

# Morbilidade declarada no INS 1995/96. Que respostas? — Uma abordagem realizada numa perspectiva de equidade

MARIA DO ROSÁRIO GIRALDES

## 1. Introdução

Procedeu-se a uma revisão de bibliografia baseada em dois critérios. Por um lado, recorreu-se a uma síntese realizada por Mielek e Giraldes (1993) dos principais estudos realizados em 18 países ocidentais europeus até àquela data sobre desigualdades em saúde no que respeita à morbilidade.

Por outro lado, realizou-se uma pesquisa da investigação mais recente sobre este tema com vista a verificar em que sentido se tinha processado a evolução nesta área.

Simonart (1980) concluiu, em relação à Bélgica, que o facto de se pertencer aos grupos sócio-ocupacionais mais baixos coloca os trabalhadores e suas famílias em mais elevado risco de morbilidade tanto no que respeita a contrair como a sair da situação de doença.

Num estudo realizado na Dinamarca por Holstein Bjorn (1985) concluiu-se que as classes sociais mais baixas são mais gravemente atingidas do que as classes mais elevadas. Este autor critica, no entanto, a classificação em classes sociais na medida em que os empregados por conta própria diferem dos empregados por conta de outrem no âmbito da mesma classe social.

Maseide (1985), num estudo realizado na Noruega, no qual realiza uma revisão de bibliografia de estudos noruegueses, chega à conclusão de que o nível de saúde mais baixo aparece associado à classe social, quer em termos de rendimento, educação ou ocupação.

Pelikan (1986), num estudo realizado pela Região Europeia da OMS para 20 países membros, afirma, em relação à Áustria, que a morbilidade, traduzida no estado geral de saúde, incidência de doença e invalidez, era

menor em trabalhadores manuais (*blue-collar*), do que em relação a quadros (*white-collar*).

Ferrera e Zincone (1986) confirmam, num estudo realizado a nível nacional em Itália, uma morbilidade mais elevada (quanto a sintomas de menor importância) em pessoas de menor nível de educação e em trabalhadores manuais.

Num outro estudo realizado também em Itália, na Universidade de Nápoles, que incluiu as 32 principais cidades, por Guazzini (1986) concluiu-se que a morbilidade, expressa por dias de incapacidade e doenças crónicas, era mais relevante em indivíduos com menor escolaridade, trabalhadores por conta de outrem, aqueles que viviam em áreas suburbanas e em regiões do Centro e do Sul do país.

Igualmente em 1986, num estudo de nível nacional feito na Holanda por Van Ginneken e Appelboom, o baixo nível de educação aparece relacionado com o aumento de problemas de saúde numa amostra constituída por 30 000 entrevistas realizadas no período de 1981-1984.

Aro e Hasan (1987), num estudo realizado a nível local na Finlândia, utilizando uma amostra de 902 indivíduos, que foram reexaminados após 5 e 10 anos, concluíram que a comparação entre as classes ocupacionais demonstrou, de forma consistente, que as condições de vida, o *stress* psicossocial e o comportamento perante a doença eram mais nocivos em trabalhadores manuais do que em relação a quadros. As suas taxas de morbilidade eram também maiores.

Num estudo realizado no Reino Unido por Blaxter (1987), com base numa entrevista administrada a cerca de 9000 indivíduos, representativa a nível nacional, chega-se à conclusão de que o nível de saúde, avaliado pelo próprio, era mais baixo nos trabalhadores manuais e entre aqueles com um nível de rendimento mais baixo e menor nível de educação.

Hasan (1988), numa tese elaborada na Universidade de Tampere, baseada em três questionários e exames

□

Maria do Rosário Giraldes é professora auxiliar e regente da disciplina de Economia da Saúde da ENSP.

clínicos realizados com intervalos de cinco anos, numa amostra de cerca de 800 empregados no sector secundário, concluiu que os vários índices de morbilidade mostravam um aumento consistente com as mais baixas taxas em classes ocupacionais mais elevadas e os valores mais altos em relação aos trabalhadores manuais, menos especializados.

Madianos e Zanari (1988), num estudo realizado na Grécia a nível nacional, concluíram que pessoas em grupos sócio-económicos mais baixos, definidos por uma combinação de rendimento, educação e ocupação, tinham piores índices de saúde física e mental. As más condições habitacionais, o facto de viverem em centros urbanos e o baixo nível educacional estavam associados negativamente a um bom nível de saúde.

Nolan (1991), num estudo de nível nacional realizado na Irlanda junto de cerca de 3000 famílias, concluiu, igualmente, que a prevalência de morbilidade declarada pelo próprio é maior entre trabalhadores manuais do que em quadros.

Ao longo desta revisão bibliográfica é visível a concordância entre estudos realizados por diferentes autores, muitos afectos a universidades, e em diversos países: a morbilidade aparece associada ao nível sócio-económico da população, quer este seja traduzido pelo nível de rendimento, pela escolaridade ou pela ocupação. A maioria dos estudos utilizam, aliás, as classes sócio-ocupacionais como atributo para caracterizarem o nível sócio-económico.

A investigação realizada sobre a literatura publicada mais recentemente sobre este tema revela um maior aprofundamento pela realização de estudos específicos sobre determinados grupos da população, como, por exemplo, grupos específicos de *white collar*, os reformados, ou sobre causas específicas de morbilidade e a sua associação ao nível de pobreza.

Reflecte ainda uma maior preocupação com a metodologia utilizada na análise das desigualdades sócio-económicas, conforme pode notar-se nos dois últimos artigos.

Leclerc *et al.* (1992), num estudo que tinha por objectivo caracterizar a relação entre nível de educação e estilos de vida na morbilidade de dois grupos de trabalhadores não manuais do sexo masculino, um grupo de comerciantes e outro de trabalhadores sedentários, concluiu que os estilos de vida são importantes como factor determinante dos problemas de saúde entre indivíduos com menor nível de educação.

Apesar da vasta literatura existente sobre a relação entre a influência da classe social na morbilidade tem sido pouca aquela que se tem debruçado sobre a população depois da idade de reforma. É aquilo que Cairney e Arnold (1996) se propõem ao estudarem uma população de cerca de 2000 indivíduos entre os 65 e os 99 anos no Canadá. Utilizaram três formas de caracterizar o nível sócio-económico: o rendimento, a educação e a

ocupação com vista a predizer seis diferentes medidas da saúde da população (morbilidade declarada, elevada pressão arterial, doenças do coração, doenças respiratórias, artrites e problemas de sono) e chegaram à conclusão de que era mediante a utilização do nível de rendimento que melhor se predizia o estado de saúde dos indivíduos.

Eachus *et al.* (1996) estudaram, com base numa amostra de cerca de 28 000 indivíduos, num inquérito de saúde em Somerset e Avon, no Reino Unido, que a prevalência da maior parte das patologias aumentava ao nível de pobreza. As doenças mais associadas ao nível de rendimento eram as doenças dos olhos, provocadas pela diabetes e pela bronquite; as desigualdades eram maiores, em relação às mulheres, quanto à asma e, em relação aos homens, quanto à depressão.

Wagstaff e Van Doorslaer (1994), respectivamente da Universidade de Sussex e da Universidade de Erasmus, preocuparam-se com a questão teórica que deriva de se pretender medir as desigualdades sócio-económicas em saúde quando se utiliza uma variável categórica, como a morbilidade declarada pelo próprio.

Espinàs *et al.* (1995) abordam, igualmente, um problema teórico ao publicarem na *Revista Espanhola de Saúde Pública* um artigo que tem por fundamento o facto de a análise da relação entre a morbilidade declarada e o estado de saúde levantar problemas metodológicos devido à diversidade de doenças e estados de saúde agudos e crónicos que um mesmo indivíduo pode declarar. Fazem então um ensaio da utilização da análise de conglomerados com uma amostra de 2855 indivíduos da Catalunha.

## 2. Metodologia

O gradiente sócio-económico pode ser traduzido, como é conhecido, quer pelo nível de rendimento, sempre de difícil obtenção pela aversão que as famílias e indivíduos revelam em identificá-lo de uma forma exacta, quer, mais usualmente, pelos grupos ocupacionais, ou pelo nível de escolaridade.

O Inquérito Nacional de Saúde (INS) 1995/96 utiliza, tal como já aconteceu em inquéritos de morbilidade anteriormente realizados, aquele último como caracterização do nível sócio-económico da população.

Para tal considera quatro classes, de acordo com os respectivos anos de escolaridade:

- < 4 anos;
- 4-6 anos;
- 7-12 anos;
- 13 e mais anos.

Os dados publicados permitem, neste momento, apenas uma abordagem a nível do continente.

Mediu-se a morbilidade declarada no INS 1995/96 pela questão formulada quanto à «alteração ao estado de saúde nas duas semanas anteriores à inquirição».

Esta questão foi apurada por anos de escolaridade, grupos de idade e sexos.

