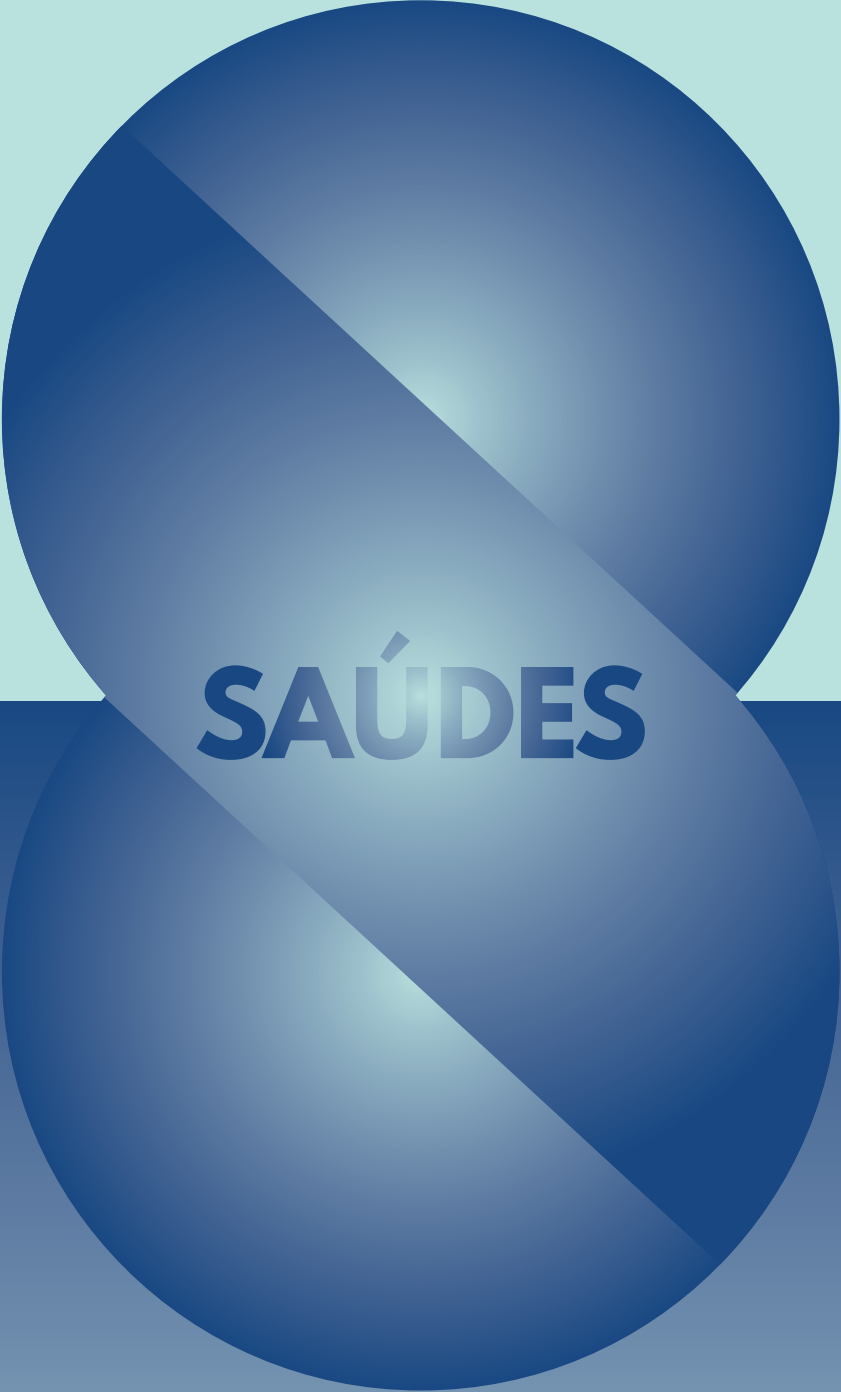


A Saúde dos Portugueses

Um BI em Nome Próprio

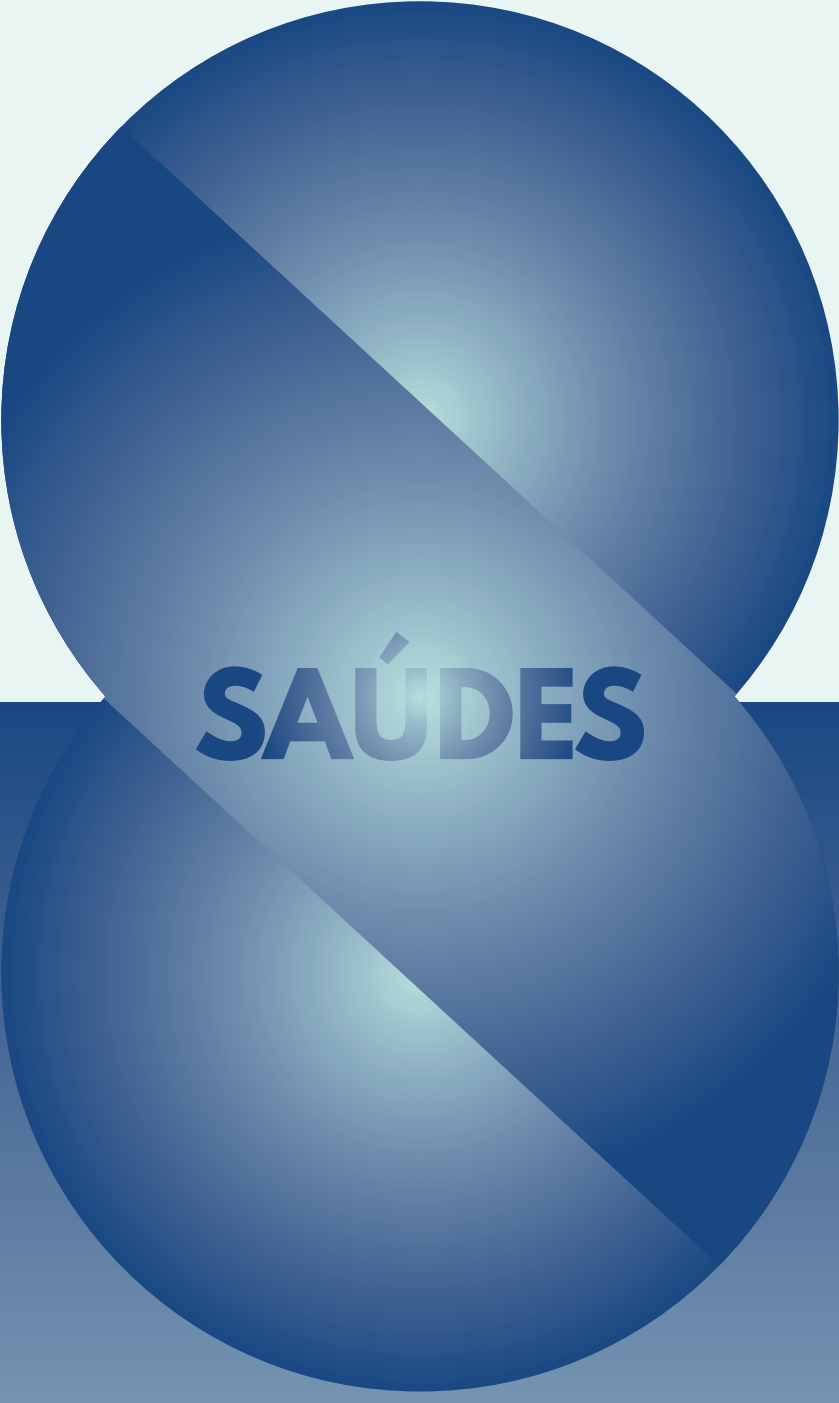
2021



SAÚDES

A Saúde dos Portugueses
Um BI em Nome Próprio

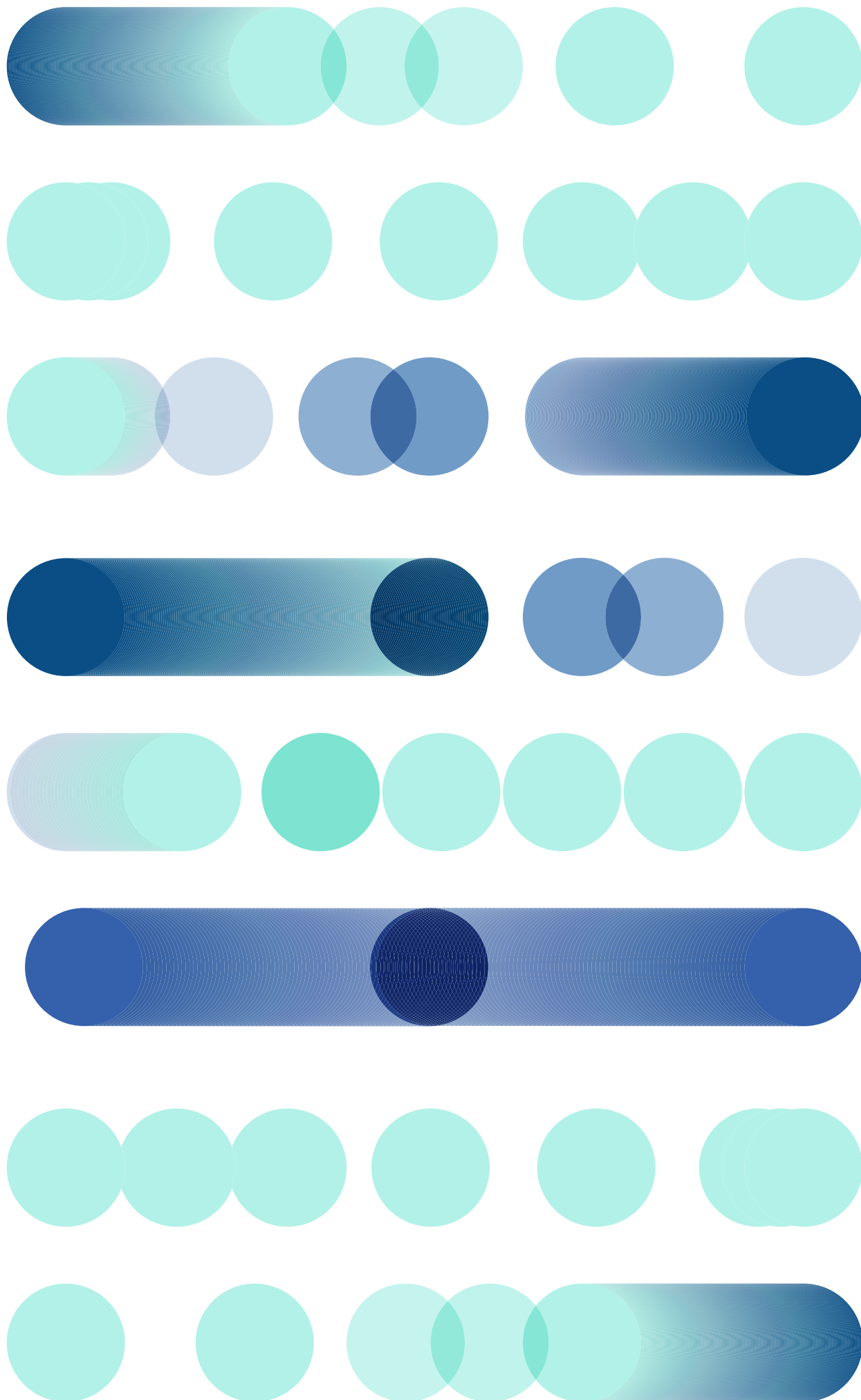
2021

A graphic consisting of two overlapping circles. A diagonal line runs from the top-left to the bottom-right, passing through the center of both circles. The word "SAÚDES" is written in a bold, sans-serif font across the middle of the circles, positioned slightly to the right of the diagonal line.

SAÚDES

ÍNDICE

04	NOTA PRÉVIA
06	PREFÁCIO
08	1. BIOGRAFIA(S) DE SAÚDE COMO PONTO DE PARTIDA
12	• A cada saúde a sua história
14	• Uma interpretação híper individualizada
16	• Uma multiplicidade de afluentes
22	• Zoom-in à pandemia Covid'19
24	2. [COMO VÊM AS PESSOAS] O QUE É SAÚDE?
26	• Um território em construção gradual
32	• Saúde mental como reconfigurante (do território)
38	• Uma condição itinerante
50	• Uma equação do dia-a-dia
54	3. DE 1 A 10: A SAÚDE QUE SE TEM
68	• Uma questão de idade
72	• Uma questão de gênero
78	4. A SAÚDE QUE SE QUER TER: UM EXERCÍCIO DE SEGMENTAÇÃO
84	• Sete (principais) segmentos em análise
108	5. POTÊNCIA SAÚDE: A MEDIDA DO SONHO
110	• Potência Saúde
118	• Uma sociedade permeável à mudança
122	ANEXOS E FICHA TÉCNICA



Nota Prévia

A Médis faz 25 anos em 2021.

Hoje, como então, muito mais que um seguro, temos como missão ser o Serviço Pessoal de Saúde® dos Portugueses.

Queremos que esta celebração ative o nosso posicionamento sim, mas acima de tudo que possa dar um contributo útil e relevante para a sociedade. Essa é ambição do projeto Saúdes, que hoje lançamos e que terá continuidade no futuro.

Saúdes é um projeto que se quer independente, produtor de conhecimento e de uma reflexão de índole mais sociológica. O objetivo é complementar os inúmeros estudos (essencialmente estatísticos) que já existem no domínio da saúde e, assim, poder abrir novas portas que enriqueçam e alarguem a discussão pública em torno da saúde dos Portugueses.

Lançamos este projeto com “A Saúde dos Portugueses – Um BI em Nome Próprio”, um estudo coordenado pela Return on Ideas e o acompanhamento da Professora Doutora Maria do Céu Machado. Nele, a partir de entrevistas qualitativas seguidas de um inquérito que ouviu mais de 1.000 Portugueses, propõe-se uma abordagem diferente, um olhar mais biográfico do que biomédico da saúde. Aqui se mostra de forma inequívoca como a história e experiência pessoal impactam a visão e a vivência que cada um tem da saúde.

O indivíduo como co-autor e produtor da sua própria saúde que neste estudo se prova, é auscultado e avaliado a partir vários indicadores de saúde individual - acesso, uso, literacia, posicionamento e potência - que nos permitem mapear, agora e de futuro, a relação entre o(s) indivíduo(s) e a saúde.

Fazer bem à saúde, que desde sempre orientou a Médis, também passa por ampliar o saber e o debate. É isso que dá sentido ao Projeto Saúdes e o torna um marco que irá muito além dos 25 anos que agora celebramos.

Eduardo Consiglieri Pedroso
CEO Médis

Prefácio

Por Maria do Céu Machado

Professora Catedrática Jubilada da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa e membro do Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida (CNECV)

Health is a dynamic state of well-being characterized by a physical, mental, and social potential, which satisfies the demands of life commensurate with age, culture, and personal responsibility.

Bircher J, 2005

Este estudo A Saúde dos Portugueses - um BI em Nome Próprio pretende identificar, em amostra robusta e bem delineada, como os portugueses percebem a sua saúde e promovem um equilíbrio entre o seu potencial genético e o adquirido, durante todo o ciclo da vida.

A noção de saúde evoluiu desde que a OMS, em 1948, a definiu como um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença. Apesar de introduzir um componente de bem-estar, não pressupunha, ainda, uma responsabilidade individual. A saúde seria consequência mais do acesso a cuidados médicos adequados do que do estilo de vida.

Recentemente, com a convicção do que cada um pode (e deve) fazer por si próprio, definiu-se saúde e bem-estar como a aptidão de cada cidadão para se adaptar e gerir os desafios físicos, sociais e emocionais que surgem ao longo da vida (OMS 2015).

O BEM-ESTAR é um estado dinâmico que exige uma compreensão multidimensional e duas perspectivas: objectiva e subjectiva. As dimensões incluem a material (emprego, casa e ambiente), a SAÚDE e a segurança, a educação, a estrutura familiar e os comportamentos e risco (OCDE 2009).

Para cumprir este potencial, são importantes os *assets* - recursos internos e externos - que potenciam as capacidades individuais e combinam factores de suporte (família, trabalho) com os de capacitação (valorização na comunidade) e de ligação (modelos e pares) para a aquisição de competências sociais (planeamento, decisão e resiliência), autoestima e visão optimista do futuro (Morgan A, 2014).

O conceito de bem-estar é um processo dinâmico que exige objectivos pessoais e sociais e se associa à qualidade de vida (Machado MC, 2020). Mas mesmo a pessoa portadora de doença tem responsabilidade da sua gestão, após informação, compreensão e aquisição de competências, chamada auto-gestão da doença crónica, para uma percepção de saúde que vai além da maior ou menor complexidade da doença (Allegrante JP, 2019; Madison R, 2019).

Mais importante do que a informação é a capacitação individual e a promoção da literacia da saúde (e da doença), estratégia que não é apenas das instituições de saúde. Todos os profissionais de saúde devem fazer uma medicina compreensiva, de proximidade e de oportunidade, o que significa aproveitar uma situação de procura de cuidados para identificar períodos críticos e utilizá-los como janelas de oportunidade. Também os profissionais de educação são um veículo de promoção de saúde nas crianças e famílias. E as empresas, no âmbito da sua responsabilidade civil, devem promover acções para os seus colaboradores, nestas áreas.

A informática é também uma ferramenta de acesso para prevenção e intervenção, como a eHealth e a mHealth, útil para a geração dos imigrantes digitais - os mais velhos - e também para os nativos digitais - os mais novos (Prensky M, 2001). Assim como as redes sociais de que são exemplo várias seguradoras alemãs que têm promovido a saúde através de posts no Facebook (Loss J, 2021).

Este estudo A Saúde dos Portugueses - um BI em Nome Próprio, resultado de trabalho de equipa, não é um *Big Data analytics* mas conseguiu descobrir padrões encobertos, correlações desconhecidas, tendências, preferências do cidadão e novas oportunidades. Saliento dois aspectos dos resultados.

O primeiro, a pandemia da obesidade, muito anterior à do CoVirus SARS2 (de que, se fez um zoom-in, muito actual). Na literatura, identificam-se razões para o excesso de peso e obesidade como a oferta excessiva, os alimentos hipercalóricos ou a falta de exercício, mas há que procurar raízes mais longínquas para este fenómeno.

Segundo a teoria evolucionista de Darwin, somos os sobreviventes de uma espécie exposta ao perigo e à fome (Machado, 2014). A invenção do fogo e o cozinhar os alimentos são os primeiros passos para a *globesity*, epidemia de obesidade no contexto da globalização (Delpeuch, 2009). Também a voracidade do apetite humano foi determinante para a reengenharia que as empresas alimentares idealizaram, estudando rearranjos de açúcar, gordura e sal. Esta estratégia da indústria alimentar chama-se *conditioning hypereating*, com efeitos semelhantes ao jogo compulsivo ou ao consumo de drogas (Kessler, 2009).

Estes são os nossos constrangimentos diários mas o conhecimento é essencial para a percepção de que um estilo de vida saudável envolve não só uma alimentação adequada como o exercício físico regular.

O segundo a salientar é crescente e preocupante - o problema da saúde mental com ênfase no adolescente e jovem adulto. Um em cada cinco adolescentes tem problemas de saúde mental que persistem na idade adulta e é bem conhecida a organização insuficiente dos serviços de saúde mental (Lee F, 2014).

Nesta área, a prevenção é da responsabilidade de todos, saúde, educação, autarquias, sociedade civil.

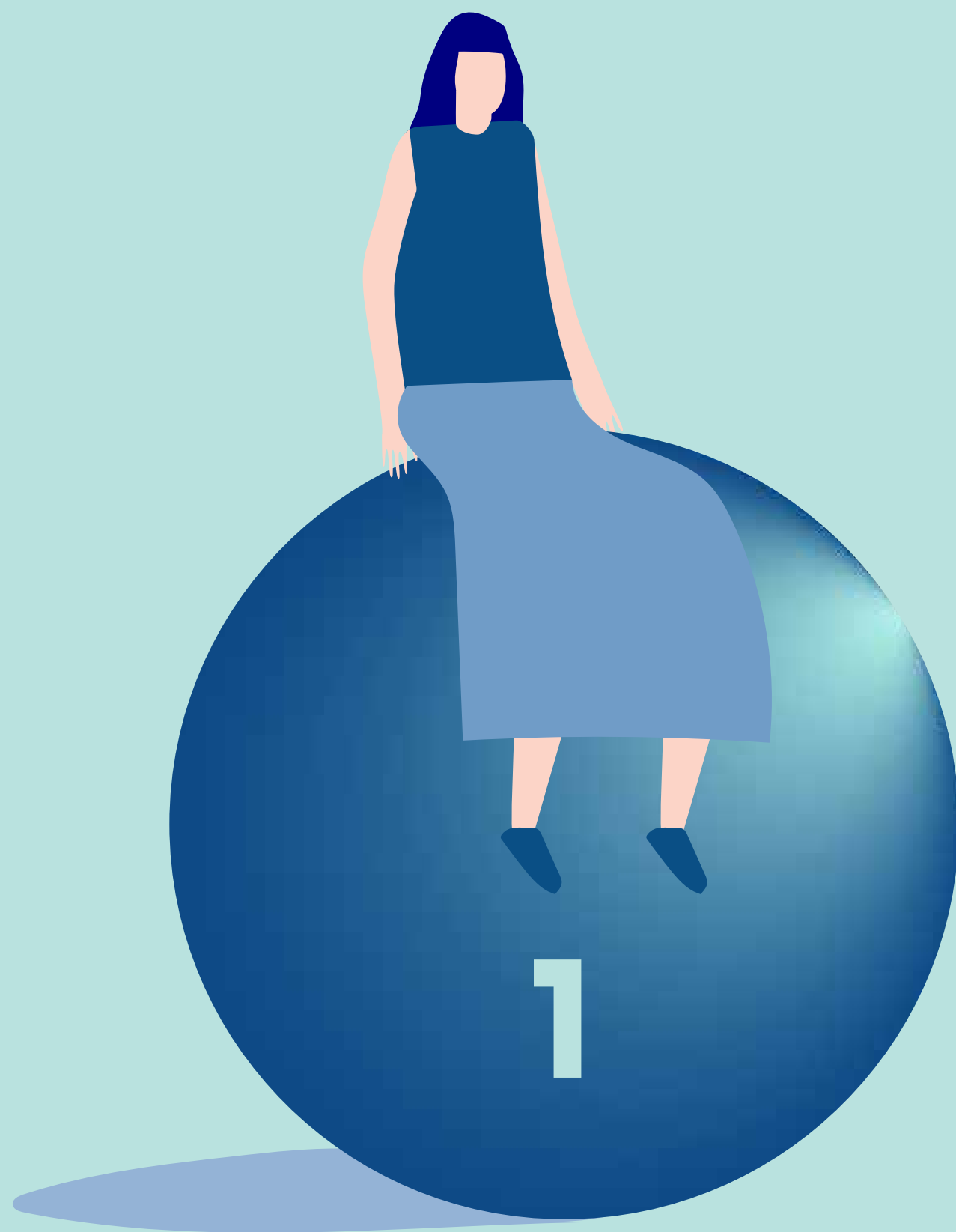
Por último, este estudo foi analisado com criatividade aliada a rigor científico. A criatividade demonstrada na nomenclatura - territórios (áreas?) da saúde e da doença, as suas margens e limites, os seus afluentes, a saúde mental como reconfigurante, as diferenças e as semelhanças quanto ao género, idade, região ou qualificações académicas e, no design. Os 7 segmentos identificados na saúde que se quer ter, Desistentes, Distantes, Equilibristas, Esforçados q.b., Empenhados, Potenciadores movidos por um Ideal ou pelo Medo são reais e conseguimos imediatamente escolher o nosso ou, pelo menos, o que gostaríamos de ser. Um exercício para fazer em família!

Finalmente, o cálculo de um indicador do empenho dos portugueses revela um modesto 6.03 em 10 que nos mostra que podemos e devemos melhorar.

A Primeira Conferência Mundial sobre Promoção da Saúde, realizada em Ottawa, Canadá, em Novembro de 1986, conclui: *O cidadão do séc. XXI é um gestor de saúde, um agente de mudança e uma voz activa que influencia os decisores em saúde* (Carta de Ottawa, 1986).

Foi esta a visão da Médis, que investiu no desenvolvimento deste primeiro estudo, e se compromete a dar-lhe continuidade, permitindo, ao longo desta década, um melhor conhecimento da percepção dos portugueses quanto à sua saúde e facilitando o planeamento estratégico para a sua melhoria. No século XXI, o futuro, somos nós que o fazemos.

Maria do Céu Soares Machado



Biografia(s) de saúde como ponto de partida

Olhar a saúde do avesso: eis a proposta deste estudo. Perceber os circuitos que correm por dentro do que se pensa e se sente sobre saúde. Não se trata de substituir o conhecimento que existe sobre saúde, mas vê-lo noutra perspectiva, a partir da experiência das pessoas.

Um equívoco frequente é considerar que as mudanças de hábitos ou comportamentos ocorrem quando as pessoas estão informadas, reduzindo as recomendações à informação. A informação é, de facto, importante, mas não suficiente. Como em todas as dimensões da vida, também em matéria de saúde a acção humana ultrapassa o acto racional ou voluntário.

Não existe, tão pouco, uma realidade objectiva que seja, por si só, estruturante do comportamento dos indivíduos. É a realidade na forma como é capturada por cada pessoa que serve de base aos comportamentos. Nesse sentido, importa perceber como é vivenciado e percebido o repertório das experiências humanas que talham a visão de saúde, com as contradições e incoerências que o subjectivam e enriquecem.

A ambição de ir a camadas mais profundas da experiência para explicar a relação com a saúde determinou uma primeira abordagem qualitativa, assente em entrevistas individuais, dando espaço ao diálogo e à escuta em profundidade – a pedra basilar deste trabalho. É a partir dessas narrativas pessoais que se consegue chegar aos significados que as pessoas dão às suas vivências e comportamentos de saúde. A metodologia é em si mesmo útil para mostrar como, pela incursão biográfica, se oferece uma oportunidade à pessoa de reflectir, em acto, sobre relações entre comportamentos e saúde.

Não raro, na tentativa de dar sentido à sua história, os participantes conseguiram em retrospectiva relacionar causas e efeitos, aventurar hipóteses sobre o que pôde estar na génese de um período crítico de saúde. Este processo sustenta o que vários especialistas há muito defendem: a narrativa na primeira pessoa é essencial para a auto-consciência. Essa constatação reforça a importância da empatia e compreensão nas relações entre médicos e outros profissionais de saúde e os seus doentes.

Como investigadores, sabemos estar perante algo obscuramente complexo: a relação que cada pessoa estabelece com a saúde está agridhoada ao modo como lida com a própria vida e morte. Mas a subjectividade não impediu de criar, pelo processo de análise, um mapa que simplifica e organiza essa complexidade. A ambição deste trabalho é também essa: a de que no final, olhando para o modo como se relaciona com a própria saúde, cada leitor se possa reconhecer no arranjo proposto.

A investigação permitiu fundamentalmente concluir que só é possível perceber os comportamentos das pessoas em matéria de saúde pelas convicções que têm acerca da sua história, da sua pessoa e do seu contexto. É, portanto, a Biografia de Saúde – muito para além da biologia – que determina a relação que se estabelece com a saúde.

A Biografia de Saúde assenta num conceito de saúde que i) é influenciado pela história pessoal (e o raciocínio que a pessoa faz sobre a sua história), ii) é altamente pessoal e subjectivo e iii) tem limites que extravasam o território natural da saúde. São essas características-chave da Biografia de Saúde que a seguir se aprofundam.

Características-chave de uma Biografia de Saúde

A cada saúde a sua história

Sugere um entendimento de saúde sobre uma biografia que se enriquece pela acção do tempo, na medida em que as pessoas são marcadas pela história e constroem percepções a partir de recortes de acontecimentos que foram significativos na sua vida. Significa não só ter em conta a vida das pessoas, como a opinião que formam sobre ela.

Uma interpretação híper individualizada

Cada um tem uma explicação para o seu estado de saúde e um entendimento acerca da forma como a sua saúde pode ser gerida. A relação com a saúde parte de interpretações que a pessoa faz de si própria, daquilo que é ou pode vir a ser, sendo essa auto-apreciação (mais ou menos dissonante da realidade) determinante na forma como negoceia consigo própria comportamentos de saúde.

Uma multiplicação de afluentes

Olhar saúde de dentro para fora é pensar saúde enquanto percepção objectiva e subjectiva de bem-estar. É querer compreender o indivíduo pelo todo e não pela análise atomizada das suas partes. Na avaliação do próprio bem-estar, a pessoa não se reduz a órgãos e nervos; o corpo não está desligado da inteligência humana e dos seus projectos.

A cada saúde a sua história

Era antecipável que, perante um tema como a saúde, que se entrelaça com a própria vida, os entrevistados se entregassem a uma espécie de etnografia interior. A auto-biografia é um instrumento de recurso natural para organizar de forma coerente a visão que se tem de si próprio e do mundo.

O que menos se esperava era que, numa experiência que não pode ser desligada do aspecto fisiológico, da herança genética e dos próprios comportamentos, a história pessoal pudesse ter tamanho peso. É sobre a sua cronologia de saúde que cada um sedimenta as suas convicções, os seus instintos, os seus medos e até alegadas competências na gestão do seu estado de saúde.

Na análise dos discursos, o que parece dar maior contributo ao conceito de saúde são os acontecimentos vividos – pessoalmente ou através de pessoas próximas – que tomaram grande relevo e as tensões ou significados que se desenvolveram em cada um desses acontecimentos.

É pelo trauma de ter assistido à morte prematura de um pai que um filho reage desproporcionalmente a qualquer sintoma que possa levar ao mesmo diagnóstico. É por ter sido tolhido por crises de pânico sem motivo aparente que se ganha grande humildade perante os desenvolvimentos do estado de saúde.

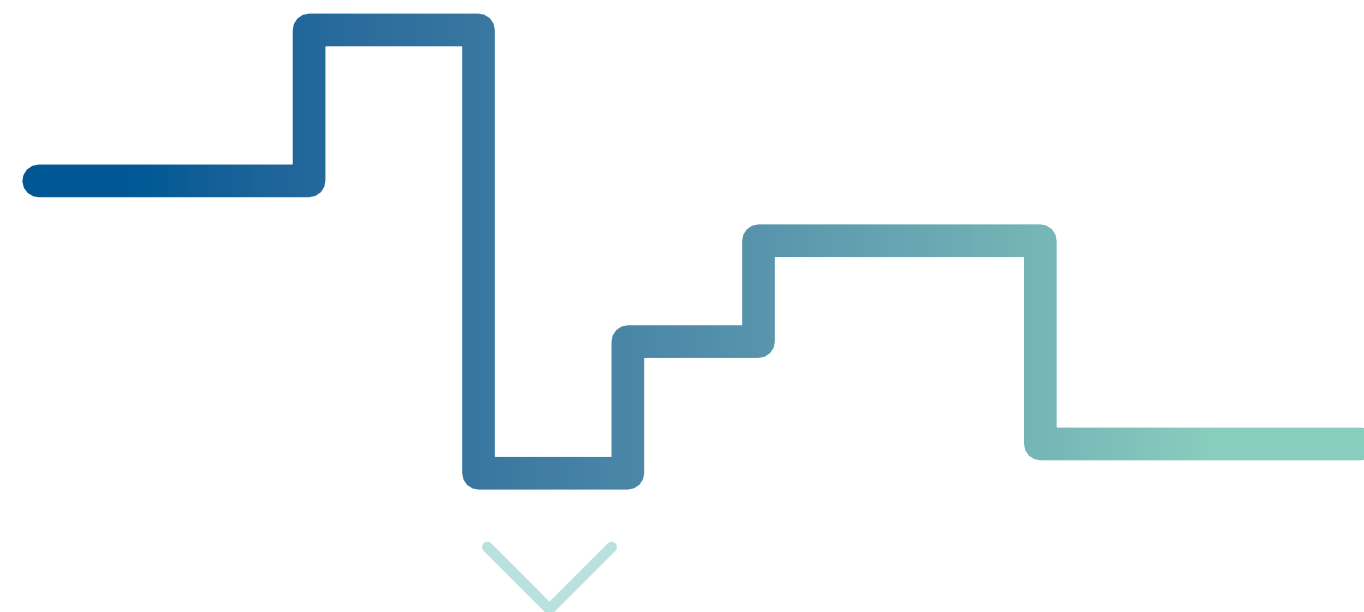
É o ter sobrevivido (ou sobreviver) a uma determinada doença que torna o doente um especialista. A experiência de vida determina os comportamentos e a perspectiva que se tem de saúde.

Cada pessoa é autora e protagonista do seu drama – uma história com princípio, meio e fim. Esta narrativa auto-biográfica é uma colectânea de memórias feitas a partir do que se viveu (e do conhecimento do que se viveu), do que se escolhe recordar e do que se julga ser narrável. Mas essa representação da realidade é essencial na medida em que fornece um contexto para a intenção, ou seja, torna as acções (e as reacções) das pessoas inteligíveis. Permite a entrada de outros no seu mundo, desenha a base das suas motivações.

Para o que se pretende diagnosticar, importa menos a proximidade dessa narrativa aos factos do que a interpretação que lhe é dada por quem a viveu.

A biografia, mais do que a que biologia, de saúde, é o que condiciona a identidade e legitima a avaliação que cada um faz do seu estado de saúde.

As pessoas narram os factos que, pelo menos no seu imaginário, mais relevância tiveram e mais diferença fizeram na sua construção como indivíduos.



“O meu avô teve um tumor no intestino grosso, faleceu disso.

O meu pai também faleceu com um cancro no pâncreas. Vivi muito a doença do meu pai; eu estava a estudar e era a pessoa que dava apoio. Tínhamos noção que um tumor no pâncreas é incurável, ou a probabilidade de viver é muito baixa. Foi daí que fiquei hipocondríaca, alerta sobre todos os sintomas. É nesse sentido que tenho receio, tendo em conta o historial da família, sou condicionada por isso.”

M, 30 Anos, sem qualquer doença diagnosticada, Coimbra

Uma interpretação híper individualizada

A segunda constatação é a enorme distância na interpretação que cada um faz do seu estado de saúde. Tanto é possível encontrar pessoas que, tendo realidades biológicas ou fisiológicas bastante próximas, avaliam (e pontuam) o seu estado de saúde de forma completamente distinta, como se encontram pessoas próximas na forma como avaliam a sua saúde, não obstante uma sofra de uma doença grave e outra seja perfeitamente saudável.

A experiência pessoal não é traduzível em números. Saber quantas mulheres em Portugal enfrentam um cancro da mama diz pouco acerca da sua experiência da doença, ou seja, das alterações psicológicas, emocionais e identitárias que a doença implica. Como receberam o diagnóstico, como reagiram a cada momento da terapêutica, que informação recolheram, que esforços diligenciaram, que apoio receberam, que esperanças e traumas resultaram desse processo? Cada cancro é um cancro; a experiência é sempre singular.

Para além da distância entre a realidade e o contexto (económico, social, cultural), há características intrínsecas da pessoa, determinantes na forma como lida com a saúde e a doença. O auto-conceito - as imagens que fazemos acerca do que somos, do que pensamos que conseguimos realizar, do que pensamos que os outros pensam de nós e do que gostaríamos de ser - é explicativo de comportamentos e molda a relação que se estabelece com a saúde.

Vários estudos sustentam que a percepção de competência pessoal e a auto-estima elevada explicam, por exemplo, maior probabilidade de se adoptar um estilo de vida saudável. Outros estudos revelam relações entre baixos níveis de auto-estima e a probabilidade de adoptar comportamentos de risco ou prejuízo de saúde, como fumar. Colando ao tema do cancro da mama, estudos concluem que a iniciativa de realizar a auto-avaliação em caroços no peito é mais elevada junto de mulheres com um auto-conceito mais elevado.

O que em, suma, se extrai, é que para além dos aspectos do acesso, da literacia ou da compreensão do risco, a adopção de comportamentos de saúde é profundamente influenciada pelo pensamento que cada um tem de si próprio, ou seja, a avaliação que faz das suas características, e a confiança que deposita na capacidade de enfrentar com êxito os desafios com que se defronta. Noutros termos, o que cada um considera ser o seu potencial e a distância a que está desse potencial.

Numa escala de 1 a 10, como avalia o seu estado de saúde actual?

