

# Desigualdades Sociais na Saúde e seus Determinantes:

Resultados em Destaque  
da 7ª Edição do  
Inquérito Social Europeu

Resultados em  
Destaque do  
European Social  
Survey (Inquérito  
Social Europeu)

Número

6

# Acesso aos dados e à documentação do Inquérito Social Europeu (ESS)

O *European Social Survey - European Research Infrastructure Consortium* (ESS ERIC) facilita livre acesso a todos os dados e documentos produzidos no âmbito da sua atividade. A sua consulta e transferência pode ser feita através de [www.europeansocialsurvey.org](http://www.europeansocialsurvey.org).

Entre as medidas destinadas a facilitar e incrementar a utilização das bases de dados do consórcio, que são regular e frequentemente atualizadas, importa salientar o recurso à EduNet e ao NESSTAR, ambos acessíveis através do *site* do ESS.

## EduNet

Trata-se de uma ferramenta de *e-learning* desenvolvida para apoiar a investigação académica. Fornece exemplos

práticos e exercícios concebidos para proporcionar ao utilizador bases orientadoras para o processo de investigação, desde o problema teórico até à interpretação de resultados estatísticos. Encontram-se atualmente disponíveis 10 temas diferentes, todos baseados nos dados do ESS.

## NESSTAR

É uma ferramenta de análise de dados *online* cuja documentação de apoio é disponibilizada a partir do NSD, instituição norueguesa de recolha e armazenamento de dados para as ciências sociais ([www.nesstar.com](http://www.nesstar.com)).

O Inquérito Social Europeu visa assegurar que os habitantes da Europa sejam ouvidos com maior clareza, veiculando as suas opiniões e lançando luz sobre as suas condições sociais. O presente boletim foca um dos aspectos mais importantes das nossas vidas – o estado de saúde – e põe em evidência as profundas desigualdades existentes no seio de cada país e entre os diversos países europeus estudados.

A inclusão deste tema num módulo rotativo do ESS permitiu levar a cabo um dos estudos mais abrangentes e aprofundados de sempre sobre desigualdades na saúde (subjativa), de âmbito transnacional e com uma contextualização sociológica alargada, cujos resultados são de inegável relevância para investigadores e decisores políticos. O módulo,

que incorporou, entre outras inovações, um instrumento inédito de medição do consumo de bebidas alcoólicas, apresenta dados transnacionais tão importantes como os que, por exemplo, permitem observar as diferenças entre países no que se refere aos problemas de saúde predominantes e ao acesso a cuidados de saúde.

Espero que muitos investigadores do campo da saúde se juntem à comunidade dos utilizadores de dados do ESS, onde serão sempre bem-vindos, e possam explorar todo o potencial deste novo módulo nos seus trabalhos de investigação.

## Rory Fitzgerald

Diretor do ESS ERIC  
City, University of London (Reino Unido)

## Autores do boletim:

- Terje Andreas Eikemo, professor de Sociologia na Norwegian University of Science and Technology (NTNU), Trondheim, Noruega.
- Tim Huijts, professor de Sociologia na University of York, Reino Unido.
- Clare Bamba, professor de Geografia da saúde pública na Durham University, Reino Unido.
- Courtney McNamara, investigador pós-doc na NTNU, Trondheim, Noruega.
- Per Stornes, doutorando na NTNU, Trondheim, Noruega.
- Mirza Balaj, doutoranda na NTNU, Trondheim, Noruega.
- Eikemo, Huijts, e Bamba, fizeram parte da equipa que desenvolveu o módulo 'Desigualdades sociais na saúde e seus determinantes' (Questionnaire Design Team-QDT). Participaram ainda nesta equipa:
- Olle Lundberg, Centre for Health Equity Studies, Stockholm, Suécia;
- Johan Mackenbach, Departamento de Saúde Pública, Erasmus University Medical Center, Rotterdam, Holanda.
- A construção do módulo contou ainda com a contribuição dos seguintes membros da Equipa Científica Central do ESS: Rory Fitzgerald, Yvette Prestage, Ana Villar, Sally Widdop, and Lizzy Winstone.

## Desigualdades Sociais na Saúde e seus Determinantes

### Resultados em Destaque da 7ª Edição do Inquérito Social Europeu (ESS)

Terje Andreas Eikemo, Tim Huijts, Clare Bamba, Courtney McNamara, Per Stornes e Mirza Balaj

#### Introdução

A persistência de desigualdades sociais na saúde é um facto sobejamente comprovado: as pessoas com nível de escolaridade, estatuto profissional ou rendimento mais elevados têm uma morbilidade mais baixa e uma maior esperança de vida. Embora isto se verifique em todas as sociedades ao nível global, o grau das desigualdades apresenta variações geográficas, e podemos observar diferenças significativas no interior do espaço europeu.

A investigação feita com base nos dados gerados pelo Inquérito Social Europeu (ESS) e já publicada deu contributos preciosos para o conhecimento do modo como as desigualdades sociais na saúde variam entre os países da Europa (Eikemo et al. 2008a; Eikemo et al. 2008b; Huijts 2011; Van de Velde, Bracke e Levecque 2010). Estes estudos basearam-se fundamentalmente nos resultados obtidos sobre três grandes áreas temáticas da saúde (perceção do estado de saúde próprio, doenças incapacitantes de longa duração e depressão) e num número limitado de determinantes do estado de saúde, relacionados, nomeadamente, com as condições socioeconómicas das pessoas. Em termos gerais, concluiu-se que os indivíduos pertencentes a grupos com nível socioeconómico mais baixo têm pior saúde e que, por outro lado, existem diferentes padrões de desigualdade na comparação transnacional.

Para compreendermos melhor como e por que motivos se verifica a persistência de desigualdades sociais na saúde é indispensável, no entanto, considerar indicadores de saúde mais diferenciadores e um espectro mais amplo de determinantes sociais. Os inquéritos sobre a saúde contemplam normalmente múltiplos indicadores de saúde e respetivos fatores determinantes, mas nunca geraram dados suficientes sobre o sistema

de estratificação social de cada país, incluindo dados mais aprofundados sobre condições de vida. No campo sociológico, em contrapartida, nota-se a falta ou insuficiência de dados relevantes sobre diversos fatores comportamentais/de estilo de vida e estados de saúde (como acontece com os problemas crónicos específicos). Tudo isto nos motivou a construir um módulo sobre desigualdades na saúde expressamente destinado a integrar o ESS, cujo núcleo permanente contempla já variáveis de estratificação fundamentais.

O módulo rotativo 'Desigualdades Sociais na Saúde e seus Determinantes' inserido na 7ª edição do ESS abrange um amplo leque de indicadores de morbilidade, como diversos problemas de saúde física subjetiva (doenças cardiovasculares e problemas respiratórios, por exemplo). Trata-se também do primeiro módulo de aplicação transnacional a incluir uma grande diversidade de determinantes sociais relacionados com a saúde, nomeadamente fatores comportamentais e psicossociais, acesso a cuidados de saúde e condições de trabalho.

Para selecionar os indicadores de saúde e os determinantes a incluir no módulo, recorremos ao modelo de determinantes da saúde de Dahlgren e Whitehead (1991) (v. figura 1) e a contributos mais recentes sobre determinantes sociais da saúde (e.g. Marmot 2008). Demos prioridade a fatores potencialmente importantes identificados em estudos nacionais, como as condições de habitação, o recurso a terapias alternativas e os cuidados não remunerados. Procurámos também usar conceitos mensuráveis através de uma lista de itens limitada, tendo em conta que o número máximo estava fixado em 30 itens. Finalmente, pré-testámos algumas perguntas para verificar a respetiva prevalência, distribuição social e associação com a saúde (Eikemo et al. 2016). Os determinantes com associações mais

