
DETERMINANTES SOCIAIS E DESIGUALDADES EM SAÚDE EM PORTUGAL: ONTEM E HOJE

Déterminants sociaux et inégalités de santé au Portugal: hier et aujourd'hui

Social determinants and health inequalities in Portugal: yesterday and today

Manuela Mendonça Felício

Teresa Leão

Carlos Matos

Resumo

Uma abordagem histórica, para além da puramente epidemiológica, dos determinantes e das desigualdades sociais em saúde pode ajudar a compreender as desigualdades atuais, que foram sendo construídas ao longo do tempo. Na origem das desigualdades na distribuição da saúde pelos diferentes grupos socioeconômicos, encontram-se diferenças de acesso a recursos materiais e imateriais, e, nestes últimos, os aspectos psicossociais, que influem nas normas, nos comportamentos e, diretamente, na própria biologia das pessoas que vivem em circunstâncias menos favorecidas. O presente capítulo teve como objetivo descrever as diferenças e as semelhanças entre o perfil sociodemográfico e de saúde (incluindo as principais desigualdades em saúde e seus determinantes) do Portugal de “ontem” (século XIX) e de “hoje” (século XXI), no contexto europeu, com algumas reflexões e recomendações para o futuro.

Palavras-chave: Determinantes Sociais da Saúde. Desigualdades em Saúde, História da Saúde Pública, Epidemiologia

Résumé

Une approche historique, au-delà de la purement épidémiologique, des inégalités et des déterminants sociaux de santé, peut aider à comprendre les inégalités actuelles qui se sont construites au fil du temps. À l'origine des inégalités dans la répartition de la santé entre les différents groupes socio-économiques se trouvent les différences d'accès aux ressources matérielles et immatérielles, dans ces dernières, les aspects psychosociaux, qui influencent les normes, les comportements et la biologie des gens que vivent en circonstances moins favorables. Ce chapitre a donc cherché à décrire les différences et les similitudes entre le profil sociodémographique et de santé (incluant les principales inégalités de santé et leurs déterminants) du Portugal « d'hier » (19e siècle) et « d'aujourd'hui » (21e siècle), dans le contexte européen, avec quelques réflexions et recommandations pour l'avenir.

Mots-clés: Déterminants Sociaux de la Santé. Inégalités de Santé. Histoire de la Santé Publique. Epidémiologie.

Abstract

A historical approach, beyond the purely epidemiological one, to the determinants and social inequalities in health, can help to understand current inequalities, which have been built over time. At the origin of inequalities in the distribution of health among different socioeconomic groups, there are differences in access to material and immaterial resources, and, in the latter, psychosocial aspects, which influence norms, behaviors

and, directly, people’s own biology who live in less favored circumstances. This chapter aimed to describe the differences and similarities between the sociodemographic and health profile (including the main health inequalities and their determinants) of Portugal in “yesterday” (19th century) and “today” (21st century), in the European context, with some reflections and recommendations for the future.

Keywords: Social Determinants of Health. Health Inequalities. History of Public Health. Epidemiology.

1. Introdução

Uma perspectiva histórica, para além da puramente epidemiológica, sobre os determinantes e as desigualdades sociais em saúde pode ajudar a revelar continuidades e diferenças na vida dos lugares e das pessoas por elas impactadas, e o seu contexto. Também pode exibir pontos fortes e fracos nos domínios da investigação, da *legis* (normas e leis) e da *praxis* (intervenções), bem como identificar necessidades que podem ser capitalizadas e abordadas na concepção de uma mudança positiva futura, por meio de recomendações baseadas na evidência (de natureza quantitativa e qualitativa) decorrente dessa aprendizagem histórica¹. Uma abordagem histórica das desigualdades em saúde pode, portanto, auxiliar a compreender as desigualdades atuais que foram sendo construídas ao longo do tempo, bem como ajudar a identificar eventuais sistemas de privilégios e desvantagens baseados, por exemplo, na etnia, no gênero ou na classe social, que foram sendo incorporados na sociedade². Permite, da mesma forma, identificar a persistência de determinados padrões geográficos de desigualdades sociais e em saúde e encontrar a explicação ou hipóteses explicativas para a sua continuidade no decorrer do tempo, em oposição a outros padrões de desigualdades que, pelo contrário, foram-se esbatendo ou desaparecendo^{1,3}.

Um dos desafios mais importantes inerentes a essa abordagem diz respeito à qualidade dos dados e à sua comparabilidade ao longo do tempo. O primeiro recenseamento geral da população portuguesa data apenas de 1º de janeiro de 1864, sendo considerado o período anterior a essa data como a “era protoestatística”⁴. Essa é uma das razões pelas quais foi escolhido, neste capítulo, como referência do Portugal de “ontem”, o século XIX. Outro motivo tem a ver com a necessidade de o período da história escolhido ser suficientemente distante da realidade atual, mas não tão distante que não permita fazer análises e comparações que resultem em possíveis aprendizagens para a atualidade e para o futuro.

Importa, também, recordar a origem das desigualdades na distribuição da saúde pelos diferentes grupos socioeconômicos, pelas diferenças de acesso a recursos materiais e imateriais^{5,6}. No caso dos primeiros, uma escolaridade desigual alia-se não só a diferentes níveis de literacia, como também a uma distribuição desigual do acesso ao rendimento, condicionando o acesso a recursos básicos, como alimentação, condições de habitabilidade ou cuidados de saúde. A escolaridade tende a determinar igualmente o tipo de profissão desempenhado e, assim, a exposição a riscos ocupacionais. Todos estes recursos materiais – escolaridade, profissão e rendimento – interagem com recursos imateriais – como a percepção individual e societal de estatuto social, estigma, marginalização, prestígio, a sensação de escassez ou de controle, a expectativa no futuro e as preferências temporais – aspectos psicossociais que influem nas normas e comportamentos, assim como na própria biologia através do *embodiment*⁶.

O presente capítulo pretende, assim, descrever as diferenças e as semelhanças entre o perfil sociodemográfico e de saúde (incluindo as principais desigualdades em saúde e seus determinantes) do Portugal de “ontem” (século XIX) e de “hoje” (século XXI), no contexto europeu, com algumas reflexões e recomendações para o futuro.

2. Desenvolvimento

2.1 Determinantes sociais e desigualdades em saúde no Portugal de “ontem”

No início do século XIX, enquanto decorria a Revolução Industrial no continente europeu, Portugal encontrava-se alheado dessa onda de industrialização. A exclusividade econômica com o Brasil oferecia a Portugal a segurança econômica de que necessitava. Entretanto, as invasões francesas napoleônicas entre 1807 e 1810, seguidas da instabilidade política, primeiro entre absolutistas e liberais (1820-1834) e depois entre liberais (1834-1851), não permitiram lançar as bases da modernização econômica. Para além disso, em 1825, deu-se a independência do Brasil, e as colônias portuguesas no Ultramar não possuíam os recursos suficientes para assegurar a Portugal a estabilidade econômica perdida. Assim, durante a primeira metade do século XIX, Portugal atrasou-se no processo de industrialização, na renovação do sistema de transportes e de toda a alteração estrutural da economia devido às sucessivas crises políticas⁷.

A partir de 1822, surgiram os direitos individuais: a lei determinava que todos os portugueses eram (teoricamente) iguais. A nobreza passou a pagar impostos e o clero viu o seu património reduzido. Ao mesmo tempo, a burguesia passou a representar o principal estrato social. Em 1869, ocorreu a abolição da escravatura nos territórios portugueses. Contudo, apesar desses avanços no campo dos direitos humanos, a maioria da população

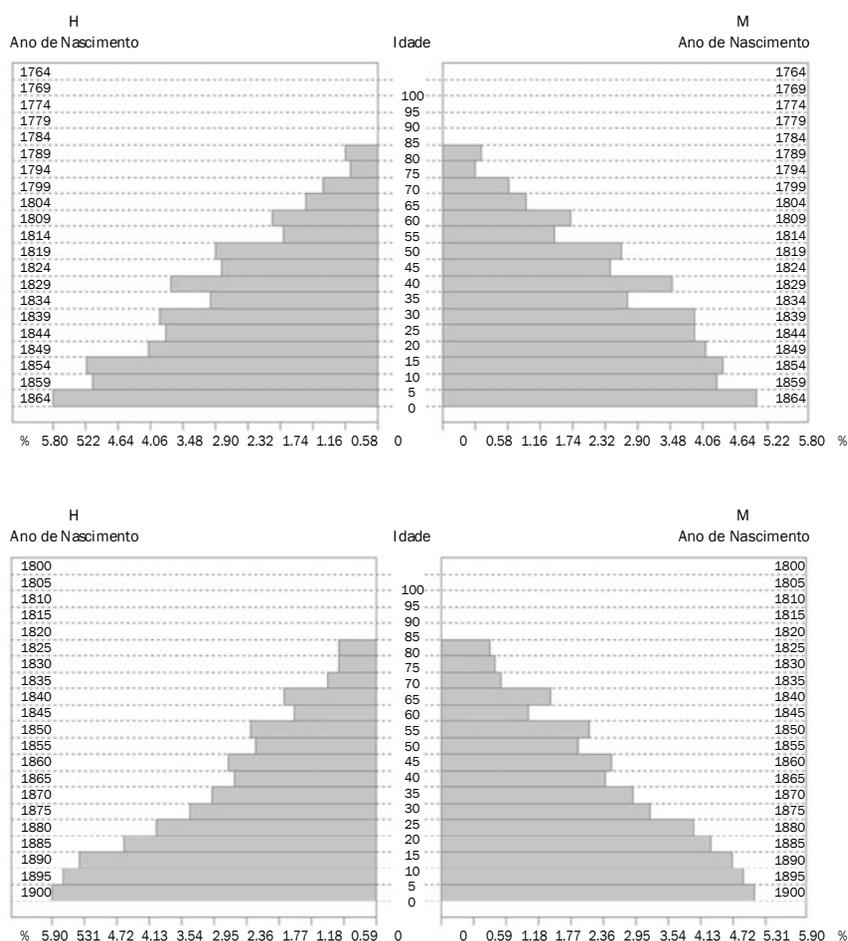
portuguesa continuava a ter más condições de vida, prevalecendo a fome, os salários baixos e famílias inteiras dedicadas à agricultura de subsistência e à criação de gado⁸.

