



INSTITUTO
UNIVERSITÁRIO
DE LISBOA

Saúde Social: Perceção dos Cidadãos Portugueses

Núria Filipa Almeida Costa

Mestrado em Serviço Social

Orientador(a):

Professora Doutora Maria Inês L.A Espírito Santo, Professora
Auxiliar Convidada

Iscte - Instituto Universitário de Lisboa

Setembro, 2025



SOCIOLOGIA
E POLÍTICAS PÚBLICAS

Departamento de Ciência Política e Políticas Públicas

Saúde Social: Perceção dos Cidadãos Portugueses

Núria Filipa Almeida Costa

Mestrado em Serviço Social

Orientador(a):

Professora Doutora Maria Inês L.A Espírito Santo, Professora
Auxiliar Convidada

Iscte - Instituto Universitário de Lisboa

Setembro, 2025

A insatisfação do que somos é o ponto de partida.

Agradecimentos

O fim de um ciclo será sempre um marco importante, com a certeza que acompanhada o caminho foi mais fácil e os desafios existentes mais leves. Ser assistente social vem da ambição de deixar o mundo um pouco melhor do que aquele que encontrei.

Agradeço à Prof.^a Dr.^a Inês Espírito Santo por todos os ensinamentos, confiança e reflexões no âmbito académico e profissional, bem como, os diversos lembretes do caminho certo a seguir.

Agradeço à minha família, Pai, Mãe e Irmão que vivenciaram de perto o desejo e ambição de ser assistente social e que por diversas vezes me lembraram que devo fazer aquilo que me faz feliz.

Agradeço ao Iscte, principalmente às pessoas que levo comigo para a vida... À minha Sónia, Rita e Inês por mostrarem que com boa disposição, um bom ombro amigo e algum tempo, tudo se faz.

Agradeço à “Best Team” por me permitirem crescer enquanto profissional e pessoa.

Agradeço ao João, pelo apoio incondicional, o sorriso contagiante e a leveza transmitida.

Agradeço, de modo geral, a todas as pessoas que se cruzaram comigo e deram uma palavra amiga e motivacional nesta fase, acreditando sempre no bom porto desta investigação.

Agradeço de coração cheio, com os olhos voltados para os desafios futuros.

Resumo

A presente dissertação, designada "Saúde Social: Perceção dos Cidadãos Portugueses", tem como objetivo analisar e compreender a perceção da população portuguesa relativamente à sua saúde social.

Para melhor compreender o conceito e o impacto do mesmo na saúde em geral, foram exploradas as relações com o bem-estar, as redes de suporte e os determinantes sociais da saúde, dado o reconhecimento de que a saúde não é apenas a ausência de doença, mas o resultado da interação entre fatores físicos, psicológicos e sociais.

A investigação, de natureza quantitativa, recorreu à aplicação de um questionário a cidadãos portugueses, obtendo-se 511 respostas válidas. Os resultados evidenciam a interligação entre os determinantes sociais da saúde, as redes de suporte e o bem-estar, destacando-se a relevância das redes de apoio e das condições habitacionais, laborais e de lazer para a promoção da saúde social. Verificou-se, ao longo da análise e interpretação dos dados, que condições sociais mais favoráveis estão associadas a níveis superiores de bem-estar e que as diferenças nos determinantes sociais da saúde variam, de forma estatisticamente significativa, consoante a presença de doença crónica. Apurou-se que indivíduos sem doenças crónicas, apresentam valores mais elevados em todas as dimensões analisadas, enquanto aqueles com doenças crónicas registam níveis inferiores de suporte social e de bem-estar social. Concluindo, que existe uma relação significativa entre fatores sociais e a saúde.

Palavra-Chave: Saúde social; determinantes sociais da saúde; rede de suporte social; bem-estar social.

Abstract

The present dissertation, entitled “*Social Health: The Perception of Portuguese Citizens*”, aims to analyze and understand the perception of the Portuguese population regarding their social health.

To better comprehend the concept and its impact on health in general, the study explored its relationship with well-being, support networks, and the social determinants of health, recognizing that health is not merely the absence of disease, but the result of the interaction between physical, psychological, and social factors.

This quantitative research involved the application of a questionnaire to Portuguese citizens, yielding 511 valid responses. The results highlight the interconnection between the social determinants of health, support networks, and well-being, emphasizing the importance of support networks and housing, working, and leisure conditions for the promotion of social health. Throughout the data analysis and interpretation, it was found that more favorable social conditions are associated with higher levels of well-being, and that differences in the social determinants of health vary significantly depending on the presence of chronic illness. The findings show that individuals without chronic illnesses present higher values in all analyzed dimensions, whereas those with chronic illnesses report lower levels of social support and social well-being. It is therefore concluded that there is a significant relationship between social factors and Health.

Keywords: Social health; social determinants of health; social support network; social well-being.

Índice

Introdução	2
1.Saúde Social em Perspetiva: Contextos, Redes e Intervenção.....	6
1.1 Saúde Social	6
1.2 Determinantes Sociais da Saúde, Bem-Estar e Redes de Suporte	9
1.3 Interfaces entre Serviço Social e Saúde Social: Fundamentos para uma Prática Transformadora	14
2. Metodologia.....	17
2.1 Natureza da Pesquisa	17
2.2 Universo e Amostra	18
2.3 Hipóteses da Investigação.....	19
2.4 Procedimentos de Recolha de Dados de Investigação	20
3. Apresentação de Resultados	22
3.1 Caracterização da amostra	22
3.1.1 Situação Habitacional	23
3.2 Dimensão da Saúde.....	23
3.3 Análise Estrutura Relacional	25
3.4 Análise de Hipóteses	27
4. Discussão dos Resultados	31
Conclusão	34
Referências Bibliográficas.....	37
Apêndice	41

Índice de tabelas

Tabela 1 - Caracterização da amostra (N=511)	22
Tabela 2 - Situação Habitacional	23
Tabela 3 - Como classifica a sua Saúde de forma geral?	23
Tabela 4 - Tem Médico de Família atribuído?	24
Tabela 5 - Acesso aos Cuidados de Saúde Primários	24
Tabela 6 - Tem alguma doença crónica?	25
Tabela 7 - Consistência Interna	25
Tabela 8 - Estatística Descritiva	26
Tabela 9 - Correlações	29
Tabela 10 - Comparação entre fatores sociais e frequência do acesso ao SNS	29
Tabela 11 - Comparação entre fatores sociais por Doenças Crónicas	29
Tabela 12 - Comparação entre Suporte Social e acesso ao SNS	29
Tabela 13 - Comparação entre Bem-Estar por frequência do acesso ao SNS	29
Tabela 14 - Comparação entre Suporte Social por Doença Crónica	29
Tabela 15 - Comparação entre Bem-Estar e Doença Crónica	30
Tabela 16 - Variância total explicada	54
Tabela 17 - Matriz de Componentes Rodadas	57

Índice Figuras

Figura 1 - Definição de Saúde Social	6
---	---

Índice Gráficos

Gráfico 1 - Frequência de acesso ao SNS	24
--	----

Siglas

DSS – Determinantes Sociais da Saúde

INE – Instituto Nacional de Estatística

OMS – Organização Mundial da Saúde

SNS – Sistema Nacional de Saúde

Introdução

A presente dissertação resulta de uma análise junto da população portuguesa relativamente à saúde social, de forma a compreender o impacto que a área social tem na saúde dos utentes, uma vez que a saúde, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), é “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de afeções e enfermidades.” (OMS, 1947).

A necessidade de analisar o conceito de saúde social e o seu impacto no indivíduo e comunidade, dá-se pela ausência de valorização da área social no conceito de saúde geral. Dado os avanços na literacia em saúde, é fácil compreender o campo físico e mental, contudo, poucos são aqueles que interligam a área social ao conceito e reconhecem o seu impacto. A saúde representa um dos pilares fundamentais do bem-estar e da qualidade de vida dos indivíduos. A sua conceção contemporânea transcende a ausência de doença ou enfermidade, integrando dimensões relacionadas com a qualidade de vida, o bem-estar físico e mental, bem como a capacidade dos cidadãos para gerirem, de forma autónoma, informada e eficaz, o seu percurso de vida e a interação com os serviços de saúde e apoio social (Barbosa & Cardoso, 2024).

Na atualidade, já não se considera as doenças como o único, ou mesmo o principal, problema de saúde. Considera-se que fatores externos ao indivíduo, tem impacto significativo tanto na saúde, como no processo de cura/tratamento. “O pensamento multidisciplinar em saúde procura evidenciar precisamente que a conceção médica reducionista, centrada no diagnóstico e tratamento, conduz a uma despolitização das causas dos processos de saúde/doença, que estão diretamente ligadas aos modelos de vida. Isto significa que não abordar as desigualdades sociais no campo da saúde implica restringir a capacidade efetiva de promover saúde, bem como perpetuar essa mesma assimetria” (Registro, Elias, & Seti, 2025, p. 5066). Neste sentido, compreender a saúde social é essencial para avaliar não apenas os indicadores de saúde física e mental, mas também a forma como os indivíduos se relacionam com a sociedade e encontram recursos para lidar com as adversidades.

Desta forma, o papel do Serviço Social é fulcral, dando o seu contributo para uma abordagem global em saúde e colocando em evidência o diagnóstico de problemas sociais que poderão potenciar ou mascarar problemas de saúde (Carvalho, 2012). O Serviço Social surge como um otimizador de serviços e recursos, ao diagnosticar e intervir em problemas psicossociais, evitando que estes se mascarem em problemas físicos ou clínicos (Dhooper, 1997 como citado em Carvalho, 2012).

O papel do assistente social na área da saúde centra-se na promoção dos direitos, com vista à garantia da equidade no acesso e usufruto dos cuidados. Este compromisso, implica o reconhecimento de que todos os indivíduos devem dispor de uma oportunidade justa para atingir o seu pleno potencial de saúde (Miguel & Bugalho, 2003). Não é admissível, que cidadãos com diferentes pontos de partida socioeconómicos, vejam o acesso à saúde dificultado ou comprometido, perpetuando desigualdade evitáveis e injustas.

Face à premissa enunciada, definiu-se como objetivo geral: compreender e analisar a perceção dos cidadãos portugueses relativamente à sua saúde social, através da análise dos determinantes sociais da saúde e integração na rede e suporte social. A partir deste ponto, definiu-se cinco objetivos específicos: i) analisar a perceção dos cidadãos portugueses sobre o conceito de saúde social e a sua relevância no bem-estar social; ii) identificar os principais determinantes sociais da saúde que os cidadãos reconhecem como influentes no seu estado de saúde global; iii) avaliar as redes de suporte social (familiares, comunitárias e institucionais) na perceção dos cidadãos portugueses e o impacto na sua saúde social; iv) explorar a relação entre bem-estar social e suporte social percebida pelos participantes; e v) refletir sobre implicações para o Serviço Social e na promoção de políticas públicas orientadas para a saúde social.

A presente dissertação divide-se em cinco capítulos: estado de arte; metodologia; análise de dados, discussão de resultados e conclusões. No capítulo um, a discente elabora uma compilação da teoria que considera adequada para uma melhor compreensão relativamente ao tema, centralizando a pesquisa teórica na saúde social, determinantes sociais da saúde, bem-estar social e redes e suporte social, de forma a compreender o impacto dos mesmos no indivíduo e de que forma estas dimensões contribuem para a promoção em saúde. Posteriormente, encontra-se informação sobre o Serviço Social e a saúde social, confrontando as duas áreas e compreender qual o papel do Serviço Social nas práticas e promoção da saúde social.

De seguida, o capítulo dois enquadra a metodologia utilizada no estudo, optando por uma abordagem quantitativa, através de uma pesquisa descritiva de forma a observar, registar e analisar os dados recolhidos através de questionário, sem interferência do investigador. Consta informação sobre o universo e amostra, bem como as hipóteses que guiaram a investigação. Posteriormente, apresenta-se a análise dos resultados, permitindo caracterizar a população inquirida e a sua situação nas dimensões exploradas: saúde; determinantes sociais; bem-estar social; redes e suporte social. De seguida, a discussão dos resultados onde serão interpretados e analisados os dados obtidos, estabelecendo relação com os objetivos da

investigação e hipóteses elaboradas, de forma a compreender o significado dos resultados e a implicação dos mesmos na saúde social dos indivíduos.

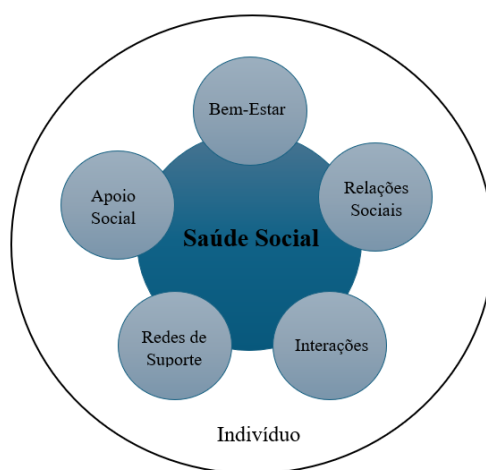
Por fim, as conclusões do estudo, bem como reflexão da atualidade relativamente à saúde social. Face às conclusões, a investigadora realiza uma reflexão relativamente às práticas atuais, como também futuras perspectivas de investigação.

1. Saúde Social em Perspetiva: Contextos, Redes e Intervenção

1.1 Saúde Social

A saúde social é a esfera da saúde que visa o bem-estar dos utentes, as suas relações sociais, interações, redes de suporte e apoios sociais, de forma a promover equidade e igualdade no acesso à saúde e consequentemente, na qualidade de vida.