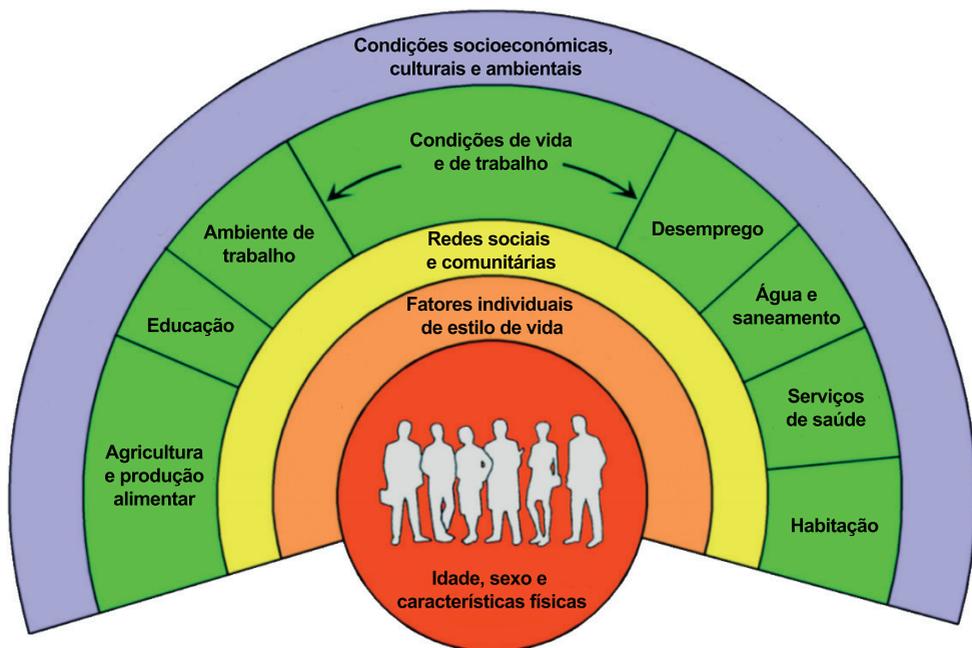
fortes e isentos de problemas de medição foram subsequentemente integrados. O quadro 1 oferece uma visão de conjunto de todos os itens incluídos no módulo.

Os dados da 7ª edição do ESS<sup>i</sup> que analisámos foram recolhidos através de entrevistas presenciais com a duração aproximada de 1 hora. Foram entrevistadas pessoas com idade igual ou superior a 15 anos, em 21 países da Europa<sup>ii</sup>, e o total das entrevistas validadas foi ligeiramente inferior a 40 200. A seleção dos inquiridos fez-se por amostragem aleatória e a taxa de resposta recomendada em cada país foi de 70%, de modo a assegurar a representatividade das amostras nacionais<sup>iii</sup>. Os elevados padrões de exigência dos procedimentos de tradução adoptados para os questionários nacionais<sup>iv</sup> e o recurso à amostragem sistemática internacional permitem, por seu lado, efetuar comparações transnacionais fiáveis.

Neste boletim, damos a conhecer os resultados mais relevantes de uma primeira análise efetuada com base nos dados assim obtidos<sup>v</sup>, que abrangeu o modo como os diversos indicadores de saúde e seus principais fatores determinantes variam à escala europeia. Estudámos também o modo como alguns determinantes sociais da saúde, atinentes, nomeadamente, aos comportamentos, à ocupação e às condições de vida, ajudam a explicar a relação entre desigualdades educacionais e baixa auto-percepção do estado de saúde.

Pretende-se, em suma, não só apontar algumas pistas sobre o tipo de análises mais aprofundadas que estes novos dados permitem levar a cabo, mas também encetar a abordagem dos fatores relevantes na explicação da articulação entre níveis educacionais e estados de saúde subjetivos na Europa.

Figura 1: Modelo dos fatores determinantes da saúde de Dahlgren e Whitehead (1991)



**Quadro 1. Conceitos e indicadores do módulo rotativo do ESS sobre desigualdades na saúde e seus determinantes**

<b>Conceitos</b>	<b>Itens (descrição das medidas utilizadas)</b>
<b>Consumo de fruta e vegetais</b>	Frequência do consumo de fruta (excluindo sumos).
	Frequência da ingestão de legumes ou salada (excluindo batatas).
<b>Atividade física</b>	Número de dias em que os inquiridos caminharam em ritmo acelerado, fizeram desporto ou outra atividade física durante 30 minutos ou mais nos últimos 7 dias.
<b>Tabagismo</b>	Os inquiridos classificam-se como fumadores diários, fumadores ocasionais, ex-fumadores ou não fumadores (cigarros e tabaco de enrolar, excluindo o uso de cachimbo, charutos ou cigarros electrónicos).
	Número de cigarros fumados num dia normal.
<b>Consumo de álcool</b>	Frequência do consumo de bebidas alcoólicas nos últimos 12 meses.
	Número de bebidas (de acordo com as imagens fornecidas) consumidas da última vez que bebeu entre segunda-feira e quinta-feira.
	Número de bebidas (de acordo com as imagens fornecidas) consumidas da última vez que bebeu entre sexta-feira e domingo.
	Frequência de consumo rápido e excessivo de bebidas alcoólicas nos últimos 12 meses.
<b>IMC</b>	Altura descalço; peso descalço.
<b>Recurso a cuidados de saúde</b>	Falou sobre a sua saúde com um médico de clínica geral nos últimos 12 meses.
	Falou sobre a sua saúde com um médico de especialidade nos últimos 12 meses.
	Não conseguiu ter a consulta médica ou o tratamento de que necessitava nos últimos 12 meses.
	Razões porque não conseguiu ter a consulta médica ou o tratamento de que necessitava nos últimos 12 meses.
	Tratamentos alternativos utilizados nos últimos 12 meses (a escolher de entre 12 tipos de tratamentos listados).
<b>Prestação não remunerada de cuidados</b>	Tomar conta ou ajudar familiares, amigos, vizinhos ou outras pessoas devido a doenças, deficiências ou problemas de saúde prolongados, físicos ou mentais, ou problemas relacionados com a idade avançada, sem contar com o que faz no trabalho remunerado.
	Horas por semana dedicadas à prestação de cuidados não pagos.
<b>Dimensões do bem-estar psíquico</b>	Sensação de depressão; de que tudo era um esforço; sono não reparador; felicidade; gosto pela vida; tristeza; não conseguir avançar; durante a última semana (8 indicadores).
<b>Problemas de saúde declarados</b>	Problemas de saúde (a partir de uma lista fornecida) sentidos nos últimos 12 meses; problemas de coração ou circulatórios; tensão alta; problemas respiratórios; alergias; dores de costas ou de pescoço; dores musculares ou articulares da mão ou do braço; dores musculares ou articulares do pé ou da perna; problemas de estômago ou de digestão; problemas relacionados com uma doença de pele, dores de cabeça fortes; diabetes.
	Problemas de saúde (de acordo com lista fornecida) limitadores das atividades diárias nos últimos 12 meses.
	Cancro (atualmente ou no passado).
<b>Condições durante a infância</b>	Conflitos graves entre as pessoas com quem o/a inquirido/a vivia enquanto estava a crescer.
	Dificuldades económicas graves enquanto estava a crescer.
<b>Qualidade da habitação</b>	Problemas de habitabilidade (de acordo com lista fornecida).
<b>Condições de trabalho</b>	Exposição no trabalho a: vibrações resultantes de aparelhos manuais ou máquinas; posições cansativas ou dolorosas; levantar ou transportar manualmente pessoas; carregar ou transportar manualmente cargas pesadas.
	Exposição no trabalho a: barulhos muito altos; temperaturas muito elevadas; temperaturas muito baixas; radiações, por exemplo, raios-X; manuseamento, inalação ou contacto com produtos, vapores ou substâncias químicas; inalação de outros tipos de fumos, gases, póis ou poeiras.

Nota: A redação exata das perguntas pode ser lida no questionário da 7ª edição do ESS, disponível para consulta e transferência no site do ESS.

## Como se distribuem os estados de saúde no espaço europeu?

Calculámos as taxas de prevalência estandardizadas em função da idade para cada resultado obtido no módulo<sup>vi</sup>. Ponderámos os grupos etários segundo a população-padrão europeia de 2013 (tal como consta dos dados publicados pelo Eurostat; cfr. Revision of the European Standard Population, 2013). Nos quadros/gráficos, agrupámos os países por grandes áreas geográficas<sup>vii</sup> de modo a evidenciar casos de agrupamentos com dimensão regional, observáveis em diversos resultados.

O quadro 2 mostra as diferenças entre países no que respeita às doenças crónicas declaradas pelos inquiridos. Em termos globais, verificamos que estas doenças afectam partes substanciais das amostras na maioria dos países. No entanto, observam-se diferenças transnacionais significativas na maior parte dos itens especificados. A proporção dos inquiridos que referem problemas cardiovasculares é geralmente mais baixa nos países do Norte da Europa (com exceção da Finlândia) e particularmente elevada na Lituânia e na Polónia. A hipertensão é sobretudo referida na Alemanha, na Hungria, na Lituânia e na Eslovénia. A menção de problemas respiratórios é particularmente baixa no Centro e no Leste da Europa, ao passo que as alergias parecem ser especialmente problemáticas no Norte. Quanto às dores nos braços, nas pernas e, sobretudo, nas costas, surgem com bastante peso nas amostras de todos os países e não encontramos padrões claros de variação regional. O mesmo se diga sobre os problemas de estômago, também amplamente referidos pelos inquiridos sem variações regionais nítidas.