“Faço exercício físico, tenho uma alimentação equilibrada - eu como um quadrado de chocolate e fico com peso de consciência. (...) Tenho o cuidado de tratar da higiene oral sempre que posso e tenho dinheiro para o fazer, tenho o cuidado de hidratar a pele diariamente após o banho, tenho o cuidado de pôr creme todas as noites na cara, esses cuidados acabo por ter sempre. Tenho noção também que devo beber água para hidratar o corpo... [Coloco-me num 7] Talvez por viver no centro da cidade, de passar muitas horas com um oxigénio adulterado, o facto de beber 6 cafés por dia, o facto de dormir pouco. Talvez uma alimentação ainda melhor pudesse elevar a nota para um 8 ou um 9.”

H, 45 Anos, sem qualquer doença diagnosticada, Lisboa

7

“Tenho alguns problemas circulatórios e tenho este meningioma na cabeça, mas colocar-me-ia num 7. Eu sei que é uma coisa que pode voltar a crescer e eu ter que ser sujeita a uma nova cirurgia ou radioterapia (...). Eu considero-me uma pessoa saudável. Claro que aos 63 anos já temos mazelas, mas para mim estar saudável é eu conseguir fazer o meu trabalho sem constrangimentos físicos, conseguir brincar com os netos, conseguir fazer caminhadas, sentir que estou mentalmente capaz, com boa memória, sentir que estou fisicamente bem. Apesar da gordura, consigo ter bastante mobilidade, por exemplo, chego perfeitamente com as palmas das mãos ao chão sem dobrar os joelhos (...). Considero que sou minimamente saudável. Faço as medicações e cumprio religiosamente, até porque desde que fui operada fiquei com apneia do sono e perdi o olfacto.”

M, 63 Anos, com Meningioma Cerebral, Porto

Uma multiplicação de afluentes

Por pessoais que sejam os discursos, todos sugerem que a saúde está intimamente relacionada com a felicidade e a sensação de bem-estar. Em termos simples, pode assumir-se essa percepção como aquilo que cada um pensa e sente acerca da sua vida, independentemente da forma como os outros a vêem. Envolve, por isso, uma dimensão cognitiva e uma dimensão emocional.

São muitas as evidências de que factores como as condições socio-económicas, o rendimento ou o nível de educação contribuem, objectiva e subjectivamente, para a percepção de bem-estar. A satisfação com o trabalho, mais pelo aspecto da realização do que pelo aspecto monetário, é também um bom preditor de satisfação com a vida.

A qualidade das relações ou o vínculo a família e amigos são também determinantes de bem-estar. Há ainda eventos na vida que explicam menores níveis de percepção de bem-estar como a viuvez, o divórcio ou o desemprego.

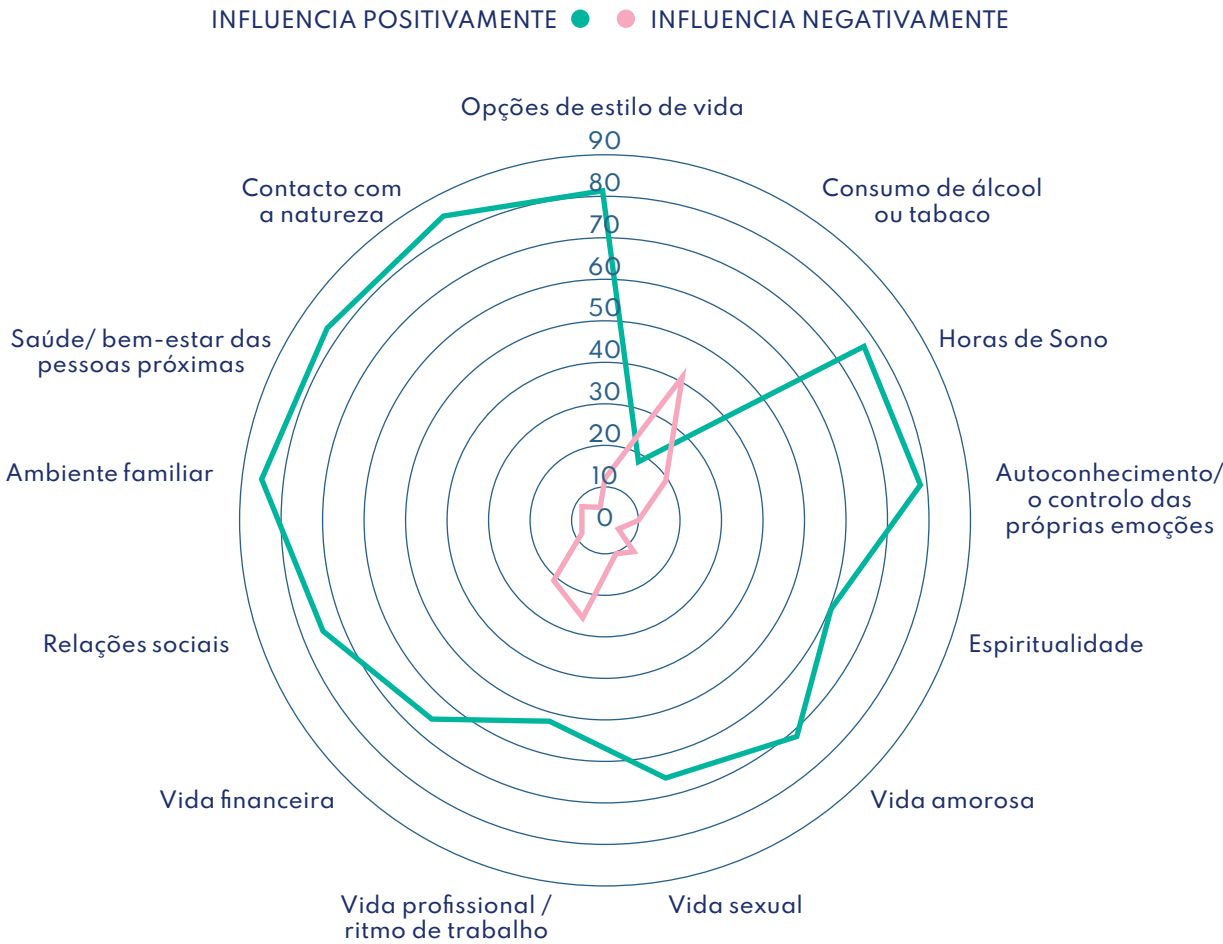
Para além destes factores, contribuem outras predisposições inatas como a personalidade ou a forma como se reage emocionalmente ao ambiente. A própria religiosidade e espiritualidade, na medida em que entreguem significado ou protejam de emoções negativas, são associáveis ao bem-estar.

É em cima desta miríade de factores – o estilo de vida, a segurança, as relações familiares, a vida amorosa, a vida financeira, a vida profissional, entre outros que compõem a vida –, com atribuições de peso muito distintas, que cada pessoa constrói a sua percepção de bem-estar (mesmo que nem sempre consciente das relações dessas dimensões com a sua saúde). A preocupação de cuidar de uma mãe “se-mi-acamada”, a “desarrumação no sótão” provocada pelo divórcio ou as guerrilhas constantes “num casamento que morreu” interferem tanto na percepção subjectiva de bem-estar (e na própria saúde) como o sedentarismo ou o tipo de alimentação que se faz.

Embora às ciências facilite o esquartejamento dos diferentes elementos que pesam no bem-estar (objectivo e subjectivo), para o indivíduo a experiência é, por natureza, holística. Mesmo envolvendo julgamentos sobre aspectos muito distintos da sua vida, o bem-estar é sempre experimentado pelo todo (muito vasto) e não por cada uma das partes que o compõem.

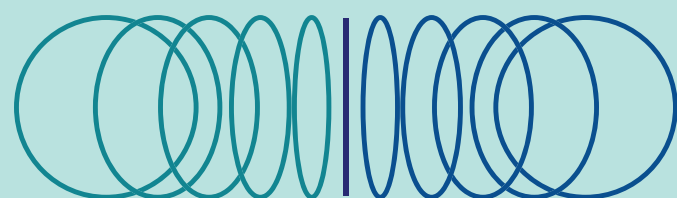
Aspectos que influenciam “o meu estado de saúde”

ATÉ QUE PONTO CADA UM DOS SEGUINTES ASPECTOS INFLUENCIA O SEU ESTADO DE SAÚDE ACTUAL? — %



Q: Em relação ao seu estado de saúde actual, até que ponto cada um dos seguintes aspectos o influencia (4 opções de resposta: Positivamente, Negativamente, Não influencia, Não associa a saúde) N=1029

A influência da vida familiar em discurso directo

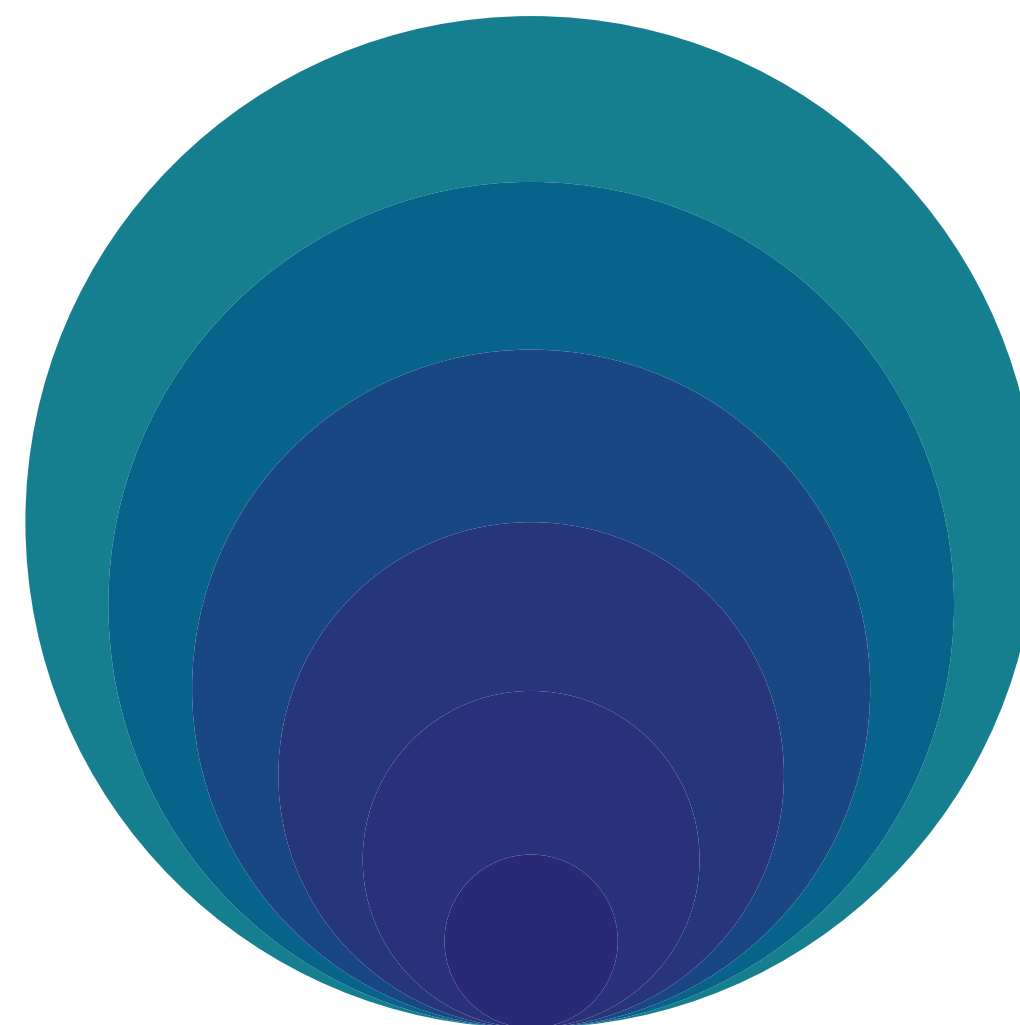


“Naquela altura senti-me mal, comecei a ficar apanhada do lado direito, parecia que estava a ter um ataque cardíaco. E aí, quando começo a sentir a cara adormecida, descontrolei-me mesmo. (...) A nossa conversa está a fazer cair-me a ficha. Foi uma crise de ansiedade. Tinha-me enervado bastante antes, mesmo bastante. E agora estou a falar convosco, estou a ouvir a enfermeira, e está tudo [ligado].”

“A minha filha tem uma doença, uma deleção num cromossoma. Isso traz a questão do Asperger, já diagnosticado. A vacina da BCG estoirou-lhe com o sistema imunitário, por isso, perante a situação que vivemos, é uma criança de altíssimo risco.”

“Não é fácil gerir emocionalmente todas essas questões... é um casamento que acabou há muitos anos, é o estar sozinha, é uma filha que não é fácil. É uma guerra de casal constante... eu já percebi, só que às vezes é mais forte do que eu.”

M, 44 anos, Rio de Mouro



Outros factores que moldam a relação com a saúde

As atitudes relativamente à saúde surgem do cruzamento complexo de uma multiplicidade de factores, uns mais intrínsecos ao indivíduo, outros mais conjunturais ou variáveis, como o rendimento ou estadio do ciclo de vida.

Em baixo indicam-se os que a investigação sugere serem os mais determinantes para o pensamento e a acção do indivíduo, também como utilizador de serviços de saúde.

[a ordenação não sugere nenhuma hierarquia de relevância]

1

2

3

4

5

6

Personalidade

Tão importante como o ambiente, é a forma mais ou menos hábil de reagir ao ambiente. Há uma constelação de características pessoais que determinam a capacidade de ampliar ou amortecer o efeito de acontecimentos adversos; há diferentes recursos de resistência às contrariedades; há distâncias no grau de empenho ou de controlo que cada um quer ter sobre as diferentes dimensões da sua vida. O próprio humor e a predisposição natural para emoções positivas (que se suspeita genética), são explicativos da saúde e da relação com a saúde.

Educação & Valores

As atitudes e as convicções acerca da saúde estão intimamente ligadas com a primeira influência – a educação. Que rotinas e valores os pais, a escola ou outras pessoas responsáveis pela educação procuraram inculcar? Que exemplo foi ou é dado no cuidado da saúde, seja em termos de prevenção de doenças ou de promoção de um estilo de vida saudável? Que hábitos de higiene, sono, alimentação ou exercício físico foram inculcados? Até que ponto a responsabilidade pela própria saúde foi ou é familiar ou culturalmente induzida?

Ciclo de vida

Sabendo que envelhecer está associado a maior risco de doença (e a maior percepção desse risco), há uma evolução natural na forma como se gere saúde ao longo do ciclo de vida. Há eventos biológica e psicologicamente marcantes – como a maternidade ou a menopausa – que despoletam novas necessidades e atitudes. Há limitações e fragilidades relacionadas com a idade mais avançada. Acresce que a relação com a morte – a consciência ou a aceitação desse desfecho natural – também muda ao longo da vida e é determinante para comportamentos de defesa ou promoção de saúde.

Literacia

A capacidade de perceber e utilizar informação de saúde (mais ou menos ancorada na escolaridade) determina diferentes graus de autonomia na gestão da saúde e diferentes atitudes em relação à saúde e à doença. Até que ponto se consegue ter consciência do próprio estado de saúde ou dos riscos inerentes a determinado comportamento ou doença? Que competências se tem para aceder, interpretar e avaliar informação sobre saúde? Qual a capacidade de a utilizar em processos de escolha e decisão relacionados com a saúde como, por exemplo, a escolha de um prestador de saúde?

Riqueza & Rendimento

Os meios financeiros são determinantes, desde logo, por condicionarem as escolhas. A teia de comportamentos de saúde – seja de prevenção ou acompanhamento na doença ou de promoção de saúde (até na alimentação) – depende não só, mas também, da capacidade de os suportar. É precisamente nas áreas em que o sistema público (e gratuito) de saúde tem uma resposta insuficiente, como a saúde oral, que mais lacunas no cuidado se identificam. Há ainda evidência que pessoas em posição de desvantagem económica estão mais expostas a um conjunto de factores de risco de saúde.

Conjuntura & Contexto

A relação com a saúde tem canais que ligam ao mundo exterior. O contexto ambiental, económico e social (da poluição do ar às perturbações dentro de uma comunidade) interfere sobre a forma de sentir ou actuar sobre aspectos de saúde, desde logo por influenciar a satisfação com a vida e a percepção de bem-estar. A própria aceitação ou estigma social em relação a determinados comportamentos ou doenças influenciam as escolhas pessoais. O efeito da pandemia Covid'19 é bem exemplo de como a conjuntura condiciona percepções e comportamentos.

Explorado na página seguinte

CONJUNTURA & CONTEXTO

Zoom-in à pandemia Covid'19

A primeira nota é de que, apesar de a investigação ter sido desenvolvida em plena pandemia [estudos qualitativos entre Outubro e Novembro de 2020 e estudos quantitativos em Janeiro de 2021], ela foi omissa na maior parte das entrevistas e raramente apontada como um factor de perturbação na relação com a saúde. De resto, 69% dos inquiridos indica que a pandemia não teve impacto na sua saúde e, dos 28% que reconhece algum efeito negativo, atribui-o maioritariamente ao sedentarismo (62%) e à ansiedade (52%). Para quem tem uma doença grave, a perspectiva é diferente: 30% acusa a pandemia de prejudicar a sua saúde, sobretudo por dificultar o acompanhamento médico de doenças ou problemas.

Embora, no geral, não se reconheçam expressivas implicações sobre o estado de saúde, a ameaça da doença introduziu mudanças na relação com a saúde. Dos inquiridos, 1 em cada 4 reconhece ter procurado mais informação de saúde e, pelo menos, 1 em cada 5 admite ter reduzido o recurso a médicos por rotina ou prevenção. Num estudo nacional realizado durante o Verão de 2020¹, uma amostra relevante da população considerava não ter o mesmo acesso aos cuidados do Serviço Nacional de Saúde (33%), a serviços de urgência (20%) ou a cuidados de saúde no sector privado (22%).

Dados públicos estimam que entre Janeiro e Novembro de 2020, se realizaram, face ao homólogo, menos 121 mil cirurgias e 1,2 milhões de consultas nos hospitais. Milhares de doentes terão ficado sem a consulta ou cirurgia de que necessitavam. O adiamento das intervenções necessárias e das que ficaram por diagnosticar sugere um agravamento dos indicadores de saúde a curto prazo.

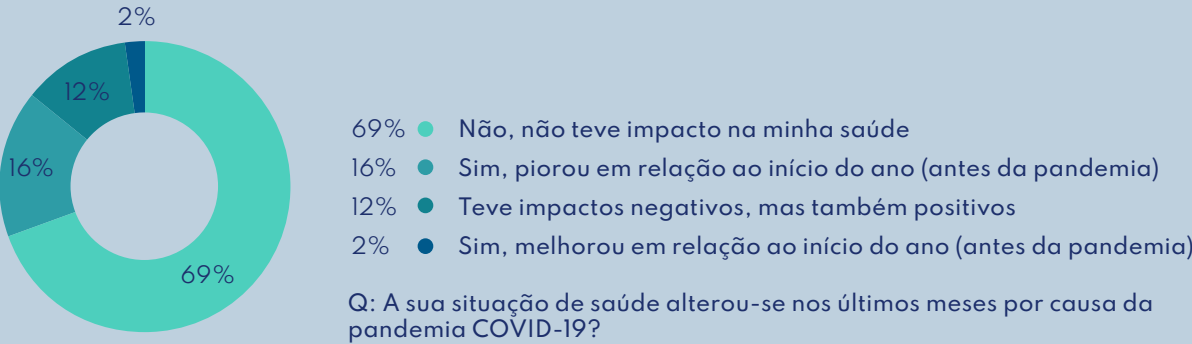
A percepção de menor capacidade de resposta dos serviços de saúde e a intensidade de informação, com números diários de mortos e internados, instalou o medo e, para além da hesitação em ir ao médico, induziu um conjunto de procedimentos – um novo “higienismo” –, desde o uso de máscara e desinfetante das mãos, à muda de roupa e sanitização da casa. Está ainda por escrever quantos destes instintos ou hábitos se vão estabelecer como rotina e quantos se vão desvanecer com o fim da pandemia.

Não obstante a auto-apreciação de saúde, especialistas sugerem que ainda estão por revelar as piores consequências da Covid'19, tanto fisiológicas como mentais. Na nossa amostra, 13,5% reconhece que o contexto de pandemia está na base de uma sensação de algum descontrolo sobre a própria saúde – num prejuízo mais relacionado com a instabilidade ou fragilidade emocional do que física. As elevadas taxas de stress e ansiedade são em todo o mundo reportadas como o principal efeito psicológico da pandemia. O estudo Saúde Mental em Tempos de Pandemia¹, realizado entre Maio e Agosto de 2020, revela que os profissionais de saúde que tratam doentes com Covid'19 têm um risco 2,5 vezes superior de entrarem em sofrimento psicológico, sendo também nesse grupo que os níveis de burnout são mais elevados, afectando, naquele período, 43% dos profissionais. O fardo dos problemas adjacentes entre doentes Covid'19 está também por apurar.

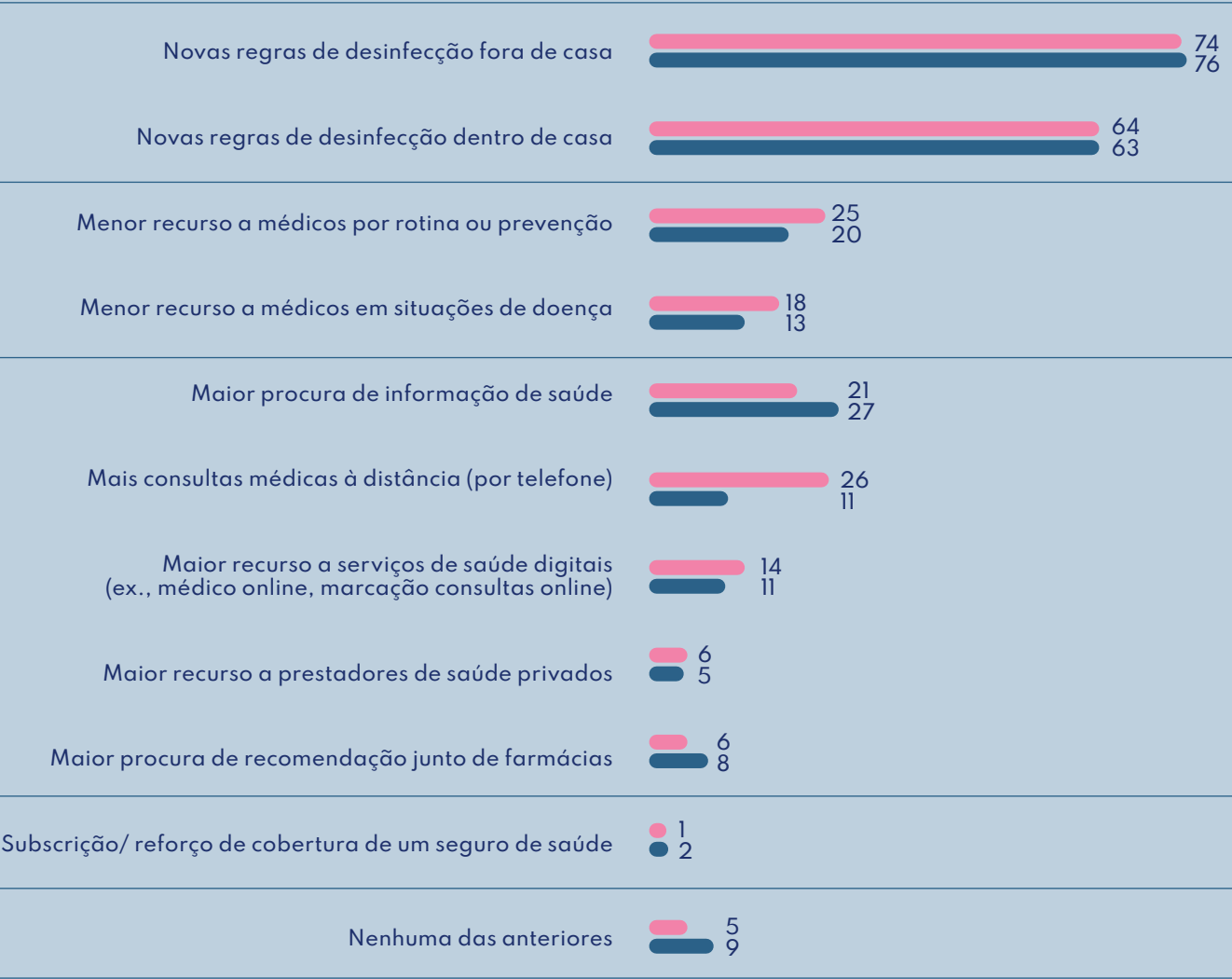
Acreditamos que, também pela necessidade de resistir num tempo de incertezas, falta a distância para a auto-consciência sobre os efeitos decorrentes do distanciamento social, da clausura, da solidão, da conciliação do trabalho e da família, do sedentarismo, do medo da doença ou mesmo da preocupação com a preservação do trabalho e do rendimento, desigualmente distribuídos nesta crise.

¹ Saúde Mental em Tempos de Pandemia (SM-COVID19), INSA

ALTERAÇÃO DA SITUAÇÃO DE SAÚDE POR CAUSA DA PANDEMIA COVID-19 — %
N=514



COMPORTAMENTOS DECORRENTES DO CONTEXTO DE PANDEMIA — %



● Portadores de doença
● Sem doença

Q: Da lista, o que reconhece ter feito ou estar a fazer de forma diferente pelo facto de vivermos em contexto de pandemia?



**[como vêm
as pessoas]
O que é
saúde?**

Um território em construção gradual

“Everyone who is born holds dual citizenship, in the kingdom of the well and in the kingdom of the sick. Although we all prefer to use the good passport, sooner or later each of us is obliged, at least for a spell, to identify ourselves as citizens of that other place.”

Susan Sontag

Tão eficiente e silencioso é o funcionamento do nosso organismo que dificilmente estamos aptos a articular sobre o extraordinário feito que é “ser saudável”; enquanto funciona, esse estado merece-nos pouca racionalização. Não é, portanto, de estranhar que o conceito de saúde surja como oposição à doença. Na verdade, o raciocínio de que o território da saúde termina onde começa o território da doença era expectável. [vide página 31 “Significações de Saúde”].

Menos esperado era não haver correspondência entre o diagnóstico da doença e o reconhecimento da ocupação desse território. Há uma lacuna entre o acontecimento biológico da doença e o acontecimento humano que é a integração da figura de doente. Talvez esta ambivalência explique porque na língua inglesa se distingue doença (disease), do sentir-se doente (illness), do comportar-se como um doente (sickness).

A doença não basta para o rótulo. Só quem aceita o estatuto de doente, ou seja, assume a doença como um aspecto identitário, se coloca naquele território. Se a doença não interfere no desempenho das suas responsabilidades (profissionais, familiares, sociais) e, sobretudo, não compromete a sua autonomia, a tendência é que a pessoa se projecte no território da saúde, mesmo que admita viver numa condição de fronteira - uma espécie de limbo onde se tenta comportar como um doente razoavelmente saudável.

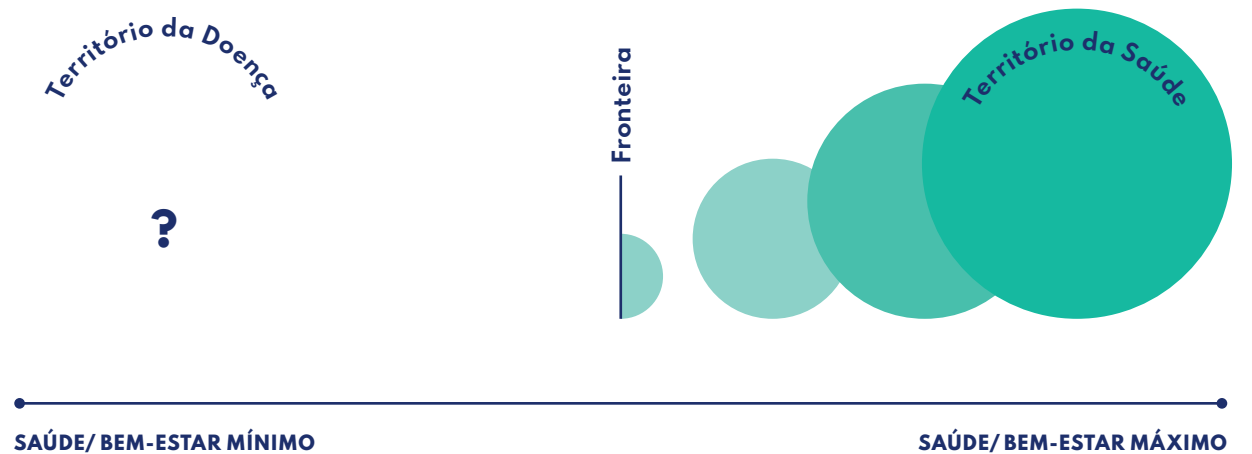
A transmutação para o território da doença só ocorre quando há uma falência de capacidade ou uma perda de identidade, em que o doente se sente “menos pessoa” e dependente de outros. Isso explica porque nem sempre há correspondência entre a visão dos médicos e a da pessoa e se torna menos óbvia a fronteira entre os dois territórios.

Se há consenso sobre a existência de dois territórios contíguos, o mesmo não pode dizer-se sobre as concepções que se fazem desses territórios. Quem nunca esteve (gravemente) doente, faz uma grande separação entre os territórios e revela maior dificuldade em dar significados à saúde, muitas vezes resumindo saúde a um compromisso de comportamentos que garantem a manutenção desse estado (como ter uma alimentação cuidada ou fazer exercício físico regularmente).

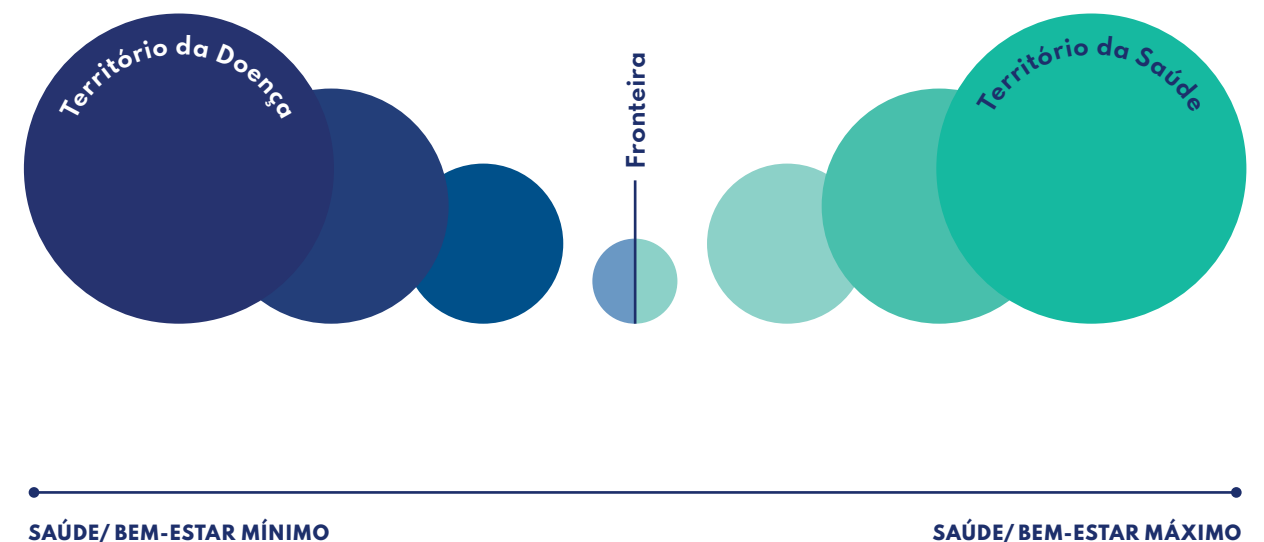
Quem passou por um processo de doença consegue fazer apreciações sobre saúde mais fundamentadas, tendo melhor integrada a noção de susceptibilidade desse estado. Nesta perspectiva, o território da saúde não se estabelece tanto por oposição à doença, mas pelo sentimento de controlo sobre o próprio estado de saúde. A fronteira entre os territórios é altamente subjectiva e estabelece-se no ponto a partir do qual a pessoa sente que a sua condição de saúde escapa ao seu controlo e depende de esforços que ultrapassam a sua possibilidade de acção (sejam tratamentos, medicamentos, alimentação ou outros).

É pela exploração que se percebe o território da saúde. Nos mapas internos, vão-se assinalando, pela experiência [ou biografia], os seus contornos, pontos altos e períodos críticos. Isto é válido tanto pela perspectiva da doença como da saúde. Quando, por exemplo, por alterações na alimentação, se melhora a sensação de bem-estar, é também um território novo que se explora. Perceber os territórios da saúde e da doença pelo olhar da pessoa e não pelo olhar do médico é o que nesta investigação se propõe.

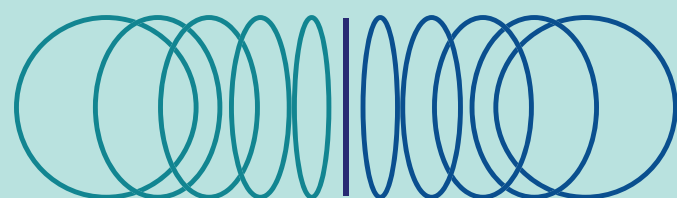
TERRITÓRIO DA SAÚDE
na percepção de quem
só conhece a saúde



TERRITÓRIO DA SAÚDE
na percepção de quem
habitou o território de doença



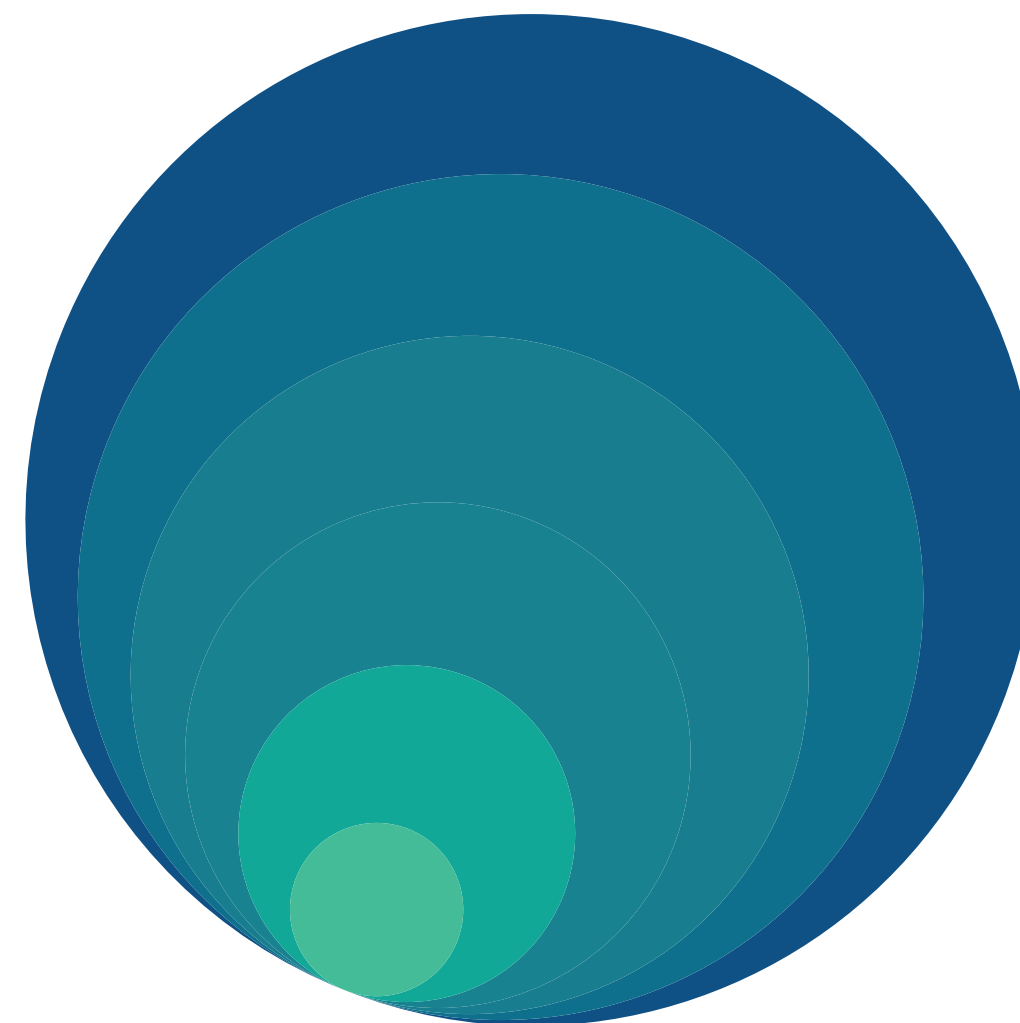
A perda de identidade em discurso directo



“Este meningioma foi crescendo, eu comecei a ter dores de cabeça alucinantes e comportamentos desviantes. No último ano, antes de ser operada, isolei-me bastante, coisa estranha em mim porque eu sou um ser iminentemente social... e não, meti-me em casa, desleixei-me fisicamente, desleixei-me a nível do meu vestuário, do meu aspecto e não me apercebi, eu não tinha consciência disso.”

