos de alimentação. Sou preocupada porque penso um bocado quando me faltar a saúde, o que é que vai ser (...) sou uma pessoa que vive sozinha com a minha mãe, nunca fui casada, e preocupa-me um bocado estar doente e ficar isolada. É a minha preocupação é essa, mais de... ter que precisar de alguém para me ajudar, isso é que eu... Ficar dependente. Faço aqueles exames de rotina anualmente. Tenho uma alimentação mais ou menos equilibrada. (...) Isso é normal, penso eu. À medida que vão passando os anos sente mais debilitada e pensa mais nas doenças do que pensava. E penso muito mais agora do que pensava” (E. 18, mulher, 68 anos)*

O cuidado com a saúde emerge como uma preocupação transversal a todos os entrevistados, homens e mulheres, o que nos remete para um terceiro eixo de análise, a utilização dos serviços de saúde e os cuidados com a saúde.

## 5.2. ENTRE A UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE E OS CUIDADOS COM A SAÚDE

Será que o género dita diferentes utilizações dos serviços de saúde? Esta questão constituiu um outro elemento central na análise das entrevistas.

De um modo geral podemos identificar padrões de comportamentos distintos relativamente à decisão de recorrer a um serviço de saúde. Os homens recorrem mais rapidamente aos serviços de saúde (hospital ou centro de saúde), logo após o surgimento dos primeiros sintomas. Existem uma minoria de homens que tenta conhecer os sintomas e utiliza uma estratégia de auto-medicação (p. ex. em estados gripais, dores de estômago). Existe também uma minoria de entrevistados sobretudo, casados, que por intermédio das suas mulheres recorre a produtos naturais (p. ex. chás).

Existem diferenças na forma como o homem encara a saúde entre o presente e o passado. Por um lado, hoje o homem é mais preocupado com a sua saúde do que outrora e esse facto poderá estar relacionado com a sua menor longevidade e por outro, com a forma como o mesmo encara e gere a doença.

Vejamos o entrevistado E. 15, que se assume hoje mais como hipocondríaco em situações de doença temporária, distinto posicionamento quando confrontado com situações de doença mais grave: cancro, um linfoma, pneumonias sucessivas.

*“Hoje em dia, penso que sou muito cauteloso, nesse sentido. E quando sinto sintomas um pouco anormais, como seja por exemplo uma gripe, aquelas rinites, nessa altura recorro ao médico logo de imediato, e quando sinto que tenho sintomas com a questão pulmonar. Devo dizer que em termos de... como doente, talvez seja hoje como ligeiramente hipocondríaco, e é curioso que... penso também que toda a minha vida, nunca tive receio de maior da morte, penso na morte com naturalidade muito grande e eu sinto que sou um piegas numa angina ou numa gripe, uma doença secundária, sem importância de maior, e sou extremamente positivo e diria forte quando tenho que conseguir situações como o carcinoma, a questão das plaquetas, estive com duas mil plaquetas, à beira de poder ter um AVC, um derrame cerebral, e quando tive conhecimento do linfoma, nunca tive preocupações de maior nesse sentido, e resisti sempre com muita confiança na superação dessas doenças, aí tenho que me comportado, quando são coisas graves, reajo de forma diferente, muitíssimo bem. Quando são coisas ligeiras, sou um piegas muito grande” (E.15)*

*“Normalmente, se estiver mal, vou ao hospital ver o que se passa. Talvez agora, antigamente eu nunca me queixava” (E1)*

*“Vou logo (...) eu vou sempre logo. Vou logo ao médico, e vou sempre e estou lá cedinho para apanhar consulta.” (E.4)*

*“Quando me sinto mal, vou ao médico” (E. 5)*

*“Espero. Há uma espera de uma semana ou duas. Mas não deixo passar, a minha mulher anda em cima de mim. Qualquer coisa... quando tenho qualquer coisa fora do normal, vou ver o que é. Quando tive a úlcera, andei...era ervanárias, isto e aquilo, mas sempre me dei melhor com os médicos. Vou vendo o que é que... como está a evoluir...” (E.6)*

*“Não gosto muito de esperar, se tiver necessidade vou logo, não estou à procura... (...) Não vou logo ao médico, espero algum tempo. Vejo onde é, se é uma dor de cabeça... Se tiver uma dor muito forte, se tiver o problema que tenho da próstata, sei que tenho e que tenho de tratar, claro. Tenho cuidado de meio em meio ano fazer análises para controlar. De resto, meço a tensão muitas vezes. Quando me constipo, agora optei por isto e tem-me passado, tomo uma colher mel ou leite com mel. Nunca tomo aspirinas nem nada disso” (E.12)*

As mulheres tendencialmente optam por um maior tempo de espera. Adiam mais a decisão de recorrer ao médico. Sentem os sintomas, utilizam tratamentos caseiros, e só após isso recorrem ao médico, por vezes, como último recurso.

*“Espero antes de ir ao médico. O mais possível [optar por tratamentos caseiros]” (E2)*

*“Não, quando tenho alguma coisa, não vou logo, senão estava sempre a ir ao médico. Às vezes quando tenho assim uma coisinha no estômago, bebo um chazinho, ou uma garrafinha de água das pedras, vai orientando assim. Não vai logo? Não, não. Bebo um chazinho, umas coisinhas..” (E7)*

*“Ai não vou, não. Às vezes bebo chá, mas é chá normal. Posso falar [com familiares], dizer que tenho isto ou aquilo, mas espero que o meu corpo reaja e tenho certos cuidados e ver se penso nessas coisas o menos possível. Bebo chá, bebo água, tenho cuidado com a alimentação” (E.8)*

*“Espero. Para ver o que é que dá. (risos) Troco impressões com os amigos, sim. Tive sintoma dos dentes, por exemplo, foi uma coisa assim esquisita, isso aconteceu-me, sei lá. Uma semana, só quando comecei a ter muitas dores, e que estava a estar estranha à forma como aquilo se estava a produzir, é que fui ao médico.” (E. 9)*

*“Aguardo que passe, depois se continuar aí é que recorro. Umas duas semanas, sei lá. Mais ou menos. Só se for uma coisa que eu não possa... No outro dia tive uma infeção urinária, tive que ir a correr. Mas não ia, mas porque alguém me aconselhou que fosse porque era perigoso. Não tomo nada. Espero que passe. Bebo um chazinho, os meus problemas são sempre ao nível do aparelho digestivo, bebo um chá e assim, e tenho cuidado de nesses dias ter uma alimentação mais regrada” (E. 17)*

*“Não, não vou. Espero que passe. Não tenho tido assim dores, não.” (E. 22)*

Nos meios rurais, a ida semanal do médico de família ao posto médico permite recorrer de forma célere sempre que surge um sintoma.