Os problemas de pele têm uma incidência especialmente elevada na Finlândia e relativamente baixa nos países do Centro e do Leste. No que se refere às dores de cabeça intensas, há uma grande discrepância entre os géneros, com as mulheres a revelarem uma incidência bastante maior. Na comparação entre países, vemos que a Alemanha, a França e Portugal têm uma incidência três vezes superior à da Irlanda. A diabetes não evidencia nenhum padrão claro de variação transnacional, embora Israel apresente uma incidência ligeiramente superior às dos restantes países. Considerando todas as doenças

do espectro, a informação recolhida mostra-nos que em quase todos os países, e tanto no caso dos homens como no das mulheres, mais de metade dos inquiridos padeceram de uma ou mais doenças crónicas nos últimos 12 meses. A percentagem aproxima-se mesmo dos 90% entre as mulheres da Finlândia, França e Alemanha: nestes países, portanto, apenas uma pequena minoria das inquiridas não padecia, à data do inquérito, de qualquer doença crónica. Em relação ao cancro, não detetamos nenhum padrão nítido de variação transnacional, embora a Noruega e a Suécia se destaquem por apresentar baixas percentagens de casos oncológicos presentes a par das mais altas percentagens de casos vividos pelas mulheres no passado.

O quadro 3 mostra os resultados referentes às demais questões de saúde analisadas no inquérito. Os valores encontrados para os estados de saúde próprios que os inquiridos avaliaram como maus ou muito maus reproduzem os dados obtidos em anteriores rondas do ESS, com baixas percentagens na Irlanda e na Suíça, e com a Estónia, a Hungria e a Lituânia a apresentarem os resultados mais elevados. O mesmo podemos dizer da percentagem de inquiridos que declararam ter sofrido, em maior ou menor medida, limitações funcionais causadas por uma doença prolongada. Neste ponto particular, são a Lituânia e a Eslovénia os países em que encontramos maiores percentagens de problemas mencionados. Se atentarmos nas pessoas que declaram ter sintomas graves de depressão<sup>viii</sup>, detetamos uma nítida divergência entre sexos, na linha do que se verificou em estudos sobre saúde mental na Europa realizados com base em dados de anteriores edições do ESS. Deve notar-se, porém, quanto a este ponto, que na Noruega e na Finlândia não surgem diferenças significativas.

A baixa incidência de sintomas depressivos graves na Finlândia, na Noruega e na Suíça e o elevado risco de ocorrência desses mesmos sintomas na Europa Central e Oriental também concordam com estudos anteriores baseados no ESS. Finalmente, no que respeita à obesidade e ao excesso de peso, verificamos que os homens referem ter esse problema mais do que as mulheres, e que entre estas a maior incidência surge, nitidamente, no Centro e no Leste europeus.

**Quadro 2: Doenças crónicas declaradas em 21 países europeus, segundo o sexo. Percentagens**

		Coração	Tensão alta	Respiração	Alergias	Dores de pescoço	Dores nos braços	Dores nas pernas	Estômago	Pele	Dores de cabeça	Diabetes	1 destas	2 ou mais	Cancro presente	Cancro passado
<b>Norte</b>																
Dinamarca	H	8.4	20.3	9.5	16.2	45.7	21.8	23.9	14	10	7.6	6.7	30.6	52.5	2.8	7
	M	8.2	19.5	10.5	17.5	50.5	28.4	32.7	22.2	14.4	17.2	5.3	22.9	60.2	4.5	9.6
Finlândia	H	11.6	20.1	10.8	14.7	47.4	26	31.8	16.5	13.8	13.9	7.8	28.4	58.2	2.8	4.6
	M	9.9	21.8	13.5	19	57.8	27.7	34.3	27.2	20.3	23.4	5.4	21.2	70.4	2.1	5.7
Noruega	H	8.6	15.5	10.5	15.7	36.5	23.2	22.2	14.1	10.5	5.1	4	32.3	45.9	2.2	5.1
	M	7.3	15.1	14.6	23.3	50.4	32.1	33.3	20.7	10.2	15.4	3.7	24.3	60.8	0.7	10.2
Suécia	H	7.1	17.1	7.8	15.1	42.3	22.9	25	16.2	7.7	6.9	5	29.3	49.6	2.5	5.4
	M	8.5	18.9	10.9	20.5	51.3	30.1	27.9	27.1	10.5	16.5	4.8	25.2	59.5	2.4	10.2
<b>Ocidente</b>																
Áustria	H	11.1	16.9	5.3	6.9	30.5	13.6	17.8	8.2	6.3	8.5	3.9	22.5	34.9	3.3	8.1
	M	10.8	15.7	6.7	9.7	34.3	17.3	16.4	12.9	9.6	15	3	18.9	41	3.4	8.7
Bélgica	H	9.1	13.5	9.1	10.6	48	24.7	27.6	15.3	6.8	8.8	5.3	29.2	51.3	2.8	4.4
	M	8.9	18.7	10	17.1	53.7	31	28.4	24.9	8.3	22.6	4	24	61.6	3.3	6.4
França	H	9.3	11.7	11.8	11	43.1	27.5	28	17.2	8.7	14.7	6	29.2	50.8	3.5	4.7
	M	9.3	16	12	15	52	33	28.5	19	8.2	30.2	5.8	21.1	64	4	6.4
Alemanha	H	11.5	22	10.9	14.1	49	22	24.8	18.1	12.3	15.6	6.6	26.4	56.7	2.6	6.1
	M	15.6	23.7	12.2	16.7	59.5	27.2	29.4	25.4	13.7	27.1	6.5	19.7	69	2.9	7.5
Irlanda	H	5.8	12.8	6.9	4.4	21.5	9.9	14.2	7.8	5.2	3.8	3.1	21.7	26.5	5.2	3.5
	M	5.2	11.3	7.4	6.2	22.1	13.2	13.8	9.8	6.4	7.3	2.7	24.9	26.6	3.9	5.1
Holanda	H	12.8	17.5	8.7	11.1	33.7	18	22.1	11.2	9.2	8.2	7.4	30.9	44.5	4	5.8
	M	8.5	18.5	11.3	14.1	44.9	21.2	24.5	16	10	17.7	4.8	31.7	49.4	3	8.1
Suíça	H	8.7	14.5	5.7	9.5	37	18.2	24.9	12.9	8.4	11.8	3.8	31.3	44.3	7.5	7.2
	M	7	13.5	7.3	14.9	44.6	22.2	23.5	17.8	10.1	20	3	29.9	49.9	10.1	9
Reino Unido	H	7.6	18.5	13.1	8.8	35.3	22.8	26.3	16.4	10	8.2	6.5	30.3	44.8	3.3	5.2
	M	6.9	18.1	13.7	15	36.2	20.3	27.6	18.2	14.2	15.8	4.6	27.4	51.5	3.2	7.4
<b>Centro/Leste</b>																
Rep. Checa	H	6.6	17.2	4.8	6.1	20	10.4	13.8	7.8	3.8	5.9	6.3	25.9	26.2	-	-
	M	7.7	16.1	7	10.1	26.6	13.6	16.1	9.2	4.3	12.5	5.4	23.9	33	-	-
Estónia	H	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	6.5	5.8
	M	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	5.6	6.3
Hungria	H	11.3	21.2	6.1	5.3	16.9	11.6	14.8	6.5	1.7	6.7	4.4	17.8	27.4	15.3	5.2
	M	12.9	22.8	5.4	8.4	17.7	15.9	18.7	8	4.8	14.1	6.5	14.7	33.6	15.4	6.8
Lituânia	H	16.5	18.8	3.7	2	24.9	9.1	12	11.1	0.6	4.8	2.5	23	29.8	5.9	6.8
	M	21.4	25.8	5.1	5	27.2	11.7	16.3	15.6	3.6	14.8	3.5	21.3	41.1	11.1	9.2
Polónia	H	16.3	17.7	5	8.4	29.5	22.3	22	10.4	4	9	4.9	26.3	39.7	5.2	3.4
	M	20	20.3	7	11.8	38.7	29.6	25.6	17.1	5.1	18.1	6.4	22.8	51.8	6.1	5
Eslovénia	H	9.4	20.8	7.4	8.6	36.4	19.5	19.4	12.1	3.7	7.7	5	35.9	38.6	3	4.5
	M	13.7	24.5	9.6	11.7	46.8	24.3	26.2	20.2	4.1	17.8	7.4	27.6	54.1	2.8	5.6
<b>Sul</b>																
Israel	H	10.7	15.3	7.1	5.7	20.6	12.9	14	7	4.9	8.9	10.6	18.6	30.1	8.4	5.7
	M	8.6	15.6	7	6.3	24	13.1	19	11.1	5.1	10.3	9.2	19.5	33	9.4	4.5
Portugal	H	8.3	20.8	6.9	13.7	45.1	24.9	27.8	16.2	6.9	16.3	8.5	25.7	51.6	1.6	3.9
	M	15	22.1	12.6	20.6	49.4	41.9	39.3	18	5.3	29.6	9.1	17.5	65.8	2.8	5.9
Espanha	H	9.1	15	7.9	11	33.9	20.3	23.6	12.8	5.5	9	5.5	31.4	39.8	1.9	4.8
	M	9.8	17	8.3	12.2	46.5	33.9	31.6	17.1	9.5	22.2	5.2	24.8	53.4	2	4.2