“Também me desleixei na minha casa, na arrumação, na limpeza. Felizmente a minha filha já tinha 18 anos e ia fazendo as coisas. Várias vezes lhe disseram que eu estava deprimida e aquilo que a minha filha dizia era: Não, a minha mãe não é a minha mãe! – Ou seja, a minha mãe não está igual.”

M, 63 anos, Porto



A saúde vista de fora

A história da Saúde

O tempo e os recursos desta investigação não se compadecem com o que seria necessário ao retrato dos conceitos de saúde ao longo do tempo, nem tão pouco é essa a sua ambição. Em todo o caso, ela enriquece-se com a compreensão da história, na medida em que as concepções e os modelos de intervenção em saúde actuais representam a evolução desses conceitos. Do percurso histórico dos significados de saúde, que é também o da medicina, recuamos até aos três grandes períodos que marcam grandes inflexões na abordagem à saúde e, de certa forma, coexistem na actual conceptualização de saúde.

Modelo Biomédico (Sec. XVII) : Abordagem centrada na doença

Emerge de uma orientação científica que olha o universo a partir de um modelo mecânico. Neste período, o mundo e os seres vivos, tal como as máquinas, são entendidos como sendo formados por um conjunto de peças. O ser humano é um conjunto de peças que se encaixam ordenadamente e segundo um processo racional. A doença consiste numa avaria temporária ou permanente de um funcionamento de um componente ou da relação entre componentes. Nesta visão cartesiana do mundo, curar a doença equivale à reparação da máquina. São as características universais da doença, e não tanto o indivíduo, o centro da atenção médica. Nesta fase, consideram-se menos significativos os factores ambientais (morais, sociais, comportamentais) e a visão holística da pessoa é substituída pela tendência de reduzir os sistemas a pequenas partes, podendo cada uma delas ser considerada separadamente. Este modelo centrava-se no corpo, menosprezando o ambiente e as emoções.

1ª Revolução de saúde (sec. XIX): Abordagem centrada na prevenção da doença

A revolução industrial teve graves consequências na saúde. Grandes epidemias decorrentes de mudanças sociais (aglomeração em cidades e fracas condições de salubridade) facilitavam a difusão de microorganismos causadores de grande morbidade e mortalidade e conduziram ao desenvolvimento das modernas medidas de Saúde Pública. Para prevenir as doenças era necessário controlar os agentes patogénicos, o que foi feito por iniciativas que vão desde a construção de sistemas de esgotos ao desenvolvimento de vacinas. Quando falhavam, intervinha a medicina curativa que, em meados do sec. XX, encontrou nos antibióticos um auxiliar eficaz na destruição desses microorganismos. Uma das evoluções para uma concepção mais actual passou pela aceitação de que a doença pode ter causas múltiplas.

2ª Revolução da Saúde (2ª metade do séc. XX) : Abordagem centrada na saúde

Nos países desenvolvidos, controladas que estavam as doenças infecciosas, as doenças que mais contribuem para a mortalidade têm origem comportamental. O equivalente ao germe é o comportamento individual. A vacina, agora, teria de ser a modificação do comportamento em sentido lato, tal como deixar de fumar, cuidar da alimentação, controlar o stress, praticar exercício, dormir um número de horas adequado e verificar periodicamente o seu estado de saúde. A nova concepção de saúde é fixada pela OMS no documento “Metas de Saúde para todos”, com tradução portuguesa em 1986. Estabelece 2 conceitos centrais: i) promoção de saúde, pela capacitação das pessoas para aumentarem o controlo sobre a sua saúde e para a melhorar e ii) promover estilos de vida saudáveis.

Significações leigas de saúde

Em 1973, o investigador Claudine Herzlich entrevistou 8000 pessoas da classe média de Paris e da região rural da Normandia para estudar os significados que as pessoas atribuíam à saúde e à doença. Na investigação, resume em três categorias a forma pela qual as pessoas leigas em medicina representam a saúde. Recuperamo-las aqui por ser ainda entre estas categorias que as pessoas flutuam.

SAÚDE NO VÁCUO

A saúde é concebida como ausência de doença.

A pessoa não tem consciência do próprio corpo ou, simplesmente, não é aborrecida por sensações corporais. Há uma espécie de “silêncio corporal”.

RESERVA DE SAÚDE

A saúde associado à capacidade de resistência à doença, ou seja, a fortaleza que permite a cada pessoa defender-se da doença ou accionar dispositivos que agilizem da sua recuperação. Assim posta, a saúde surge não como um estado, mas como um recurso intrinsecamente pessoal de que se dispõe, seja por factores genéticos, contexto familiar ou comportamentos que ao longo do tempo terão conduzido ao reforço do stock individual de saúde.

EQUILÍBRIO

A saúde aliada a uma concepção de bem-estar físico, emocional e psicológico que suplanta as questões funcionais. É um conceito holístico de saúde, em que corpo e mente estão interligados e, em conjunto, conduzem a um estado de harmonia. Enquanto nas primeiras definições a saúde se determina por ausência de doença ou por uma estrutura que lhe permite resistir, aqui supõe um equilíbrio susceptível de variações no dia-a-dia, sobre o qual o indivíduo considera poder actuar.

Fonte: Albuquerque, Carlos & Ferreira de Oliveira, Cristina
Saúde e Doença: significações e perspectivas em mudança

Saúde mental como reconfigurante

Há uma geografia no território da saúde só conhecida pelos que experimentaram uma perturbação mental. Como quem descobre a vertigem perante um precipício, percebem que a queda se pode atribuir a acontecimentos que estão além do seu controlo. As pernas funcionam, o corpo está seguro, mas há uma outra dimensão de saúde, cuja falência é difícil de explicar, que as coloca numa situação de profundo desequilíbrio.

A doença mental é descrita como algo particularmente sombrio. Embora se tenham entrevistado pessoas com episódios graves de doença (como oncológicas ou auto-imunes), só nos discursos de quem passou por uma doença mental surgiram expressões sobre a morte como um alívio que a dada altura se deseja.

Por ser uma situação em que as pessoas facilmente se sentem subtraídas de si próprias, a transição para o território da doença é muito mais óbvia nestes casos do que nas doenças físicas.

Ao contrário da doença do corpo – que é sempre específica na causa e objectiva na terapêutica - na doença mental os pontos de entrada e de saída não são óbvios. “No corpo, a gente toma o comprimido e passa. [Na cabeça] quando tenho as coisas aflitas, é diferente. (...) Estas coisas sempre voltam, mas eu já não tomo os medicamentos. Dá-me vontade para chorar, vou para um sítio e choro.” O desabafo de uma açoriana de 44 anos com histórico de depressão é bem a prova de como, em matéria de saúde mental, o processo de cura é difícil.

Quem, na sua trajectória, se cruzou com um diagnóstico de doença mental, sabe estar numa luta constantemente a ser travada.

Há uma noção de risco, uma maturidade na compreensão da fragilidade da sua condição de saúde, que leva a que as pessoas se coloquem numa situação de fronteira com a doença, mesmo quando estabilizadas.

Na amostra, 7% dos inquiridos tem uma doença mental diagnosticada. É possível (e provável) que o peso dos que têm problemas de saúde mental seja superior, já que muitas pessoas não atingem o limiar requerido para um diagnóstico de perturbação psiquiátrica e outras nem chegam a procurar ajuda. Sabemos que a saúde mental ainda vive na sombra de alguns preconceitos. Dos discursos, percebe-se a tentativa de fuga deste rótulo, também pelo estigma associado a esse tipo de doença. 66% dos inquiridos a quem foi diagnosticada doença mental reconhece ainda sentir discriminação da sociedade em relação a algumas doenças, como as mentais, e 75% admite resistência em pedir ajuda quando está doente (um número bastante superior ao dos que apresentam outro tipo de doenças).

Uma resposta inadequada por parte dos serviços de saúde dificulta na abordagem a uma doença difícil de diagnosticar, sendo muitas vezes entregue à própria pessoa a tarefa de resolver, como puder, os seus problemas mentais. Tudo sugere que, mesmo em termos de saúde pública, a relação entre a dimensão do problema e a atenção que lhe é afectada é desproporcional. Estudos sobre a prevalência de doença mental em Portugal (como o da Nova Medical School) registam intervalos de tempo muito alargados entre o aparecimento dos primeiros sintomas com impacto clínico e o recurso a qualquer forma de tratamento adequado (por ex., 4 anos para Depressão Major). Na nossa amostra, mais de metade das pessoas que reconhecem algum tipo de descontrolo do foro psicológico gostaria de ter mais acompanhamento na área da saúde mental.

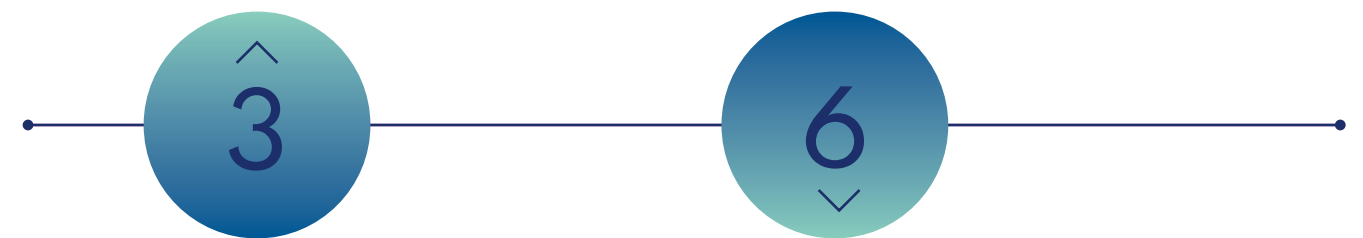
Numa escala de 1 a 10, como avalia o seu estado de saúde actual?

“Ser saudável é não ter situações como eu tive ontem, uma crise descomunal de ansiedade. [Ontem] eu senti-me horrivelmente mal. Porque o nível de acumular de situações é tão grande, que rebenta com a nossa saúde. Tive um cancro, mas sei que o que me vai matar um dia vão ser os meus nervos. Porque isso é o que descontrola tudo isto.”

“Estou num 3, tenho claramente a noção. Por dentro, estou um caco. Sinto-me completamente descompensada da cabeça. (...) Já tive de chamar uma ambulância. Foi o primeiro caso efectivo de ansiedade, estava com a sensação que estava a ter um AVC. Foi há uns 3 anos.”

“Ontem na conversa com a enfermeira, ela disse que chegou a altura de ser acompanhada por alguém, um psicoterapeuta. Agora é o segundo passo, que é ganhar coragem para ligar.”

M, 44 anos, casada, com filhos, doença oncológica dada como curada, Rio de Mouro



“De 1 a 10... um seis. Tem a ver com um problema de ansiedade crónica que tenho. É uma doença que tem momentos melhores e piores e, neste momento, sinto-me mais ou menos tranquilo.”

“Não quero explicar o que é um ataque de pânico. Os mais graves são aqueles em que eu estou no chão, enrolado, e o único desejo que tenho é falecer. O sentimento de ansiedade, o medo, é tão grande, que a única coisa que desejo é terminar a vida naquele momento. Não se conseguem diminuir aqueles sentimentos. A pessoa não é capaz de fazer rigorosamente nada. Posso ter as melhores pernas, braços, coração do mundo, mas, se a minha cabeça não funcionar, não serve de nada porque não tenho sequer capacidade de me levantar de uma cadeira.”

“Agora percebo que a minha mãe, a família, têm o mesmo problema, mas não aceitam porque na sociedade vão ser vistos como uma pessoa fraca, que não presta. Eu próprio, tinha esse estigma. Esse é o grande problema, é uma doença escondida.”

H, 40 anos, casado, com filhos, doença mental diagnosticada, Faro

Tal como a física, a saúde mental não é apenas a ausência de doença mental. É um aspecto indissociável de bem-estar, que garante o funcionamento - familiar, social, profissional – no dia-a-dia.

A dificuldade em lidar com as pressões da vida, a menor flexibilidade emocional ou a baixa resiliência perante adversidades, deixam algumas pessoas numa zona cinzenta, difícil de delinear. 11% da amostra considera não ter controlo sobre a sua situação de saúde por motivos psicológicos, apesar de não ter qualquer doença diagnosticada (física ou mental). A instabilidade e o descontrolo emocional são os sentimentos que mais se associam a essa sensação (mais comum entre as mulheres).

O peso dos que se acham na zona cinzenta é muito desigual por idades, descrevendo uma linha decrescente entre os segmentos etários – de 25% entre os 18 e os 24 anos até ao 1% entre os 75 ou mais anos.

Uma vez que esta análise parte de um auto-diagnóstico, a distância etária levanta uma questão fundamental: a juventude é uma fase mais susceptível de desregulação psicológica e emocional, ou as novas gerações têm uma nova concepção de saúde e estão mais despertas para a saúde mental que as gerações mais velhas? A linha (no gráfico ao lado) descreve o problema ou a capacidade de reconhecer o problema?

Embora, em geral, seja conveniente à ciência separar a saúde mental da física, é uma separação fictícia. Vários estudos demonstram a relação entre as duas saúdes, sabendo-se que as perturbações de uma pressagiam a ocorrência de perturbações na outra – mesmo que os mecanismos específicos dessas relações não sejam totalmente conhecidos. Um estado emocional negativo pode desencadear uma cascata de alterações no sistema imunitário e cria maior susceptibilidade a uma série de doenças físicas.

A relação entre a saúde física e mental não se estabelece apenas (ou sempre) por efeitos fisiológicos, mas também por influenciar a adesão a comportamentos de saúde, seja na lógica da prevenção como da promoção. É sabido que um doente deprimido tem mais probabilidade de não aderir a recomendações do médico do que um não deprimido. Também neste estudo, a saúde mental surge profundamente vinculada aos esforços que as pessoas fazem para manter ou ganhar saúde.

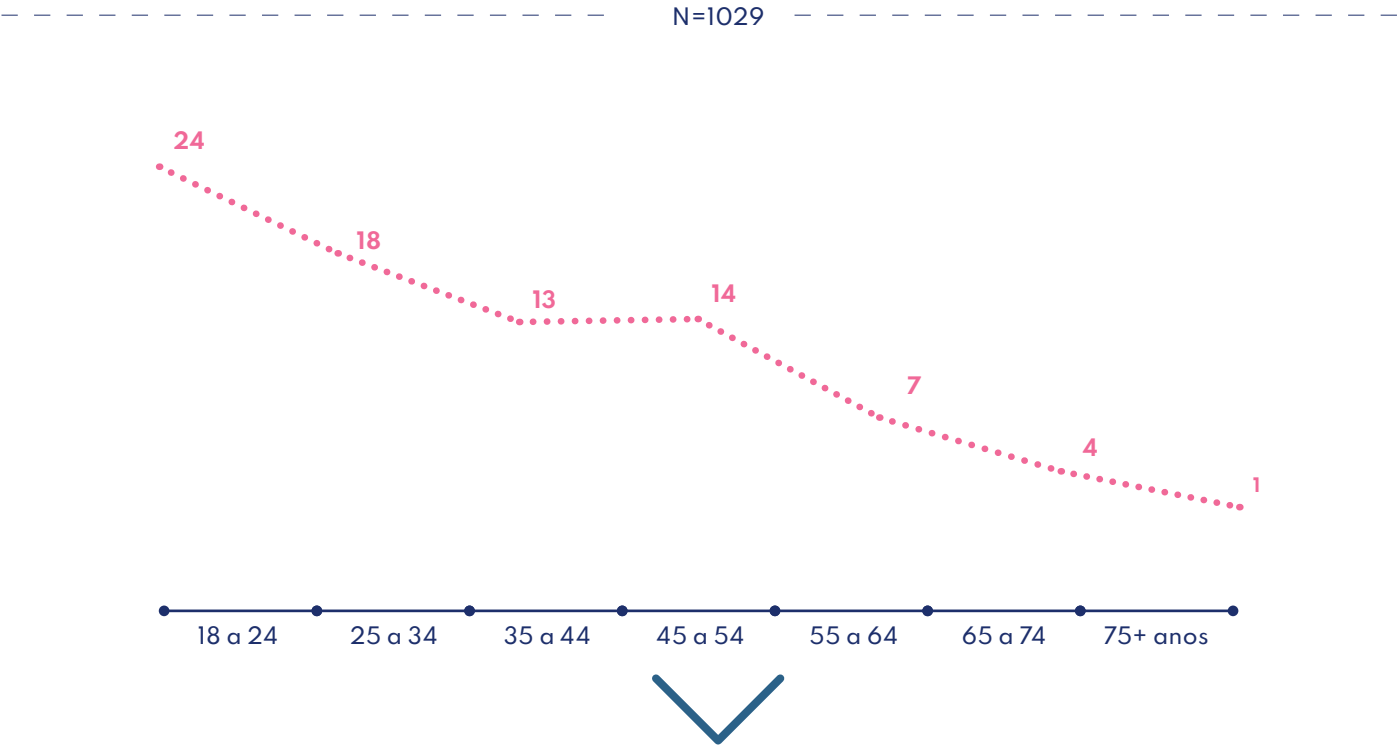
Tanto na análise quantitativa como pelas entrevistas se detecta uma forte relação entre as vivências psicológicas e o esforço para se ser saudável. Por um lado, há visivelmente menos acção pró-saúde – em esforço para se ser saudável e adesão a um estilo de vida saudável - entre as pessoas que ocupam a dita “zona cinzenta”, ou seja, que reconhecem, neste momento, algum tipo de stress psicológico.

Por outro lado, se as pessoas admitem ter uma inclinação para problemas psicológicos (i.e., dificuldade em controlar pensamentos e sentimentos que provocam mal-estar), mas se encontram num ponto de equilíbrio, fazem um grande esforço para se manter nessa posição. Precisamente para evitar o desequilíbrio, são tendencialmente mais vigilantes e aderentes a comportamentos que possam segurar ou estimular a sua posição no eixo do seu bem-estar [vide Condição Itinerante].

ZONA CINZENTA NO TERRITÓRIO DA SAÚDE — %

11%

Sente não ter controlo sobre a sua saúde por aspectos do foro psicológico, embora não tenha nenhuma doença diagnosticada (física ou mental)



O QUE LEVA AO SENTIMENTO DE DESCONTROLO?

64%
A instabilidade da forma como me sinto

61%
Não conseguir controlar as minhas emoções

O QUE CONSIDERA ESTAR NA BASE DESSE SENTIMENTO?

55%
O contexto de pandemia em que vivemos

36%
A minha natureza

43%
O meu trabalho

33%
O meu contexto económico

N=117

TIPOLOGIA DE DOENTE:

Uma Abordagem Psicológica à Doença

Nas últimas décadas, os investigadores apontam os factores psicológicos como peças determinantes no modo como o indivíduo experiencia a saúde. Tais factores explicarão as razões pelas quais pessoas com parâmetros biológico-fisiológicos muito semelhantes revelam experiências subjectivas de saúde muito distintas, e vice-versa. Numa dessas pesquisas (Stalpers, 2009), foi desenvolvido um modelo que descreve um padrão de relações entre a experiência subjectiva de saúde e três determinantes psicológicos: o controlo, a aceitação e o ajuste percebidos.

Em resumo, o controlo será a crença da pessoa de que a sua condição de saúde pode ser influenciada ou controlada por si mesma ou por outros; a aceitação será a sensação de que a sua condição de saúde e os possíveis constrangimentos ao seu funcionamento, são aceitáveis e adequados para si, como pessoa. O ajustamento corresponderá à medida em que a pessoa se disponha e seja bem sucedida na adequação dos seus comportamentos aos constrangimentos que percebe que lhe são impostos pelo seu estado de saúde. Sugere o mesmo estudo que, enquanto o controlo e a aceitação percebidos têm um impacto relativamente grande na saúde (subjectivamente) experimentada, o impacto do ajustamento é menos pronunciado, pelo menos na população em geral.

Com base nos dois principais determinantes psicológicos da saúde subjectiva - o controlo e a aceitação percebidos – foi desenvolvida uma tipologia de doente. A relevância desta segmentação é a de permitir melhor orientação de acções junto das pessoas, ou seja, apoiar na personalização dos cuidados.

Do cruzamento daqueles determinantes resultam quatro “estilos mentais” que constituem uma base teórica para explorar estratégias melhor adequadas às dificuldades que cada pessoa apresenta. Sobre os quadrantes, adiantam a formulação do quadro ao lado.

Os determinantes de percepção de controlo e aceitação são construções dinâmicas, ou seja, são construções que podem mudar ao longo do tempo e circunstâncias. Isto implica que as pessoas não têm posições fixas em termos dos quadrantes ao longo do tempo.

A tipologia de doente pode e deve servir como um quadro de referência para otimizar opções de tratamento – sejam serviços oferecidos, adesão a terapêuticas ou a auto-gestão de cuidados de saúde por parte de pessoas portadoras de doença.

Fonte: Subjective Experienced Health As A Driver Of Health Care BehaVIOR - Sjaak Bloem, Joost Stalpers, Nyenrode Research Paper - July 2012



NOTA METODOLÓGICA:

- O modelo teórico proposto tem no eixo vertical a aceitação da situação de doente e no eixo horizontal o sentimento de controlo. Para adaptar as respostas do presente estudo ao modelo, usou-se por aproximação:
- Ao eixo horizontal, a resposta à questão: considera que a sua saúde – isto é – a sua condição física ou psicológica – está sob o seu controlo?, distinguindo entre Sim e Não
 - Ao eixo vertical: a resposta à questão: tem a ambição de melhorar a sua situação de saúde?, tendo colocado na parte superior da tabela quem se sente bem onde está ou quer melhorar a sua situação; na parte inferior, quem o considera difícil ou impossível. Por não serem as questões fiéis às que estão na base do modelo teórico, a dimensão dos quadrantes é um mero exercício de aproximação, e não uma segmentação exacta da amostra.

Uma condição itinerante

Seja qual for a forma ou significado que lhe atribuíam, a saúde pode ser representada como um eixo contínuo que se estabelece entre dois pólos: a saúde máxima (sem limite objectivo), e a saúde mínima, que culmina na morte. Todas as pessoas se colocam algures entre estes dois pólos, não sendo essa posição firme no tempo. Por mais robusta ou exuberante que seja a saúde, todos experimentam oscilações no eixo de saúde ou bem-estar ao longo da vida. De modo comum, vai-se deslizando no eixo à medida que a idade avança.

A extensão do eixo resume aquilo que cada um acredita ser o seu potencial de saúde, novamente distinto entre pessoas e para a própria pessoa, em função da consciência que tenha acerca da sua saúde ao longo do ciclo de vida.

Embora o potencial de saúde sofra de uma degradação natural (pelo decurso da idade), ele pode em cada momento ser renovado e reconquistado pela integração de comportamentos que levem a maior vitalidade e tempo de vida (com qualidade). Nessa medida, o indivíduo pode ser um produtor de saúde.

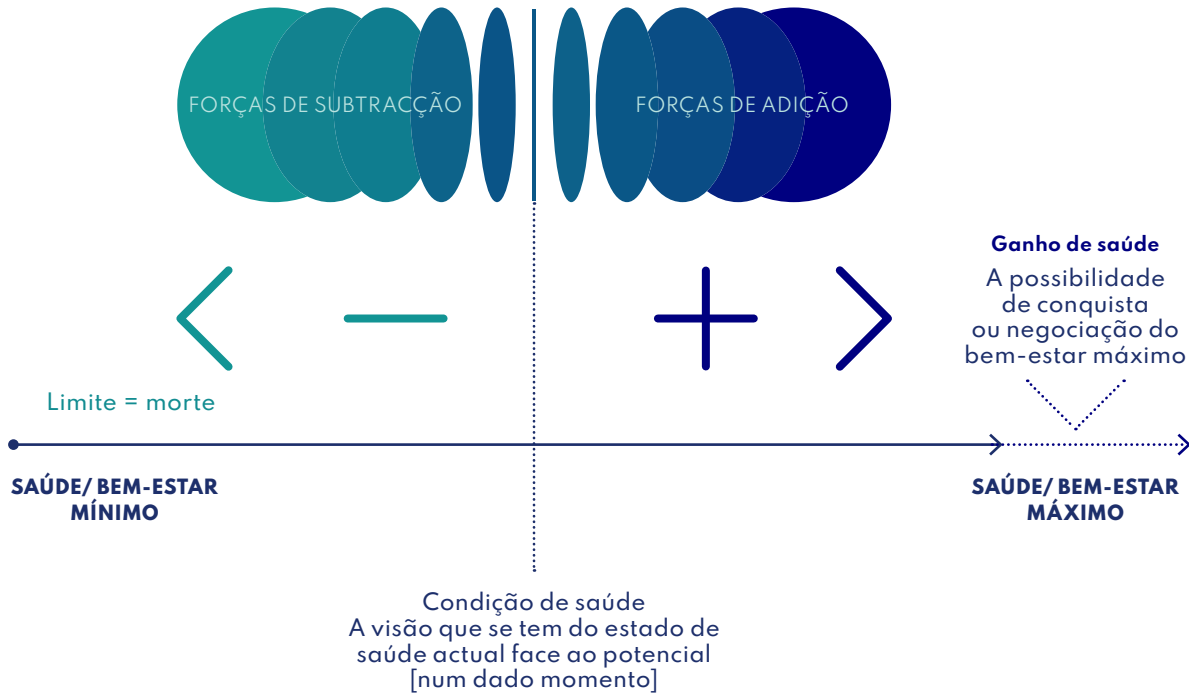
A posição no eixo é a apreciação que a pessoa faz da sua condição de saúde actual. É o reconhecimento de uma distância entre essa posição e a posição desejada ou ideal (dentro do possível), que induz comportamentos que conduzam a uma melhor posição no eixo. Quando a pessoa está satisfeita (ou não tem consciência da distância ao seu potencial de saúde), tende a manter-se nessa posição de equilíbrio, até sentir uma lacuna.

Os movimentos no eixo são sobretudo desencadeados por uma tensão entre forças de sentido contrário. De um lado, forças de sinal negativo, que subtraem bem-estar – sejam episódios de doença, acidentes, fases específicas do ciclo de vida (como a menopausa), ou outras, de carácter mais subjectivo, como traumas desencadeados por experiências de doença vividas. Do outro lado, a acção individual, mais ou menos apoiada por profissionais de saúde, que normalmente configura uma resposta. Estes movimentos no eixo são feitos a diferentes compassos. Há fases de paragem, há sprints, há provas de meio fundo e há marchas (mais) lentas. Metáforas para ilustrar picos de vitalidade, episódios de doença de gravidade e recuperação variável e o próprio envelhecimento, lento e gradual.

Assim sendo, o eixo tem três características chave:

1. É um segmento de recta, com limite superior (o potencial de bem-estar) teoricamente ilimitado, mas com um limite mínimo definido (que corresponderá à morte).
2. Tem uma extensão elástica, variável ao longo do tempo – na medida em que o potencial pode degradar-se ou ser negociado e melhorado pela integração de comportamentos – o que, em termos gráficos, significa a extensão do eixo.
3. Não garante lugares vitalícios (a não ser a morte). A condição de qualquer pessoa no seu eixo é sempre provisória ou itinerante, não sendo a maioria dos movimentos opcional. A permanência num determinado ponto do eixo estará sempre sob ameaça, é sempre não garantida.

ILUSTRAÇÃO GRÁFICA DA CONDIÇÃO ITINERANTE NUM EIXO DE SAÚDE

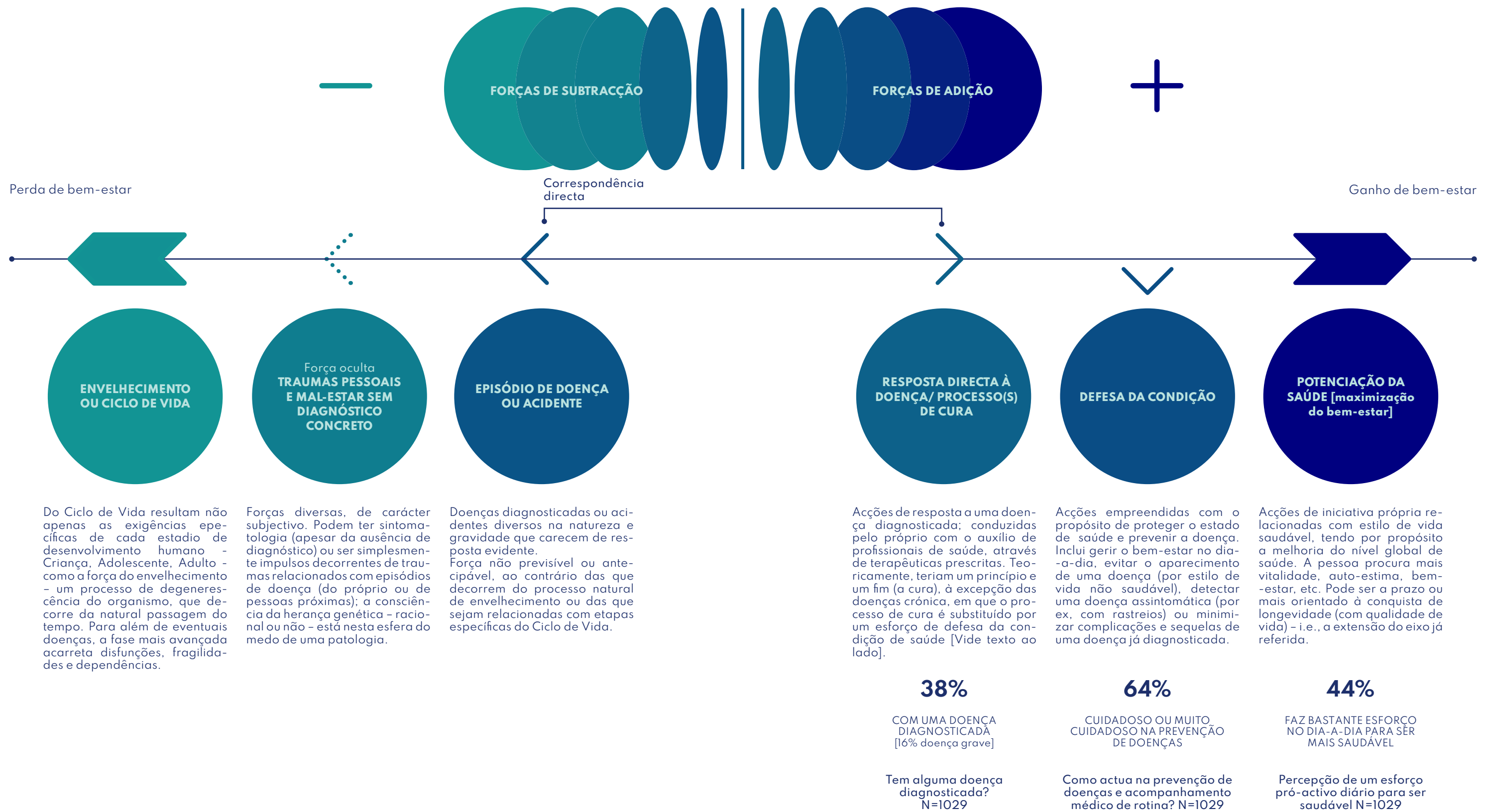


Sabemos que o que induz movimentos no eixo de bem-estar é a tensão entre força(s) negativa(s) e forças positiva(s). Qual a escala e a natureza dessas tensões na sociedade? Como se manifesta ao longo do ciclo de vida? Que impulsos estão na base da acção individual?

Uma condição itinerante

Principais forças para a deslocação no eixo

Pela modelização - uma simplificação de wsubjectiva e extremamente complexa -, procura-se elencar forças de sentido contrário que desencadeiam movimentos no eixo de bem-estar ou saúde. Do lado esquerdo, os factores que podem retirar bem-estar; do lado direito, a acção da pessoa, mais ou menos induzida por profissionais de saúde



A expressão tripartida dos impulsos que, a cada momento, orientam a relação dos portugueses com o seu estado de saúde.

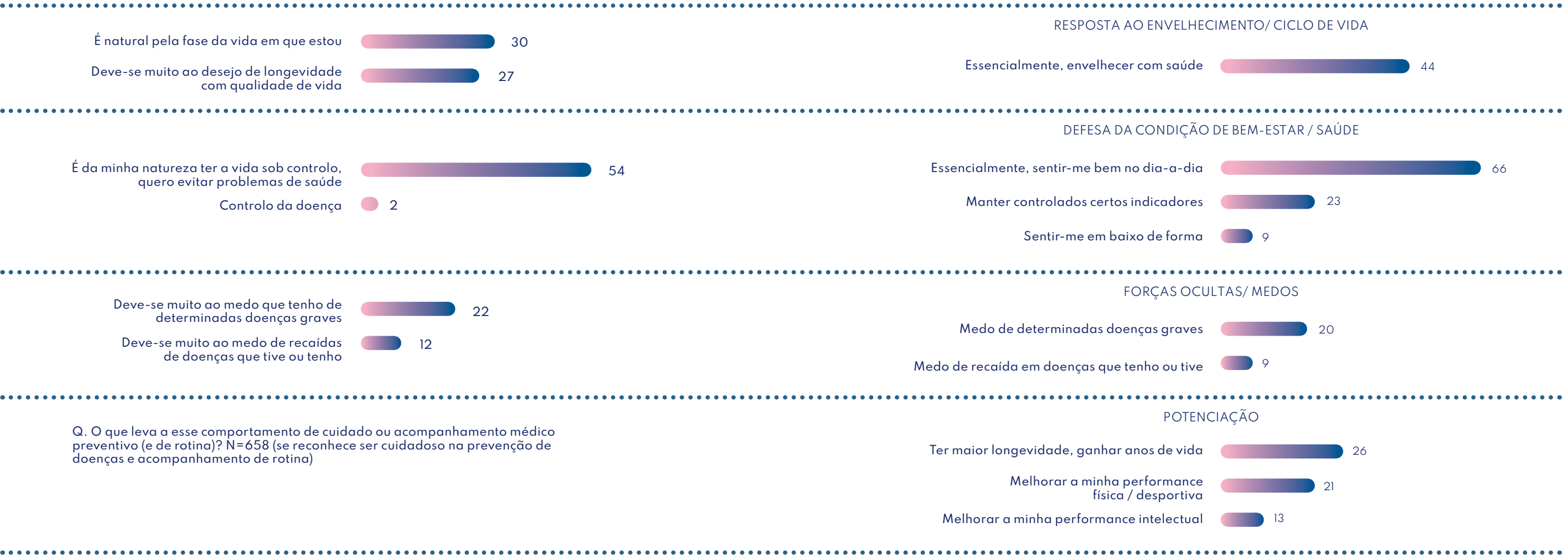
Subtraindo as acções de resposta a uma doença diagnosticada – na medida em que seguem um protocolo de resposta concreto e exigem uma análise nesse quadro de limites definidos (com uma motivação primordial de cura) –, procurou identificar-se, nos sub-

-grupos que reconhecem ter cuidados de prevenção e de potenciação, as forças negativas que motivam essa acção ou, no contexto da potenciação, as ambições ou as influências da sociedade para a adopção de comportamentos ditos saudáveis [que adiante se especificam].

