

CADERNOS DE GEOGRAFIA

INSTITUTO DE ESTUDOS GEOGRÁFICOS
FACULDADE DE LETRAS · UNIVERSIDADE DE COIMBRA
COIMBRA 2001 N.º 20



A ESPERANÇA DE VIDA EM PORTUGAL

Paula Santana e Helena Nogueira*

RESUMO

À semelhança dos países desenvolvidos, Portugal apresenta uma esperança de vida que se situa, nas mulheres, próxima dos oitenta anos e, nos homens, pouco acima dos setenta anos. Apesar dos ganhos consideráveis na esperança de vida à nascença nas três últimas décadas, os valores são ainda inferiores aos da média da Europa dos Quinze: nos homens a diferença é cerca de três anos, não atingindo, nas mulheres, os dois anos.

Entre 1970 e 1995 assistiu-se a um aumento do distanciamento na esperança de vida entre homens e mulheres. Em Portugal, os homens que nasceram em 1970 esperavam viver 64,2 anos e as mulheres 70,8 anos. Em 1995 esses valores são, respectivamente, de 71 e 78,2 anos. As diferenças que se registam entre os sexos e entre Portugal e os outros países da União Europeia (UE) podem ser explicadas tendo como fundamento os valores elevadíssimos de potenciais anos de vida perdidos antes dos setenta anos que se observam em cada 100.000 habitantes. Genericamente, os homens morrem prematuramente em Portugal e perdem mais anos de vida em consequência de mortes por acidentes com veículos a motor, cirrose do fígado, doenças cerebrovasculares, doenças infecciosas e parasitárias, HIV/SIDA, apresentando, para este conjunto de causas de morte, os valores mais altos da UE. Com valores consideravelmente inferiores aos do sexo masculino, o padrão no sexo feminino é semelhante, muito embora este apenas se evidencie no quadro da UE no que diz respeito às doenças cerebrovasculares, que se constituem como a causa de morte que provoca maior número de potenciais anos de vida perdidos antes dos setenta anos.

A redução da mortalidade prematura é, sem dúvida, uma meta a atingir, sendo para isso necessário desenvolver políticas, fundamentalmente ao nível da prevenção primária, tendo em conta o padrão de causas de morte que mais anos retira à população portuguesa.

Palavras chave: Esperança de vida. Anos de vida perdidos. Mortalidade prematura

RÉSUMÉ

Semblablement aux pays développés, le Portugal présente un espoir de vie qui, chez les femmes, est prochain de quatre-vingt ans et, chez les hommes, est un peu au-dessus de soixante-dix ans. Malgré les gains considérables dans l'espoir de vie à la naissance pendant les trois dernières décades, les chiffres sont encore inférieurs aux de la moyenne de l'Europe des Quinze: chez les hommes la différence est environ trois ans et chez les femmes elle n'atteint pas deux ans.

Entre 1970 et 1995, l'éloignement de l'espoir de vie entre les hommes et les femmes s'est augmenté. Au Portugal, les hommes nés en 1970 espéraient de vivre 64,2 ans et les femmes, 70,8. En 1995 ces chiffres sont, respectivement, 71 et 78,2 ans. Les différences enregistrées entre les deux sexes et entre le Portugal et les autres pays de l'Union Européenne (UE) peuvent être expliquées par les très hauts chiffres de potentiels ans de vie perdus avant soixante-dix ans, remarqués dans chaque 100.000 habitants. Génériquement, les hommes meurent prématurément au Portugal et perdent plus ans de vie, par suite des morts par accidents avec des véhicules à moteur, de la cirrhose du foie, des maladies cérébro-vasculaires, des maladies infectieuses et parasitaires, HIV/SIDA, en présentant pour cet ensemble de causes de mort, les chiffres les plus hauts de l'EU. Avec des chiffres considérablement inférieurs aux du sexe masculin, le stéréotype du sexe féminin est semblable, quoique celui-ci devienne évident seulement dans le cadre de l'EU dans ce qui concerne aux maladies cérébro-vasculaires, qui

* Instituto de Estudos Geográficos. Faculdade de Letras. Universidade de Coimbra.

sont la cause de mort qui provoquent le plus grand nombre de potentiels ans de vie perdus avant soixante-dix ans.

