

Inquéritos Nacionais de Saúde: auto-percepção do estado de saúde: uma análise em torno da questão de *género* e da escolaridade

JOÃO MANUEL VINTÉM

Apresentam-se resultados dos Inquéritos Nacionais de Saúde realizados em 1995/6, 1998/9 e 2005/6 (4.º INS), sobre a auto-percepção do estado de saúde da população inquirida em Portugal Continental, com 15 ou mais anos.

Reflecte-se sobre a maneira como é percebido o estado de saúde pelo próprio e a sua relação com a escolaridade e com o *género*. Os resultados revelam a importância da escolaridade e do *género*, enquanto factores distintivos, na forma como cada pessoa avalia, positiva ou negativamente, o seu próprio estado de saúde. Apesar de se evidenciar um aumento da auto-apreciação positiva, mantém-se a associação entre as pessoas com níveis de escolaridade mais baixos e uma auto-apreciação negativa e as mulheres tendem a apresentar uma apreciação menos positiva da sua saúde. Por último, apresentam-se algumas considerações breves em torno de diferenças entre países.

Palavras-chave: inquéritos de saúde; auto-percepção do estado de saúde; escolaridade; *género*.

1. Introdução

No quadro global de «modernidade avançada» ou «tardia» (Giddens, 1994 e 2000), no qual a sociedade portuguesa se tem vindo a integrar, a análise de alguns indicadores de saúde numa perspectiva de *género* é particularmente interessante. Por exemplo: a esperança média de vida é consistentemente inferior nos homens devido a taxas de mortalidade geralmente mais elevadas, apesar da morbilidade feminina ser habitualmente mais elevada. Por sua vez, na auto-apreciação do estado de saúde, as mulheres têm apresentado percentagens mais elevadas na consideração do seu estado de saúde como *mau* ou *muito mau* (cf. Silva, 1999; também Valente, Dias e Garcia, 1999: 74-94; Santana e Vaz, 1999: 149-150). É sobre este último tema que se pretende desenvolver uma breve análise, interpenetrando-a com o *género* e com a escolaridade (anos completados com aproveitamento).

A auto-percepção do estado de saúde (muitas vezes também designada por auto-avaliação do estado de saúde ou auto-apreciação do estado de saúde), enquanto indicador subjectivo, complementa indicadores do estado de saúde mais objectivos como a mortalidade e a morbilidade. À auto-percepção do estado de saúde é reconhecida, assim, grande importância como indicador do estado de saúde das pessoas porque mede a percepção subjectiva do estado físico e mental, é independente das interpretações médicas dos sintomas e é também um importante



João Manuel Vintém é sociólogo, mestrando em Família e Sociedade no Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa. Técnico Superior Principal, Divisão de Epidemiologia – Direcção-Geral da Saúde

Submetido à apreciação: 14 de Janeiro de 2008

Aceite para publicação: 28 de Julho de 2008

preditor da mortalidade bem como da utilização dos serviços de saúde (Rohlfs *et al.*, 2000; Simon *et al.*, 2005; Pikó *et al.*, 1997; Pinheiro *et al.*, 2002).

O *género*, *constructo* que constitui o suporte conceptual para a análise da diferenciação social entre homens e mulheres, é aqui utilizado tendo em conta que a diferenciação homens/mulheres é social e cultural e não apenas biológica. Nesta diferenciação são valorizadas as dimensões psicológicas, sociais e culturais que distinguem o masculino do feminino. Ao «sexo», enquanto variável observável, associa-se o *género*, enquanto elemento que sublinha as diferenças sociais entre homens e mulheres, separando-as das diferenças estritamente biológicas (Cova, 1998; Torres *et al.*, 2002; Leandro, 2001). Nesta ordem de ideias, assume-se que o *género* é um importante factor explicativo das diferenças entre homens e mulheres quando auto-avaliam o seu estado de saúde.

Mas, também os diferentes níveis de escolaridade são um indicador reconhecidamente útil na análise das questões da saúde (WHO, 1996: 87). Aos diferentes níveis de escolaridade estão associados diferentes valores, normas, hábitos e atitudes, que contribuem, assim, para a explicação da maneira como cada pessoa percebe o seu estado de saúde.

Neste artigo, far-se-á ainda uma breve incursão por algumas comparações internacionais, porém, com limitações e reservas, dado que a harmonização de métodos e instrumentos de recolha de informação sobre saúde ainda está por concluir e as culturas são diferentes.

A expressão da maneira como cada um se apercebe do seu próprio estado de saúde é um dos principais indicadores para a monitorização da saúde e da qualidade de vida da população (Portugal. Ministério da Saúde. DEPS, 1985: 34; WHO, 1996: 51). Assim, tendo como pressuposto que o indivíduo, por si próprio, é quem melhor poderá avaliar a sua saúde no contexto do seu percurso de vida e da sua cultura, é consensual que os inquéritos de saúde administrados junto da população são um dos melhores instrumentos de recolha de informação relativa à maneira como cada pessoa — homem ou mulher — aprecia o seu próprio estado de saúde.

2. Metodologia

O Inquérito Nacional de Saúde (INS) é um instrumento de medida e de observação em saúde, no qual os dados são recolhidos através da aplicação de um questionário junto de uma amostra probabilística representativa da população portuguesa. Proporciona informação sobre o estado de saúde e de doença da população, bem como dos seus determinantes. Em

condições determinadas permite estudar a evolução ao longo do tempo.

Até hoje, para além de inquéritos parcelares realizados no princípio da década de 80 do século passado, com a finalidade de testar a metodologia e a aplicabilidade no terreno, foram realizados alguns inquéritos de âmbito regional, três inquéritos que abrangem apenas Portugal Continental (1987, 1995/6 e 1998/9) e um inquérito nacional que incluiu as Regiões Autónomas (4.º INS — 2005/6).

A amostra probabilística utilizada no INS é seleccionada a partir da amostra-mãe definida pelo Instituto Nacional de Estatística para os inquéritos de família aplicados no país. A dimensão da amostra é de cerca de 20 000 famílias (56 000 indivíduos), distribuídas pelas Regiões do país. As entrevistas previstas são distribuídas pelas 52 semanas do ano, a fim de captar possíveis variações sazonais da doença.