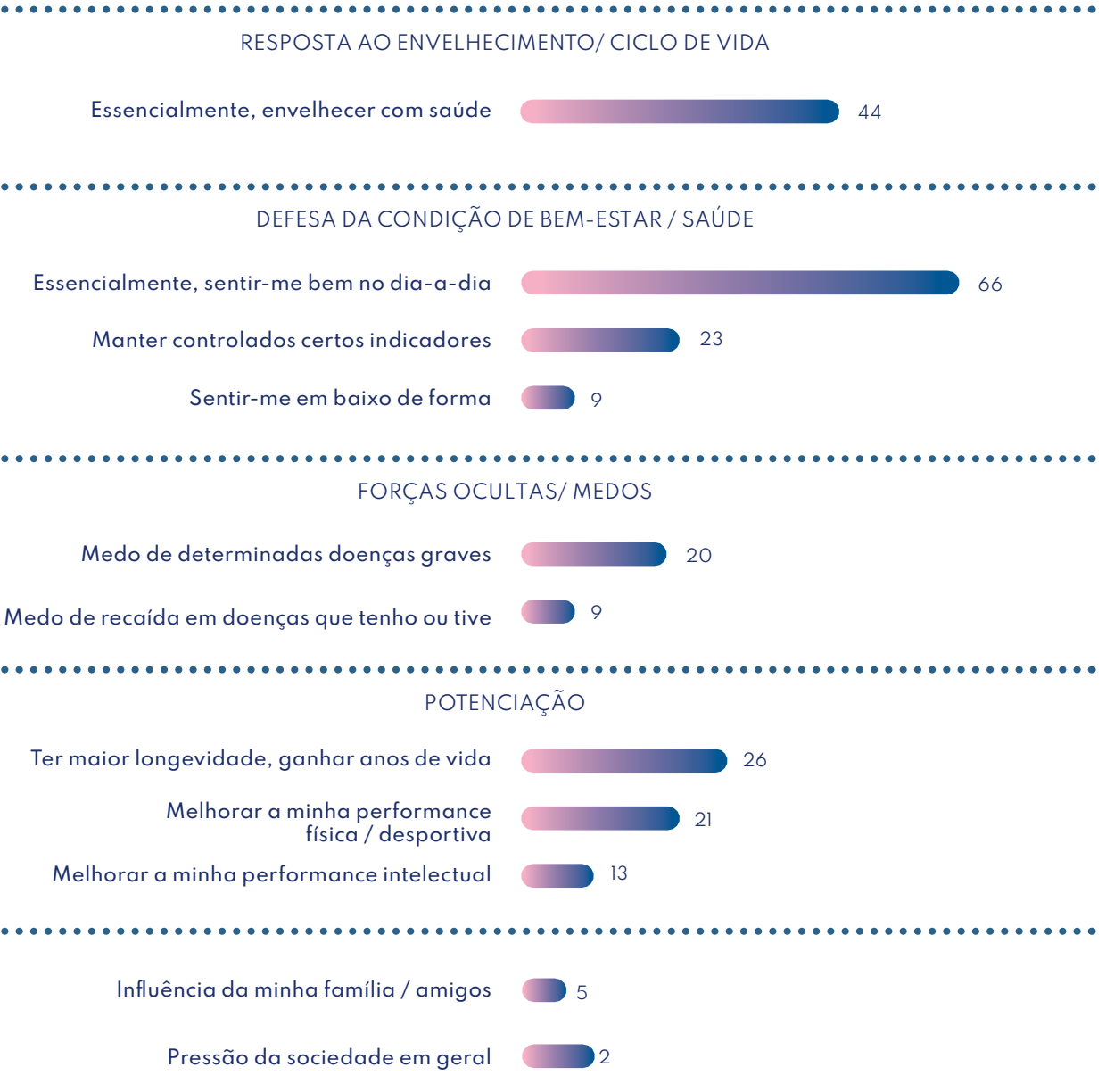
A motivação que se destaca para auto-cuidados de prevenção é a necessidade de controlo, que os portugueses reconhecem como um traço da sua natureza (ou personalidade), semelhante entre idades. Igualmente transversal é o medo de doença grave, o que reforça a ideia das forças ocultas (ou medos infundados). Não se encontram também diferenças significativas entre géneros em nenhuma das opções.

Já como motivos de potenciação, envelhecer com saúde é mais pronunciado junto do segmento que começa a sentir os seus efeitos (entre os 45 e os 64 anos). A potenciação pura – melhorar a performance física ou intelectual (25%) – é mais vincada no segmento mais jovem, entre os 18 e os 24 anos. Também os homens declaram, mais do que as mulheres, a vontade de melhorar a performance física.

MOTIVOS PARA O ESFORÇO DE PREVENÇÃO — %



MOTIVOS PARA O ESFORÇO DE POTENCIAÇÃO — %



Q. Qual ou quais diria serem as principais motivações desse esforço (diário para ser saudável ou mais saudável)? N=879 (se reconhece algum esforço pró-activo para ser saudável)

Anti-Envelhecimento: esforço para que o eixo não encolha

A acção para evitar que o potencial de saúde se degrade

Os avanços na área de investigação dedicada à biologia do envelhecimento sugerem que o envelhecimento é um mecanismo biológico que pode ser travado e, eventualmente, revertido. Para os jovens, ser um centenário é uma proposta sedutora: 31% dos inquiridos entre os 18 e os 34 anos gostaria de viver, no mínimo, até aos 100 anos.

A ideia de um elixir de juventude não é nova. De resto, não faltam nos escaparates produtos que prometem, pelo menos, atrasar esse processo natural de desgaste do corpo. Vêm da mesma indústria que sugere normas estéticas que enaltecem a aparência jovem, submetendo a sociedade a um ideal de beleza que recusa o envelhecimento. Na nossa amostra, 46% sabe indicar a idade em que sentiu pela primeira vez que estava a envelhecer (sem distâncias entre os que têm entre 25 e 65 anos), e quase metade desses indica que terá acontecido entre os 20 e os 40 anos. Que o confronto com o próprio envelhecimento surja tão precoce-mente é bem revelador desse ideal de juventude.

A sociedade que durante anos resumiu a estética à aparência e à moda evoluiu. Hoje, dificilmente se cuida da beleza descolando da dimensão da saúde, razão pela qual se reprova transversalmente o excesso de peso e se recrutam para os cuidados pessoais segmentos tradicionalmente menos preocupados com a aparência, como os homens. Daí que se torne difícil distinguir se na raiz de comportamentos ditos saudáveis – por exemplo, relacionados com a alimentação, a hidratação do corpo ou o exercício físico –, nasce primeiro uma preocupação estética ou pura de saúde.

A antecipação do envelhecimento como um processo em que se vai sendo privado do exercício de “ser pessoa em pleno poder” – de capacidades físicas, de autonomia, de participação social – explica o empenho em comportamentos pró-saúde.

É uma acção que pretende preservar o potencial de saúde durante mais tempo. Não visa apenas um movimento no eixo, mas impedir que o eixo encolha.

A saúde é cada vez mais um tema de preparação para maior longevidade com qualidade de vida, explicando porque se enfatiza a motivação nos segmentos entre os 45 e os 64 anos. As pessoas não pretendem apenas manter-se vivas, mas viver em boas condições durante mais tempo. Nesse aspecto, Portugal pode melhorar.

Se por um lado, a esperança média de vida evoluiu para os 81,6 anos, por outro, o número de anos de vida saudável depois dos 65 é de apenas 7,3 anos, menos 3 que a média europeia (10,3 anos, dados Eurostat). Ocupamos, igualmente, a 16ª posição do Active Ageing Index, abaixo da média europeia. O confronto com esse mau envelhecimento será, certamente, o que explica porque aos mais velhos seduz menos a ideia da vida até aos 100; a meta é viver até ter saúde, seja qual for a idade.

A relação com o envelhecimento e a própria morte altera-se ao longo do ciclo de vida. 34% reconhece dificuldade em lidar com o envelhecimento, mas se a partir dos 45 anos o tema é inquietante, depois dos 75 anos a perspectiva suaviza-se, crescendo o grau de reconciliação com essa realidade (por agora) incontornável.

46%

Sabe indicar a idade em que pensou pela primeira vez que estava a envelhecer

N=1029

45%

Pensou pela primeira vez que estava a envelhecer entre os 20 e os 40 anos

N=552

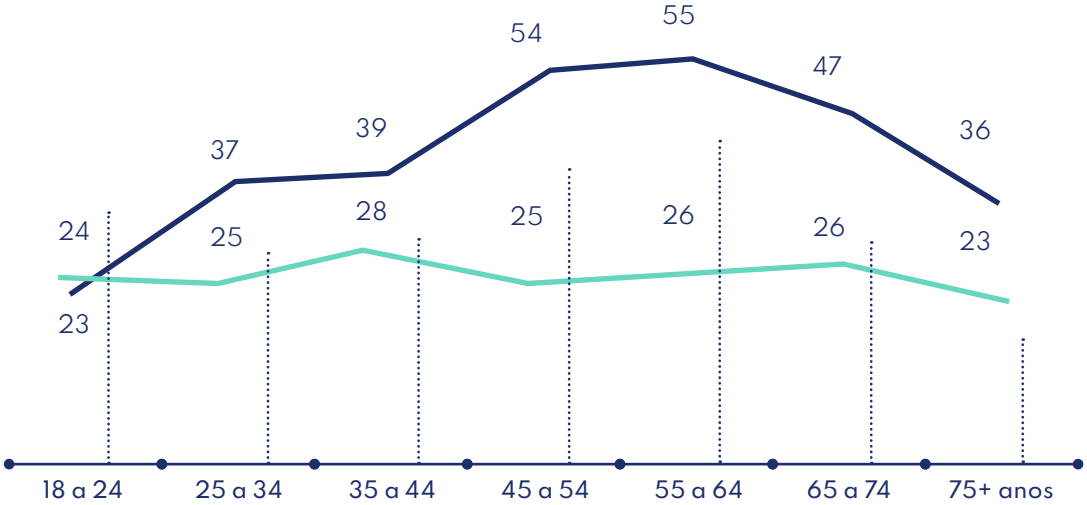
PENSANDO NOS PROCESSOS DE ENVELHECIMENTO À SUA VOLTA, ATÉ QUE IDADE GOSTARIA DE VIVER? — %



N=515

PRINCIPAIS MOTIVAÇÕES PARA FAZER UM ESFORÇO PRÓ-ACTIVO PARA SER SAUDÁVEL? — %

N=879 (reconhece fazer algum esforço)

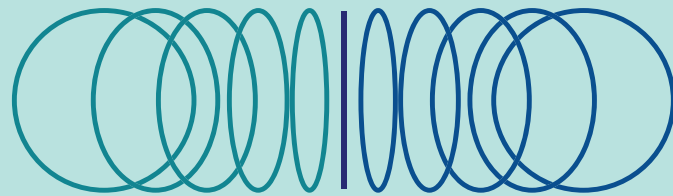


..... % que lida mal com o envelhecimento [N=552]

— Essencialmente, envelhecer com saúde

— Ter maior longevidade, ganhar anos de vida

Retardar o envelhecimento em discurso directo

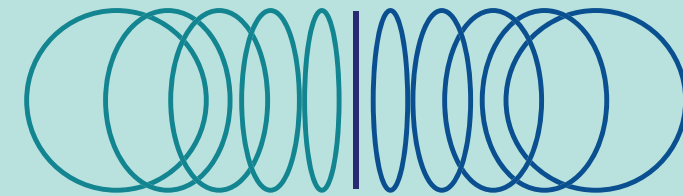


“Também tem a ver com a idade. Eu, desde que vou sendo mais velho, vou-me preocupando com coisas para as quais o meu filho de 17 anos não está nem aí. (...) A pessoa começa a ver-se ao espelho, a ter a percepção de que está a envelhecer. Como nunca tive nenhum problema grave de saúde, acaba por ser um bocado a nível estético, querer adiar o envelhecimento precoce ou o envelhecimento natural.”

“Relativamente aos cuidados pessoais, tenho o cuidado de hidratar a pele diariamente após o banho, de pôr creme todas as noites na cara... esses cuidados acabo por ter sempre e vêm com a idade. Estou a tentar retardar o inevitável.”

H, 45 anos, Lisboa

O medo de “ser um fardo” em discurso directo



“Eu gostava de viver, pelo menos, até aos oitenta e tal. Depois a pessoa pensa, se a cabeça não funciona como deve ser e estou aqui a dar chatices... acho que é uma boa meta. Já vejo os rapazes [netos] crescidos, já é uma boa meta.”

“A gente tem sempre aquela coisa do que é a morte e do que vai ser. O meu único medo é ficar numa cama sem responder... a pessoa não sente, mas quem está a acompanhar sofre mais. De resto, não tenho medo. Nesse aspecto [da doença], acho que sou forte.”

M, 66 anos, Lisboa

Potenciação: Até onde se pode estender o eixo?

A acção para expandir o potencial de saúde

O potencial de saúde é determinado, por natureza, pelo ADN que herdamos. Todos estamos sujeitos a uma lotaria genética que estabelece, à nascença, um determinado risco de saúde e uma determinada capacidade de resistir à deterioração das funções fisiológicas (i.e., ao envelhecimento). Para além dessa carga genética (e, naturalmente, de eventuais doenças ou acidentes), o potencial de saúde de cada pessoa depende do estilo de vida e de comportamentos que, ao longo da vida, tanto o podem estimular como prejudicar.

Apesar de a estrutura genética ter um grande peso, o potencial de saúde pode ser melhorado. Qualquer desportista de alta competição joga para o campeonato da superação do seu potencial, ou seja, procura, por trabalho e estímulo permanente, expandir a sua resistência, a sua força, a sua flexibilidade, a sua velocidade e mesmo a sua capacidade de concentração de partida, desafiando os limites do coração, dos pulmões e dos músculos geneticamente atribuídos.

Bem assim, contradizendo teorias que até há algum tempo avançavam que a estrutura do cérebro humano seria estática, as neurociências defendem que o cérebro (dentro de certos limites) é plástico, sendo essa propriedade vitalícia. Cada acto de aprendizagem modifica fisicamente o cérebro, sendo precisamente ao facto de se manter plástico durante toda a vida que se deve a notável evolução do cérebro humano.

Há evidência que o corpo e o cérebro podem ser reprogramados pela integração de comportamentos, que vão desde o exercício físico e a meditação, até às dietas alimentares.

Essa plasticidade preconiza um potencial de saúde superior ao que é determinado para cada um por natureza, ou seja, sugere que o eixo pode ser estendido, negociando não só qualidade de vida como anos de vida.

Embora a ideia de que é possível manipular o organismo e influenciar o material genético com que nascemos seja estimulante, ela não é comum.

Ainda que em Portugal cresça a adesão ao exercício físico e a actividades semelhantes, e na alimentação haja melhorias importantes, é difícil dizer que existe uma cultura do trabalho do corpo e da mente. Mesmo entre os que reconhecem algum tipo de esforço para ser saudável (85%), a maioria tem por motivação o bem-estar no dia-dia (66%), ou seja, a defesa ou a melhoria da posição no eixo da saúde e não a melhoria da sua performance física (21%) ou intelectual (13%). Mesmo ganhar anos de vida (26%) fica atrás da intenção de envelhecer com saúde (44%).

A discussão que talvez importe ter é se a baixa mobilização para a melhoria da saúde está na falta de motivação ou na falta de consciência. Para a maioria das pessoas, o seu 'stock individual de saúde' é algo que lhe foi destinado à partida, não sendo negociável. O esforço de saúde deve, por isso, centrar-se na preservação do que herdou, sendo esse esforço mais norteado pelo medo da perda do que pelo sonho da conquista.

Quantas pessoas, sendo magras e saudáveis, não poderiam aderir a mais cuidados na alimentação se conseguissem antecipar grandes melhorias na sua performance intelectual? Que espaços de melhoria em saúde podemos estar a perder ao não sugerir o sonho?

O potencial desafiado

Como o ser humano pode superar o que está destinado a ser



Joseph Pilates nasceu na Alemanha em 1883, de um pai ginasta e uma de mãe naturopata, com uma saúde debilitada, sofrendo de asma, febre reumática e raquitismo. A filosofia de estímulo natural do corpo que herdou dos pais, aliada a experiências de bullying durante a infância, terão levado ao interesse pelo corpo e à vontade de desafiar os seus limites. A desvantagem física de partida, e a ameaça de uma vida dependente de uma cadeira de rodas, levaram o auto-didata ao estudo da anatomia e de tudo o que se referia ao funcionamento do corpo humano.

Reza a história que se baseou na comparação entre bebés e gatos; o que o intrigava era como o gato conseguia sempre fazer melhores movimentos, não necessariamente usando todas as partes do corpo, mas sempre de uma maneira económica.

Ao longo do tempo, depois de várias experiências também na área do desporto, foi evoluindo para o que viria a ser um sistema de cerca de 500 exercícios feitos em colchão ou a partir de aparelhos que foi concebendo especificamente pensando em problemas que reconhecia no corpo.

O seu método supõe uma abordagem personalizada, totalmente adaptada às necessidades e limitações de cada pessoa, desafiando sempre, pelo aumento do grau de dificuldade, a força e a flexibilidade. A partir desse método, que trabalha não só o corpo como a mente (pela respiração), Pilates conseguiu redesenhar o seu próprio corpo e a condição de saúde que lhe estava destinada.

Um perfeito exemplo de como se pode estender o eixo da saúde para além do seu potencial natural.



Uma equação do dia-a-dia

Saindo da esfera macro, e afunilando no quotidiano, a saúde surge como uma manifestação de melhor ou pior bem-estar que pode ser diariamente gerido. Há um cumulativo de experiências que levam a acção no dia-a-dia, seja porque a pessoa sente que precisa de actuar sobre algum tipo de mal-estar, por não admitir descer abaixo de um determinado nível de bem-estar ou por querer cumprir certos objectivos de saúde a que se propôs. Na verdade, ‘sentir-me bem no dia-a-dia’ é a primeira razão invocada para o empenho em ser saudável, declarado por 66% das pessoas que fazem algum tipo de esforço pró-saúde.

Esta equação quotidiana de saúde é composta de comportamentos que podem ter efeitos positivos ou negativos na saúde. A correspondência positiva ou negativa tem, implicitamente, uma avaliação ‘pensada’ (do foro cognitivo) e outra ‘sentida’ (do foro físico).

Fumar um cigarro pode só induzir prazer, mas quem o fuma sabe estar a infligir mal à saúde. Comer uma refeição muito pesada, além do juízo associado (pensado), pode efectivamente gerar mal-estar. A equação funciona para quem se dispõe à vigilância e à acção para manter o bem-estar num determinado ponto de equilíbrio.

Embora não possamos dizer, pelo números, que este modelo de gestão quotidiana da saúde é universal (apenas 29% se reconhece inteiramente), também não podemos ignorar que cerca de metade da amostra de alguma forma se identifica com a afirmação “relativamente à minha saúde, penso que uns comportamentos menos bons são compensados por outros em que tento fazer um esforço maior.”

Neste jogo de compensações, sobressaem a alimentação e o exercício físico, tanto como sendo as lacunas como as compensações. Percebe-se até uma tendência para uma compensação simétrica, ou seja, contrabalançam-se abusos na alimentação com actividade física e o sedentarismo com uma alimentação mais saudável.

Esta lógica de relação com a saúde é accionada por diferentes mecanismos psicológicos. Nalguns casos, a equação funciona como um processo de reparação de danos: as asneiras despoletam um sentimento de culpa que leva a acções de restauro, num ciclo de repetições entre estragos e arranjos.

Quando a tendência para comportamentos com consequências negativas é grande (e há a consciência do prejuízo), a compensação é mais exigente. No caso da alimentação e do exercício físico, esse ciclo está contaminado pelas preocupações com o excesso de peso que, como vimos, transpõe para a saúde preocupações estéticas. Nalgumas mulheres [vide capítulo 4 – Equilibristas] é particularmente visível este jogo de somas e subtracções.

Noutros casos, o mecanismo responde a uma preocupação extrema com a saúde, muito toldada pelo medo de doenças, que leva a juízos permanentes acerca do que pode estar a preservar ou prejudicar a própria saúde. Há uma inquietação na relação com a saúde que não permite relaxar na vigilância dos seus sintomas, e instaura um processo permanente de regulação, mais suportado na vontade de controlar todos os aspectos que podem influenciar a saúde do que em sentimentos de culpa por mau comportamento.

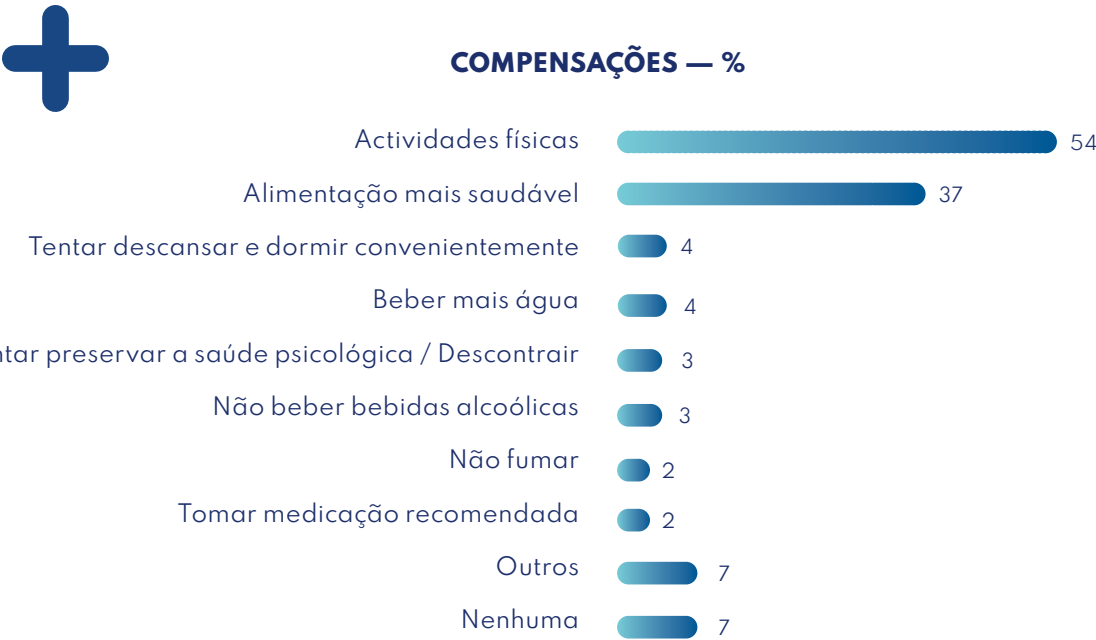
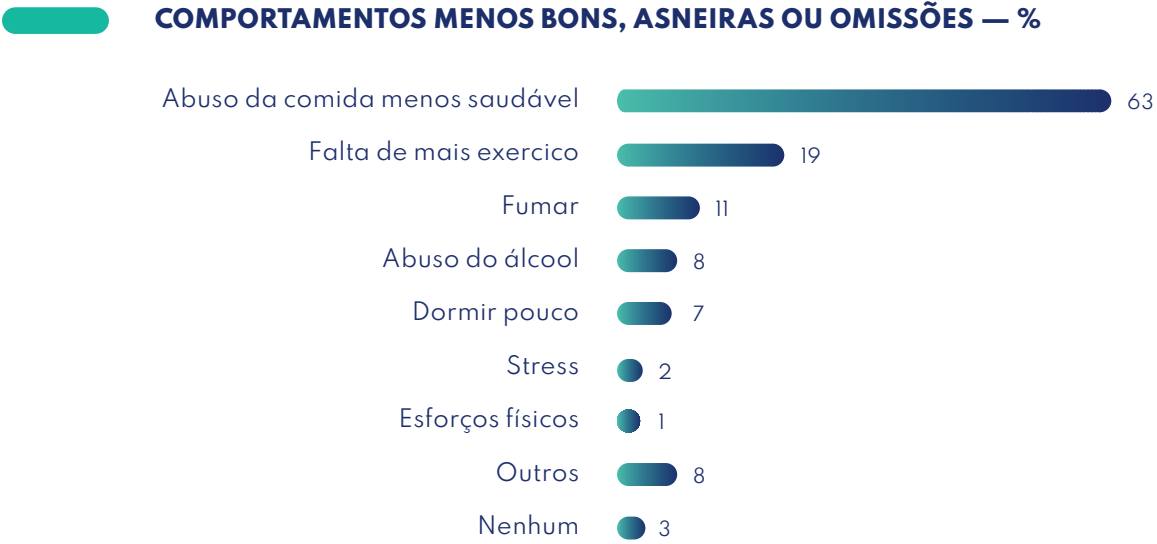
É precisamente no segmento de pessoas altamente preocupadas com a sua saúde [vide capítulo 4 – Potenciadores Reféns da Saúde] que esta equação mais é reconhecida.

56%

Identifica-se de algum modo na afirmação

“Relativamente à minha saúde, penso que uns comportamentos menos bons são compensados por outros em que tento fazer um esforço maior”

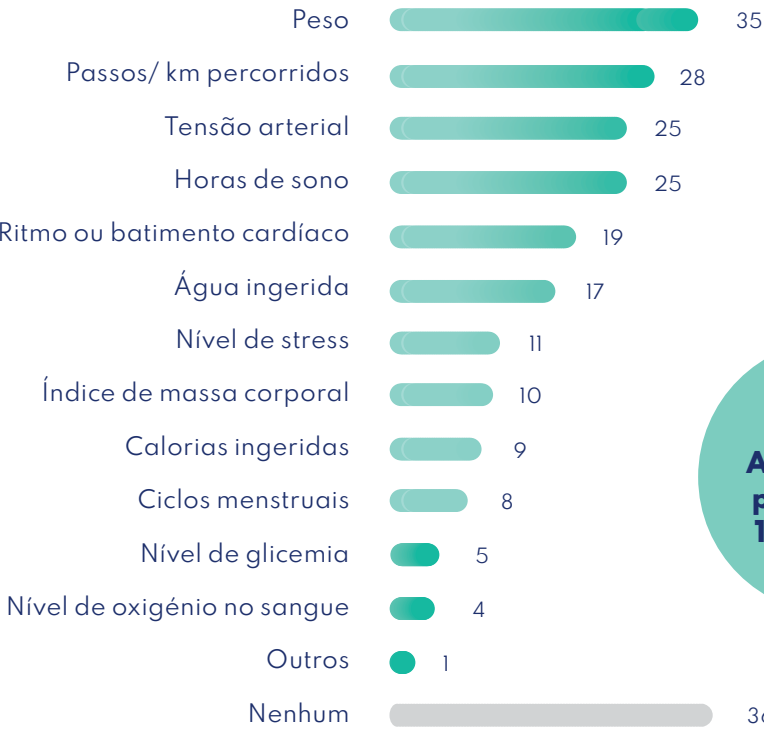
Respostas TOP 5 | N=1029



Base Identifica-se (6 a 10): N=655

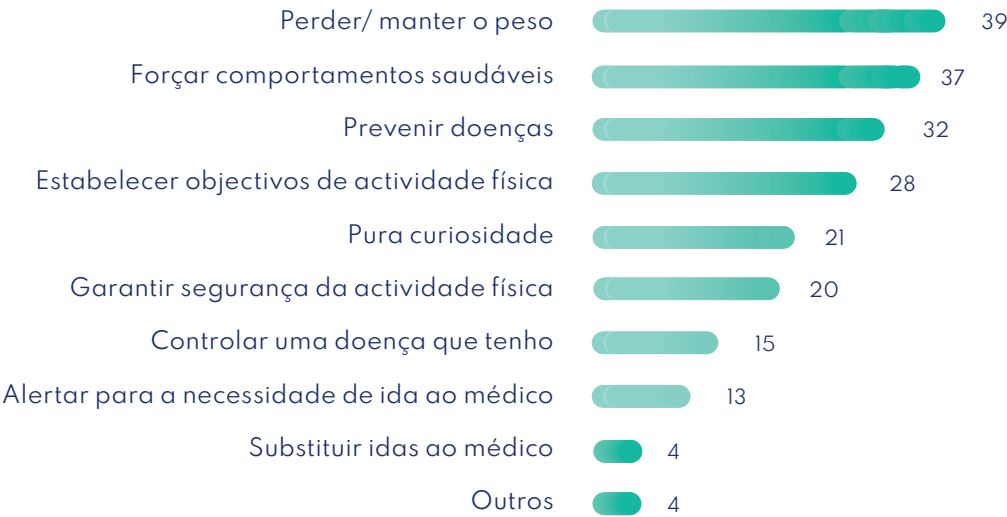
AS MÉTRICAS: MICRO-GESTÃO QUOTIDIANA

Indicadores de saúde que procura acompanhar no dia-a-dia através de dispositivos próprios — %
N=514



64%
Acompanha
pelo menos
1 indicador

Com que finalidade? — %
N=328 (se indica pelo menos 1)



Cumpre esclarecer que, embora os cuidados com a alimentação sejam declarados pela grande maioria – 78% dos inquiridos refere ter cuidados no dia-a-dia -, estamos perante pessoas muito díspares em termos de sofisticação e exigência alimentar. O percurso exige aprendizagem e experiência, até que se consiga avaliar funcionalmente o que se come e integrar rotinas alimentares saudáveis. Não obstante terem-se generalizado alguns princípios como o consumo de frutas e legumes, a dieta depende do tempo que lhe é dedicado, da disponibilidade financeira, da informação e das motivações – uns querem perder peso, outros procuram evitar doenças; uns procuram ingredientes com funções específicas, outros apenas evitam o consumo de determinados produtos, como o sal ou o açúcar. Não caberia aqui, portanto, a escarpelização de um comportamento que, cada vez mais, se arbitra em cima de regras e motivações altamente individualizadas.

Sendo certa uma enorme concentração do discurso nos temas da alimentação, da vida activa e do exercício físico [ou não fôssemos herdeiros de uma narrativa de saúde pública que há décadas exorta esses comportamentos como fundamentos da vida saudável], há uma multiplicidade de factores que hoje são vigiados diariamente pela própria pessoa.

Nos últimos anos, a evolução tecnológica – entre smartphones, aplicações, smartwatches, pulseiras e outros dispositivos de uso pessoal - banalizou o acesso a estatísticas que medem o desempenho diário em diferentes dimensões de saúde, sejam relacionadas com indicadores puros de saúde (como o nível de oxigénio no sangue ou a tensão arterial), sejam as que resultem de comportamentos. O facto de algumas destas aplicações existirem por defeito nos telemóveis favorece, naturalmente, a experimentação e a adesão.

São, por isso, cada vez mais os portugueses que se prestam a uma vigilância voluntária dos seus indicadores e comportamentos de saúde: 35% acompanha diariamente o peso, 28% os passos ou quilómetros percorridos, 25% as horas de sono, 19% o ritmo cardíaco, 17% a água ingerida, entre outros.

Mais interessante do que olhar os aspectos de medição, é perceber a sua motivação: forçar comportamentos saudáveis surge imediatamente a seguir ao peso (o candidato natural ao pódio), logo seguido da prevenção de doenças. Na lógica da potenciação e da melhoria da performance, estas estatísticas auxiliam também na definição e cumprimento de objectivos de actividade física.

As métricas são uma forma de auto-regulação para bons comportamentos, funcionando não só como formas imediatas de auto-diagnóstico mas, sobretudo, como estímulos diários à concretização de metas. A sua objectividade facilita na compreensão da distância aos objectivos a que cada um se propõe, sendo até uma alavanca para a sua superação.

Como estatísticas individuais quotidianamente produzidas, permitem algo totalmente novo: perceber a biografia de saúde em métricas, identificando o ponto de partida, a evolução e a progressão ao longo do tempo.