*“Quando tem algum sintoma físico vai logo ao médico ou espera? O que faz? Não, não estou à espera, porque o Sr. Dr. vem segundas e vem quintas, se eu me ponho mal na terça, marco uma consulta. E depois na quinta-feira vou ao médico. Quando sente uma dor, espera ou fala com os seus amigos, com a sua filha...? Não, vou logo fazer chá de erva-cidreira, imediatamente. Às vezes passa, uma pinga de azeite, e bebo o chá e depois à noite já estou melhor” (E.16)*

Evitar comprimidos, idas ao hospital, ou deixar passar um período de tempo, e só em último recurso, recorrer ao médico em situações graves, constituem algumas das estratégias femininas para prolongar o recurso aos serviços de saúde.

*“Só se for muito grave, não. Se for dor no joelho, tenho uma pomada que é uma maravilha. Mas evito tomar comprimidos.” (E. 23).*

*“Às vezes, como sei o que a casa gasta, fujo muito de ir ao hospital, já sei que tenho passar por aquela rotina, mas é estupidez, quanto mais atrasa pior é. Faço sempre por ter que ir (...) Agora já não tanto, da outra vez eu tive uma pneumonia, tive mal mesmo mal, quando a minha filha me levou já eu tinha perdido o conhecimento e tudo. Agora mal tive uns sintomas, fui ter com o doutor... Teve que ser, se eu deixo acumular é pior (...) Mas se calhar quando era mais jovem, se tivesse algum problema de saúde, nem ligava. Não ligava nenhuma! Era o sistema do “isto passa”.” (E. 21)*

Das entrevistas conclui-se que existem posicionamentos distintos relativamente à decisão, mas as diferenças esbatem-se entre homens e mulheres quando se relaciona a periodicidade a que se recorre aos serviços e os hábitos de recorrer aos serviços no passado.

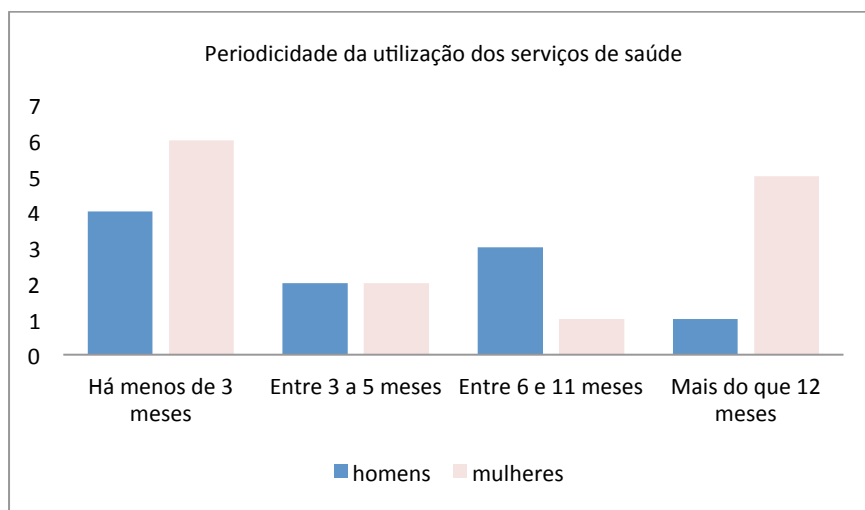
É consensual entre homens e mulheres que hoje se recorre com maior assiduidade aos serviços. Razões invocadas, pedido de prescrições para medicamentos, análises ou outros exames de rotina.

Embora as mulheres se posicionem como mais distanciadas dos serviços de saúde, de facto existe uma contradição entre o discurso e a periodicidade da sua utilização (6 mulheres referem ter recorrido há menos de 3 meses), ainda que haja um grupo importante que é utilizadora uma vez por ano. Contrariamente aos homens, existe uma maior coerência entre o discurso e o tempo real de utilização. Vejamos alguns estratos de entrevista.

*“É raríssimo ir ao médico, a não ser que surja qualquer [problema]. Sim, eu tenho de fazer de 4 em 4 meses [exames de rotina]” (E. 2)*

*“Não, nunca fui. (...) Há um mês, talvez. Não, estive um ano sem ir ao médico. Na juventude nunca fui.” (E. 7)*

*“Ai, não vou ao médico. Nunca vou. [E por isso também vai com pouca regularidade ao médico.] Muito pouca. (...) Ora bem, voltando um bocadinho atrás, a nível de doenças fui operada à bexiga, estive 10 dias internada em St.ª Maria, fui operada a este ombro, estive 3 dias no Hospital do SAMS, mas de resto nunca estive doente. E esta dor aqui no joelho, que deve ser das varizes, fui ao meu médico de família há um mês, e ela marcou-me uma radiografia, e eu fiz e ela agora marcou-me para ir ver ao especialista de fisioterapia, amanhã vou ao médico” (E, 16)*



**Gráfico 21. Periodicidade da utilização dos serviços de saúde, dos entrevistados, por sexo.**

A avaliação positiva que se faz da utilização dos serviços de saúde dos serviços públicos é independente do género. O recurso ao médico de família para prescrição de medicamentos ou exames de rotina é comum a todos os entrevistados, com exceção de uma minoria que usufruiu de seguros de saúde privados ou da ADSE. A totalidade dos entrevistados recorre aos serviços privados para consultas de especialidade.

### 5.3. DISCUSSÃO DE RESULTADOS

Os diferentes significados e posicionamentos que homens e mulheres fazem da saúde e da doença, no processo de envelhecimento, resultam mais de uma perspectiva global do ciclo de vida, do que de um processo associado unicamente ao critério etário.