Fonte: Inquérito Social Europeu (ESS), 7ª edição, 2014.

Código de cores baseado nos valores mais altos, médios e mais baixos da distribuição de cada indicador no conjunto dos países

**Quadro 3: Estado geral de saúde, doenças incapacitantes de longa duração, sintomas de doença mental e excesso de peso/obesidade em 21 países europeus, segundo o sexo. Percentagens**

		Saúde má/muito má	Incapacidade por doença	Sintomas depressivos	Excesso de peso / obesidade
<b>Norte</b>					
Dinamarca	H	6.1	26.4	8.1	52
	M	6	33.5	12.6	38.9
Finlândia	H	4.6	29.9	6.7	59.1
	M	5.3	34.8	8.2	47.9
Noruega	H	4.6	26.4	6.2	57.4
	M	9.6	32.6	8.9	42.4
Suécia	H	2.8	26.8	6	56.8
	M	6	35.3	14.6	43.5
<b>Ocidente</b>					
Áustria	H	4.1	21.5	8.5	57.5
	M	4.7	21.9	13.6	38.9
Bélgica	H	5	25.3	8.6	51.1
	M	5.8	29.5	14.3	39.5
França	H	6.4	21.9	8.2	52.8
	M	9.3	27.1	16.5	40.9
Alemanha	H	7.6	29.5	9	60.2
	M	12.4	33.3	20.2	44.4
Irlanda	H	2	17.3	6.2	56.3
	M	2.7	18.4	9.1	41
Holanda	H	4.1	27.3	8.3	51.4
	M	6.1	33.7	10.8	44.5
Suíça	H	2.3	20.4	4.7	52.5
	M	3.9	22.3	9.3	29.9
Reino Unido	H	6.7	24	10.6	58.5
	M	7.5	27	14.7	47.7
<b>Centro/Leste</b>					
Rep. Checa	H	4.9	27.5	19.1	67.4
	M	8.3	29.8	28.6	49.4
Estónia	H	11.2	28.7	14.8	56.4
	M	12.4	26.6	20.8	48.1
Hungria	H	13.5	29.5	21.5	63.8
	M	13.8	31.8	27.5	52.8
Lituânia	H	12.1	33.3	16.1	60.7
	M	12.8	35.2	22.7	50.8
Polónia	H	8.3	27.8	11.3	60.8
	M	12.5	32.3	25.3	44.1
Eslovénia	H	9.8	31.2	8.7	61.2
	M	12.2	38.5	15.6	50.6
<b>Sul</b>					
Israel	H	9.2	25	12	55.9
	M	11.3	25.5	19.1	47.8
Portugal	H	8.3	17.4	15.8	56
	M	12.1	21.9	30.9	49.8
Espanha	H	8.8	14.8	12.8	60.4
	M	14.9	19.3	24.7	43.3

Fonte: Inquérito Social Europeu (ESS), 7ª edição, 2014.

Código de cores baseado nos valores mais altos, médios e mais baixos da distribuição de cada indicador no conjunto dos países

## Como se distribuem os fatores sociais e comportamentais determinantes do estado de saúde no espaço europeu?

Procedemos também aqui, para cada um dos fatores sociais e comportamentais constantes do módulo, ao cálculo das taxas de incidência estandardizadas em função da idade. Encontrámos uma elevada proporção de indivíduos expostos a fatores sociais e comportamentais determinantes de problemas de saúde. Verificámos ainda que a amplitude desta exposição varia entre os diversos países.

O quadro 4 apresenta dados sobre o acesso e o recurso a cuidados de saúde em cada país. Podemos observar a existência de grandes variações transnacionais no que respeita a necessidades de obtenção de cuidados não satisfeitas, com percentagens particularmente elevadas na Finlândia, França, Alemanha, Estónia, Polónia, Israel e Portugal. Quanto às causas declaradas para essa falta de satisfação, as listas de espera são sobretudo referidas na Estónia, na Polónia e em Israel, ao passo que a indisponibilidade de marcações é apontada principalmente na Finlândia, na Polónia e em Israel. No que toca à utilização de cuidados, vemos que, na maior parte dos países, cerca de três quartos dos inquirido recorreram a um médico de clínica geral no último ano, sendo certo que esta proporção é inferior em certos casos, como o da Suécia. A percentagem de inquiridos que recorreram a um médico especialista ou a terapias alternativas já é mais baixa, com as mulheres a apresentarem, em geral, valores superiores aos dos homens. É possível que certos países tenham valores mais elevados devido, pelo menos em parte, ao facto de os seus utentes poderem marcar pessoalmente consultas de especialidade. É interessante notar que em vários países a percentagem dos que recorreram a terapias alternativas é equivalente, ou até superior, à dos que consultaram um médico especialista. Não detetamos padrões de variação regional claros nestes resultados. Devemos também ter em conta que os indicadores utilizados não foram ajustados em função dos problemas de saúde específicos de cada país e às necessidades de cuidados deles derivadas.

No quadro 5 podemos observar as variações transnacionais em matéria de comportamentos de risco. Nos dados sobre tabagismo, vemos que a percentagem de fumadores atuais é nitidamente mais baixa nos países do Norte da Europa, no Reino Unido e na Irlanda, e claramente mais elevada entre os homens do Centro e do Leste europeus, regiões onde (à semelhança do Sul) se regista uma grande diferença de comportamentos tabágicos entre géneros. No Norte encontramos, no entanto, uma percentagem particularmente alta de ex-fumadores. No conjunto dos fumadores atuais, a percentagem dos que fumam habitualmente 20 ou mais cigarros por dia é especialmente elevada na Áustria, na Polónia e em Israel.

Os dados sobre consumo frequente de álcool mostram grandes variações transnacionais, com percentagens especialmente baixas em Israel e na Europa Central e do Leste (sobretudo entre as mulheres). No que se refere às quantidades de álcool consumido no conjunto dos países participantes na 7ª edição do ESS, verifica-se que os homens ingerem quase o dobro das unidades ingeridas pelas mulheres, e que o consumo em dias de fim-de-semana quase duplica em relação ao declarado para os restantes dias da semana.

O número de unidades consumidas é particularmente elevado na Irlanda. A prática frequente de *binge drinking* (consumo rápido ocasional de grandes quantidades de álcool para atingir a embriaguez) é muito significativa no Reino Unido e em Portugal, e não tem grande expressão nos países do Norte nem entre as mulheres do Centro e Leste da Europa.

No campo da atividade física, não se detetam padrões de variação regional nem diferenças entre géneros. Finalmente, a ingestão de fruta e outros vegetais é bastante maior entre as mulheres do que entre os homens, sobretudo nos países setentrionais.

O quadro 6 apresenta os dados recolhidos sobre os restantes fatores determinantes de saúde incluídos no módulo rotativo do ESS7.