A partir da segunda metade do século XIX e com o lento processo de industrialização, ocorreram migrações internas (“êxodo rural”), sobretudo para Lisboa, Porto e Setúbal. Com o desenvolvimento econômico do Brasil e a crise econômica de 1892, a emigração para a antiga colônia teve um grande impacto. No entanto, a grande alteração nas classes sociais verificada nessa segunda metade do século XIX, que ocorreu primeiro nas grandes cidades (Porto e Lisboa), foi o aparecimento da classe operária, que trabalhava cerca de 12 horas diárias, em fábricas com más condições de trabalho e com salários baixos. As mulheres e as crianças, que ocupavam lugares que exigiam menor força física, também contribuía para a subsistência familiar⁸.

Em 1801, Portugal tinha cerca de 2,9 milhões de residentes. Diante do contexto histórico anteriormente descrito, que divide sensivelmente esse século ao meio, será fácil compreender por que é que, apesar de a população portuguesa ter aumentado cerca de 75% durante o século XIX, a variação do número de residentes entre 1801 e 1851 tenha sido de apenas 23,4%, contra os cerca de 42% registados entre essa última data e 1900. Esse fato justifica-se pela melhoria progressiva das condições de vida da população: período de paz e estabilidade política e social; melhoria da alimentação, com o aumento do consumo da batata e do milho; ausência de “crises demográficas” (decorrentes da tríada “guerra, fome e peste”). Contudo, o perfil demográfico encontrase, ainda, dominado pelo chamado Antigo Regime, típico da economia pré-industrial, ou seja, uma esperança de vida à nascença baixa, uma natalidade elevada e uma mortalidade também elevada (incluindo a mortalidade infantil). Contrariamente ao observado em outros países europeus, só no final desse século começaram a observar-se alguns sinais de transição demográfica, sobretudo, com a diminuição progressiva da mortalidade, nomeadamente, da mortalidade infantil, mantendo-se a natalidade elevada, e com um acréscimo da esperança de vida (cerca de 4 anos)^{4,9}.

Na figura 1, observam-se as pirâmides etárias da população portuguesa na segunda metade do século XIX e início do século XX. Salienta-se o aumento da razão de masculinidade nos períodos correspondentes aos anos férteis das mulheres (sobretudo abaixo dos 40 anos), devido à elevada mortalidade materna durante e imediatamente após o parto. Evidencia-se, também, a diminuição da população masculina em idade ativa (comparando as duas pirâmides) em razão do aumento progressivo da emigração, principalmente no final do século XIX. Tal fato, aliado à redução da mortalidade, resultou em um pequeno alargamento na base e no topo da pirâmide etária (discreto aumento da proporção dos jovens e dos idosos)⁴.

Figura 1. Pirâmides etárias da população portuguesa, 1864 (acima) e 1900 (abaixo)



Fonte: adaptado de Rodrigues⁴.

Para além da emigração, os fluxos migratórios internos (sobretudo masculinos e dos grupos sociais mais desfavorecidos) contribuíram para as desigualdades geográficas regionais observadas, levando à diminuição da nupcialidade e da natalidade nos distritos mais afetados por esses fenômenos, como é o caso de Viana do Castelo. Nos centros urbanos, aumentavam as uniões de fato e os filhos ilegítimos, bem como as “crianças expostas”, estas últimas mais vulneráveis e com uma elevada mortalidade infantil^{4,10}.

No Portugal do século XIX, a mortalidade variava ao longo do ciclo de vida. No início desse século, a mortalidade infantil atingia cerca de um quarto dos NV antes de completarem 1 ano de vida, e apenas metade das crianças completava os 7 anos de ida-

de. Depois a mortalidade diminuía para atingir, entre os 10 e 15 anos de vida, os seus valores mínimos. Contudo, em locais onde as condições socioeconômicas, de higiene e salubridade eram piores, a febre tifoide e as “disenterias” predominavam como causa de morte, tornando essa diminuição menos acentuada. Em seguida, a mortalidade voltava a aumentar, tendo como principal causa, entre os 20 e os 40 anos, a tuberculose. Era também nesses grupos etários que se observava uma maior mortalidade feminina, por causas relacionadas com a gravidez e o parto. Da mesma forma, observava-se nessas idades uma maior mortalidade masculina, quando existia algum conflito armado. Em situação de paz, após os 40 anos e, sobretudo, após os 50 anos, a mortalidade aumentava acentuadamente, atingindo predominantemente os homens^{8,9}.

Para além das desigualdades socioeconômicas, também existiam as desigualdades geográficas. Assim, nas cidades, morria-se mais e muito cedo, e era onde se observavam as maiores desigualdades sociais. Nas “zonas nobres” de Lisboa e Porto, viviam as famílias mais abastadas e, portanto, com uma melhor alimentação e melhores condições (nomeadamente, habitacionais) para isolar e tratar quem fosse afetado por alguma doença infecciosa. Os surtos e as epidemias de doenças infecciosas ocorriam, acima de tudo, nos bairros pobres, onde a sobrelotação, a falta de qualidade da água e de saneamento básico criavam as condições ideais para a sua propagação^{4,9}.

Nas zonas rurais, as desigualdades atuavam de um modo diferente. A mortalidade tinha um perfil mais sazonal, assinalando-se dois picos: um no inverno, no qual o frio e a falta de alimentos tornavam os mais idosos vulneráveis a infecções respiratórias; outro no verão, início do outono, designado por “massacre dos inocentes”, por atingir principalmente as crianças. Essa era a época de maior atividade agrícola, nomeadamente, para as mulheres trabalhadoras rurais que amamentavam, ficando as crianças mais vulneráveis. Adicionalmente, a ingestão de alimentos e água impróprios para consumo desencadeava surtos de doenças infecciosas, por exemplo, a febre tifoide^{4,9}. Na viragem do século XIX para o século XX, encontramos também desigualdades geográficas na distribuição da taxa de mortalidade infantil (figura 2). Em nível nacional, as cidades do Porto e de Lisboa apresentavam valores elevados dessa taxa, e os Açores, os valores mais elevados (240 por mil NV)⁴.

Figura 2. Alguns indicadores de saúde da população portuguesa do continente no século XIX

Distritos	TBM (%)	TMI (%)	eo (anos)
Aveiro	17.7	92.6	52
Beja	23.8	157.9	43
Braga	19.2	61.0	56
Bragança	21.7	119.0	43
Castelo Branco	24.7	162.1	40
Coimbra	17.0	88.7	53
Évora	20.5	180.5	43
Faro	21.1	157.2	39
Guarda	25.7	155.8	51
Leiria	16.6	116.4	30
Lisboa	22.8	226.9	42
Portalegre	22.1	210.3	37
Porto	23.0	171.1	49
Santarém	16.3	139.5	54
Viana do Castelo	17.3	97.7	46
Vila Real	17.8	104.6	52
Viseu	19.2	104.1	48

TBM – taxa bruta de mortalidade; TMI – taxa de mortalidade infantil; eo (anos) – esperança de vida à nascença.
 Fonte: adaptado de Rodrigues⁴.

Os excessos de mortalidade tornaram-se cada vez mais associados aos locais de maior concentração da população, piores condições de salubridade e da habitação, e menor nível de rendimento. A redução dos excessos de mortalidade típicos do Antigo Regime demográfico que ocorreu a partir de meados do século XIX deveu-se, em uma primeira fase, à implementação célere pelo Estado de medidas de saúde pública para o controle dos surtos e epidemias de determinadas doenças infecciosas, seguida da ação de higienistas e de campanhas de vacinação, na sequência das descobertas de Jenner e Pasteur⁴.

No que diz respeito às principais causas de morte, as primeiras informações datam de 1802. Nestas, pode observar-se um claro predomínio das doenças infecciosas⁴. Importa dar um especial destaque à tuberculose que, devido às más condições de vida e de trabalho, bem como de higiene individual e coletiva, tornou-se uma das principais causas de morte, especialmente nos adultos jovens e nos locais de maior densidade populacional. Na cidade do Porto, no final do século XIX e início do século XX, causava cerca de 17% dos óbitos¹¹.

Na segunda metade do século XIX, o consumo de bebidas alcoólicas, até então, em regra, moderado, aumentou em Portugal, sobretudo de vinho, acompanhando o resto da Europa. Entre os estratos socioeconômicos mais desfavorecidos, estes ocupavam um lugar particularmente importante, tendo em vista a crença generalizada no seu valor como fonte de energia para o trabalho. Assim, o alcoolismo acabou por se tornar um novo e grave problema social, muitas vezes associado à violência doméstica e à criminalidade¹². Só nesse século, este passou a ser abordado também como um problema de saúde, considerando o abuso do álcool como causa de doença mental¹³.