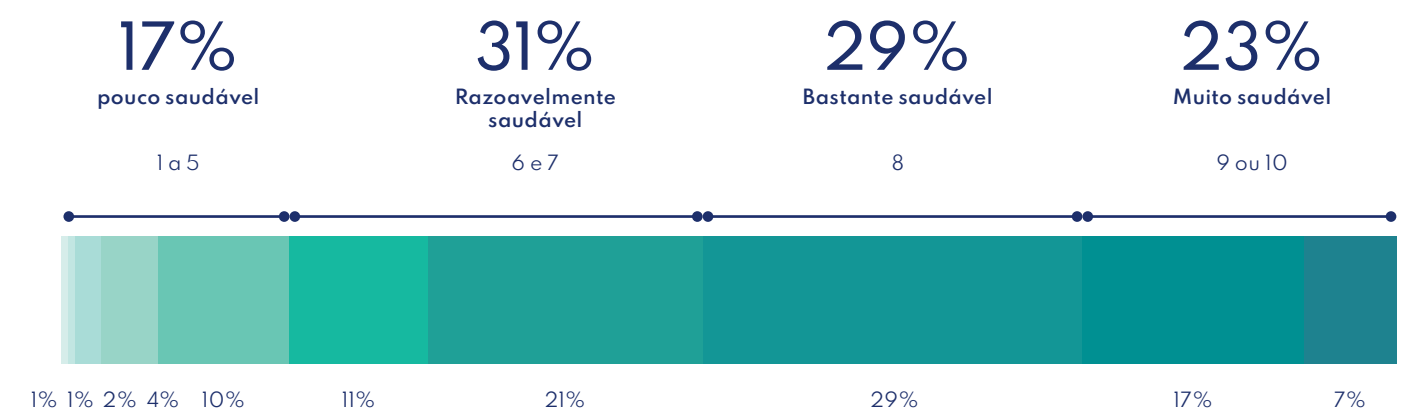


**De 1 a 10:
a Saúde
que se tem**

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

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

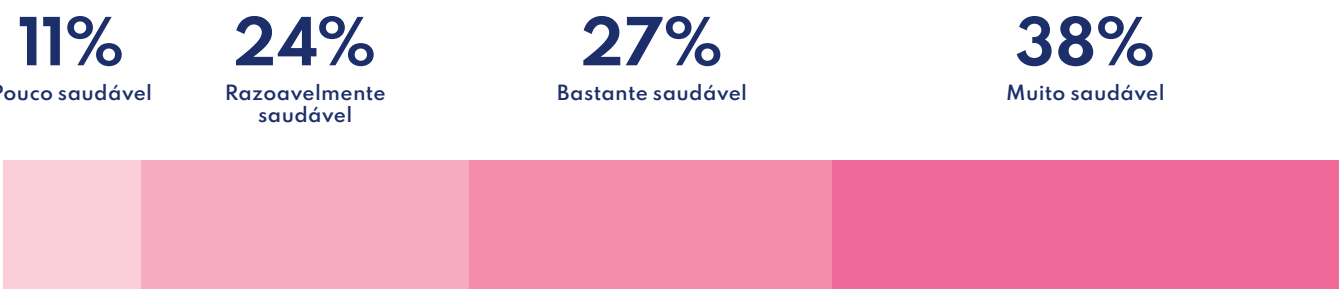
Saúde física



7,4

MÉDIA DE RESPOSTAS

Saúde mental

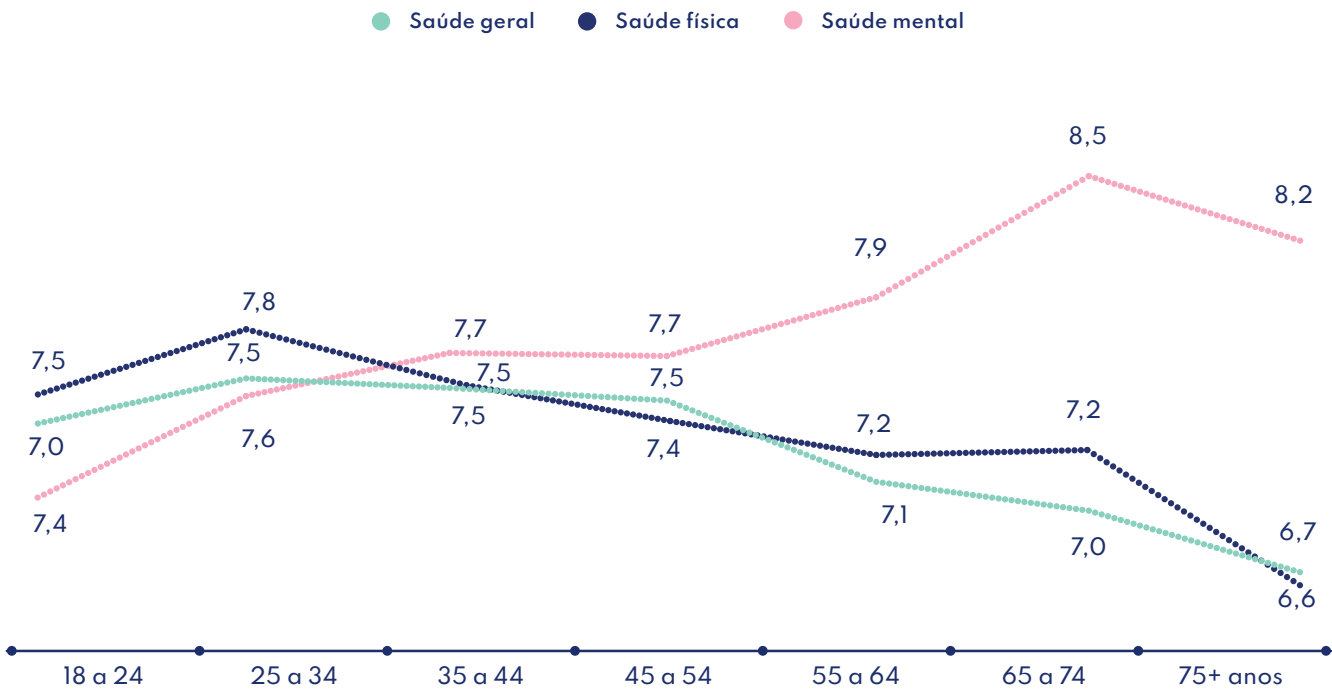


7,8

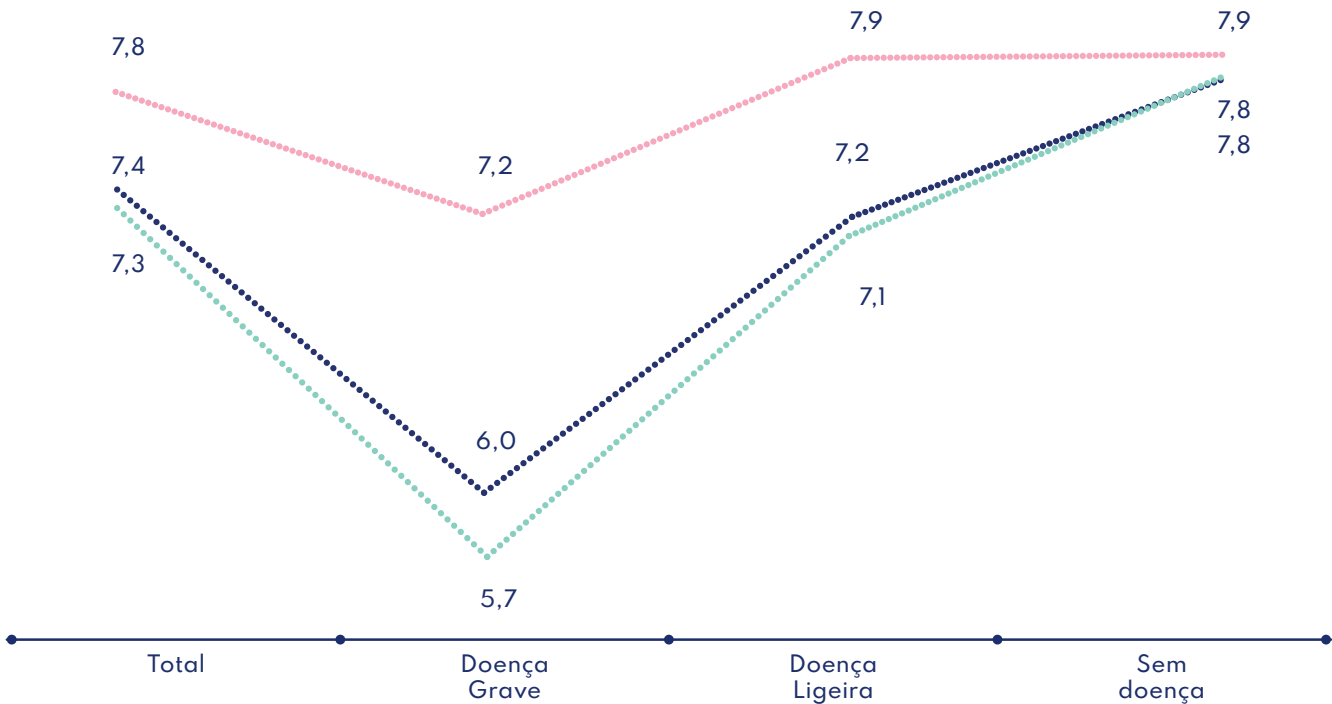
MÉDIA DE RESPOSTAS

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

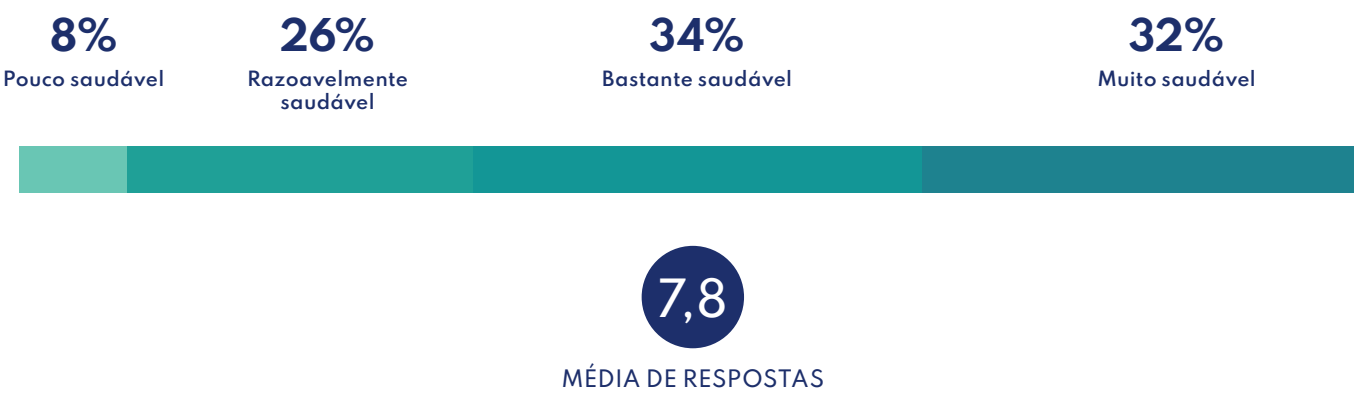


DISTRIBUIÇÃO POR ESTADO DE SAÚDE

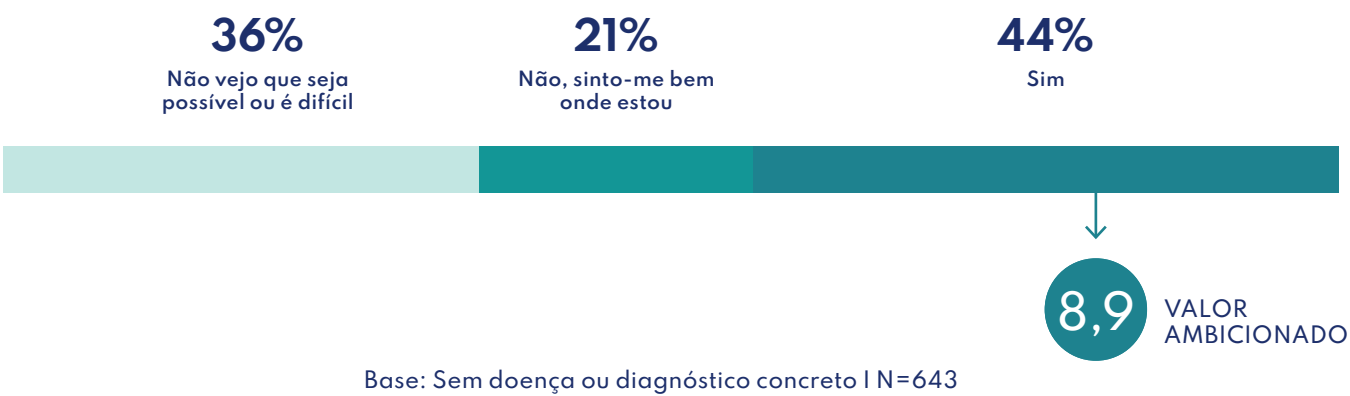


Onde situaria o seu estado actual de saúde?

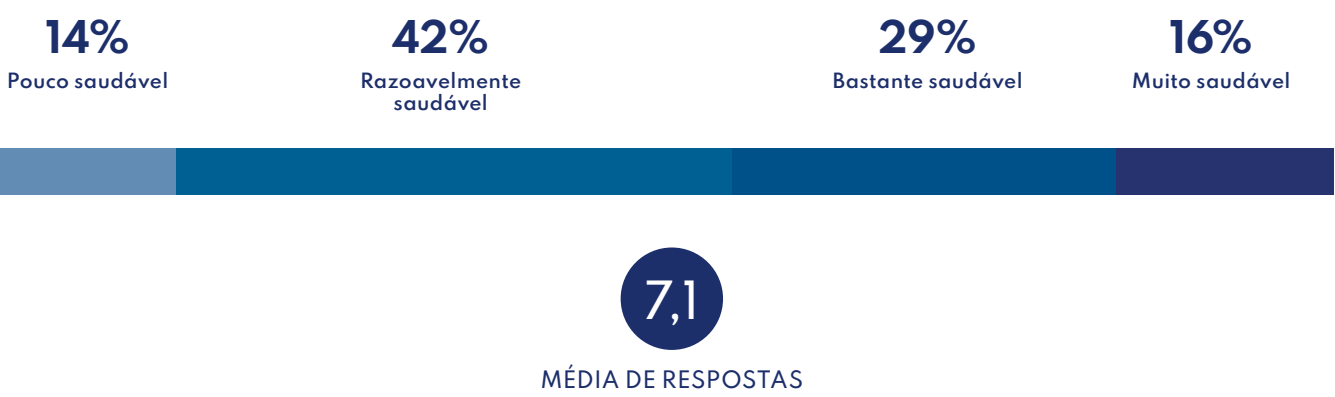
Não portadores de doença



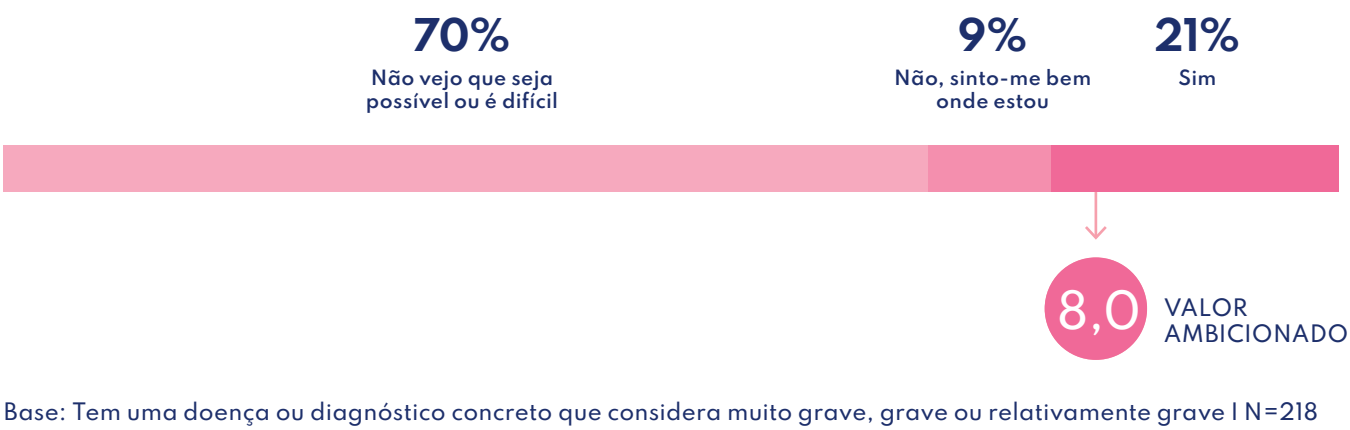
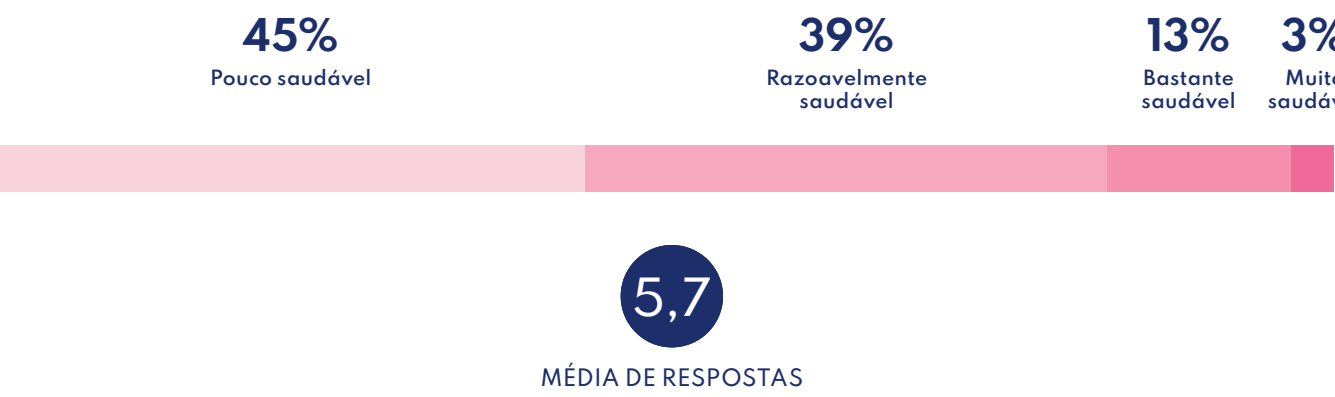
Tem ambição de melhorar o seu estado de saúde?



Portadores de Doença Ligeira



Portadores de Doença Grave ou Relativamente Grave



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.

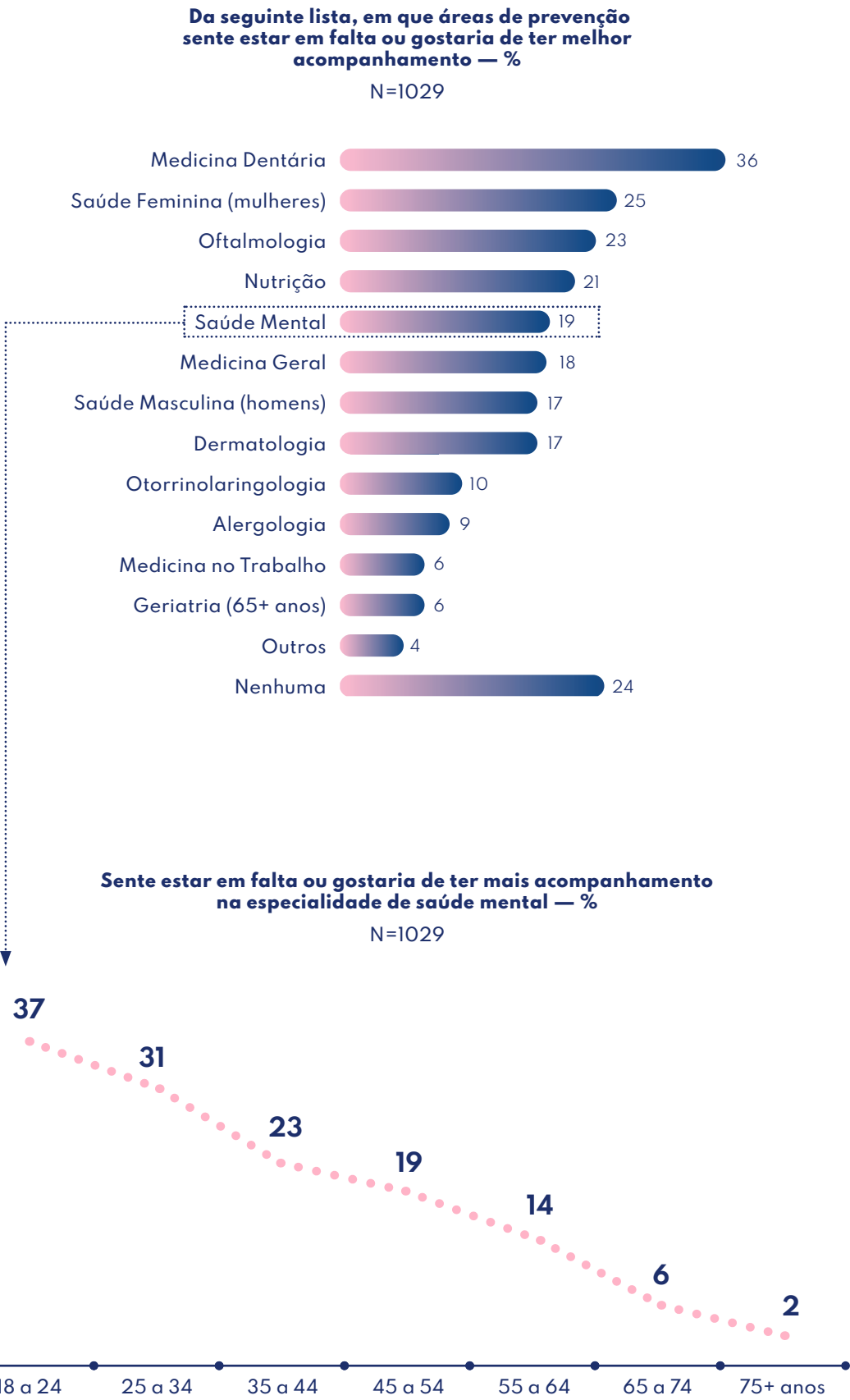
Mesmo que a satisfação com a vida experimente uma melhoria à medida que a idade avança, não é suficiente para explicar a grande distância na pontuação de saúde mental entre mais novos e mais velhos. É difícil acreditar que a idade dissolva problemas como a ansiedade, a depressão ou até mesmo a dependência 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.

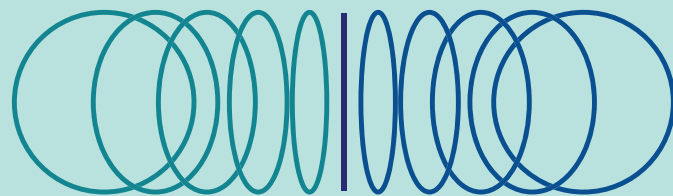
Embora a saúde saia razoavelmente bem pontuada e haja manifesta vontade de melhoria, acreditamos que há um desvio nessa pontuação relacionado não só com a incapacidade de reconhecer problemas do foro mental, como em estabelecer relações entre essas perturbações e o estado de saúde em geral.

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



Perturbações que desencadeiam problemas de saúde em discurso directo

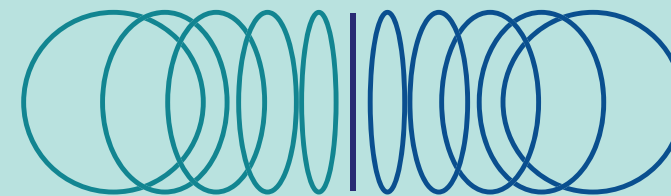


“Quando tenho um diagnóstico [de autismo] para o meu filho aos 18 meses, foi uma bomba. Nenhum pai está preparado para uma notícia destas.”

“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



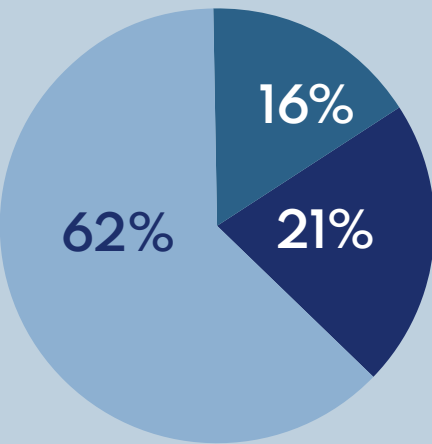
“Estou trabalhando e tenho de dar apoio à minha mãe. Não me sinto cansada do corpo, mas da cabeça. Não consigo dormir (...). A minha mãe está sozinha, os ossos estão a desfazer-se e tenho de a ajudar. (...) A minha vida ficou mais complicada, mais pesada. Não posso sair muito, é limitada em certas coisas. 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

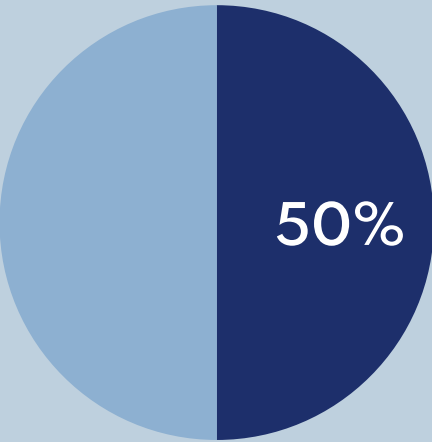
N=1029

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



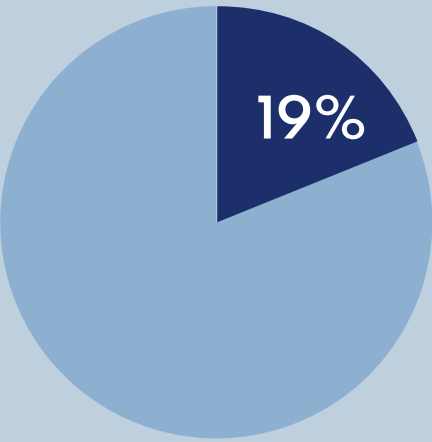
MEDICAÇÃO POR TIPO OU ACÇÃO

TOP 5 | N=517

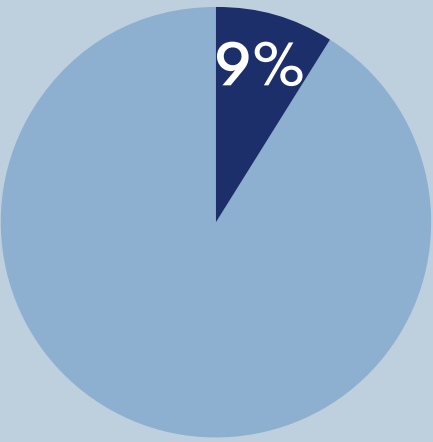
- 31% Tensão arterial
- 17% Colesterol
- 16% Perturbações mentais (ansiolíticos, antidepressivos, etc.)
- 12% Diabetes
- 9% Cardíacos

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

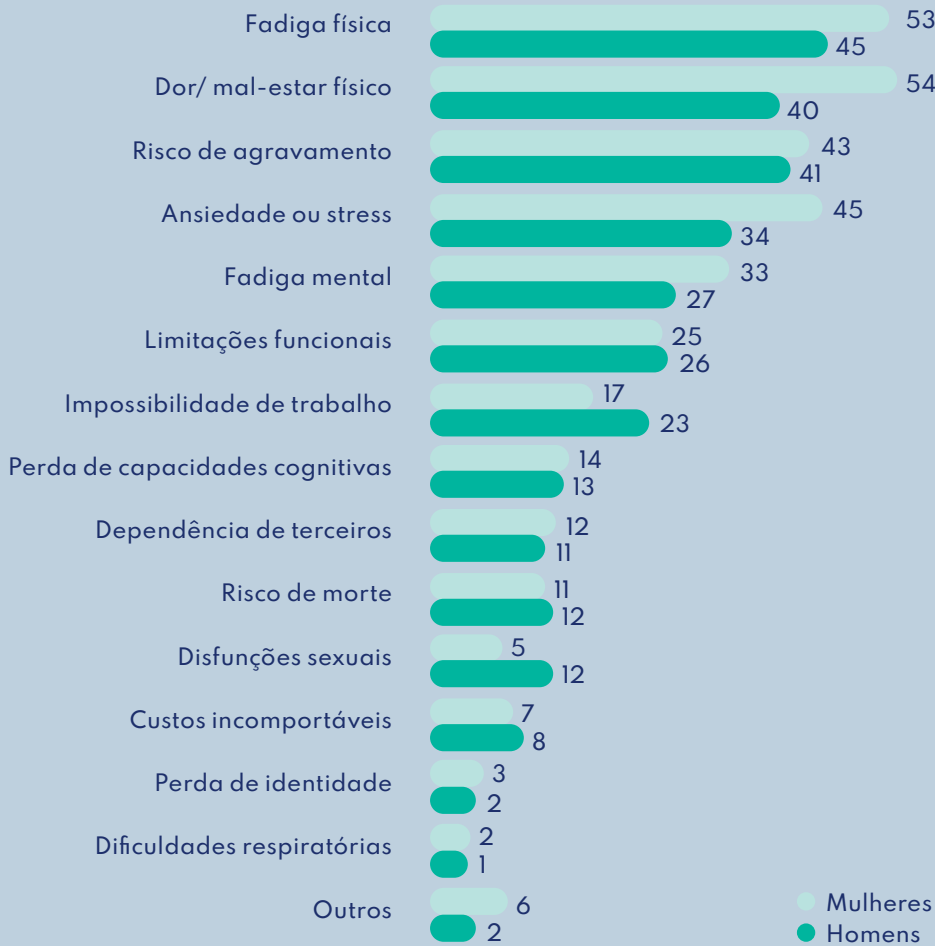
Tem um diagnóstico concreto que considera muito grave, grave ou relativamente grave
N=218

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.

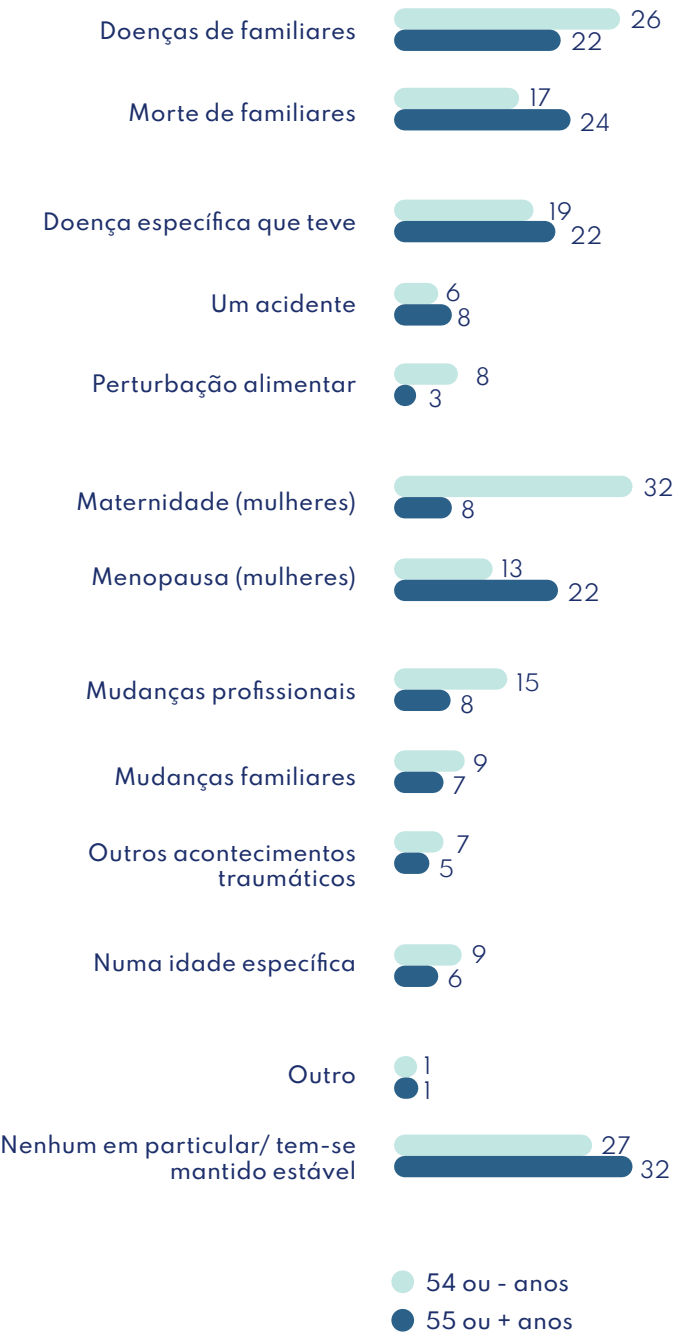
Embora indivíduos com a mesma idade cronológica experimentem idades fisiológicas diferentes, há uma reacção comum que é provocada pelo número de anos que se tem, sobretudo quando se aproximam da terceira idade.

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.

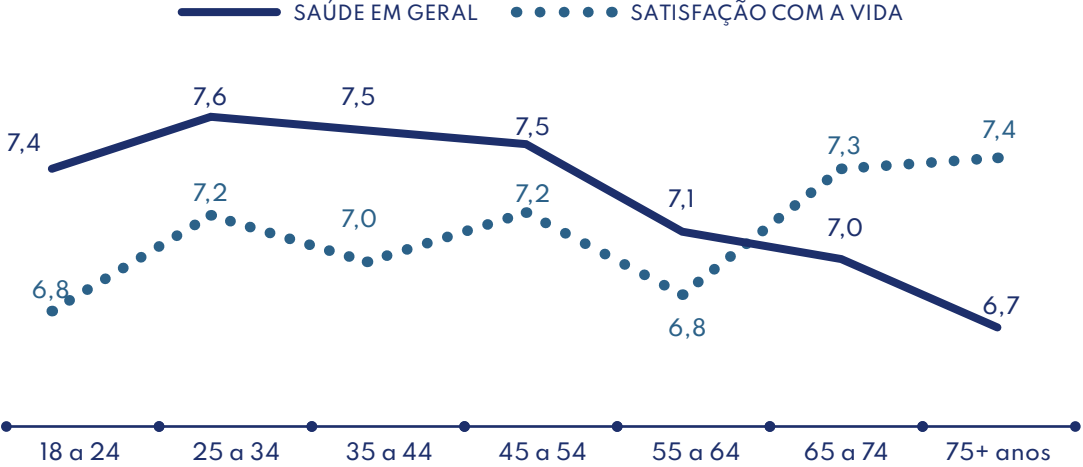
Verifica-se que, mesmo para quem já viveu uma boa parte da vida (pessoas com 55 ou mais anos), a morte e a doença de familiares terá contribuído mais para alterar a relação que tem com a sua saúde do que a idade, e tanto como a menopausa ou a sua própria doença.

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.

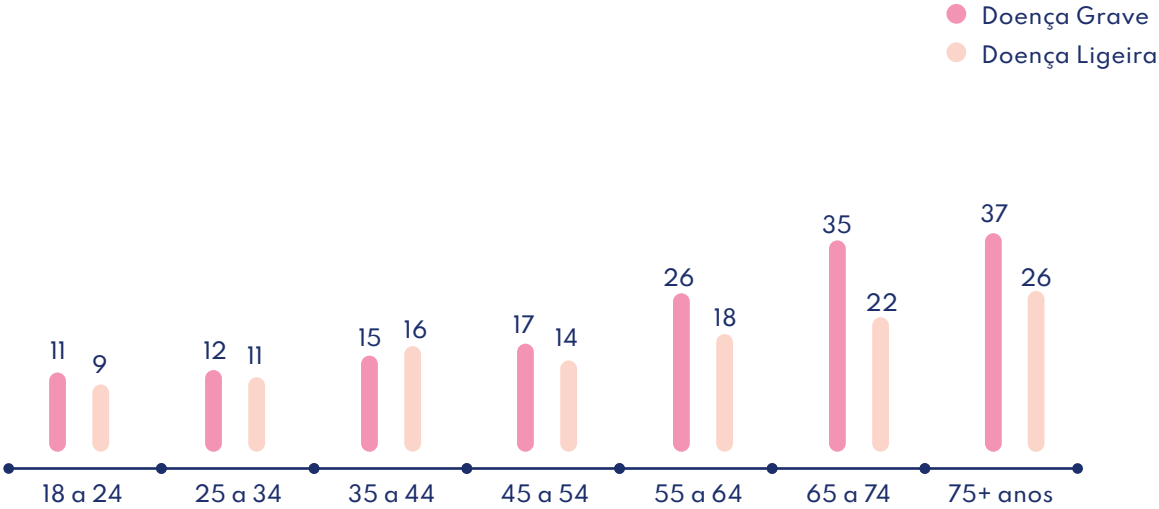
OLHANDO PARA TRÁS E PENSANDO NA SUA VIDA, QUAIS OS ACONTECIMENTOS QUE MAIS ALTERARAM A RELAÇÃO QUE TEM COM A SAÚDE? —%
N=1029



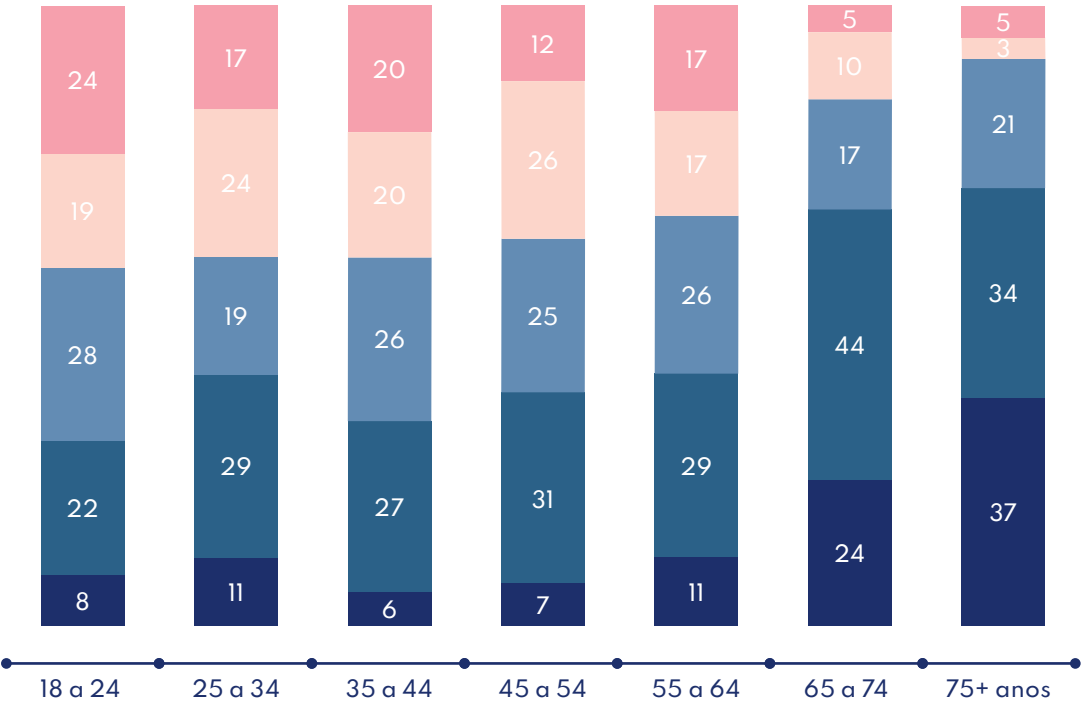
ESTADO DE SAÚDE E SATISFAÇÃO COM A VIDA
(valores médios numa escala de 1 a 10 | N=1029)



PREVALÊNCIA DE DOENÇA — %

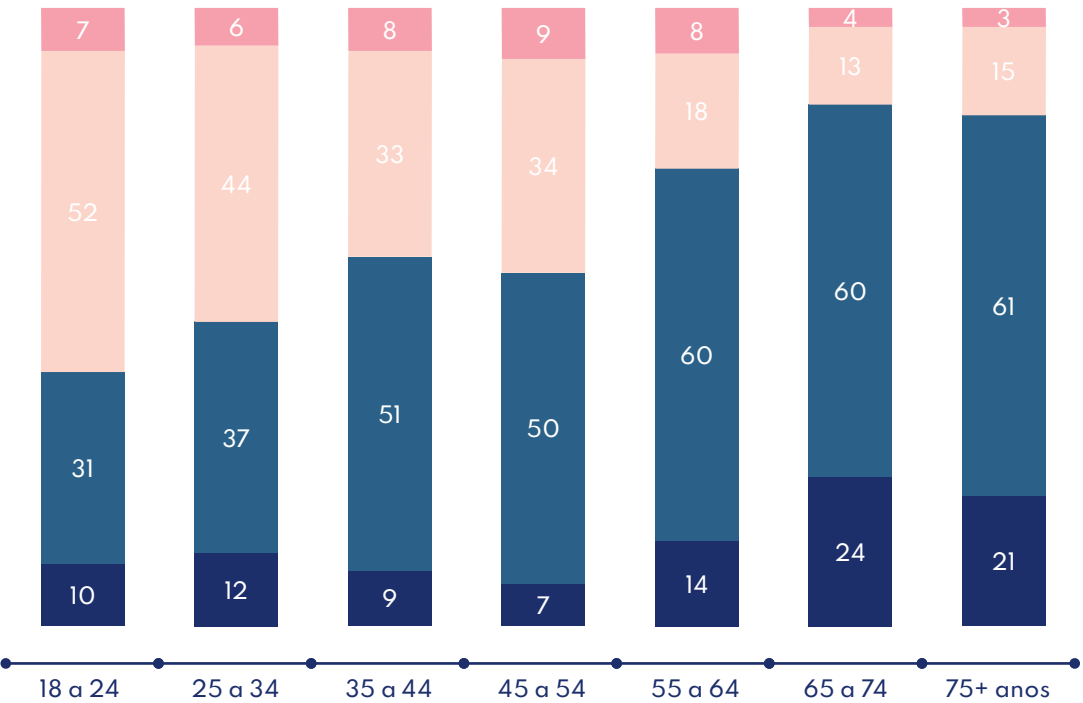


ESFORÇO PRÓ-ACTIVO NO DIA-A-DIA PARA SER SAUDÁVEL OU MAIS SAUDÁVEL — %



- 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

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.