Para medir o nível de morbilidade declarada calcularam-se percentagens da população que referiu alteração do estado de saúde nas duas últimas semanas em relação à população inquirida daquela mesma classe por idades e sexos.

O aprofundamento da análise realizou-se pelo cálculo de coeficientes de Gini e respectivas curvas de Lorenz, por classes de escolaridade, grupos etários e sexos.

Quanto ao procedimento adoptado perante a alteração do estado de saúde, analisou-se a importância relativa daqueles que procuravam uma consulta médica em relação àqueles que tomavam medicamentos conhecidos ou recorriam a tratamentos caseiros, chás e ervas.

Também em relação à resposta dada à situação de morbilidade se procedeu a uma análise de desigualdades, utilizando métodos idênticos aos acima referidos quanto à medição da morbilidade e sua distribuição por classes de escolaridade.

### 3. Resultados

#### 3.1. Desigualdades na morbilidade declarada

Uma análise por grupos de idade e sexos revela que a «alteração do estado de saúde», declarada pelos próprios está intimamente relacionada com o nível sócio-económico, traduzido pelos anos de escolaridade.

Importa destacar que isto se verifica tanto para o sexo masculino como para o feminino: à medida que o nível de escolaridade aumenta, diminui a percentagem de população inquirida que declara «alteração do estado de saúde».

Comparando a morbilidade declarada por ambos os sexos, na *Figura 1*, é evidente que aquela é muito maior no sexo feminino do que no masculino, em relação à totalidade da população inquirida, para qualquer dos níveis de escolaridade.

A idade desempenha também o seu papel (*Quadro 1 e Figuras 2 a 9*).

Para os menores de 18 anos não existe praticamente diferença entre a morbilidade declarada pelos sexos masculino e feminino. Esta situação só volta a repetir-se no grupo etário dos 75 e mais anos.

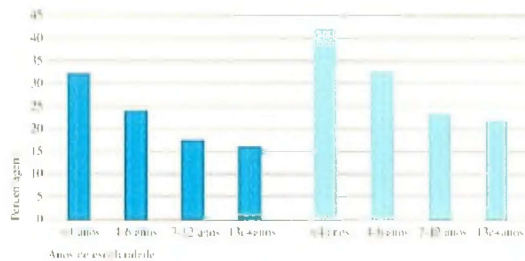
#### Quadro 1

Percentagem de população inquirida que referiu alteração do estado de saúde nas duas últimas semanas, por anos de escolaridade, idade e sexo, no INS 1995/96

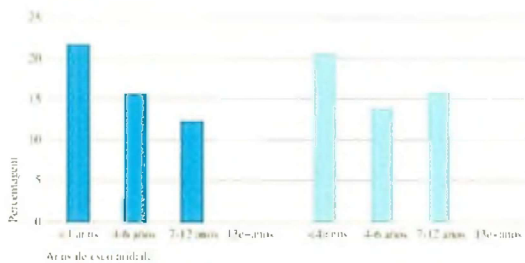
Grupos de idade e sexos	<4 anos	4-6 anos	7-12 anos	13 e mais anos
< 18 anos				
H	21,96	15,50	12,90	-
M	20,49	14,60	15,99	-
18 - 24 anos				
H	22,89	15,35	17,06	16,98
M	25,49	21,39	23,25	18,66
25 - 34 anos				
H	23,95	16,85	16,51	13,23
M	34,86	25,89	23,96	21,28
35 - 44 anos				
H	20,59	20,82	18,31	16,35
M	38,20	30,72	28,10	20,80
45 - 54 anos				
H	30,92	25,92	21,41	12,04
M	42,05	39,74	33,88	28,92
55 - 64 anos				
H	38,29	34,27	24,56	25,96
M	49,28	44,30	31,19	26,23
65 - 74 anos				
H	39,57	34,74	25,68	15,62
M	50,08	47,85	37,50	27,27
75 e mais anos				
H	43,21	44,32	37,35	25,00
M	49,58	50,82	27,39	50,00
Total				
H	32,06	24,23	17,58	16,21
M	41,83	32,58	23,69	21,90

Fonte: INS 1995/96.

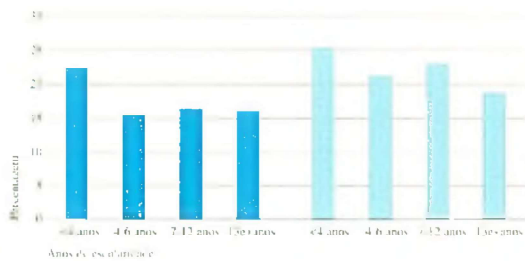
**Figura 1**  
 Percentagem de população inquirida total que referiu alteração do estado de saúde nas duas semanas anteriores, por anos de escolaridade, sexos masculino e feminino



**Figura 2**  
 Percentagem de população inquirida com menos de 18 anos que referiu alteração do estado de saúde nas duas semanas anteriores, por anos de escolaridade, sexos masculino e feminino



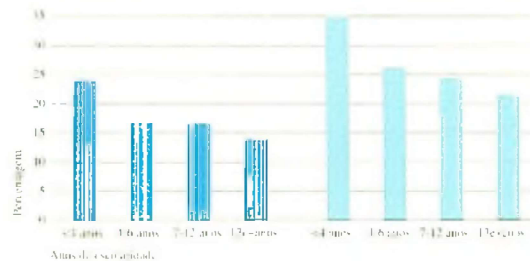
**Figura 3**  
 Percentagem de população inquirida de 18 a 24 anos que referiu alteração do estado de saúde nas duas semanas anteriores, por anos de escolaridade, sexos masculino e feminino



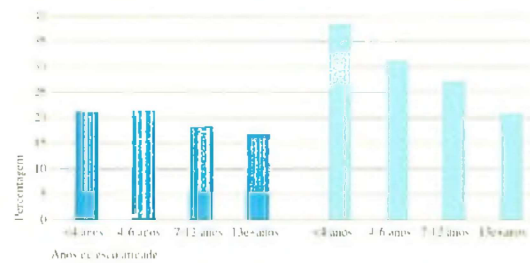
■ Masculino  
 ■ Feminino

Fonte: INS 1995/96

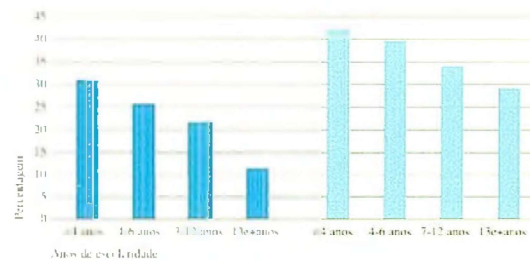
**Figura 4**  
 Percentagem de população inquirida de 25 a 34 anos que referiu alteração do estado de saúde nas duas semanas anteriores, por anos de escolaridade, sexos masculino e feminino



**Figura 5**  
 Percentagem de população inquirida de 35 a 44 anos que referiu alteração do estado de saúde nas duas semanas anteriores, por anos de escolaridade, sexos masculino e feminino

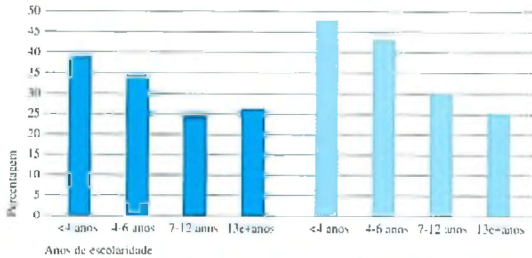


**Figura 6**  
 Percentagem de população inquirida de 45 a 54 anos que referiu alteração do estado de saúde nas duas semanas anteriores, por anos de escolaridade, sexos masculino e feminino



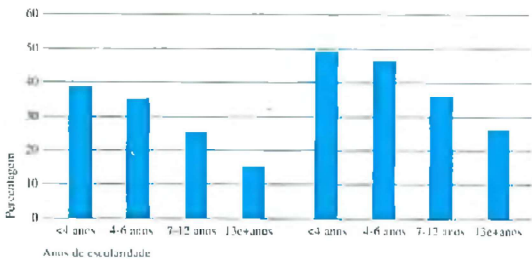
**Figura 7**

Percentagem de população inquirida de 55 a 64 anos que referiu alteração do estado de saúde nas duas semanas anteriores, por anos de escolaridade, sexos masculino e feminino



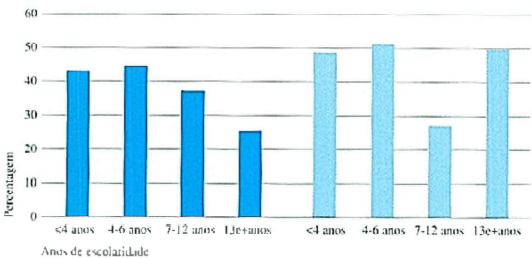
**Figura 8**

Percentagem de população inquirida de 65 a 74 anos que referiu alteração do estado de saúde nas duas semanas anteriores, por anos de escolaridade, sexos masculino e feminino



**Figura 9**

Percentagem de população inquirida de 75 e mais anos que referiu alteração do estado de saúde nas duas semanas anteriores, por anos de escolaridade, sexos masculino e feminino



A partir do grupo etário de 18 a 24 anos, a percentagem da população que referiu «alteração do estado de saúde» é superior, em todas as classes de escolaridade, no sexo feminino em relação ao sexo masculino.