La réduction de la mortalité prématurée c'est, sans doute, un but à être atteint, mais il faut développer des politiques, fondamentalement au niveau de la prévention primaire, en faisant cas du type des causes de mort qui tire plus d'ans à la population portugaise.

Mots-clés: Espoir de vie. Ans de vie perdus. Mortalité prématurée.

ABSTRACT

Similarly to developed countries, Portugal presents a life expectancy that, in women, is situated near eighty years of age and in men, somewhat above seventy. In spite of the considerable increase in life expectancy at birth during the last three decades, our values are still lower than those of the average European Union (EU): in men, the difference is about three years and in women it's less than two years.

Between 1970 and 1995 there was an increase of the distance in life expectancy between men and women. In Portugal, men that are born in 1970 expected to live for 64,2 years and women, for 70,8 years. In 1995, those values are, respectively, 71 and 78,2 years of age. The difference registered between both sexes and between Portugal and the other countries of EU can be explained as being based on the extremely high values of potential years of life lost before seventy years of age, registered per 100.000 inhabitants.

Commonly, men die prematurely in Portugal and lose more years of life, due to deaths caused by accidents with motor vehicles, liver cirrhosis, cerebrovascular diseases, infectious and parasitological diseases, HIV/AIDS, presenting, for these death causes, the highest values in EU. With values considerably lower than those of the male sex, the pattern in female sex is very similar, although, within EU, it only shows itself in what concerns to cerebrovascular diseases, which are the death cause that causes the highest number of potential years of life lost before seventy years of age.

The reduction of premature mortality is, no doubt, an aim to be reached, but it will be necessary to expand some policies, namely in primary prevention, having in mind the pattern of death causes that takes away most of years from Portuguese population.

Key-words: Life expectancy. Years of age lost. Premature mortality.

INTRODUÇÃO

Na maioria dos países europeus a esperança de vida tem vindo a aumentar nas últimas décadas. Apesar disso, registam-se diferenças consideráveis entre os países que formam a Europa do Ocidente, quase todos incluídos na Europa dos Quinze ou União Europeia (UE), a Europa Central e a Europa de Leste. No primeiro grupo, o valor deste indicador, tem vindo a aumentar, em resultado das condições sociais e económicas, enquanto nos outros dois, desde 1960, a esperança de vida estagnou ou apresenta até uma tendência de decréscimo (NANDA e outros, 1993; POWER, 1994; FEACHEM, 1994; SANTANA, 2000).

Grande parte da literatura que trata as questões da esperança de vida relaciona-a com aspectos colectivos da sociedade, como a redistribuição do rendimento, os sistemas de protecção na doença, a segurança social, a educação, ou seja, aspectos macrossociais que determinam a capacidade de gerar riqueza, a qualidade de vida da população e, conseqüentemente, o aumento de anos de

vida (FEINSTEIN, 1993; VALKONEN e outros, 1997; VAN-OYEN e outros, 1997; JUDGE, 1995). Estes aspectos têm implicações ao nível de factores individuais (rendimento, escolaridade, utilização dos serviços de saúde, etc.), proporcionando variações nas atitudes e comportamentos perante a saúde e a doença, bem como no próprio estado de saúde da população. Assim, poder-se-á dizer que a esperança de vida varia na razão directa da capacidade que os países ou regiões têm de ultrapassar problemas estruturais (pobreza, rendimento, escolaridade, etc.) e conjunturais (desemprego, guerra, epidemias, etc.), que poderão estar na origem de alterações do decurso normal da história da esperança de vida no sentido do seu aumento. Alguns países apresentam variações – geográficas, sociais, culturais, étnicas, género, etc. – nos resultados em saúde, que se repercutem na esperança de vida. Este facto está bem estudado nos Estados Unidos da América (GERONIMUS e outros, 1996; CRIMMINS e outros, 1996), em países da Europa (ARBER e LAHELMA, 1993; LAHELMA e outros, 1997) e noutros países do Mundo (LAWSON e BLACK, 1993).