Apesar de o consumo de tabaco existir há vários séculos, o cigarro surge somente no fim do século XIX. Começando por ser consumido principalmente por marinheiros, rapidamente se alargou a outros estratos sociais na Península Ibérica e no Mediterrâneo. Pelo seu custo e pela facilidade de uso, foi produzido em massa e contribuiu para uma rápida expansão do consumo de tabaco em Portugal e em nível mundial¹⁴.

A proteção social e na saúde e respectivos serviços e equipamentos, bem como o acesso a eles, são importantes determinantes de saúde. Foi no século XIX que nasceu o conceito de “assistência” como dever e obrigação do Estado, apesar de enraizado nos valores judaico-cristãos. Contudo, só em 1899, pela mão de Ricardo Jorge, iniciou-se a organização dos serviços de saúde públicos. A prestação de cuidados de saúde era então privada, cabendo ao Estado apenas a assistência aos pobres¹⁵. Assim, existiam hospitais, na sua maioria geridos pelas Misericórdias. Estes, contudo, tinham poucas camas, por vezes sem médicos ou outros profissionais habilitados, nem condições de conforto e de higiene para receber e tratar os doentes. Para além disso, eram procurados, sobretudo, por pessoas pobres, uma vez que as mais ricas preferiam ser tratadas em casa. Os meios medicamentosos de que se dispunham na altura eram limitados e, na sua maioria, pouco eficazes, o que levava as pessoas a confiarem mais em “curandeiros” do que nos médicos. Nas epidemias, perante a falta de capacidade dos hospitais, eram instalados hospitais de campanha, recrutados médicos aposentados e, quando necessário, ocupados edifícios públicos¹⁵. Existiam também os asilos, criados para a assistência a crianças, idosos, doentes e inválidos sem recursos e/ou abandonados, e a mendigos¹⁶.

É também desse século a Roda dos Expostos. Na época, um em cada oito NV eram abandonados. Só em Lisboa, 32% das crianças abandonadas eram recolhidas e criadas. Dados o número crescente de “expostos” e a elevada mortalidade dessas crianças, em 1867, decretou-se a abolição da Roda, impôs-se a identificação parental e generalizaram-se os subsídios de lactação, como combate ao abandono e ao infanticídio^{10,17}.

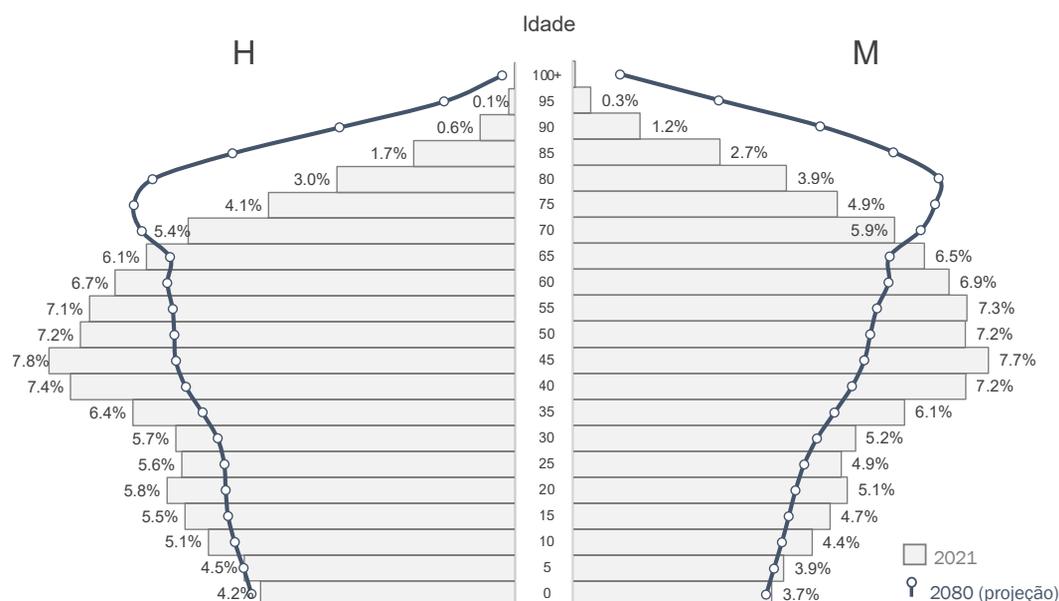
A maioria dos hospitais e ordens religiosas recusavam-se a admitir doentes com doenças crônicas e infecciosas consideradas incuráveis, que acabavam por falecer em

casa¹⁸, muitas vezes com sofrimento acrescido por condições de vida (incluindo a habitação) precárias. Assim, da infância ao final de vida, perpetuavam-se, nesse século, as desigualdades sociais e em saúde.

2.2 Determinantes sociais e desigualdades em saúde no Portugal de “hoje”

No Portugal de “hoje”, residem aproximadamente 10,4 milhões de pessoas¹⁹. Estima-se que a população portuguesa atinja os 8 milhões de habitantes em 2080 – uma redução populacional de cerca de 20% (figura 3). A população tem decrescido na última década, fruto do envelhecimento e da redução da taxa de fecundidade. No entanto, apesar do saldo natural negativo, recentemente, pôde observar-se um aumento populacional, à custa de um saldo migratório positivo e superior ao saldo natural.

Figura 3. Pirâmide etária da população portuguesa, 2021 e 2080 (projeção)



Fonte: Instituto Nacional de Estatística, IP – Portugal. Elaborada pelos autores.

A concentração crescente da população nas áreas metropolitanas do litoral mantém-se, com uma densidade populacional de 423 indivíduos por km² nas áreas costeiras em face de 65 indivíduos nas áreas não costeiras²⁰. A proporção de população residente em áreas urbanas tem também aumentado: em 1960, era cerca de 35%, sendo por volta de 68% nos dias de hoje²¹.

Para além de, atualmente, os agregados familiares terem uma dimensão reduzida, com 2,5 indivíduos, em média, 25% do total dos agregados domésticos privados são compostos por indivíduos a viver sozinhos^{22,23}. Destes, cerca de 61% são mulheres, maioritariamente idosas e com o ensino básico.

Mais de 5% da população residente em Portugal é de nacionalidade estrangeira em contraposição a 1,1% em 1991²⁴, e cerca de metade desta habita na Região de Lisboa e Vale do Tejo. Mais de um terço dos imigrantes com nacionalidade estrangeira é proveniente do Brasil (37%), ainda que nos últimos anos se tenha observado um aumento acentuado do número de imigrantes provenientes do subcontinente indiano. Uma grande parte é de jovens adultos, com baixo nível de escolaridade, e auferem rendimentos baixos que não conseguem cobrir os custos da habitação, residindo frequentemente em alojamentos sobrelotados.

No triénio 2018-2020, a taxa de mortalidade infantil era de 2,9 óbitos por mil NV. O valor mais baixo desta taxa foi observado na Região Centro (2,3/1.000 NV), e o mais elevado, na Região Autónoma dos Açores (3,7/1.000 NV)²⁵.

No Portugal de “hoje”, encontramos também outras desigualdades geográficas na distribuição da mortalidade e da esperança de vida à nascença (tabela 1).

Tabela 1. Alguns indicadores de saúde da população portuguesa no século XXI

Distrito	Nº municípios no distrito	TMI 2017-2021* [Mediana (Q1 - Q3)]	TBM 2022* [Mediana (Q1 - Q3)]	Esperança de vida à nascença 2021** [estimativa (IC95%)]
Aveiro	19	2.1 (0.2 - 2.8)	11.6 (10.4 - 13.2)	82.4 (82.1 - 82.7)
Beja	14	3.9 (0.5 - 6.8)	18.7 (16.4 - 21.8)	79.0 (78.3 - 79.6)
Braga	14	2.1 (1.6 - 2.9)	10.0 (8.5 - 12.7)	83.3 (83.0 - 83.6)
Bragança	12	0.4 (0 - 6.0)	18.7 (16.2 - 21.6)	81.7 (81.0 - 82.5)
Castelo Branco	11	0.0 (0 - 2.4)	20.3 (16.3 - 25.1)	81.8 (81.2 - 82.5)
Coimbra	17	1.6 (0 - 2.9)	15.2 (13.8 - 16.5)	81.8 (81.4 - 82.1)
Évora	14	0.0 (0 - 2.7)	18.0 (16.2 - 19.0)	81.0 (80.4 - 81.6)
Faro	16	2.9 (1.2 - 3.8)	13.2 (12.3 - 15.3)	80.6 (80.2 - 81.0)
Guarda	14	0.0 (0 - 1.2)	20.7 (19.4 - 22.4)	81.6 (81.0 - 82.2)
Leiria	16	2.0 (0.9 - 3.3)	13.8 (12.8 - 16.0)	81.7 (81.4 - 82.1)
Lisboa	16	3.0 (2.6 - 3.6)	10.8 (9.9 - 12.2)	80.8 (80.6 - 81.0)
Portalegre	15	0.0 (0 - 3.5)	22.3 (18.7 - 24.0)	80.0 (79.2 - 80.7)
Porto	18	2.8 (2.1 - 3.0)	9.5 (8.5 - 10.3)	82.3 (82.1 - 82.5)
Santarém	21	1.8 (0 - 3.6)	13.0 (10.6 - 15.4)	80.8 (80.4 - 81.2)

Setúbal	13	3.0 (1.5 - 3.7)	13.7 (12.2 - 17.0)	80.3 (80.0 - 80.5)
V. do Castelo	10	3.0 (2.1 - 4.1)	14.7 (13.5 - 18.6)	82.4 (81.9 - 82.9)
Vila Real	14	0.0 (0 - 6.7)	11.4 (10.8 - 12.8)	82.1 (81.5 - 82.8)
Viseu	24	0.8 (0 - 3.5)	15.1 (13.5 - 17.2)	82.1 (81.7 - 82.5)
RA Açores	19	3.2***	11.3***	79.1 (78.6 - 79.7)
RA Madeira	11	3.0***	12.3***	79.7 (79.2 - 80.2)

TMI – taxa de mortalidade infantil; TBM – taxa bruta de mortalidade; RA – Região Autónoma

* Por mil; os valores representam a mediana e a amplitude interquartil dos municípios que compõem o distrito. ** Os valores representam o cálculo para o distrito como um todo, utilizando os óbitos de 2021 e a população dos Censos 2021. Cálculo próprio. *** Valor agregado para a RA.