Esta diferença começa a acentuar-se num grupo etário ainda jovem, o de 25 a 34 anos, prosseguindo nos grupos etários seguintes.

Esta situação torna-se ainda mais precisa quando se calculam os coeficientes de Gini e respectivas curvas de Lorenz em relação à «alteração do estado de saúde nas duas últimas semanas anteriores à inquirição». Como se sabe, o coeficiente de Gini varia entre 0 e 1, correspondendo o valor nulo à situação de igual distribuição. Por sua vez, a curva de Lorenz representa uma distribuição, que é tanto melhor quanto mais se aproxime da diagonal.

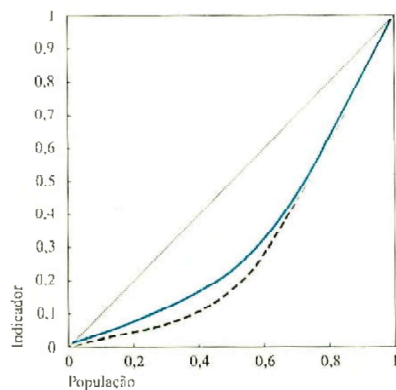
No *Quadro II* e *Figuras 10 a 18* incluem-se os coeficientes de Gini e correspondentes curvas de Lorenz em relação à população inquirida no INS 1995/96 que referiu «alteração do estado de saúde» nas duas semanas anteriores à inquirição, por classes de escolaridade, grupos etários e sexos.

**Quadro II**

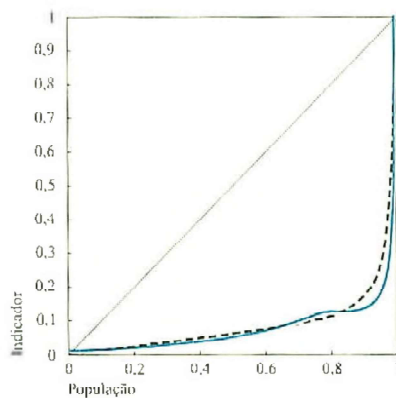
Coefficientes de Gini relativos à morbilidade declarada pela população, de acordo com o seu nível de escolaridade, por grupos de idade e sexos, no INS 1995/96

Grupos de idade e sexos	Coefficientes de Gini
< 18 anos	
H	0,4410
M	0,3796
18 - 24 anos	
H	0,7609
M	0,8413
25 - 34 anos	
H	0,6539
M	0,7253
35 - 44 anos	
H	0,6628
M	0,6850
45 - 54 anos	
H	0,7890
M	0,7817
55 - 64 anos	
H	0,8134
M	0,8895
65 - 74 anos	
H	0,8927
M	0,9161
75 e mais anos	
H	0,8583
M	0,8507
<b>Total</b>	
H	0,7832
M	0,7641

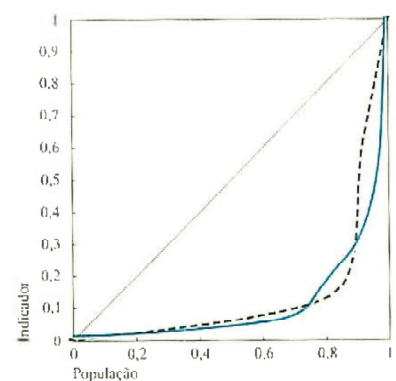
**Figura 10**  
Curva de Lorenz da alteração do estado de saúde nas duas últimas semanas, segundo as classes de escolaridade, na população com menos de 18 anos



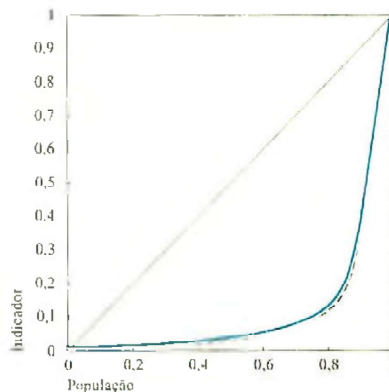
**Figura 11**  
Curva de Lorenz da alteração do estado de saúde nas duas últimas semanas, segundo as classes de escolaridade, na população de 18 a 24 anos



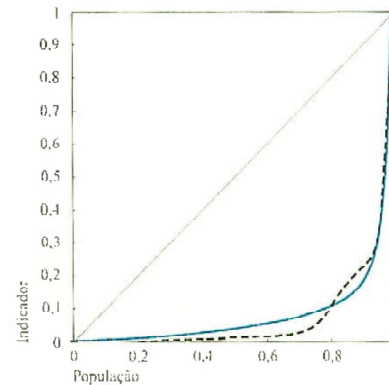
**Figura 12**  
Curva de Lorenz da alteração do estado de saúde nas duas últimas semanas, segundo as classes de escolaridade, na população de 25 a 34 anos



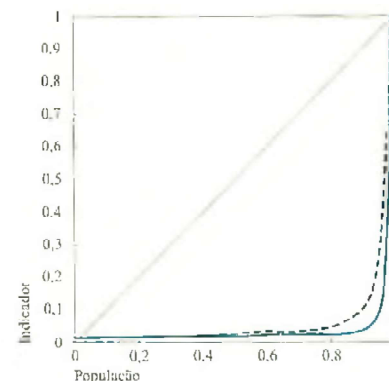
**Figura 13**  
Curva de Lorenz da alteração do estado de saúde nas duas últimas semanas, segundo as classes de escolaridade, na população de 35 a 44 anos



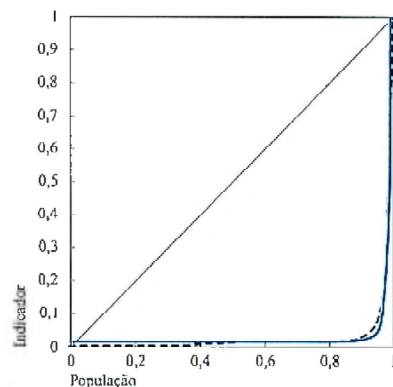
**Figura 14**  
Curva de Lorenz da alteração do estado de saúde nas duas últimas semanas, segundo as classes de escolaridade, na população de 45 a 54 anos



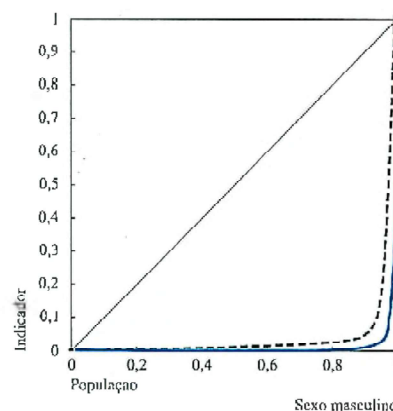
**Figura 15**  
Curva de Lorenz da alteração do estado de saúde nas duas últimas semanas, segundo as classes de escolaridade, na população de 55 a 64 anos



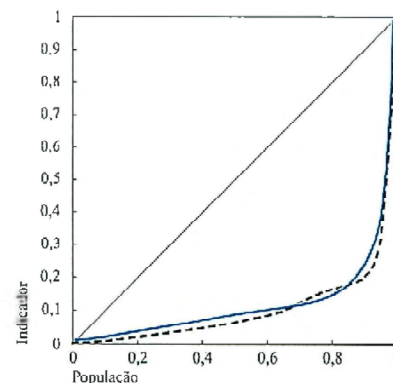
**Figura 16**  
Curva de Lorenz da alteração do estado de saúde nas duas últimas semanas, segundo as classes de escolaridade, na população de 65 a 74 anos



**Figura 17**  
Curva de Lorenz da alteração do estado de saúde nas duas últimas semanas, segundo as classes de escolaridade, na população de 75 e mais anos



**Figura 18**  
Curva de Lorenz da alteração do estado de saúde nas duas últimas semanas, segundo as classes de escolaridade, na população total



Os elevados coeficientes de Gini, assim como o considerável afastamento da diagonal evidenciado pelas curvas de Lorenz, traduzem que a mais baixa morbidade está concentrada num grupo reduzido de indivíduos com um mais elevado nível de escolaridade.

A análise dos coeficientes de Gini demonstra, além disso, a sua tendência crescente, em ambos os sexos, à medida que a idade aumenta.