Outros autores, embora reconhecendo a importância do estudo das variações na esperança de vida, alertam também para a importância de conhecer a qualidade de vida inerente a esses anos que se esperam viver (HOLMES, 1995). Genericamente, o sentido das conclusões é o mesmo: aos países mais ricos (ou aos grupos sociais em maior vantagem social e económica) é conferida uma dupla qualidade, uma vez que apresentam a esperança de vida mais alta e, simultaneamente, uma maior proporção de anos de vida sem doença ou incapacidade (WOLFSON, 1997; LAHELMA e outros, 1997). A melhoria das condições de vida, por exemplo, através da redistribuição do rendimento, pode atenuar algumas diferenças quer na esperança de vida em geral, quer no aumento dos anos de vida saudáveis. Os autores destacam também, como fundamental, a capacidade de oferta de cuidados de saúde preventivos e, simultaneamente, a capacidade de atracção que esses mesmos serviços têm sobre a população potencialmente utilizadora (HOLMES, 1995; WIGLE, 1995), considerando que o sucesso dos cuidados de saúde preventivos se verifica em ganhos em saúde em todas as idades. Ou seja, a utilização de serviços de saúde de carácter preventivo em idades jovens pode vir a colher resultados muito positivos em idades mais avançadas, podendo mesmo vir a fazer diminuir os gastos em cuidados médicos, ao mesmo tempo que pode proporcionar bem-estar e qualidade de vida. POWER e MATTHEWS (1998) realçam o papel de outras instituições para além das de saúde, como escolas e locais de trabalho, que podem também contribuir para a redução das desigualdades em saúde. Chamam ainda a atenção para as políticas multisectoriais, que podem contribuir no mesmo sentido, nomeadamente quando se conhece a importância da vida na infância (ou na gestação) na saúde dos adultos e, fundamentalmente, na mortalidade prematura.

Se, por um lado, é importante aumentar a esperança de vida ("life expectancy"), por outro lado é também verdade que é urgente desenvolver estratégias que promovam a esperança de vida com saúde ("health expectancy"). O aumento da esperança de vida da população é um objectivo político de qualquer país, mas ainda são poucos os países que se preocupam com os custos sociais e económicos do crescimento do número dos idosos, principalmente quando portadores de incapacidades ou doenças crónicas como cancro, demência, etc.

Em países como Portugal é relevante conhecer a evolução da esperança de vida e prever tendências futuras. As desigualdades entre sexos, regiões e classes sociais na saúde e, concretamente, nas mortes prematuras, podem repercutir-se na persistência dos baixos valores da esperança de vida no quadro da UE, constituindo-se, desta forma, como factores que podem actuar

de forma negativa na tendência de evolução deste indicador.

O objectivo deste artigo é apresentar a tendência da esperança de vida à nascença em Portugal, comparando-a com a dos outros países da UE. Para isso, apresenta-se, em primeiro lugar, a evolução da esperança de vida ao longo dos últimos vinte e cinco anos², para ambos os sexos. Seguidamente, são analisadas a esperança de vida à nascença, aos quarenta e aos sessenta e cinco anos, e a sua variação entre 1970 e 1995, em ambos os sexos. Por fim, apresentam-se algumas explicações para a variação da esperança de vida entre os países, dando relevo a Portugal. Neste ponto são identificadas não só as principais causas de morte da população e sua evolução, como também a tendência evolutiva dos anos de vida perdidos por causas de morte específicas.

A ESPERANÇA DE VIDA EM PORTUGAL. TENDÊNCIA EVOLUTIVA.

Nos últimos trinta anos a esperança de vida da população portuguesa aumentou cerca de sete anos, ocorrendo maior variação na população feminina, para a qual este indicador, no final da década de noventa, se situava perto dos oitenta anos (78,8 anos). Ou seja, uma mulher que tenha nascido em 1998 pode esperar viver mais 7,8 anos, comparativamente às que nasceram em 1970. Para os homens, considerando o mesmo período de tempo, o aumento na esperança de vida à nascença é apenas de 6,4 anos. Como pode observar-se na Fig. 1, a diferença entre sexos na esperança de vida à nascença é grande, e tem vindo a aumentar ao longo dos vinte e oito anos em observação: em 1970 essa diferença era de 5,7 anos, passando para 7,1 anos em 1998. Na década 76-85 a diferença entre os sexos é sempre superior a sete anos, chegando mesmo a ser de oito anos em 1977.

A partir de 1986, a esperança de vida para os homens ultrapassa a fasquia dos setenta anos. Passados mais de dez anos, em 1998, os homens têm uma esperança de vida à nascença de apenas 71,7 anos, o que revela um aumento deste indicador inferior a dois anos, valor consideravelmente menor que o apresentado pelas mulheres.