**Quadro 4: Acesso e recurso a cuidados de saúde em 21 países europeus, segundo o sexo. Percentagens**

		Necessidades não satisfeitas	Necessidades não satisfeitas: lista de espera	Necessidades não satisfeitas: consulta indisponível	Consulta com clínico geral	Consulta com médico especialista	Recurso a tratamento alternativo
<b>Norte</b>							
Dinamarca	H	5.8	2	2.2	75.9	35.6	35.3
	M	8	2.9	1.8	83.2	41.4	44.8
Finlândia	H	16.9	6.5	5.9	68.1	35	39.3
	M	22	7.5	9.7	71.5	44.6	51.8
Noruega	H	11.3	4.6	4.1	75	24.8	33.7
	M	16.1	5.9	4.8	85	30	42.9
Suécia	H	8.2	1.6	2	51.6	27.6	36.2
	M	12.9	2.8	3	63.1	37.4	45.9
<b>Ocidente</b>							
Áustria	H	4.1	1.8	2.3	72.4	41.5	35.4
	M	6	1.8	3.1	82	55.1	44.7
Bélgica	H	9	2.3	2	77.4	38.3	30
	M	11.5	4	1.5	85.7	51	37.2
França	H	15	4.1	3.7	80.2	40.1	35.9
	M	21.7	5.2	5.8	85.9	51.1	46.9
Alemanha	H	13.4	4.3	4.6	80.1	55.3	38.9
	M	19	5.9	7.4	83.3	69.3	54.7
Irlanda	H	5.6	1.9	1.5	61.7	18.4	21.9
	M	7.8	3.4	2.2	74.2	20	29.7
Holanda	H	3.8	1.1	0.5	65.2	39.3	34.1
	M	4	0.7	0.6	76.1	46.7	39
Suíça	H	4.8	0.4	0.9	66.4	36.2	39.7
	M	8.1	1.3	1.8	74.9	45.7	56.7
Reino Unido	H	10.9	2.2	4.9	72.8	29.9	24.3
	M	14.9	3.2	10.3	78.9	33.9	32.1
<b>Centro/Leste</b>							
Rep. Checa	H	6.2	1.3	1.5	70	31.8	24.9
	M	6.3	2.2	1.1	76.5	39	33.4
Estónia	H	15.4	9.7	4.6	65.6	39.7	29.8
	M	19.9	10.7	8.3	77.6	57	46.3
Hungria	H	4.6	1.6	1.6	59	26.7	10.3
	M	6.7	3.2	2.2	69.6	33.3	14.6
Lituânia	H	11.3	5.2	5.1	52.4	21.1	29
	M	15.1	6	7.6	71.7	29.4	45
Polónia	H	18.6	10.1	7.2	63.6	40.7	16.3
	M	25.8	10.3	12	77.2	48.4	19.7
Eslovénia	H	7.9	4.5	0.2	75	37.3	27.9
	M	8.4	4	0.8	79.9	42	32.6
<b>Sul</b>							
Israel	H	15.9	10.8	7.5	76.3	55.1	22.3
	M	22.2	13.1	11.1	85.2	64.3	27.8
Portugal	H	18.7	6.9	4.7	77.9	35.1	22.9
	M	18.6	3.2	7.1	83.4	38.2	19.8
Espanha	H	11.7	4.1	3	74.5	42.2	22.3
	M	13.1	5.1	3.8	83.9	52.7	29.9

Fonte: Inquérito Social Europeu (ESS), 7ª edição, 2014.

Código de cores baseado nos valores mais altos, médios e mais baixos da distribuição de cada indicador no conjunto dos países

Quadro 5: Comportamentos de risco em 21 países europeus, segundo o sexo

		Tabagismo (presente %)	Tabagismo (passado %)	20 ou mais cigarros por dia	Álcool > uma vez por semana (%)	Unidades em dia de semana (média)	Unidades em dia de fim de semana (média)	Consumo rápido e excessivo, pelo menos semanalmente (%)	Atividade física nos últimos 3-4 dias (%)	Fruta e vegetais pelo menos uma vez/dia (%)
<b>Norte</b>										
Dinamarca	H	27.1	61.4	37	38.6	4.5	9.3	3.3	20.9	53.5
	M	22.4	64.7	19.1	22.4	3.1	6.2	1.4	25.7	74.2
Finlândia	H	28.6	61.8	29.3	16.9	3.9	9.3	1.4	28.9	56.9
	M	22.9	62.3	20.4	6.1	2.4	5.8	0.4	25.9	72.5
Noruega	H	22.1	66.4	20.6	20	4.7	9.7	1.1	25.8	58.9
	M	19	71.6	18.8	8.9	2.9	5.9	0.4	25.9	73.5
Suécia	H	15.1	77.8	18.5	22	4	8.4	2.2	24.4	49.8
	M	14.8	76.2	10.7	10.6	2.7	5.4	0.8	25.9	70.4
<b>Occidente</b>										
Áustria	H	33.1	46	56.8	37.8	4.2	6.7	9.2	23.8	44.1
	M	28.3	44.7	41.7	13.4	2.6	4.3	2.4	24.6	56.9
Bélgica	H	28.2	55.6	33.6	38.9	3.7	6.5	3.1	19.4	58.3
	M	23.9	52.1	33	23.6	2	3.8	2.1	18.2	68.9
França	H	31	54.6	32.8	41.7	2.6	5.1	2.9	18.7	59.2
	M	26.5	53.4	18.7	17.4	1.6	2.9	0.9	14.7	71.7
Alemanha	H	34.2	52.9	38.4	36.9	3.2	6.1	4.4	23.5	49.9
	M	29.2	52.5	19.4	15.1	1.9	3.6	1.7	23.1	65.9
Irlanda	H	24.6	51.5	40	22.8	6.3	12.5	5.1	25.9	67
	M	21.5	52.8	27.3	10.7	4	8	2.4	25.4	76.9
Holanda	H	31.4	52.9	22.1	44.8	3.1	6.1	4.9	24	55.7
	M	22.3	61.5	23.7	29.2	1.8	3.4	5.1	24.4	68.6
Suíça	H	28.5	52.5	37.6	39.8	3.3	5.3	5.5	22.1	62.6
	M	24.9	53.8	16.7	20.8	1.9	3.2	1.8	23.3	81.2
Reino Unido	H	22.9	60.4	24.7	38.3	5.7	9.5	11.2	18.9	65.3
	M	20.4	59.7	18.1	25.3	3.6	6.4	4	22.1	74.1
<b>Centro/Leste</b>										
Rep. Checa	H	34.8	41	25.4	24.8	6.4	10	4.6	21.2	33.3
	M	20.2	47.5	13.8	6.7	4.3	6.3	0.6	21.8	50.8
Estónia	H	37.4	50.2	38.3	17.4	3.9	8.7	3.4	21.2	52.1
	M	21	57.6	14	3.7	2.1	4.1	1.1	17.9	65.6
Hungria	H	41.3	34.2	47.9	22.1	6	11.6	7.2	14.7	28.3
	M	26.2	41.7	20.7	2.4	3	6.9	1.6	10.5	31.6
Lituânia	H	45.8	42.3	32.7	19.7	7	13.4	7.5	20.8	45.9
	M	16.7	57.9	11.2	3.3	3.5	5.9	1.1	20.5	58.7
Polónia	H	34.2	52.9	48.5	17.4	4.9	8.5	3.1	15	55.8
	M	21.7	52.3	29.2	3.5	2	4.3	2.5	15.6	69.6
Eslovénia	H	29.7	51.5	50.6	27.1	3.4	4.7	3	16.5	66
	M	26.8	46.1	20.9	9.5	2	2.5	1.6	19.9	78.2
<b>Sul</b>										
Israel	H	31.5	36	51.9	10.2	4.3	5.3	4.5	20.3	66.8
	M	17.7	38.2	32.1	3.1	3.2	3.8	1.3	17.8	72
Portugal	H	33	53.6	41.4	47.5	3.8	5	17.5	13.1	76.2
	M	14.7	51.1	14.5	15.3	1.9	2.9	5.2	11.5	82.7
Espanha	H	31.3	51.7	30	40.1	2.2	4.9	6.5	17.8	56.2
	M	26.3	48.6	22.5	16.7	1.2	2.9	3.2	14.7	69.1

Fonte: Inquérito Social Europeu (ESS), 7ª edição, 2014.