Apenas o grupo etário de idade inferior a 18 anos apresenta coeficientes de Gini mais baixos, o que significa que o gradiente sócio-económico não é, neste caso, tão importante.

Os coeficientes de Gini relativos à totalidade da população do sexo masculino e feminino são, respectivamente, de 0,7832 e de 0,7641, o que denota que é na população com mais elevado nível sócio-económico, traduzido através dos anos de escolaridade, que constitui um reduzido grupo da população, que se concentra uma relativamente melhor situação de saúde.

### 3.2. Desigualdades na procura/utilização de cuidados de saúde e *self care*

De entre a morbilidade declarada nas duas últimas semanas anteriores à inquirição na população inquirida no INS 1995/96, interessa analisar aquela que se manifestou como procura/utilização de consultas médicas e aquela que foi resolvida com autocuidados (*self-care*).

-----Sexo masculino  
—Sexo feminino

Fonte: INS 1995/96

Se considerarmos que tanto a automedicação com «medicamentos conhecidos» como a utilização de «tratamentos caseiros, chás e erva» são *self-care*, então verifica-se uma predominância dos cuidados de *self-care* em relação à procura de uma consulta médica (Figuras 19 e 20).

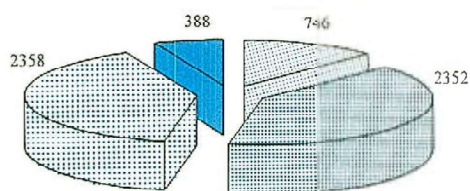
Com efeito, cerca de 53% da população do sexo masculino recorreram a cuidados de *self-care* e esta percentagem ainda é maior no sexo feminino, com 58%.

Esta constatação é bastante interessante na medida em que nos deixa entrever o icebergue das necessidades de saúde, que não chega a manifestar-se como procura de cuidados de saúde.

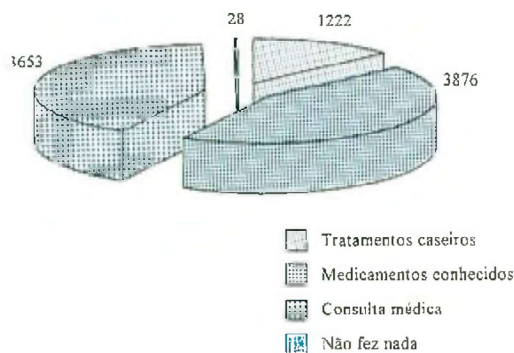
De entre os cuidados de *self-care*, o procedimento «tomar medicamentos que conhecia» é o mais relevante. É adoptado por 76% da população inquirida que recorreu a autocuidados, quer no sexo masculino, quer no sexo feminino.

Procederam à procura de uma consulta médica 40% dos homens e 42% das mulheres que declararam «alteração do estado de saúde».

**Figura 19**  
Procedimentos utilizados pela população inquirida total que referiu alteração do estado de saúde nas duas últimas semanas — sexo masculino



**Figura 20**  
Procedimentos utilizados pela população inquirida total que referiu alteração do estado de saúde nas duas últimas semanas — sexo feminino



- Tratamentos caseiros
- Medicamentos conhecidos
- Consulta médica
- Não fez nada

A principal diferença no comportamento dos sexos masculino e feminino será o facto de, respectivamente, 6,6% e apenas 0,3% recorrerem a outros procedimentos (ou não fazerem nada).

### 3.2.1. Desigualdades na procura/utilização de cuidados de saúde

As desigualdades na procura de consultas médicas podem ser analisadas em relação ao sexo, por grupos de idade e por nível sócio-económico, traduzido este último pelos anos de escolaridade da população inquirida (Quadros III e IV e Figuras 21 a 38).

Já atrás se referiu não se verificarem grandes desigualdades na utilização de consultas relativamente ao sexo.

Convém não confundir este aspecto com o facto de a mulher ser maior utilizadora de cuidados de saúde, o que resulta de se verificar uma maior morbilidade declarada no sexo feminino, como resulta da análise realizada em 3.1.

Porém, se se encontram doentes, ou seja, com «alteração do estado de saúde», os indivíduos do sexo masculino recorrem, em média, praticamente na mesma percentagem que os do sexo feminino, à consulta do médico.

Podem, no entanto, observar-se pequenas desigualdades quando se analisam os coeficientes de Gini calculados por grupos de idade e por nível de escolaridade.

Verifica-se, com efeito, que principalmente o grupo etário de 18 a 24 anos apresenta um gradiente sócio-económico com coeficientes de Gini, respectivamente, de 0,2174 e 0,1319 nos sexos masculino e feminino. A percentagem de indivíduos que consulta o médico é baixa, tanto no sexo masculino como no feminino, para o nível de escolaridade abaixo dos quatro anos (Figuras 25 e 26).

No grupo etário de 45 a 54 anos (Figura 31) verifica-se também um coeficiente de Gini ligeiramente mais elevado (0,1838) no sexo masculino, resultante de uma menor utilização de consultas médicas, tanto pelo grupo de escolaridade mais baixo (< 4 anos) como mais elevado (13 e mais anos).

### 3.2.2. Desigualdades na procura/utilização de *self-care*

A tendência para a automedicação, mediante a utilização de medicamentos conhecidos, é superior no sexo feminino em relação a todos os níveis de escolaridade, conforme se pode observar pelo *total* da população inquirida (Quadro V).

De uma forma geral, e para ambos os sexos, esta tendência aumenta com o nível de escolaridade em rela-

ção a quase todos os grupos etários considerados. Este tipo de comportamento é mais usual nos dois grupos etários mais jovens (< 18 anos e 18 - 24 anos).

Pode dizer-se que a utilização de medicamentos conhecidos por indivíduos com um nível de escolaridade de 13 e mais anos é, com algumas excepções, de cerca de 50% dos procedimentos adoptados em ambos os sexos perante uma situação de «alteração do estado de saúde».

É interessante notar que 60% e 65%, respectivamente, das mulheres dos grupos etários de 65 - 74 anos e 75 e mais anos com um nível de escolaridade elevada (7-12 anos) tenham adoptado este procedimento perante uma situação de morbilidade. Situação idêntica acontece no sexo masculino, nestes mesmos grupos etários, no nível de escolaridade seguinte (mais de 13 anos), atingindo valores de 70% e 60%, respectivamente.

Pode, evidentemente, argumentar-se que esta auto-medicação, nestas idades mais avançadas, resulta de consultas médicas prévias. Mas é de realçar que esta actuação advém de uma segurança resultante de um mais elevado nível sócio-económico.

### Quadro III

Percentagem de população inquirida que referiu alteração do estado de saúde nas duas últimas semanas cujo procedimento foi consultar o médico, por anos de escolaridade, idade e sexo, no INS 1995/96

Grupos de idade e sexos	<4 anos	4-6 anos	7-12 anos	13 e mais anos
< 18 anos				
H	57,1	56,7	44,3	-
M	58,1	48,4	42,1	-
18 - 24 anos				
H	10,5	42,9	47,9	32,1
M	7,7	47,3	42,7	32,6
25 - 34 anos				
H	34,8	43,7	35,4	41,6
M	42,1	42,1	43,9	43,4
35 - 44 anos				
H	35,7	35,9	40,8	32,6
M	39,2	41,5	43,2	54,8
45 - 54 anos				
H	29,8	39,2	36,7	21,7
M	36,8	41,4	38,5	47,9
55 - 64 anos				
H	34,3	38,8	47,9	33,3
M	41,1	42,1	33,3	31,3
65 - 74 anos				
H	33,6	38,9	48,9	40,0
M	39,5	47,6	33,3	44,4
75 e mais anos				
H	34,6	41,5	48,4	40,0
M	37,7	34,4	50,0	40,0
Total				
H	39,5	40,8	42,7	33,7
M	41,2	42,6	41,6	42,5

A análise dos coeficientes de Gini e respectivas curvas de Lorenz (Quadro VI e Figuras 21 a 38) revela, de uma forma geral, valores muito baixos.

Os coeficientes de Gini, em relação à população inquirida total, são, respectivamente, de 0,0117 e 0,0080.

Em alguns grupos etários encontram-se, no entanto, coeficientes de Gini ainda significativos. É o que acontece, por exemplo, com o grupo etário de 18 a 24 anos, tanto no sexo masculino como feminino, que apresenta as mais baixas percentagens de população inquirida com menos de quatro anos de escolaridade que recorreu à auto-medicação, o que demonstra que o nível sócio-económico é, nestes casos, mais importante.

No sexo masculino são também significativos os coeficientes de Gini dos grupos etários de 45-54 anos e 55-64 anos, que revelam diferenças resultantes do nível de escolaridade, que, curiosamente, não se fazem sentir no sexo feminino.