Para Blaxter (1990) a generalidade das pessoas define a saúde “negativamente como a ausência de saúde, funcionalmente com a habilidade de lidar com as actividades quotidianas ou positivamente com “fitness” ou “bem-estar”” (in Bury, 2005, pag.9). A saúde é um “bem de reserva” para ser investido, adotando-se comportamentos saudáveis, ou diminuindo comportamentos de risco ou de auto-negligência (Bury, 2005), sendo que são determinantes as influências do género e do percurso de vida individual nesta acção do individuo com a sua saúde.

Os homens deste estudo evidenciam ter alterado os seus comportamentos em termos de saúde ao longo da vida, as diversas circunstâncias negativas de saúde ou do contexto em grande parte ditaram a alteração de comportamentos, como o deixar de beber e o de fumar, ter uma alimentação mais saudável e muitos reconhecem que com a idade a preocupação com a saúde aumentou e que a sua capacidade de resistência é menor e como tal têm uma vida mais regrada. Esta preocupação constante surge em consonância com o recurso mais assíduo dos homens aos serviços de saúde (hospital ou centro de saúde), logo após o surgimento dos primeiros sintomas.

Creemos que a menor longevidade masculina e a forma mais objetiva de encarar a doença tem consequências no modo como se gere a sua própria saúde.

Na sua história de vida, as mulheres entrevistadas parecem não ter estado tão expostas a comportamentos de risco como, o fumar, o beber, por razões sociais e culturais. Para as mulheres desta geração fumar e beber eram comportamentos não aceites socialmente, conotados de forma negativa quando associados às mulheres. Ainda que estas revelem também preocupações com a saúde, adotando cuidados preventivos e comportamentos saudáveis, os seus discursos não revelam um posicionamento normativo e responsabilizante, tão marcado como os homens. Esta “despreocupação” é indiciada pela forma como, por vezes, adiam a decisão de recorrer ao médico ou aceitam mais facilmente recorrer a medicinas alternativas ou o recurso a tratamentos caseiros.

Embora as mulheres se posicionem como mais distanciadas dos serviços de saúde, de facto existe uma contradição entre o discurso e as práticas de utilização, que são próximas das da população masculina. O único elemento que no discurso feminino sobressai, quando comparado ao masculino, são as conceções relativamente à incerteza quanto ao futuro, ao medo da doença grave geradora de fragilidade física e mental, e por consequência à dependência face a terceiros. A exteriorização de sentimentos de medo e de receio afirmam-se assim como características femininas pois podem ser identificadas com fragilidade, logo feminilidade.

Existem estudos que sugerem que existe uma convergência em termos dos papéis sociais de género à medida que as pessoas envelhecem, os homens assumem mais características femininas e as mulheres uma maior masculinidade. Esta tendência pode, em parte, contribuir para explicar os resultados obtidos neste estudo. Na generalidade não verificámos diferenças muito significativas nas várias dimensões abordadas entre homens e mulheres, nesta faixa etária ao contrário do que seria de esperar a partir da análise de outros estudos semelhantes com populações diferentes (García-Calvente, et al., 2012)

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após a realização da pesquisa consideramos ser de ponderar os resultados a que chegámos face aos objetivos previamente definidos.

Propusemo-nos conhecer o estado de saúde e as práticas de saúde da população que envelhece e como é que homens e mulheres gerem a sua saúde, de que forma contribuem para a promover e como contrariam as adversidades que ocorrem ao longo do seu percurso de vida. Utilizámos para tal duas metodologias complementares, quantitativa e qualitativa. Numa fase inicial foram analisados os dados do Inquérito Nacional de Saúde (INS) relativos aos indivíduos de ambos os sexos, com 50+ de acordo com um conjunto de variáveis previamente seleccionadas, tais como: condição de saúde, utilização de cuidados de saúde e caracterização demográfica, social e económica. Esta análise quantitativa do INS foi completada, numa segunda fase pelo estudo qualitativo com base na elaboração de entrevistas em profundidade a mulheres e homens com 50+. A seleção dos entrevistados teve em conta os resultados obtidos na análise extensiva dos dados estatísticos. Foi também elaborada uma revisão sistemática da literatura tendo por base a relação entre os três conceitos base: envelhecimento, saúde e género.

A análise estatística descritiva que aqui apresentámos dá-nos uma tendência geral e pouco aprofundada das diferenças de género na população portuguesa 50+ anos. Não obstante é possível afirmar que as diferenças verificadas entre homens e mulheres ao longo do processo de envelhecimento contribuem para evidenciar desigualdades que colocam as mulheres em grande desvantagem, constatação já referenciada na literatura. Nesta análise não temos em consideração a circunstância de haver sempre mais mulheres mais velhas, facto que pode influenciar os resultados, uma vez que se trata de uma amostra representativa da população portuguesa.

A caracterização sociodemográfica da população 50+ evidencia uma população fracamente escolarizada, 80,2% da amostra tem menos de 5 anos de escolaridade realizados com aproveitamento. E destes a categoria mais representada são as mulheres (83,4%). A percentagem dos que têm mais de 12 anos de escolaridade com aproveitamento é de 4,9% relativamente às restantes categorias. Estes dados estão de acordo com os resultados obtidos noutros inquéritos nacionais, isto é, são as mulheres mais velhas quem apresenta menores níveis de escolaridade, e mais baixos níveis de literacia.

No que respeita aos recursos materiais são os homens que apresentam maior proporção de indivíduos que indicam ter rendimentos mais elevados e o oposto verifica-se para as mulheres, estas indicam que os seus agregados têm rendimentos brutos mensais mais baixos em maior número. Nas categorias etárias mais jovens encontramos características sociodemográficas mais favoráveis nomeadamente em termos de educação, e de condições financeiras, que podem condicionar de forma positiva o envelhecimento dos mesmos. Espera-se que as gerações futuras usufruam desta melhoria de condições na sua saúde e bem-estar.

A análise deste dados também nos indica que os grupos que apresentam piores condições em saúde, isto é, maior número de doenças diagnosticadas e pior avaliação de saúde, são os grupos que recorrem mais à utilização dos cuidados de saúde, as mulheres na generalidade e os homens e mulheres mais idosos.