Fonte: Instituto Nacional de Estatística, IP – Portugal. Elaborada pelos autores.

O risco de morrer prematuramente em Portugal (taxa de mortalidade padronizada para a idade, para todas as causas, abaixo dos 75 anos) manteve a tendência decrescente dos últimos séculos e décadas, ainda que com uma desaceleração no período 2011-2019 (redução de 11 óbitos/100 mil habitantes-ano em média), comparativamente ao período 1992-2010 (redução de 29 óbitos/100 mil habitantes-ano em média)²⁵. Este fato provavelmente não terá sido alheio à crise econômica de 2008-2013, com o aumento do desemprego acompanhado por cortes na despesa com os setores social e da saúde²⁶.

O risco de morrer apresenta um gradiente socioeconômico: as pessoas que habitam em áreas com maior privação socioeconômica apresentam maior mortalidade por todas as causas²⁷. Esta também é superior nas pessoas com estatuto socioeconômico mais baixo, o que denota um efeito multiplicador da privação socioeconômica individual e contextual na saúde²⁷. A tendência decrescente da mortalidade apresenta também diferenciais socioeconômicos: a redução observada nas últimas décadas parece ter sido mais lenta nos jovens que habitavam nos municípios socioeconomicamente mais desfavorecidos, com um alargamento das desigualdades socioeconômicas na mortalidade evitável (por causas evitáveis ou tratáveis) com a crise econômica de 2008-2013²⁶. Esta também parece ter condicionado um aumento da mortalidade por suicídio e outras lesões autoinfligidas (de 13%), com maior risco nos homens, pessoas em situação de desemprego e com privação material^{26,28}.

O padrão observado na mortalidade por todas as causas pode ser explicado pelo que se observa na distribuição de doenças crônicas: em 2005/2006, a prevalência de doenças cardiovasculares na metade da população portuguesa com menor rendimento era 54% superior à outra metade com maior rendimento²⁹. A disparidade era maior na prevalência de acidente vascular cerebral (75% superior), e menos marcada na obesidade, diabetes *mellitus* e hipertensão arterial, com prevalência, respectivamente, de

29%, 31%, e 37% superior nas pessoas com menor rendimento. Essas desigualdades também se observavam relativamente ao nível de escolaridade: as pessoas com ensino básico apresentavam uma prevalência entre 1,5 e 2 vezes superior às que tinham completado o ensino superior³⁰. Esses resultados alinham-se com um estudo ecológico, realizado com dados em nível de freguesia, que apontava que, em 2013, na região norte de Portugal, a prevalência de diabetes *mellitus* e hipertensão arterial era superior nas freguesias com menor proporção de habitantes com ensino superior e a trabalhar no setor terciário, com maior proporção de desempregados e com isenção de taxas moderadoras por motivos econômicos³¹. Esses fatores socioeconômicos contribuía com até 20% da prevalência dessas doenças. Em 2022, analisando a distribuição socioeconômica dos fatores de risco para maior letalidade por covid-19, o mesmo padrão foi observado para diversas doenças crônicas³².

Ainda que tenha existido uma redução das desigualdades na distribuição das doenças crônicas entre os anos 1980 e os primeiros anos da década de 2000, houve uma quebra dessa tendência a partir de 2005/2006, com alargamento das desigualdades na prevalência de diabetes *mellitus*, hipertensão arterial, acidente vascular cerebral, enfarte agudo do miocárdio, asma, doença pulmonar obstrutiva crônica e depressão autorreportados, provavelmente aceleradas pela crise econômica^{28,30}.

Apesar da evolução dos cuidados preventivos e curativos das doenças infecciosas, as diferenças na sua incidência ainda se observam nos dias de hoje. A tuberculose mantém-se mais frequentemente notificada em freguesias socioeconomicamente desfavorecidas e entre pessoas com nacionalidade não portuguesa, sem abrigo ou reclusas^{33,34}, e, apesar da taxa de notificação manter uma tendência decrescente, o padrão social e geodemográfico não se esbateu³⁵.

Comparando com os restantes países europeus, os níveis de desigualdade (absoluta e relativa) na saúde autorreportada e nas limitações funcionais em Portugal tendem a ser superiores aos restantes países que compõem a Europa ocidental, e inferiores aos países localizados a leste. Entre 2005 e 2014, os portugueses que não tinham completado qualquer nível de escolaridade reportaram 6 a 9 vezes mais “má saúde” que os portugueses com escolaridade secundária ou superior, e 3 a 7 vezes mais limitações funcionais³⁰.

Para melhor compreender as desigualdades na mortalidade e na prevalência de doenças crônicas – e até na incidência de doenças infecciosas –, importa compreender como a distribuição dos recursos materiais e imateriais impacta a saúde dos portugueses, nomeadamente no que respeita aos fatores (socio)ambientais, comportamentais e de acesso aos cuidados de saúde.

Entre os determinantes relacionados com o ambiente e as condições de vida, a habitação continua a ser geradora de importantes desigualdades. Em Portugal, destaca-se a incapacidade de manter a casa quente no inverno ou fresca no verão e a umidade; e em algumas “bolsas” da população, ainda persistam problemas como a falta de saneamento básico e a sobrelotação. Portugal é um dos países europeus onde existe maior prevalência de umidade nas habitações, e esse valor é quase o dobro no quintil de maior privação, relativamente ao quintil de menor privação (40,4% e 21,1% respectivamente). Os bolores induzidos pela umidade são causa de alergias, asma e infeções respiratórias³⁶. A incapacidade de manter a habitação quente no inverno associa-se a um maior risco de doenças cardiovasculares e respiratórias, bem como a um risco aumentado de excesso de mortalidade no inverno³⁶. Essa incapacidade apresenta algumas iniquidades importantes em Portugal, nomeadamente: inferior a 20% para indivíduos acima do limiar relativo de pobreza e superior a 40% para indivíduos abaixo do limiar relativo de pobreza; cerca de 43% para indivíduos no quintil de maior privação e de 7% para indivíduos no quintil de menor privação. Assim, indivíduos com posições económicas menos favoráveis e vivendo em locais mais desfavorecidos sofrem uma dupla penalização – défice de recursos tanto em nível individual como comunitário –, podendo limitar a sua capacidade para adotar comportamentos saudáveis, associando-se a pior saúde³⁷.

No ano de 2022, em Portugal, 3,6% das crianças viviam em famílias com dificuldade em comprar alimentos, valor que ascendia a 10% nas famílias pobres³⁸. A insegurança alimentar, isto é, o acesso incerto ou limitado a alimentos nutricionalmente adequados e seguros ou a incapacidade de os adquirir de forma socialmente aceitável, tem, assim, vindo a mostrar-se mais acentuada nos grupos socialmente mais desfavorecidos. Crianças filhas de mães com níveis mais baixos de escolaridade, de pais com profissões manuais ou vivendo em famílias com uma percepção de rendimento insuficiente para os gastos apresentam 1,5 a 2,5 vezes maior probabilidade de viver com insegurança alimentar³⁹. A dificuldade no acesso a alimentos é especialmente acentuada nas regiões ultraperiféricas: nos Açores, 15,7% da população refere ter insegurança alimentar (valor superior à prevalência continental) e esta é maior nas pessoas com menor nível de escolaridade e menor rendimento, nos desempregados, em famílias de maior dimensão e com crianças⁴⁰.

O nível socioeconómico influencia não só o acesso aos alimentos como também o tipo de alimentos que a população consome. Foi observado em Portugal que a ingestão de vegetais, fruta e peixe se encontrava associada positivamente com o rendimento⁴¹. No entanto, não parece haver um padrão socioeconómico claro na ingestão de alimentos e bebidas com elevado teor de açúcar ou ultraprocessados^{41,42}, ainda que

nas crianças com pais menos escolarizados se observe um maior consumo de alimentos ultraprocessados. Esse padrão de consumo nas crianças tem sido identificado também em outros países, e explicado por determinantes comerciais de saúde⁴³, como sejam as estratégias de *marketing* desses alimentos e distribuição de locais de venda: os restaurantes de *fast-food* tendem a agrupar-se perto de escolas com prevalências mais elevadas de obesidade, e os bairros com menor rendimento apresentam uma maior densidade desses estabelecimentos⁴⁴. Assim, em Portugal, a prevalência de excesso de peso (28,7%) é superior nos indivíduos com menor escolaridade⁴⁵, e as crianças (6-8 anos) residentes nas periferias de centros urbanos apresentam prevalências superiores de excesso de peso (34,3% versus 31,9%), obesidade (17% versus 13,5%) e baixo peso (2,2% versus 1,6%)⁴⁶.