### Quadro IV

Coefficientes de Gini relativos à população inquirida que referiu alteração do estado de saúde nas duas últimas semanas, de acordo com o seu nível de escolaridade, cujo procedimento foi consultar o médico, por grupos de idade e sexos, no INS 1995/96

Grupos de idade e sexos	Coefficientes de Gini
< 18 anos	
H	0,1015
M	0,1121
18 - 24 anos	
H	0,2174
M	0,1319
25 - 34 anos	
H	0,0830
M	0,0123
35 - 44 anos	
H	0,0080
M	0,0262
45 - 54 anos	
H	0,1838
M	0,0159
55 - 64 anos	
H	0,0071
M	0,0332
65 - 74 anos	
H	0,0320
M	0,0499
75 e mais anos	
H	0,0451
M	0,0124
Total	
H	0,0088
M	0,0121

**Quadro V**

Percentagem de população inquirida que referiu alteração do estado de saúde nas duas últimas semanas cujo procedimento foi tomar medicamentos que conhecia, por anos de escolaridade, idade e sexo, no INS 1995/96

Grupos de idade e sexos	<4 anos	4-6 anos	7-12 anos	13 e mais anos
< 18 anos				
H	31,6	35,1	36,5	-
M	26,9	31,0	34,4	-
18 - 24 anos				
H	21,1	27,3	35,7	49,1
M	7,7	31,3	41,9	54,3
25 - 34 anos				
H	45,6	33,9	30,7	44,4
M	34,2	35,1	31,1	47,0
35 - 44 anos				
H	28,5	33,9	46,9	46,5
M	45,1	44,6	47,1	43,5
45 - 54 anos				
H	34,0	40,3	39,4	52,2
M	47,0	46,7	53,1	52,1
55 - 64 anos				
H	40,5	46,2	50,7	37,0
M	48,8	47,7	49,2	87,5
65 - 74 anos				
H	46,4	48,8	51,1	70,0
M	47,5	49,6	60,0	44,4
75 e mais anos				
H	44,5	41,5	54,8	60,0
M	44,7	53,8	65,0	20,0
<b>Total</b>				
H	40,1	40,0	39,7	48,0
M	44,7	44,1	42,4	49,4

Por outro lado, a utilização de *self-care*, com recurso a «tratamentos caseiros, chás e ervas», representa apenas 12,7 % e 13,9 % no total de procedimentos adoptados, respectivamente, pelos sexos masculino e feminino, como resposta às necessidades sentidas devido à alteração de estado de saúde.

Mais uma vez se verifica existir uma maior tendência para o *self-care* por parte do sexo feminino.

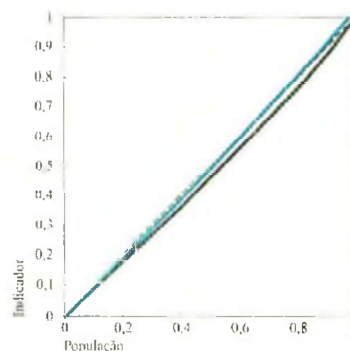
Esta tendência, como já se verificava na automedicação, é superior por parte das mulheres em relação a todos os níveis de escolaridade, com excepção do de «13 e mais anos», como se observa no *total* da população inquirida (Quadro VII).

- Consultou o médico
- - - Tomou medicamentos conhecidos
- Fez tratamentos caseiros

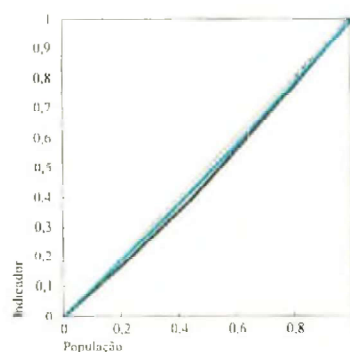
Fonte: INS 1995/1996

**Figura 21**

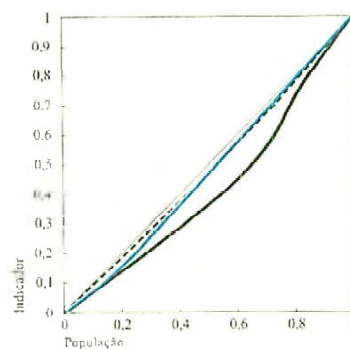
Curva de LORENZ da população que referiu alteração do estado de saúde e que consultou o médico, tomou medicamentos conhecidos ou fez tratamentos caseiros, por anos de escolaridade, população total, sexo masculino

**Figura 22**

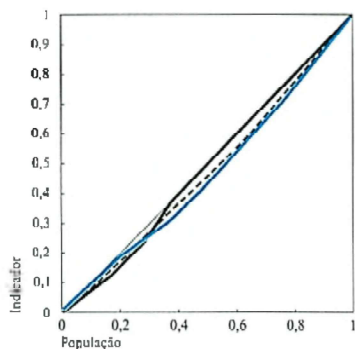
Curva de LORENZ da população que referiu alteração do estado de saúde e que consultou o médico, tomou medicamentos conhecidos ou fez tratamentos caseiros, por anos de escolaridade, população total, sexo feminino

**Figura 23**

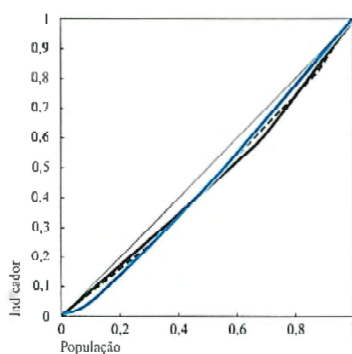
Curva de LORENZ da população que referiu alteração do estado de saúde e que consultou o médico, tomou medicamentos conhecidos ou fez tratamentos caseiros, por anos de escolaridade, < 18 anos, sexo masculino



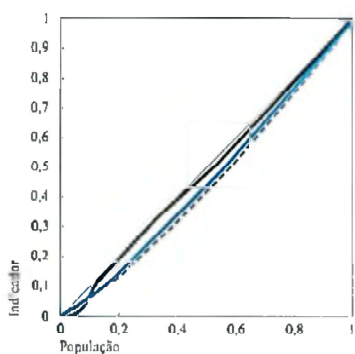
**Figura 24**  
 Curva de LORENZ da população que referiu alteração do estado de saúde e que consultou o médico, tomou medicamentos conhecidos ou fez tratamentos caseiros, por anos de escolaridade, < 18 anos, sexo feminino



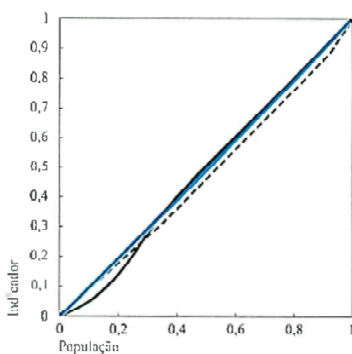
**Figura 27**  
 Curva de LORENZ da população que referiu alteração do estado de saúde e que consultou o médico, tomou medicamentos conhecidos ou fez tratamentos caseiros, por anos de escolaridade, 25 a 34 anos, sexo masculino



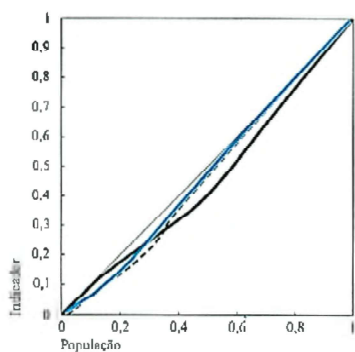
**Figura 25**  
 Curva de LORENZ da população que referiu alteração do estado de saúde e que consultou o médico, tomou medicamentos conhecidos ou fez tratamentos caseiros, por anos de escolaridade, 18 a 24 anos, sexo masculino



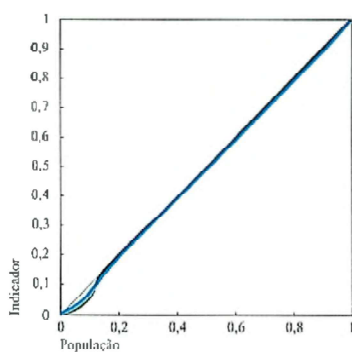
**Figura 28**  
 Curva de LORENZ da população que referiu alteração do estado de saúde e que consultou o médico, tomou medicamentos conhecidos ou fez tratamentos caseiros, por anos de escolaridade, 25 a 34 anos, sexo feminino



**Figura 26**  
 Curva de LORENZ da população que referiu alteração do estado de saúde e que consultou o médico, tomou medicamentos conhecidos ou fez tratamentos caseiros, por anos de escolaridade, 18 a 24 anos, sexo feminino



**Figura 29**  
 Curva de LORENZ da população que referiu alteração do estado de saúde e que consultou o médico, tomou medicamentos conhecidos ou fez tratamentos caseiros, por anos de escolaridade, 35 a 44 anos, sexo masculino



**Quadro VI**

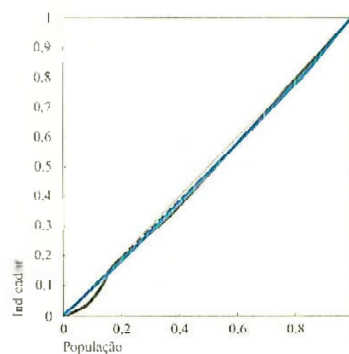
Coefficientes de Gini relativos à população inquirida que referiu alteração do estado de saúde nas duas últimas semanas, de acordo com o seu nível de escolaridade, cujo procedimento foi *tomar medicamentos que conhecia*, por grupos de idade e sexos, no INS 1995/96

Grupos de idade e sexos	Coefficientes de Gini
< 18 anos	
H	0,0343
M	0,0715
18 - 24 anos	
H	0,1159
M	0,1528
25 - 34 anos	
H	0,0579
M	0,0720
35 - 44 anos	
H	(*)
M	0,0129
45 - 54 anos	
H	0,2051
M	(*)
55 - 64 anos	
H	0,1198
M	0,0443
65 - 74 anos	
H	0,0096
M	0,0350
75 e mais anos	
H	0,0737
M	0,0257
<b>Total</b>	
H	0,0117
M	0,0080

(\*) Valor não significativo.

