

**De 1 a 10:
a Saúde
que se tem**

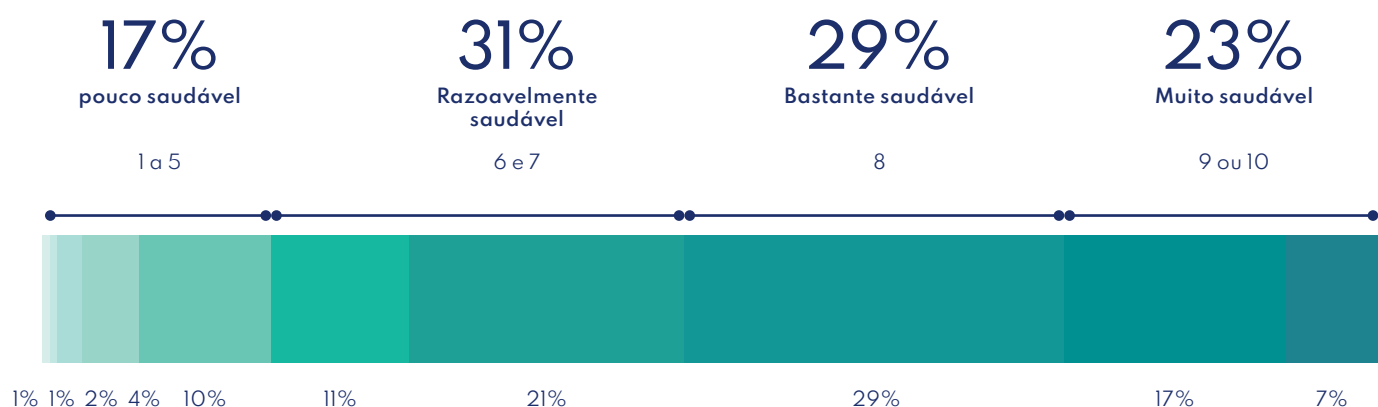
A investigação conduz-nos a uma concepção de saúde como um estado de pior ou melhor desempenho sobre um eixo que traduz o potencial de bem-estar de cada pessoa num determinado momento. Assenta no pressuposto de que há um percurso de vida – uma herança genética e uma história de limitações que se vão estabelecendo - que marca um determinado potencial de saúde, necessariamente distinto entre indivíduos.

Ao determinar a sua posição num eixo (figurativo), cada pessoa avalia a distância a que se encontra daquilo que acredita ser o seu potencial de saúde ou bem-estar.

Numa escala de 1 a 10 onde situaria o seu estado actual de saúde?

7,3

MÉDIA DE RESPOSTAS



Metade (52%) dos portugueses com mais de 18 anos avalia como bom ou muito bom o seu estado de saúde, 31% considera o seu estado de saúde razoável e 17% mau ou muito mau

Utilizando uma escala de 1 a 10, em que 1 corresponde a “nada saudável” e 10 a “muito saudável”, onde situaria o seu actual estado de saúde? N= 1029