A recolha de dados é feita por entrevista directa efectuada por entrevistadores recrutados para o efeito e a quem é administrada formação apropriada. Em 1987, a equipa de entrevistadores recolheu a informação, junto da população, em suporte de papel, no entanto, a partir do INS 1995/6, a recolha passou a ser feita pelo método CAPI — *Computer Assisted Personal Interview*.

Os dados recolhidos pelos entrevistadores são posteriormente alvo de uma validação (consistência, congruência), efectuando-se ainda a codificação de variáveis específicas (profissão, patologias, cuidados médicos, especialidades, acidentes). O ficheiro final de dados é ainda verificado antes de se passar à concretização do plano de apuramento de dados (cf. Dias e Graça, 2001: 1-13).

Em Portugal, desde 1995, os INS têm incluído a pergunta que permite medir a auto-percepção do estado de saúde da população: INS 1995/6 (Portugal, 1997), INS 1998/9 (Portugal, 2001) e INS 2005/6 (4.º INS), realizado pelo Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge em parceria com o Instituto Nacional de Estatística e com a colaboração da Direcção-Geral da Saúde e que abrangeu o território continental e as Regiões Autónomas dos Açores e da Madeira. A pergunta concebida para recolher informação sobre a auto-percepção do estado de saúde é a seguinte: «De uma maneira geral, como considera o [seu] estado de saúde [do(a) _____] ?». As alternativas de resposta são *Muito bom, Bom, Razoável, Mau, Muito mau*. Esta pergunta está inserida no questionário no capítulo das *Informações Gerais de Saúde*. Em 1995/6 foi aplicada apenas às pessoas de 15 e mais anos sendo o próprio a responder, mas em 1998/9 e em 2005/6 abrangeu também as pessoas até 14 anos, com informação dada por outrem. Por razões que se prendem com o objectivo de efectuar

comparações entre os três inquéritos, mas também comparações internacionais, esta breve análise restringe-se à população de 15 e mais anos inquirida em Portugal Continental. Foram utilizadas como fontes de informação principais: i) o «Inquérito Nacional de Saúde — Dados Gerais — Continente — 1995/1996», ii) o «Inquérito Nacional de Saúde — Dados Gerais — Continente — 1998/1999» e iii) a «Base de Dados do INS 05/06 (4.º INS)», oportunamente cedida à Direcção-Geral da Saúde. No tratamento estatístico recorreu-se aos programas informáticos *SPSS 15.0 for Windows* e *Microsoft Office Excel 2003*.

3. Resultados e discussão

Em termos globais, tanto em homens como em mulheres, parece registar-se uma mudança positiva da auto-apreciação do estado de saúde. Apesar disso, salienta-se que, no que concerne ao grupo das mulheres, estas tendem a considerar o seu estado de saúde de forma positiva em menor percentagem do que os homens e, paralelamente, de forma negativa em maior percentagem (*Quadro I*). A relação das mulheres com a *saúde e doença* assume uma relevância que remete para as questões de *género*, enquanto marcador das diferenças sociais entre os homens e as mulheres, pois as diferenças entre homens e mulheres, para além do aspecto biológico, terão também explicações de ordem sociocultural. No contexto da morbilidade, de modo geral, é conhecido que as mulheres valorizam mais os estados negativos, independentemente da idade (Cabral, Silva e Mendes, 2002). A este facto associa-se uma maior preocupação quanto à vivência corporal, com origem na distinção dos papéis sexuais mediante os

processos de socialização, nos quais se transmite — mais às raparigas do que aos rapazes — uma maior importância a dar aos aspectos do corpo e à percepção de sintomas. As representações sociais em relação à mulher relacionam-na com uma imagem estereotipada de fragilidade, contribuindo para a interiorização de uma auto-imagem com repercussões no domínio da *saúde e doença* individual das mulheres (Silva, 1999). Por outro lado, por via dos condicionamentos sociais, aos homens está associado um estereótipo de afirmação da masculinidade que contribui muitas vezes para uma maior ocultação do estado de mal-estar e até mesmo de doença (Laranjeira, 2004). Na *Figura 1*, constata-se que a percentagem de inquiridos (com 15 e mais anos) que referiu considerar o seu estado de saúde *Muito bom* ou *Bom* (MB/B) aumentou ligeiramente de 1995/6 para 1998/9 e de forma mais acentuada em 2005/6. A percentagem relativa aos que responderam considerar o seu estado de saúde como *Razoável* registou um pequeno aumento de 1995/6 para 1998/9, mas em 2005/6 desceu para um valor inferior ao de 1995/6. O aumento da qualificação positiva do estado de saúde foi, assim, acompanhado de um importante decréscimo das pessoas que consideraram o seu estado de saúde *Mau* ou *Muito mau* (M/Mm). Adicionalmente, no que respeita à idade, realça-se que os INS 1995/6 e 1998/9 revelaram que a percentagem de pessoas com auto-percepção positiva do seu estado de saúde diminui à medida que a idade aumenta. Contrariamente, a auto-percepção negativa é mais frequentemente referida pelas pessoas com idades superiores ao nível etário 45-54 anos (Graça e Dias, 2001). Os dados do 4.º INS mantêm estas tendências. Sublinha-se, contudo, que nestas tendências não devemos ver apenas a idade como atributo biológico, mas também como portadoras de significados