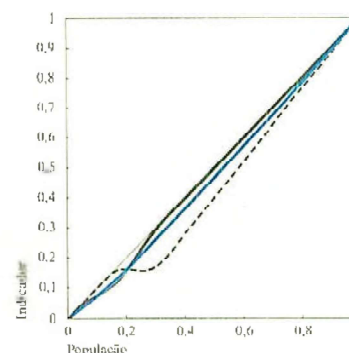
**Figura 30**

Curva de LORENZ da população que referiu alteração do estado de saúde e que consultou o médico, tomou medicamentos conhecidos ou fez tratamentos caseiros, por anos de escolaridade. 35 a 44 anos, sexo feminino



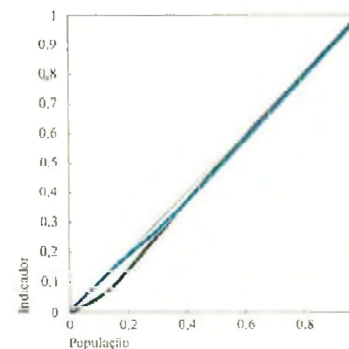
**Figura 31**

Curva de LORENZ da população que referiu alteração do estado de saúde e que consultou o médico, tomou medicamentos conhecidos ou fez tratamentos caseiros, por anos de escolaridade. 45 a 54 anos, sexo masculino



**Figura 32**

Curva de LORENZ da população que referiu alteração do estado de saúde e que consultou o médico, tomou medicamentos conhecidos ou fez tratamentos caseiros, por anos de escolaridade. 45 a 54 anos, sexo feminino

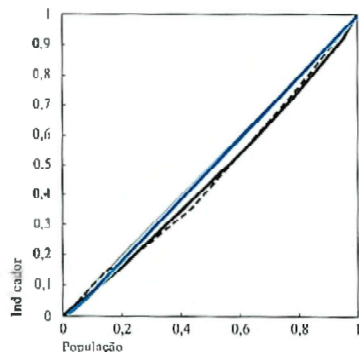


- Consultou o médico
- - - Tomou medicamentos conhecidos
- Fez tratamentos caseiros

Fonte: INS 1995/1996

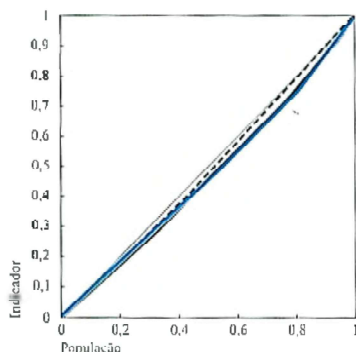
**Figura 33**

Curva de LORENZ da população que referiu alteração do estado de saúde e que consultou o médico, tomou medicamentos conhecidos ou fez tratamentos caseiros, por anos de escolaridade, 55 a 64 anos, sexo masculino



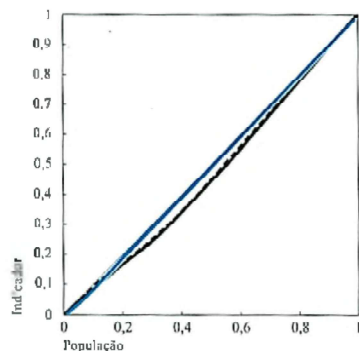
**Figura 36**

Curva de LORENZ da população que referiu alteração do estado de saúde e que consultou o médico, tomou medicamentos conhecidos ou fez tratamentos caseiros, por anos de escolaridade, 65 a 74 anos, sexo feminino



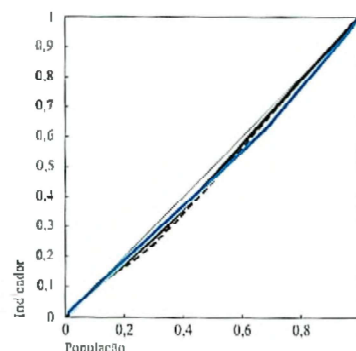
**Figura 34**

Curva de LORENZ da população que referiu alteração do estado de saúde e que consultou o médico, tomou medicamentos conhecidos ou fez tratamentos caseiros, por anos de escolaridade, 55 a 64 anos, sexo feminino



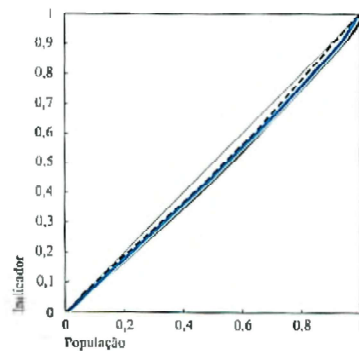
**Figura 37**

Curva de LORENZ da população que referiu alteração do estado de saúde e que consultou o médico, tomou medicamentos conhecidos ou fez tratamentos caseiros, por anos de escolaridade, 75 e mais anos, sexo masculino



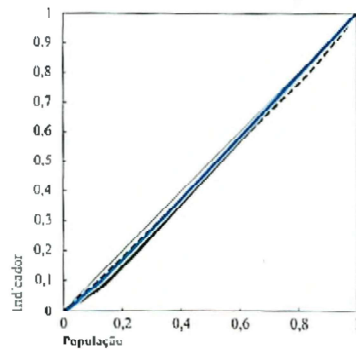
**Figura 35**

Curva de LORENZ da população que referiu alteração do estado de saúde e que consultou o médico, tomou medicamentos conhecidos ou fez tratamentos caseiros, por anos de escolaridade, 65 a 74 anos, sexo masculino



**Figura 38**

Curva de LORENZ da população que referiu alteração do estado de saúde e que consultou o médico, tomou medicamentos conhecidos ou fez tratamentos caseiros, por anos de escolaridade, 75 e mais anos, sexo feminino



O comportamento por grupos etários é, porém, diferente daquele que se verificava com a automedicação. Em alguns grupos etários a população inquirida com um nível de escolaridade < 4 anos é grande utilizadora deste tipo de cuidados, como, por exemplo, o grupo etário de 35-44 anos no sexo masculino, o grupo etário de 45-54 anos no sexo feminino e o grupo etário 75 e mais anos tanto no sexo masculino como no feminino.

A análise dos coeficientes de Gini (*Quadro VIII*) e respectivas curvas de Lorenz (*Figuras 21 a 38*) confirma que existe um gradiente sócio-económico que influencia o comportamento das mulheres idosas de mais de 75 anos, o que dá origem ao coeficiente de Gini mais elevado (0,299). Como atrás se afirmou, são, no entanto, as mulheres com menor nível de escolaridade que, neste grupo etário, mais recorrem a «tratamentos caseiros e a tomar chás e ervas».

A mesma tendência se verifica, aliás, no grupo etário feminino dos 45-54 anos, embora com um coefi-

ciente de Gini mais baixo, de 0,1292, em que se verifica uma discriminação positiva a favor dos grupos sócio-económicos menos elevados.

Ao contrário, no grupo etário de 25-34 anos a discriminação é de sentido contrário, sendo as mulheres com um nível de escolaridade de 7 a 12 anos a recorrer mais a este tipo de procedimento (coeficiente de Gini de 0,1222), o mesmo acontecendo com os homens (coeficiente de Gini de 0,1323).

#### 4. Discussão

A morbilidade declarada no INS 1995/96 tem um elevado gradiente sócio-económico e uma consistente diferença entre os sexos, com o sexo feminino a apresentar uma morbilidade muito mais elevada do que o sexo masculino.