Numa escala de 1 a 10 onde situaria o seu estado actual de

Saúde física



7,4

MÉDIA DE RESPOSTAS

Saúde mental

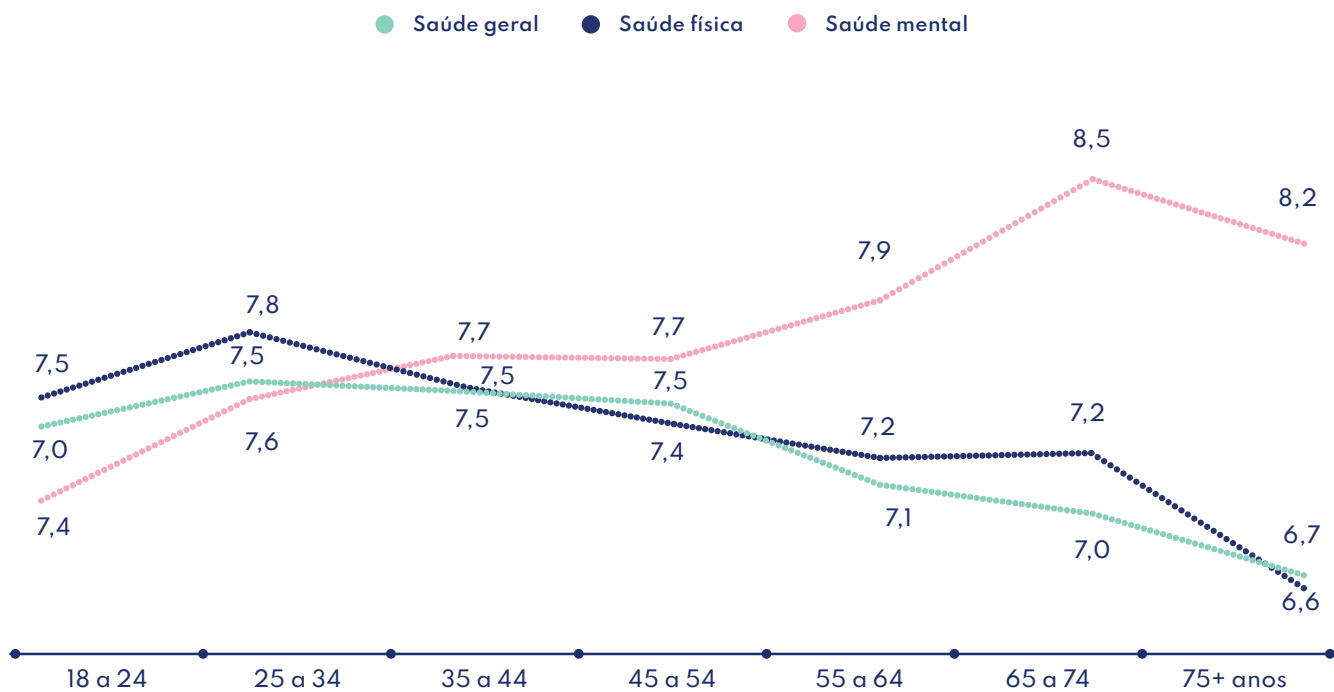


7,8

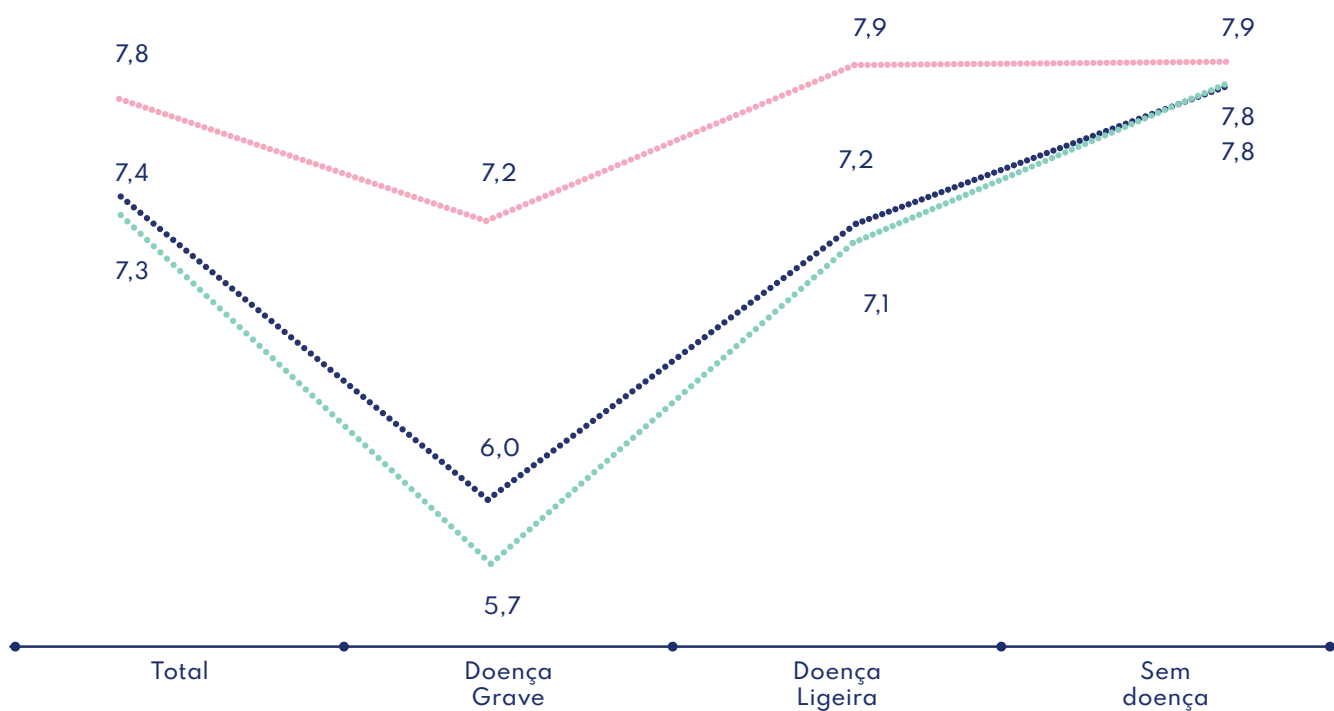
MÉDIA DE RESPOSTAS

Utilizando uma escala de 1 a 10, em que 1 corresponde a “nada saudável” e 10 a “muito saudável”, como avaliaria isoladamente a sua saúde física e a sua saúde mental? N=1029

DISTRIBUIÇÃO POR IDADE



DISTRIBUIÇÃO POR ESTADO DE SAÚDE



Onde situaria o seu estado actual de saúde?

Não portadores de doença



7,8

MÉDIA DE RESPOSTAS

Portadores de Doença Ligeira



7,1

MÉDIA DE RESPOSTAS

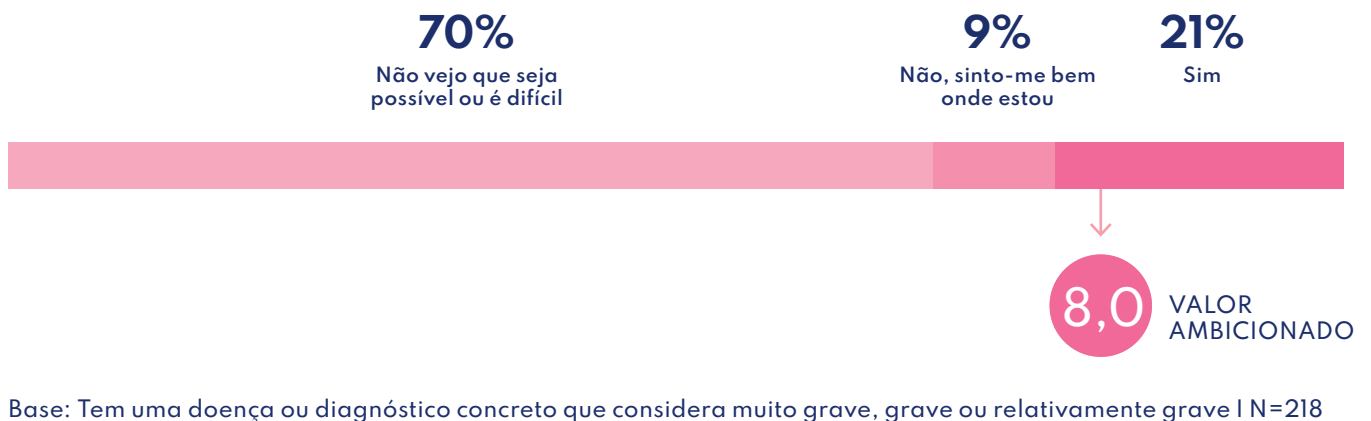
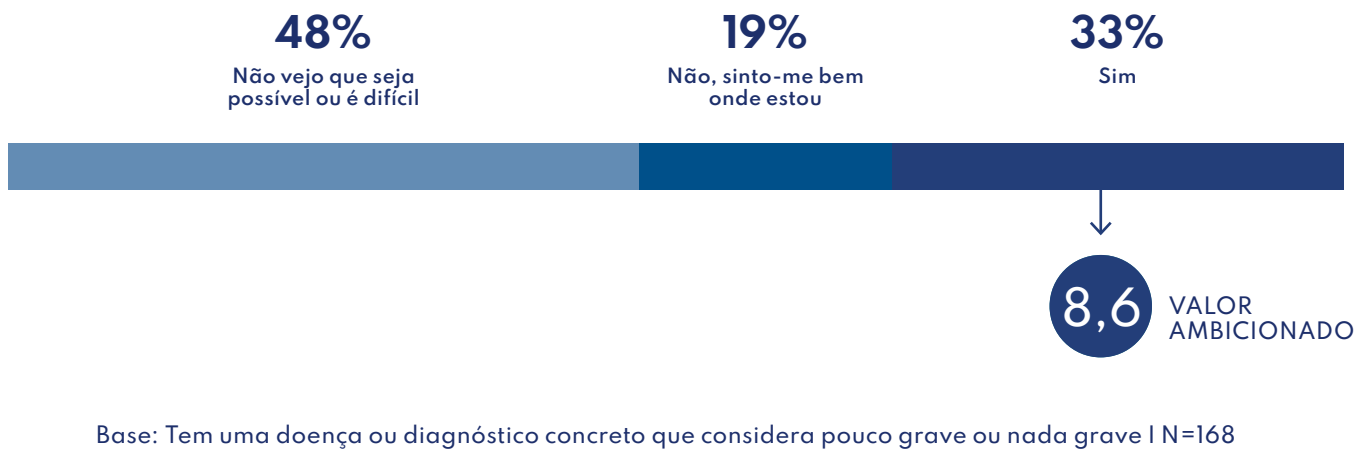
Portadores de Doença Grave ou Relativamente Grave



5,7

MÉDIA DE RESPOSTAS

Tem ambição de melhorar o seu estado de saúde?



As diferentes análises ao estado de saúde que as pessoas atribuem a si próprias permitem três importantes conclusões.

1. A distância ao potencial explica a auto-avaliação em saúde.

Não obstante a doença afectar a pontuação que as pessoas atribuem ao seu estado de saúde, há uma relativização (à saúde que se pode ter) que explica que pessoas sem qualquer doença se reconheçam pouco saudáveis e, sobretudo pela distância que se procura à figura de doente, pessoas com diagnósticos concretos de doença (até grave) se considerem razoavelmente e até bastante saudáveis. Na medida em que é subjectiva, a avaliação que as pessoas fazem da sua saúde pode contradizer a dos médicos e profissionais de saúde.

2. A primeira associação a saúde é o bem-estar físico.

É a dimensão física, e não a mental, que determina a avaliação que se faz de saúde em termos gerais, mesmo junto dos que têm uma doença diagnosticada. A linha da saúde descreve exactamente a da saúde física e está descolada da linha da saúde mental. Isso não significa que não existam problemas do foro mental, mas que eles são menos reconhecidos ou interferem menos na consideração da saúde que se tem.