Código de cores baseado nos valores mais altos, médios e mais baixos da distribuição de cada indicador no conjunto dos países

**Quadro 6: Determinantes sociais de saúde em 21 países europeus: condições de trabalho, condições na infância e adolescência, condições de habitação, prestação não remunerada de cuidados de saúde, segundo o sexo. Percentagens**

		Riscos ergonómicos	Riscos materiais	Conflitos domésticos na infância/adolescência (Sempre/frequentemente)	Dificuldades financeiras na infância/adolescência (Sempre/frequentemente)	Problemas na habitação	Prestação de cuidados não pagos	>10 horas de prestação de cuidados não pagos/semana
<b>Norte</b>								
Dinamarca	H	68.4	63.3	12.2	11.8	12.4	40	16.2
	M	60.6	48	19.1	13.7	19.5	46.1	16.6
Finlândia	H	80.8	77.3	7.3	14.5	10.4	39.7	10.5
	M	75	56.7	15.3	20	12.8	45.5	12.6
Noruega	H	64.3	62.8	5.6	6.2	10.2	34.9	8.2
	M	54.4	40.9	11.2	10	11.6	45.1	11.8
Suécia	H	72.4	69.8	9.6	11.7	9.3	39.5	7.1
	M	66.6	48.9	16	14.7	10.1	39.4	16.5
<b>Occidente</b>								
Áustria	H	62.9	55.2	7.1	13.6	8.9	18.1	22
	M	41.8	27.4	13.2	15.7	9.4	25.4	31
Bélgica	H	65.1	63.6	11.6	13.7	17	36.3	15.7
	M	49.8	33.4	15.4	13.8	17.5	39.4	21.1
França	H	72.7	68.4	12.7	15.7	19	37.4	14.6
	M	58.6	40.4	19.4	23.4	24	39.8	20.4
Alemanha	H	70.5	66.6	12.3	12.8	13	32.1	15.2
	M	56.5	39.2	19	16.6	16.8	37.1	19.9
Irlanda	H	51	44.5	6.2	18.4	8.4	21.7	29
	M	28.2	25.6	7.6	15.8	9.4	30.1	41.3
Holanda	H	58.4	55.6	10.3	14.4	13.3	31.9	20.8
	M	46.8	29.2	15.1	13.2	14.8	38.1	18.2
Suíça	H	54.7	51.8	10.2	11.9	8.3	32.8	13
	M	41.1	29.7	15.3	13.4	11.7	41.8	16.9
Reino Unido	H	60.9	60.5	11.8	16.2	18.2	29.4	33
	M	38.9	29.6	14.5	20.7	18.3	31	30.1
<b>Centro/Leste</b>								
Rep. Checa	H	46.7	44.8	7	15.1	9	31.6	16.5
	M	33.1	25.3	6.5	17.8	9.7	37.1	37.7
Estónia	H	71.7	64	8.7	25	16.2	26.5	25.1
	M	53.8	45.6	15	24.9	20.7	35.8	39.1
Hungria	H	60.3	44.9	12.3	24.6	15.2	5.4	28.6
	M	40	30.7	11.9	24.4	15	9.9	38.4
Lituânia	H	67	48.3	11.9	22.9	18	16.7	27.8
	M	45.9	36.9	9.7	26.4	19.9	25.1	46.5
Polónia	H	69.7	72.3	6.3	17.2	12.1	32.8	18.2
	M	55.4	44.7	7	19.1	11.1	38.5	37.6
Eslovénia	H	67.4	68.7	5.7	15.5	16	30	18
	M	56.2	46	12.9	25.6	19.3	34.6	18.7
<b>Sul</b>								
Israel	H	45.2	44.7	10.3	18.4	16.2	35.5	19.2
	M	31.3	23	11.1	24.6	17.6	38.7	31.4
Portugal	H	71.7	70.2	7.2	25.7	13.3	35	33.1
	M	66.1	45.2	11.9	24.2	16.2	33.1	43.3
Espanha	H	72	66.2	4.4	15.4	16.9	23.3	29.4
	M	58.6	43.1	6.1	14.7	21.5	32.5	42.2

Fonte: Inquérito Social Europeu (ESS), 7ª edição, 2014.

Código de cores baseado nos valores mais altos, médios e mais baixos da distribuição de cada indicador no conjunto dos países

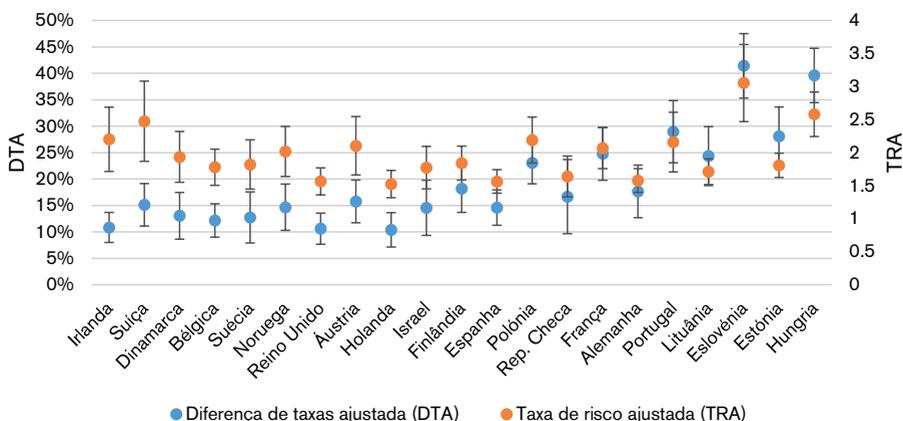
Estes resultados mostram que a exposição a riscos ergonómicos ou materiais em contexto laboral é inferior na República Checa e em Israel, e que os homens estão bastante mais expostos do que as mulheres em todos os países.

Em relação às condições de vida dos inquiridos durante a infância e adolescência, vemos que os conflitos pessoais graves no seio do agregado familiar são, em geral, menos referidos em Espanha e no Centro e Leste da Europa, ao passo que as dificuldades económicas graves são particularmente relevantes nos países do Sul e do Centro e Leste. Os problemas de/com a habitação não apresentam padrões nítidos de variação regional, sendo certo que afectam uma grande parte dos inquiridos. Finalmente, a percentagem dos que declararam prestar cuidados de saúde ou assistenciais sem remuneração é, em termos gerais, superior nos países do Norte, embora seja nos do Sul que encontramos o maior número de pessoas que dedicam 10 ou mais horas semanais a essa prestação.

### Quais são os principais mecanismos explicativos da relação entre desigualdades na escolaridade e na saúde subjetiva no espaço europeu?

O módulo do ESS 'Desigualdades Sociais na Saúde e seus Determinantes' oferece uma rara oportunidade para efetuar um estudo comparativo sobre o contributo de múltiplos fatores explicativos da relação entre desigualdades socioeconómicas e desigualdades na saúde. É bastante claro que os estados de saúde variam consoante os grupos socioeconómicos considerados, mas importa explicar estas diferenças entre grupos. A maioria dos estudos efetuados sobre a matéria em países europeus centra-se sobretudo em fatores de risco comportamentais e conclui que as diferenças socioeconómicas no tabagismo e no sedentarismo são os principais indutores das desigualdades na saúde e das diferenças de magnitude observadas na distribuição espacial dessas mesmas desigualdades.

**Figura 2. Desigualdades absolutas e relativas segundo a educação em 21 países europeus**



Fonte: Inquérito Social Europeu (ESS), 7ª edição, 2014. Nota: Os valores estimados de DTA e TRA baseiam-se num modelo (de referência) ajustado à idade, ao sexo e à incapacidade/doença permanente. Todos os valores são estatisticamente significativos a  $p < 0,01$

Fonte: Inquérito Social Europeu (ESS), 7ª edição, 2014.

Há, sem dúvida, bons motivos para o predomínio desta abordagem: os fatores de risco proximais analisados podem ser medidos com relativa facilidade, a sua relação de causalidade com a mortalidade está razoavelmente bem documentada e são fatores sensíveis à intervenção. Trata-se, no entanto, de uma perspectiva que negligencia, não só os mecanismos individuais, coletivos e estruturais subjacentes que levam à adoção dos comportamentos em causa, mas também certos fatores não-comportamentais (como as condições de habitação, o acesso aos serviços ou as condições de trabalho) com impacto na prevalência de estados de saúde problemáticos. O amplo leque de determinantes sociais e comportamentais da saúde incluído neste módulo permite-nos comparar a importância de fatores de risco comportamentais e não-comportamentais para explicar desigualdades sociais nos estados de saúde subjetivos.

Na última parte do presente boletim, focamos os principais conjuntos de mecanismos explicativos da articulação entre desigualdades de escolaridade e estados de saúde na Europa, exemplificando assim as virtualidades de uma abordagem deste tipo.