As variações que pudemos observar em alguns indicadores, ao longo do percurso de envelhecimento evidenciam a idade charneira dos 75-79 anos. Se considerarmos a esperança de vida para ambos os sexos podemos afirmar que ocorrem mortes e um período de morbidade prolongado que terminará com a mortalidade. Os sobreviventes são os mais aptos ao processo de envelhecimento e contribuem para uma melhoria dos indicadores após esta idade. Verificamos nos resultados obtidos que os sobreviventes, mostra para a maioria dos indicadores estudados (de condição de saúde, utilização de cuidados de saúde, estilos de vida e qualidade de vida) valores mais favoráveis, isto porque estes indivíduos, têm provavelmente condições de vida melhores, com mais recursos, ou apresentam uma melhor adaptação ao processo de envelhecimento.

Apesar de serem as mulheres que apresentam taxas mais elevadas de realização de práticas salutogénicas, paradoxalmente, são estas que apresentam piores condições de saúde. Os homens que assumem maior nº de comportamentos de risco (como fumar e beber) apresentam melhores condições de saúde, com menor morbidade e menos doenças crónicas.

Os fatores relacionados com o género são um importante contributo para explicar as diferenças femininas e masculinas que ocorrem ao longo da vida e se acentuam durante o processo de envelhecimento; os comportamentos de risco aos quais os homens estão mais expostos, como o consumo de álcool e de tabaco, explicam uma maior probabilidade de mortalidade violenta e prematura que atinge os homens particularmente cedo, ou seja, nas idades em que se expõem mais ao risco.

A utilização de uma metodologia qualitativa, com base em entrevistas semi-estruturadas veio permitir concluir que os significados simbólicos de envelhecer e de saúde são subjetivamente construídos e tratados como factos objetivos integrados numa história de vida, onde as diferenças de género se diluem. Mais do que o género, as interações construídas, ao longo do ciclo de vida, permitem aos indivíduos interiorizar as atitudes e as práticas consideradas “apropriadas” para uma vida saudável e mais longa.

O avançar da idade e a necessidade de preservar a saúde é patente em todos os entrevistados independentemente do género, e remete para conceções individuais e partilhadas coletivamente, envolvendo noções da idade e de estádios da vida. Como refere Holstein e Gubrium (2007) “o ciclo de vida pode ser perspetivado como uma série de alterações de papéis e de definições individuais que emergem com a idade” (p.339), ainda que socialmente construídas, ganham *significados da experiência através do tempo*, encarada pelos entrevistados como um recurso. A experiência adquirida, através do ciclo de vida, a partir desta perspetiva, necessita de ser contextualizada através de fatores institucionais (trabalho, a reforma, a família, o lazer). Mais do que uma realidade objetiva, as trajetórias de vida surgem como um *recurso interpretativo* para a experiência, ou seja, de que forma a história de vida é ela própria interpretativamente construída e utilizada pelo próprio para atribuir sentido à experiência e às práticas associadas à saúde e ao ato de envelhecer. A forma como os indivíduos vivenciam a saúde e a doença, como envelhecem, que cuidados têm no seu quotidiano, como utilizam os serviços de saúde e os avaliam, esbatem-se entre homens e mulheres, e resultam das experiências produzidas nos diferentes contextos sociais.

Este estudo apresenta algumas limitações, começando em primeiro lugar pelos dados do INS. este instrumento tem em si graves falhas metodológicas e os dados obtidos limitam as conclusões que se podem retirar do mesmo.

Existem limitações no acesso à informação, nomeadamente no que diz respeito á composição dos agregados familiares pelo que não conseguimos obter algumas informações, como é o caso do rendimento e do isolamento para o individuo respondente e apenas para o agregado, limitando o detalhe estatístico do estudo. a amostra tem também falhas temporais visto que a aplicação do inquérito, foi faseado, assim algumas questões apenas foram colocadas a parte da amostra impedindo a sua utilização para um modelo global.

## REFERÊNCIAS

- ANNANDALE, E., & HUNT, K. (1990). Masculinity, femininity and sex: an exploration of their relative contribution to explaining gender differences in health. *Sociology of Health & Illness*, 12, 24 - 46.
- ANNANDALE, E., & HUNT, K. (2000). Gender inequalities in health. Retrieved from <http://ftp.mcgraw-hill.co.uk/openup/chapters/0335203647.pdf>
- ANNANDALE, E., & Hunt, K. (2000). Gender inequalities in health: research at the crossroads. In E. Annandale, & K. Hunt (Eds.), *Gender Inequalities in Health* pp. 1-35). Buckingham - Philadelphia: Open University Press.
- ANNANDALE, E., & Riska, E. (2009). New connections: Towards a Gender-Inclusive Approach to Women's and Men's Health. *Current Sociology*, 57, 123-133.
- ARBER, S., & Ginn, J. (1991). *Gender and Later Life. A Sociological Analysis of Resources and Constraints*. London: SAGE Publications.
- ARBER, S., Andersson, L., & Hoff, A. (2007a). Changing Approaches to Gender and Ageing: Introduction. *Current Sociology*, 55, 147-153.
- ARBER, S., Hislop, J., Bote, M., & Meadows, R. (2007b). Gender Roles and Women's Sleep in Mid and Later Life: a Quantitative Approach. *Sociological Research Online*, 12, 3.
- BACKES, G.M., Amrhein, L., Lasch, V., & Reimann, K. (2006). Gendered Life Course and Ageing - Implications on "Lebenslagen" of Ageing Women and Men. In G.M. Backes, V. Lasch, & K. Reimann (Eds.), *Gender, health and ageing: European perspectives on life course, health issues and social challenges* (p. 321). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- BASTOS, A., CASACA, S. F., NUNES, F., & PEREIRINHA, J. (2009). Women and poverty: A gender-sensitive approach. *The Journal of Socio-Economics*, 38, 764-778.
- BOWLING, A. (2007). Gender-specific and gender-sensitive associations with psychological health and morbidity in older age. Baseline findings from a British population survey of ageing. *Ageing & mental health*, 11(3), 301-9. doi:10.1080/13607860600963752
- BOTELHO, A. (2005). A funcionalidade dos idosos. In C. Paúl, & A. M. Fonseca, *Envelhecer em Portugal* (pp. 111-135). Lisboa: Climepsi Editores.
- CALASANTI, T. (2010). Gender Relations and Applied Research on Aging. *The Gerontologist*, 50, 720-734.
- CARAPINHEIRO, G. (2001). Inventar percursos, reinventar realidades: doentes, trajetórias sociais e realidades formais. *Etnográfica*, V (2), 335-358.
- CARRILHO, Maria José; PATRÍCIO, Lurdes. *A Situação Demográfica Recente em Portugal*, Lisboa: INE, 2007
- CARVALHO H. *Análise multivariada de dados qualitativos. Utilização da HOMALS com o SPSS*. Edições Sílabo. Lisboa. 2004.
- CONNELL, R. (2012). Gender, health and theory: Conceptualizing the issue, in local and world perspective. *Social Science & Medicine*, 74, 1675-1683.
- COURTENAY, W. H. (2000). Constructions of masculinity and their influence on men's well-being: a theory of gender and health. *Social science & medicine* (1982), 50(10), 1385-401. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10741575>