A maior morbilidade no sexo feminino terá a ver com a sua condição de mulher e mãe, mas também com

Quadro VII

Percentagem de população inquirida que referiu alteração do estado de saúde nas duas últimas semanas cujo procedimento foi fazer tratamentos caseiros, tomar chás e ervas, por anos de escolaridade, idade e sexo, no INS 1995/96

Grupos de idade e sexos	<4 anos	4-6 anos	7-12 anos	13 e mais anos
< 18 anos				
H	7,9	14,9	14,9	-
M	12,3	11,4	14,9	-
18 - 24 anos				
H	5,3	12,9	14,5	20,8
M	15,3	10,6	17,2	13,0
25 - 34 anos				
H	10,9	9,9	15,0	11,1
M	5,3	12,3	15,3	9,6
35 - 44 anos				
H	19,0	11,5	10,0	6,9
M	6,8	10,9	9,2	19,4
45 - 54 anos				
H	7,4	13,1	16,5	17,4
M	15,9	14,2	9,8	6,2
55 - 64 anos				
H	14,4	11,4	11,2	25,9
M	15,1	12,3	19,0	6,0
65 - 74 anos				
H	12,3	13,9	14,9	30,0
M	15,8	18,8	24,4	-
75 e mais anos				
H	16,3	13,4	16,1	-
M	15,4	11,3	5,0	10,0
Total				
H	12,2	12,6	14,1	15,8
M	14,9	13,0	14,3	11,6

Quadro VIII

Coefficientes de Gini relativos à população inquirida que referiu alteração do estado de saúde nas duas últimas semanas, de acordo com o seu nível de escolaridade, cujo procedimento foi fazer tratamentos caseiros, tomar chás e ervas, por grupos de idade e sexos, no INS 1995/96

Grupos de idade e sexos	Coefficientes de Gini
< 18 anos	
H	0,1653
M	0,0023
18 - 24 anos	
H	0,0085
M	0,1557
25 - 34 anos	
H	0,1323
M	0,1222
35 - 44 anos	
H	0,0253
M	0,0555
45 - 54 anos	
H	0,0777
M	0,1292
55 - 64 anos	
H	0,0635
M	0,0800
65 - 74 anos	
H	0,0588
M	0,0319
75 e mais anos	
H	0,0926
M	0,2990
Total	
H	0,0219
M	0,0697

o facto de, em nossa opinião, por razões de índole sociológica, haver uma maior apetência para esta reconhecer uma «alteração do estado de saúde». O homem é tradicionalmente o ser *forte* da família e tende a minimizar, ou mesmo a ignorar, algumas das mais comuns alterações do estado de saúde. Como o INS 1995/96 se trata de um inquérito de opinião, em que a morbilidade é declarada pelo próprio, a informação obtida é influenciada pelo indivíduo, e existem, como é óbvio, variações na percepção daquilo que se entende por «alteração de estado de saúde».

Além disso, a maior participação por parte do homem na força de trabalho fará com que minimize situações de morbilidade a que a mulher poderá atribuir maior importância.

O gradiente sócio-económico é quase inexistente no tipo de respostas para as quais se manifestou a procura (consultas médicas, automedicação com medicamentos conhecidos ou tratamentos caseiros, chás e ervas) para resolver as situações de morbilidade acima referidas.

Exceptuam-se situações específicas verificadas em alguns grupos etários, como, por exemplo, o grupo etário de 18 a 24 anos, no caso das *consultas* e da *automedicação*, em que a percentagem de indivíduos que consultam o médico é baixa, tanto no sexo masculino como no feminino, para o nível de escolaridade abaixo dos quatro anos.

Também em relação a *tratamentos caseiros, chás e ervas* se verifica uma situação de excepção desta vez em relação ao grupo etário mais idoso, de 75 e mais anos, e ao sexo feminino. Neste caso, são as mulheres com menor nível de escolaridade que mais utilizam este tipo de tratamento.

É preciso, no entanto, ter presente que na formulação da pergunta do questionário do INS 1995/96 apenas se sabe que recorreu ao médico, e não a *intensidade* com que utilizou *consultas* médicas, que usualmente diferencia os grupos sócio-económicos mais baixos relativamente ao mais alto consumo de grupos sócio-económicos mais elevados.

Um outro aspecto a destacar é que o *self-care* desempenha um papel importante no procedimento adoptado face a uma situação de «alteração do estado de saúde». Cerca de 53% da população do sexo masculino adoptam-no e esta percentagem é de 58% no sexo feminino.

De entre aquilo a que chamámos *self-care* (medicação com medicamentos conhecidos e tratamentos caseiros, chás e ervas), o principal papel é desempenhado pela automedicação com medicamentos conhecidos, que representa 76% do total.

Esta automedicação, porém, resultará, em muitos casos, de medicamentos previamente receitados pelos médicos, principalmente no caso de doenças crónicas em indivíduos mais idosos.

A tendência para a automedicação, mediante a utilização de medicamentos conhecidos, é superior no

sexo feminino, em relação ao sexo masculino, quanto a todos os níveis de escolaridade, embora as diferenças não sejam acentuadas (cerca de 4,6 % de diferença no nível de escolaridade inferior a quatro anos e esta diferença decresce com o nível de escolaridade até atingir apenas 1,4 % no grupo com maior escolaridade).

As desigualdades são muito reduzidas, como se verifica pelos baixos valores dos coeficientes de Gini, com excepção apenas de alguns grupos etários.

Por outro lado, o *self-care* com recurso a «tratamentos caseiros, chás e ervas» representa o tipo de resposta procurada pelos homens em 12,7% do total de procedimentos adoptados, sendo de 13,9 % para as mulheres.

As desigualdades são igualmente muito reduzidas, traduzidas por baixos valores dos coeficientes de Gini, como já se verificava com o *self-care*, que utilizava a automedicação, com excepção de alguns grupos etários.

É interessante notar que o tipo de desigualdade que se verifica no grupo etário do sexo feminino de mais de 75 anos é de sentido oposto, ou seja, são as mulheres com menor nível de escolaridade que mais recorrem a «tratamentos caseiros e a tomar chás e ervas».

## 5. Conclusões

### 1.ª conclusão

Da literatura revista é evidente a concordância entre os estudos realizados por diversos autores em diferentes países quanto à associação existente entre a morbilidade e o nível sócio-económico da população, quer este seja traduzido pelo rendimento, escolaridade ou ocupação.

Portugal também não constitui excepção. Utilizando-se dados do INS 1995/96, verificou-se que «a alteração do estado de saúde», declarada pelos próprios, está intimamente relacionada com o nível sócio-económico, traduzido pelos anos de escolaridade, que é o único gradiente sócio-económico disponível naquele inquérito.

### 2.ª conclusão

Verificou-se também que o sexo feminino apresenta uma morbilidade mais elevada do que o sexo masculino. Em termos de diferença percentual, esta é de cerca de 10% no grupo de menor escolaridade e de cerca de 6% no grupo com uma escolaridade igual ou superior a 13 anos.

Isto conduz, como é conhecido, a que a mulher seja uma maior utilizadora de cuidados de saúde.

O papel desempenhado pela idade vai no sentido de para os menores de 18 anos não existir praticamente diferença entre a morbilidade declarada pelo sexo masculino e pelo feminino, o que só volta a acontecer com o grupo etário de 75 e mais anos.

### 3.ª conclusão

Contrariamente ao que se passa com a morbilidade, o gradiente sócio-económico é quase inexistente nas respostas procuradas (consultas médicas, auto-medicação com medicamentos conhecidos ou utilização de tratamentos caseiros, chás e ervas).

Por outro lado, é de destacar que o *self-care*, em que se incluiu o facto de se tomar medicamentos que conhecia, representa cerca de 53% e 58% das respostas procuradas perante uma situação de alteração do estado de saúde, respectivamente, pelo sexo masculino e pelo feminino.

O recurso à consulta médica por 40% dos homens e 42% das mulheres que declararam «alteração do estado de saúde» revela um comportamento muito semelhante em ambos os sexos perante a procura de serviços de saúde.

A principal diferença no comportamento do sexo masculino e feminino será o facto de, respectivamente, 6,6% dos homens e apenas 0,3% das mulheres recorrerem a outros procedimentos ou não fazerem nada.

A idade também tem o seu papel a desempenhar, no que respeita aos procedimentos adoptados, perante uma situação de morbilidade. Quanto à utilização de consultas médicas, o grupo etário de 18 a 24 anos apresenta um gradiente sócio-económico, tanto no sexo masculino como no feminino, com maior consumo pelos indivíduos com maior nível de escolaridade, o que não se verifica com os restantes grupos.

Nos dois grupos etários mais jovens, < 18 anos e 18-24 anos, contrariamente ao que se verifica para a totalidade da população inquirida, é maior a auto-medicação no sexo masculino do que no feminino e aumenta mais claramente à medida que o nível de escolaridade aumenta.

Finalmente, também no grupo etário de 75 e mais anos, quanto ao sexo feminino, se verifica um comportamento distinto do da restante população, na medida em que são as mulheres de menor nível de escolaridade aquelas que mais utilizam «tratamentos caseiros e chás e ervas».