Figura 1 - Definição de Saúde Social



Fonte: Elaboração Própria

É importante ressaltar, que um indivíduo quando inserido de forma adequada na comunidade, com relações sociais estabelecidas e sentimento de pertença, tende a viver mais anos e com menos impacto na saúde (Mcdowell, 2006). Para reforçar a importância da saúde social no quotidiano, Doyle e Link sustentam o argumento referindo que a saúde social tem efeitos independentes na qualidade de vida, dado ser uma construção dinâmica e contextual que está incorporada e codificada no corpo humano (e na mente) (Doyle & Link, 2024).

O conceito de saúde social evoluiu ao longo do tempo, reflexo das mudanças da população, como por exemplo: revolução industrial, valorização da saúde e bem-estar. No século XIX, é relacionado pela primeira vez condições sociais com saúde pública, através do relatório sobre as condições sanitárias da população trabalhadora da Grã-Bretanha, por Edwin Chadwick, relacionando as condições sociais à saúde da comunidade, anos mais tarde, John Snow identifica a contaminação das águas como causa da cólera, destacando os determinantes

ambientais da saúde e no final do século, é publicado um artigo “O Suicídio”, de Émile Durkheim onde relaciona fatores sociais com a saúde mental.

No século XX, a OMS define saúde incluindo no seu conceito a componente social para um estado completo de bem-estar. Posteriormente surgem os primeiros estudos epistemológicos que evidenciam a influencia dos fatores sociais na saúde, exemplo disso é o relatório *Black* (1980), onde analisou e comprovou como os fatores socioeconômicos influenciavam a saúde da população, através das desigualdades no acesso à saúde, a incidência da doença, mortalidade infantil, esperança média de vida, condições precárias, habitação inadequada e baixos índices de escolaridade estavam associados a baixos indicadores de saúde.

No ano de 1986 deu-se a primeira conferência internacional sobre promoção da saúde, no Canadá, com o principal objetivo de estabelecer diretrizes de referência para a promoção da saúde, reconhecendo que vai além do físico e depende de fatores exteriores tais como sociais, económicos e ambientais. Sequência da Carta de *Ottawa* definiu-se cinco áreas de intervenção prioritária para a promoção da saúde: elaboração de políticas públicas; promoção de ambientes saudáveis; reforço da ação comunitária; desenvolvimentos de competências pessoais e trabalho na prevenção da doença.

No século XXI a OMS, cria a comissão sobre os determinantes sociais da saúde (DSS), dando assim destaque para as desigualdades sociais existentes na área.

Atualmente, não existe uma definição universal do conceito de saúde social, mas em contrapartida existem diversos autores que dão o seu parecer relativamente à dimensão social da saúde, descrevendo a saúde social como a “dimensão do bem-estar de um indivíduo que diz respeito a como ele/ela se relaciona com outras pessoas, como as outras pessoas reagem a ele/ela e como ele/ela interage com as instituições sociais e os costumes da sociedade.” (Russell, 1973, p. 75).

De acordo com Reyes, o conceito é entendido numa perspetiva comunitária, com destaque para a comunidade, a integração e a qualidade das relações, considerando aspetos como a avaliação das funções do indivíduo na comunidade, a qualidade da comunicação com os outros, os contactos próximos e a pertença a grupos sociais. (Reyes, 1998). De forma a valorizar as relações com a sociedade, Doyle e Link defendem que a saúde social é definida através da quantidade e qualidade das relações num contexto específico, para atender à necessidade do indivíduo em estabelecer conexões significativas (Doyle e Link, 2024).

A saúde social pode definir-se como a situação ótima em cada uma das áreas que configuram o ambiente social da pessoa (Casals et al., 2005), como consta na figura anterior, podendo concluir que o ambiente social é a rede de relações do indivíduo, a sua comunidade,

normas e valores culturais, condições socioeconômicas, entre outras dimensões sociais que possam afetar a esfera social. Para melhor compreender o conceito é importante entender o conteúdo do mesmo, uma vez que a saúde social é um construto, suscetível às relações sociais. Segundo a Direção Geral da Saúde, um indivíduo é confrontado com a multidimensionalidade dos problemas de saúde e os determinantes influenciam, manifestando-se através de “constelações, com múltiplas interações e relações de interdependência e potenciação (Direção Geral da Saúde, 2021, p.20)”.

A saúde social é um conceito dinâmico e multidimensional que influencia diretamente o bem-estar e a qualidade de vida dos indivíduos. Embora não haja uma definição universal, diversos autores destacam a importância das relações sociais, da integração comunitária e do apoio social na promoção da equidade em saúde. Estudos como *Social Relationships and Health* de House, et al., 1988 e *Social Networks, Host Resistance, And Mortality: A Nine-Year Follow-Up Study Of Alameda County Residents* de Berkman e Syme, 1979, demonstram que indivíduos inseridos em redes sociais sólidas tendem a viver mais e com melhor qualidade de vida, contrariamente quando redes deficitárias ou diminutas tendem a existir uma maior taxa de mortalidade. Assim, compreender a saúde social implica reconhecer o impacto das interações sociais no indivíduo, o papel da comunidade e os DSS na experiência de saúde, conforme defendido por diferentes perspectivas teóricas e institucionais. Para melhor perceber o conceito, é necessário compreender as dimensões que se interligam para a avaliação da saúde social do indivíduo e consequentemente da sociedade, uma vez que as “interconexões entre a vida quotidiana das pessoas e a sua saúde são frequentemente complexas e situadas num lugar e tempo específicos, num mundo que muda rapidamente” (Heinonen Et Al., 2009, p.140).

De acordo com a medicina centrada na pessoa, o contexto onde a pessoa se insere, interfere na forma como sente a sua saúde, devido a vários sistemas interligados, que incluem a família, a comunidade e a ecologia (Freeman et al., 2010). Este conjunto abrange tanto a singularidade do indivíduo, quanto os aspetos do contexto social em que ele está inserido. Segundo Custódio et. al, a integralidade dos cuidados de saúde do indivíduo, também passa pela compreensão de todo o seu contexto de vida, dado ser impossível abordar as necessidades de saúde sem reconhecer previamente a identidade, valores e percurso (Custódio et. al., 2020).

A valorização da saúde social e a promoção da mesma, traduz-se em ganhos na saúde dos indivíduos e na prática dos profissionais, promovendo uma visão integrada dos cuidados de saúde e do utente, contribuindo assim para uma maior equidade, bem como, para a sustentabilidade dos serviços de saúde e boa gestão dos recursos existentes.

Compreender e intervir na saúde social, permite aos assistentes sociais apoiar equipas e indivíduos na promoção da saúde individual e coletiva, e uma intervenção preventiva na saúde física e mental.

1.2 Determinantes Sociais da Saúde, Bem-Estar e Redes de Suporte

Segundo a Carta de *Ottawa*, a “saúde deve ser vista como um recurso para a vida (...) um conceito positivo, que enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas. Assim, a promoção da saúde não é responsabilidade exclusiva do setor e vai para além de um estilo de vida saudável, na direção de um bem-estar global” (Instituto De Administração Da Saúde, 1986, p. 1). O conceito de saúde social está intrinsecamente interligado ao potencial humano, como recurso para viver, validando assim a necessidade do olhar holístico sobre os indivíduos e importância da tríade (física, mental e social) para uma vida saudável e plena.

De acordo com a OMS, os DSS são os fatores não clínicos que influenciam os resultados de saúde, definidos como as condições em que os indivíduos nascem, crescem, vivem, trabalham e envelhecem. De ressaltar, quando as condições mencionadas não são garantidas na sua extensão, têm um impacto na saúde dos indivíduos, colocando-os em situação de maior vulnerabilidade e desigualdade. Conforme Harvey et al., os DSS tornaram-se estreitamente associados às lutas pela justiça e equidade na saúde (Harvey et al., 2022). Os determinantes exercem uma influência significativa nas desigualdades em saúde, às quais se traduzem em diferenças no seu estado, fatores esses observados dentro dos países como entre eles. Independentemente do nível de rendimento dos países, a saúde e a doença apresentam uma disparidade social, em que uma posição socioeconómica mais baixa está associada a piores condições de saúde.

Uma abordagem adequada dos DSS é essencial para a promoção da saúde e a mitigação das desigualdades estruturais, exigindo uma ação coordenada e intersectorial, que envolva a sociedade, os diversos níveis de governo e um amplo conjunto de agentes, tanto dentro como fora do setor da saúde. São inúmeros os fatores sociais que têm impacto profundo na saúde dos indivíduos, como comunidade, situação económica, emprego e as condições de trabalho, habitação, meio ambiente e a existência de sistemas de saúde que assegurem a todos, o acesso aos cuidados necessário (OMS, 2021).

Segundo a OMS os determinantes sociais podem ser mais importantes do que os cuidados de saúde ou escolhas de estilo de vida, destacando que vários estudos sugerem que os DSS são responsáveis por 30-55% dos resultados em saúde (OMS, 2021). Corroborando que, a posição social das pessoas molda a sua exposição, vulnerabilidade e resiliência perante os DSS intermediários.

A teoria de Solar e Irwin enfatiza a injustiça das desigualdades em saúde, defendendo a elaboração de políticas públicas intersectoriais e intervenções que atuem sobre os fatores estruturais para promover equidade no acesso à saúde (Solar e Irwin, 2010), como estabelecido no artigo 25º (alínea 1) da Declaração Universal dos Direitos Humanos, onde consta que “todo [o] ser humano tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar a si e à sua família saúde, bem-estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis e direito à segurança em caso de desemprego, doença invalidez, viuvez, velhice ou outros casos de perda dos meios de subsistência em circunstâncias fora de seu controle.” (Organização das Nações Unidas, 1948).

O modelo de Dahlgren e Whitehead é uma das referências mais utilizadas para compreender os DSS e as desigualdades em saúde, ao conceber a saúde como resultado da interação entre fatores distribuídos em diferentes níveis (Dahlgren e Whitehead, 1991). No núcleo do modelo, encontram-se as características individuais (idade, sexo e genética), envolvidas pelos estilos de vida e comportamentos, que embora pessoais, são moldados pelo contexto social e económico. Seguem-se as redes sociais e comunitárias, que fornecem suporte e proteção face a adversidades. Mais externamente, surgem as condições de vida e de trabalho, bem como o acesso a serviços essenciais, determinantes para a equidade em saúde. Por fim, a camada macroestrutural inclui fatores socioeconómicos, culturais e ambientais, como políticas públicas, desigualdades de rendimento, normas sociais e alterações ambientais, que condicionam todas as outras dimensões e influenciam, de forma decisiva, a saúde individual e coletiva.

O estudo e análise dos DSS validam que as desigualdades em saúde não são apenas resultado das escolhas individuais, mas também consequência do contexto e recursos disponíveis. A análise e abordagem holística permite compreender e corroborar que os indicadores críticos de saúde estão intrinsecamente relacionados com a exposição a vulnerabilidades e o menor acesso a serviços. Os determinantes permitem um olhar global e aprofundado do indivíduo no seu contexto social, sendo um conceito basilar para a avaliação e reconhecimento da saúde social.

Os DSS, ao moldarem as condições de vida, o acesso a recursos e as oportunidades de participação social, apresentam uma relação direta com o bem-estar social, entendido como a percepção de qualidade de vida resultante das interações sociais, do suporte comunitário e da integração em redes de pertença. Mais do que fatores isolados, os determinantes sociais constituem o enquadramento estrutural que influencia não apenas a saúde, mas também a forma como os indivíduos experienciam a sua integração social. Assim, a análise dos determinantes sociais conduz inevitavelmente à reflexão sobre o bem-estar social, destacando a sua relevância enquanto dimensão indissociável da saúde e da qualidade de vida.

A dimensão social do bem-estar tem sido progressivamente enfatizada na literatura como uma contribuição importante para a compreensão de como um indivíduo funciona (Larson, 1993). Bem-estar social foi definido por Keyes como “a avaliação das circunstâncias e do funcionamento de uma pessoa na sociedade” (p.122), propondo o bem-estar social na divisão de cinco dimensões “integração social, contribuição social, coerência social, atualização social e aceitação social” (Keyes, 1998, p.121).

A integração social de um sujeito, segundo o autor, corresponde ao sentimento de pertença do indivíduo com a comunidade. Essa dimensão aborda a qualidade das relações interpessoais e conexão com as redes sociais. No bem-estar social a contribuição social diz respeito à percepção do indivíduo sobre as suas atitudes e o sentimento de contribuição (positiva) para a sociedade, reforçando o sentimento de propósito e utilidade na rede social. A coerência social, trata-se da capacidade de o sujeito perceber a sociedade onde está inserido, como algo compreensível e organizado, permitindo a compreensão dos acontecimentos sociais e como estes estão conectados, atribuindo-lhes significado. A atualização social, relaciona-se com a percepção de uma sociedade evolutiva e em progresso, que evolui de forma positiva, e que o indivíduo também beneficia com a evolução, permitindo um crescimento individual nesse contexto. Por fim, a aceitação social refere-se às atitudes positivas e confiantes nas relações com os outros membros da sociedade. As dimensões estabelecidas por Keyes, permitem compreender o bem-estar social como um estado de equilíbrio entre o indivíduo e o meio onde está inserido, acreditando que o funcionamento das dimensões no seu todo, traduzem-se em índices favoráveis/ótimos de bem-estar.