- CRIMMINS, E., Ki Kim, J., & Solé-Auró, A. (2010). Gender differences in health: results from SHARE, ELSA and HRS. *European Journal of Public Health*, 21, 81-91.
- DAVIDSON, K.W., Trudeau, K.J., van Roosmalen, E., Stewart, M., & Kirkland, S. (2006). Gender as a health determinant and implications for health education. *Health Education & Behavior*, 33, 731-743.
- DIRECÇÃO – GERAL DA SAÚDE. Elementos Estatísticos: Informação Geral: Saúde 2000 / Direcção-Geral da Saúde. – Lisboa: Direcção-Geral da Saúde, 2003. – 167 p. – (Estatísticas)
- DOYAL, L. (2000). Gender equity in health: debates and dilemmas. *Social Science & Medicine*(51), 931-939.
- DOYAL, L. (2001). Sex, gender, and health: the need for a new approach. *British Medical Journal*, 323, 1061-1063.
- DOYAL, L. (2002). Putting gender into health and globalisation debates: new perspectives and old challenges. *Third World Quarterly*, 23, 233-250.
- DOYAL, L. (2004). Gender and the 10/90 gap in health research. *Bulletin of the World Health Organisation*, 82, 162.
- EWING, JOHN A. "Detecting Alcoholism: The CAGE Questionnaire" *JAMA* 252: 1905-1907, 1984.
- FERNANDES, Ana A. – Determinantes da mortalidade e da longevidade: Portugal numa perspectiva europeia (UE15, 1991-2001).«Análise Social». Lisboa: Instituto das Ciências Sociais da Universidade de Lisboa. volXLII (183) (2007). 419-443
- FERNANDES, Ana Alexandre. Questões Demográficas: Demografia e Sociologia da População. Lisboa: Edições Colibri-Faculdade de Ciências Sociais e Humans da UNL, 2008
- FERRER, A., BADÍA, T., FORMIGA, F., ALMEDA, J., FERNÁNDEZ, C., & PUJOL, R. (2011A). [Gender differences in health status in a population of over 85 year-olds: the Octabaix study]. *Atencion primaria / Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria*, 43(11), 577–84. doi:10.1016/j.aprim.2010.09.029
- GARCÍA-CALVENTE, M. D., HIDALGO-RUZZANTE, N., RÍO-LOZANO, M., MARCOS-MARCOS, J., MARTÍNEZ- MORANTE, E., MAROTO-NAVARRO, G., et al. (2012). Exhausted women, tough men: a qualitative study on gender differences in health, vulnerability and coping with illness in Spain. *Sociology of Health & Illness* , 34 (6), 911-926.
- GUERRA, I. C. Pesquisa qualitativa e Análise de Conteúdo – Sentidos e formas de uso. Principia ed. Estoril: [s.n.].
- HERZLICH, C. Santé et Maladie, analyse d'une représentation sociale. Editions d ed. Paris: [s.n.].
- HERZLICH, C.; ADAM, P. Sociologie de la maladie et de la médecine. Paris: Armand Colin, 2004.
- HOLSTEIN, J.; GUBRIUM, J. Constructionist Perspectives on the Life Course. *Sociology Compass*, v. 1, p. 335-352, 2007.
- HUNT, Kate; ADAMSON, Joy; GALDAS, Paul - Gender and Help-seeking: Towards Gender-comparative Studies . In: «The Palgrave Handbook of Gender and Health: Gendering Healthcare and Policy». United Kingdom. Kuhlmann, Ellen & Annandale, Ellen, 2010. 207-222
- IRWIN, A., & Scali, E. (2007). Action on the social determinants of health: a historical perspective. *Global Public Health*, 2, 235-256.