Quando observamos a esperança de vida em 1995 em Portugal e a comparamos com o valor de referência constituído pelo conjunto dos quinze países que formam a UE (Quadro I), verificamos que, em termos relativos, os ganhos têm sido assinaláveis, estando o país, em 1995,

² É estudado o período compreendido entre 1970 e 1995. Contudo, sempre que os dados permitem, a análise estende-se até 1998.

muito mais próximo do valor padrão, comparativamente ao que se passava em 1970. Apesar disso, Portugal continua a situar-se abaixo desse valor de referência, à semelhança do que já acontecia em 1970. Atendendo aos valores absolutos, a esperança de vida das mulheres portuguesas situava-se, em 1970, 3,8 anos abaixo do valor médio da UE, enquanto em 1995 essa diferença fica reduzida a 2,2 anos. Este diferencial passa, nos homens, de 4,4 anos, em 1970, para 2,9 anos em 1995. Ou seja, o aumento verificado no sexo feminino é mais relevante do que o registado no sexo masculino (entre 1970 e 1995 o ganho foi de 7,4 e 6,8 anos, respectivamente para os sexos feminino e masculino), que permanece ainda quase três anos abaixo da média da Europa dos Quinze.

Como foi referido anteriormente, entre 1970 e 1995 assistiu-se a um aumento do distanciamento na esperança

de vida entre homens e mulheres. Esse aspecto é também observado no Quadro II para outros países da UE. Ou seja, também outros países da UE apresentam diferenças assinaláveis entre os homens e as mulheres na esperança de vida à nascença sendo, em alguns casos, superiores à referida para Portugal, como acontece, por exemplo, na Finlândia e na França.

Apesar de Portugal se caracterizar por uma situação de desvantagem, é de realçar que a evolução no nosso país tem sido mais rápida que a apresentada pelo conjunto da UE. Assim, em Portugal, os homens que nasceram em 1970 esperavam viver 64,2 anos e as mulheres, 70,8 anos. Em 1995 esses valores são, respectivamente, de 71 e 78,2 anos. Considerando a variação ocorrida entre 1970 e 1995 (Quadro II), verifica-se que Portugal foi o país onde se registaram as maiores variações positivas na esperança de

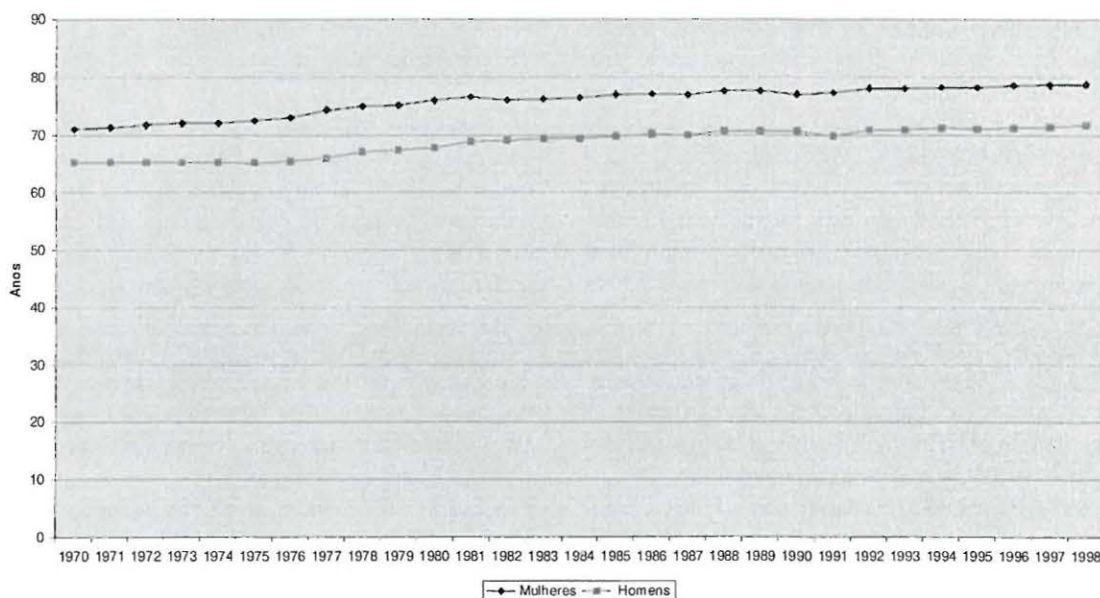


Fig. 1- Esperança de Vida à Nascença em Portugal. Evolução entre 1970 e 1998

Fonte: OECD, *Health Data*, 2000.