O Instituto Nacional de Estatística (INE) define bem-estar pela presença do melhor padrão de qualidade de vida no sentido mais amplo do termo. O conceito de bem-estar abrange, não só as condições materiais de vida, mas também outros fatores explicativos do nível de qualidade de vida, nomeadamente relacionadas com o enquadramento ambiental, com a saúde robusta, bom nível educacional, equilíbrio no uso do tempo, em particular no balanço vida-

trabalho, vitalidade da vivência em sociedade, bom nível de participação democrática e o acesso e participação em atividades culturais e de lazer. O bem-estar social, ao refletir sobre a qualidade das relações interpessoais, a participação ativa na comunidade e o acesso a condições de vida dignas, permite-nos compreender que existe uma forte conexão com as relações e as redes, estabelecidas pelo indivíduo na comunidade e que as mesmas se traduzem, em ganhos em saúde.

As relações sociais desempenham um papel fundamental na promoção da saúde social dos indivíduos, influenciando o bem-estar, a percepção de apoio e a capacidade de lidar com adversidades. A qualidade e a estabilidade das interações interpessoais — com familiares, amigos, vizinhos ou colegas — estão fortemente associadas a níveis mais elevados de satisfação com a vida, autoestima e segurança emocional. Estas relações funcionam como redes de suporte, essenciais não só para o conforto psicológico, mas também para o acesso a recursos, informação e cuidados de saúde. A ausência de vínculos sociais, por outro lado, pode contribuir para o isolamento, o *stress* crónico e o agravamento de problemas de saúde física e mental. Neste sentido, a saúde social deve ser compreendida como intrinsecamente ligada ao tecido relacional em que o indivíduo está inserido, bem como os benefícios associados.

Segundo Sluzki, a doença tem impacto nas relações sociais dos indivíduos, existindo um afastamento generalizado da rede (Sluzki, 1996). O autor identifica tipos de comportamentos para a perda do vínculo relacional, tais como o evitamento do contacto, aumento da distância física e interpessoal, que se traduz numa maior inércia e resistência no contacto e a perda de mobilidade do sujeito que condiciona o contacto social. Dado o estado de doença, o utente acaba por abandonar alguns contextos onde se encontrava inserido por consequências associadas ao estado de saúde, que por vezes, pode traduzir-se em isolamento pela redução do contacto. Contrapondo, a discente acredita que no momento de doença, é necessário um papel ativo das redes sociais e suporte para o processo de cura/recuperação.

As relações sociais estabelecidas pelo indivíduo correspondem aos vínculos e interações que constrói dentro do contexto social. “O indivíduo, enquanto sistema, desenvolve-se e evolui na relação com os outros sistemas, sendo a família e a escola sistemas muito significativos da rede social, por corresponderem a contextos onde ocorrem interações prolongadas no tempo e com efeitos significativos no seu desenvolvimento” (Antunes, Sequeira e Alarcão, 2011, p. 337).

Este tipo de interações e vínculos devem ser consideradas redes, uma vez que “cada pessoa está (...) em contacto com um certo número de outras pessoas, algumas das quais estão em contacto direto entre si e outras não (...) [ponderando] ser conveniente chamar rede a um

campo social deste tipo” (Barnes, 1954, p. 43). As redes sociais podem ser consideradas como um conjunto de nós e de laços de ligação, entre os nós, podendo ser consideradas pessoas, mas também podem representar grupos, empresas ou outras organizações; os laços representam fluxos de recursos, transferências ou outro tipo de relações entre os nós (Wellman e Berkowitz, 1988, como citado em Guadalupe, 2017), esteticamente adota a figura de uma constelação, de forma a demonstrar as múltiplas interligações sociais, desde os níveis micro ao macrosociais, reforçando a ideia de entrecruzamento das redes em diferentes níveis.

“A rede social fornece não só os modelos de papéis como também o espaço onde esses papéis são ativados e valorizados” (Coimbra, 1990, p. 171), ou seja, as relações estabelecidas pelo indivíduo permitem-lhe compreender qual o seu propósito e ser um elemento interativo num conjunto, que segundo o autor a “comunicação com o meio envolvente também exerce influência sobre o indivíduo”. Elina Dabas acrescenta que a relação é “um processo de construção permanente tanto individual como coletivo” (Dabas, 1993, p.21).

Segundo a perspectiva ecológica do desenvolvimento humano, a rede social do indivíduo integra um conjunto de sistemas sociais que o influenciam e que o próprio influencia permanentemente (Caetano e Guadalupe, 2017), com isto, conclui-se que as redes sociais são sistemas relacionais e abertos. Um indivíduo quando estabelece uma rede, denomina-se como rede social pessoal, nessa constelação pode estar incluída as redes sociais da família quando colocada no sistema central da rede; a rede primária quando reportamos vínculos informais entre familiares, amigos, colegas de trabalho ou vizinhos; a rede secundária, quando o quadro das relações tem um vínculo formal e institucional (Guadalupe, 2012).

Intrinsecamente relacionado estão as redes sociais do indivíduo e o suporte social, sendo as redes relacionais a sua principal fonte. Segundo Guadalupe, a relação do suporte social com a saúde e a doença tem sido amplamente evidenciadas pelo conhecimento prático no início da década de 70 do século XX, entendendo que o suporte social é a informação que um sujeito recebe sentindo-se integrado e pertencente a uma rede social, permitindo responder às necessidades sociais e prevenir possíveis condições sociais, uma vez que existe uma forte relação entre a rede social e a sobrevivência, visto que sujeitos com maior nível de integração social têm uma longevidade superior (Guadalupe, 2012).

Cobb define suporte social através de três áreas pessoais do indivíduo sendo a primeira a crença de ser amado e um sentimento de cuidado e preocupação, outro fator passa pela crença de ser estimado e valorizado, através das suas atitudes e por fim, o indivíduo acreditar pertencer a uma rede de comunicação e obrigações mútuas (Cobb, 1976).

Cohen defende que existem três tipos de suporte prestado pela rede social: suporte emocional, suporte instrumental e suporte informacional (Cohen, 1998 como citado em Siqueira, 2008). O suporte emocional pode ser entendido como ações ou palavras direcionadas para um indivíduo (integrante da rede social), através de demonstração de afetos, cuidados e preocupação pelo bem-estar. O suporte emocional pode-se apresentar através de conselhos, escuta, empatia e confiança. O suporte instrumental refere-se à assistência tangível ou prática fornecida por pessoas ou instituições. E o suporte informacional consiste na obtenção de orientações e conhecimentos fornecidos por outras pessoas, que são fundamentais para auxiliar o indivíduo na resolução de problemas ou tomada de decisões.

Face ao exposto, considera-se que o suporte social tem um papel fundamental para a saúde (ou episódio de doença) do indivíduo, uma vez que “as relações sociais permitem (...) dar sentido à vida, facilitando o processo de identificação e de vinculação, assim como uma retroalimentação quotidiana ao nível dos desvios que o sujeito faz da saúde, favorecendo comportamentos salutogénicos” (Guadalupe, 2012, p. 200), ou seja, estabelecer relações sociais permite adotar comportamentos na esfera do indivíduo, possibilitando hábitos que promovam o bem-estar, protejam e promovam saúde (Siqueira, 2008).

1.3 Interfaces entre Serviço Social e Saúde Social: Fundamentos para uma Prática Transformadora

“A biomedicina está historicamente associada ao paradigma cartesiano, que introduz, com a secularização da sociedade, uma perceção fragmentada, linear e racionalista da ciência. A adoção desta lógica no cuidado médico projeta sobre os indivíduos um olhar dicotómico e reducionista, que se limita a observar o corpo biológico, ocultando o sujeito e a sua identidade complexa” (Registro, Elias, & Seti, 2025, p. 1).

O modelo biomédico, tradicionalmente dominante nos sistemas de saúde, centra-se na dimensão biológica da doença, através de intervenções técnicas e científicas. Esta perspetiva, embora essencial para o avanço da medicina, tende a reduzir a saúde a um fenómeno exclusivamente físico, desconsiderando os determinantes sociais, psicológicos e ambientais. É neste contexto que o Serviço Social assume um papel fundamental, atuando como mediador entre o utente e o sistema de saúde, integrando a dimensão social nos processos de cuidado, promovendo a saúde social.

Segundo Engel (1977) o modelo biomédico não é suficiente, defendendo a necessidade de incorporar o contexto social. Face ao exposto, contrapõe com o modelo biopsicossocial,

uma abordagem integrada, reconhecendo que a saúde resulta da interação entre fatores biológicos, psicológicos e sociais, incluindo o “doente como a doença” (p. 387). Este modelo, amplamente difundido a partir dos trabalhos de George Engel, valoriza o contexto de vida do indivíduo, as suas relações, redes de apoio e condições socioeconómicas, superando a visão reducionista da doença. “O Serviço Social surge como otimizador de serviços e recursos, ao diagnosticar e intervir em problemas psicossociais, evitando que estes se mascarem de problemas físicos ou clínicos” (Dhooper, 1997, como citado em Carvalho, 2012, p. 6), bem como intervir “nos fatores sociais associados à saúde e à doença, ou seja, considera que lhe cabe intervir em problemas sociais que tenham implicações na saúde, ou vice-versa, o que vem reiterar que o papel do Serviço Social assenta numa conceção de saúde biopsicossocial” (Carvalho, 2012, p. 14).

O assistente social contribui para a efetivação deste modelo através da articulação com políticas públicas, promoção para a inclusão social e a defesa dos direitos dos cidadãos, garantindo que a resposta em saúde seja mais equitativa, centrada na pessoa e orientada para a melhoria da qualidade de vida, “ser assistente social é ter a capacidade de afirmação das questões éticas na defesa dos direitos sociais e pela qualidade dos serviços prestados aos sujeitos que necessitam de cuidados de saúde e que por uma situação de doença se encontram mais vulneráveis, é trabalhar em prol da sociedade e dos sujeitos. Num mundo cada vez mais emaranhado na instabilidade económica, social e política é este o papel do assistente social, acolher, integrar, promover, reabilitar e encaminhar.... Mais que um trabalho é uma missão.” (Ferreira, 2012, p. 70). O Serviço Social, ao intervir nestas dimensões, contribui para a promoção de maior equidade e justiça social dos utentes.

Os assistentes sociais desempenham uma função crucial na promoção da saúde social dadas as suas competências, desde o trabalho na prevenção, elaboração de planos individuais de cuidados e acompanhamento biopsicossocial, com os utentes; trabalho interdisciplinar com profissionais de saúde e parceiros; garantir a sustentabilidade dos serviços.

O Serviço Social possui um papel ativo na solução, junto dos indivíduos, das suas redes e contextos, distinguindo-se assim de outros profissionais da área da saúde. Tanto que a possibilidade de perder ou recuperar saúde deve enfatizar a necessidade do tratamento de problemas psicossociais que surjam em situações de doença, sendo importante sensibilizar os outros profissionais para a importância dos fatores psicossociais e tratamento destes mesmos problemas, sendo esta uma exigência básica de atenção integral (Mondragón, J & Trigueros, I., 1999 como citado em Carvalho, 2012).

De forma a ser parte envolvente da solução, é necessário que o Serviço Social tenha um papel promotor da saúde social, bem como preventivo. Segundo o Plano Nacional de Literacia em Saúde e Ciências do Comportamento 2023-2030, “a literacia em saúde é um instrumento de promoção de saúde, definido pela OMS, como o conjunto de competências cognitivas e sociais e a capacidade da pessoa para aceder, compreender, avaliar e aplicar informação em saúde, por forma a promover e a manter uma boa saúde.” (p. 4), sendo que Sodré (2014) acrescenta que a promoção em saúde é um conceito em evolução que se completa entre a prevenção e promoção. Conforme o autor, o trabalho da promoção da saúde, não está relacionado apenas com os profissionais da área da saúde, como também da participação de todas as pessoas, organizações e associações, de forma a tornar as comunidades mais resilientes aos desafios, o autor acrescenta ainda que “a promoção da saúde quase sempre é referida como uma atividade de educação em saúde pelos assistentes sociais.” (Sodré, 2014, p. 76).

De ressaltar que, apesar da sua importância, a promoção da saúde social em Portugal enfrenta diversas barreiras, entre as quais se destacam a escassez de recursos públicos e a burocracia dos mesmos que não coaduna com as necessidades urgentes na fase de doença/tratamento, as desigualdades territoriais no acesso a serviços de proximidade, a fragilidade de políticas sociais integradas e a persistência de estigmas associados à pobreza, ao desemprego, à exclusão social e à doença.

Contudo, coexistem também oportunidades significativas, nomeadamente a valorização crescente da intervenção comunitária, o fortalecimento de redes locais de apoio, a aposta em programas de literacia em saúde e o papel das organizações do terceiro setor na dinamização de respostas inovadoras. Estas oportunidades revelam que, quando bem orientadas, as políticas e práticas sociais podem potenciar o fortalecimento social e contribuir para reduzir desigualdades, na saúde.

2. Metodologia

Segundo o Plano Nacional de Saúde 2030, o objetivo é melhorar a saúde e o bem-estar da população em todo o ciclo de vida, através do compromisso social para a saúde sem deixar ninguém para trás (Direção Geral da Saúde, 2022), reconhecendo a necessidade de acompanhar a evolução do estado de saúde da população, através do desenvolvimento e implementação de instrumentos de perceção da Saúde.