3. A saúde mental tem significados muito distintos entre idades.

Mesmo que a satisfação com a vida experimente uma melhoria à medida que a idade avança, não é suficiente para explicar a grande distância na pontuação de saúde mental entre mais novos e mais velhos. É difícil acreditar que a idade dissolva problemas como a ansiedade, a depressão ou até mesmo a dependência de substâncias como o álcool. Por mais que se suavizem os temas do trabalho ou as tensões familiares, e se aprenda a viver com o que se é e o que se tem, há uma série de outros aspectos relacionados com a idade avançada - a maior prevalência de doenças, as fragilidades e limitações físicas, a desocupação, a solidão, o luto - que seguramente determinam mal-estar psicológico.

A hipótese será a de que, junto dos mais velhos, a saúde mental esteja mais conotada, por um lado, com a capacidade de raciocínio lógico e memória (sobretudo tendo em perspectiva problemas do foro mental mais comuns na velhice, como a doença de Alzheimer) e, por outro, o estigma histórico sobre quem sofre perturbações mentais. Até recentemente, o problema mental esgotava-se em doenças que levavam a formas indesejáveis de comportamento social. A excelente pontuação que as pessoas de 65 ou mais anos dão à sua saúde mental estará (provavelmente) ancorada nessa visão mais antiquada de encarar a saúde mental como uma forma de demência ou de loucura.

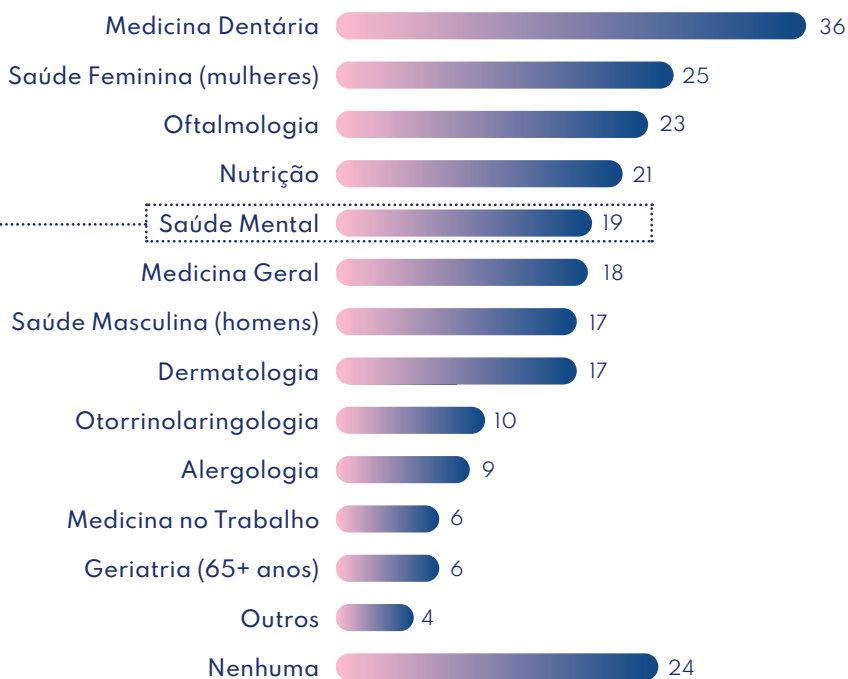
Embora a saúde saia razoavelmente bem pontuada e haja manifesta vontade de melhoria, acreditamos que há um desvio nessa pontuação relacionado não só com a incapacidade de reconhecer problemas do foro mental, como em estabelecer relações entre essas perturbações e o estado de saúde em geral.

Dos resultados deste estudo, deduz-se uma bolsa de mal-estar psicológico e emocional que penaliza a saúde dos portugueses, mas há uma ignorância ou uma ilusão de bem-estar que ofusca o exame e impede um correcto diagnóstico.

Áreas em que sente lacunas

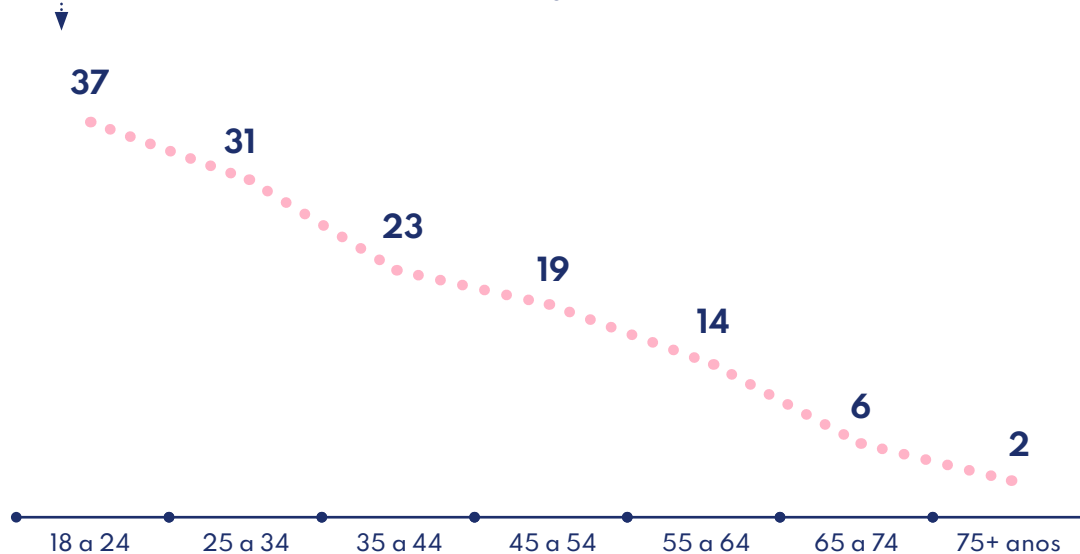
Da seguinte lista, em que áreas de prevenção sente estar em falta ou gostaria de ter melhor acompanhamento — %

N=1029

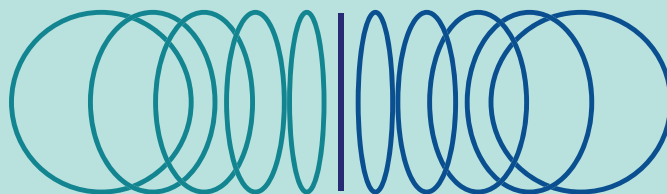


Sente estar em falta ou gostaria de ter mais acompanhamento na especialidade de saúde mental — %

N=1029



Perturbações que desencadeiam problemas de saúde em discurso directo

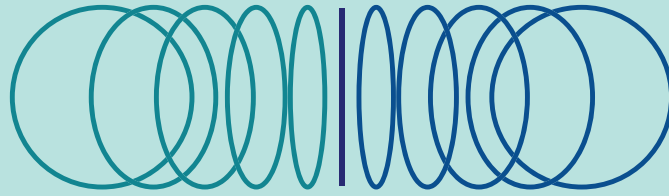


“Quando tenho um diagnóstico [de autismo] para o meu filho aos 18 meses, foi uma bomba. Nenhum pai está preparado para uma notícia destas.”

“Naquela fase afectou [a minha saúde]. No trabalho tinha uma actividade imensa, andava sempre numa aceleração. É possível que tenha sido o gatilho, o stress e a agitação do dia-a-dia, pode desencadear isso [espondilite anquilosante]. Pode haver predisposição, mas pode ser desencadeada pelo stress. Em termos profissionais, fiquei sobrecarregada. Quando veio esta colega, desacelerei e descomprimi. Quando descomprimi, veio tudo. Apareceu isto, a uveíte, e despoletou a doença auto-imune. Parece que foi quando isto veio tudo ao de cima.”