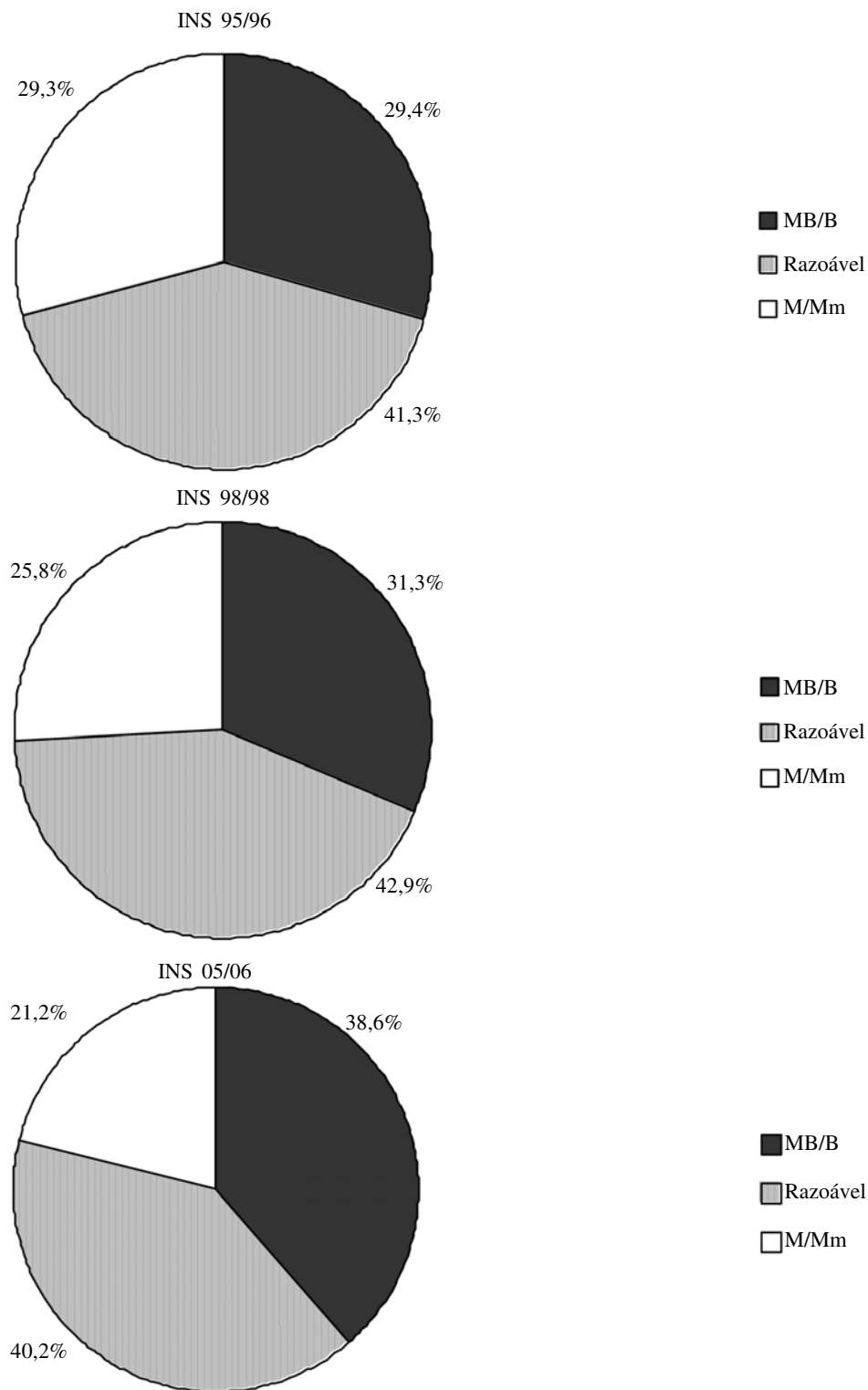
Quadro I
Auto-percepção do estado de saúde da população de Portugal Continental, com 15 e mais anos, por sexo (percentagem)

	INS 95/96			INS 98/99			INS 05/06		
	H	M	Total	H	M	Total	H	M	Total
Muito Bom	3,7	2,1	2,8	3,7	2,1	2,7	8,2	4,9	6,3
Bom	31,9	23,3	26,6	34,8	24,9	28,6	37,0	29,0	32,3
Razoável	41,1	41,5	41,3	41,6	43,7	42,9	38,3	41,5	40,2
Mau	18,5	25,7	22,9	16,2	22,9	20,4	12,9	18,3	16,0
Muito Mau	4,8	7,4	6,4	3,7	6,4	5,4	3,6	6,3	5,2

Fonte: INS 95/96 (MS/DEPS, 1997); INS 98/99 (MS/INSA/ONSA, 2001); INS 05/06 — 4.º INS.

Figura 1

Auto-percepção do estado de saúde (escala agregada) da população de Portugal Continental, com 15 e mais anos, nos Inquéritos Nacionais de Saúde de 1995/6, 1998/9 e 2005/6 (4.º INS)



sociais, ressaltando aqui a relação entre o *envelhecimento biológico* e o *envelhecimento social*.

Mas, para além do sexo e da idade, o indicador socioeducacional é também considerado importante na análise da problemática da *saúde e doença*. A escolaridade — enquanto *capital cultural dos indivíduos* — possui assim um importante potencial de explicação para as diferenças na maneira como as pessoas percebem o seu próprio estado de saúde.

Os INS 1995/6, 1998/9 e 2005/6 evidenciam que a população com níveis de ensino mais baixos (menos de 4 anos de escolaridade) considera com maior frequência o seu estado de saúde na categoria *Mau* ou *Muito Mau* (M/Mm), no entanto, parece registar-se uma alteração positiva ao longo do tempo: em 2005/6, inclusive, a percentagem é bastante inferior, ou seja, 15%, tendo chegado a atingir cerca de 60% em 1995/6. A escolha desta categoria concentra-se também no grupo das pessoas com 4 a 6 anos de escolaridade, verificando-se uma frequência residual nos

níveis de escolaridade mais altos, sobretudo nos de 13 e mais anos de escolaridade (*Figura 2*).