Este capítulo apresenta o enquadramento metodológico que sustenta a investigação sobre a perceção da população portuguesa relativamente à saúde social, no âmbito do Serviço Social. A investigação adota uma abordagem quantitativa, considerando-se mais adequada para analisar padrões, quantificar perceções e identificar relações entre as variáveis associadas às dimensões estabelecidas para a análise da saúde social. Neste sentido, são delineados, nos subcapítulos seguintes, os principais aspetos metodológicos que orientam o estudo: a metodologia da pesquisa, com a justificação da abordagem escolhida e a classificação do estudo; a caracterização do universo e da amostra, onde se define o grupo populacional visado e os critérios de seleção da amostra; e, por fim, o procedimento de recolha de dados, que descreve o instrumento utilizado, as etapas da sua aplicação e os cuidados éticos considerados. Este enquadramento visa garantir a coerência, a fiabilidade e a validade científica da investigação.

2.1 Natureza da Pesquisa

A presente investigação tem como objetivo compreender e analisar a perceção dos cidadãos portugueses relativamente à sua saúde social, contribuindo de forma significativa para o conhecimento e fortalecimento do Serviço Nacional de Saúde (SNS), no respetivo campo. Esta análise, tem como objetivo específico identificar padrões da vida social dos indivíduos com a sua saúde; lacunas nas respostas sociais e de saúde; reforçar uma abordagem holística da saúde; propor políticas públicas mais centradas no cidadão; e apoiar a criação de indicadores de saúde social, integráveis em diagnósticos e planos de ação, enriquecendo a base de dados do SNS e do Serviço Social com métricas mais alinhadas com a realidade social.

Para tal, optou-se por uma abordagem quantitativa, vista como uma metodologia adequada para quantificar opiniões, comportamentos e características da população em estudo, possibilitando uma análise estatística rigorosa dos dados recolhidos (Gil, 2008).

Este tipo de abordagem oferece diversas vantagens no âmbito do Serviço Social. Destaca-se a sua objetividade e rigor científico, que minimizam a interferência subjetiva do investigador, conferindo maior credibilidade aos resultados obtidos. Além disso, a investigação quantitativa permite a generalização dos resultados para a população em geral, desde que a amostra seja representativa, facilitando a identificação de padrões e tendências sociais relevantes para a intervenção (Lakatos & Marconi, 2003). Outro benefício importante, é a possibilidade de mensuração precisa de fenómenos sociais complexos, o que contribui para uma melhor compreensão da saúde social e o impacto na saúde em geral. Ainda, os dados quantitativos fornecem suporte à tomada de decisão, auxiliando profissionais e formuladores de políticas sociais a delinear estratégias mais eficazes e direcionadas. Por fim, destaca-se a rapidez na recolha e análise dos dados, especialmente quando são utilizados questionários estruturados e softwares estatísticos, o que é essencial para a avaliação e monitorização em contextos sociais dinâmicos (Cervo, Bervian & Silva, 2007).

No que concerne ao tipo de estudo, este enquadra-se como uma pesquisa descritiva, dado que se propõe a observar, registar e analisar as perceções dos indivíduos sem a interferência do investigador, limitando-se a descrever as características do fenómeno em estudo (Cervo, Bervian & Silva, 2007). Esta abordagem é adequada para explorar as perceções da população relativamente à saúde social, facilitando a identificação de variáveis e fatores determinantes.

A análise dos dados será realizada por métodos estatísticos descritivos, de modo a traçar o perfil geral da perceção dos cidadãos portugueses relativamente à sua saúde social, identificando padrões, tendências e possíveis desigualdades que possam influenciar a saúde e bem-estar. Bem como, sensibilizar para novas abordagens na área da saúde integrando todas as áreas (físico, mental e social), contribuindo assim para a promoção em saúde e integração de cuidados.

2.2 Universo e Amostra

O universo de uma investigação corresponde ao conjunto total de indivíduos ou elementos que partilham uma característica comum e sobre os quais se pretende generalizar os resultados do estudo. A amostra, por sua vez, representa uma parte desse universo, composta por sujeitos, documentos ou outros elementos, dos quais são recolhidos os dados, devendo refletir, de forma fidedigna, as características da população de origem (Coutinho, 2022).

No presente estudo, o universo da pesquisa é constituído por todos os cidadãos portugueses com idade igual ou superior a dezoito anos, sendo esse o único critério de inclusão estabelecido.

Relativamente ao método de amostragem, optou-se por uma abordagem não probabilística, uma vez que a amostra não representa aleatoriamente todo o universo populacional. O questionário ficou disponibilizado online entre os dias 30 de abril a 8 junho de 2025, tendo obtido um total de 511 participações válidas.

2.3 Hipóteses da Investigação

Com base na revisão da literatura e nos objetivos definidos para este estudo, foram formuladas seis hipóteses que visam explorar as relações entre os determinantes sociais, o suporte social, o bem-estar social em articulação com a frequência de utilização dos serviços de saúde e a presença de doenças crónicas. O objetivo é compreender o impacto da dimensão social na saúde dos indivíduos, permitindo uma análise quantitativa das associações entre variáveis sociais e indicadores de saúde, particularmente no contexto da população inquirida.

Hipóteses:

1- Os determinantes sociais influenciam a frequência de acesso ao SNS - considerando que fatores como escolaridade, rendimento, situação profissional e condições habitacionais podem estar associados à regularidade com que os indivíduos procuram os cuidados de saúde.

2- Os fatores sociais influenciam a presença de doenças crónicas - partindo do pressuposto de que contextos sociais marcados por vulnerabilidade estão associados a uma maior incidência de patologias prolongadas.

3- O suporte social influencia a frequência de acesso ao SNS - assumindo que redes de apoio familiar e comunitário podem facilitar ou dificultar esse acesso, consoante a qualidade e a estabilidade das interações.

4- O bem-estar social tem impacto na frequência de utilização do SNS - dado que níveis mais elevados de satisfação com as condições de vida, tendem a refletir-se em comportamentos de maior procura por cuidados preventivos ou assistenciais.

5- O suporte social influencia o desenvolvimento e/ou monitorização de doenças crónicas- assumindo que a presença de relações interpessoais positivas pode ter efeitos protetores na saúde a longo prazo.

6 - O bem-estar social influencia a prevalência de doenças crónicas - considerando que a qualidade das condições sociais, em que os indivíduos vivem, pode estar diretamente relacionada com o surgimento ou agravamento dessas doenças.

Estas hipóteses orientam a investigação empírica e serão posteriormente analisadas com base nos dados recolhidos, através do inquérito por questionário, de forma a compreender em que medida os fatores sociais contribuem para a perceção da saúde social da população portuguesa.

2.4 Procedimentos de recolha de dados de investigação

A técnica utilizada para a recolha de dados foi um questionário estruturado, após análise de instrumentos relacionados com as temáticas da saúde, bem-estar, redes e suporte social e DSS. Para a sua construção, foram consultados diversos questionários e escalas reconhecidos na literatura científica, nomeadamente:

- *Development of a Scale for Measuring Social Health of Iranians Living in Three Big Cities* (Hahn et al., 2010 a);
- *The Development of the Social Health Scale for the Elderly* (Bao et al., 2018);
- *Measuring Social Health in the Patient-Reported Outcomes Measurement Information System (PROMIS): Item Bank Development and Testing* (Hahn et al., 2010 b);
- *Multidimensional Scale of Perceived Social Support – MSPSS* (Zimet et al., 1988);

O questionário foi desenvolvido na plataforma *Google Forms* e é composto por seis secções: i) Dados Sociodemográficos; ii) Saúde; iii) Determinantes Sociais da Saúde; iv) Redes e Suporte Social; v) Bem-Estar Social; e vi) Satisfação Global com a sua Saúde.

Todas as questões são de resposta fechada, permitindo uma recolha padronizada e objetiva da informação. foram aplicadas diversas escalas de avaliação, com destaque para a

escala de *Likert*, que permite a quantificação das percepções dos participantes e facilita a análise estatística dos dados recolhidos (Lakatos & Marconi, 2003).

Após a construção do questionário, foi realizada uma fase de pré-teste, decorrida entre os dias 23 e 29 de abril de 2025, tendo sido obtidas sete respostas. esta etapa teve como objetivo avaliar a clareza, pertinência e funcionalidade do instrumento junto de um grupo reduzido de participantes.

Com base na análise dos contributos obtidos nesta fase preliminar, foram introduzidas alterações significativas no instrumento, de forma a garantir uma melhor compreensão dos itens, ajustar a linguagem utilizada e garantir a adequação do instrumento ao público-alvo. Esta validação inicial permitiu reforçar a qualidade metodológica do estudo e assegurar maior fiabilidade na recolha de dados.

Posteriormente, o questionário foi divulgado online através de diversas plataformas e redes sociais (*Facebook*, *Instagram* e *LinkedIn*), tendo também sido enviado por correio eletrónico para 2.617 endereços associados a respostas sociais e serviços da comunidade (tais como estruturas residenciais para pessoas idosas, centros de dia, serviços de apoio domiciliário, a Associação Portuguesa de Apoio à Vítima – APAV, instituições da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, autarquias, entre outros) e para todas as Unidades Locais de Saúde de Portugal. A divulgação contou ainda com o apoio da *Portuguese Association for Integrated Care*, que colaborou na partilha do questionário.

A aplicação do instrumento respeitou integralmente as normas éticas e de proteção de dados em vigor, assegurando o anonimato e a confidencialidade dos participantes. Não foi recolhida qualquer informação que permitisse a identificação direta ou indireta dos inquiridos, garantindo que as respostas não podem ser associadas a indivíduos específicos. A análise estatística envolveu medidas de estatística descritiva (frequências absolutas e relativas, médias e respetivos desvios-padrão) e estatística inferencial. Nesta, utilizou-se a análise fatorial exploratória, o teste t de Student, o coeficiente de correlação de Pearson, o coeficiente de consistência interna Alf de Cronbach, a Anova One-Way e a Manova. Aceitou-se a normalidade de distribuição nas amostras com dimensão superior a 30, de acordo com o teorema do limite central. A homogeneidade de variâncias foi analisada com o teste de Levene. O nível de significância para rejeitar a hipótese nula foi fixado em $\alpha \leq .05$.

A análise estatística foi efetuada com o *software* SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) versão 29 para *Windows*.

3. Apresentação De Resultados

3.1 Caracterização da Amostra

Participaram no presente estudo 511 indivíduos. De forma a caracterizar os indivíduos inquiridos, concluiu-se que a média de idades dos participantes é de 42 anos, com uma amplitude entre os 19 e os 78 anos. A maioria dos inquiridos é do sexo feminino (84%), possui habilitações ao nível do ensino superior (81,2%), encontra-se em situação conjugal de casamento (37,8%), aufera um rendimento mensal compreendido entre 1201€ e 2000€ (34,6%) e reside na área metropolitana de Lisboa (55,2%).

Tabela 1 - Caracterização da amostra (N=511)

	N	%
Idade (M;DP)	42,0	13,0
Género		
Feminino	429	84,0
Masculino	81	15,9
NR	1	,2
Escolaridade		
≤ 3º Ciclo (9º ano)	13	2,4
Ensino Secundário	83	16,2
Ensino Superior	415	81,2
Estado civil		
Casado(a)	193	37,8
Divorciado(a)	52	10,2
Solteiro(a)	177	34,6
União de facto	86	16,8
Viúvo(a)	3	,6
Rendimentos mensais		
Até 750€	14	2,7
De 1201€ a 2000€	177	34,6
De 2001€ a 3000€	125	24,5
De 751€ a 1200€	73	14,3
Mais de 3000€	98	19,2
Prefiro não responder	24	4,7
Local		
Alentejo	21	4,1
Algarve	13	2,5
Área Metropolitana de Lisboa	282	55,2
Centro	96	18,8
Norte	83	16,2

Região Autónoma da Madeira	1	,2
Região Autónoma dos Açores	15	2,9

3.1.1 Situação Habitacional

A maioria dos participantes (44,8%) declarou residir em habitação própria adquirida com recurso a crédito à habitação, enquanto apenas uma minoria residual (0,4%) beneficia de apoio habitacional providenciado pelo Estado.

Tabela 2 - Situação Habitacional

	N	%
Habitação própria (com empréstimo à habitação)	229	44,8
Habitação cedida por familiares ou amigos	31	6,1
Habitação dos pais	82	16,0
Habitação própria (totalmente paga)	95	18,6
Habitação arrendada	65	12,7
Habitação social/ apoio habitacional do Estado	2	0,4
Habitação partilhada (com outras pessoas que não família)	4	0,8

3.2 Dimensão da Saúde

Mais de metade dos inquiridos (53,2%) classificou o seu estado de saúde como sendo "bom", enquanto 28,2% o descreveram como "satisfatório". Apenas uma pequena proporção indicou perceções negativas da sua saúde, nomeadamente "má" (3,9%) ou "muito má" (0,4%).

Tabela 3 - Como classifica a sua Saúde de forma geral?

	N	%
Muito má	2	,4
Má	20	3,9
Satisfatória	144	28,2
Boa	272	53,2
Muito boa	73	14,3
Total	511	100,0

No que respeita ao acesso aos cuidados de saúde primários, 30,5% dos participantes consideraram-no "satisfatório", enquanto 28,6% o avaliaram como "bom". Importa ainda referir que 17,6% atribuíram uma classificação "má" ao seu acesso, e 11,9% consideraram-no

"muito mau". Relativamente à atribuição de médico de família, 84,1% dos inquiridos indicaram ter um médico de família atribuído, enquanto 15,5% referiram não o ter, e 0,4% não souberam responder.