Quadro I - Valores absolutos e posição relativa da esperança de vida à nascença em Portugal e na UE*, 1970 e 1998 (valor padrão da UE:100).

	1970				1995			
	Valores absolutos (anos)		Valores relativos		Valores absolutos (anos)		Valores relativos	
	UE (média)	Portugal	UE (padrão)	Portugal	UE (média)	Portugal	UE (padrão)	Portugal
Homens	68,6	64,2	100	93,6	73,9	71,0	100	96,1
Mulheres	74,6	70,8	100	94,9	80,4	78,2	100	97,3

*Na UE são considerados os quinze países em 1970 e em 1995

Fonte: EUROSTAT, *Statistiques Démographiques*, 1997.

vida à nascença. Este facto sugere, por exemplo, diminuições na mortalidade infantil, o que de facto aconteceu – era de 55,1/1000 nados-vivos em 1970 e passou para 7,4/1000 em 1995.

Quadro II – Esperança de Vida à Nascença 1970 e 1995

	Homens			Mulheres		
	1970	1995	Var (%)	1970	1995	Var (%)
Média da UE	68,6	73,9	7,7	74,6	80,4	7,8
Dinamarca	70,7	72,6	2,7	75,9	77,8	2,5
Alemanha *	71,1	73,3	3,1	76,8	79,8	3,9
Grécia	70,1	75,0	6,7	73,8	80,2	8,7
Espanha	69,2	74,4	7,5	74,8	81,6	9,1
França	68,4	73,9	8,0	75,9	81,9	7,9
Luxemburgo	67,1	72,9	8,6	73,4	79,4	8,2
Irlanda	68,8	73,0	6,1	73,5	78,6	6,9
Itália	69,0	74,6	8,1	74,9	81,0	8,1
Holanda	70,7	74,6	5,5	76,5	80,4	5,1
Áustria	66,5	73,5	10,5	73,4	80,1	9,1
Portugal	64,2	71,0	10,6	70,8	78,2	10,5
Finlândia**	66,5	72,8	9,5	75,0	80,2	6,9
Suécia**	72,2	75,9	5,1	77,1	81,3	5,5
Reino Unido	68,7	74,1	7,9	75,0	79,4	5,9

*1975 ; **1970-74

Fonte: EUROSTAT, *Statistiques Démographiques*, 1997.

EUROSTAT, *Annuaire 2000*.

O Quadro II revela-nos ainda que outros países, pelo contrário, registaram variações que, em alguns casos, não

chegam a 5%, o que poderá explicar-se por várias razões: o valor do ano de partida ser razoavelmente elevado (caso da Suécia), ou pelo facto da esperança de vida estar a evoluir a um ritmo mais lento (caso da Dinamarca).

Dinamarca, Portugal e Irlanda são os países que revelam os valores mais baixos, em ambos os sexos, em 1995. No entanto, Portugal é o único país deste conjunto em que a esperança de vida à nascença, para ambos os sexos, se situa sempre abaixo da média apresentada pelo grupo dos quinze países. A Dinamarca e a Alemanha têm vindo a perder posição no quadro dos países da UE. Em 1970 encontravam-se numa posição claramente favorável – acima da média dos quinze países, tanto para os homens como para as mulheres, ao passo que em 1995 estão já abaixo da média. Essa situação observa-se ainda na Finlândia e no Reino Unido, para o sexo feminino e na Irlanda, para o sexo masculino.

A perda relativa apresentada anteriormente para o caso da Dinamarca evidencia-se na Fig. 2. Em 1998, a Dinamarca ocupa o último lugar na esperança de vida à nascença para as mulheres, seguindo-se Portugal. Para os homens as posições invertem-se: Portugal ocupa o último lugar, seguido pela Dinamarca (Fig. 3).