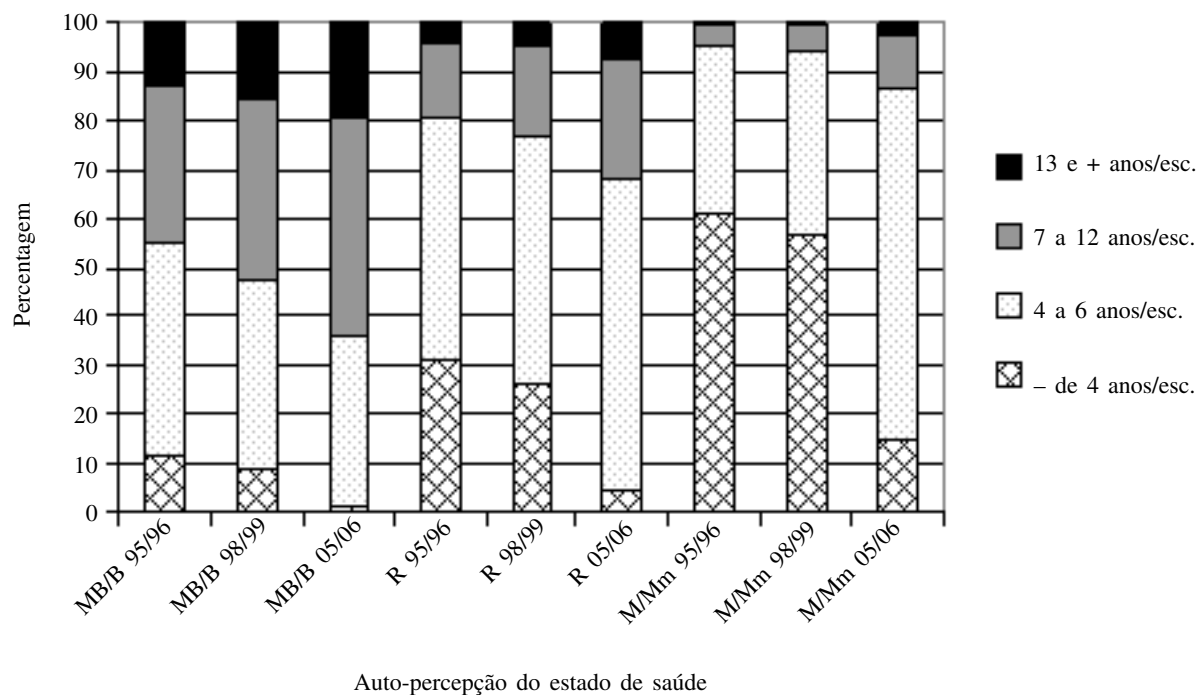
Entre os inquiridos com 7 a 12 anos de escolaridade, nos períodos em referência, registaram-se aumentos nítidos nas categorias *Muito bom* ou *Bom* (MB/B) e *Razoável* (R). As pessoas com 13 e mais anos de escolaridade optaram preferencialmente pela categoria *Muito bom* ou *Bom* (MB/B), tendo-se registado também um aumento de 1995/6 para 2005/6 (*Figura 2*).

Relativamente à auto-percepção do estado de saúde como *Muito bom* ou *Bom*, em 1995/6, 1998/9 e 2005/6 (*Figura 3*), verifica-se a existência de uma concentração dicotómica entre, por um lado, os inquiridos com menos de 4 anos de escolaridade e com 13 e mais anos de escolaridade com percentagens entre 1,0% e 22,6%, e, por outro, os inquiridos com 7 a 12 anos de escolaridade e com 4 a 6 anos de escolaridade, com percentagens entre 31,5% e 46,5%.

Ao comparar-se a auto-percepção do estado de saúde referido como *Muito bom* ou *Bom*, em 1995/6, entre

Figura 2

Auto-percepção do estado de saúde da população de Portugal Continental, com 15 e mais anos, segundo os anos de escolaridade completados, nos Inquéritos Nacionais de Saúde de 1995/6, 1998/9 e 2005/6 (4.º INS)



homens e mulheres, verifica-se que a escolaridade não é factor de distinção (*Figura 3*). Ou seja, homens e mulheres com o mesmo nível de escolaridade tiveram percentagens próximas, com a excepção do grupo com 4 a 6 anos de escolaridade, onde as mulheres responderam em percentagem razoavelmente inferior à dos homens. Em 1998/9, constata-se que também no grupo das pessoas com 4 a 6 anos de escolaridade há menos mulheres do que homens a referir o seu estado de saúde como *Muito bom* ou *Bom*; por sua vez, o grupo das mulheres com 13 e mais anos de escolaridade apresenta um valor superior ao dos homens. Em 2005/6 manteve-se este modelo.

Mas, ainda relativamente à consideração do estado de saúde como *Muito bom ou Bom*, vejamos agora de que forma a escolaridade interfere dentro de cada um dos grupos (homens e mulheres). Assim, relativamente aos homens, do INS 1995/6 para o INS 2005/6, verificou-se um aumento da percentagem nos homens com níveis de escolaridade superiores, isto é, com 7 a 12 anos de escolaridade (de forma mais acentuada) e 13 e mais anos de escolaridade. Também no grupo das mulheres se registou um aumento nestes níveis de escolaridade. Paralelamente, assistiu-se a uma diminuição das percentagens, tanto nos homens como nas mulheres, nos níveis de escolaridade mais baixos.

Quanto à escolha da categoria *Razoável* (*Figura 4*), categoria preponderante, destaca-se o grupo com 4 a 6 anos de escolaridade, com percentagens entre 47% e 67%. No extremo oposto, encontram-se as pessoas com 13 e mais anos de escolaridade mantendo percentagens muito semelhantes em 1995/6, 1998/9 e 2005/6. Os inquiridos com 7 a 12 anos de escolaridade mantêm uma certa homogeneidade de valores entre os diversos momentos de inquirição, apesar de em 2005/6 ter havido um ligeiro aumento.

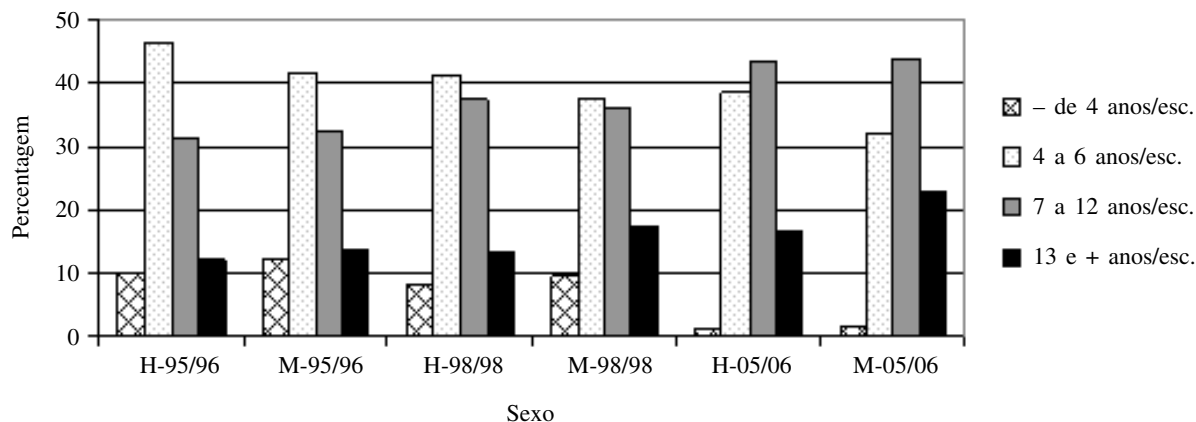
Observando as diferenças entre homens e mulheres, verifica-se não haver disparidades muito marcantes, realçando-se, no entanto, que, também aqui, tanto em 1995/6 e 1998/9 como em 2005/6, escolheram esta categoria mais mulheres com menos de 4 anos de escolaridade e mais homens com 4 a 6 anos de escolaridade.