Tabela 5 - Acesso aos Cuidados de Saúde Primários

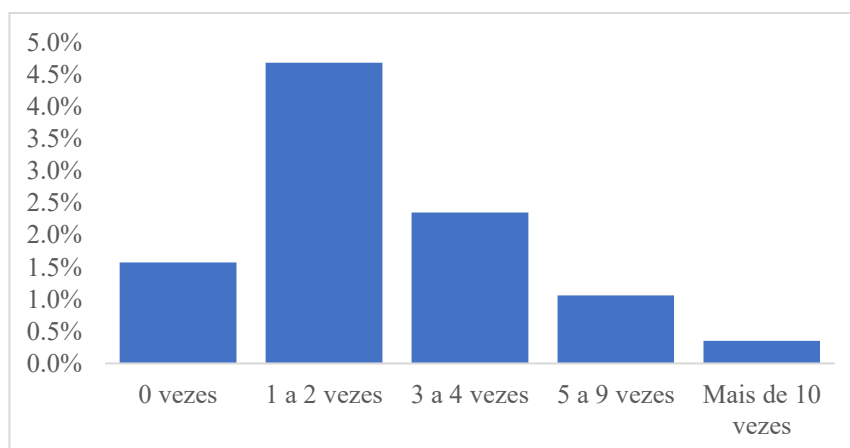
	N	%
Muito má	61	11,9
Má	90	17,6
Satisfatória	156	30,5
Boa	146	28,6
Muito boa	58	11,4
Total	511	100,0

Tabela 4 - Tem Médico de Família atribuído?

	N	%
Não	79	15,5
Não sei	2	,4
Sim	430	84,1
Total	511	100,0

Quanto à frequência de utilização do SNS nos últimos 12 meses, aproximadamente 45% dos inquiridos recorreram aos serviços públicos de saúde, sendo que 3,5% o fizeram mais de 10 vezes.

Gráfico 1 - Frequência de acesso ao SNS



No que concerne à presença de doenças crónicas, 39,9% dos participantes afirmaram sofrer de pelo menos uma patologia crónica. As condições mais frequentemente referidas foram asma ou outras doenças respiratórias crónicas (7,0%), hipertensão arterial (6,8%) e doenças autoimunes (6,3%).

Tabela 6 - Tem alguma doença crónica?

	N	%
Não	307	60,1
Sim	204	39,9
Total	511	100,0

3.3 Análise Estrutura Relacional

Através da análise fatorial exploratória foi possível identificar a existência de cinco dimensões principais, extraídas com base no critério de Kaiser (eigenvalue superior a 1), que em conjunto explicam 63,9% da variância total. A opção pela retenção destas cinco dimensões garante uma leitura mais clara e organizada dos dados, permitindo concentrar a análise nos fatores com maior relevância explicativa, sem perder a consistência estatística do instrumento. Deste modo, apresentam-se de seguida as tabelas correspondentes às cinco dimensões identificadas, remetendo-se para o apêndice a explicação técnica detalhada do processo de extração e rotação fatorial.

No que respeita à análise da consistência interna das dimensões do questionário, recorreu-se ao coeficiente Alfa de Cronbach como medida de fiabilidade. Os valores obtidos variaram entre um mínimo de 0,655 na dimensão lazer, interpretado como fraco, mas ainda aceitável, e um máximo de 0,767 na dimensão habitação, considerado razoável. Estes resultados indicam uma consistência interna globalmente satisfatória entre os itens das diferentes dimensões do instrumento. A categorização dos coeficientes segue os critérios definidos por Hill (2014), segundo os quais valores entre 0,6 e 0,7 são considerados aceitáveis, e entre 0,7 e 0,8, bom. Estes dados conferem robustez estatística ao questionário e validam a sua aplicação no âmbito deste estudo.

Tabela 7 - Consistência Interna

	Alpha Cronbach	Nº de itens
Determinantes Sociais da Saúde		
Fator geral	.699	5
Habitação	.767	4
Trabalho	.756	3
Fatores financeiros	.650	3
Lazer	.655	2
Rede e Suporte Social	.764	6
Bem-Estar Social	.746	6

As estatísticas descritivas das variáveis em análise encontram-se sintetizadas na tabela seguinte, onde são apresentados os valores mínimo e máximo, a média e o desvio padrão de cada dimensão avaliada. No que diz respeito aos DSS, verifica-se que os participantes atribuíram pontuações mais elevadas à dimensão habitação ($M = 4,04$; $DP = 0,81$), enquanto a dimensão fatores financeiros apresentou a média mais baixa ($M = 2,04$; $DP = 0,66$). Importa referir que, com exceção da dimensão fatores financeiros, todas as restantes dimensões apresentam médias significativamente superiores ao ponto médio da escala, com um nível de significância de $p < .001$. Este resultado indica uma perceção globalmente positiva por parte dos participantes relativamente aos DSS, bem como em relação à rede e suporte social ($M = 3,56$; $DP = 0,82$) e ao bem-estar social ($M = 3,79$; $DP = 0,69$). Assim, pode concluir-se que os cidadãos inquiridos demonstram perceções favoráveis nestas dimensões, à exceção das condições financeiras, que se destacam pela sua avaliação significativamente mais baixa.

Tabela 8 - Estatística Descritiva

	Mín	Máx	Média	Desvio padrão
Determinantes Sociais da Saúde				
Fator geral	1,00	5,00	3,83	,70
Habitação	1,00	5,00	4,04	,81
Trabalho	1,00	5,00	3,32	,90
Fatores financeiros	,75	3,75	2,04	,66
Lazer	1,00	5,00	3,45	,94
Rede e Suporte Social	1,00	4,83	3,56	,82
Bem-Estar Social	1,00	5,00	3,79	,69

A tabela 10 apresenta os coeficientes de correlação de Pearson entre as variáveis em análise, nomeadamente os DSS, o suporte social e o bem-estar social. De um modo geral, observa-se que a maioria das correlações são estatisticamente significativas, ainda que com magnitudes baixas a moderadas.

A correlação mais elevada entre variáveis de escalas distintas foi observada entre o suporte social e o trabalho ($r = 0,385$, $p \leq .01$), indicando uma associação moderada entre estas dimensões. Resultados semelhantes foram encontrados entre suporte social e habitação ($r = 0,383$, $p \leq .01$), bem como entre lazer e trabalho ($r = 0,390$, $p \leq .01$), revelando que condições laborais e habitacionais mais favoráveis tendem a estar associadas a uma maior perceção de suporte social e lazer.

A dimensão bem-estar social correlaciona-se significativamente com todas as variáveis, com destaque para a correlação com suporte social ($r = 0,763$, $p \leq .01$), evidenciando uma relação forte entre estas duas dimensões, o que reforça a importância das redes de apoio no bem-estar percebido dos indivíduos. Também se observam correlações moderadas entre bem-estar e habitação ($r = 0,326$), trabalho ($r = 0,307$) e lazer ($r = 0,332$), todas significativas a $p \leq .01$, sugerindo que condições sociais mais favoráveis contribuem para níveis mais elevados de bem-estar.

Por outro lado, a dimensão financeira apresenta correlações negativas com várias variáveis, nomeadamente com habitação ($r = -0,276$), trabalho ($r = -0,255$), lazer ($r = -0,224$), suporte social ($r = -0,286$) e bem-estar ($r = -0,201$), todas significativas ($p \leq .01$). Estes resultados sugerem que uma percepção mais negativa dos fatores financeiros pode estar associada a uma menor satisfação noutras dimensões da saúde social e bem-estar.

Em suma, os dados demonstram que as diferentes dimensões dos DSS, do suporte social e do bem-estar estão interligados, destacando-se a relevância das redes de apoio e das condições habitacionais, laborais e de lazer na percepção da saúde social.

Tabela 9 - Correlações

	Geral	Habitação	Trabalho	Financeiro	Lazer	Sup. Social
Geral						
Habitação	,276**					
Trabalho	,137**	,280**				
Financeiro	,168**	-,276**	-,255**			
Lazer	,149**	,326**	,390**	-,224**		
Sup. Social	,085	,383**	,385**	-,286**	,340**	
Bem-Estar	,120**	,326**	,307**	-,201**	,332**	,763**

* $p \leq .05$ ** $p \leq .01$ *** $p \leq .001$

3.4 Análise de Hipóteses

Hipótese 1: Os determinantes sociais influenciam a frequência de acesso ao SNS

O teste multivariado da Manova indica que as diferenças nos determinantes sociais em função da frequência de acesso ao SNS não são estatisticamente significativas, Wilks' Lambda = .958, $F(15, 1292.343) = 1.336$, $p = .173$.

Não se verificando a hipótese enunciada.

Tabela 10 - Comparação entre fatores sociais e frequência do acesso ao SNS

	Não acedeu		1 a 2 vezes		3 a 4 vezes		> 4 vezes		Sig.
	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP	
Fator geral	3,87	,72	3,85	,72	3,75	,67	3,89	,66	,426
Habitação	4,13	,80	4,03	,82	4,02	,83	3,99	,81	,713
Trabalho	3,42	,85	3,32	,91	3,34	1,00	3,22	,79	,596
Fatores financeiros	1,89	,66	2,05	,61	2,01	,65	2,27	,78	,003
Lazer	3,42	,95	3,43	,97	3,51	,95	3,45	,86	,831

M – Média DP – Desvio padrão

Hipótese 2: Os fatores sociais influenciam as doenças crónicas

O teste multivariado da Manova indica que as diferenças nos determinantes sociais em função de ter ou não doença crónica são estatisticamente significativas, Wilks' Lambda = .956, $F(5, 470) = 4.375$, $p < .001$. Os testes univariados indicam que os sujeitos que não têm doenças crónicas apresentam valores mais elevados nos determinantes habitação, trabalho, e lazer e valores significativamente mais baixos em fatores financeiros.

Confirma-se a hipótese enunciada.

Tabela 11 - Comparação entre fatores sociais por Doenças Crónicas

	Não		Sim		Sig.
	M	DP	M	DP	
Fator geral	3,83	,67	3,84	,74	,812
Habitação	4,14	,78	3,88	,85	,001**
Trabalho	3,41	,91	3,20	,89	,013*
Fatores financeiros	1,99	,62	2,14	,71	,002**
Lazer	3,53	,88	3,33	1,03	,003**

M – Média DP – Desvio padrão * $p \leq .05$ ** $p \leq .01$ *** $p \leq .001$ **Hipótese 3: O suporte social influencia a frequência de acesso ao SNS**

As diferenças na perceção do suporte social em função da frequência de acesso ao SNS não são estatisticamente significativas, $F(3, 73.396) = 0.218$, $p = .884$.

Não se confirma a hipótese enunciada.

Tabela 12- Comparação entre Suporte Social e acesso ao SNS

	Não acedeu		1 a 2 vezes		3 a 4 vezes		> 4 vezes		Sig.
	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP	
Suporte social	3,61	,83	3,61	,76	3,54	,78	3,47	1,06	.884

M – Média DP – Desvio padrão

Hipótese 4: Bem-estar social influencia a frequência de acesso ao SNS

As diferenças nos valores de bem-estar social em função da frequência de acesso ao SNS não são estatisticamente significativas, $F(3, 507) = 0.230, p = .876$.

Não se confirma a hipótese enunciada.

Tabela 13 - Comparação entre Bem-Estar por frequência do acesso ao SNS

	Não acedeu		1 a 2 vezes		3 a 4 vezes		> 4 vezes		Sig.
	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP	
Bem-estar	3,79	,71	3,82	,66	3,77	,67	3,77	,84	.876

M – Média DP – Desvio padrão

Hipótese 5: O suporte social influencia as doenças crónicas

Os sujeitos com doenças crónicas apresentam valores mais baixos de suporte social, sendo a diferença marginalmente significativa, $t(223) = 1.905, p = .058$.

Confirma-se a hipótese enunciada.

Tabela 14 - Comparação entre Suporte Social por Doença Crónica

	Não		Sim		Sig.
	M	DP	M	DP	
Suporte social	3,65	,82	3,44	,80	.058

M – Média DP – Desvio padrão * $p \leq .05$ ** $p \leq .01$ *** $p \leq .001$ **Hipótese 6: O Bem-estar social influencia as doenças crónicas**

Os sujeitos com doenças crónicas apresentam valores mais baixos de bem-estar social, sendo a diferença estatisticamente significativa, $t(509) = 2.276, p = .023$.

Confirma-se a hipótese enunciada.

Tabela 15 - Comparação entre Bem-Estar e Doença Crónica

	Não		Sim		Sig.
	M	DP	M	DP	
Bem-estar	3,85	,70	3,71	,69	.023*
M – Média DP – Desvio padrão	* $p \leq .05$	** $p \leq .01$	*** $p \leq .001$		

4. Discussão dos Resultados

Os resultados obtidos permitem compreender a percepção que a população inquirida tem acerca da sua saúde social, evidenciando uma relação clara entre os determinantes sociais, o suporte social e o bem-estar.

A amostra é predominantemente feminina (84%), apresenta um nível de escolaridade elevado (81,2% com ensino superior) e a média de idades é de 42 anos, sendo uma amostra em idade economicamente ativa, o que explica a relevância atribuída a dimensões como trabalho e rendimento. A predominância de indivíduos da área metropolitana de Lisboa (55,2%) sugere que os resultados refletem, em grande parte, a realidade urbana.