M, 42 anos, Odivelas

**Momentos em que se passa a
estar em 2º plano**
em discurso directo



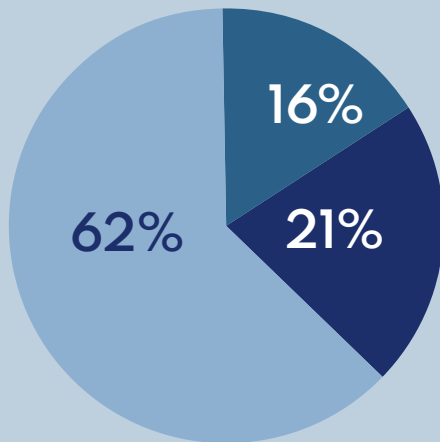
“Estou trabalhando e tenho de dar apoio à minha mãe. Não me sinto cansada do corpo, mas da cabeça. Não consigo dormir (...). A minha mãe está sozinha, os ossos estão a desfazer-se e tenho de a ajudar. (...) A minha vida ficou mais complicada, mais pesada. Não posso sair muito, é limitada em certas coisas. É só casa, casa, casa. (...) Deixo tudo arrematado de manhã. Entro às sete e saio às quatro [do trabalho]. Quando venho, acabo o que tenho para fazer. Meto a roupa a lavar, estendo, limpo o chão. Ela faz o que pode fazer... mas fica sentadinha à espera que eu chegue. Nas férias, não dá para viajar. (...) As minhas irmãs por vezes passam cá, mas é de corrida. Não dão banho, nada. É diferente.”

M, 44 anos, Ponta Delgada

Retrato clínico

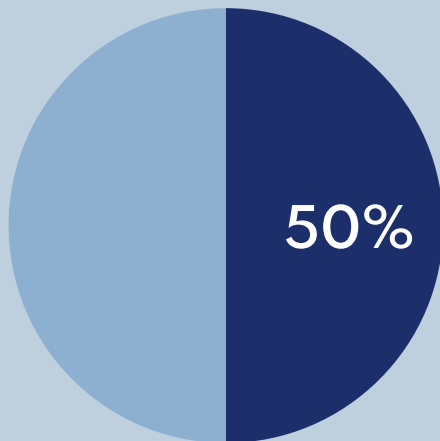
N=1029

ESTADO DE SAÚDE



- Não portadores de doença
- Portadores de Doença Ligeira
Tem um diagnóstico concreto que considera pouco grave ou nada grave
- Portadores de Doença Grave
Tem um diagnóstico concreto que considera muito grave, grave ou relativamente grave

FAZ ALGUMA MEDICAÇÃO REGULARMENTE

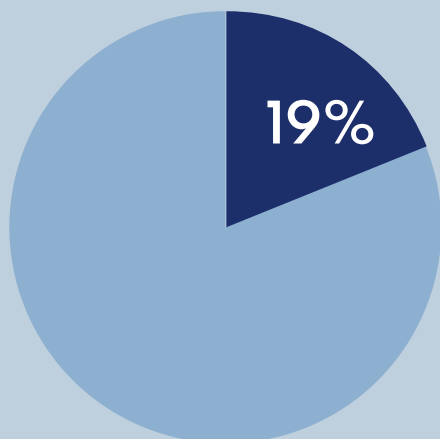


MEDICAÇÃO POR TIPO OU ACÇÃO TOP 5 | N=517

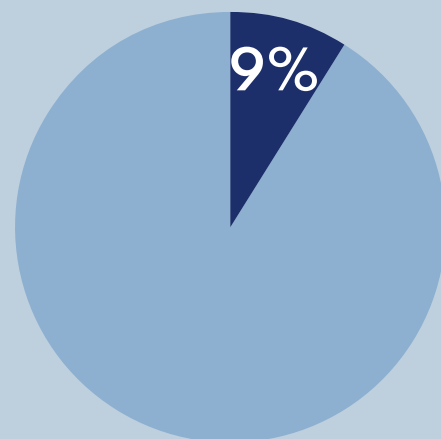
- 31% Tensão arterial
- 17% Colesterol
- 16% Perturbações mentais
(ansiolíticos, antidepressivos, etc.)
- 12% Diabetes
- 9% Cardíacos

A toma regular de medicamentos tem um peso muito significativo. Os mais comuns são os de acção sobre o sistema cardiovascular e perturbações mentais

ESTEVE HOSPITALIZADO NOS ÚLTIMOS 3 ANOS



SOFRE DE INCAPACIDADE



Portadores de Doença Grave

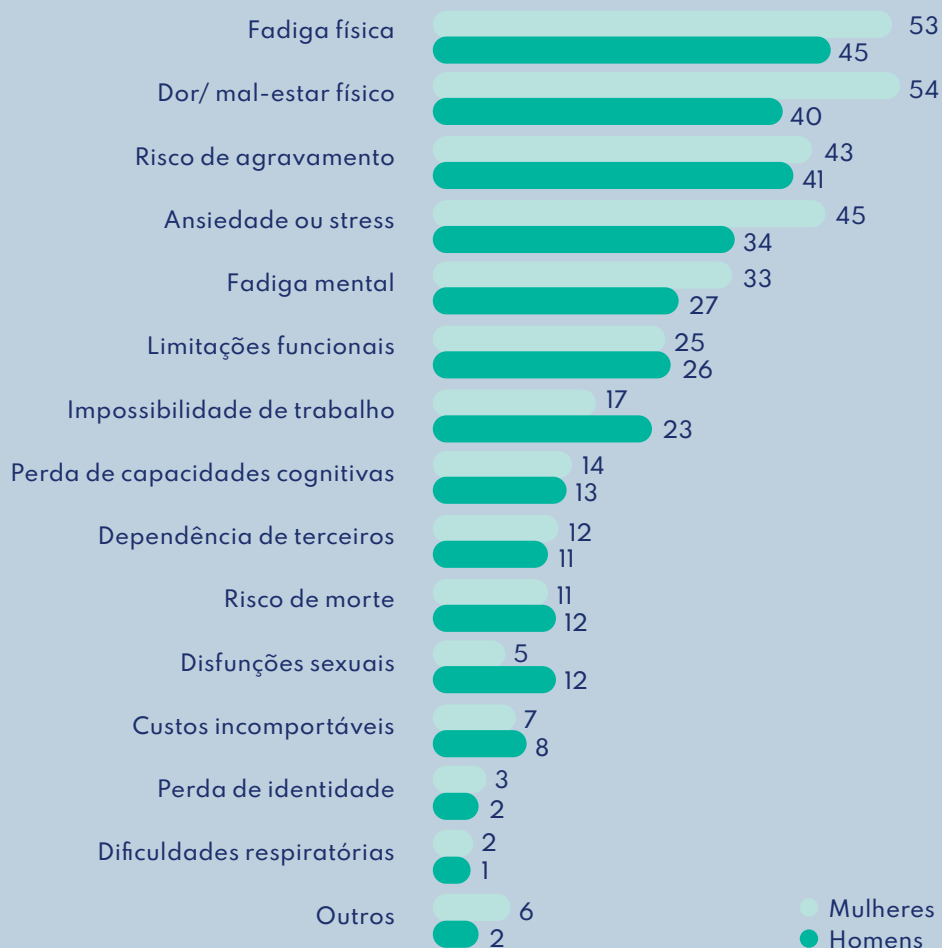
Tem um diagnóstico concreto que considera muito grave, grave ou relativamente grave
N=218

TIPO DE DOENÇA — %

TOP 10 (entre quem refere doença grave)



QUE MEDOS OU INCÓMODOS ASSOCIA À SUA DOENÇA? — %



Uma questão de idade

Entre o nascimento e a morte, estamos naturalmente sujeitos a mudanças biológicas, psicológicas e sociais que afetam diferentes dimensões da vida e, em particular, a saúde. A idade avançada não aumenta apenas o risco de morte e doença, como a exposição a uma série de disfunções, fragilidades e dependências que, não constituindo doença, interferem na qualidade de vida. Os nossos números acompanham, sem surpresa, todas as estatísticas que sugerem o aumento da doença (grave e ligeira) com a idade cronológica.