É também reconhecido um padrão social, no que diz respeito aos comportamentos aditivos e dependências, e Portugal não é exceção. Se há três décadas o consumo de tabaco se concentrava em homens com elevada posição socioeconômica, esse padrão tem vindo a inverter-se, observando-se “hoje”: um consumo mais elevado em homens de posição socioeconômica mais baixa, associado a uma maior incidência de experimentação nesse grupo em idades mais jovens e a uma maior probabilidade de cessação de consumo nos indivíduos de posição socioeconômica mais elevada. No caso das mulheres, o nível de educação e rendimento superiores associam-se a uma maior prevalência de consumo de tabaco, mas também a uma maior probabilidade de cessação⁴⁷, sendo expectável que o consumo passe a concentrar-se nas mulheres de menor estatuto socioeconômico.

Um dos aspectos mais preocupantes atualmente é a tendência potencial de agravamento de iniquidades de consumo em indivíduos mais jovens. Dados de uma coorte portuguesa de jovens adultos evidencia que adolescentes cujas mães têm baixo nível de escolaridade, maior precariedade laboral e rendimento mais baixo apresentam maior probabilidade de desenvolver comportamentos de risco do que os seus pares com posição socioeconômica mais elevada. Esse fenómeno contribui para a perpetuação e alargamento do fosso das iniquidades⁴⁸. Os efeitos diferenciais das políticas de saúde de acordo com a posição socioeconômica podem inadvertidamente contribuir para essas desigualdades, especialmente quando se adotam políticas parciais (por exemplo, a proibição de consumo de tabaco em espaços fechados tende a ter maior efetividade nos grupos mais favorecidos)⁴⁹. As políticas implementadas têm ficado ainda aquém na resposta para uma redução efetiva e equitativa da morbimortalidade relacionada com o consumo de tabaco. Portugal ficou posicionado em 30º lugar entre 37 países, pela *Tobacco Control Scale*, com falhas especialmente na definição do preço dos produtos de tabaco e na implementação de políticas de proibição de consumo de tabaco em locais públicos⁵⁰.

Relativamente ao consumo de álcool, este encontra-se culturalmente enraizado em Portugal e apresenta valores superiores à média dos países da OMS/Europa⁵¹. Existem diferenças importantes de gênero, com um consumo médio de 19 litros de álcool per capita em homens e de 6 litros em mulheres. No entanto, enquanto o consumo é mais elevado nos homens com escolaridade mais baixa, nas mulheres, ocorre o inverso. Entre os jovens de 15 anos, 14% referem ter estado embriagados pelo menos duas vezes na vida. Esse indicador é particularmente relevante uma vez que jovens que nunca estiveram embriagados apresentam uma probabilidade 26% superior de bons resultados escolares. O *binge drinking* é mais frequente em indivíduos com um nível de escolaridade mais elevado⁵².

Tal como no caso do tabaco, apesar de uma evolução globalmente positiva nos últimos anos no que concerne à implementação de políticas de saúde no controle dessas substâncias, Portugal fica ainda aquém na implementação de políticas de controle do consumo do álcool, especialmente no que concerne à taxação e ao preço das bebidas alcoólicas, medida considerada não só muito efetiva como também promotora de maior equidade em saúde⁵².

Não existe evidência concreta sobre a influência da indústria do álcool nas políticas nacionais, mas o *lobby* da Associação Nacional de Empresas de Bebidas Espirituosas manifestou-se pela apresentação de um estudo ao Parlamento durante as discussões para a implementação de medidas relativas ao aumento dos impostos sobre bebidas alcoólicas, que pode ter influenciado a decisão final⁵³. Similarmente, apesar da Convenção Quadro da OMS definir que se devem desenvolver estratégias para impedir que a indústria tabaqueira interfira na definição de políticas, o *lobbying* continua a ocorrer, de forma subliminar ou evidente, demonstrando, mais uma vez, a importância atual dos determinantes comerciais de saúde.

No Portugal de “hoje”, encontramos, também, desigualdades no acesso aos cuidados de saúde. Os serviços de saúde apresentam desigualdades geográficas na sua distribuição, encontrando-se mais concentrados no litoral. Um estudo feito no interior da Região Centro do país verificou que as pessoas que viviam em freguesias mais distantes dos hospitais tinham maior probabilidade de não comparência em consultas hospitalares, assim como aquelas que viviam em freguesias com maior privação socioeconômica⁵⁴. Em 2014, o acesso a médicos de especialidades hospitalares era menor nas pessoas com menor rendimento, assim como a médicos dentistas, ainda que não se observassem diferenças no acesso aos cuidados de saúde primários ou a medicamentos sujeitos a receita médica³⁰. As pessoas com baixo rendimento reportaram duas vezes maior probabilidade de apresentar necessidades de cuidados de saúde não satisfei-

tas⁵⁵. Similarmente, a hospitalização por condições sensíveis aos cuidados de saúde primários foi superior nos quintis de menor escolaridade e menor poder de compra. Esse gradiente aumentou no período 2000-2014, traduzindo-se em um custo de mais de 15 milhões de euros para o Serviço Nacional de Saúde⁵⁶.

Apesar de o acesso aos cuidados de saúde em Portugal ser universal e tendencialmente gratuito, em 2020, era um dos países europeus com maior percentagem de custos com cuidados de saúde suportados diretamente pelos utilizadores (27,8%), sendo apenas ultrapassado pela Grécia e por alguns países do leste da Europa. Essa dependência dos pagamentos diretos coloca em maior risco as pessoas com menor poder econômico, podendo, assim, ser um fator contribuinte para as desigualdades em saúde. Em 2021, as necessidades de saúde não satisfeitas em Portugal atingiam 5,7% das famílias, quase um ponto percentual acima da média da União Europeia (UE)⁵⁷. O principal fator relacionado com a não satisfação de necessidades de saúde era a insuficiência econômica, seguida das listas de espera, em um padrão semelhante aos restantes países⁵⁷.

No Portugal de “hoje”, importa também abordar os fatores psicossociais e, sobretudo, aquilo que a evidência recente tem mostrado acerca do seu papel nas desigualdades sociais em saúde. Em 2017, Stringhini et al. observaram, utilizando dados de várias coortes, incluindo da coorte portuguesa EpiPorto, que as pessoas com estatuto socioeconômico baixo tinham um risco mais elevado de mortalidade, comparando com as que tinham um estatuto mais elevado, e que essa associação era independente dos fatores de risco considerados pela OMS como centrais para reduzir a mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis em 25% até 2025⁵⁸. O estatuto socioeconômico baixo associava-se a um risco acrescido de 26% de mortalidade por todas as causas, 29% por doenças cardiovasculares e 26% por doenças oncológicas, mesmo após ajustamento para sexo, idade, etnia e todos os fatores de risco anteriormente mencionados. Os fatores psicossociais e o *embodiment* poderão explicar, pelo menos em parte, essa associação. Por um lado, as pessoas que vivem em piores condições socioeconômicas experienciam níveis de estresse mais elevados, prolongados no tempo, medidos através de hormônios como o cortisol, epinefrina e norepinefrina⁵⁹, e níveis mais elevados de marcadores inflamatórios⁶⁰. Por outro, o capital social, observado mediante fatores como o apoio social, a confiança, a sensação de pertença ou de reciprocidade, tem vindo a ser apontado como um fator protetor de uma pior saúde autorreportada e mortalidade^{61,62}.

Em Portugal, o estudo da associação entre o capital social e os níveis inflamatórios revelou que menores níveis de confiança e reciprocidade aos 17 anos estavam associados a um maior nível inflamatório aos 21 anos, quantificado por intermédio da concen-

tração de proteína C reativa e leucócitos⁶³. No caso dos idosos, o efeito da escolaridade na qualidade de vida é parcial e indiretamente mediado pelo apoio social⁶⁴. Este e a realização de atividades de lazer podem ser fatores protetores da depressão nos idosos, mesmo nos que vivem sozinhos⁶⁵.

Não podemos concluir a análise dos determinantes sociais e desigualdades em saúde no Portugal de “hoje” sem fazer dois importantes apontamentos sobre a saúde dos migrantes e a pandemia de covid-19.

Em relação à saúde dos imigrantes em Portugal, que também é abordada em um dos capítulos deste livro, salienta-se que, apesar de estes referirem melhor saúde do que a população nativa (60% referem bom estado de saúde *versus* 47% nos nativos), reportam uma proporção de necessidades de saúde não satisfeitas ligeiramente superior, apontando a falta de disponibilidade financeira como o principal motivo. Identificam-se, ainda, diferenças marcadas do padrão de mortalidade: 12% dos óbitos em imigrantes por causas não naturais comparativamente a 4% dos óbitos na população nativa; taxas de mortalidade superiores nos imigrantes africanos para todas as causas e a doença cardiovascular⁶⁶.