No que respeita à percepção geral da saúde, a maioria dos participantes avaliou o seu estado como “bom” (53,2%) ou “muito bom” (14,3%) o que indica em percepção globalmente positiva, sendo apenas 4,3% a reportarem percepções negativas (“má” ou “muito má”). Estes dados estão em consonância com os resultados do INE (2022), que indicam que a maioria da população portuguesa avalia o seu estado de saúde como bom ou muito bom, ainda que com diferenças regionais e socioeconómicas. No entanto, este resultado deve ser interpretado à luz da presença significativa de doenças crónicas, que afetam cerca de 40% da amostra. Esta aparente contradição sugere que a noção de saúde para os inquiridos, ultrapassa a dimensão exclusivamente física, refletindo uma visão mais ampla e integrada, na qual os DSS assumem um papel estruturante.

Estes resultados, evidenciam que os participantes reconhecem a habitação como um pilar fundamental da saúde social ($M = 4,04$), refletindo a importância como fator de bem-estar e consequentemente promotor da saúde social, o que está em consonância com os referenciais da OMS, que identificam as condições habitacionais como um dos principais DSS. O trabalho, por sua vez, emerge como uma dimensão estruturante ($M = 3,32$), não apenas pela sua função económica, mas também pelo papel que desempenha na construção de identidade e na percepção de utilidade social. A estabilidade profissional e o reconhecimento no contexto laboral são fatores que contribuem diretamente para o bem-estar dos indivíduos. Quanto ao lazer, apesar de uma média intermédia ($M = 3,45$), é valorizado como componente essencial para o equilíbrio psicossocial. A sua inclusão como determinante social reflete uma visão mais humanizada e holística da saúde, que reconhece a importância do tempo não produtivo na construção do bem-estar.

Em contraste com outras dimensões, os fatores financeiros revelam-se como o ponto mais vulnerável, refletindo percepções de fragilidade económica que limitam o acesso equitativo

aos cuidados de saúde. A dimensão apresentou a média mais baixa ($M = 2,04$) e correlações negativas com todas as restantes variáveis, sugerindo que a perceção de dificuldades financeiras está associada a menor satisfação global e menor bem-estar. Este resultado é coerente com o que defende Marmot (2015), que destaca as desigualdades económicas como um dos principais determinantes da saúde.

Por outro lado, a rede e o suporte social destacam-se como pilares essenciais na construção da saúde social, dadas as correlações observadas serem particularmente elevadas ($r = 0,763$), o que reforça a evidência da literatura de que redes de apoio sólidas promovem melhores resultados em saúde. Além disso, verificaram-se correlações moderadas entre bem-estar e as dimensões habitação ($r = 0,326$), trabalho ($r = 0,307$) e lazer ($r = 0,332$). Os dados sugerem que o apoio proveniente da família, da comunidade ou de instituições constitui um recurso determinante na forma como os indivíduos percecionam a sua qualidade de vida. O bem-estar social, avaliado de forma amplamente positiva, demonstra uma relação consistente com todas as dimensões analisadas, reforçando a ideia de que a qualidade de vida resulta da interação entre fatores estruturais, vínculos relacionais e oportunidades de participação social, desta forma, valida-se a necessidade de uma visão holística, bem como a utilização do modelo biopsicossocial na saúde.

A forte associação entre suporte social e bem-estar ($r = 0,763$) sublinha a importância de redes de apoio sólidas como elementos fundamentais para uma vida equilibrada, satisfatória e promotora de saúde social.

Relativamente às hipóteses de investigação, não se confirmou a influência dos determinantes sociais, do suporte social e do bem-estar na frequência de acesso ao SNS. Este resultado pode refletir a existência de barreiras estruturais no sistema de saúde ou a utilização de alternativas privadas por parte dos participantes, dado o perfil socioeconómico da amostra (predominantemente com ensino superior e rendimentos médios a elevados). Ainda assim, confirmaram-se as hipóteses relativas à influência dos determinantes sociais, do suporte social e do bem-estar na presença de doenças crónicas: os indivíduos sem doenças crónicas reportaram melhores condições de habitação ($M = 4,14$), trabalho ($M = 3,41$) e lazer ($M = 3,53$), bem como maior bem-estar social ($M = 3,85$).

Os resultados reforçam a visão holística da saúde, demonstrando que fatores habitacionais, laborais e de lazer, bem como a rede de suporte e o bem-estar estão interligados e influenciam a saúde social dos indivíduos. Apesar da perceção positiva geral, a dimensão financeira apresenta uma perceção mais negativa e associações desfavoráveis com outras dimensões, o que sugere que esta é uma área crítica para a promoção da saúde social.

Contudo, apesar da relevância dos resultados obtidos, importa reconhecer algumas limitações ao estudo, das quais a natureza transversal da investigação, que não permite estabelecer relações de causalidade entre os DSS, suporte social, bem-estar e o estado de saúde, limitando-se a identificar associações entre variáveis. De seguida, importa mencionar, que a população que respondeu ao questionário é sobretudo residente na área metropolitana de Lisboa (55,2%), o que compromete a análise real de toda população, bem como a sua elevada escolaridade (81.2% com ensino superior) o que poderá enviesar os resultados, uma vez que maior literacia em saúde está associada a perceções mais positivas.

Por fim, o número desigual de itens por dimensão, como lazer e fatores financeiros, poderá influenciar a consistência interna e a robustez estatística dos resultados.

Face às limitações identificadas e após análise e reflexão dos resultados, considera-se que a utilização de amostras probabilísticas e mais heterogenias, contemplando diferentes regiões e grupos socioeconómicos, permitirá uma análise à luz da população em geral, bem como equilibrar a representação por género, de modo a identificar eventuais diferenças na perceção da saúde social. Importante ressaltar, que para a melhor compreensão da saúde e o impacto da dimensão social da mesma, adotar um desenho longitudinal na pesquisa, permitirá observar a evolução da saúde social ao longo do tempo.

Conclusão

A presente investigação teve como objetivo central analisar a percepção da população portuguesa relativamente à sua saúde social, com particular enfoque na influência dos DSS, do suporte social, do bem-estar social.

Fundamentado numa abordagem quantitativa, o estudo procurou contribuir para uma compreensão mais ampla e multidimensional do conceito de saúde social, valorizando a interdependência entre fatores sociais e contextuais na construção da saúde. Para além da análise empírica, a investigação visou ainda elaborar uma proposta de definição de saúde social ajustada à realidade da população portuguesa, tendo em conta os dados recolhidos e as referências teóricas que sustentam a sua complexidade.

Face ao exposto, e com base na pesquisa e análise realizadas, propõe-se como definição de saúde social para a realidade da população portuguesa, o seguinte conceito: um estado de equilíbrio e bem-estar que emerge da qualidade das relações que o indivíduo estabelece consigo próprio, com os outros e com a comunidade em que se insere. Esta dimensão da saúde transcende a mera ausência de doença, refletindo a capacidade de cada pessoa para integrar-se em redes de suporte e beneficiar de condições sociais que promovam o desenvolvimento humano e a qualidade de vida.

Os resultados obtidos têm implicações significativas para o campo do Serviço Social. A constatação de que os fatores financeiros constituem a dimensão mais vulnerável evidencia a urgência de políticas públicas orientadas para redução das desigualdades socioeconómicas e para a promoção de um acesso equitativo aos cuidados de saúde. Esta fragilidade económica, refletida na percepção dos participantes, reforça o papel do Serviço Social na defesa de direitos e na construção de respostas inclusivas. O reforço das redes de suporte social, comprovadamente associado ao bem-estar, deve ser entendido como uma prioridade estratégica da intervenção social. A valorização de recursos comunitários e familiares, adaptados às especificidades dos indivíduos e dos territórios, contribui para a coesão social, o fortalecimento da solidariedade e o desenvolvimento de identidade coletiva. A valorização das condições de habitação, trabalho e lazer como determinantes fundamentais da saúde social, reforça a necessidade de uma abordagem integrada e multidimensional, na qual o Serviço Social se afirma como mediador privilegiado entre as necessidades individuais e as respostas coletivas. Esta mediação não se limita à articulação técnica, mas envolve uma compreensão profunda da pessoa e do seu contexto, contribuindo para uma visão holística da saúde e humanização dos cuidados, uma vez que “humanizar requer um cuidado especializado e

pensado à medida da pessoa e os assistentes sociais são os profissionais que conhecem a pessoa como um todo” (Santo, 2019).

Em suma, os resultados obtidos nesta investigação reiteram a importância de um modelo de intervenção centrado no indivíduo, que valoriza a centralidade das relações interpessoais, das redes sociais e da estrutura comunitária como pilares fundamentais para a promoção da saúde. A saúde social, neste contexto, emerge como um conceito estratégico para repensar as práticas em saúde e no Serviço Social, orientando-as para a construção de vínculos significativos, o fortalecimento da coesão social e o reforço da literacia em saúde.

Este paradigma traduz-se num olhar integral sobre o utente, reconhecendo que os indivíduos enfrentam múltiplos desafios simultâneos- sociais, emocionais e relacionais que exigem respostas integradas, sensíveis e contextualizadas. A saúde social, assim compreendida, não é apenas uma dimensão complementar, mas uma lente essencial para a humanização dos cuidados e para efetivação de direitos sociais.

Tendo em consideração os resultados obtidos, torna-se evidente a necessidade de reforçar e repensar o papel do Serviço Social na área da saúde e intervenção comunitária. A articulação entre a saúde e o social, deve ser fortalecida promovendo uma resposta integrada e centrada na realidade do indivíduo. A investigação destaca a importância das redes de suporte social, cuja influência direta no bem-estar e na gestão da doença crónica foi comprovada. Neste sentido, é essencial garantir maior visibilidade e reconhecimento institucional a estas redes, valorizando o seu papel enquanto recurso estratégico na promoção da saúde social que reconheça a complexidade das suas vivências e necessidades. Adicionalmente, torna-se fulcral investir na promoção da literacia em saúde social, tanto entre os profissionais como junto da população em geral, através de estratégias de educação para a saúde que incorporem as dimensões sociais, sensibilizando para os DSS e para o seu impacto direto na saúde dos indivíduos. Esta abordagem contribuirá para uma prática mais informada, participativa e humanizada, alinhada com os princípios éticos e transformadores do Serviço Social.

A análise dos resultados permite afirmar que a saúde social é um conceito integrador, que abrange múltiplas dimensões interligadas e fundamentais para o bem-estar dos indivíduos. Esta inclui os DSS — como habitação, trabalho, lazer e fatores financeiros — que influenciam diretamente a perceção da qualidade de vida. Simultaneamente, incorpora o suporte social, evidenciado pelas redes de apoio familiar, comunitário e institucional, que demonstram forte impacto na construção do bem-estar. A saúde social também contempla a perceção subjetiva do estado de saúde e o bem-estar social, refletindo uma abordagem holística e biopsicossocial. Assim, a saúde social não se limita à ausência de doença, mas resulta da interação dinâmica

entre condições materiais, vínculos relacionais e oportunidades de participação, sendo essencial reconhecê-la como um campo multidimensional que exige políticas públicas integradas e sensíveis às desigualdades sociais.

Relativamente a perspetivas futuras da saúde social em Portugal, a investigadora acredita ser um caminho estreito que passa pela inovação e pela capacidade de integrar políticas intersectoriais que articulem saúde, educação, habitação, emprego e proteção social.

A promoção da saúde social requer não apenas serviços de saúde eficientes, mas sobretudo políticas públicas que respondam de forma integrada às necessidades complexas das populações, interligando todas as áreas. Iniciativas baseadas em modelos colaborativos, na criação de serviços de proximidade (integrados) e na promoção de comunidades mais participativas, todas as medidas mencionadas contribuem para caminhos promissores no reforço da saúde social.

Assim, a inovação e a integração de políticas representam não apenas um desafio, mas também uma oportunidade para consolidar uma visão holística da saúde em Portugal, capaz de responder às transformações sociais e de promover maior equidade e bem-estar coletivo, permitindo uma utilização de recursos de forma adequada e personalizada às necessidades.

Referências Bibliográficas

- Antunes, Sequeira & Alarcão. (2011). Personal Social Network And Perceived Life Quality In Teenagers. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 2 (1), pp. 335-345.
- Bao, C., Yu, Z., Yin, X., et al. (2018). *The development of the social health scale for the elderly. Health and Quality of Life Outcomes*, 16, Article 67. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12955-018-0899-6>
- Barbosa, J. & Cardoso, c. (2024). *A Saúde dos Portugueses- Um BI em Nome Próprio 2024*. URL: https://www.saudes.pt/media/t25fz2ze/paper-m%C3%A9dis_barometro_2024_vf.pdf
- Barnes, J.A. (1954). Class and committees in a Norwegian island parish. *Human Relations*, 7, 39-58.
- Berkman, L. F., & Syme, S. L. (1979). *Social networks, host resistance, and mortality: A nine-year follow-up study of Alameda County residents*. *American Journal of Epidemiology*, 109(2), 186–204. DOI: <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.aje.a112674>
- Caetano, A. P. & Guadalupe, S. (2017). As relações de vizinhança nas redes de suporte social num bairro social: Um estudo com residentes no Bairro de Santiago em Aveiro. *Cidades, Comunidades e Territórios*, pp 1-20.
- Cervo, A. L., Bervian, P. A., & Silva, R. (2007). *Metodologia científica*. São Paulo: Pearson Prentice Hall.
- Cobb, S. (1976). *Social support as a moderator of life stress*. *Psychosomatic Medicine*, 38 (5), 300-314.
- Coimbra, A. (1990). Redes sociais: apresentação de um instrumento de investigação. *Análise Psicológica*, 8(2), 171-177.
- Coutinho, Clara Pereira (2022). *Metodologia de Investigação em Ciências Sociais e Humanas: Teoria e Prática*. 2ª edição. Edições Almedina, S.A. Coimbra
- Custódio, L. A. F., Vieira, C. M., & Francischetti, I. (2020). A dimensão social na formação médica: O contexto de vida na aprendizagem baseada em problemas. *Trabalho, Educação e Saúde*, 18(3), e00272103. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00272>
- Dabas, E.N. (1993). *Red de Redes: Las prácticas de la intervención en redes sociales*. Buenos Aires: Paidós.