É interessante verificar que Portugal não se enquadra, neste indicador, no conjunto dos países da Europa do Sul. A distância que os separa é grande. Mas essa distância era maior no início do período (em 1970) do que no fim (1995). Portugal parece vir a aumentar os ganhos em saúde, principalmente nas mulheres e durante os primeiros anos de vida.

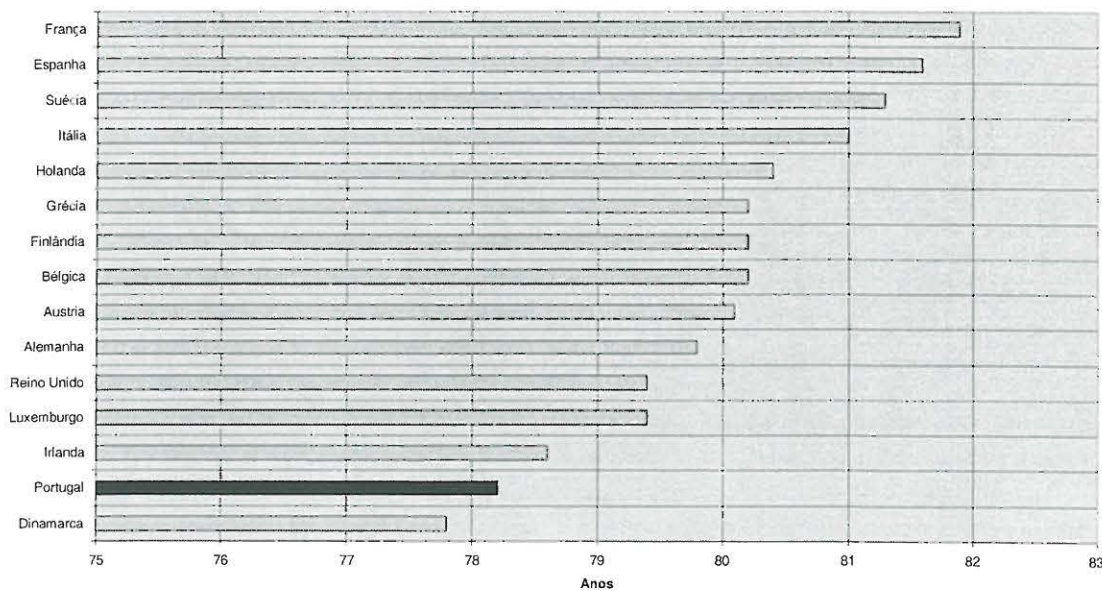


Fig. 2 – Esperança de Vida à Nascença para as Mulheres, nos quinze países da UE, em 1998

Fonte: OECD, *Health Data*, 2000

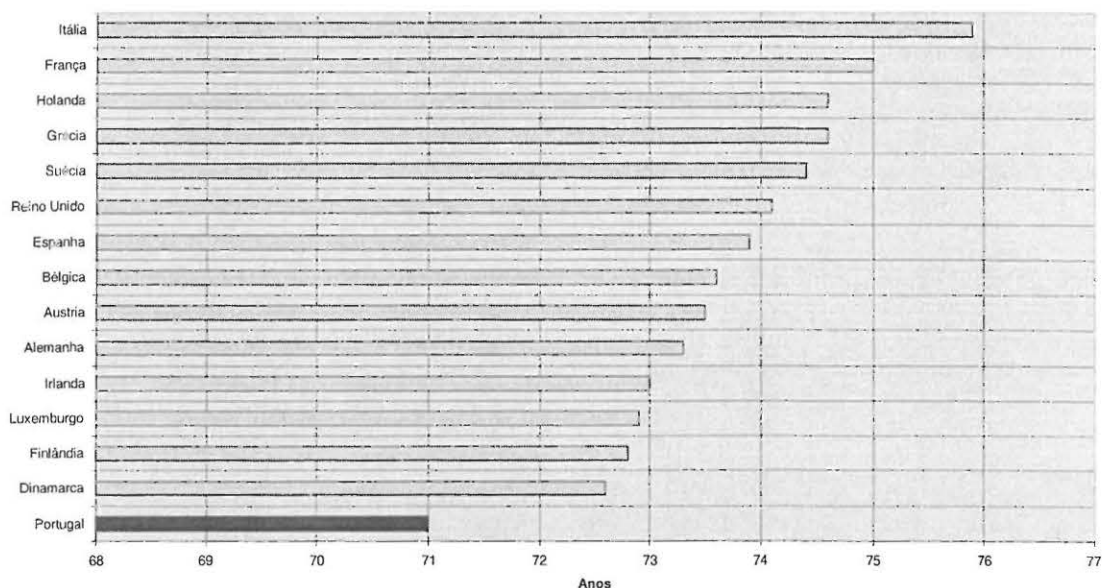


Fig. 3 – Esperança de Vida à Nascença para os Homens, nos quinze países da UE, em 1998