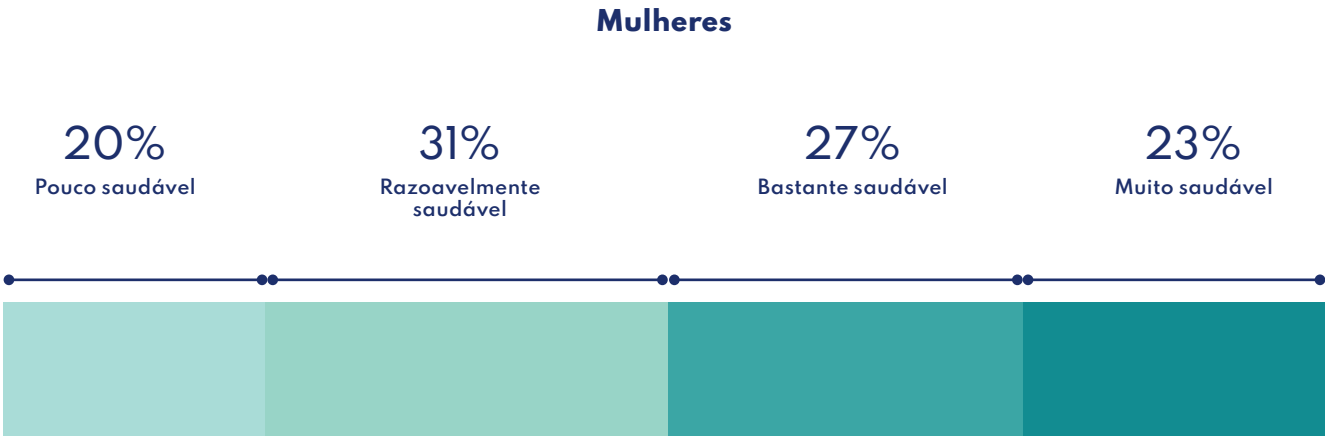
Ainda que a distância não seja significativa, as mulheres são tendencialmente mais cumpridoras em termos de acompanhamento médico de rotina, referem mais cuidados com a alimentação e sucumbem menos a comportamentos de risco, como a ingestão de álcool ou tabagismo.

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.

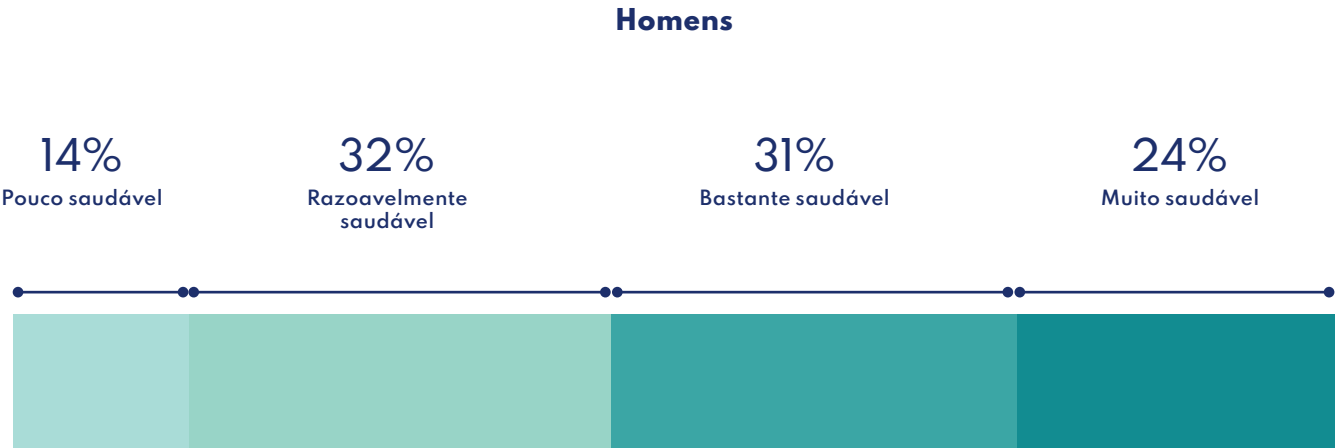
Como explicar, então, que as mulheres pontuem pior em termos de estado de saúde? Poderão os aspectos biológicos e a vida sexual e reprodutiva das mulheres, por si só, explicar o desvio da sua saúde em relação à dos homens? Serão outros factores relacionados com o seu papel na família, nomeadamente o 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



7,1
MÉDIA DE RESPOSTAS



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.

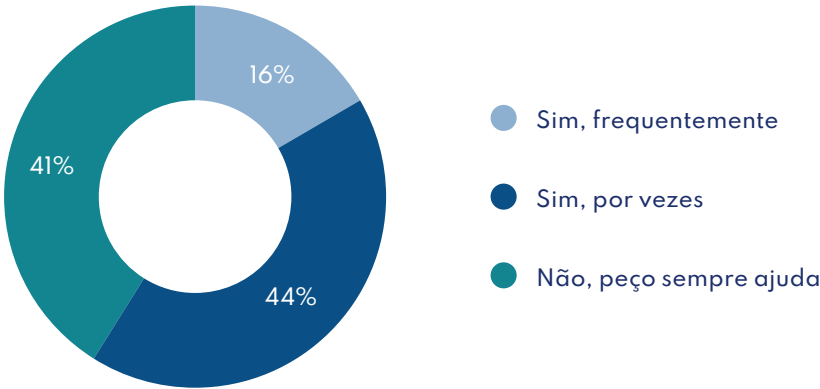
Um problema bastante silenciado pelos homens será o da disfunção erétil. Um estudo do King’s College London estima que até metade dos homens já terá sofrido desse problema e que as taxas terão mais do que duplicado nos últimos 25 anos, também por aspectos de estilo de vida. O estudo calcula que 11,7 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.

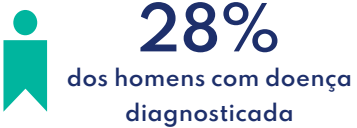


Quando está doente ou se sente menos bem, é comum resistir ou hesitar em pedir ajuda por não querer reconhecer uma condição de fragilidade? — %

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.”

Henrique Raposo @ Expresso
Paula Rego - Giving Fear A Face

A mulher é secundarizada pela medicina?

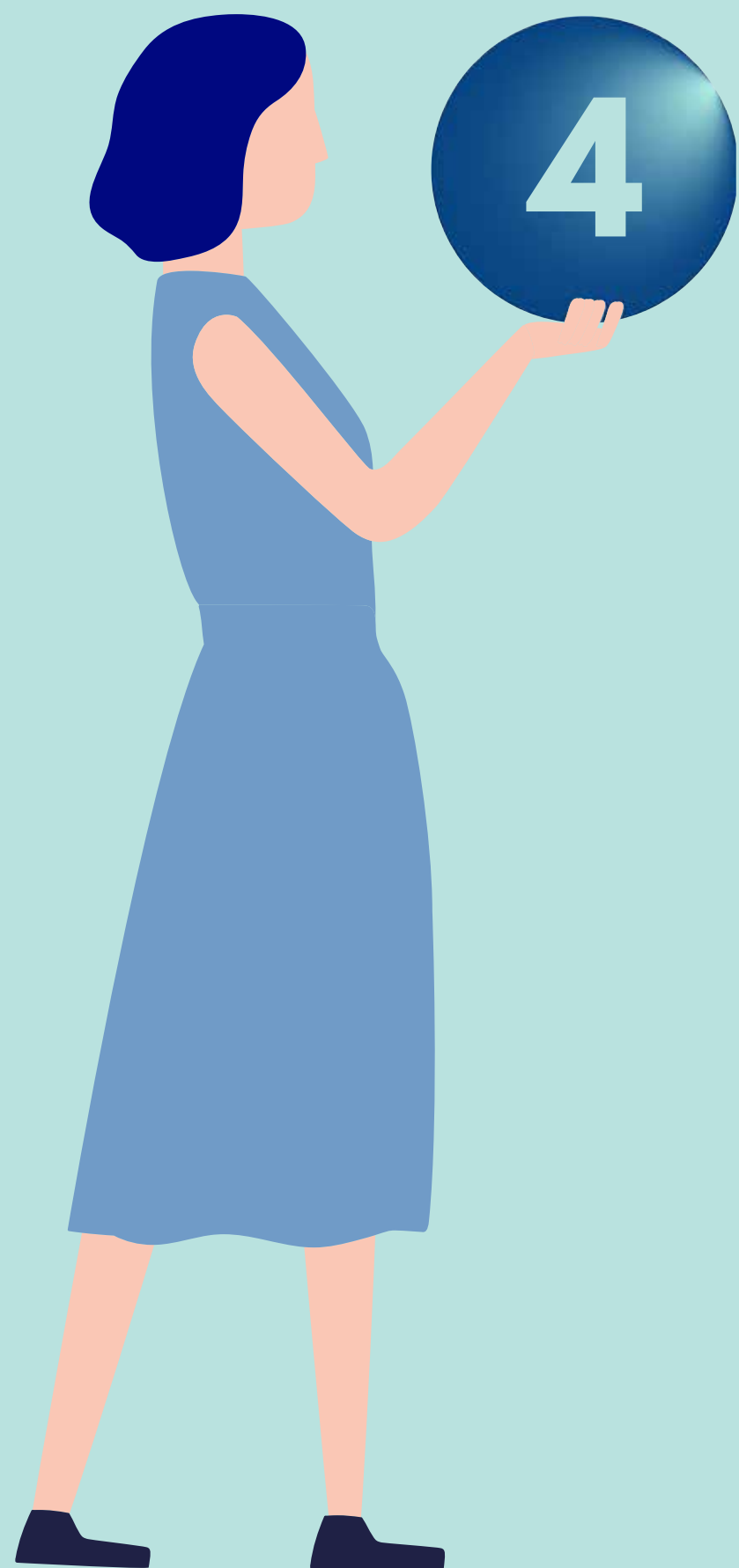
Por factores psicossociais ou biológicos, as mulheres serão mais sensíveis que os homens. Ao longo do tempo, essa sensibilidade (até pela forma como foi sendo explorada culturalmente) terá associado a mulher a conotações de fraqueza, exagero e até histerismo que, segundo alguns investigadores, prejudicam 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.



**A saúde
que se quer
ter: um
exercício de
segmentação**

A saúde que se quer ter

Mais importante do que mapear a sociedade pela saúde que tem ou indica ter, poderá ser mapear uma sociedade em movimento para a saúde que ‘quer ter’. Será essa crença na mobilidade por disposição própria ou, por oposição, a entrega ao imobilismo, que figuram como os pontos mais interessantes de discussão numa óptica de futuro, da promoção (desejável) de uma sociedade de bem estar.

O exercício de segmentação que se propõe assenta, deste modo, na compreensão da relação dos portugueses com a saúde pela lente da sua acção pró saúde. Não deixando de valorizar a actuação no campo da prevenção, privilegia-se como eixo director para efeitos de segmentação a vontade de potenciação do bem estar (físico e psicológico).

Essa opção decorre de um entendimento da prevenção maioritariamente como um acto de defesa individual, com mais raiz no medo, na história clínica e em obediência a protocolos pré estabelecidos (i.e. alheios ao indivíduo). Pelo contrário, a potenciação reflecte, acima de tudo, uma atitude perante a vida que, não deixando de estar condicionada a constrangimentos como, por exemplo, as condições socioeconómicas ou profissionais, é sobretudo resultado de opções individuais, da crença no próprio (na capacidade de condicionar o seu destino), nas ambições ou sonhos.

A distribuição pelos eixos da prevenção e potenciação [ao lado] revela uma população maioritariamente preventiva – 64% reconhece, no mínimo, ‘ser cuidadoso, ir ao médico e fazer exames de acordo com o que é recomendado’ – e significativamente doutrinada para uma vida pró saúde, ainda que, para a maioria, essa acção de potenciação ainda esteja ancorada, de forma simplista, nas escolhas alimentares, na prática de exercício físico e na moderação do consumo de álcool e de tabaco.

Não obstante a sofisticação do esforço empreendido, de grau e substância extremamente variáveis, considera-se, pela segmentação proposta, que 59% da população se enquadra em denominadas ‘vidas pró saúde’ - pessoas para quem ‘ser saudável’ é um elemento identitário.

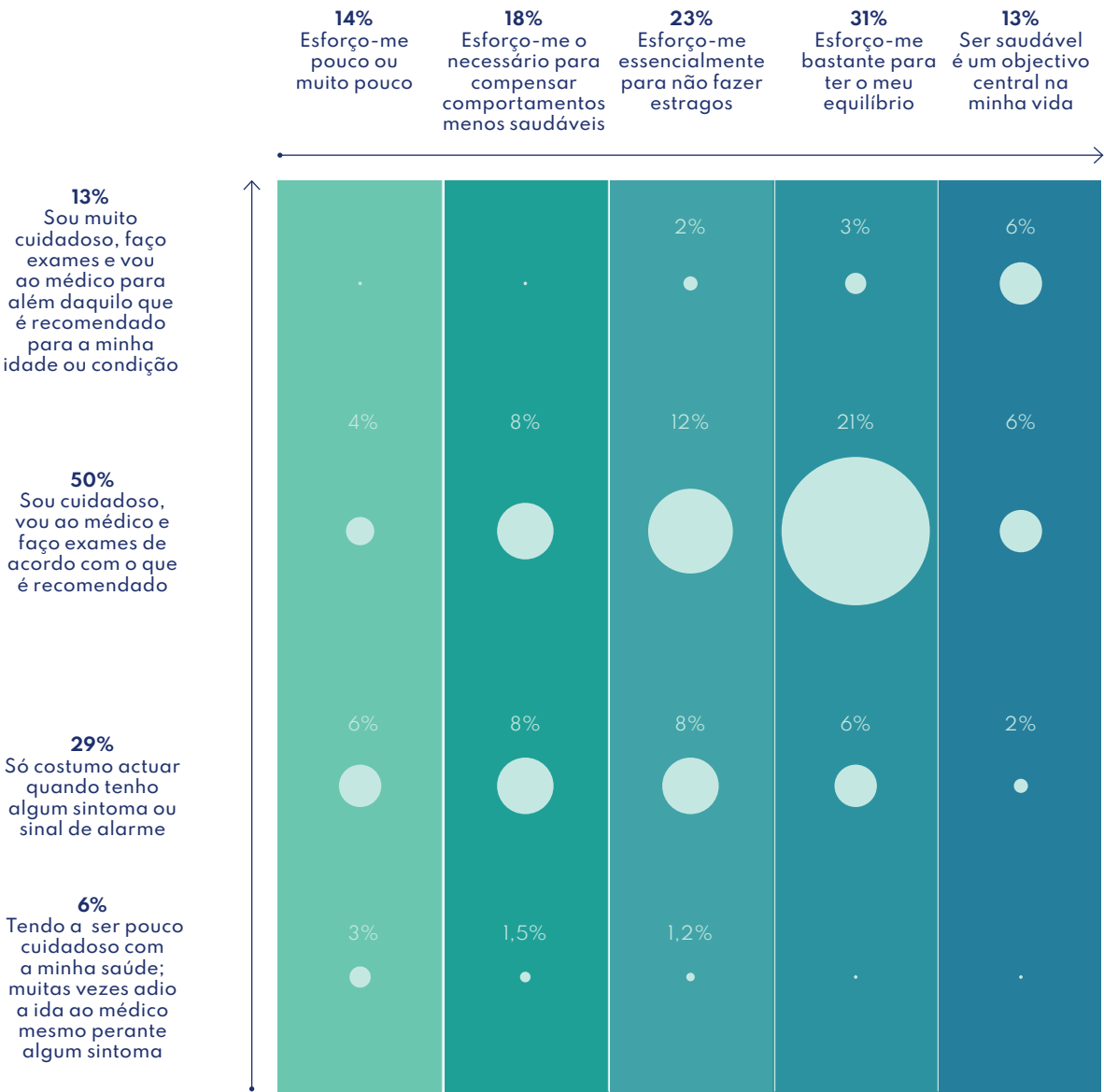
Como olhar a distância entre a sociedade pró saúde aqui identificada e a que foi retratada pelo Relatório da Saúde do SNS em 2018? Ali sublinhava-se, entre outros dados, o facto de 5,9 milhões de portugueses e 8 em cada 10 idosos terem excesso de peso e de “apenas 41,8% dos cidadãos apresentar uma prática regular de atividade física, desportiva e/ou de lazer programada”. Acrescentava que “considerando todas as atividades físicas, não mais do que 25% da população atinge as recomendações internacionais para a saúde”. Por outro lado, a evolução parece incontestável. Os dados do COSI Portugal divulgados em 2019 indicavam uma redução consistente na última década da prevalência do excesso de peso e de obesidade infantil em Portugal. Entre 2008 e 2019, caiu de 37,9% para 29,6% a prevalência de excesso de peso infantil e de 15,3% para 12,0% a de obesidade nas crianças.

Manteremos a evolução positiva? Os dados apontam que sim. 23% da população afirma sem reservas que gostaria de se esforçar mais; a maioria (50%) gostaria, mas considera difícil fazê-lo; apenas 25% se acomoda na ideia de que já faz o esforço possível¹.

¹ Questão “Tem a ambição de se esforçar mais para ser saudável ou mais saudável?” realizada apenas aos inquiridos que não se colocavam em ‘esforço muito elevado’ (pontuação de 1 a 8; N=900)

EIXO POTENCIAÇÃO

Sente ser uma pessoa que no dia-a-dia faz um esforço pró-activo para ser saudável ou mais saudável?



EIXO PREVENÇÃO

Que frase melhor define a forma como actua na prevenção de doenças e acompanhamento médico de rotina?

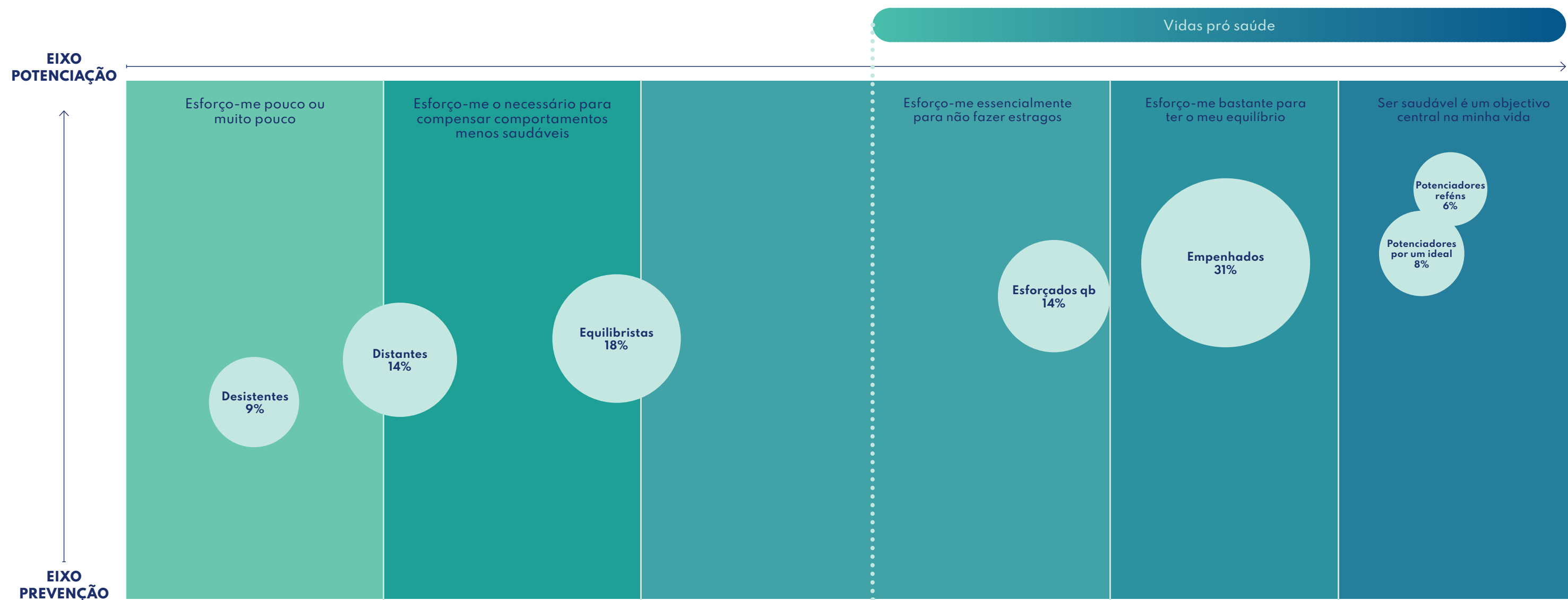
O exercício de segmentação que se propõe assenta na compreensão da relação dos portugueses com a saúde pela lente da sua acção pró saúde – de prevenção mas, acima de tudo, de potenciação.

A saúde que se quer ter:

7 segmentos distintos da população

A definição dos 7 segmentos resultou de um processo de análise comparativa de afinidades em variáveis chave de potenciação (i.e. efectiva acção ou predisposição para a mesma) entre os grupos decorrentes da matriz da página anterior (formalmente seriam 20 grupos, mas considerando que 10 não juntavam mais de 3% dos inquiridos, apenas 10 foram elegíveis para análise).

Na imagem, as áreas dos segmentos correspondem à escala de cada um; quanto à disposição na matriz, apesar de não ser estatística, pretende revelar distâncias e proximidades comportamentais entre os diferentes segmentos.



ALGUMAS IDEIAS A SUBLINHAR:

- Na leitura da não prevenção (i.e. indivíduos que ‘só costumam actuar quando têm algum sintoma ou sinal de alarme’ ou ‘são pouco cuidadosos’) cerca de 1/3 dos inquiridos que o reconhece, invoca exclusivamente o facto de o corpo não acusar mal-estar ou de serem saudáveis (essencialmente segmentos etários mais jovens).
- Fronteira nos 65 anos para a potenciação: idade que se revela determinante na mudança de atitude perante a saúde no campo da potenciação (veja-se adiante caracterização etária por segmento).

- Fronteira nos 55 anos: na prevenção, apesar de menos expressivo, há um salto de actuação aos 55 anos [que ultrapassa os 70% dessa população].
- A atitude perante a prevenção tem correlação elevada com a existência de doença diagnosticada [independentemente do grau de gravidade que o inquirido atribui à doença].
- A segmentação confirma que o território da doença não é equivalente ao da percepção de descontrolo, sendo este último mais explicativo do bem-estar ou mal-estar geral (subjectivo).

A saúde que se quer ter:

7 segmentos distintos da população



DESISTENTES
desconectados do corpo

9%

DISTANTES
falta de força de vontade

14%

EQUILIBRISTAS
em somas e subtracções

18%

ESFORÇADOS q.b.
foco no bem-estar

14%

EMPENHADOS
vidas pró saúde

31%

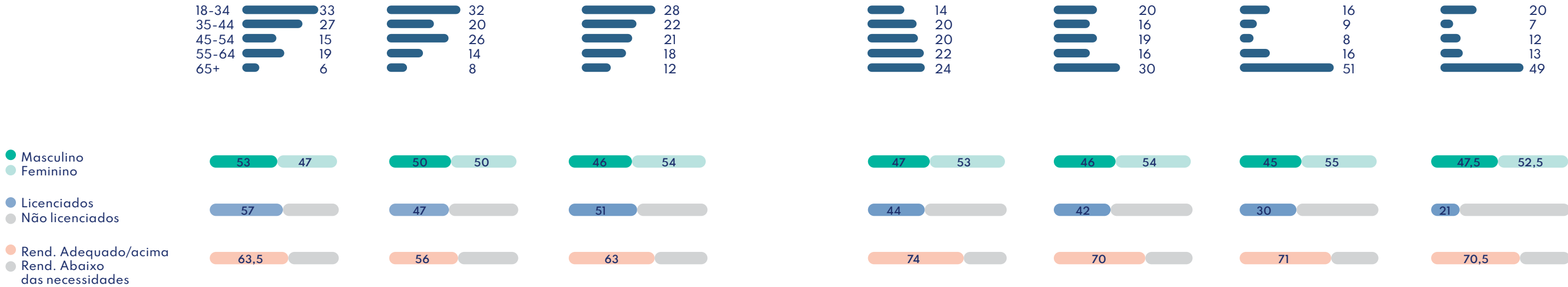
POTENCIADORES
movidos por um ideal

8%

POTENCIADORES
reféns da saúde
(e do medo da doença)

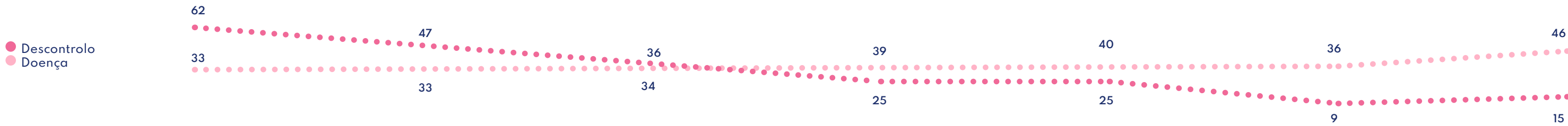
6%

SOCIO-DEMOGRAFIA — %



PREVALÊNCIA DA DOENÇA VERSUS PERCEPÇÃO DE DESCONTROLO — %

Doença: Tem uma doença ou diagnóstico concreto? ; Descontrolo: Neste momento, considera que a sua saúde – isto é, a sua condição física ou psicológica – está sob o seu controlo?



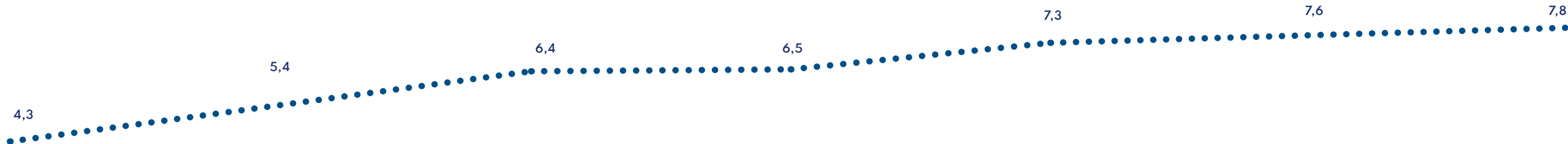
ESTADO DE SAÚDE ACTUAL (AUTO-AVALIAÇÃO DE 1 A 10)

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?



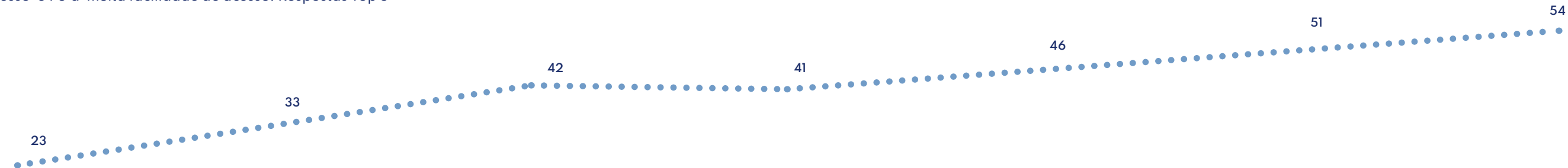
GRAU DE ESFORÇO (AUTO-AVALIAÇÃO DE 1 A 10)

Utilizando uma escala de 1 a 10, em que 1 corresponde a “nenhum esforço”, 5 a “faço um esforço razoável” e 10 a “faço muito esforço”, até que ponto considera fazer esforços no dia-dia para melhorar a sua saúde?



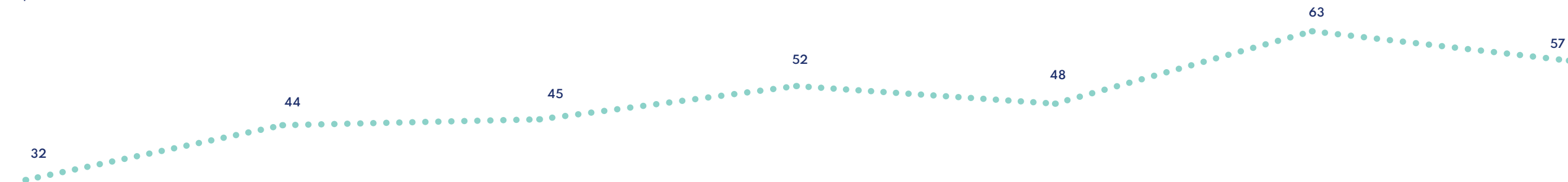
FACILIDADE DE ACESSO A CUIDADOS DE SAÚDE — %

Perante um problema de saúde em concreto, até que ponto considera ter facilidade de acesso, em tempo útil, aos serviços de que necessita? Utilize uma escala de 1 a 10, em que 1 corresponde a 'muita dificuldade de acesso' e 10 a 'muita facilidade de acesso. Respostas Top 3



SATISFAÇÃO COM SERVIÇOS DE SAÚDE — %

Pensando nos tempos pré covid, como avalia a qualidade dos Serviços de Saúde a que, em geral, recorre? Utilize uma escala de 1 a 10, em que 1 corresponde a 'nenhuma qualidade' e 10 a 'qualidade muito elevada'. Respostas Top 3



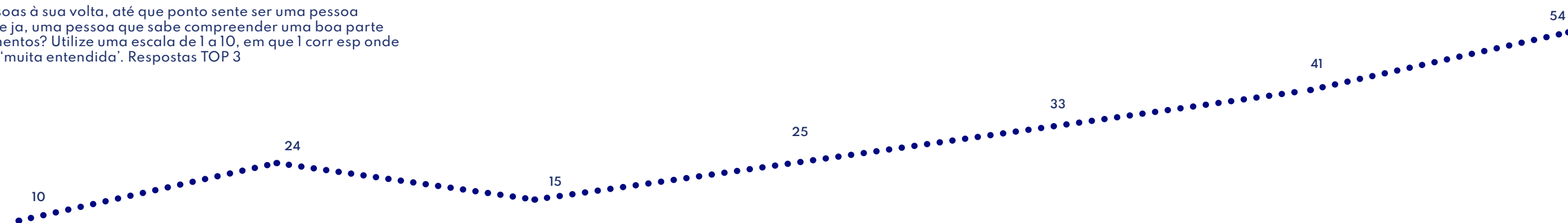
EVOLUÇÃO DA QUALIDADE DOS SERVIÇOS DE SAÚDE —%

Pensando nos tempos pré covid, diria que, em geral, a qualidade do acompanhamento que tem em termos de saúde tem se mantido, melhorado ou piorado. Respostas Top 3



CONHECIMENTO / LITERACIA —%

Comparando com as pessoas à sua volta, até que ponto sente ser uma pessoa entendida em saúde, ou se já, uma pessoa que sabe compreender uma boa parte dos sintomas e dos tratamentos? Utilize uma escala de 1 a 10, em que 1 corresponde a 'nada entendida' e 10 a 'muita entendida'. Respostas TOP 3



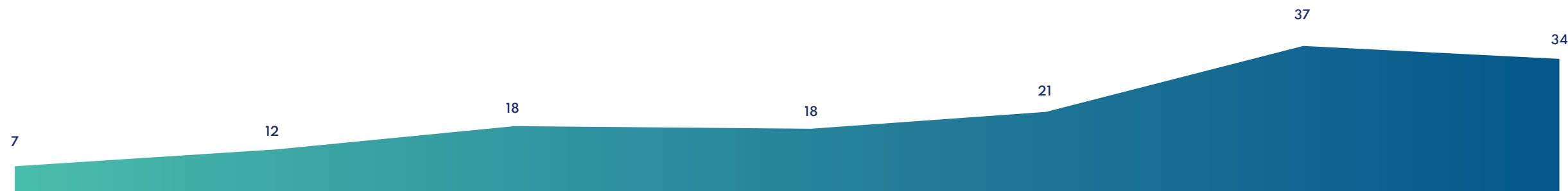
PROCURA INFORMAÇÃO DE SAÚDE —%

Sente que procura cada vez mais informação sobre saúde?



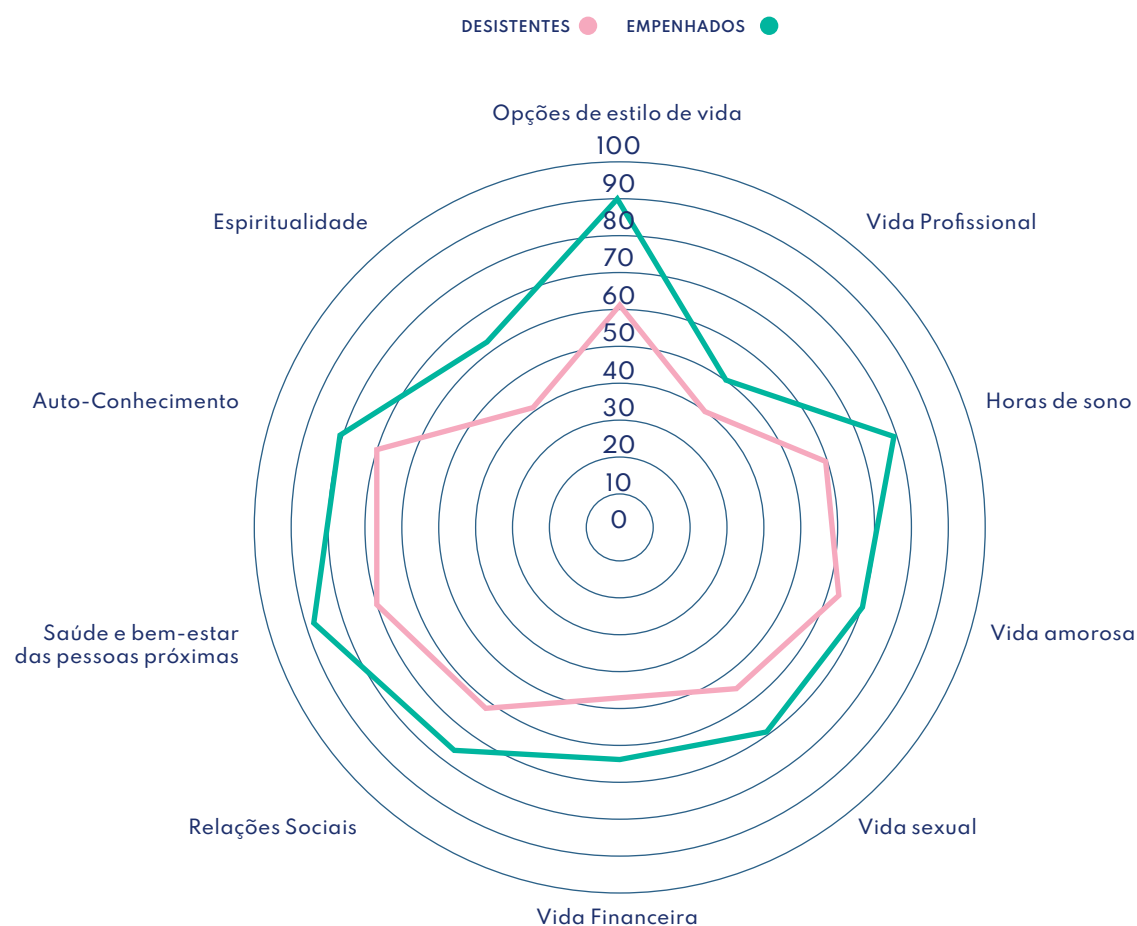
SATISFAÇÃO COM A VIDA [MUITO ELEVADA] —%

Como é que se sente actualmente em relação à sua vida em geral. Responda utilizando uma escala de 1 a 10, em que 1 corresponde a “muito insatisfeito” e 10 a “muito satisfeito” [% de respostas 9 e 10]



Os afluentes da saúde

Apreciação da sua influência positiva



Além da correlação entre a saúde que se tem e o esforço que se empreende para a potenciar, a segmentação confirma, acima de tudo, a dependência ou nexo de causalidade entre a saúde e a satisfação com a vida.

O que a sociedade parece procurar na saúde é, em linha directa, a felicidade.