- Dahlgren, G., & Whitehead, M. (1991). *Policies and strategies to promote social equity in health*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Doyle, D. M., & Link, B. G. (2024). On social health: History, conceptualization, and population patterning. *Health Psychology Review*, 18(3), 619–648. <https://doi.org/10.1080/17437199.2024.2314506>
- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196(4286)
- Eurostat. (2022). *Overall perceived social support by sex, age and educational attainment level*. DOI: https://doi.org/10.2908/HLTH_EHIS_SS1E
- Ferreira, F. (2012). *Uma “radiografia” às necessidades do doente idoso hospitalizado e cuidadores: o papel do assistente social na preparação da alta hospitalar* (Dissertação de Mestrado). ISCTE — Instituto Universitário de Lisboa. (ver pp. 69–70)
- Gil, A. C. (2008). *Métodos e técnicas de pesquisa social*. 6ª edição. São Paulo: Atlas.
- Guadalupe, S. (2012). *A intervenção do serviço social na saúde com famílias e em redes de suporte social*. In M.I.L.B. Carvalho (coord.). *Serviço Social na Saúde* (pp. 183-217). Lisboa: Pactor.
- Hahn, E. A., DeVellis, R. F., Bode, R. K., Garcia, S. F., Castel, L. D., Eisen, S. V., Bosworth, H. B., Heinemann, A. W., Rothrock, N., & Cella, D. (2010 a). *Measuring social health in the patient-reported outcomes measurement information system (PROMIS): Item bank development and testing*. *Quality of Life Research*, 19(8), 1035–1044. DOI: 10.1007/s11136-010-9654-0
- Hahn, E. A., DeVellis, R. F., Bode, R. K., Garcia, S. F., Castel, L. D., Eisen, S. V., Bosworth, H. B., Heinemann, A. W., Rothrock, N., & Cella, D. (2010 b). *Measuring social health in the patient-reported outcomes measurement information system (PROMIS): Item bank development and testing*. *Quality of Life Research*, 19(7), 1035-1044. <https://doi.org/10.1007/s11136-010-9654-0>
- Heinonen, T., Metteri, A., & Leach, J. (2009). Applying health determinants and dimensions in social work practice. *European Journal of Social Work*, 12(2), 139–153. <https://doi.org/10.1080/13691450802567424>
- Hill, M. M., & Hill, A. (2014). *Investigação por questionário*. Lisboa: Sílabo.
- House, J. S., Landis, K. R., & Umberson, D. (1988). *Social relationships and health*. *Science*, 241(4865), 540–545. DOI: <https://doi.org/10.1126/science.3399889>
- IBM Corp. (2022). *IBM SPSS Statistics for Windows (Version 29.0)* [Computer software]. IBM Corp.

- INE. (s.d). Índice de Bem-Estar. Consultado a: 05/03/2025. URL: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indbemestar&xlang=pt
- INE. (2022). *Inquérito Nacional de Saúde 2021/2022 – Destaques*. Lisboa: INE. URL: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOE_Spub_boui=660522170&PUBLICACOESmodo=2
- Keyes, C.L.M. (1998). Social Well-Being. *Social Psychology Quarterly*, 61(2), 121-140. DOI: <http://dx.doi.org/10.2307/2787065>
- Lakatos, E. M., & Marconi, M. A. (2003). *Fundamentos de metodologia científica*. 5ª edição. São Paulo: Atlas.
- Marmot, M. (2015). *The health gap: The challenge of an unequal world*. London: Bloomsbury. DOI: 10.1093/ije/dyx163
- McDowell, I. (2006). *Measuring Health: A Guide to Rating Scales and Questionnaires* (3rd ed). Oxford University Press USA - OSO.
- Miguel, J.P. & Bugalho, M. (2003). Economia da Saúde – novos modelos. *Análise Social*, nº166, 51-75.
- Organização das Nações Unidas. (1948). *Declaração Universal dos Direitos Humanos*. URL: <https://www.un.org/pt/universal-declaration-human-rights/>
- Portugal. Ministério da Saúde, Direção-Geral da Saúde, & Arriaga, M. T. (2023). *Plano nacional de literacia em saúde e ciências do comportamento 2023-2030: Plano estratégico*. Direção-Geral da Saúde. URL: <https://splspportugal.com/wp-content/uploads/2023/07/PLANO-NACIONAL-DE-LS-E-CIENCIAS-COMPORTAMENTAIS-23-30.pdf>
- Registro, M., Elias, G. P., & Seti, M. E. R. (2025). Reflexões sobre o modelo biomédico e suas implicações no campo da saúde coletiva. *Interfaces*, 13(1), e5. <https://doi.org/10.16891/2317-434X.v13.e5.a2025.id1988>
- Reyes, C.L.M. (1998). Social Well-Being. *Social Psychology Quarterly*, Vol 61, nº 2, 121-140.
- Russell R.D. (1973). Social health: an attempt to clarify this dimension of well-being. *Int J Health Education*, 16: 74-82.
- Santo, M.I.E. (2019, 6 de dezembro). *Serviço Social na Saúde: “Os valores da humanização são intrínsecos ao nosso agir profissional”*. Consultado a 31/08/2025. URL: <https://justnews.pt/noticias/servico-social-na-saude-os-valores-da-humanizacao-sao-intrinsecos-ao-nosso-agir-profissional>

- Siqueira, M. M. M. (2008). Construção e validação da Escala de Percepção de Suporte Social. *Psicologia em Estudo*, 13(2), 381–388. <https://doi.org/10.1590/S1413-73722008000200021>
- Sodré, F. (2014). O Serviço Social entre a prevenção e a promoção da saúde: tradução, vínculo e acolhimento. *Serv. Soc. Soc.*, São Paulo, n. 117, p. 69-83
- Sluzki, C. E. (1996). *La red social: frontera de la practica sistémica*. Barcelona. Gedisa Editorial.
- Solar, O., Irwin, A. (2010). *A conceptual framework for action on the social determinants of health*. Social Determinants of Health. Discussion Paper 2 (Policy and Practice). Geneva: WHO.
- World Health Organization. (2021). *Social determinants of health*. Consultado a: 24/02/2025. URL: https://www.who.int/health-topics/social-determinants-of-health#tab=tab_1
- World Health Organization. (n.d.). *What are social determinants of health?*. URL: http://www.who.int/social_determinants/sdh_definition/en/
- World Health Organization. (1986). *Ottawa Charter for Health Promotion*. Geneva: WHO. Obtido 25 de novembro de 2024
- Zimet, G.D., Dahlem, N., Zimet, S., & Farley, G. (1988). The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *Journal of Personality Assessment*, 52, 30–41.

Apêndice

Apêndice A – Inquérito por Questionário sobre Saúde Social em Portugal

O presente estudo *Saúde Social: Um olhar dos cidadãos portugueses* insere-se no âmbito do Mestrado em Serviço Social, da Escola de Sociologia e Políticas Públicas do Iscte – Instituto Universitário de Lisboa.

O principal objetivo é compreender e analisar a perceção do cidadão sobre a sua Saúde Social, contribuindo de forma significativa para o conhecimento e fortalecimento do Serviço Nacional de Saúde (SNS). Esta análise permite: i) identificar lacunas nas respostas sociais e de saúde; ii) reforçar uma abordagem holística da saúde; iii) propor políticas públicas mais centradas no cidadão; e iv) apoiar a criação de indicadores de saúde social, integráveis em diagnósticos locais e planos de ação, enriquecendo a base de dados do SNS e do Serviço Social com métricas mais alinhadas com a realidade social.

Para efeitos deste estudo, entende-se por Saúde Social o bem-estar dos indivíduos nas suas relações sociais, interações, redes de apoio e acesso a apoios sociais.

O questionário destina-se a todos os cidadãos portugueses com idade igual ou superior a 18 anos. A sua participação é voluntária, mas essencial para o sucesso deste estudo. Agradecemos, desde já, o tempo disponibilizado para o preenchimento do questionário, cuja duração estimada é de 10 a 15 minutos.

O questionário encontra-se dividido em seis partes:

- 1-Dados Sociodemográficos
- 2-Saúde
- 3-Determinantes Sociais da Saúde
- 4-Redes e Suporte Social
- 5-Bem-Estar Social
- 6-Satisfação Global com a sua Saúde

Em caso de dúvidas ou necessidade de esclarecimento, poderá contactar-nos através do seguinte endereço de correio eletrónico: nfaca@iscte-iul.pt.

Garantimos que todas as respostas são tratadas com total confidencialidade e anonimato, não sendo recolhida qualquer informação que permita a sua identificação.

Muito obrigado pela sua participação.

Núria Costa

Secção 1: Dados Sociodemográficos

1. Idade: _____
2. Sexo:
 - ☐ Masculino
 - ☐ Feminino
 - ☐ Prefiro não responder
3. Estado Civil
 - ☐ Casado(a)
 - ☐ Solteiro(a)
 - ☐ Viúvo(a)
 - ☐ União de facto
 - ☐ Divorciado(a)
4. Nível de escolaridade:
 - ☐ Sem escolaridade
 - ☐ 1º Ciclo (4º Classe)
 - ☐ 2º Ciclo (6º Classe)
 - ☐ 3º Ciclo (9º ano)
 - ☐ Ensino Secundário
 - ☐ Ensino Superior
5. Situação profissional:
 - ☐ Empregado(a)

- Empregado (a), atualmente em situação de incapacidade temporária para o trabalho
- Desempregado(a)
- Reformado(a)
- Reformado(a) por invalidez
- Estudante
- Outro: _____

6. Rendimento mensal familiar (opcional):

- Até 750€
- De 751€ a 1200€
- De 1201 a 2000€
- De 2001€ a 3000€
- Mais de 3000€
- Prefiro não responder
-

7. Local de residencia:

- Norte
- Centro
- Área Metropolitana de Lisboa
- Alentejo
- Algarve
- Região Autónoma da Madeira
- Região Autónoma dos Açores

8. Em relação à habitação, qual a sua situação atual?
- Habitação própria (totalmente paga)
 - Habitação própria (com empréstimo à habitação)
 - Habitação arrendada
 - Habitação dos pais
 - Habitação cedida por familiares ou amigos
 - Habitação social/ apoio habitacional do Estado
 - Habitação partilhada (com outras pessoas que não família)
 - Situação temporária (ex: residência universitária, alojamento temporário, Hostel, entre outros)
 - Situação de sem-abrigo ou em risco de perder habitação
 - Outra situação:

Secção 2: Dimensão da Saúde

1. Como classifica a sua Saúde de forma geral?
- 1 – Muito Má
 - 2- Má
 - 3- Satisfatório
 - 4- Boa
 - 5- Muito Boa
2. Como classifica o acesso aos Cuidados de Saúde Primários ("Centro de Saúde") quando necessita?
- 1 – Muito Má
 - 2- Má
 - 3- Satisfatório
 - 4- Boa
 - 5- Muito Boa
3. Tem Médico de Família atribuído?
- Sim
 - Não

- ☐ Não sei

4. Nos últimos 12 meses, com que frequência acedeu ao Serviço Nacional de Saúde?

- ☐ 0 vezes
- ☐ 1 a 2 vezes
- ☐ 3 a 4 vezes
- ☐ 5 a 9 vezes
- ☐ Mais de 10 vezes

4.1 Se recorreu ao SNS nos últimos 12 meses, quais os motivos / necessidades?

- ☐ Medicina Geral e Familiar (consultas)
- ☐ Consulta de enfermagem
- ☐ Exames médicos
- ☐ Vacinação e Saúde Preventiva (ex: rastreios)
- ☐ Reabilitação e/ou Fisioterapia
- ☐ Consultas Hospitalares de Especialidade
- ☐ Internamento Hospitalar
- ☐ Serviço de Urgência Geral
- ☐ Farmácia Hospitalar
- ☐ Outros não discriminados

5. Tem alguma doença crónica ?

- ☐ Sim
- ☐ Não

5.1 Se você respondeu "Sim "na questão 5, que doenças crónicas você tem diagnosticadas?

- ☐ Hipertensão arterial
- ☐ Diabetes
- ☐ Asma ou outra doença respiratória crónica
- ☐ Doença Cardíacas
- ☐ Doença Oncológica
- ☐ Doença Renal Crónica
- ☐ Doença do foro mental ou psicológico (ex: depressão)

- Doença Autoimune (ex: lúpus, artrite reumatoide)
- Outros

Secção 3: Determinantes Sociais em Saúde

Os Determinantes Sociais em Saúde dizem respeito às condições em que as pessoas nascem, crescem, vivem, trabalham e envelhecem, e que influenciam diretamente a sua saúde e bem-estar. Estas condições incluem fatores sociais, económicos, de educação, habitação, alimentação, acesso a serviços de saúde, entre outros.

1. 1. Com base nesta definição, como avalia o impacto dos diferentes fatores na sua Saúde?