Relativamente às diferenças entre homens e mulheres de *per si*, que consideraram o seu estado de saúde como *Razoável*, assinala-se a diminuição das percentagens, em 1995/6, 1998/9 e 2005/6, tanto nos homens como nas mulheres com menos de 4 anos de escolaridade.

No que concerne à auto-percepção do estado de saúde como *Mau* ou *Muito mau*, constata-se a existência de distinções mais marcantes (*Figura 5*): numa observação global, evidencia-se que os inquiri-

Figura 3

Auto-percepção do estado de saúde da população de Portugal Continental, com 15 e mais anos, que referiu ser o seu estado de saúde «Muito bom ou Bom», por anos de escolaridade e sexo, nos inquéritos nacionais de saúde de 1995/6, 1998/9 e 2005/6 (4.º INS)



dos com níveis baixos de escolaridade (menos de 4 anos de escolaridade e 4 a 6 anos de escolaridade), comparativamente com os de 7 a 12 anos de escolaridade e 13 e mais anos de escolaridade, referiram preponderantemente considerar o seu estado de saúde

Mau ou *Muito mau*. Comparando homens e mulheres, tanto em 1995/6 como em 1998/9, as mulheres com menos de 4 anos de escolaridade referiram esta categoria mais frequentemente do que os homens (uma discrepância de cerca de 15%); em 2005/6, esta

Figura 4
Auto-percepção do estado de saúde da população de Portugal Continental, com 15 e mais anos, que referiu ser o seu estado de saúde «Razoável», por anos de escolaridade e sexo, nos inquéritos nacionais de saúde de 1995/6, 1998/9 e 2005/6 (4.º INS)

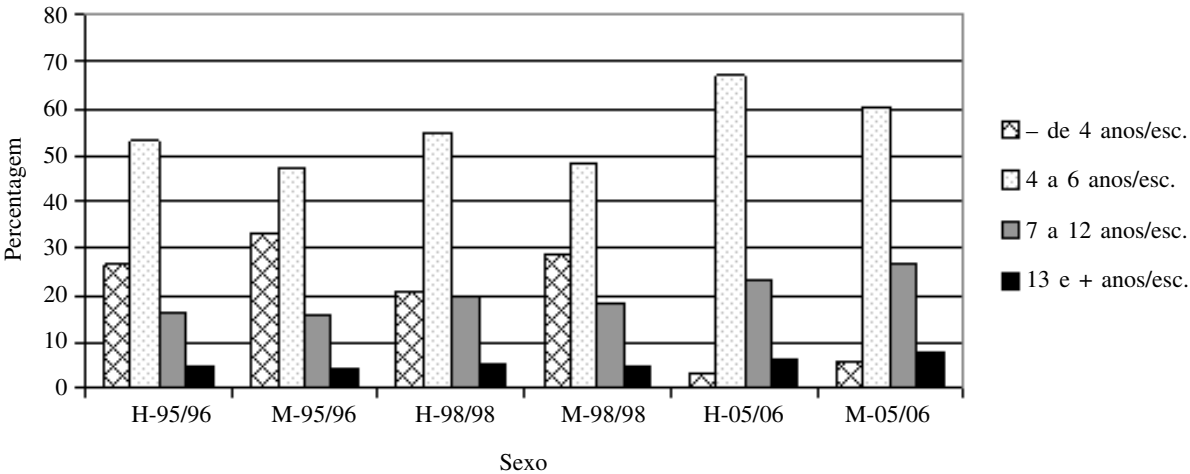
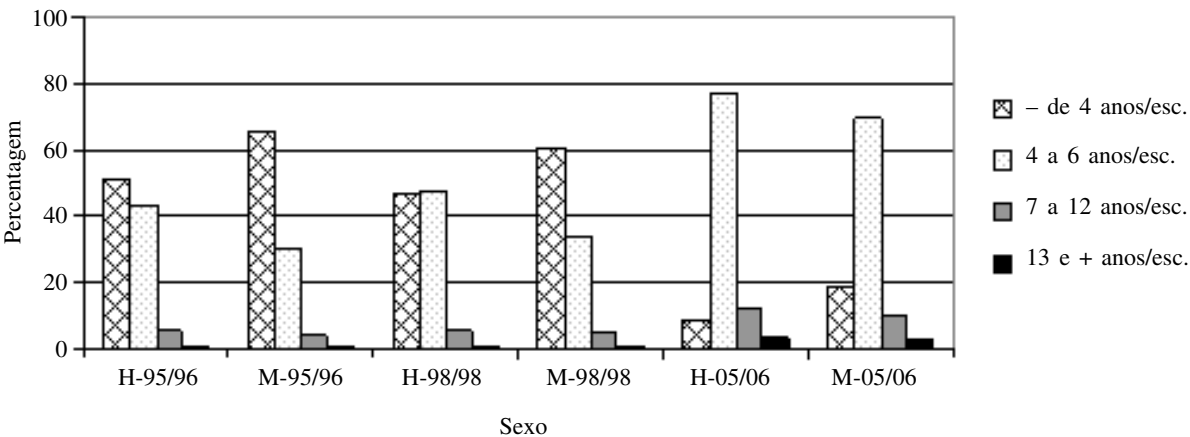


Figura 5
Auto-percepção do estado de saúde da população de Portugal Continental, com 15 e mais anos, que referiu ser o seu estado de saúde «Mau ou Muito mau», por anos de escolaridade e sexo, nos inquéritos nacionais de saúde de 1995/6, 1998/9 e 2005/6 (4.º INS)



distinção manteve-se, ainda que em menor percentagem (11,7%). Nos outros níveis de escolaridade, os homens destacaram-se das mulheres sobretudo no grupo com 4 a 6 anos de escolaridade, havendo uma diferença menor entre os dois sexos nos outros níveis.