O que inibe os menos esforçados não será apenas a sua relação mal conseguida com a saúde (física ou mental), mas outras questões do foro afectivo, familiar ou da sua integração na sociedade - o que alguns investigadores sintetizam como ‘dificuldades de viver’¹. Se, historicamente, a questão da felicidade foi definida como um problema ético, teológico, político ou económico, ela é, na modernidade, muito mais associada a um conceito psicológico relacionado com problemas de ajustamento ou adaptação social.

Para provar a ligação entre ‘saúde’ e a diversidade de afluentes da vida (absolutamente ‘não clínicos’) que são alicerce da felicidade, recorre-se à comparação entre dois segmentos opostos quanto à sua acção pró saúde – Desistentes e Empenhados.

A distância na avaliação que fazem do contributo positivo que cada um desses factores traz à sua saúde, vinca a ideia defendida.

¹ «by difficulties of living we mean a whole host of things: they actually fail to get what they want; in the pursuit of their goals, they cause trouble or pain to others; and they suffer from feelings of failure, unhappiness, worry, and even from unpleasant symptoms», em On Psychological Well-Being p.5

Potenciadores reféns da saúde

Segmento refém da sua saúde no aspecto identitário mas, também, pelo seu medo da doença – sejam recaídas por doenças tidas, seja por doenças graves, seja da Covid’19 (46% tem muito medo vs 26% no geral da amostra). A incidência mais alta da doença será uma das principais raízes deste comportamento.

Chamam a si uma alta responsabilidade, que se traduz numa inquietação quotidiana: são os mais informados, vivem na gestão de um equilíbrio (alta concordância com a ideia de “que uns comportamentos menos bons são compensados por outros em que fazem um esforço maior”), sentem necessidade de controlar melhor as suas emoções e reduzir a ansiedade e o stress [dados que sobressaem no comparativo com os ‘potenciadores pelo ideal’ mais focados na maximização de energia, felicidade, etc.]

São o único grupo para quem a definição de saúde está mais associada ao bem-estar mental do que físico (mental 57%, físico 43%). Em todos os outros grupos a concepção é inversa.

Mais autónomos quando se trata de pedir ajuda (em caso de doença), destacam-se no auto-controlo, i.e., no acompanhamento de sinais vitais ou indicadores de saúde no dia-a-dia [através de dispositivos próprios ou outras tecnologias], com destaque para a tensão arterial (39% neste segmento vs 25% geral da amostra), água ingerida (39% vs 17%), horas de sono (35% vs 25%), nível de stress (19% vs 11%), nível de oxigénio (12% vs 4%), nível de glicémia (12% vs 5%).

Com idade média superior (62% com mais de 54 anos). O género, a região ou o rendimento estão a par da amostra. São o grupo com mais baixas qualificações académicas (apenas 21% licenciados), também pelo peso de pessoas em idade avançada (população menos habilitada).

57%

**Boa Saúde é
‘bem-estar mental’**

Q. Quando pensa em “boa saúde” o que lhe ocorre em primeiro lugar?

**27%
Geral**

20%

**Reconhece-se
hipocondríaco**

Q. Já se reconheceu ou já o classificaram alguma vez de ser hipocondríaco?

**8%
Geral**

“O meu maior receio, porque é a doença da moda, é relacionado com isso [o cancro]. Sei que não é a principal causa de morte mas, se tivermos um diagnóstico desses, mesmo tendo cura, pensamos: vou morrer! São coisas que são difíceis de controlar e, se não tiverem uma resposta atempada, não trazem bom resultado. Se calhar pior que um cancro, um AVC, um enfarte, são coisas que podem chegar, dar e ficou. A mãe de um amigo meu era uma pessoa saudável, estava com uma dor de garganta, foi tomar um Brufen e teve um enfarte; ficou roxa e morreu, assim, em cinco minutos. Isso é assustador. (...) Faço exames regulares para estar segura com isso.”

“Há duas semanas que tenho um fungo numa unha. A título de exemplo, para ver como eu chego ao ponto de stressar... A minha aflição era ver se era só um fungo ou outra coisa qualquer. Fui ao google, marquei logo uma consulta.”

“Consigo ser disciplinada. Sou acompanhada por um PT certificado, tenho cuidados com a alimentação, atenção às calorias. O único suplemento que eu tomo é a proteína, para atingir os macronutrientes e já tomei ómega 3. Tenho interesse na parte da nutrição.”

M, 32 anos, casada, 1 filho, Coimbra

Potenciadores por um ideal

O segmento que considera estar mais próximo do limiar máximo de saúde: com uma média de 7.6, 34% atribui-se 9 ou 10 numa escala de 1 a 10. Ora está absolutamente confortável na sua condição, ora crente na possibilidade de (ainda) melhorar. Poucos são os que se situam na ideia, perdedora à partida, de que ‘gostariam, mas não acreditam ser possível’ - 29% vs 50% no geral da amostra.

É neste grupo que se encontram sinais mais evidentes da saúde como um bem que pode ser continuamente conquistado e uma pedra angular para o bem-estar e felicidade.

Nas motivações para a acção, destaca-se a vontade do bem-estar no dia-a-dia, bem como o ideal de um corpo com mais energia, com melhor performance desportiva e, dada a idade avançada deste segmento, o desejo de envelhecer com saúde.

Os elevados níveis de ‘satisfação com a vida’, a forma como lidam com a doença ou com o risco da doença (por exemplo, com grande distância aos Potenciadores Reféns no medo da Covid’19), apontam para pessoas que, apesar de assumirem a saúde como um tarefa quotidiana, se dedicam com naturalidade, movidos por um ideal de bem-estar, sem manifestar inquietação ou obsessão pelos temas de saúde.

Com idade média superior (75% tem mais de 54 anos), maior prevalência de mulheres (58% vs 53% geral da amostra). Região e rendimento estão a par da amostra.

33%

**Faz desporto
diariamente**

Q. Qual a frequência com
que pratica desporto?

14%
Geral

47%

**Mais energia
no dia-a-dia**

Q. Quais os aspectos da vida
onde se poderia reflectir a
eventual melhoria do seu
estado de saúde?

29%
Potenciadores reféns

“Uma pessoa saudável é uma pessoa que consegue aliar um conjunto de factores, dos quais a alimentação, o não sedentarismo, o facto de dormir e conseguir descansar bem, o facto de ter um trabalho não muito stressante, o facto de ter uma vida familiar harmoniosa. É esse conjunto todo que acaba por definir para mim uma vida saudável.”

“Na minha cabeça não existe o “ah vou começar a tratar de mim” porque na minha cabeça já o faço desde novo. Eu faço natação desde os 12 anos e nunca deixei de fazer. Tive que parar com alguns desportos de impacto, tipo BTT e corrida, por causa da coluna, mas natação e ginásio nunca deixei de fazer.”

“Para sermos saudáveis, precisamos de estar bem connosco mesmos. Se não estivermos, não conseguimos ter o equilíbrio suficiente para ter uma boa alimentação, para ter um bom relacionamento com as pessoas.”

“Acabo por tentar retardar o inevitável. Tenho noção que devo beber água para hidratar o corpo, na casa tentamos ver o que é mais saudável para dormir, a nível de desumidificadores, etc., porque tudo contribuiu para o ser ou não ser saudável.”

H, 45 anos, casado, 2 filhos, Lisboa

Empenhados Vidas pró saúde

O segmento mais expressivo da amostra (31%) tem quotidianos orientados para saúde, embora não a reconheçam como um objectivo central da vida (ao contrário dos Potenciadores). Talvez porque a idade ainda não o exija ou porque as vidas pessoais, profissionais ou familiares ocupem lugares cimeiros.

Não obstante a saúde não ser o objectivo central, 62% sente que o facto de ter um estilo de vida saudável é algo que os define enquanto pessoa. Não fazem exercício físico com tanta intensidade como os Potenciadores, mas 50% faz, no mínimo, ‘várias vezes por semana’, revelando um grande vínculo com um estilo de vida saudável. Na alimentação, aproximam-se dos Potenciadores na procura de aconselhamento profissional – seja via nutricionistas, médicos ou pessoal trainers.

A escala do grupo dificulta ideias generalistas, mas distinguem-se claramente pessoas na segunda metade da vida e em idade avançada, cuja motivação está ancorada na ideia de envelhecer com saúde [é o segmento entre os 55 e os 64 anos que lida pior com o envelhecimento] e pessoas em idade activa que, não sendo ‘potenciadoras’ (nesta categorização), revelam um ímpeto alto de potenciação. Ainda que os números não sejam significativos no geral, este é o segmento que mais reconhece a ‘melhoria da performance intelectual’ como motivação (16% vs 11% do geral da amostra e 13% ‘potenciadores por um ideal’).

A idade média está próxima da média da amostra (51,6 vs 49,3). A distribuição por género, região ou rendimento estão a par da amostra.

62%

Ter um estilo de vida saudável é algo que os define enquanto pessoas

Q. Qual a frequência com que pratica desporto?

40%
Geral

51%

Envelhecer com saúde é a motivação

Q. Quais as motivações do esforço para ser saudável?

33% e 41% Potenciadores reféns e Potenciadores por um Ideal, respectivamente

“Ser saudável é ser capaz de respirar. As coisas que como não me fazem todas mal. Poder, nos achaques que a idade nos traz, ter meio de os controlar ou circunscrever e poder viver sem ser esmagado pelo pessimismo, ou por ser hipocondríaco. Saber que a nós sempre nos aconteceu uma grande desgraça, que foi termos nascido. E um dia vamos ter que nos confrontar com a realidade... tendo isso presente.”

“Eu frequento o ginásio, também tenho uma certa preocupação em desenvolver o meu espírito, os meus momentos de reflexão e oração. As minhas actividades são com o meu corpo e com o espírito. Em resumo, tratar da alma.»

“Aproveitei o confinamento para fazer uma dieta de emagrecimento. E com isso perdi oito quilos, perdi 10 cm do perímetro abdominal, normalizei o açúcar, glicose, com metade do remédio. E reduzi os batimentos cardíacos.”

“Sinto-me bem com a minha idade, proporcionado aos bens que tenho. Sinto-me ajustado às condições de vida que tenho e à idade.”

H, 77 anos, casado, 6 filhos adultos, Porto

Esforçados q.b.

Foco no bem-estar

Segmento na antecâmara de um quotidiano pró saúde. Apesar da percepção do valor da saúde, nomeadamente como elemento identitário, o esforço pró saúde é ‘quanto baste’ para a gestão do bem-estar no dia-a-dia e para mitigar alguns receios - confirmados pela necessidade, acima da média, de ‘manter controlados certos indicadores’ (29% vs 20% geral da amostra) ou pelo ‘medo de doenças graves’ (24% vs 17%).

Apesar de, em comparação com os Empenhados, a idade média não ser muito distinta, são menos as pessoas que indicam que a sua saúde é uma conquista sua (entre Empenhados e Potenciadores, a saúde como conquista tem mais ênfase do que a saúde como consequência da própria natureza ou da idade).

O que os separa dos Empenhados no cuidado com a alimentação ou a prática de exercício físico não é tanto a declaração de o fazerem (mais notório, ainda assim, no exercício físico) mas o esforço que empregam.

A idade média é próxima da média da amostra e semelhante à dos Empenhados (51,6 vs 49,3). A distribuição por género e região estão a par da amostra. O rendimento é superior à média da amostra.

Este segmento manifesta uma realização profissional acima da média da amostra, atrás dos ‘potenciadores pelo ideal’ (embora nesses apenas 46% se encontre em idade activa).

25%

O controlo do estado de saúde é natural face à minha juventude

Q. O que o leva a sentir-se no controlo do seu estado de saúde?

16% Empenhados

22%

Esforço alto para melhorar estado de saúde

Q. Como avalia o seu esforço para melhorar o estado de saúde? (TOP 3)

46% Empenhados

“É preciso fazer alguns esforços. Nem sempre apetece fazer exercício físico, cansa uma pessoa. Mas é preciso fazer. Na alimentação, a pessoa gosta de comer muitos açúcares. O açúcar é uma coisa que se deve evitar, mas sabe muito bem. É difícil dizer que não. Eu falo por experiência...”

“Sou uma pessoa que vou fazendo exercícios, em casa, saio. Mas fumo, não é muito saudável. Beber, não bebo muito. Mas fumo. Mas por exemplo, em relação à alimentação, não sou de todo das pessoas com uma alimentação mais saudável. Não como muitos vegetais, tirando em sopas, e a minha alimentação é à base de proteínas, hidratos, como bastante doces. Considero-me razoavelmente saudável, mas em termos de alimentação, não sou muito.”

“Depois tenho a actividade física; não é muito regular, mas 3 dias por semana faço algum exercício.”

“Há pouco tempo fui fazer uma mamografia, por causa dumas dores no peito que tenho. As dores continuam. Era para marcar uma consulta para ver, mas ainda não marquei.”

M, 22 anos, solteira, sem filhos, Porto

Equilibristas

Em somas e subtracções

Segmento excluído do que se consideram ser vidas pró saúde. Manifestamente mais jovens, são pessoas que se mantêm numa posição difícil de equilíbrio, balanceando comportamentos menos bons com outros que visam compensar os estragos. Preocupações com a saúde ou estéticas? Uma pergunta realizada nas entrevistas em que frequentemente se obteve a resposta ‘ambos’. Neste segmento, a mesma dúvida ressalta dos dados.

Identifica-se um subgrupo (mais) feminino que manifesta sinais de luta quotidiana consigo próprio, penalizando-se por comportamentos menos saudáveis e compensando com outros. O ponto fraco mais comum é a alimentação (com consequência no peso), que compensam com actividade física. A procura de apoio profissional de nutricionistas ou o consumo de vitaminas e suplementos são respostas frequentes. Nos aspectos da vida em que se poderia reflectir uma melhoria do estado de saúde, destaca-se a auto-estima (mulheres 47% vs homens 32%).

Os homens equilibristas vivem com menos sentimento de culpa e revelam maior equilíbrio emocional, sendo evidente quando questionados sobre a ambição de melhorar saúde - 29% sente-se bem onde está, quando apenas 8% das mulheres o refere.

Um equilibrista na iminência da queda vigia-se. O acompanhamento de um conjunto de métricas como peso, níveis de stress, índice de massa muscular, passos, kms, horas de sono, ciclos menstruais é disso um espelho. Talvez pela idade, tendencialmente mais jovem (e com mais preocupações estéticas) são os que mais fazem musculação, entre homens, e praticam mais fitness/ ginástica, entre mulheres.

A idade média está abaixo da média da amostra (45,3 vs 49,3). Maior presença, embora ligeira, de mulheres. O rendimento está a par da amostra. Mais pessoas licenciadas que a média da amostra (51% lvs 44% geral).

33%

“Comportamentos menos bons são compensados por outros em que tento fazer um esforço maior”

[respostas TOP3]

28%
Geral

34%

Não sente a saúde sob controlo

Q. Neste momento, considera que a sua saúde – isto é, a sua condição física ou psicológica – está sob o seu controlo?

31%
Geral

“Para mim ser saudável é não ter doenças mais complicadas. Quer eu, quer a minha filha mais velha somos saudáveis. A minha filha pequenita também, mas tem mais complicações – tem pele utópica e asma.”

“A nutricionista entra porque há uns anos engordei um bocadinho e estava a chegar aos 40 [anos]. Achei que aqueles quilos, a partir dos 40, iam ser permanentes. Tinham-me falado da Dra L. - a minha irmã que tem tendência para engordar, e outras duas amigas que emagreceram e mantiveram. Vi os resultados noutras amigas, e ela era toda para a ‘frentex’ e com umas ideias giras e gostei imenso dela.”

“Ela ajuda-me. Lá está: fizeste esta asneira? Faz agora assim e assim para limpar essa asneira que fizeste. Ela dá-me alguns truques para ir limpando essas asneiras.(...) Vou para me auto-regular; se não fosse deixava-me engordar. Quando lá vou, se tenho mais um quilo ou dois levo um puxão de orelhas. Aliás, se subo para a balança e vejo que tenho mais um ou dois quilos, marco para a semana seguinte. Consigo reduzir as asneiras, com um truquezinho aqui, outro ali.”

M, 43 anos, divorciada, 2 filhas, Guimarães

Distantes

Falta de força de vontade

Neste segmento, estreia-se a superação do descontrolo face à doença (47% vs 33%). Desses a quem escapa o controlo, uma larga maioria (71%) aponta dificuldades do foro psicológico - instabilidade da forma como se sentem e dificuldade em controlar emoções. Nos comportamentos, há vários em que se verifica uma quebra considerável face à média - cuidado com a alimentação, exercício físico, horas de sono, cuidados com a saúde da mente.

Distingue-se neste segmento um subgrupo de pessoas em que a prevalência da doença é superior, que qualificam o seu esforço como 'pouco', se sentem (mais) em perda e mais culpabilizadas. É possível que a ausência de cuidados leve o corpo a acusar menos bem-estar.

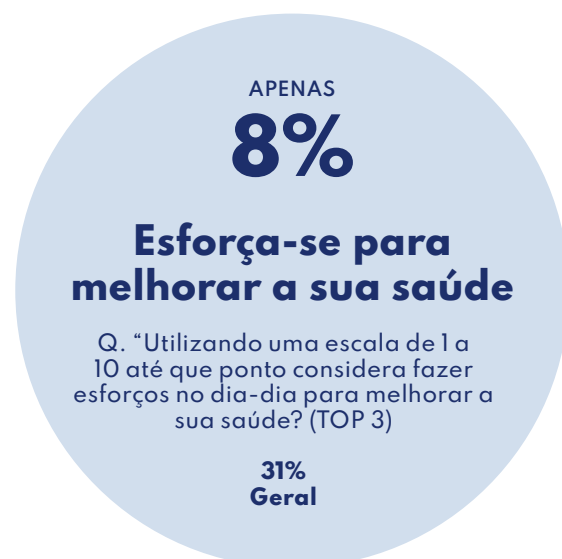
Os preventivos (em termos de acompanhamento médico de rotina) são uma minoria neste segmento (37% vs 64% da amostra), agindo, maioritariamente, por reacção a sinais ou sintomas.

Apesar de 29% reconhecer que o corpo não acusa mal-estar, há uma variedade de razões para não actuar, como a inércia (23%) ou a orientação de cuidados para outros (19%).

Consideram, mais do que a média, que vida financeira e a vida profissional influenciam negativamente a sua saúde (27% e 35% reconhecem-no, respectivamente, o que compara com 19% e 24% da amostra).

Apontam, acima da média, falhas no acompanhamento médico no campo da saúde mental (24% vs 19% da amostra), saúde masculina (29% vs 17%) e nutrição (30% vs 21%).

A idade média é inferior à média da amostra (42,8 vs 49,3). Presença superior, embora ligeira, de homens. É o segmento com rendimento mais baixo, embora 56% sejam licenciados (44% no geral da amostra.)



“Passei por situações de saúde muito complicadas, nomeadamente um cancro de mama, diagnosticado em 2012. No final, foram diagnosticados diabetes. Já era uma questão minha, a quimioterapia só veio antecipar o processo, porque eu sou uma pessoa que não tem muito juízo, nem com a boca... estou sempre com grandes oscilações de peso.”

“Exercício, não faço nada, zero. (...) Tenho o fit beat, todas as semanas diz o que andei. Eu pensava que ia lá com um estímulo externo, mas não. Tenho uma catrefada de protocolos para emagrecer. Acha que faço algum? Começo, faço um dia ou dois, ao terceiro já não faço. O problema está em mim.”

“Na comida, e numa série de coisas, vou buscar compensações para me esconder e para ter aquilo que efectivamente não tenho. Não é fácil eu estar a dizer isto, mas já cheguei a essa conclusão. Agora falta o outro passo, que é perceber como é que desconstruo isto tudo... É muita coisa... é um relacionamento de marido mulher que acabou, uma vida que eu não tenho, é a minha constante insatisfação, é a parte de pai e de mãe que também faltam. É muita coisa...”

M, 44 anos, casada, 1 filha, Rio de Mouro

Desistentes Desconectados do Corpo (e mente)

A falta de controlo da condição de saúde aparenta dominar neste segmento, também em consequência de vidas desestruturadas. Apesar de terem uma concepção de saúde muito centrada no físico (ou corpo), as pessoas revelam sentimentos de falta de controlo como a ‘imprevisibilidade da forma como se sentem’ e ‘dificuldades em controlar emoções’ (59% ambos). Será o descontrolo do foro físico efectivo ou faltar a consciência acerca de problemas de origem psicológica?

A satisfação com a vida é extremamente baixa, reflectindo-se em opções de estilo de vida - a primeira razão invocada para a falta de controlo da condição de saúde (29%). Bem assim, em todos os aspectos que podem ter influência na saúde - consumo de álcool e tabaco, sono, vida amorosa, relações sociais, a espiritualidade, o auto-conhecimento, o contacto com a natureza -, sugem como os que mais os reconhecem como influências negativas no estado de saúde actual.

O esforço para ser saudável é reduzido. Evidenciam muito baixos cuidados com a alimentação, prática de exercício físico, controlo do ritmo de trabalho ou atenção a doenças. Do confronto entre o mal-estar que reconhecem e o pouco que referem fazer pela sua saúde (física e mental), nasce a constatação da desistência.

A maior presença de homens neste segmento não é fortuita. Como referido, as mulheres aparentam ser mais reflexivas, conscientes, ligadas ao corpo e cuidadoras do seu bem-estar.

A idade média é inferior à média da amostra (41,8 vs 49,3). Verifica-se uma presença maior de homens. É um segmento com rendimento e habilitações académicas acima da média da amostra.

62%

Não sente a saúde sob controlo

Q. Neste momento, considera que a sua saúde – isto é, a sua condição física ou psicológica – está sob o seu controlo

31%
Geral

29%

Comportamentos/ o meu estilo de vida

Q. Sobre as causas dessa falta de controlo, diria serem problemas relacionados com?

8%
Geral

“Estou em casa, porque estou a tomar conta da minha mãe. Está semi-acamada. Há dias que se levanta, outros que não se consegue levantar.”

“O meu marido tem diabetes, hipertensão, é um doente renal, de pré-dialise. (...) Em 2001, foi diagnosticado diabético, tipo 2. Nunca controlou nada, nunca controlámos nada... A diabetes, com a tensão arterial alta, deu-lhe cabe dos rins e da visão. Diabetes é assim, vai os rins, coração, artérias. Ele sempre brincou com a doença que tinha. (...) Ele é péssimo doente, tem o síndrome da bata branca.”

“A saúde da minha filha... não é boa. Ela pesa quase 120 kg. A parte psicológica está mal, ela é obesa. (...) Desconfia-se que é o síndrome quístico que mexe com as hormonas... ela vai agora para as consultas de obesidade, como é nova. Sei que não é feliz com isso.

“Eu tenho alguns problemas de saúde, não estou a morrer nem coisa que o valha, mas não sou saudável. Sou fumadora, bebo café, não tenho cuidado com a alimentação, não faço exercício físico. Estou muito longe de ser saudável. A culpa é minha, não posso culpabilizar mais ninguém. Sou muito preguiçosa...”

“Quando a gente trabalha ou vai ter uma reunião de amigos, a gente tem tendência a arranjar-se. Como não tenho isso, vou-me pintar, arranjar, para quê? Para ficar em casa a mudar a fralda à minha mãe? (...) Eu cuido de todos menos de mim.”

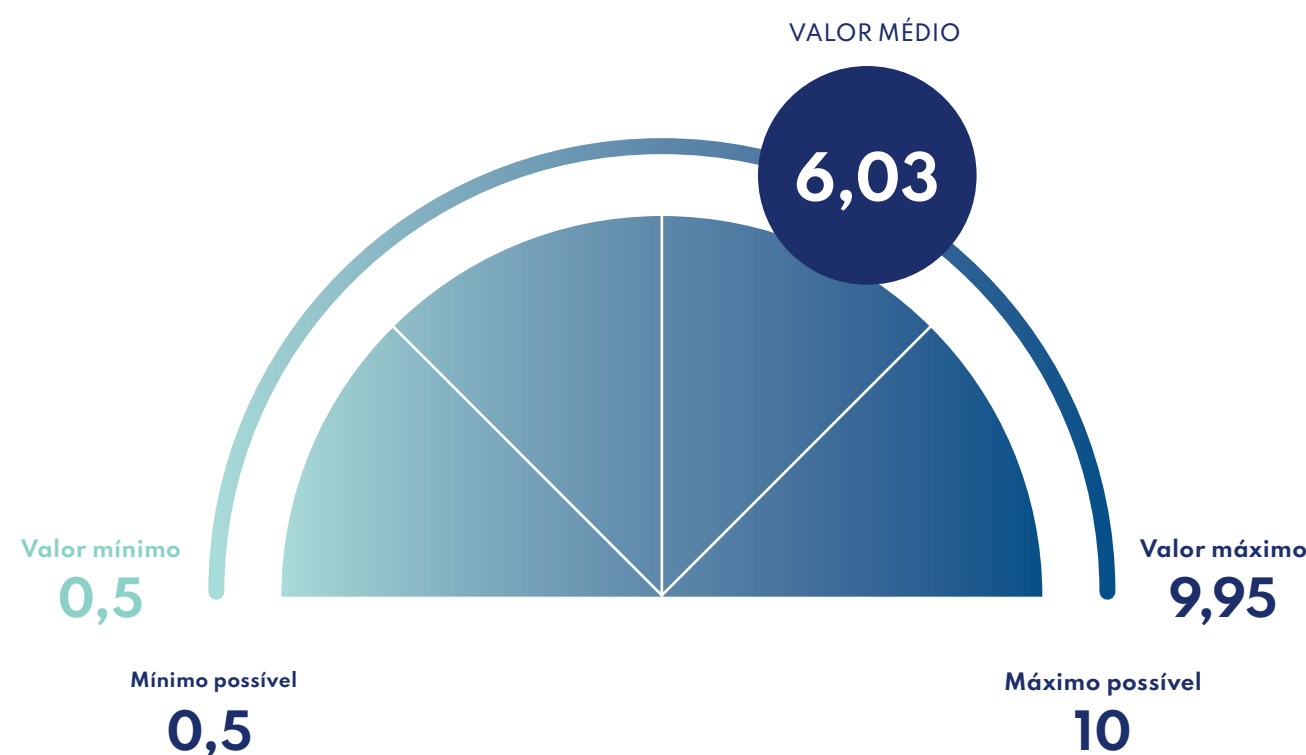
M, 43 anos, casada, 1 filha, Valongo



**Potência
Saúde:
a medida
do sonho**

Potência Saúde

Indicador de empenho dos portugueses na sua saúde



Resultados para a população portuguesa em 2021
N=1029

O que representa?

Um indicador que pretende avaliar em que medida as pessoas estão a empenhar-se na manutenção ou melhoria do seu estado de saúde. Partindo de uma auto-apreciação, mede a potência de esforço e acção que cada pessoa dirige à sua saúde no dia-a-dia, ou seja, o investimento que faz na sua condição física e mental, independentemente das suas motivações ou condicionantes de saúde.

O Potência Saúde foi idealizado acreditando que cada pessoa tem um determinado potencial de saúde, e esse potencial pode ser maximizado através de comportamentos do indivíduo [sobre os quais pode ter controlo]. Entre o esforço que cada um declara fazer e o que poderia ser feito, há um espaço de melhoria de saúde que pode ser induzido.

Como é medido?

O indicador é calculado tendo por base um dado subjectivo de avaliação do esforço que cada pessoa considera fazer no dia-a-dia para manter ou melhorar a sua saúde, e dados objectivos relacionados com comportamentos de saúde dos indivíduos. Estes dados, recolhidos junto de uma amostra representativa da população portuguesa, são ponderados através de uma fórmula que permite catalogar indivíduos em termos de acção sobre a sua saúde.

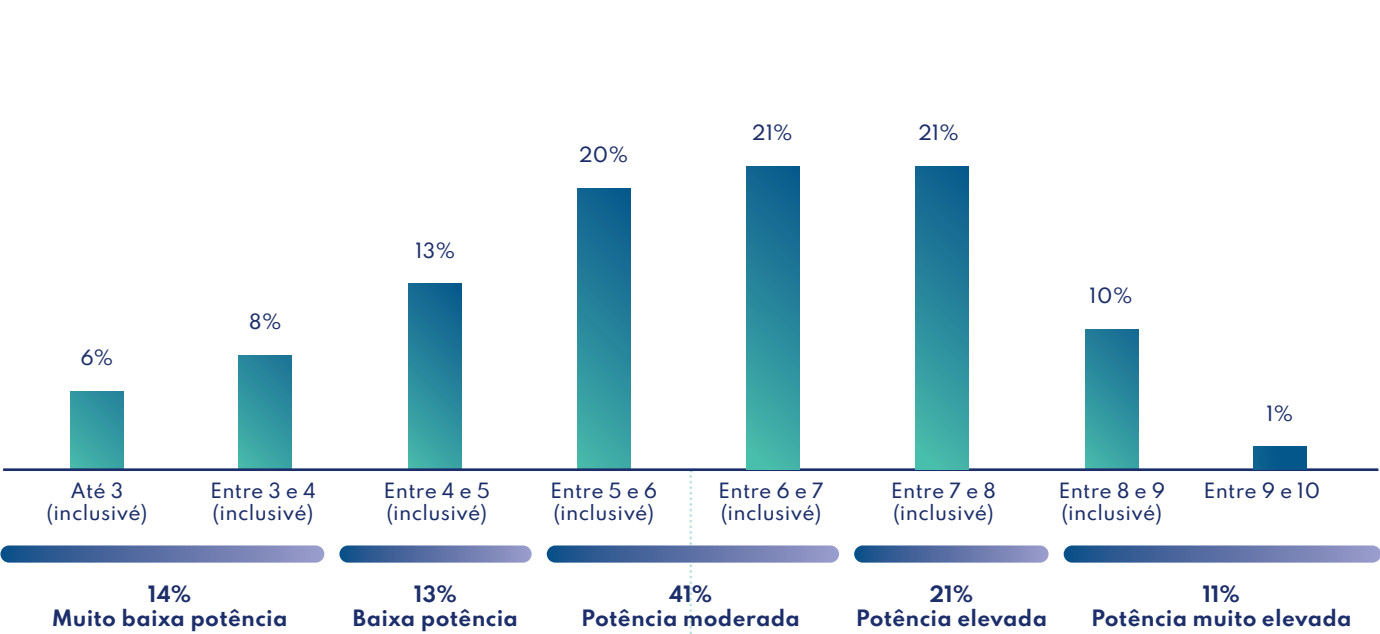
Aos comportamentos que as pessoas declaram fazer – entre 12 possíveis, que vão desde os cuidados com a alimentação e o exercício físico até à redução do consumo de álcool e tabaco – é atribuída uma escala de relevância, que espelha aquilo que, em cada momento, a sociedade considera ser mais determinante para a saúde em geral.

O que revela?

Os resultados revelam uma potência média moderada – de 6,03 numa escala de 0,5 a 10 –, encontrando-se 46% da população abaixo deste nível da escala. Isto significa que uma parte importante da população considera ter uma atitude pró-saúde aquém do desejável ou possível, integrando poucos comportamentos efectivos de defesa ou melhoria do seu estado de saúde e bem-estar. Na amostra, 41% considera fazer um esforço razoável, 21% um esforço elevado e 11% um esforço muito elevado para se manter saudável (ou mais saudável).

Distribuição da população em função da Potência Saúde

N=1029



46%
está abaixo
do valor médio

6,03

54%
está acima do valor
médio

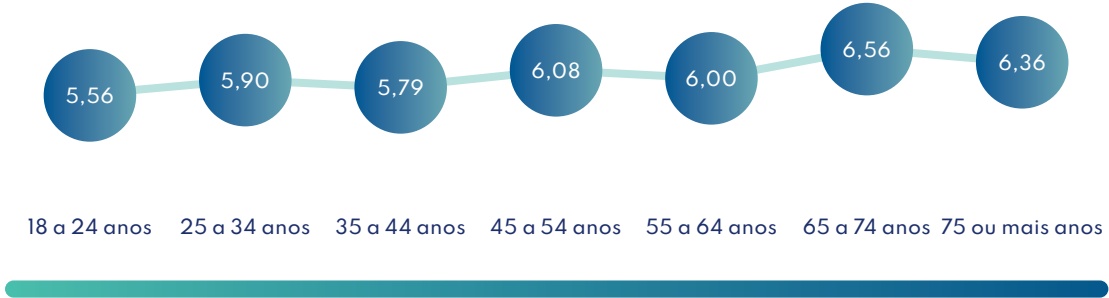
Valor Médio do ‘Potência Saúde’

N=1029

6,10
mulheres

5,96
homens

POR IDADE



POR SEGMENTO



Uma potência moderada: que referência de esforço face à União Europeia?

Não dispomos de uma referência que permita fazer a leitura longitudinal do valor moderado do indicador, mas dados públicos apontam para uma evolução positiva em matéria de saúde a diferentes níveis.

Ainda que prevaleça distância entre géneros e condições socioeconómicas, a esperança de vida em Portugal tem aumentado continuamente desde 2000, estando (nos 81,6 anos) ligeiramente acima da média europeia. A percentagem das pessoas com 65 ou mais anos aumenta de forma constante. Os portugueses vivem mais tempo, mas não basta acrescentar anos à vida; é preciso acrescentar vida aos anos.

Crescem também os indicadores que dão nota de evoluções nos comportamentos de promoção de saúde dos portugueses. Há cada vez mais portugueses a referir ter cuidados com a alimentação, as taxas de tabagismo estão abaixo da média europeia (17% vs. 19,2%) e o consumo de álcool tem vindo a diminuir gradualmente desde 2000. Cerca de 10% dos adultos indica consumo excessivo esporádico de álcool, o que é consideravelmente abaixo da média da UE (20%), sobretudo entre adolescentes.

Estamos indiscutivelmente melhor mas, em vários aspectos, encontra-se distância à média da UE.

Consumo de álcool:

O consumo de álcool em idade adulta é mais alto do que a média da UE; em 2017, cerca de 11% das mortes estiveram associadas ao consumo de álcool, quase o dobro da taxa média da UE, de 6%.

Obesidade:

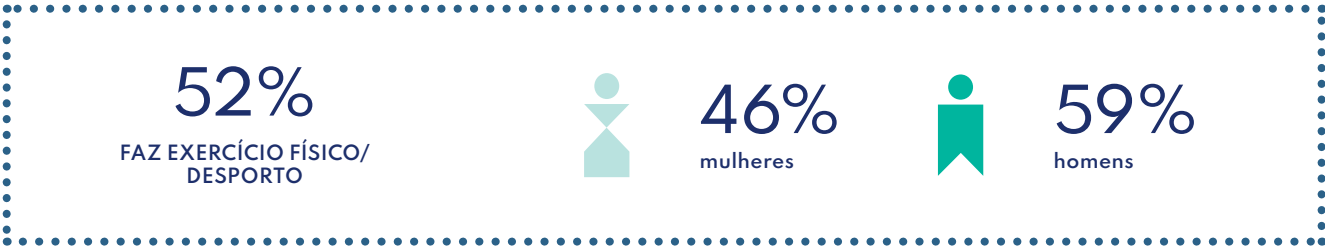
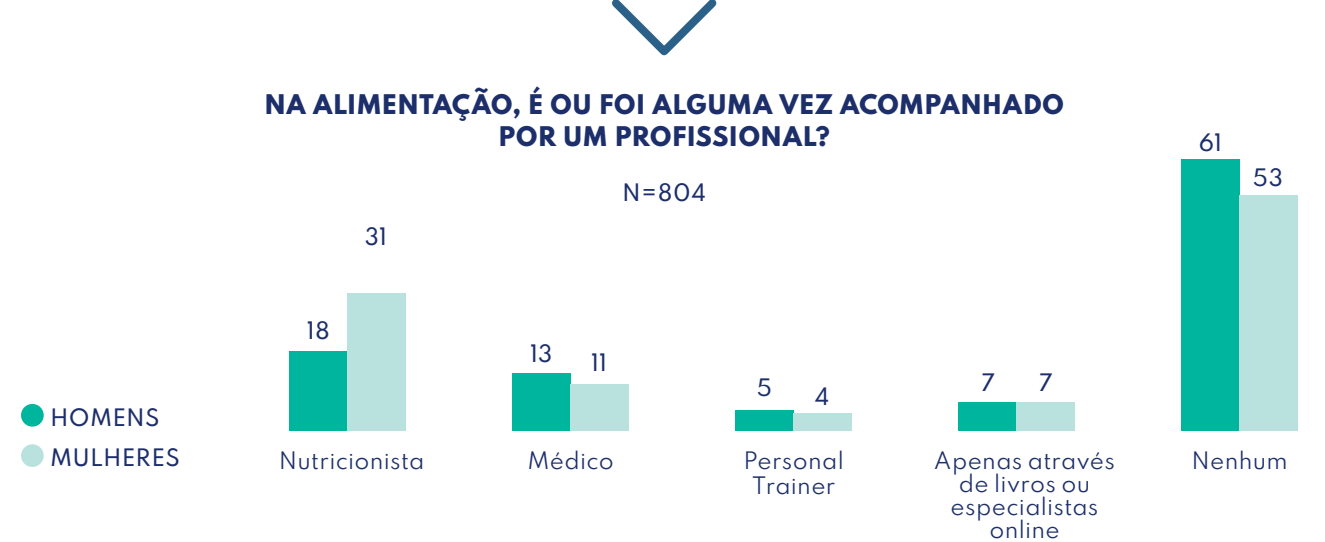
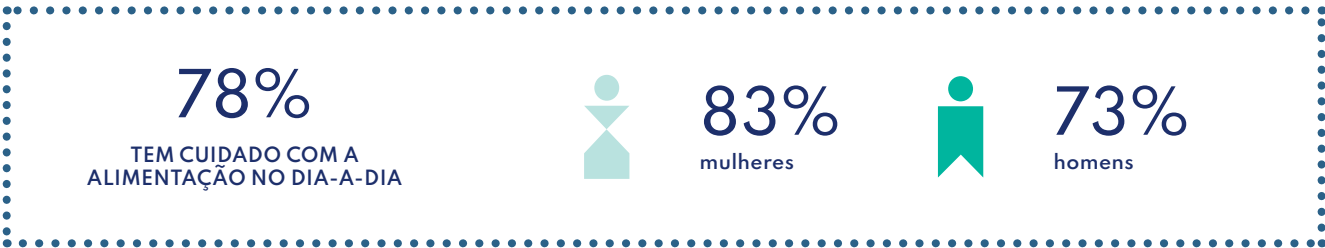
Embora se aproxime mais da média europeia, a obesidade adulta permanece elevada. Com base nos dados de inquérito recolhidos para auto-avaliação do estado de saúde, 15,4% dos adultos comunicaram ser obesos em 2017, comparativamente com a média da UE de 14,9%.