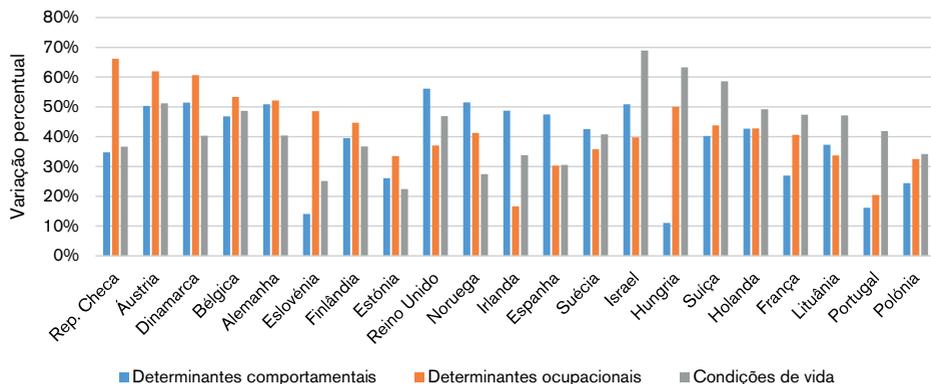
Começámos por investigar a relação entre desigualdades de escolaridade e estados de saúde subjetiva débeis. Encontrámos diferenças significativas, em todos os países estudados, entre níveis de escolaridade altos e baixos.

A figura 2 ilustra estas diferenças ao incluir desigualdades educativas absolutas e relativas medidas pela diferença de risco (DR) e pelo coeficiente de risco (CR). Os países surgem por ordem crescente da probabilidade esperada de o grupo com nível de escolaridade inferior declarar um estado de saúde débil ou muito débil.

As medidas das desigualdades foram calculadas através de um modelo de regressão logística binária que empregou métodos de estandardização marginal para efetuar o cálculo de probabilidades<sup>x</sup>. Na linha de estudos anteriormente realizados com base nos dados do ESS (e.g., Eikemo *et al.* 2008a), encontramos variações transnacionais consideráveis no tocante à amplitude das desigualdades absolutas e relativas na saúde subjetiva segundo o nível de instrução. Quanto à distribuição geográfica, apesar de as desigualdades absolutas na saúde declarada entre grupos com diferentes níveis de escolaridade serem maiores na Europa Central e Oriental (sobretudo na Hungria e na Eslovénia), não detetámos padrões de âmbito regional nas desigualdades relativas.

Analisámos seguidamente a contribuição de diversos fatores sociais para a explicação destas desigualdades. Retivemos no modelo final, para cada país, apenas os determinantes sociais com impacto atenuador das desigualdades relativas superior a 5%. Distribuimos os determinantes sociais de saúde incluídos no módulo por três categorias: fatores comportamentais, fatores ocupacionais e condições de vida (v. caixa 1). Verificámos que a análise em separado destes três grupos resultou numa redução significativa das desigualdades observadas entre os estados de saúde declarados em grupos com diferentes níveis de instrução (v. figura 3). Isto sugere que estes tipos de determinantes da saúde continuam a contribuir fortemente para explicar desigualdades na saúde subjetiva entre grupos com diferentes níveis de escolaridade.

**Figura 3. Variação percentual (explicação) das desigualdades educacionais na saúde resultantes de fatores comportamentais, ocupacionais e condições de vida.**



Nota: Os valores estimados usados para calcular a variação percentual são estatisticamente significativos a  $p < 0,10$ .

Fonte: Inquérito Social Europeu (ESS), 7ª edição, 2014.

**Caixa 1: Conjuntos de determinantes sociais: comportamentais, ocupacionais e condições de vida**

<u>Comportamentais</u>	<u>Ocupacionais</u>	<u>Condições de vida</u>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• IMC</li> <li>• Atividade física</li> <li>• Consumo de fruta e vegetais</li> <li>• Tabagismo</li> <li>• Consumo de álcool</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Riscos materiais</li> <li>• Riscos ergonómicos</li> <li>• Controlo sobre trabalho</li> <li>• Estatuto profissional</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dificuldades financeiras na infância/adolescência</li> <li>• Conflitos domésticos na infância/adolescência</li> <li>• Qualidade da habitação</li> <li>• Dificuldades financeiras</li> <li>• Redes sociais</li> </ul>

Mais concretamente, vimos que os fatores ocupacionais explicavam a maior parte das referidas desigualdades em 8 dos 21 países estudados. Nos casos da República Checa, Áustria, Dinamarca, Bélgica e Alemanha, estes determinantes destacaram-se por serem, não só os mais importantes, mas também por explicarem mais de metade das desigualdades na saúde segundo o nível de escolaridade. Entre os determinantes ocupacionais, os riscos ergonómicos e o controlo sobre o trabalho são os de maior peso explicativo, contribuindo cada um deles para a explicação de cerca de 30% das referidas desigualdades.

Também as condições de vida figuram como principal fator de atenuação das desigualdades na saúde subjetiva entre grupos com diferentes níveis de escolaridade em 8 dos 21 países analisados. Nesses países, as dificuldades económicas destacam-se como principal fator, explicando cerca de 50% das desigualdades na saúde declarada segundo o nível de instrução na Suíça, na Hungria e em Israel.

Os fatores comportamentais, por seu lado, surgem como o principal determinante na Irlanda, no Reino Unido, na Noruega, na Suécia e em Espanha, explicando entre 43% e 56% das desigualdades educativas na saúde subjetiva. Nestes países, foram identificados diversos fatores de ordem comportamental associados à atenuação das referidas desigualdades.

Observámos que na maioria dos países as desigualdades relativas se reduzem substancialmente ou se tornavam insignificantes quando era feita uma conjugação de dois tipos de determinantes. A verificação de que os fatores comportamentais eram, na maioria dos países, menos importantes para explicar desigualdades na saúde subjetiva segundo o nível de instrução quando comparados com os factores de ordem ocupacional ou as condições de vida mostra bem como a prevalência de comportamentos de risco para a saúde, por si só, é insuficiente para explicar o facto de os grupos com nível de instrução mais elevado declararem ter melhor saúde do que os de nível mais baixo. Globalmente, estes resultados sugerem que a adoção de medidas isoladas, como aumentar o preço do tabaco ou promover a atividade física, pode não bastar para reduzir significativamente a prevalência de doenças crónicas – e dos seus padrões sociais.

Isto é assim porque a saúde e as desigualdades em saúde estão profundamente ancoradas nos sistemas de estratificação social das sociedades modernas. A adoção de políticas de redistribuição do rendimento ou de melhoria das condições físicas de trabalho nas profissões manuais podem revelar-se igualmente eficazes para a obtenção de vidas mais saudáveis.

## Conclusões

O módulo do ESS 'Desigualdades Sociais na Saúde e seus Determinantes' proporciona, pela comparabilidade transnacional dos dados recolhidos e publicados, uma oportunidade inestimável para o aprofundamento da compreensão das desigualdades sociais nos estados de saúde. Este relatório apresenta apenas um vislumbre inicial de algumas conclusões essenciais baseadas nestes dados. Muitas e mais aprofundadas análises poderão ser efetuadas com base neles.

Em termos gerais, é indiscutível que grande parte da população europeia padece de problemas de saúde física e mental. É também claro que muitos europeus estão expostos a fatores sociais e comportamentais associados a esses estados de saúde. No entanto, a medida em que as pessoas declaram problemas de saúde e exposição a fatores sociais determinantes parece estar estreitamente relacionada com o país em que residem. Caberá a futuros trabalhos de investigação esclarecer a ligação entre estes estados de saúde e os fatores sociais que os determinam, assim como desenvolver e testar explicações para as diferenças transnacionais que referimos.

Poder-se-á, por esta via, contribuir para a definição, nos países europeus, de políticas de intervenção capazes de reduzir a incidência das doenças não transmissíveis e as desigualdades sociais na saúde.

Finalmente, as nossas conclusões preliminares sobre os principais mecanismos explicativos das desigualdades na saúde subjetiva segundo o nível de escolaridade sugerem que a relação entre a posição socioeconómica e a saúde declarada variam de país para país, e que as desigualdades na saúde subjetiva resultam de uma interação complexa de fatores nacionais, comportamentais, ocupacionais e materiais. Isto significa que a simples promoção, por exemplo, de hábitos de vida saudáveis não parece ser suficiente como estratégia de redução das desigualdades nos estados de saúde num contexto em que persistam grandes desigualdades nas condições de vida. O novo módulo do ESS 'Desigualdades Sociais na Saúde e seus Determinantes' constitui uma oportunidade inestimável para explorar melhor esta realidade multifacetada, abrindo perspectivas que anteriores inquéritos não permitiam contemplar.