Analisando as respostas em cada um dos grupos — homens e mulheres — e prestando atenção à evolução ao longo do tempo, repare-se que entre os homens houve um aumento, nalguns casos ligeiro, da consideração do estado de saúde como *Mau* ou *Muito mau*, com a excepção dos homens com menos de 4 anos de escolaridade, os quais, contrariamente, escolheram esta categoria em menor percentagem em 1998/9 e sobretudo em 2005/6. Nas mulheres ocorreu uma situação semelhante.

Em síntese, salienta-se que os resultados globais dos INS 1995/6, 1998/9 e 2005/6 evidenciam uma variação positiva da auto-percepção do estado de saúde da população portuguesa: da percentagem de pessoas que referiram o seu estado de saúde como *Muito bom* ou *Bom* sobressai um aumento, a par de uma redução

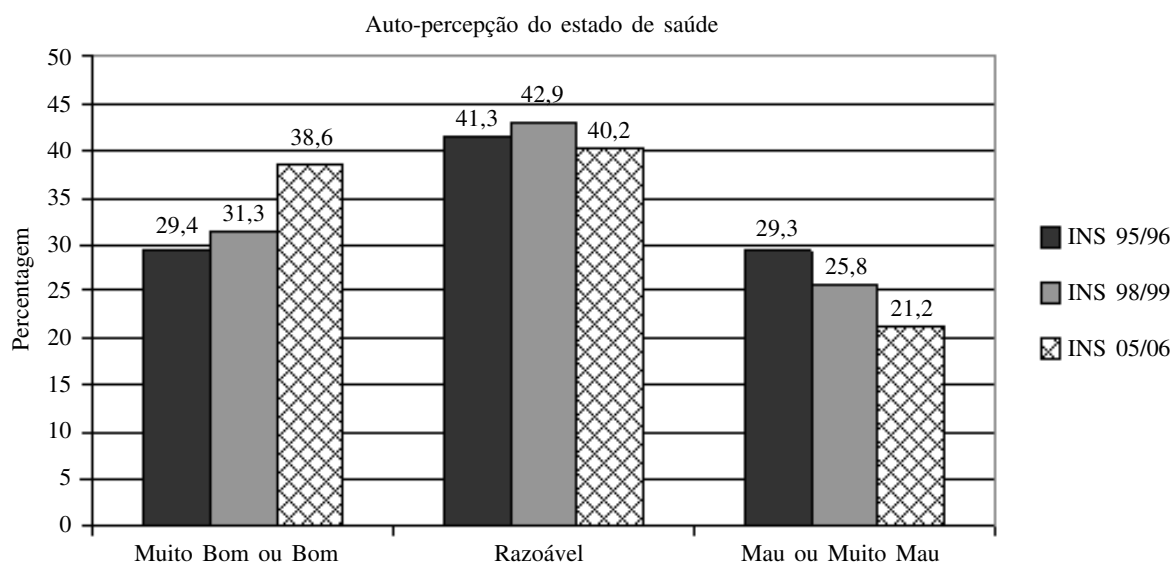
na percentagem dos que consideraram *Mau* ou *Muito mau* (Figura 6).

As pequenas alterações ocorridas de 1995/6 para 1998/9, eventualmente, são devidas ao facto de o período intercalar entre os dois inquéritos ser de apenas 3 anos (aspecto já apontado em Graça e Dias, 2001), o que contribui de certa forma para mudanças lentas. Porém, realçamos que a alteração mais significativa foi a diminuição da percentagem de pessoas com uma qualificação negativa do seu estado de saúde. O 4.º INS (2005/6), realizado sete anos após o anterior, evidenciou a mudança para qualificações mais positivas da auto-percepção do próprio estado de saúde.

Comparações internacionais

Por último, atentemos um pouco em dados de outros países, fazendo algumas comparações internacionais, aspecto que nos parece pertinente, ainda que o processo de recolha da informação não seja

Figura 6
Evolução da auto-percepção do estado de saúde da população de Portugal Continental, com 15 e mais anos, entre os inquéritos nacionais de saúde de 1995/6, 1998/9 e 2005/6 (4.º INS)



igual em todos os países. Acrescem ainda razões de ordem sociocultural que contribuem muitas vezes para as discrepâncias que se evidenciam. Aliás, este é um problema quando se pretende comparar a auto-percepção do estado de saúde, isto é, a necessária harmonização dos instrumentos de recolha é uma tarefa que tem vindo a ser concretizada há algum tempo (cf. WHO, 1996; European Commission, 2004a).
 Note-se que num mesmo país as respostas serão também elas diferentes se:

- i) o instrumento de recolha for diferente (inquérito de saúde exclusivo ou módulo de saúde integrado em inquérito mais alargado sobre as condições de vida);
- ii) a selecção e a dimensão da amostra seguirem diferentes critérios;
- iii) a formulação da pergunta diferente (por exemplo, perguntar «duma maneira geral, como considera o seu estado de saúde?» é diferente de perguntar «Qual é a sua percepção relativamente ao seu estado de saúde presente?», ainda que naquela primeira pergunta o estado de saúde presente possa influenciar, mas nem sempre);
- iv) for seguido ou não o procedimento de a pergunta poder ser respondida por outrem;

v) o método de recolha for diferente (postal, entrevista directa, telefone).