Bem assim, porque se vai encurtando a distância aos riscos, aumentam com a idade os comportamentos de prevenção, designadamente através de consultas e rastreios de rotina, sendo o argumento mais avançado por jovens incautos o facto de serem saudáveis e de acharem que a idade dispensa esse tipo de cuidados. À excepção dos jovens, a maioria dos portugueses considera-se cuidadoso e obediente às recomendações que conhece. Na medida em que se torna difícil aferir até que ponto as pessoas estão conscientes do que é recomendado para a sua condição de saúde ou para a sua idade, não se descarta a hipótese de haver alguma ilusão no cumprimento dessas regras de prevenção.

Também o esforço para um estilo de vida saudável cresce com a idade, o que não significa que não haja comportamentos saudáveis entre os mais novos, mas que o farão com menos esforço ou menos orientados a questões estritas de saúde (como o desporto).

A idade funciona como um marcador que desencadeia maior preocupação com a saúde, não só por obediência a um protocolo (médico) muito sedimentado na idade, como por reacção a mudanças no corpo que se observam ou antecipam.

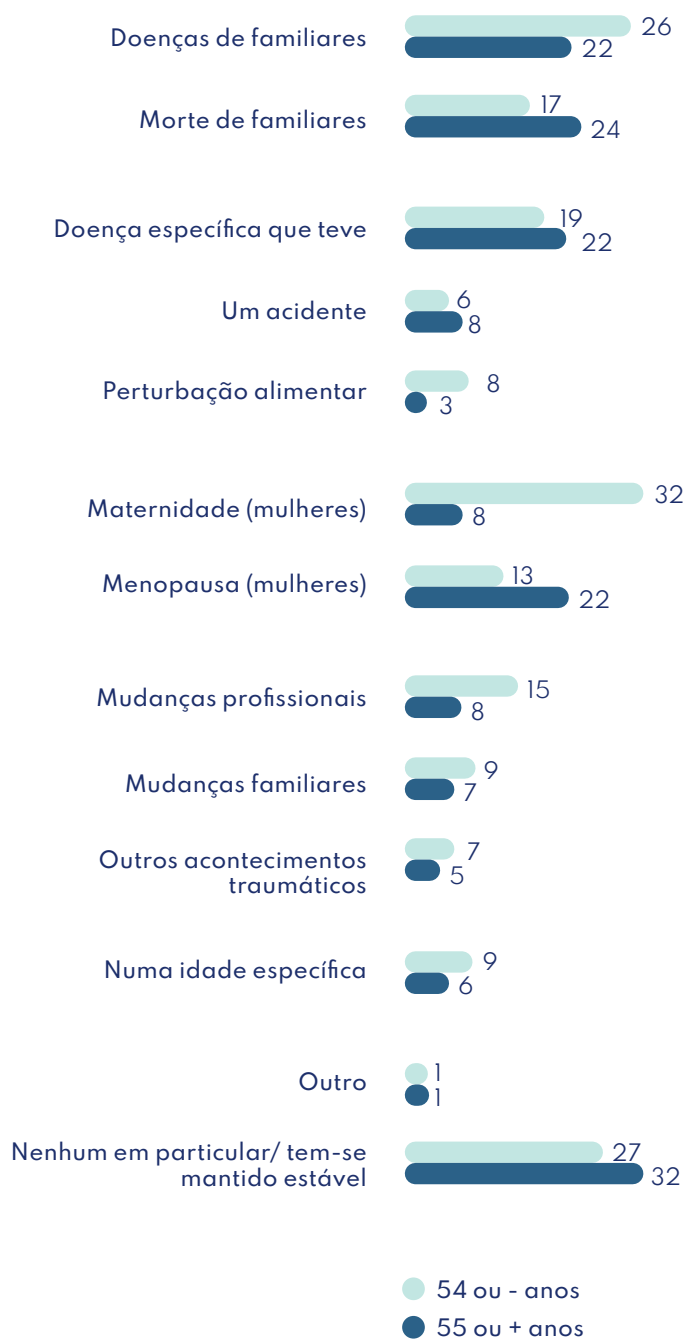
Embora indivíduos com a mesma idade cronológica experimentem idades fisiológicas diferentes, há uma reacção comum que é provocada pelo número de anos que se tem, sobretudo quando se aproximam da terceira idade.

O que a investigação também revela é que, não obstante o aspecto da idade, a relação com a saúde é alterada por eventos muitas vezes exteriores à pessoa ou à sua condição de saúde. Há ocorrências na cronologia de vida que ditam perturbações nessa relação, seja porque se passe a valorizar saúde de outra forma, ou porque o próprio acontecimento pode degenerar em problemas de saúde. A morte de um familiar, o divórcio, a viuvez, a doença de alguém que nos é próxima, são indutores de estados psicológicos que podem interferir na saúde. O stress em si mesmo pode ser um precursor de doença. Estes problemas não têm uma idade.

Verifica-se que, mesmo para quem já viveu uma boa parte da vida (pessoas com 55 ou mais anos), a morte e a doença de familiares terá contribuído mais para alterar a relação que tem com a sua saúde do que a idade, e tanto como a menopausa ou a sua própria doença.

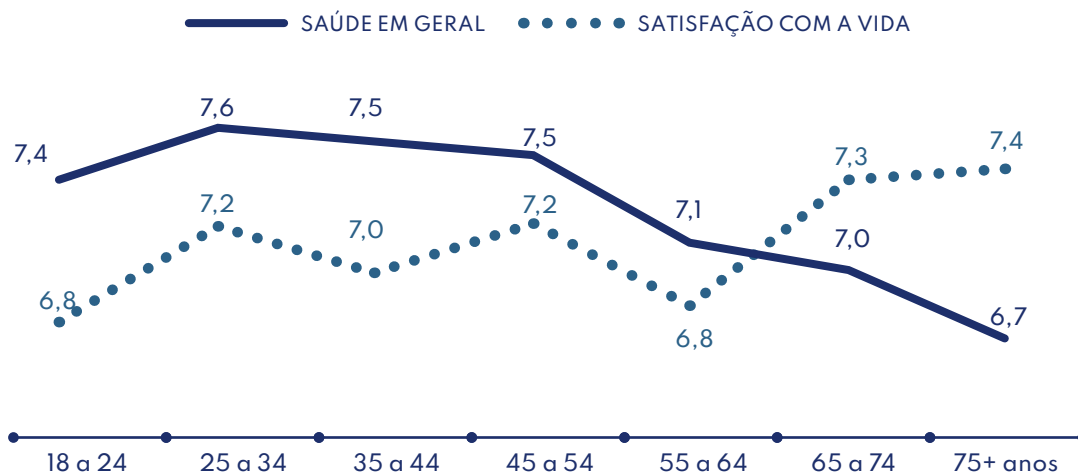
Finalmente, ao longo do ciclo de vida vão-se estabelecendo hierarquias de preocupação que alteram a relação com a saúde. Ser saudável não é uma prioridade para todos nem tem a mesma importância para cada pessoa ao longo do tempo. Para além da importância relativa face a outras dimensões da vida, há fases em que as pessoas se secundarizam, frequentemente, em detrimento da saúde dos filhos ou de familiares doentes de quem passem a ser cuidadores.