- JODELET, D. Représentation sociale: phénomènes, concept et théorie. In: MOSCOVICI (ORG.), S. (Ed.). *Psychologie Sociale*. Paris: PUF, 1984. p. 357-378.
- KIRCHENGAST, S., & HASLINGER, B. (2008). Gender Differences in Health-Related Quality of Life Among Healthy Aged and Old-Aged Austrians: Cross-Sectional Analysis. *Gender Medicine*, 5, 270-278.
- KLINGE, Ineke – Gender Assessment: European Health Research Policies. In: «The Palgrave Handbook of Gender and Health: Gendering Healthcare and Policy». United Kingdom. Kuhlmann, Ellen & Annandale, Ellen, 2010. 91-107
- KNODEL, J., & OFSTEDAL, M.B. (2003). Gender and Aging in the Developing World: Where are the Men? *Population and Development Review*, 29, 677-698.
- KREKULA, C. (2007). The intersection of Age and Gender. *Reworking Gender Theory and Social Gerontology*. *Current Sociology*, 55, 155-171.
- KRIEGER, N. (2003). Gender, sexes, and health: what are the connections - and why does it matter? *International Journal of Epidemiology*, 32, 652-657.
- KUHLMANN, E., & ANNANDALE, E. (2012). Bringing Gender to the Heart of Health Policy, Practice and Research. In E. Kuhlmann, & E. Annandale (Eds.), *The Palgrave Handbook of Gender and Healthcare* pp. 1-18). United Kingdom: Palgrave Macmillan.
- LASCH, V., REIMANN, K., & BACKES, G.M. (2006). Gender, Health, and Ageing: An Introduction. In G.M. Backes, V. Lasch, & K. Reimann (Eds.), *Gender, Health and Ageing European Perspectives on Life Course, Health Issues and Social Challenges* pp. 11-28). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- LIN, Vivian & L'ORANGE, Helen - Gender-sensitive Indicators for Healthcare. In: «The Palgrave Handbook of Gender and Health: Gendering Healthcare and Policy». United Kingdom. Kuhlmann, Ellen & Annandale, Ellen, 2010.72-91
- LÓPEZ, P.M., Fernández-Ballesteros, R., Zamarrón, M.D., & López, S.R. (2011). Anthropometric, Body Composition and Health Determinants of Active Ageing: a Gender Approach. *Journal of Biosocial Science*, 00, 1-14.
- MACINTYRE, S., HUNT, K., & SWEETING, H. (1996). Gender differences in health: Are things really as simply as they seem? *Social Science & Medicine*, 42, 617-624.
- MARMOT, M., FRIEL, S., HOUWELLING, T.A., & TAYLOR, S. (2008). Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. *Lancet*, 372, 1661-1669.
- MAROCO J. *Análise Estatística com o PASW Statistics (ex-SPSS)*. Report Number. Lisboa. 2010.
- MARQUES, A. M. (2010). Género e Saúde: Uma Relação ainda Oculta. In M. N. Strey, C. Nogueira & M. R. Azambuja (Eds.), *Gênero & saúde: diálogos ibero-brasileiros* (pp. 328). Porto Alegre: EDIPUCRS - Editora Universitária de PUCRS.
- MELÉNDEZ, J.C., Tomás, J.M., & Navarro, E. (2011). Actividades de la vida diaria y bienestar y su relación con la edad y el género en la vejez. *Anales de Psicología*, 27, 164-169.
- MOREIRA AC. Comparação da Análise de Componentes Principais e da CATPCA na Avaliação da Satisfação do Passageiro de uma Transportadora Aérea. *Investigação Operacional*, 27 (2007) 165-178 165.
- MOSS, N. E. (2002). Gender equity and socioeconomic inequality: a framework for the patterning of women's health. *Social Science & Medicine*, 54, 649–661.

- MOTA-PINTO, A., RODRIGUES, V., BOTELHO, A., VERÍSSIMO, M. T., MORAIS, A., ALVES, C., ROSA, M. S., ET AL. (2010). A socio-demographic study of aging in the Portuguese population: the EPEPP study. *Archives of gerontology and geriatrics*, 52(3), 304–8. doi:10.1016/j.archger.2010.04.019
- NOWATZI, N., & GRANT, K.R. (2011). Sex is not enough: The need for Gender-based analysis in health research. *Health Care for Women International*, 32, 263-277.
- O'BRIEN, ROSALEEN, HART, J. G., & HUNT, K. (2007). "Standing Out from the Herd": Men Renegotiating Masculinity in Relation to Their Experience of Illness. *International Journal of Men's Health*, 6(3), 178–200.
- O'BRIEN, ROSALEEN, HUNT, K., & HART, G. (2005). "It's caveman stuff, but that is to a certain extent how guys still operate": men's accounts of masculinity and help seeking. *Social Science & Medicine*, Vol 61(3), 503–516.
- OKSUZYAN, A., BRONNUM-HANSEN, H., & JEUNE, B. (2010). Gender gap in health expectancy. *European Journal of Ageing*, 7, 213–218.
- ORFILA, F., FERRER, M., LAMARCA, R., TEBE, C., DOMINGO-SALVANY, A., & ALONSO, J. (2006). Gender differences in health-related quality of life among the elderly: the role of objective functional capacity and chronic conditions. *Social science & medicine* (1982), 63(9), 2367–80. doi:10.1016/j.socscimed.2006.06.017
- ÖSTLIN, P. (2005). What evidence is there about the effects of health care reforms on gender equity, particularly in health? Copenhagen: Health Evidence Network.
- PAÚL, C., FONSECA, A. M., MARTÍN, I., & AMADO, J. (2005). Satisfação e qualidade de vida em idosos portugueses. In C. Paúl, & A. M. Fonseca, *Envelhecer em Portugal* (pp. 75-95). Lisboa: Climepsi Editores.
- PERELMAN, Julian; FERNANDES, Ana A.; MATEUS, Céu – Health and Health Care in Portugal: Does Gender Matter? Lisboa: Instituto Nacional de Saúde Ricardo Jorge (INSA). (2010)
- PESTANA M. H. e Gageiro J. N. (2005) *Análise de Dados para Ciências Sociais. A Complementaridade do SPSS- 3ª Edição. Edições Sílabo. Lisboa. 2003.*
- POPAY, J., Williams, G., THOMAS, C., & Gatrell, A. (1998). Theorising inequalities in health: the place of lay knowledge. *Sociology of Health & Illness*, 20, 619-644.
- READ, S., & GRUNDY, E. (2011). Mental health among older married couples: the role of gender and family life. *Social Psychiatry and Psychiatry Epidemiology*, 46, 331-341.
- RIBEIRO, O. (2010). Saúde, masculinidade e envelhecimento: reflexões sociais numa perspectiva de género. In M. N. Strey, C. Nogueira, & M. R. Azambuja (orgs.) (Eds.), *Génro & Saúde: Diálogos Ibero-Brasileiros* (pp. 303–324). Porto Alegre: Edipucrs.
- RUEDA, S., & ARTAZCOZ, L. (2009). Gender inequality in health among elderly people in a combined framework of socioeconomic position, family characteristics and social support. *Ageing & Society*, 29, 625-647.
- RUSSELL, C. (2007). What Do Older Women and Men Want?: Gender Differences in the 'Lived Experience' of Ageing. *Current Sociology*, 55, 173-192.
- SCHOFIELD, T. (2012). Men's Health and Well-being. In E. Kuhlmann, & E. Annandale (Eds.), *The Palgrave Handbook of Gender and Healthcare* pp. 273-289). United Kingdom: Palgrave Macmillan.
- SEN, G., & ÖSTLIN, P. (2007). Unequal, Unfair, Ineffective and Inefficient. *Gender Inequity in Health: Why it exists and how we can change it: Women and Gender Equity Knowledge Network.*