A pandemia de covid-19 foi menos “democrática” do que inicialmente se afirmava: o risco de infecção foi maior em pessoas com menor nível de escolaridade, sem cidadania portuguesa e a viver em casas sobrelotadas⁶⁷. Para além disso, as desigualdades em saúde acentuaram-se, com um aumento do sedentarismo⁶⁸, consumo de tabaco (13%), “comida de plástico” (13%), álcool (11%), bebidas energéticas (6%) e cannabis (1%) nos grupos mais desfavorecidos⁶⁹. Foi identificado impacto sobre a saúde mental da população, particularmente estresse e ansiedade, sobretudo em indivíduos com maior precariedade laboral⁶⁹. Foi também observada uma redução do acesso aos cuidados de saúde – consultas médicas, cirurgias, consultas para tratamento de dependências e rastreios de base populacional –, cuja recuperação provavelmente será mais difícil nos grupos que já têm de base um menor acesso aos cuidados de saúde.

3. Considerações Finais

“Hoje”, tal como “ontem”, os determinantes sociais continuam a influenciar a saúde em Portugal. Contudo, nesses dois séculos, puderam ser observados importantes ganhos em saúde (incluindo a redução das desigualdades), nomeadamente, na mortalidade infantil, na mortalidade materna, na morbimortalidade por doenças infecciosas (incluindo as evitáveis pela vacinação e as transmitidas pela água e alimentos) e na esperança de vida à nascença. Estes foram acompanhados pela melhoria da higiene individual e coletiva, pelo investimento nas infraestruturas básicas (água e saneamento),

pela melhoria do acesso à educação e aos cuidados de saúde, bem como das condições de trabalho e remuneratórias. “Hoje”, comparando com países de nível socioeconômico semelhante, Portugal apresenta melhores resultados de saúde do que o expectável⁷⁰.

No entanto, ainda que a maioria da população viva “hoje” melhor do que há dois séculos, perduram desigualdades em saúde: as desigualdades socioeconômicas (o risco de morrer e de adoecer, bem como de não adotar estilos de vida saudáveis, continua a ser superior nos grupos da população mais desfavorecidos socioeconomicamente); as desigualdades geográficas (os Açores continuam a ser a região com a maior taxa de mortalidade infantil); as desigualdades de gênero (os homens continuam a morrer mais cedo do que as mulheres); a tuberculose, que continua a prevalecer nos grandes centros urbanos (Lisboa e Porto) e, sobretudo, em “bolsas” de pobreza e sobrelotação; o acesso aos cuidados de saúde diferenciados, que continua a ser menor nos grupos menos favorecidos (necessidades não satisfeitas em cuidados continuados superiores à média da UE); o acesso à habitação e condições de moradia (nomeadamente, capacidade de manter a habitação aquecida); a insegurança alimentar (sobretudo, nas crianças de famílias desfavorecidas e idosos sós). A estas, somam-se, no Portugal de “hoje”, outras desigualdades em saúde, como sejam as relativas ao consumo de tabaco, de álcool, à obesidade ou ao excesso de peso. Portanto, às “macrodesigualdades” do Portugal de “ontem”, que afetavam a maior parte da população, parecem suceder as “microdesigualdades” do Portugal de “hoje”, que afetam grupos da população vulneráveis e colocam vários desafios, desde o acesso aos cuidados para o seu estudo e monitorização, para uma intervenção mais (custo)efetiva, até aos desafios económicos e de reestruturação social.

Contrariamente ao Portugal de “ontem”, o Portugal de “hoje” é um dos países em que se espera um envelhecimento mais acentuado da população nas próximas décadas, tanto pela base (taxa bruta de natalidade insuficiente para assegurar a reposição geracional) como pelo topo da pirâmide (aumento da esperança de vida). Ao envelhecimento e à perda funcional, parece associar-se um aumento sustentado da prevalência da população dependente, particularmente idosos, socioeconomicamente desfavorecidos e a viver sós (sobretudo mulheres). Isso colocará pressão sobre os mecanismos de solidariedade social (pensão de velhice e outras transferências sociais) e, se não for alvo de uma ação robusta, sustentada e multissetorial, repercutir-se-á em um agravamento dos resultados em saúde.

“Hoje”, tal como “ontem”, as áreas urbanas continuam a apresentar maiores desigualdades económicas e crescimento populacional. Tendo em conta a urbanização crescente da população, bem como as desigualdades referidas anteriormente em nível

das condições de habitação, associada ao nível de privação, o cenário de agravamento das desigualdades sociais em saúde torna-se muito verosímil. Recomenda-se, portanto, a implementação de políticas de saúde em uma lógica de universalismo proporcional, que assenta na alocação de recursos e na prestação de serviços universais, mas em uma escala e intensidade proporcionais ao grau de necessidade.

No Portugal do século XXI, após os enormes ganhos em saúde decorrentes da redução da mortalidade (incluindo a mortalidade prematura), antevê-se uma desaceleração e estabilização futuras desta. Em face do que foi discutido neste capítulo, esta provavelmente afetará de forma desproporcional indivíduos mais desfavorecidos, com maior prevalência de comportamentos de risco, piores indicadores socioeconômicos e de acesso a cuidados de saúde. Os custos crescentes com a saúde, seja pela introdução de inovação terapêutica, mais cara, seja pelo aumento dos custos com recursos humanos e materiais, configuram um dos grandes desafios para as próximas décadas, naquele que é um setor que já ocupa uma fatia importante da despesa nacional da maior parte dos países. Por isso a necessidade premente de aumentar o investimento em intervenções mais custo-efetivas, nomeadamente, nas áreas da promoção da saúde (sobretudo), bem como da prevenção primordial e da prevenção primária, com o envolvimento dos vários setores, em uma lógica de “saúde em todas as políticas”.

Enquanto no século XIX se assistia a uma emigração crescente, no Portugal de “hoje” observa-se o fenômeno inverso, com a imigração a crescer, particularmente de países com língua e cultura muito diferentes. Esse pode ser um fator “rejuvenescedor” da população, mas também trazer desafios quanto à redução das desigualdades existentes, uma vez que a imigração se associa frequentemente a um pior nível socioeconômico, exacerbado pela dificuldade de integração no país de destino, bem como pela tendência de crescimento do nacionalismo e do neoliberalismo nos países ocidentais, a que Portugal não é alheio.

Atualmente, o Plano Nacional de Saúde 2030, em Portugal, centra-se na saúde sustentável, vista como determinante e consequência do desenvolvimento sustentável. “hoje”, como “ontem”, em situações de maior limitação de recursos, como crises econômico-financeiras (muitas vezes a montante ou a jusante de crises sanitárias), são os grupos mais desfavorecidos os que sofrem piores consequências na saúde. Priorizar a sustentabilidade significa: criar sistemas de saúde resilientes e equitativos, capazes de servir toda a população, independentemente do rendimento ou posição socioeconômica; políticas ambientais e de organização territorial que promovam o acesso a habitação com condições condígnas, a mobilidade ativa e o contacto com espaços verdes; políticas de educação que assegurem que todas as crianças, independentemente do estatuto socioeconômico dos seus pais, podem ter oportunidades iguais de crescer com

saúde e desenvolvimento intelectual, cognitivo e social. Assim, é fundamental identificar e caracterizar comunidades e bolsas de população vulneráveis, de modo a adequar as intervenções sociais, territoriais e em saúde às necessidades identificadas.

No campo da investigação, investigar determinantes sociais e desigualdades em saúde apresenta alguns desafios importantes, para além do acesso a microdados, referido anteriormente. A saúde deve ser vista como dependente de um sistema complexo, em que vários determinantes e resultados interagem entre si, seja ao nível micro ou macro. Importa considerar nessas análises os determinantes estruturais, como políticas adotadas (ou não) pelos decisores, e a sua interação com os determinantes individuais, de forma a criar evidência sobre as políticas que atenuam as desigualdades, melhorando a saúde de toda a população ou, no sentido inverso, comprometendo a saúde das pessoas que vivem em condições de maior vulnerabilidade.

Se existiram progressos acentuados e inegáveis do estado de saúde da população em Portugal, bem como dos seus principais determinantes (incluindo os sociais), as desigualdades (apesar da sua acentuada redução) aparentam continuar a ser o *leit-motiv* dessa “história”. Assim, no futuro, em Portugal (no contexto da Europa e global), a capacidade de resposta individual e coletiva aos grandes problemas de saúde, aos desafios demográficos (sobretudo, o envelhecimento), às crises climáticas, conflitos armados e fluxos migratórios daí decorrentes, futuras pandemias e outras emergências de saúde pública, aliados a desafios de financiamento dos sistemas de saúde e escassez de recursos humanos, continuará a ser modulada, sobretudo, pelas (micro)desigualdades e pelo maior ou menor sucesso na sua redução, por meio de uma ação multissetorial e multinível, rumo a mais saúde sustentável. Este, por sua vez, dependerá da vontade e da capacidade constantes de dar resposta à questão – “O que é que aprendemos?” –, e da consequente integração, nas ações presentes e futuras, dos ensinamentos de “ontem” e de “hoje”.