Fonte: OECD, *Health Data*, 2000

Outro indicador de grande pertinência, pelas possibilidades explicativas que suscita, é a esperança de vida aos quarenta e aos sessenta e cinco anos que, complementando o anterior (esperança de vida à nascença), auxilia a sua interpretação. Isto é, a esperança de vida pode ser afectada pelas mortes prematuras, as que acontecem antes dos 70 anos, principalmente as mortes que afectam a população adulta jovem. Por isso, quando observamos a variação na esperança de vida aos quarenta e aos sessenta e cinco anos, confirmamos a suposição, anteriormente expressa, de que a esperança de vida à nascença tem um aumento que fica a dever-se, em grande parte, à diminuição da mortalidade infantil. Por outro lado, se se tivessem observado maiores reduções na mortalidade prematura, talvez a esperança de vida à nascença pudesse ter tido uma variação positiva maior, principalmente na população masculina.

À semelhança do que havia sido observado anteriormente, Portugal e a Dinamarca são também, em 1995, os países com menor esperança de vida aos quarenta anos, tanto para homens como para mulheres. Contudo, vinte e cinco anos antes, em 1970, a situação relativa era claramente diferente para a Dinamarca, enquanto para Portugal era semelhante, uma vez que este já ocupava uma posição desfavorável no quadro da UE.

Comparando os Quadros II, III e IV, reconhece-se que as taxas de variação (1970-1995) na esperança de vida à nascença e aos quarenta anos não têm a mesma hierarquia. Os indivíduos portugueses do sexo masculino que em 1995 atingiram os quarenta anos de idade, podem esperar viver tanto como os indivíduos do mesmo sexo na Dinamarca (34,7 anos), mas menos do que os de qualquer outro país da UE. Oito países registaram variações mais elevadas do que a verificada para Portugal. Para este grupo, as variações mais altas registaram-se na Áustria, Luxemburgo, Bélgica e França, para ambos os sexos, e na Finlândia para os homens. Em 1995, a França, a Itália e a Suécia eram os países onde as mulheres com quarenta e sessenta e cinco anos podiam esperar viver mais; a estes países junta-se a Espanha quando se considera a esperança de vida das mulheres aos sessenta e cinco anos. Os homens que atingiram os quarenta anos apresentam este mesmo padrão na França, Itália e Suécia; quando se analisa a esperança de vida aos sessenta e cinco anos juntam-se, aos países anteriores, a Grécia e a Espanha.

Assim, estes países apresentam, genericamente, valores percentuais de variação que os distinguem. O mesmo não se verifica em Portugal: a variação entre 1970 e 1995 verificada na esperança de vida aos quarenta anos e aos sessenta e cinco anos revela valores mais baixos para ambos os sexos (Quadros III e IV).

Quadro III - Esperança de vida aos quarenta anos nos quinze países da UE, em 1970 e 1995

	Homens			Mulheres		
	1970	1995	Var (%)	1970	1995	Var (%)
Bélgica	31,6	35,6	12,7	36,9	41,5	12,5
Dinamarca	33,8	34,7	2,7	38,1	39,0	2,4
Alemanha*	31,9	35,2	10,3	37,3	40,9	9,7
Grécia	34,1	37,3	9,4	36,8	41,6	13,0
Espanha	33,5	36,9	10,1	37,9	43,0	13,5
França	32,2	36,3	12,7	38,5	43,2	12,2
Luxemburgo	31,0	35,1	13,2	36,1	41,6	15,2
Irlanda	32,1	35,0	9,0	36,0	39,8	10,6
Itália	33,2	36,8	10,8	38,1	42,3	11,0
Holanda	33,7	36,2	7,4	38,5	41,5	7,8
Áustria	31,2	35,7	14,4	36,5	41,2	12,9
Portugal	31,6	34,7	9,8	36,7	40,2	9,5
Finlândia*	30,6	34,8	13,7	37,7	41,2	9,3
Suécia**	35,0	37,6	7,4	38,9	42,3	8,7
Reino Unido	31,8	35,8	12,6	37,3	40,4	8,3

*1975 ; **1970-74

Fonte : EUROSTAT, *Annuaire 2000*

Quadro IV - Esperança de vida aos sessenta e cinco anos nos quinze países da UE, em 1970 e 1995.