### Bibliografia

ARO, S., e HASAN, J.  
Occupational class, psychosocial stress and morbidity.  
«Ann. Clin. Res.», 1987, 19 (2), pp. 62-68.

BLAXTER, M.  
Evidence on inequality in health from a national survey.  
«Lancet», 1987, ii, 30-33.

CAIRNEY, J., e ARNOLD, R.  
Social class, health and aging: socioeconomic determinants of self-reported morbidity among the non-institutionalized elderly in Canada.  
«Canadian Journal of Public Health», 1996, 87 (3), pp. 199-203.

FACTIUS, J., et al.  
Deprivation and cause specific morbidity: evidence from the Somerset and Avon survey of health.  
«British Medical Journal», 1996, 312, pp. 287-292.

ESPINÀS, J., et al.  
«Estado de salud, utilización de servicios sanitarios morbilidad declarada: aplicación del análisis de correspondencias».  
«Rev. Esp. Salud Pública», 1995, 69, pp. 195-205.

FERRERA, M., e ZINCONE, G.  
La salute che noi pensiamo. Domanda sanitaria e politiche pubbliche in Italia. Bologna, Il Mulino, 1986, p. 240.

GIRALDES, M. R.  
Morbilidade e nível sócio-económico em Portugal.  
In Desigualdades sócio-económicas e seu impacto na saúde. Lisboa, Editorial Estampa, 1996, pp. 167-188.

GUAZINI, G.  
Stato di salute e utilizzazione dei servizi nella medicina pubblica.  
In La politica sanitaria in Italia, Milano, ed. A. Piperno, E. Angeli, p. 376.

HASAN, J.  
Social class, disease and death. University of Tampere, Tampere, 1988 (tese).

HÖLSTEIN BJORN, E.  
Denmark country paper. Review of recent empirical studies.  
In Inequalities in health and health care, eds. Kohler Lennart, Martin John, Göteborg, The Nordic School of Public Health, 1985, pp. 45-68.

LECLERC, A., et al.  
Level of education, lifestyle, and morbidity in two groups of white collar workers.  
«Journal of Epidemiology and Community Health», 1992, 46, pp. 403-408.

MADIANOS, M., e ZARNARI, O.  
«Health and the Greek society: an empirical analysis. National Center for Social Research, Atenas, 1988, pp. 439.

MASEIDE, P.  
Norway country paper. Social inequalities and inequities related to health: The case of Norway. Policy and research problems.  
In Inequalities in health and health care, eds. Kohler Lennart, Martin John, Göteborg, The Nordic School of Public Health, 1985, pp. 143-66.

MIELCK, A. (ed. lit.), e GIRALDES, M. R. (ed. lit.)  
Inequalities in health and health care: review of selected publications from 18 western European countries. Nova Iorque: Waxmann Munster, 1993, 238 páginas.

MINISTÉRIO DA SAÚDE  
Inquérito Nacional de Saúde 1995/1996, continente, dados gerais. Lisboa: Ministério da Saúde, 1997.

NOLAN, B.  
The utilization and financing of health services in Ireland, the Economical and Social Research Institute, Dublin, «General Research Series», paper n.º 155, 1991.

PELIKAN, J. M.  
The health burden of social inequities. Country profiles from 20 member states of the European region of the World Health Organization, Copenhagen, 1986, pp. 1-14.

SIMONART, C.  
Des écarts sociaux de santé. Association Nationale pour la Sécurité Sociale, Bruxelles, 1980, 47 páginas.

VAN GINNEKEN, J. K., e APPELBOOM, W. J.  
Influence of socio-economic factors on perceived morbidity and use of health services in the Netherlands.  
«Minder Gezondheid», 1986, n.º 10, pp. 5-9.

WAGSTAFF, A., e VAN DOORSLAER, E.  
Measuring inequalities in health in the presence of multiple-category morbidity indicators  
«Health Economics», 1994, 3, pp. 281-291.

## □ Résumé

### MORBIDITÉ DÉCLARÉE À L'INS 1995/96. QUELLES RÉPONSES? — UNE APPROCHE RÉALISÉE DANS UNE PERSPECTIVE D'ÉQUITÉ

Selon les études réalisées par divers auteurs de différents pays, il existe un lien évident entre la morbidité et le niveau socio-économique de la population, qu'il se traduise par le revenu, la scolarité ou la profession.

Le Portugal ne fait pas exception à la règle. En utilisant les données de l'INS 1995/96, on a observé que «la modification de l'état de santé», déclarée par les intéressés, est étroitement liée à leur niveau socio-économique. Celui-ci est déterminé par le nombre d'années de scolarité, unique gradient socio-économique disponible dans cette enquête.

On a observé également que les femmes présentent une morbidité plus élevée que les hommes. En pourcentage, cette différence est d'environ 10% dans le groupe de moindre scolarité, et d'environ 6% dans le groupe avec une scolarité égale ou supérieure à 13 ans.

Ceci conduit à ce que la femme, comme on le sait, fasse un plus grand usage des soins de santé.

L'âge joue un rôle: chez les moins de 18 ans, il n'existe pratiquement pas de différence entre la morbidité déclarée par les hommes et les femmes. Une telle situation ne se reproduit que dans le groupe des 75 ans et plus.

Contrairement à ce qui se passe avec la morbidité, le gradient socio-économique est pratiquement inexistant dans les réponses apportées par les intéressés (consultations médicales, automédication avec des médicaments connus ou utilisation de traitements maison, infusions et herbes).

D'autre part, il convient de souligner que sur l'ensemble des personnes interrogées, près de 53 des hommes et 58% des femmes ont déclaré avoir recours au self-care, tel que prendre des médicaments déjà connus, en cas de changement de leur état de santé.

Le fait que 40% des hommes et 42% des femmes qui ont fait état d'un «changement de leur l'état de santé» se rendent à la consultation médicale, révèle un comportement très proche entre les sexes face à la recherche de services de santé.

La principale différence de comportement entre le sexe masculin et féminin serait le fait que respectivement 6,6% des hommes et seulement 0,3% des femmes ont recours à d'autres expédients ou ne font rien.

L'âge joue également un rôle en matière d'attitudes adoptées face à une situation de morbidité. En matière de consultations médicales, le groupe des 18 à 24 ans présente un gradient socio-économique, pour les hommes comme pour les femmes, avec un usage plus important chez les personnes de niveau de scolarité élevé, phénomène qu'on n'observe pas dans les autres groupes.

Dans les deux groupes les plus jeunes, moins de 18 ans et 18-24 ans, contrairement à ce qui se produit pour la totalité de la population objet de l'enquête, l'automédication est plus importante chez les hommes que chez les femmes et elle augmente progressivement avec le niveau de scolarité.

Enfin, dans le groupe des 75 ans et plus, chez les femmes, on observe un comportement distinct du reste de la population, dans la mesure où ce sont les femmes de moindre niveau de scolarité qui utilisent le plus «traitements maison, infusions et herbes».

## □ Summary

### REPORTED MORBIDITY IN INS 1995/96. WHAT WERE THE REPLIES? — A PAPER LOOKING AT IT FROM THE POINT OF VIEW OF EQUALITY

In the literature, studies done by various authors in different countries clearly agree that there is an association between morbidity and the people's socio-economic level, whether represented by income, level of education, or occupation.

Portugal is no exception. Figures from INS 1995/96 show that «change in state of health», as declared by those concerned, is closely related to socio-economic level represented by years of schooling. This is the only socio-economic scale available in that survey.

Females have higher morbidity than males. The percentage difference is about 10% for the group of people who attended school for fewer years, and it is about 6% for the group that studied for 13 years or more.

This confirms that women make more use of health care.

The influence of age on this is such that for those younger than 18 years old there is practically no difference between morbidity reported by the two sexes. The only other group for whom this is true are those who are 75 or older.

By contrast with morbidity, there are hardly any socio-economic scales relating to the solutions tried (medical consultations, self-medication with known medicines, or use of home remedies, teas, and herbs).

It is noteworthy that, when there was an alteration in state of health, most of the solutions tried were self-care, which included taking medicines that the person already knew. The percentages were 53% for males, and 58% for females.

40% of men and 42% of women who reported an «alteration in state of health» resorted to a medical consultation. This shows that the behaviour of the two sexes was very similar when seeking health services.

The main behavioural difference between men and women was that 6.6% of men, but only 0.3% of women, used other procedures or did nothing.

Age also influenced procedures followed when there was morbidity. For both males and females aged between 18 and 24 there is a socio-economic curve; those with more schooling consume more services. This is not true of other age groups.

In the two youngest age groups (< 18 and 18-24) more males than females used self-medication, a trend that increased with higher levels of schooling. This contrasted with the practices of the surveyed population as a whole.

Lastly, females older than 75 were different from the rest of the population in one respect. In this group it is the less educated women who make more use of «home remedies, teas, and herbs».