- SILVA, L. F. (2008). Saber Prático de Saúde: As Lógicas do Saudável no Quotidiano (Edições Af.).
- SLOAN, C., GOUGH, B., & CONNER, M. (2010). Healthy masculinities? How ostensibly healthy men talk about lifestyle, health and gender. *Psychology & health*, 25(7), 783–803.
- SPRINGER, K.W., HANKIVSKY, O., & BATES, L.M. (2012). Gender and health: Relational, intersectional, and biosocial approaches. *Social Science & Medicine*, 74, 1661-1666.
- THEOBALD, S., SIMWAKA, B.N., & KLUGMAN, B. (2006). Gender, health and development III: engendering health research. *Progress in Development Studies*, 6, 337-342.
- VINTÉM, João Manuel – Inquéritos Nacionais de Saúde: auto-percepção do estado de saúde: uma análise em torno da questão de género e da escolaridade. «Revista Portuguesa de Saúde Pública» .Vol.26 (nº2). 2008. 5-16
- WHOQOL GROUP. The development of the World Health Organization quality of life assessment instrument (the WHOQOL). In: Orley J , Kuyken W, (editors). *Quality of life assessment:international perspectives*. Heigelberg: Springer Verlag; 1994. p 41-60.
- WORLD HEALTH ORGANISATION. (1998). *Health Promotion Glossary*. Geneve: World Health Organisation.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION – Towards a Conceptual Framework for Analysis and Action on the Social Determinants of Health (Discussion paper for the Comissiono n Social Determinants of Health). Geneva, 5 May 2005
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). EuroHIS – Development of Common instruments for Health Interview Surveys in the European Region. WHO, Copenhagen, 2003.

## **ESTATISTICAS**

- INE, CENSO 2001: Resultados definitivos: XIV recenseamento geral da população: IV recenseamento geral da habitação / Instituto Nacional de Estatística. Lisboa : I.N.E., 2001
- Global Database on BMI, WHO [http://apps.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro\\_3.html](http://apps.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro_3.html), acedido 05/12/11).
- Instituto de Emprego e Formação Profissional Ministério do Emprego e da Segurança Social, Classificação Nacional das Profissões versão de 1994.
- Health & Consumer Protection Directorate-General. *The State of Mental Health in the European Union*. European Comission 2004.
- Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge. Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006. Lisboa, INSA, 2007.
- GONÇALVES, C. ; CARRILHO, M. J. Envelhecimento crescente mas espacialmente desigual. Instituto Nacional de Estatística: Lisboa, 2007

**FICHA DE ANÁLISE PARA REVISÃO SISTEMÁTICA DE LITERATURA**(Aplicar uma ficha por cada artigo)**Título do artigo:****1º Autor** (Apelido, Nome):**Revisão feita por:****Artigo excluído:**  
\_\_\_\_\_

<b>Motivos de exclusão:</b>	
Grupo-alvo (não aborda os idosos) amostra generalizada, não específica para os idosos	
Local do estudo (país fora da região Europeia)	
Data de publicação (estudo anterior a 2005)	
Língua de publicação (não acessível directamente)	
Tipo de estudo (não se trata de um estudo empírico)	

Análise de género (o conceito de género não é entendido enquanto constructo social) <sup>1</sup>	
Outro. Qual?	

**Artigo aceite para revisão:**

---

**1. Ano de publicação** (escrever o ano, 4 dígitos)

**2. Publicação** (escrever o nome completo da revista)

**3. Pertinência – presença** (o estudo identifica motivos para justificar uma abordagem pelo género?)

Sim		Não	
-----	--	-----	--

*(se respondeu não, avance para a pergunta 6)*

**4. Pertinência – Motivos** (quais os motivos directamente apontados no texto para a pertinência de uma abordagem de género? Espaço de resposta aberto)

factores ambientais

**5. Pertinência – Envelhecimento** (o estudo apresenta motivos para justificar uma abordagem pelo género junto dos mais velhos? Espaço de resposta aberto)

---

<sup>1</sup> Acordou-se numa análise mais restrita; numa segunda fase podemos analisar se os artigos que foram excluídos por este motivo poderão ser integrados ou alvo de uma análise separada.

**6. Área temática de saúde** (qual a sub-área temática de saúde tratada pelo estudo? Ex. hábitos tabágicos, depressão, etc. Listar todas as sub-áreas referidas)

**7. Conceito de género – identificação** (o estudo identifica o que entende por género?)

Sim		Não	
-----	--	-----	--

*(se respondeu não, avance para a pergunta 9)*

**8. Conceito de género – fundamentação** (Qual o entendimento de género presente no texto, assim como as correntes teóricas ou os autores que o sustentam? Espaço de resposta aberto)

**9. Contexto social e cultural do estudo – âmbito** (Existem outras variáveis sociais presentes na investigação? Ex. rendimento, profissão, escolaridade)

Sim	Não	
-----	-----	--

*(se respondeu não, avance para a pergunta 11)*

**10. Contexto social e cultural do estudo – identificação** (liste todas as variáveis sociais presentes no estudo)

**11. Escala do estudo** (assinalar todas as respostas que se apliquem)

Europeu		Nacional		Regional		Local		Outro	
---------	--	----------	--	----------	--	-------	--	-------	--

**12. País(es)** *(escrever o nome de todos os países onde foram recolhidos dados)*

**13. Amostra – Número** *(indicar o número de participantes ou sujeitos da amostra)*

**14. Amostra – data** *(ano(s) em que os dados foram recolhidos)*

**15. Amostra – Faixa etária** *(indicar a idade mínima e a máxima dos participantes ou sujeitos envolvidos; indicar a média de idades quando referida no texto)*

Idade mínima		Idade máxima		Média idades	
--------------	--	--------------	--	--------------	--