Repare-se então que, recorrendo a dados recolhidos, em Portugal, por outro instrumento que não o Inquérito Nacional de Saúde, os valores divergem (*Quadro II*). Os dados do Inquérito Eurostat são recolhidos pelo *ECHP — European Community Household Panel*, instrumento concebido em diversos módulos, entre os quais se encontra um relativo à saúde. Para além da metodologia aplicada ser diferente, a formulação da pergunta de auto-percepção do estado de saúde também é diferente.
 Assim, ainda com o devido cuidado, suportado nas considerações atrás mencionadas, constatamos (cf. European Commission, 2004b) haver também diferenças bastante evidentes entre Portugal e os outros países da União Europeia, inclusive, se tivermos em consideração outros países com níveis de desenvolvimento elevado, tais como os Estados Unidos da América e o Canadá, a diferença assume proporções ainda maiores. Estes dois países apresentam valores da ordem dos 90%, relativamente à auto-apreciação do estado de saúde como *Bom* ou *Muito Bom* ou *Excelente* (OECD, 2006).
 Não sendo objecto deste texto fazer comparações exaustivas, não nos deteremos na comparação com

Quadro II
Auto-percepção do estado de saúde da população de Portugal Continental, com 15 e mais anos, segundo o sexo, no Inquérito Nacional de Saúde de 2005/6 (4.º INS) e no Inquérito Eurostat (HIS round 2004) (percentagem)

	INS 05/06			Inquérito Eurostat (2004)		
	H	M	Total	H	M	Total
Muito Bom	8,2	4,9	6,3	3,2	1,9	2,4
Bom	37,0	29,0	32,3	31,6	22,2	25,8
Razoável	38,3	41,5	40,2	42,7	43,7	43,3
Mau	12,9	18,3	16,0	18,2	25,2	22,5
Muito Mau	3,6	6,3	5,2	4,2	7,1	6,0

Fontes: INS 05/06 — 4.º INS; Health Interview Surveys — HIS round 2004 — Eurostat/ NewCronos Database (European Commission, 2004b)

os países nórdicos, por exemplo, os quais apresentam uma auto-apreciação do estado de saúde deveras positiva. Então, observem-se no *Quadro III*, a título ilustrativo, as diferenças existentes entre Portugal e os países da União Europeia que partilham connosco o espaço geográfico mediterrânico (e, porventura, de proximidade no contexto sociocultural).

Portugal distancia-se dos países referidos em qualquer das qualificações, inclusive na consideração do seu estado de saúde como *Razoável*, na qual apresenta um valor muito mais elevado, facto que, de certa forma, pensamos que estará mais próxima duma qualificação positiva do que negativa. Esta é, aliás, uma questão que mereceria ser objecto de uma análise mais específica e detalhada, inclusive, recorrendo a uma metodologia qualitativa.

Se se excluir Portugal deste exercício comparativo, mesmo entre os outros quatro países identificam-se diferenças assinaláveis entre si. Evidencia-se a Grécia com um valor bastante elevado correspondente a *Muito Bom* e também se salienta o facto de uma percentagem apreciável da população francesa considerar o seu estado de saúde como *Mau*. Relativamente à Espanha, destaca-se a qualificação de *Bom*, assim como na Itália.

4. Conclusão

Enquanto indicador utilizado na monitorização da saúde e da qualidade de vida, a auto-percepção do estado de saúde não deverá ser dissociada das questões da *escolaridade* (anos completados com apro-

veitamento) e do *género* nem do tipo de inquérito ou do contexto sociocultural.

A *escolaridade* tem um papel importante na distinção entre os indivíduos, pois é um recurso que condiciona a saúde: pessoas com níveis de escolaridade mais altos aderem melhor a medidas de prevenção da doença e promoção da saúde e corrigem com maior frequência os seus hábitos e estilos de vida menos saudáveis.

O *género* afigura-se também como factor importante na maneira como cada pessoa aprecia o seu próprio estado de saúde, ou seja, os resultados apresentados indicam que há uma tendência para as mulheres subestimarem a apreciação positiva da sua saúde, contrariamente aos homens, os quais tendem a privilegiar essa mesma apreciação positiva.

No que concerne às diferenças entre alguns países — dos quais Portugal se distancia com uma auto-percepção positiva do estado de saúde com valores mais baixos —, refere-se que na sua origem, muitas vezes — para além das razões concernentes aos diferentes tipos de instrumentos de recolha, como foi salientado —, estão os diferentes percursos históricos das populações, as diferentes conjunturas político-económicas dos países, os diferentes sistemas de saúde, as diferentes relações médico-doente, as diferentes relações com a doença por parte dos indivíduos.

Em Portugal, existindo uma maior capacitação do sistema de saúde centrado no cidadão (cf. Portugal. Ministério da Saúde. DGS, 2004) e sendo possível que venham a ser conseguidos ganhos em saúde através, também, dos comportamentos dos indivíduos relativamente à prevenção das doenças e do recurso

Quadro III
Auto-percepção do estado de saúde nos países mediterrânicos da União Europeia (percentagem)

	Portugal	Espanha	França	Grécia	Itália
Muito Bom	2,4	11,4	23,8	45,7	18,9
Bom	25,8	56,9	45,8	27,1	42,1
Razoável	43,3	23,0	14,1	17,9	31,7
Mau	22,5	6,6	13,7	7,2	6,0
Muito Mau	6,0	2,2	2,5	2,1	1,3

Fontes: Health Interview Surveys — HIS round 2004 — Eurostat/NewCronos Database (European Commission, 2004b)

crescente aos serviços de prestação de cuidados de saúde — práticas que contribuem para estilos de vida mais saudáveis — é possível que tal se possa vir a traduzir também de uma forma positiva na auto-percepção do estado de saúde.

Agradecimentos

O autor agradece ao Prof. Doutor José Luís Castanheira a revisão crítica deste trabalho.