**OLHANDO PARA TRÁS E PENSANDO NA SUA VIDA,
 QUAIS OS ACONTECIMENTOS QUE MAIS ALTERARAM A RELAÇÃO
 QUE TEM COM A SAÚDE? —%**
 N=1029

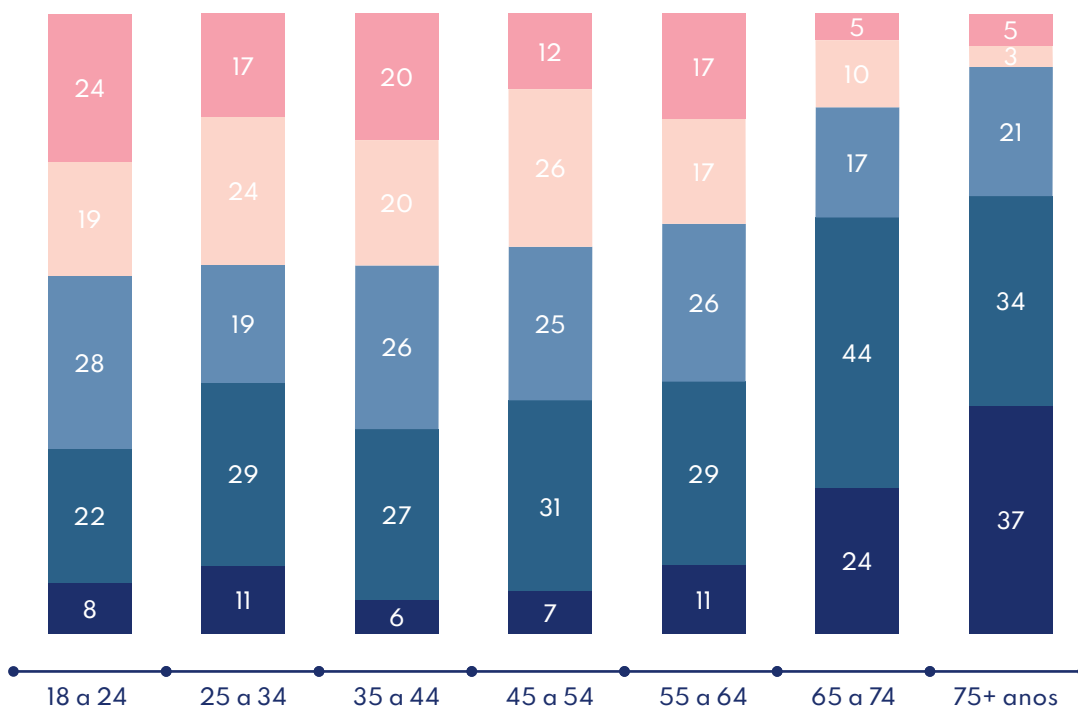


ESTADO DE SAÚDE E SATISFAÇÃO COM A VIDA

(valores médios numa escala de 1 a 10 | N=1029)

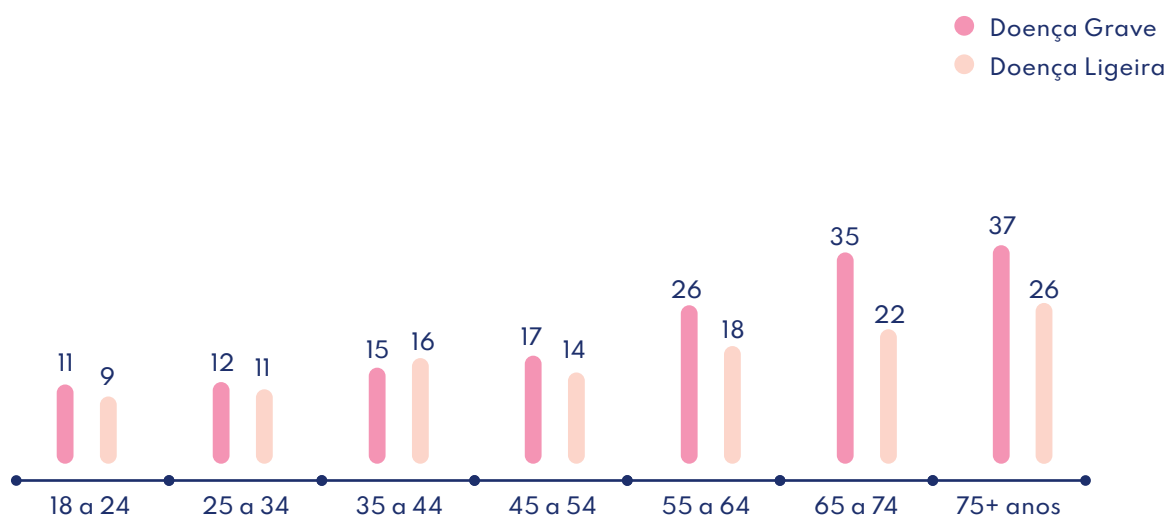


ESFORÇO PRÓ-ACTIVO NO DIA-A-DIA PARA SER SAUDÁVEL OU MAIS SAUDÁVEL — %

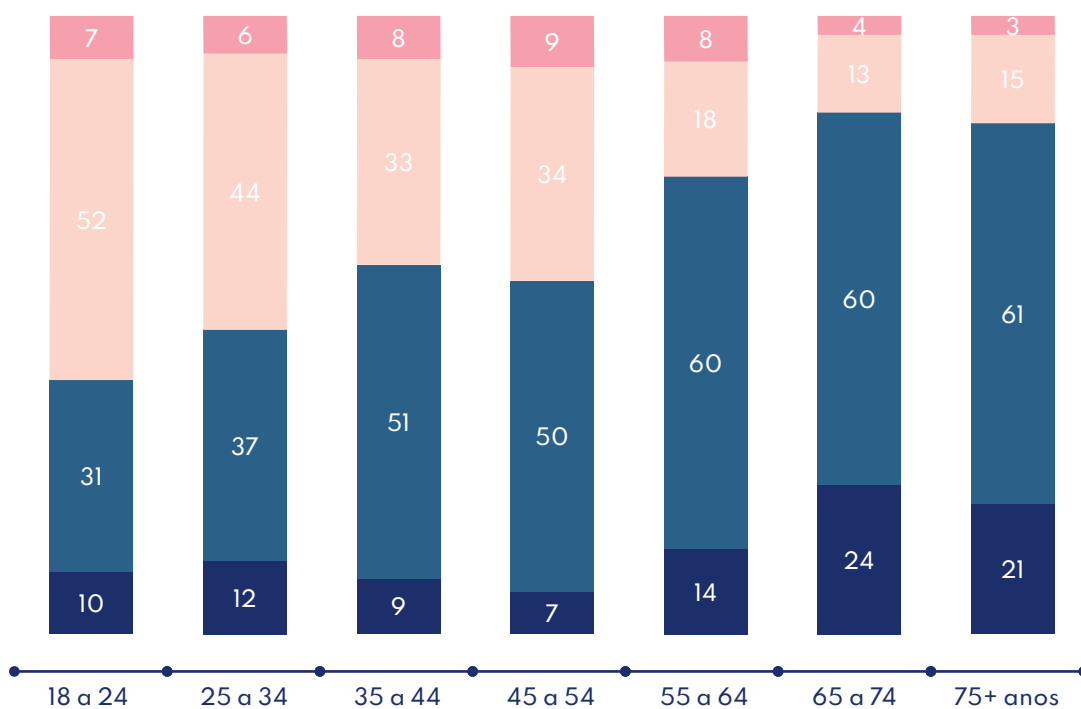


- Faço pouco ou muito pouco esforço
- Esforço-me o necessário para compensar comportamentos menos saudáveis
- Esforço-me essencialmente para não fazer estragos
- Esforço-me bastante para ter o meu equilíbrio
- Absolutamente, é um objectivo central na minha vida