## Notas

<sup>i</sup> ESS7-2014 Edição 2.0, publicada em 26 de Maio de 2016; v. [www.europeansocialsurvey.org](http://www.europeansocialsurvey.org).

<sup>ii</sup> Alemanha, Áustria, Bélgica, Dinamarca, Eslovénia, Espanha, Estónia, Finlândia, França, Holanda, Hungria, Irlanda, Israel, Lituânia, Noruega, Polónia, Portugal, Reino Unido, República Checa, Suécia e Suíça. Os dados do trabalho de campo realizado na Letónia não foram recolhidos e depositados a tempo de serem incluídos neste boletim.

<sup>iii</sup> Encontra-se disponível para consulta informação detalhada sobre a metodologia do Inquérito Social Europeu (ESS) em [www.europeansocialsurvey.org](http://www.europeansocialsurvey.org).

<sup>iv</sup> As regras uniformizadoras dos procedimentos de tradução foram fixadas pelo CST do ESS.

<sup>v</sup> As nossas análises baseiam-se, salvo indicação em contrário, na totalidade da amostra (perto de 40 200 inquiridos). Nas análises por país foram usados os ponderadores de pós-estratificação do ESS. Para as análises comparativas entre países ou conjuntos de países, foram utilizados ponderadores de 'pós-estratificação' e de 'população' de modo a conferir a cada país um peso relativo proporcional à sua dimensão populacional. As respostas "não sabe" e "recusa" não foram consideradas.

<sup>vi</sup> Para que os resultados nacionais sejam comparáveis, é necessário calcular como seriam na hipótese de a distribuição etária ser idêntica em todos os países. Para isso, recorreremos à técnica epidemiológica de estandardização etária direta (*standard epidemiological technique of direct age standardization*), que passa por ponderar as taxas brutas, não estandardizadas, de grupos etários de cinco anos, de cada país, de modo a obter um padrão comum. Os grupos etários foram ponderados de acordo com o European Standard Population (ESP) de 2013 (Eurostat 2103).

<sup>vii</sup> A Europa do Norte inclui a Dinamarca, a Finlândia, a Noruega e a Suécia. A Europa Ocidental abrange a Alemanha, a Áustria, a Bélgica, a França, a Holanda, a Irlanda, o Reino Unido e a Suíça. A Europa Central e de Leste compreende a Eslovénia, a Estónia, a Hungria, a Lituânia, a Polónia e a República Checa. A Europa do Sul engloba a Espanha, Israel e Portugal.

<sup>viii</sup> Considerou-se que os inquiridos revelaram sintomas graves de depressão ao somarem 10 pontos ou mais, até ao máximo de 24 pontos, numa escala de depressão referente aos 8 itens destinados a medir o bem-estar mental que constam do quadro 1 (as categorias de notação de cada item vão de 0 a 3).

<sup>ix</sup> Este método estatístico tem diversas vantagens: reflete adequadamente a distribuição dos fatores de distorção (fatores que causam associações espúrias) no seio da população estudada, permitindo fazer inferências em relação à população total; permite, quando conjugado com a ponderação pós-estratificação, uma comparação razoável entre modelos, amostras e grupos; em comparação com a estimação do incremento nas probabilidades preditas (*odds ratios*) proporciona estimativas mais fiáveis, sobretudo quando se trata de casos frequentes. Foi construído um modelo de referência para cada país a fim de analisar a associação entre SES e SRH em função do género, da idade e da existência ou não de incapacidade ou doença permanente.

## Referências

Dahlgren, G., & Whitehead, M. (1991). Policies and strategies to promote social equity in health. Stockholm: Institute for Futures Studies.

Eikemo, T. A., Huisman, M., Bambra, C., & Kunst, A. E. (2008a). Health inequalities according to educational level in different welfare regimes: a comparison of 23 European countries. *Sociology of Health & Illness*, 30(4), 565-582.

Eikemo, T. A., Kunst, A. E., Judge, K., & Mackenbach, J. P. (2008b). Class-related health inequalities are not larger in the East: a comparison of four European regions using the new European socioeconomic classification. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 62(12), 1072-1078.

Eikemo, T.A., Bambra, C., Huijts, T., & Fitzgerald, R. (2016) The First Pan-European Sociological Health Inequalities Survey of the General Population: The European Social Survey Rotating Module on the Social Determinants of Health. *European Sociological Review*

Huijts, T. (2011). Social ties and health in Europe. Individual associations, cross-national variations, and contextual explanations. Radboud University Nijmegen / ICS, Nijmegen.

Marmot, M. (2008). *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health*. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva: World Health Organisation Commission on Social Determinants of Health.

Van de Velde, S., Bracke, P., & Levecque, K. (2010). Gender differences in depression in 23 European countries. Cross-national variation in the gender gap in depression. *Social Science & Medicine*, 71, 35-313.

# Sobre o ESS

O European Social Survey (Inquérito Social Europeu) é uma infra-estrutura de investigação europeia que disponibiliza pública e gratuitamente dados sobre atitudes e comportamentos sociais das pessoas, recolhidos periodicamente em diferentes países.

O ESS é um inquérito universitário de âmbito europeu que se realiza em países europeus desde 2001. A sua base de dados contém atualmente os resultados de mais de 350 000 entrevistas, realizadas de dois em dois anos a amostras nacionais selecionadas em cada ronda. O estudo mede atitudes, crenças e comportamentos das populações de mais de 30 países.

## Temas estudados pelo ESS:

- Confiança nas instituições
- Envolvimento político
- Valores sociopolíticos
- Valores morais e sociais
- Capital social
- Exclusão social
- Identidade nacional, étnica e religiosa
- Bem-estar, saúde e segurança
- Caracterização sociodemográfica

- Educação e ocupação profissional
- Situação económica
- Situação do agregado familiar
- Atitudes perante o Estado providência
- Confiança na Justiça
- Expressão e experiências do idadismo
- Cidadania, participação e democracia
- Imigração
- Família, trabalho e bem-estar
- Moralidade económica
- Tempos e transições da vida

Para mais informação sobre o ESS e acesso aos dados publicados, visite [www.europeansocialsurvey.org](http://www.europeansocialsurvey.org)

Mais informação sobre níveis de bem-estar na Europa disponível em [www.esswellbeingmatters.org](http://www.esswellbeingmatters.org)

Siga o ESS no Twitter @ESS\_Survey

Siga o ESS no Facebook: @EuropeanSocialSurvey



Esta publicação foi financiada pelo Programa-Quadro Comunitário de Investigação & Inovação Horizonte2020 (contrato n.º 676166)

Financiamento em Portugal: Fundação para a Ciência e Tecnologia (FCT). As opiniões expressas neste boletim são da responsabilidade dos seus autores e não refletem necessariamente as posições das instituições financiadoras ou do ESS ERIC.

Publicado pelo European Social Survey ERIC  
Correspondência A/C City, University of London  
Northampton Square, Londres  
EC1V0HB, Reino Unido

O ESS obteve o estatuto de Consórcio Europeu de Infraestruturas de Investigação (ERIC) em 2013. Na 7ª Edição, o ESS ERIC integrava 14 países-membros e 2 países com estatuto de observador.

## Membros:

Alemanha, Áustria, Bélgica, Eslovénia, Estónia, França, Holanda, Irlanda, Lituânia, Polónia, Portugal, Reino Unido, República Checa e Suécia.

## Observadores:

Noruega e Suíça.

## Outros participantes:

Dinamarca, Eslováquia, Espanha, Finlândia, Hungria, Israel e Letónia.

A Assembleia Geral do ESS ERIC integra os seguintes órgãos consultivos de composição plurinacional: Conselho Metodológico (Methods Advisory Board-MAB), Conselho Científico (Scientific Advisory Board-SAB) e Comité Financeiro (Financial Committee-FINCOM).

O ESS ERIC está sediado na City, University of London, instituição onde o Director Rory Fitzgerald desempenha funções.

A Equipa Científica Central do ESS ERIC (CST) integra as seguintes instituições: GESIS-Instituto Leibniz de Ciências Sociais (Alemanha); Universidade Católica de Lovaina (Bélgica); NSD-Centro Norueguês de Dados para a Investigação em Ciências Sociais (Noruega); SCP- Gabinete de estudos e planeamento social e cultural (Holanda); Universidade Pompeu Fabra (Espanha); Universidade de Liubliana (Eslovénia).

O Fórum de Coordenadores Nacionais (NC) é composto pelos coordenadores nacionais do ESS de todos os países participantes.