□ Referências bibliográficas

- CABRAL, M. V., coord.; SILVA, P. A.; MENDES, H. — Saúde e doença em Portugal. Lisboa : Imprensa de Ciências Sociais, 2002.
- COVA, A. — O conceito de feminismo numa perspectiva histórica. In SILVA, M. B. N.; COVA, A., orgs. — Estudos sobre as mulheres. Lisboa : Universidade Aberta, 1998.
- DIAS, C. M.; GRAÇA, M. J. — O Inquérito Nacional de Saúde em Portugal : história, métodos e alguns resultados. Lisboa : Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge. Observatório Nacional de Saúde, 2001.
- EUROPEAN COMMISSION — Building a European Health Survey System : improving information on self-perceived morbidity and chronic conditions. Luxembourg : European Commission, Health and Consumer Protection Directorate-General, Directorate C — Public Health and Risk Assessment, C2 — Health Information, 2004a. [Consult. 13 Jul. 2007]. Disponível em: <http://ec.europa.eu/health/ph/information/implementation/wp/morbidity/docs/ev20040120rd04en.pdf>.
- EUROPEAN COMMISSION — Health status : indicators from the National Health Interview Surveys (HIS round 2004) : self-perceived health by sex. Luxembourg : European Commission, Health and Consumer Protection Directorate-General, Directorate C — Public Health and Risk Assessment, C2 — Health Information, 2004b. [Consult. 13 Jul. 2007]. Disponível em: <http://ec.europa.eu/health/ph/information/dissemination/echi/echi30en.pdf>.
- GIDDENS, A. — Modernidade e identidade pessoal. Oeiras : Celta Editora, 1994.
- GIDDENS, A. — O mundo na era da globalização. Lisboa : Editorial Presença, 2000.
- GRAÇA, M. J.; DIAS, C. M. — Como as pessoas avaliam o seu próprio estado de saúde em Portugal. *Observações : ONSA*. 11 (Março 2001).
- LARANJEIRA, A. R. — Não és homem não és nada : masculinidade e comportamentos de risco. In AMÂNCIO, L. — Aprender a ser homem. Lisboa : Livros Horizonte, 2004.
- LEANDRO, M. E. — Sociologia da família nas sociedades contemporâneas. Lisboa : Universidade Aberta, 2001.
- OECD — OECD Health Data 2006 : statistics and indicators for 30 countries : Version 06/26/2006. Paris : Organisation for Economic Co-operation and Development Publications Service, 2006. Disponível em CD-ROM e em <http://www.oecd.org/health/healthdata>.
- PIKÓ, B. *et al.* — Frequency of common psychosomatic symptoms and its influence on self-perceived health in a Hungarian student population. *European Journal of Public Health*. Oxford : Oxford University Press. 7 : 3 (1997) 243-247.
- PINHEIRO, R. S. *et al.* — Género, morbilidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*. 7 : 4 (2002) 687-707.
- PORTUGAL. INE — População : principais indicadores demográficos. Lisboa : Instituto Nacional de Estatística, 2007. [Consult. 13-07-2007]. Disponível em: <http://www.ine.pt/proderv/indicadores/quadros.asp>.
- PORTUGAL. Ministério da Saúde. Departamento de Estudos e Planeamento da Saúde — Inquérito Nacional de Saúde : dados gerais : Continente — 1995/1996. Lisboa : DEPS — Departamento de Estudos e Planeamento da Saúde, 1997.
- PORTUGAL. Ministério da Saúde. Departamento de Estudos e Planeamento da Saúde — As metas da saúde para todos : metas da estratégia regional europeia da saúde para todos. Lisboa : Departamento de Estudos e Planeamento do Ministério da Saúde, 1985.
- PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde — Elementos estatísticos : informação geral : Saúde 2004. Lisboa : Direcção-Geral da Saúde/Direcção de Serviços de Informação e Análise/Divisão de Estatística, 2006.
- PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde — Plano Nacional de Saúde 2004-2010 : mais saúde para todos. Volume I : Prioridades; Volume II : Orientações estratégicas. Lisboa : Direcção-Geral da Saúde, 2004.
- PORTUGAL. Ministério da Saúde. INSA. ONSA — Inquérito Nacional de Saúde : dados gerais : Continente — 1998/1999. Lisboa : Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge/Observatório Nacional de Saúde, 2001.
- ROHLFS, I. *et al.* — La importancia de la perspectiva de género en las encuestas de salud. *Gaceta Sanitaria*. S.L. 14 : 2 (2000) 146-155.
- SANTANA, P.; VAZ, A. — Os serviços de saúde e as mulheres. In Direcção-Geral da Saúde (ed.) — A saúde da mulher em Portugal. Lisboa : Direcção-Geral da Saúde, 1999.
- SILVA, L. F. — Saúde das mulheres : o género, determinante cultural de saúde. *Revista de Epidemiologia*. Lisboa : Arquivos de Medicina. 13 : Suplemento 5 (1999) 31-34.
- SIMON, J. G. *et al.* — Perceived health : how is your health in general? : a qualitative study on self-assessed health. *European Journal of Public Health*. Oxford : Oxford University Press. 15 : 2 (2005) 200-208.
- TORRES, A. *et al.* — Atitudes e valores dos europeus : a perspectiva do género : elementos para uma análise transversal — European Social Survey — 2002. In Congresso Português de Sociologia, 5, Braga, 12 e 15 de Maio de 2004 — Sociedades contemporâneas : reflexividade e acção : actas. Braga : Associação Portuguesa de Sociologia, 2004.
- VALENTE, P.; DIAS, C. M.; GARCIA, A. C. — Evolução epidemiológica da saúde da mulher em Portugal. In Direcção-Geral da Saúde (ed.) — A saúde da mulher em Portugal. Lisboa : Direcção-Geral da Saúde, 1999.
- WHO (World Health Organization) — Health interview surveys : towards international harmonization of methods and instruments. Copenhagen : WHO Regional Publications. WHO Regional Office for Europe, 1996. (Statistics Netherlands, European Series; 58).

□ Abstract

NATIONAL HEALTH INTERVIEW SURVEYS: SELF-PERCEIVED HEALTH STATUS: AN ANALYSIS ABOUT GENDER AND SCHOOLING

This article presents results from the National Health Interview Surveys (NHIS) fulfilled in 1995/6, 1998/9 and 2005/6 (4th NHIS), about self-perceived health status of the population interviewed in Portugal Continental, with 15 years and more. Here, we reflect about the way as it is perceived the health status for the own one and his relation with schooling and

with gender. The results reveal the importance of schooling and gender, as distinctive factors, in the form as each person evaluates, positive or negatively, the own health status. In spite of shows up an increase of the positive auto-appreciation, the persons with lower levels of schooling have a tendency to refer with more frequency a negative appreciation and the women have a tendency to underestimate the positive appreciation.

Finally, short considerations are presented about differences between some countries.

Keywords: health interview surveys; self-perceived health status; schooling; gender.