PREVALÊNCIA DE DOENÇA — %



COMO ACTUA NA PREVENÇÃO DE DOENÇAS E ACOMPANHAMENTO MÉDICO DE ROTINA — %



- Tendo a ser pouco cuidadoso com a minha saúde; muitas vezes adio a ida ao médico mesmo perante algum sintoma ou sinal de alarme
- Só costumo actuar quando tenho algum sintoma ou sinal de alarme
- Sou cuidadoso, vou ao médico e faço exames de acordo com o que é recomendado
- Sou muito cuidadoso, faço exames e vou ao médico para além daquilo que é recomendado para a minha idade ou condição

Uma questão de género

A diferença entre géneros começa, desde logo, na esperança de vida à nascença, em que as mulheres portuguesas podem esperar viver, pelo menos, mais 5 anos do que os homens. Para além do estilo de vida, que os induz a mais comportamentos de risco e a actividades mais agressivas, os homens terão uma desvantagem biológica relativamente às mulheres.

Se eles morrem tendencialmente mais cedo, elas têm taxas de doença mais elevadas – sobretudo crónicas. Segundo o INE, as mulheres têm também mais limitações na realização de actividades devido a problemas de saúde. Em 2019, 9,2% das mulheres dizia-se severamente limitada e 28,8% limitada, mas não severamente, números que comparam com 6,5% e 20,9%, respectivamente, nos homens. Apesar da esperança média de vida, a estimativa de anos de vida saudável é mais baixa para as mulheres portuguesas.

No nosso estudo, as mulheres também revelam maior taxa de doença e atribuem pior pontuação à sua saúde, com 1 em cada 5 a considerar-se pouco ou muito pouco saudável. Reconhecem também, mais do que os homens, a sensação de descontrolo sobre o seu estado de saúde, nesse aspecto pesando, mais do que nos homens, temas do foro psicológico. A instabilidade na forma como se sentem e, sobretudo, a sensação de não conseguir controlar as emoções não são exclusivas, mas distanciam-nas dos homens.

Ainda que a distância não seja significativa, as mulheres são tendencialmente mais cumpridoras em termos de acompanhamento médico de rotina, referem mais cuidados com a alimentação e sucumbem menos a comportamentos de risco, como a ingestão de álcool ou tabagismo.

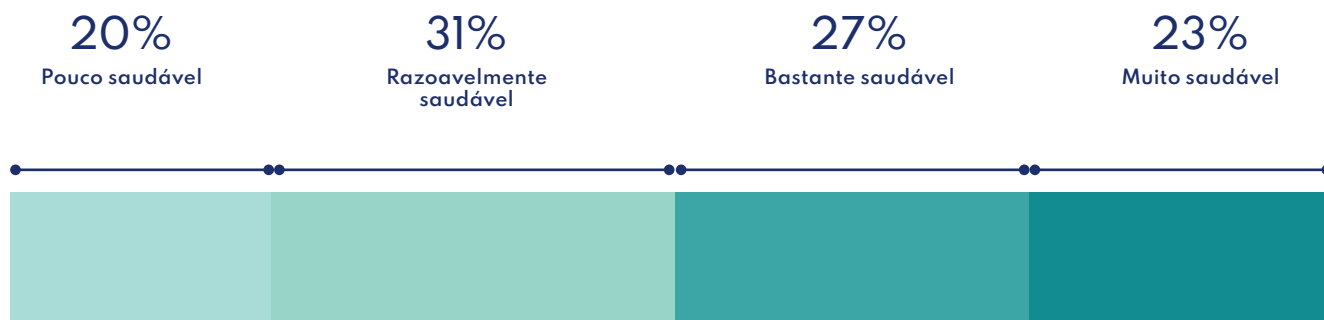
As mulheres estarão também mais alerta para o tema da saúde mental, na medida em que não só reconhecem mais esforço no dia-a-dia tendo em visto essa dimensão de saúde, como aderem mais a psicoterapias ou actividades como o yoga ou a meditação. Das entrevistas também emerge uma tendência para serem mais vigilantes e estarem mais conectadas com o seu corpo do que os homens, até pelo aspecto da preocupação estética, que lhes pesa sempre mais. O único comportamento de estilo de vida em que os homens se destacam em relação às mulheres é no exercício físico.

Como explicar, então, que as mulheres pontuem pior em termos de estado de saúde? Poderão os aspectos biológicos e a vida sexual e reprodutiva das mulheres, por si só, explicar o desvio da sua saúde em relação à dos homens? Serão outros factores relacionados com o seu papel na família, nomeadamente o esforço superior que empregam em tarefas domésticas e no apoio a terceiros, que prejudicam a sua saúde? Ou haverá, como alguns investigadores sugerem, uma desvalorização histórica da saúde integral da mulher, ou mesmo, uma conotação de fraqueza que leva a que, não só os profissionais de saúde, como as próprias mulheres se revejam nesse lugar de (maior) fragilidade?

Numa escala de 1 a 10 onde situaria o seu estado actual de saúde?

N=1029

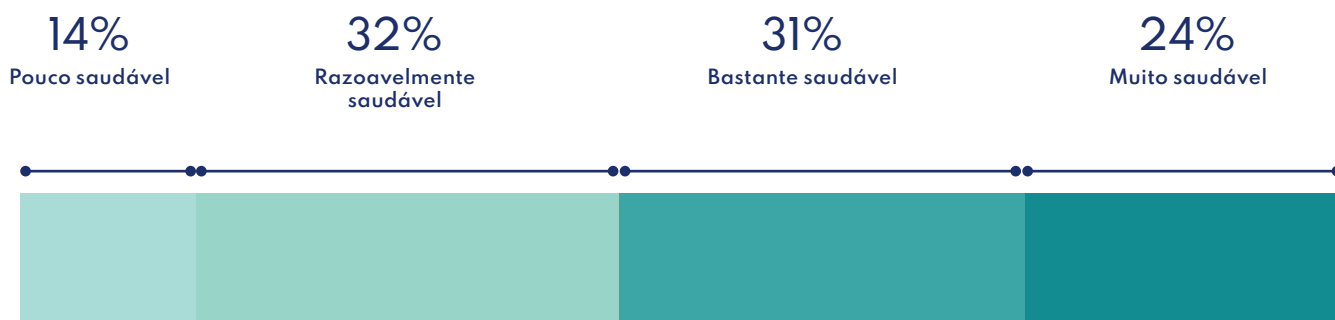
Mulheres



7,1

MÉDIA DE RESPOSTAS

Homens



7,4

MÉDIA DE RESPOSTAS

A distinção entre um sinal do corpo que se deve acomodar e um sintoma de doença que requer ajuda médica tem uma interferência cultural. Para além da percepção de risco ou da tolerância aos sintomas, os julgamentos que as pessoas fazem acerca daquilo que sentem ou a forma como pensam que vão ser julgadas levam a que algumas queixas nem cheguem a ser partilhadas com os médicos.