**16. Amostra – Sexo** *(assinalar a resposta que se aplica. Assinalar apenas uma resposta)*

Apenas mulheres		Apenas homens		Ambos os sexos	
-----------------	--	---------------	--	----------------	--

**17. Amostra – Sexo / faixa etária** *(indicar a idade mínima e máxima por sexo; média quando referida)*

	Idade mínima	Idade máxima	Média idade	Não aplicável
--	--------------	--------------	-------------	---------------

Mulheres				
Homens				

**18. Amostra – Representatividade** (*apenas para estudos que utilizem métodos quantitativos; assinalar a resposta que se aplica. Assinalar apenas uma resposta*)

Amostra representativa		Amostra não representativa		Informação ausente	
------------------------	--	----------------------------	--	--------------------	--

**19. Metodologia** (*assinalar a resposta que se aplica. Assinalar apenas uma resposta*)

Apenas quantitativa		Apenas qualitativa		Ambas as metodologias	
---------------------	--	--------------------	--	-----------------------	--

**20. Métodos** (*listar todos os métodos aplicados pelo estudo conforme são identificados no mesmo. Ex. inquérito por questionário, entrevistas estruturadas, etc.*)

**21. Conclusões** (*quais as principais conclusões face à pertinência do género face à temática de saúde abordada? Espaço de resposta aberto*)

**22. Recomendações** (*existem recomendações relativamente ao desenvolvimento de linhas de investigação ou temas?*)

**23. Outras notas:**

**Guião da Entrevista**

## Áreas temáticas de análise de conteúdo

**1. Saúde**

## 1.1. Representação social de saúde e doença

- O que é para si ter saúde e quais são as condições necessárias para se ser/sentir saudável?
- Que condições são necessárias para envelhecer de forma saudável?
- O que é para si estar doente?

## 1.2. Comportamentos saudáveis (perspetiva de ciclo de vida)

- Que preocupações tem consigo em termos de saúde? o que faz?
- No seu dia-a-dia que medidas/ou cuidados tem com a sua própria saúde?
- Que preocupações teve com a sua saúde ao longo da sua vida e de que forma isso se repercutiu hoje na sua saúde?
- Hoje, com a idade o que mudou em relação ao passado no seu comportamento (consumo de álcool, exercício físico, cuidado com a alimentação, etc.?)

## 1.3. Utilização e relação com os serviços de saúde

- Descreva-me qual é a sua relação com os serviços de saúde, onde, como, quando e porquê os utiliza?
- Qual a periodicidade na utilização dos serviços de saúde (hoje e no passado)?

**2. Participação Social**

## 2.1. Família e redes sociais

- Quais são as pessoas (família, amigos, vizinhos) com quem mais se relaciona no seu dia a dia?
- Que tipos de apoio recebe de outros e presta a outras pessoas (o quê, por quem, frequência de contacto)?

## 2.2. Atividades e Comunidade

- Como organiza habitualmente o seu dia-a-dia? o que faz?
- Tem algum trabalho ou ocupação profissional? Quais as razões que o/a levaram a fazer essa escolha?
- Fale-me um pouco mais sobre as suas catividades.

Faz trabalho voluntario? Participa em associações (juntas de freguesia, culturais, grupos espirituais ou cívicos?

- Quais os seus hábitos culturais (museus, concertos, exposições, teatro?
- Contribui para a sua comunidade? De que forma?
- Sente-se apoiada/o e/ou ouvida/o pelo resto da sociedade? Quais as razões para esta situação?

### **3.Segurança**

#### 3.1. Rendimentos e Protecção social

- Na sua opinião o que necessita para viver com qualidade de vida /ou de forma confortável? Que necessidades têm de ser asseguradas?
- Sente que tem o necessário e é auxiliado pela sociedade para fazer face às necessidades do dia-a-dia?

#### 3.2. Condições do contexto ambiental e social

- Descreva-me o ambiente onde vive, a sua casa, o seu bairro e cidade...o espaço físico, a segurança, os equipamentos e serviços, as acessibilidades, etc...
- O que pensa das condições físicas que descreveu? Considera que estão adequadas às suas necessidades?
- Na sua opinião quais as alterações que podiam ser feitas para que se sentisse mais integrado/confortável?

Entrevista nº/ Participante nº

**Idade** \_\_\_\_\_

**Sexo**

Feminino       Masculino

**Anos de escolaridade completados com sucesso** \_\_\_\_\_

**Estado civil**

Solteiro/a

Casado/a

Divorciado/a

Viúvo/a

**Vive conjugalmente com alguém?**

Sim

Não

**Nº de pessoas do agregado familiar** \_\_\_\_\_

**Nº de dependentes** \_\_\_\_\_

**Escalão de rendimento bruto mensal individual**

- a) até 150€;
- b) 150€ a 350€;
- c) 350€ a 500€;

- d) 500€ - 750€;
- e) 750€ - 1000€;
- f) 1000€ - 1250€;
- g) 1250€ a 1500€;
- h) 1500€ a 2000€;
- i) acima de 2000€

**Como considera o seu estado de saúde?**

Muito Mau

Mau

Razoável

Bom

Muito Bom

**Doenças diagnosticadas pelo seu médico**

---

---

---

**Nº de doenças diagnosticadas pelo seu médico** \_\_\_\_\_

**Toma medicamentos?**

Sim  Não

**Que género de medicamentos toma?**

Comprimidos/cápsulas ingeríveis

Ampolas

Aerossóis

Pomadas/gel

Outros

**Quantos comprimidos toma por dia?**

1

2 a 4

5 a 10

**Quantas vezes por dia?**

1 vez por dia

2 vezes por dia

3 vezes por dia

Mais de 3 vezes por dia

**Realiza outros tratamentos médicos? Quais?**

---

---

**Quantas vezes por semana?**

1 vez por semana

2 a 3 vezes por semana

Mais de 3 vezes por semana

**Assinale a quais dos profissionais de saúde recorre:**

Médicos

Enfermeiros

Psicólogos

Farmacêuticos

Fisioterapeutas

Outros

**Qual a frequência com que recorre a serviços de cuidados em saúde?**

1 vez por semana

2 a 3 vezes por semana

Mais de 3 vezes por semana