Referências

1. The British Academy. Historic and Geographic Patterns of Health Inequalities: Report of a roundtable. London: The British Academy; 2022.
2. Fleming PJ. The Importance of Teaching History of Inequities in Public Health Programs. *Pedagogy Health Promot* [Internet]. 2020 Dec 1 [cited 2023 Oct 16];6(4):253-6. Available from: <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/2373379920915228>
3. Mallinson S, Popay J, Elliott E, Bennett S, Bostock L, Gatrell A, et al. Historical Data for Health Inequalities Research: a Research Note. *Sociology* [Internet]. 2003 Nov 1 [cited 2023 Oct 16];37(4):771-

80. Available from: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/00380385030374008>
4. Rodrigues T. A População Portuguesa no século XIX [Internet]. Porto: CEPESE / Edições Afrontamento; 2004 [cited 2023 Oct 16]. Available from: <https://www.cepese.pt/portal/pt/publicacoes/obras/a-populacao-portuguesa-no-seculo-xix>
5. Mackenbach JP. The persistence of health inequalities in modern welfare states: The explanation of a paradox. *Soc Sci Med*. 2012 Aug 1;75(4):761-9.
6. Berkman L, Kawachi I, Glymour M. *Social Epidemiology* [Internet]. Second. Case Studies in Clinical Psychological Science: Bridging the Gap from Science to Practice. New York: Oxford University Press; 2014 [cited 2023 Oct 16]. Available from: <https://academic.oup.com/book/24997>
7. República Portuguesa. Representação Permanente de Portugal junto da União Europeia. História – Sobre Portugal [Internet]. 2020 [cited 2023 Oct 16]. Available from: <https://ue.missaoportugal.mne.gov.pt/pt/portugal/sobre-portugal/historia>
8. Ferreira D, Dias P. História de Portugal. Verso da Kapa. Lisboa: Verso da Kapa; 2016.
9. Rodrigues T. História da População Portuguesa – Português [Internet]. Porto: CEPESE / Afrontamento; 2008 [cited 2023 Oct 16]. Available from: <https://www.cepese.pt/portal/pt/publicacoes/obras/historia-da-populacao-portuguesa>
10. Paulino JV. O abandono infantil na Lisboa da segunda metade do século XIX: os reflexos do encerramento da roda. *Rev Demogr Hist* [Internet]. 2017 [cited 2023 Oct 16];XXXV(II):101-34. Available from: <https://novaresearch.unl.pt/en/publications/o-abandono-infantil-na-lisboa-da-segunda-metade-do-s%C3%A9culo-xix-os->
11. Fiolhais C. Uma Breve História da Tuberculose em Portugal. [RMD] *Revista Multidisciplinar* [Internet]. 2022 Feb 20 [cited 2023 Oct 16];4(2):41-55. Available from: <https://revistamultidisciplinar.com/index.php/oj/article/view/98/122>
12. Serpa Silva S. Alcoolismo e Criminalidade no século XIX: O caso da ilha de S. Miguel (Açores). *Ler história* [Internet]. 2007 [cited 2023 Oct 16];(53):93-111. Available from: <https://journals.openedition.org/lerhistoria/2978>
13. Balsa C, Pascueiro L, Vital C. O Consumo de Bebidas Alcoólicas em Portugal. Prevalências e Padrões de Consumo 2001-2007. Lisboa: IDT-Instituto da Droga e Toxicodpendência; 2011.
14. Fraga S, Sousa S, Santos AC, Mello M, Lunet N, Padrão P, et al. Tabagismo em Portugal. *Arquivos de Medicina* [Internet]. 2005 [cited 2023 Oct 16];19((5-6)). Available from: <https://www.researchgate.net/publication/242569455>
15. Esteves A. Os hospitais per ante as epidemias no Norte de Portugal, entre o século XIX e as

primeiras duas décadas do século XX. Temperamentvm [Internet]. 2021 Apr 13 [cited 2023 Oct 16];e17003-e17003. Available from: <https://ciberindex.com/index.php/t/article/view/e17003/e17003v>

16. Araújo MM. Mecanismos de assistência em Portugal e no Brasil: contributos para um debate, séculos XVII-XIX. Vila Nova de Famalicão: Humus; 2017. 220 p.

17. Boa Nova D. De tanto girar, as rodas dos expostos acabaram por desaparecer em Lisboa. FCSH+Lisboa [Internet]. 2019 Apr 11 [cited 2023 Oct 16]. Available from: <https://maislisboa.fcsch.unl.pt/de-tanto-girar-as-rodas-dos-expostos-acabaram-por-desaparecer-em-lisboa/>

18. Vinhas MEGV. Assistência em fim de vida em Portugal, no século XIX [dissertação] [Internet]. Porto: Universidade Católica Portuguesa; 2012 [cited 2023 Oct 16]. Available from: <https://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/10216>

19. Instituto Nacional de Estatística. Estatísticas Demográficas – 2019. Porto: INE; 2020.

20. Instituto Nacional de Estatística. O que nos dizem os censos sobre dinâmicas territoriais. Lisboa: INE; 2022.

21. World Bank. Urban population (% of total population) – Portugal. Data [Internet]. 2018 [cited 2023 Oct 26]. Available from: <https://data.worldbank.org/indicator/SP.URB.TOTL.IN.ZS?locations=PT>

22. Instituto Nacional de Estatística. Censos 2021 – O que nos dizem os Censos sobre estruturas familiares [Internet]. Lisboa: INE; 2023 [cited 2023 Oct 16]. Available from: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=593065060&DESTAQUESmodo=2

23. Serra A, Garcia R. Infografia: Como envelhecem os portugueses? Pordata [Internet]. Fundação Francisco Manuel dos Santos; 2022 [cited 2023 Oct 16]. Available from: <https://www.pordata.pt/publicacoes/infografias/como+envelhecem+os+portugueses+-195>

24. Instituto Nacional de Estatística. O que nos dizem os Censos sobre a população de nacionalidade estrangeira residente em Portugal. Lisboa: INE; 2021.

25. Direção-Geral da Saúde. PNS 2030 – Plano Nacional de Saúde. Lisboa: DGS; 2022 [cited 2023 Oct 16]. Available from: <https://pns.dgs.pt/pns-2021-2030/>

26. Costa C, Santana P. Gender and Age Differences in Socio-economic Inequalities in Total and Avoidable Mortality in Portugal: A Trend Analysis*. *Fisc Stud* [Internet]. 2021 Mar 1 [cited 2023 Oct 16];42(1):123-45. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/1475-5890.12264>

27. Ribeiro AI, Fraga S, Severo M, Kelly-Irving M, Delpierre C, Stringhini S, et al. Association of

neighbourhood disadvantage and individual socioeconomic position with all-cause mortality: a longitudinal multicohort analysis. *Lancet Public Health* [Internet]. 2022 May 1 [cited 2023 Oct 16];7(5):e447-57. Available from: <http://www.thelancet.com/article/S2468266722000366/full-text>

28. Teixeira M, Varela MA, Vasco JV, Perelman J, Leão T. Evolução das desigualdades nas doenças crónicas não transmissíveis em Portugal: uma análise das últimas três décadas. Porto; 2023.

29. Ribeiro S, Furtado C, Pereira J. Associação entre as doenças cardiovasculares e o nível socio-económico em Portugal. *Rev Port Cardiol* [Internet]. 2013;32(11):847-54. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24119864>

30. Observatório Português dos Sistemas de Saúde. Viver em tempos incertos: Sustentabilidade e equidade na saúde. Lisboa: OPSS; 2017.

31. Leão T, Perelman J, Felício M, Machado V, Lima G. Health Inequalities in Diabetes Mellitus and Hypertension: A Parish Level Study in the Northern Region of Portugal. *Acta Med Port* [Internet]. 2016 Oct 31 [cited 2023 Oct 16];29(10):605-12. Available from: <https://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/view/7016>

32. Perelman J. Syndemic Pandemic in Portugal: Social Inequality in Risk Factors Associated With COVID-19 Mortality. *Acta Med Port* [Internet]. 2022 Jun 1 [cited 2023 Oct 16];35(6):443–9. Available from: <https://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/view/16031>

33. Oliveira O, Ribeiro AI, Krainski ET, Rito T, Duarte R, Correia-Neves M. Using Bayesian spatial models to map and to identify geographical hotspots of multidrug-resistant tuberculosis in Portugal between 2000 and 2016. *Scientific Reports* 2020 10:1 [Internet]. 2020 Oct 6 [cited 2023 Oct 16];10(1):1-9. Available from: <https://www.nature.com/articles/s41598-020-73759-w>

34. Oliveira O, Ribeiro AI, Duarte R, Correia-Neves M, Rito T. Intra-urban variation in tuberculosis and community socioeconomic deprivation in Lisbon metropolitan area: a Bayesian approach. *Infect Dis Poverty* [Internet]. 2022 Dec 1 [cited 2023 Oct 17];11(1). Available from: <https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/151637>

35. Direção-Geral da Saúde. Relatório de Vigilância e Monitorização da Tuberculose em Portugal. Lisboa: DGS; 2022.

36. World Health Organization. Environmental health inequalities in Europe – Second assessment report. Copenhagen: WHO; 2019.