O testemunho de uma participante de 22 anos, é prova de como a dor se pode naturalizar. *“São dores bastante fortes. Há pontos em que não consigo respirar, mesmo. Nunca tomei nada para estas dores. Não são dores contínuas, aparecem... todas as semanas eu tenho. Já me acompanha há bastantes anos. (...) Não sei a que especialista me devo dirigir, porque não sei de onde a dor vem. (...) Para além da mamografia, não fiz nada. Porque nunca dei a entender [à médica de família] a verdade da situação que se estava a passar.”*

A Associação Portuguesa para o Estudo da Dor (APED) refere a prevalência da dor crónica nas mulheres e o facto de, apesar dos elevados números, permanecerem sub-diagnosticadas e sem tratamento adequado às suas necessidades, também pelas barreiras que influenciam a forma como a dor é encarada. De entre os vários tipos de dor que afectam as mulheres, a APED destaca a fibromialgia, que provoca dor crónica generalizada, em que 80 a 90% dos casos diagnosticados são mulheres.

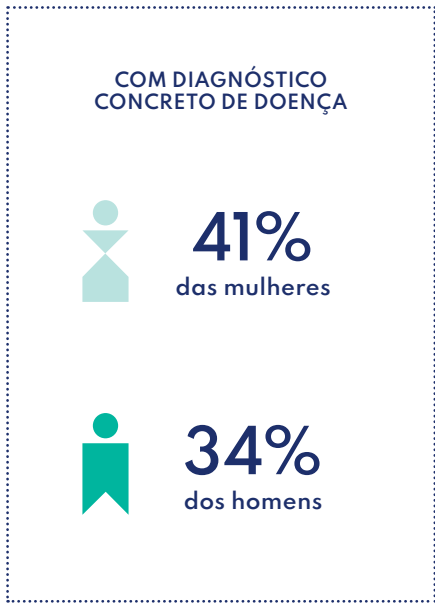
Síndrome do intestino irritável, artrite reumatóide, osteoartrite, lombalgia, dor pélvica crónica e enxaquecas são outras condições que afectam de forma desproporcional o género feminino. Há também outras condições ligadas a problemas ginecológicos, como é o caso da endometriose, muitas vezes não diagnosticadas.

As mulheres não são as únicas vítimas de uma sociedade onde as pessoas se sentem ajuizadas pelo que pode ser considerado um “excesso de sensibilidade” ou uma “falta de masculinidade”.

Apesar de o descontrolo emocional ser mais atribuído às mulheres, o número de suicídios nos homens é sempre muito superior. Em Portugal, é três vezes mais. Habitualmente, quem comete suicídio tem problemas de saúde mental. Esses problemas também existem nos homens, mas chegam menos à superfície.

Um problema bastante silenciado pelos homens será o da disfunção erétil. Um estudo do King's College London estima que até metade dos homens já terá sofrido desse problema e que as taxas terão mais do que duplicado nos últimos 25 anos, também por aspectos de estilo de vida. O estudo calcula que 11,7 milhões de homens no Reino Unido tenham tido esse problema e 2,5 milhões tenham desistido do sexo em resultado disso. A estimativa é inquietante, não só pelo problema em si, mas por ser preditor de uma série de outros problemas que não estão a ser diagnosticados pela tendência que os homens têm em ocultar este tipo de problemas.

A saúde integral da mulher historicamente subvalorizada pela investigação e pela prática médica, o esforço que a própria mulher fará para se distanciar da ‘fragilidade’ com que ainda é conotada e, no campo oposto, a tendência para que o homem não admita a sua fragilidade por acreditar que dele se espera o contrário, levam à constatação da existência de um conjunto de inibições, tabus e barreiras relacionadas com o género (ainda) por ultrapassar no caminho para uma sociedade de bem-estar.



COM DOENÇA QUE CONSIDERA GRAVE OU RELATIVAMENTE GRAVE

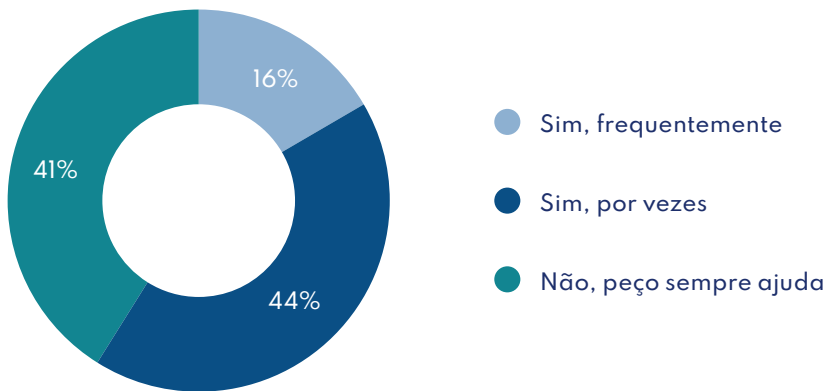


PERCEÇÃO DE DESCONTROLO SOBRE O ESTADO DE SAÚDE

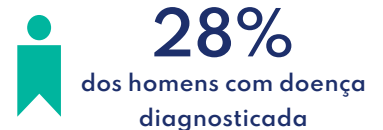


Quando está doente ou se sente menos bem, é comum resistir ou hesitar em pedir ajuda por não querer reconhecer uma condição de fragilidade? — %

N=386



“Ainda sinto discriminação da sociedade em relação a algumas doenças”





“As mulheres em sofrimento de Rego perturbam, porque nos mostram o tabu, a dor feminina representada pelo olhar feminino. No fundo, Paula Rego anda a pintar há décadas aquilo que só agora começa a entrar na cabeça da medicina e da sociedade como um todo: a condição ginecológica e neurológica da mulher vem acompanhada de uma dor específica que não é um mero eco ou réplica da dor masculina.”



A mulher é secundarizada pela medicina?

Por factores psicossociais ou biológicos, as mulheres serão mais sensíveis que os homens. Ao longo do tempo, essa sensibilidade (até pela forma como foi sendo explorada culturalmente) terá associado a mulher a conotações de fraqueza, exagero e até histerismo que, segundo alguns investigadores, prejudicam na consideração do seu estado clínico. O problema, referem, não estará apenas no desvio de género na avaliação de sintomas (por parte de médicos), como no facto de as mulheres, fugindo dessa etiqueta de fragilidade, se tornarem hábeis na camuflagem dos seus sintomas.

No livro “Pain and Prejudice”, Gabrielle Jackson apresenta uma série de argumentos que atestam que a mulher é secundarizada pela medicina, não só porque a investigação médica privilegia sempre o universo masculino, mas porque a própria prática médica tende (por desvio social ou cultural) a desvalorizar os sintomas que acusam.

A título de exemplo, a autora refere um estudo em que 200 médicos e médicas avaliaram doentes cardíacos (homens e mulheres) com os mesmos sintomas; a avaliação é correcta, até ser dito que o doente teve recentemente um acontecimento stressante. Essa informação marca uma inflexão nos diagnósticos por género: no caso das mulheres, os médicos tendem a atribuir o sintoma a um problema de ansiedade e não a um alerta de ataque cardíaco. Apenas 15% dos médicos (e médicas) consideram um problema cardíaco nas mulheres, por oposição a 56% nos homens. O homem tem um problema cardíaco, a mulher tem um problema de ansiedade.

Na mesma linha, a British Heart Foundation avança que as mulheres têm 50% mais probabilidade de receber um diagnóstico inicial errado e que, em 10 anos, mais de 8.200 mulheres no Reino Unido terão morrido desnecessariamente de um ataque cardíaco.

A miopia acerca da condição de saúde da mulher não é só médica. As próprias mulheres têm ideias pré-concebidas acerca de doenças e tendem a desconsiderar alguns sintomas, seja por desconhecerem os riscos que enfrentam (como os ataques cardíacos, que associam aos homens), seja porque se habituaram a ser desvalorizadas e a viver em silêncio os seus problemas.