	Discordo totalmente	Discordo	Nem concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
1.1 Sinto que o meu rendimento mensal é suficiente para cobrir as minhas necessidades básicas.					
1.2 A minha situação financeira tem impacto na minha saúde e bem-estar					
1.3 Tenho dificuldade em lidar com despesas inesperadas					
1.4 A minha condição económica impede-me de aceder a serviços de saúde quando necessário.					
1.5 A minha habitação é segura e oferece boas condições de conforto.					

1.6 As condições da minha casa influenciam positivamente a minha saúde.					
1.7 Sinto satisfação com a situação habitacional em que me encontro atualmente					
1.8 Já senti que a minha saúde foi prejudicada pelas condições da habitação.					
1.9 O meu trabalho atual contribui positivamente para o meu bem-estar.					
1.10 Tenho estabilidade no emprego e perspectivas de futuro.					
1.11 As exigências do meu trabalho afetam negativamente a minha saúde física e/ou mental.					
1.12 Sinto-me valorizado(a) e respeitado(a) no meu local de trabalho.					
1.13 Tenho tempo suficiente para atividades de lazer.					
1.14 As atividades de lazer que pratico contribuem para a minha saúde					
1.15 A falta de tempo ou de recursos financeiros impede-me de usufruir de momentos de lazer.					
1.16 O lazer é uma parte importante na manutenção da minha saúde mental.					

1.17 Tenho acesso a uma alimentação saudável e equilibrada.					
1.18 O meu rendimento interfere na qualidade da minha alimentação.					
1. 19 A minha alimentação influencia diretamente a forma como me sinto diariamente.					
1.20 O stress associado ao meu dia a dia tem afetado a minha saúde física e/ou mental.					
1.21 Sinto que existe um ambiente harmonioso na minha vida que promove a minha saúde					

Secção 4: Rede e Suporte Social

"Rede e Suporte Social" refere-se às relações que mantemos com outras pessoas — como família, amigos, colegas de trabalho, vizinhos ou membros da comunidade — que nos oferecem apoio emocional, prático ou até financeiro. Ter uma rede de suporte sólida pode influenciar diretamente nossa saúde mental e física, ajudando-nos a lidar melhor com o estresse, a enfrentar desafios e a manter um bem-estar geral.

Com base nisso, as próximas perguntas procuram compreender como perceciona e vivência o apoio social no seu dia a dia.

1. Tenho familiares com quem posso contar quando preciso de apoio emocional.

1 – Discordo Totalmente

2- Discordo

3- Nem concordo nem discordo

4- Concordo

5- Concordo Totalmente

2. Posso contar com amigos para me ajudarem em momentos difíceis.
 - 1 – Discordo Totalmente
 - 2- Discordo
 - 3- Nem concordo nem discordo
 - 4- Concordo
 - 5- Concordo Totalmente

3. Sinto que a minha rede de apoio (apoio familiar/amigo/profissional) é suficiente para as minhas necessidades.
 - 1 – Discordo Totalmente
 - 2- Discordo
 - 3- Nem concordo nem discordo
 - 4- Concordo
 - 5- Concordo Totalmente

4. Participo em grupos ou associações (exemplo: clubes, igrejas, associações de bairro, coletividades, entre outros).
 - 1 – Discordo Totalmente
 - 2- Discordo
 - 3- Nem concordo nem discordo
 - 4- Concordo
 - 5- Concordo Totalmente

5. O suporte social da minha família/amigos melhora a minha Saúde física e mental.
 - 1 – Discordo Totalmente
 - 2- Discordo
 - 3- Nem concordo nem discordo
 - 4- Concordo
 - 5- Concordo Totalmente

6. Considerando a existência de diversas respostas sociais na comunidade, teve necessidade e ou recorreu (creche, apoio alimentar, apoio domiciliário, habitação

social, entre outras), nos últimos 12 meses a alguma resposta social, para si ou terceiros?

- Sim
- Não

6.1 Se respondeu "Sim" à questão 6, mencione quais os serviços que recorreu.

- Creche
- CERCI - Centro de Recuperação de Crianças Inadaptadas
- CAFAP- Centro de Apoio Familiar e Aconselhamento Parental
- CPCJ - Comissão de Proteção de Crianças e Jovens
- Apoio Alimentar
- Habitação Social
- CLAIM - Centros Locais de Apoio à Integração de Migrantes
- Comunidades Terapêuticas (hábitos aditivos e dependências)
- Fórum sócio-ocupacional (pessoas com doença mental)
- Casa Abrigo (situação de violência doméstica)
- APAV (Associação Portuguesa de Apoio à Vítima)
- RNCCI - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados
- Centro de dia
- Centro de Convívio
- Centro de Noite
- Serviço de Apoio Domiciliário
- ERPI - Estrutura Residencial para Pessoas Idosas
- Outros

6.2 Senti-me satisfeito(a) com a qualidade e eficácia das respostas sociais da comunidade às quais recorri.

- 1 – Discordo Totalmente
- 2- Discordo
- 3- Nem concordo nem discordo
- 4- Concordo
- 5- Concordo Totalmente

Secção 5: Bem-Estar Social

As relações sociais desempenham um papel fundamental na forma como nos sentimos no dia a dia. Desta forma, em que medida concorda com as seguintes afirmações?

1. Tenho tido oportunidades suficientes para interagir socialmente.
 - 1 – Discordo Totalmente
 - 2- Discordo
 - 3- Nem concordo nem discordo
 - 4- Concordo
 - 5- Concordo Totalmente

2. Sinto-me incluído(a) na minha comunidade.
 - 1 – Discordo Totalmente
 - 2- Discordo
 - 3- Nem concordo nem discordo
 - 4- Concordo
 - 5- Concordo Totalmente

3. Participo regularmente em atividades sociais ou comunitárias.
 - 1 – Discordo Totalmente
 - 2- Discordo
 - 3- Nem concordo nem discordo
 - 4- Concordo
 - 5- Concordo Totalmente

4. A minha condição de Saúde influencia o meu Bem-Estar geral.
 - 1 – Discordo Totalmente
 - 2- Discordo
 - 3- Nem concordo nem discordo
 - 4- Concordo
 - 5- Concordo Totalmente

5. Sinto que a minha rede de apoio (apoio familiar/amigos/profissional) me ajuda a enfrentar os desafios do dia a dia.

- 1 – Discordo Totalmente
- 2- Discordo
- 3- Nem concordo nem discordo
- 4- Concordo
- 5- Concordo Totalmente

6. A falta de interações sociais com amigos, vizinhos, colegas e outros afeta o meu Bem-Estar geral.

- 1 – Discordo Totalmente
- 2- Discordo
- 3- Nem concordo nem discordo
- 4- Concordo
- 5- Concordo Totalmente

Secção 6: Satisfação Global com a sua Saúde

De forma geral, como avalia o seu nível de satisfação com a sua saúde? (Considere o seu bem-estar físico, emocional e mental no dia a dia)

Por favor, assinale uma opção:

1. Considerando que Saúde Social se refere ao nosso bem-estar nas nossas relações sociais, interações, redes de apoio e acesso a apoios sociais. Qual o seu grau de satisfação com a sua Saúde Social?

- 1 – Muito Insatisfeito
- 2- Insatisfeito
- 3- Nem Satisfeito nem insatisfeito
- 4- Satisfeito
- 5- Muito Satisfeito

2. Considerando que o meio envolvente diz respeito a aspetos como a segurança, acessibilidade, espaços verdes, transportes, serviços disponíveis e ambiente social.

Qual é o seu nível de satisfação com o seu meio envolvente, como fator potenciador e promotor de Saúde e Bem-Estar?

- 1 – Muito Insatisfeito
- 2- Insatisfeito

3- Nem Satisfeito nem insatisfeito

4- Satisfeito

5- Muito Satisfeito

3. A qualidade do suporte social que recebe da sua rede (família/amigos/profissional).

1 – Muito Insatisfeito

2- Insatisfeito

3- Nem Satisfeito nem insatisfeito

4- Satisfeito

5- Muito Satisfeito

4. Considerando que as relações sociais se referem ao apoio emocional, ao sentimento de pertença e à partilha de experiências.

Como avalia este impacto das suas relações sociais na sua Saúde e Bem-Estar.

1 – Muito Insatisfeito

2- Insatisfeito

3- Nem Satisfeito nem insatisfeito

4- Satisfeito

5- Muito Satisfeito

Secção 7: Observações

Muito obrigado(a) pela sua participação neste questionário. A sua colaboração é essencial para o desenvolvimento do estudo sobre a Perceção da População Portuguesa relativamente à sua Saúde Social.

Garantimos que todas as respostas serão tratadas com total confidencialidade e anonimato.

1. Caso tenha alguma observação, comentário ou sugestão que gostaria de partilhar, por favor utilize o espaço abaixo.

Apêndice B - Análise da estrutura relacional

A análise da estrutura relacional dos itens associados aos DSS é realizada por meio de uma análise fatorial exploratória sobre a matriz de correlações, com extração dos fatores pelo método das componentes principais, seguida de rotação ortogonal Varimax. São retidos os fatores que apresentam um valor próprio (eigenvalue) superior a 1, de acordo com o critério de Kaiser.

Os itens 11, 15 e 17 são excluídos da análise por evidenciarem cargas fatoriais cruzadas (cross-loading) elevadas, comprometendo a unidimensionalidade dos fatores.

A adequação da análise fatorial é confirmada pelo índice de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO = 0,822), considerado bom, e pelo teste de esfericidade de Bartlett, que revela significância estatística ($p < 0,001$), indicando a existência de correlações significativas entre os itens e justificando a prossecução da análise.

A análise fatorial resulta na extração de cinco componentes principais, os quais explicam, no total, 63,9% da variância dos dados. A distribuição da variância explicada por cada componente, antes e após a rotação Varimax.

Tabela 16 - Variância total explicada

Component	Initial Eigenvalues			Extraction Sums of Squared Loadings			Rotation Sums of Squared Loadings		
	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %
1	4,413	25,956	25,956	4,413	25,956	25,956	2,583	15,196	15,196
2	2,615	15,380	41,337	2,615	15,380	41,337	2,534	14,905	30,101
3	1,675	9,853	51,190	1,675	9,853	51,190	2,191	12,886	42,987
4	1,128	6,634	57,824	1,128	6,634	57,824	1,911	11,244	54,231
5	1,036	6,096	63,920	1,036	6,096	63,920	1,647	9,689	63,920
6	,800	4,707	68,627						
7	,750	4,414	73,040						
8	,672	3,953	76,993						
9	,603	3,547	80,540						
10	,544	3,199	83,739						
11	,501	2,945	86,685						
12	,461	2,713	89,397						
13	,455	2,674	92,071						
14	,412	2,424	94,495						
15	,361	2,126	96,621						
16	,333	1,958	98,579						
17	,242	1,421	100,000						

As saturações dos itens nas componentes principais, com valores superiores a 0,30 — consideradas indicativas de associação significativa - podem ser apreciadas na tabela abaixo.

A primeira componente integra os itens relacionados com várias determinantes pelo que foi designada como um fator geral, onde consta itens relacionados com a alimentação, o rendimento, o stress e o papel do lazer. A segunda componente integra os itens relacionados com a habitação, agrupando perceções sobre a segurança, o conforto e os impactos da habitação na saúde, evidenciando a importância do espaço físico e das condições materiais de vida. A terceira componente, reúne dimensões associadas ao trabalho, à estabilidade profissional e ao reconhecimento, revelando o papel central que o contexto laboral assume na vida do inquirido. A quarta componente integra os itens relacionados com a fatores financeiros, onde consta limitações económicas e capacidade de lidar com imprevistos financeiros, destacando a vulnerabilidade social enquanto determinante crítico em áreas como a Saúde e a última componente, está relacionada com o lazer foca-se na relevância do lazer e da gestão do tempo pessoal como componentes essenciais para a saúde emocional e o equilíbrio psicossocial.

Tabela 17 - Matriz de Componentes Rodadas

	Componentes				
	1	2	3	4	5
1. 19 A minha alimentação influencia diretamente a forma como me sinto diariamente.	,711				
1.2 A minha situação financeira tem impacto na minha saúde e bem-estar	,688				
1.20 O stress associado ao meu dia a dia tem afetado a minha saúde física e/ou mental.	,670		-,308		
1.16 O lazer é uma parte importante na manutenção da minha saúde mental.	,632				,436
1.18 O meu rendimento interfere na qualidade da minha alimentação.	,559				
1.5 A minha habitação é segura e oferece boas condições de conforto.		,835			
1.7 Sinto satisfação com a situação habitacional em que me encontro atualmente		,818			
1.6 As condições da minha casa influenciam positivamente a minha saúde.	,371	,740			
1.8 Já senti que a minha saúde foi prejudicada pelas condições da habitação.		-,609			
1.9 O meu trabalho atual contribui positivamente para o meu bem-estar.			,836		
1.12 Sinto-me valorizado(a) e respeitado(a) no meu local de trabalho.			,786		

1.10 Tenho estabilidade no emprego e perspectivas de futuro.	,720
1.4 A minha condição económica impede-me de aceder a serviços de saúde quando necessário.	,816
1.3 Tenho dificuldade em lidar com despesas inesperadas	,738
1.1 Sinto que o meu rendimento mensal é suficiente para cobrir as minhas necessidades básicas.	-,676
1.14 As atividades de lazer que pratico contribuem para a minha saúde	,816
1.13 Tenho tempo suficiente para atividades de lazer.	,803