37. Hoffmann E, Barros H, Ribeiro AI. Socioeconomic Inequalities in Green Space Quality and Accessibility-Evidence from a Southern European City. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2017

- Aug 15 [cited 2023 Oct 16];14(8). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28809798/>
38. Peralta S, Carvalho BP, Fonseca M. Portugal, Balanço Social 2022: Relatório Anual. Lisboa: Nova SBE; 2023.
39. Maia I, Santos AC. Prevalence and determinants of children self-reports of food insecurity: evidence from a Portuguese population-based birth cohort. *Food Secur* [Internet]. 2022 Apr 1 [cited 2023 Oct 17];14(2):427–35. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007/s12571-021-01233-0>
40. Freiheit R, Maia I, Santos AC, Leão T. FED UP: A Mixed-Methods Investigation on the Influencing Factors of Food Insecurity in the Azores [dissertação]. [Porto]: Universidade do Porto; 2022.
41. Alves R, Lopes C, Perelman J. Healthy eating: a privilege for the better-off? *Eur J Clin Nutr* [Internet]. 2022 Jan 1 [cited 2023 Oct 17];76(1):134–42. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33986488/>
42. Magalhães V, Severo M, Correia D, Torres D, Costa De Miranda R, Rauber F, et al. Associated factors to the consumption of ultra-processed foods and its relation with dietary sources in Portugal. *J Nutr Sci* [Internet]. 2021 Oct 7 [cited 2023 Oct 16];10. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34733501/>
43. World Health Organization. Commercial determinants of health [Internet]. WHO; 2023 Mar 21 [cited 2023 Oct 17]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/commercial-determinants-of-health>
44. Nixon H, Doud L. Do fast food restaurants cluster around high schools ? A geospatial analysis of proximity of fast food restaurants to high schools and. *Development*. 2011;2(1).
45. Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge. 1o Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico (INSEF 2015): Determinantes de Saúde. Lisboa: INSA IP; 2017.
46. Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge. Childhood Obesity Surveillance Initiative: COSI Portugal 2022. Lisboa: INSA IP; 2023.
47. Alves J, Kunst AE, Perelman J. Evolution of socioeconomic inequalities in smoking: results from the Portuguese national health interview surveys. *BMC Public Health* [Internet]. 2015;15(1):311. Available from: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/15/311>
48. Abrahamyan A, Soares S, Correia D, Oliveira A, Fraga S. Childhood social adversity and clustering of health risk behaviours during early adolescence in a population-based birth cohort. *Public Health*. 2023 Jul 1;220:80-7.
49. Smith BT, Smith PM, Harper S, Manuel DG, Mustard CA. Reducing social inequalities

in health: the role of simulation modelling in chronic disease epidemiology to evaluate the impact of population health interventions. *J Epidemiol Community Health* (1978) [Internet]. 2013 [cited 2023 Oct 16];0:384-9. Available from: <http://jech.bmj.com/lookup/doi/10.1136/jech-2013-202756>

50. Leagues C, Joossens L, Olefir L, Feliu A, Fernandez E. Luk Joossens Lilia Olefir Ariadna Feliu Esteve Fernandez ECL Association of European The Tobacco Control Scale 2021 in Europe [Internet]. 2022 [cited 2023 Oct 16]; Available from: <http://www.tobaccocontrolscale.org/TCS2021>

51. Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências: Direção de Serviços de Monitorização e Informação / Divisão de Estatística e Investigação. Relatório Anual 2021: A Situação do País em Matéria de Álcool. Lisboa: Sicad; 2022.

52. Organization for Economic Cooperation and Development. Preventing Harmful Alcohol Use [Internet]. Paris; 2021 [cited 2023 Oct 16]. Available from: <https://www.oecd.org/portugal/Preventing-Harmful-Alcohol-Use-Key-Findings-PORTUGAL.pdf>

53. Paixão MM, Mialon M. Help or Hindrance? The Alcohol Industry and Alcohol Control in Portugal. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2019 Nov 18 [cited 2023 Oct 16];16(22):4554. Available from: <https://www.mdpi.com/1660-4601/16/22/4554/htm>

54. Santos C, Leão T. Determinantes da não comparência a consultas hospitalares programadas no Centro Hospitalar Tondela-Viseu. Porto; 2023.

55. Teixeira MLF. Desigualdades no acesso aos cuidados de saúde: a associação com a multimorbilidade [dissertação]. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade Nova de Lisboa; 2020.

56. Dimitrovová K, Costa C, Santana P, Perelman J. Evolution and financial cost of socioeconomic inequalities in ambulatory care sensitive conditions: An ecological study for Portugal, 2000-2014. *Int J Equity Health*. 2017;16(1):1-11.

57. Pita Barros P, Costa E. Acesso a Cuidados de Saúde, 2022: As escolhas dos cidadãos no pós-pandemia. Lisboa: Nova School of Business & Economics; 2022.

58. Stringhini S, Carmeli C, Jokela M, Avendaño M, Muennig P, Guida F, et al. Socioeconomic status and the 25 × 25 risk factors as determinants of premature mortality: a multicohort study and meta-analysis of 1.7 million men and women. *Lancet* [Internet]. 2017 Mar 25 [cited 2023 Oct 16];389(10075):1229-37. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28159391/>

59. Cohen S, Doyle WJ, Baum A. Socioeconomic status is associated with stress hormones. *Psychosom Med* [Internet]. 2006 [cited 2023 Oct 16];68(3):414-20. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16738073/>

60. Maurel M, Castagné R, Berger E, Bochud M, Chadeau-Hyam M, Fraga S, et al. Patterning of educational attainment across inflammatory markers: Findings from a multi-cohort study. *Brain Behav Immun*. 2020 Nov 1;90:303-10.
61. Kawachi I, Kennedy BP, Glass R. Social capital and self-rated health: a contextual analysis. *Am J Public Health [Internet]*. 1999;89(8):1187-93. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez?Db=pubmed&DbFrom=pubmed&Cmd=Link&LinkName=pubmed_pubmed&LinkReadableName=Related_Articles&IdsFromResult=10432904&ordinalpos=3&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_RVDocSum\nhttp://www.ncbi.
62. Kawachi I, Kennedy BP, Lochner K, Prothrow-Stith D. Social capital, income inequality, and mortality. *Am J Public Health [Internet]*. 1997 [cited 2023 Oct 16];87(9):1491-8. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9314802/>
63. Teixeira P, Maio L, Fraga S, Leão T. Relação entre Capital Social e biomarcadores inflamatórios no início da idade adulta: um estudo longitudinal. Porto; 2022.
64. Henriques A, Silva S, Severo M, Fraga S, Barros H. Socioeconomic position and quality of life among older people: The mediating role of social support. *Prev Med [Internet]*. 2020 Jun 1 [cited 2023 Oct 16];135. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32243939/>
65. Henriques A, Talih M, Pastor-Valero M, Fraga S, Dias I, Matijasevich A, et al. A multidimensional perspective of the relation between social isolation and depression among Portuguese older adults. *Health Soc Care Community [Internet]*. 2022 Jul 1 [cited 2023 Oct 16];30(4):1412-21. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34173289/>
66. Harding S, Teyhan A, Rosato M, Santana P. All cause and cardiovascular mortality in African migrants living in Portugal: evidence of large social inequalities. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil [Internet]*. 2008 [cited 2023 Oct 26];15(6):670-6. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18779736/>
67. Leite A, Leão T, Soares P, Severo M, Moniz M, Lucas R, et al. A Case-Control Study of Contextual Factors for SARS-CoV-2 Transmission. *Front Public Health [Internet]*. 2021 Nov 4 [cited 2023 Oct 16];9. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34805081/>
68. Organization for Economic Development and Cooperation. Health at a Glance: Europe 2022. Paris: OECD Publishing; 2022 Dec 5 [cited 2023 Oct 26]; Available from: https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-europe-2022_507433b0-en
69. Morgado P, Picó-Perez M. Segundo confinamento: dados mostram novo agravamento nos sintomas de stress, ansiedade e depressivos [Internet]. Universidade do Minho, 2021 Apr 22

[cited 2023 Oct 16]. Available from: https://www.med.uminho.pt/pt/_layouts/15/UMinho.PortaisUOELUI/Pages/EventsDetail.aspx?id=57361

70. Direção-Geral da Saúde. Institute for Health Metrics and Evaluation. Portugal: The Nation's Health 1990-2016: : An overview of the Global Burden of Disease Study 2016 Results [Internet]. Seattle, EA: IHME; 2018 [cited 2023 Oct 26]. Available from: https://www.healthdata.org/sites/default/files/files/policy_report/2018/PolicyReport_GBD-Portugal_2018.pdf

Sobre os autores

Manuela Mendonça Felício. Médica especialista em Saúde Pública, Departamento de Saúde Pública da Administração Regional de Saúde do Norte e Direção-Geral da Saúde (Plano Nacional de Saúde 2030), Porto, Portugal. Orcid: 0000-0003-4282-6700

Teresa Leão. Médica especialista em Saúde Pública, Mestrado e Doutoramento em Saúde Pública. Departamento de Ciências da Saúde Pública e Forenses, e Educação Médica, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Porto, Portugal. Orcid: 0000-0002-7364-0100

Carlos Matos. Médico especialista em Saúde Pública, Departamento de Saúde Pública da Administração Regional de Saúde do Norte e Direção-Geral da Saúde (Plano Nacional de Saúde 2030), Porto, Portugal. Orcid: 0000-0003-1134-0396

Autor de correspondência:

Manuela Mendonça Felício

Administração Regional de Saúde do Norte, Departamento de Saúde Pública. Rua Anselmo Brançamp 144, 4000-078, Porto Portugal. Tel: +351 22 041 17 01 – E-mail: mfelicio@arsnorte.min-saude.pt.