Num outro Inquérito Nacional de Saúde (INS 2019), mais de metade da população adulta continuava a ter, em 2019, excesso de peso (36,6%) ou obesidade (16,9%); dentro dos factores de risco comportamentais, é no que diz respeito à obesidade que as disparidades entre pessoas com menor rendimento e habilitações são efectivamente expressivas, o que prova a associação do nível de desenvolvimento do país à saúde dos seus cidadãos.

Sedentarismo:

Segundo o mesmo inquérito INS de 2019, a maioria da população com 15 ou mais anos (65,6%) não praticava qualquer actividade desportiva de forma regular, sendo apenas 13,6% os que referiam praticar exercício físico em um ou dois dias por semana. A prática de exercício físico é, na verdade, um comportamento em que estamos bastante distanciados de outros países da Europa. Olhando para o tempo afecto - em número de horas de lazer durante uma semana típica -, os portugueses são dos que têm pior desempenho na UE, só ultrapassados pelos croatas (Eurostat, 2017).

Apesar dos números nacionais poderem melhorar, designadamente em termos de alimentação ou exercício físico, há uma transformação evidente em curso. Entre os inquiridos com 55 ou mais anos, 40% refere fazer caminhadas e 38% refere fazer exercício físico diariamente ou várias vezes por semana; 37% das mulheres refere fazê-lo, pelo menos, uma vez por semana. Segundo o Barómetro do Fitness, as mulheres representavam, em 2018, 53% das inscrições em ginásios. O exercício físico ou o desporto era uma rotina rara nas nossas mães e avós (embora a vida dessas gerações fosse bem menos sedentária).



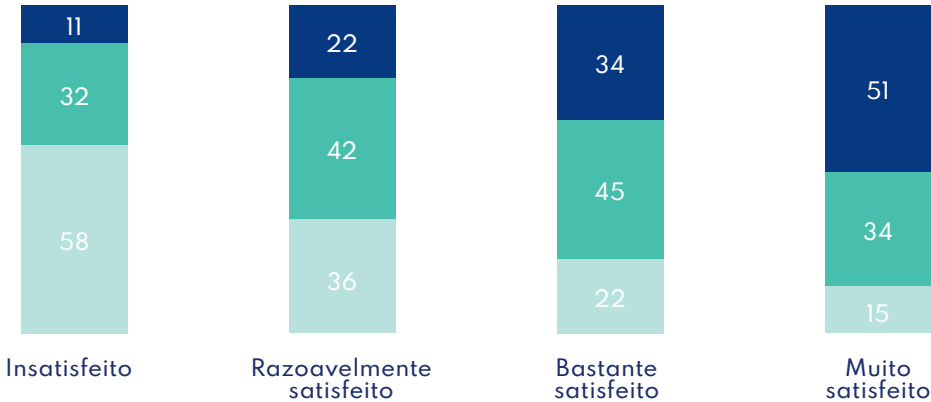
Apenas 34% dos portugueses fazem exercício físico de forma regular (diariamente ou várias vezes por semana)

Grau de esforço

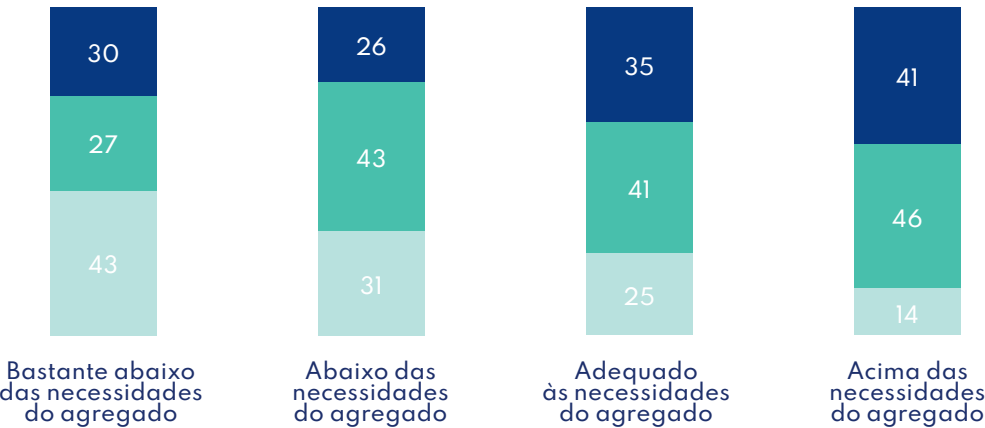
N=1029

Alta ou muito alta potência Potência moderada Baixa ou muito baixa potência

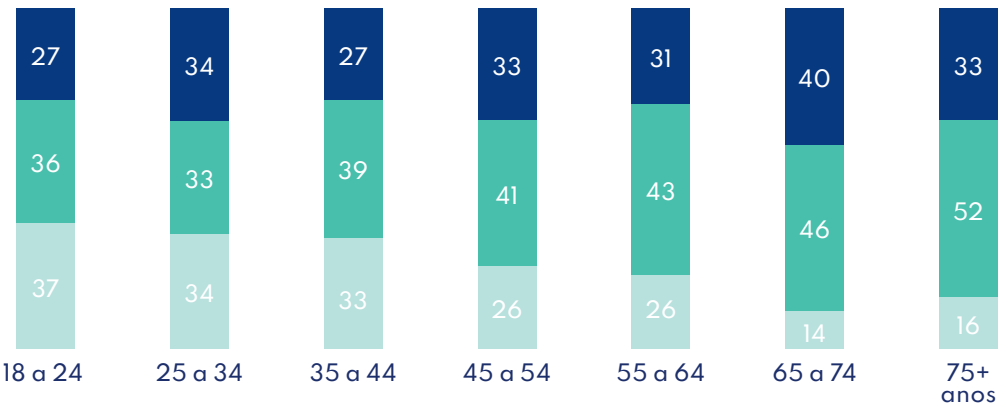
POR SATISFAÇÃO GERAL COM A VIDA — %



POR RENDIMENTO — %

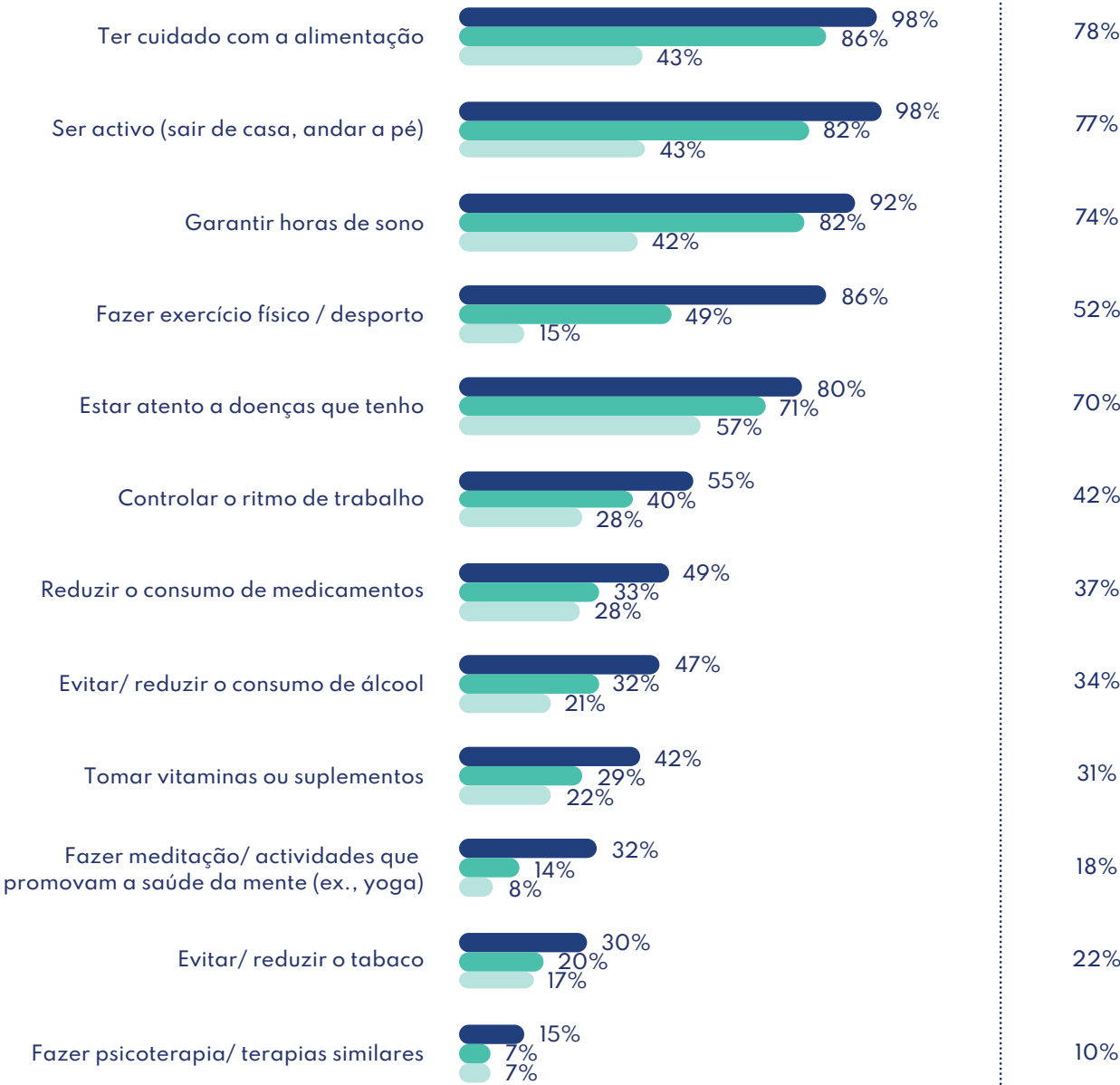


POR IDADE — %



QUE COMPORTAMENTOS TEM NO DIA-A-DIA TENDO EM VISTA A MANUTENÇÃO OU MELHORIA DA SUA SAÚDE?

Alta ou muito alta potência Potência moderada Baixa ou muito baixa potência



Possibilidades de resposta:
Tenho; Não Tenho; Não Preciso / Não se aplica

Em termos de comportamentos tendo em vista a saúde, há uma enorme diferença na sociedade relacionada não só com as condições de vida, o rendimento e a idade, mas também com a satisfação com a vida.

Uma sociedade permeável à mudança

A responsabilidade sobre a própria condição de saúde é uma filosofia implícita nas campanhas de prevenção e educação para a saúde de que fomos sendo alvo nas últimas décadas. Cada um é chamado a responder sobre o seu estado de saúde, na medida em que os seus comportamentos (pela acção ou pela omissão) influenciam o adoecer.

Este princípio, que nasce da necessidade de assegurar a sustentabilidade e a equidade no acesso ao sistema de saúde, tem ganho expressão por uma cultura de estilo de vida saudável que atravessa diferentes dimensões da vida e vai rotulando uma série de comportamentos como ‘transgressões’ às regras da saúde. Hoje, facilmente se pode ter a sensação de estar, pelas escolhas, a prevaricar numa simples ida ao supermercado ou jantar de amigos. Poderemos dizer, como colocou Radley (1994) na sua visão sobre saúde e doença, que entre os portugueses já existe “um sentimento geral de que, embora não nos possamos culpar pela doença, devemos corresponder o mais possível ao dever moral de permanecermos saudáveis”?

No presente estudo, apenas 13% considera que vivemos numa sociedade que exagera na pressão para se ser saudável; 38,5% considera que, não obstante o excesso, é natural que se promova demasiadamente o ser saudável; 25% considera a pressão adequada e importante e 20% que se deveria promover ainda mais o ser saudável. A imposição da saúde como valor cultural que regula comportamentos está a ser normalizada.

Isto ajuda a explicar por que o principal motivo para não se ser mais empenhado na saúde seja a “falta de força de vontade”. Há uma auto-penalização evidente na justificação, que decorre de um sentimento de culpa. Tal não significa que outros factores não sejam importantes, mas que, em primeiro lugar, está o incumprimento da pessoa.

No mínimo, estamos perante uma mudança na atitude em relação ao que deve ser feito na dimensão da saúde, ainda que nem sempre seja consequente em termos de comportamentos.

“Uma pessoa saudável é com certeza uma pessoa feliz. Não tem de ser vegana, mas cuidadosa e equilibrada. Equilibrada e feliz: isso é uma pessoa saudável. Exige algum esforço, senão todos éramos saudáveis. Todos queremos ser saudáveis, mas é preciso trabalhar para isso.”

“Falta-me a motivação para o exercício físico – essencial para o bem-estar físico e mental -, e ter mais cuidado com a alimentação. Já houve uma altura em que fui muito cuidadosa. Neste momento, não tenho força para manter essas regras que fizeram parte da minha vida. Na minha cabeça, sei que estou a transgredir. Mas sou mais feliz agora.”

M, 48 anos, solteira, vive com os pais, de quem é cuidadora (ambos com doença de Alzheimer)

POR QUE MOTIVOS NÃO PROCURA ACTUAR MAIS SOBRE A SUA SAÚDE OU TER UM ESTILO DE VIDA MAIS SAUDÁVEL — %

(N=335 | SE FAZ POUCO ESFORÇO PARA SER SAUDÁVEL)

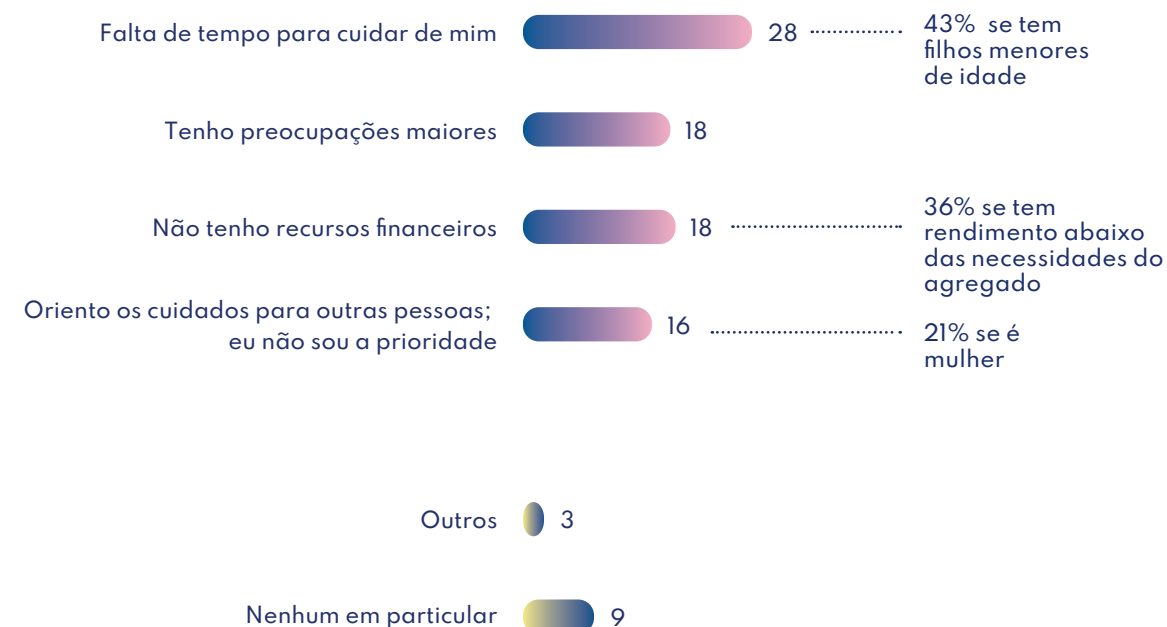
ASPECTOS QUE SE CONTROLAM

53% DAS RESPOSTAS



ASPECTOS QUE SE NÃO CONTROLAM

41% DAS RESPOSTAS



**GOSTARIA DE SE ESFORÇAR MAIS
PARA SER SAUDÁVEL OU MAIS SAUDÁVEL?**

(se indica valor de esforço de 1 a 8 em 10) - %
N=900



**EM QUE ASPECTOS SE PODERIA REFLECTIR
A EVENTUAL MELHORIA DO SEU ESTADO DE SAÚDE — %**

N= 605 (se tem a ambição de melhorar a situação de saúde)



A medida do sonho

No presente estudo, 23% dos inquiridos refere, sem reservas, que gostaria de se esforçar mais para ser saudável ou mais saudável; 50% reconhece a mesma vontade, embora o considere difícil.

Apesar de conscientes da importância de trabalhar para a manutenção ou melhoria do seu estado de saúde, os portugueses reservam a maior potência de esforço para uma vida saudável para o momento em que se sentem na iminência de a perder. A potência é relativamente baixa nos mais novos e vai aumentando com o avanço da idade, até ser agudizada por volta dos 65 anos.

Para além da inércia, a investigação sugere que o adiamento se pode dever à abstracção do que é um estado de saúde óptimo e à dificuldade em quantificar os ganhos de bem-estar associados a determinados comportamentos. As pessoas podem intuir sobre os aspectos em que poderiam sentir-se melhor [melhor relação com a vida, melhor relação com o próprio, maior resistência a problemas], mas não sabem em quanto poderiam melhorar. Em geral, só depois de conhecer o que se ganha – por perda de peso, perda de vício de tabagismo, melhorias na alimentação, etc. – se valoriza a saúde a ponto de reprogramar comportamentos.

Se o envelhecimento da população é um dos maiores desafios que o país enfrenta, e a saúde com que se chega a uma idade avançada é um espelho do que se fez por ela ao longo da vida, a mobilização para o esforço deve começar mais cedo, aumentando os objectivos de bem-estar potencial. Na relação que os portugueses têm com a sua saúde - um caleidoscópio de memórias, crenças, medos, intenções e comportamentos – é preciso dar forma e cor ao sonho.

Para o que devem ser persuadidos os portugueses? Pretende-se que se aproximem, nos comportamentos, da média europeia ou que aspirem às posições de topo na tabela? Qual deve ser o referencial de sonho?

Anexos e Ficha Técnica

Trabalho de Campo

Estudo Qualitativo

Amostra total: 18 indivíduos

Trabalho de campo: realizado entre os dias 16 de Outubro de 2020 e 6 de Abril de 2021

Universo: Indivíduos de ambos os sexos, com idade igual ou superior a 17 anos, pertencentes ao Painel Global IPSOS-APEME (o mais novo, com 17 anos, o mais velho com 77 anos)

Metodologia: Entrevistas Aprofundadas via digital, painel IPSOS-APEME

Estudo Quantitativo

Amostra total: 1029 indivíduos

Trabalho de campo: realizado entre os dias 5 e 26 de Janeiro de 2021

Universo: Indivíduos de ambos os sexos, residentes em Portugal Continental, com idade igual ou superior a 18 anos. Foram consideradas quotas cruzadas de Sexo x Idade e Sexo x Região, em linha com a distribuição nacional, de modo a assegurar a representatividade da amostra, acrescidas de quotas de escolaridade, por forma a evitar as distorções inerentes ao perfil de escolaridade da população internautica. 45% da amostra apresenta escolaridade superior, sendo que 55% da amostra possui ensino básico ou secundário.

Metodologia: 809 entrevistas online realizadas junto do Painel de Questionários Online Ipsos APEME, acrescidas de 220 entrevistas telefónicas, efectuadas pela empresa parceira Bestforecast.

Caracterização da amostra

GÉNERO	
FEMININO	53%
MASCULINO	47%

IDADE	
18 A 24 ANOS	9%
25 A 34 ANOS	14%
35 A 44 ANOS	18%
45 A 54 ANOS	19%
55 A 64 ANOS	17%
75 A 74 ANOS	14%
75 OU MAIS ANOS	9%

AGREGADO	
1 PESSOA	14%
2 PESSOAS	34%
3 PESSOAS	29%
4 OU MAIS PESSOAS	23%

REGIÃO	
GRANDE LISBOA	28%
GRANDE PORTO	14%
NORTE (SEM PORTO)	25%
CENTRO	23%
ALENTEJO	7%
ALGARVE	4%

RENDIMENTO MÉDIO LÍQUIDO DO AGREGADO	
MENOS DE 500€	4%
DE 501€ A 750€	9%
DE 751€ A 1000€	11%
DE 1001€ A 1200€	11%
DE 1201€ A 1500€	15%
DE 1501€ A 2000€	19%
DE 2001€ A 3000€	10%
MAIS DE 3000€	6%
NS/NR	15%

SITUAÇÃO PROFISSIONAL	
TRABALHADOR POR CONTA DE OUTREM - EMPRESA PRIVADA GRANDE	18%
TRABALHADOR POR CONTA DE OUTREM - EMPRESA PRIVADA PEQ/ MED	21%
TRABALHADOR POR CONTA DE OUTREM - FUNCIONÁRIO PÚBLICO	15%
TRABALHADOR POR CONTA PRÓPRIA / RECIBOS VERDES / INDEPENDENTE	6%
TRABALHADOR POR CONTA PRÓPRIA / EMPRESÁRIO	2%
ESTUDANTE	5%
REFORMADO/A	25%
DOMÉSTICO/A	1%
DESEMPREAGO	7%

SITUAÇÃO PROFISSIONAL	
ENSINO PRIMÁRIO (COMPLETO OU INCOMPLETO)	8%
ENSINO BÁSICO: 5º A 9º ANO	10%
ENSINO SECUNDÁRIO: 12º ANO	31%
CURSOS TÉCNICOS/ MAGISTÉRIO PRIMÁRIO	7%
ENSINO SUPERIOR: LICENCIATURAS / PÓS-GRADUAÇÕES	44%

Acesso ao Sistema de Saúde								
CARACTERIZAÇÃO DO ACESSO AO SISTEMA DE SAÚDE	TOTAL	18 A 24 ANOS	25 A 34 ANOS	35 A 44 ANOS	45 A 54 ANOS	55 A 64 ANOS	65 A 74 ANOS	75 + ANOS
AMOSTRA (N)	1029	97	140	186	192	175	144	95
PERTENCE A ALGUM SUBSISTEMA DE SAÚDE (EX. ADSE, SAMS)	35%	35%	25%	33%	42%	39%	31%	37%
TEM SEGURO DE SAÚDE	40%	42%	48%	53%	45%	29%	33%	26%
TEM PLANO DE SAÚDE	9%	7%	12%	12%	8%	8%	11%	3%
NÃO TEM SEGURO NEM PLANO DE SAÚDE	52%	53%	41%	37%	50%	63%	57%	72%
TEM MÉDICO DE FAMÍLIA ATRIBUÍDO PELO CENTRO DE SAÚDE?	TOTAL	18 A 24 ANOS	25 A 34 ANOS	35 A 44 ANOS	45 A 54 ANOS	55 A 64 ANOS	65 A 74 ANOS	75 + ANOS
AMOSTRA (N)	1029	97	140	186	192	175	144	95
SIM, E RECORRO FREQUENTEMENTE	33%	19%	26%	35%	31%	42%	32%	40%
SIM, MAS RECORRO POUCO	51%	67%	57%	52%	48%	44%	54%	43%
SIM, MAS NÃO RECORRO	7%	8%	8%	6%	11%	4%	4%	10%
NÃO	9%	6%	9%	8%	10%	10%	10%	7%
QUAL CONSIDERA SER O FACTOR MAIS IMPORTANTE PARA SE SENTIR BEM ACOMPANHADO EM TERMOS DE SAÚDE?	TOTAL	18 A 24 ANOS	25 A 34 ANOS	35 A 44 ANOS	45 A 54 ANOS	55 A 64 ANOS	65 A 74 ANOS	75 + ANOS
AMOSTRA (N)	1029	97	140	186	192	175	144	95
TER UM BOM MÉDICO ASSISTENTE/ DE FAMÍLIA	33%	30%	30%	31%	34%	33%	37%	36%
TER BONS MÉDICOS A QUEM RECORRER DIRECTAMENTE	19%	30%	18%	16%	24%	14%	16%	17%
TER ACESSO A UM BOM HOSPITAL PÚBLICO	18%	13%	19%	21%	15%	20%	16%	19%
TER ACESSO A UM BOM CENTRO DE SAÚDE	10%	2%	11%	9%	9%	15%	10%	10%
TER UM BOM SEGURO DE SAÚDE	7%	5%	12%	9%	7%	6%	4%	2%
PERTENCER A UM SUBSISTEMA DE SAÚDE	5%	10%	2%	6%	4%	5%	4%	5%
HAVER OFERTA DE SERVIÇOS PÚBLICOS NA PROXIMIDADE	5%	5%	5%	5%	6%	5%	2%	2%
TER ACESSO A UM BOM HOSPITAL/ CLÍNICA PRIVADO	3%	4%	1%	3%	1%	2%	6%	3%
HAVER OFERTA DE SERVIÇOS PRIVADOS NA PROXIMIDADE	1%	0%	0%	0%	0%	0%	2%	2%
OUTRO	2%	0%	1%	1%	1%	1%	4%	4%

Avaliação do acompanhamento de saúde								
PENSANDO NOS TEMPOS PRÉ-COVID'19, DIRIA QUE A QUALIDADE DO ACOMPANHAMENTO QUE TEM EM TERMOS DE SAÚDE:	TOTAL	18 A 24 ANOS	25 A 34 ANOS	35 A 44 ANOS	45 A 54 ANOS	55 A 64 ANOS	65 A 74 ANOS	75 + ANOS
TEM VINDO A MELHORAR	10%	9%	5%	11%	8%	10%	13%	14%
MANTEVE-SE	49%	47%	49%	45%	53%	49%	47%	50%
TEM VINDO A PIORAR	35%	37%	36%	33%	31%	38%	37%	31%
NÃO SEI DIZER	7%	6%	10%	11%	7%	3%	4%	6%
NÃO TEM SEGURO NEM PLANO DE SAÚDE	52%	53%	41%	37%	50%	63%	57%	72%
CONSIDERA TER UM MÉDICO QUE CONHECE BEM E ACOMPANHA O SEU ESTADO DE SAÚDE?	TOTAL	18 A 24 ANOS	25 A 34 ANOS	35 A 44 ANOS	45 A 54 ANOS	55 A 64 ANOS	65 A 74 ANOS	75 + ANOS
AMOSTRA (N)	1029	97	140	186	192	175	144	95
SIM, TOTALMENTE	42%	25%	28%	29%	34%	42%	68%	84%
SIM, EM PARTE	39%	40%	39%	51%	44%	44%	29%	13%
NÃO	19%	35%	33%	21%	22%	14%	4%	3%

Relação com a doença								
DOENÇA NO AGREGADO FAMILIAR	TOTAL	18 A 24 ANOS	25 A 34 ANOS	35 A 44 ANOS	45 A 54 ANOS	55 A 64 ANOS	65 A 74 ANOS	75 + ANOS
AMOSTRA (N)	1029	97	140	186	192	175	144	95
TEM UM DIAGNÓSTICO CONCRETO DE DOENÇA (MUITO GRAVE, GRAVE, POUCO OU NADA GRAVE)	38%	21%	23%	31%	30%	44%	57%	63%
COMO LIDA COM O RISCO DA DOENÇA COVID-19?	TOTAL	18 A 24 ANOS	25 A 34 ANOS	35 A 44 ANOS	45 A 54 ANOS	55 A 64 ANOS	65 A 74 ANOS	75 + ANOS
AMOSTRA (N)	1029	97	140	186	192	175	144	95
TENHO MUITO MEDO DA DOENÇA	26%	10%	11%	14%	17%	34%	46%	56%
TENHO MEDO, ESSENCIALMENTE PELOS MEUS FAMILIARES	54%	62%	71%	66%	64%	50%	29%	20%
TENHO MEDO, MAS ACHO QUE SE ESTÁ A EXAGERAR	13%	20%	10%	10%	13%	13%	17%	12%
NÃO TENHO MEDO DA DOENÇA	8%	8%	9%	10%	6%	3%	9%	13%

Bibliografia

Paul Constança, Fonseca António: *Psicossociologia da Saúde*. Climepsi Editores, 2001

Bloem Sjaak, Stalpers Joost: *Subjective Experienced Health as a Driver of Health Care Behavior*. Nyenrode Universiteit, Julho 2012

Albuquerque Carlos Manuel de Sousa, Oliveira Cristina Paula Ferreira de: *Saúde e Doença: Significações e Perspectivas em Mudança*.

Albuquerque Carlos Manuel de Sousa, Oliveira Cristina Paula Ferreira de: *Características Psicológicas Associadas à Saúde: A Importância do Auto-Conceito*.

Jackson, Gabrielle: *Pain and Prejudice*. Greystone Books, 2021

Estudo Epidemiológico Nacional De Saúde Mental: 1º Relatório. Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa, 2013

Ribeiro, José Luis Pais: *Características Psicológicas Associadas à Saúde em Estudantes, Jovens, da Cidade do Porto*. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade do Porto, 1993

Espanha Rita, Ávila Patrícia, Mendes Rita Veloso: *Literacia em Saúde em Portugal. Fundação Calouste Gulbenkian*, 2016.

Conselho Nacional de Saúde. *Sem mais tempo a perder – Saúde mental em Portugal: um desafio para a próxima década*. CNS, 2019.

Relatório Mundial da Saúde. *Saúde mental: nova concepção, nova esperança*. The World Health Report, 2001.

Principais Relatórios

Inquérito Nacional de Saúde, INE, 2019

Estatísticas da Saúde, INE, 2018

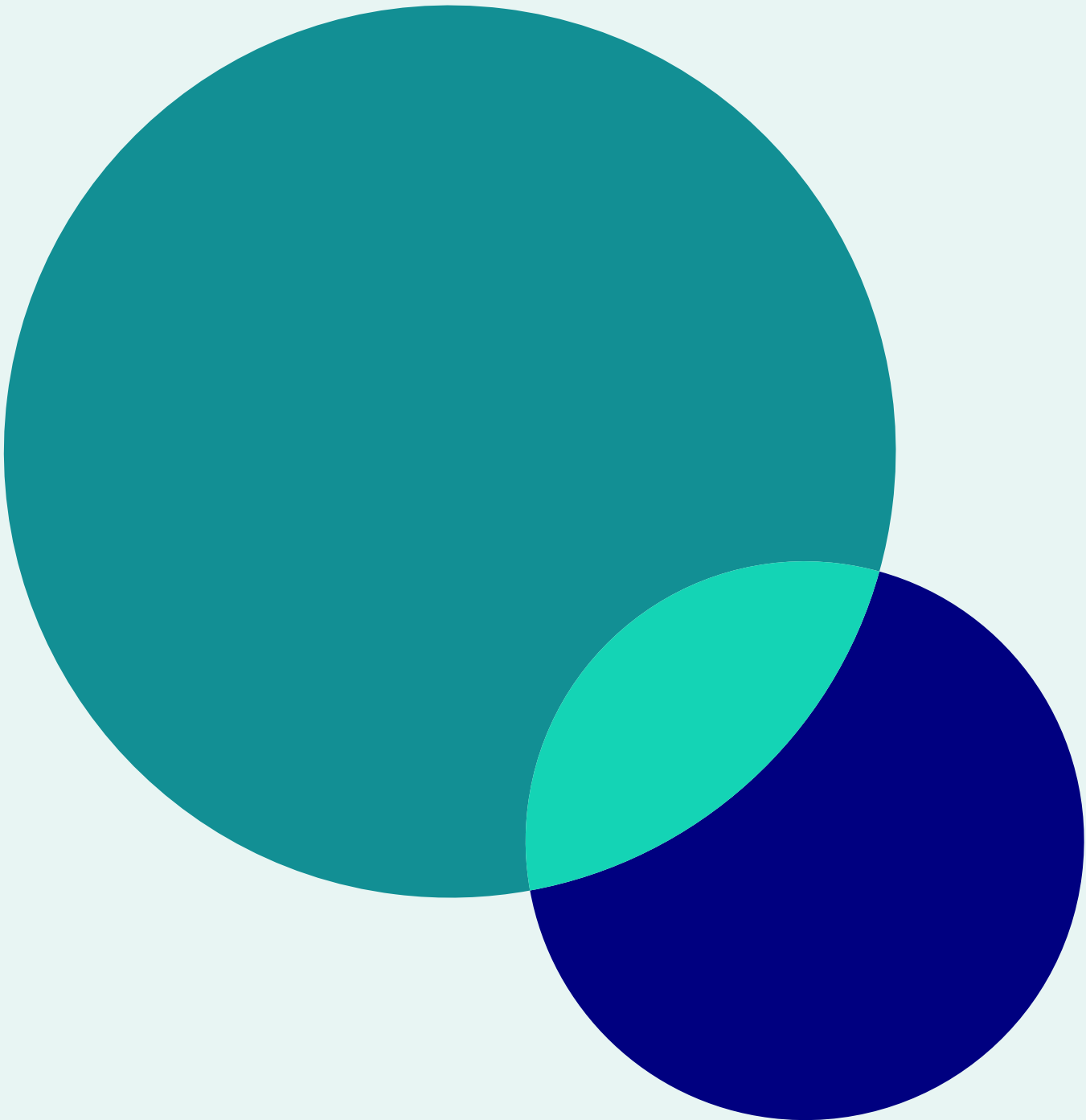
State of Health in the EU, Portugal - Perfil de saúde do país, OCDE, 2019

Retrato da Saúde, SNS, 2018

Physical Activity Factsheets for the 28 European Union Member States of the WHO European Region, World Health Organization, 2018

SM-COVID19 – Saúde mental em tempos de pandemia. Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, Instituto de Saúde Ambiental da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, Sociedade Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental, Outubro 2020

Ao Professor Doutor Constantino Sakellarides e ao Dr. Amílcar Aleixo, deixamos um agradecimento pela disponibilidade e contributo para o estudo.





Autoria

Return On Ideas

Joana Barbosa

Clara Cardoso

Coordenação

Joana Barbosa

Rui Dias Alves

Consultoria científica

Maria do Céu Machado

Estudos de Mercado

Ipsos Apeme

Design Gráfico

Carolina Cantante

Impressão

Guide Artes Gráficas

Médias - Companhia Portuguesa
de Seguros de Saúde, S.A.

Data de publicação

Abril, 2021

As opiniões expressas nesta edição são da exclusiva responsabilidade dos autores e não da Médias. Os autores desta publicação não adoptaram o novo Acordo Ortográfico. A autorização para reprodução total ou parcial dos conteúdos desta obra deve ser solicitada à Médias.

©Médias - Companhia Portuguesa de Seguros de Saúde, S.A. e os Autores

SAÚDE