	Homens			Mulheres		
	1970	1995	Var (%)	1970	1995	Var (%)
Bélgica	12,1	14,8	22,3	15,3	19,1	24,8
Dinamarca	13,7	14,1	2,9	16,7	17,5	4,8
Alemanha*	12,2	14,7	20,5	15,6	18,5	18,9
Grécia	13,9	16,1	15,9	15,2	18,4	21,1
Espanha	13,3	16,0	20,3	16,0	19,9	24,4
França	13,0	16,1	23,8	16,8	20,6	22,6
Luxemburgo	12,1	14,7	21,5	14,9	19,2	28,9
Irlanda	12,4	13,7	10,5	15,0	17,4	16,0
Itália	13,3	15,5	16,5	16,2	19,4	19,8
Holanda	13,6	14,7	8,1	16,5	19,1	15,8
Áustria	11,7	15,2	29,9	14,9	18,7	25,5
Portugal	12,2	14,3	17,2	15	17,7	18,0
Finlândia*	12,0	14,5	20,8	15,7	18,6	18,5
Suécia**	14,2	16,0	12,7	16,8	19,7	17,3
Reino Unido	12,0	14,6	21,7	16,0	18,1	13,1

*1975 ; **1970-74

Fonte : EUROSTAT, *Annuaire 2000*

ANÁLISE DAS CAUSAS DE MORTE PREMATURA

Quais as causas da persistência da má posição relativa de Portugal no quadro da UE? A explicação mais óbvia é o elevado valor de anos de vida perdidos antes dos setenta anos, significando que não só se morre mais em Portugal (taxa bruta de mortalidade), mas que se morre mais cedo, em alguns casos mesmo muito cedo. Em 1995, em cada 100.000 habitantes com menos de setenta anos, foram perdidos 6291,7 anos, considerando todas as causas de morte prematura em ambos os sexos. Para o sexo masculino os potenciais anos de vida perdidos têm o valor mais elevado (8801 em cada 100.000 habitantes) da EU (Quadro V). Para o sexo feminino o valor da Dinamarca (4099,4 anos) é mais alto quando comparado com o de Portugal (3907,4 anos), que ocupa a segunda posição no quadro da Europa dos Quinze. Embora Portugal tenha uma situação desfavorável relativamente aos países da UE, verifica-se que a variação relativamente ao ano de 1975 é reveladora dos esforços realizados no sentido de uma clara diminuição do número de mortes antes dos setenta anos, sendo esse facto mais visível no sexo feminino. De facto, apesar de Portugal continuar a apresentar elevados valores para este indicador, por comparação com os restantes países da Comunidade, a evolução ocorrida entre 1975 e 1995 é claramente favorável (-41,1% e -53,5% de anos de vida perdidos antes dos setenta anos, respectivamente para os sexos masculino e feminino), apresentando, para ambos os sexos, a evolução positiva mais elevada de todos os 15 países.

Quadro V - Potenciais anos de vida perdidos antes dos setenta anos, por todas as causas, em cada 100.000 habitantes

	Homens			Mulheres		
	1975	1995	Var (%)	1975	1995	Var (%)
Bélgica	8994	--	--	5099	--	--
Dinamarca	7372	6534,8	-11,4	4523	4099,4	-9,4
Alemanha *	9946	6483,5	-34,8	5627	3298,4	-41,4
Grécia	8266	6005,6	-27,3	5384	2967,9	-44,9
Espanha	8778	6650,9	-4,2	5185	2925,4	-43,6
França	9267	6848,1	-26,1	4712	3103,0	-34,1
Luxemburgo	1048	6366,0	-39,3	5097	2976,6	-41,6
Irlanda	9092	6092,8	-33,0	5643	3605,9	-36,1
Itália	8946	5842,6	-34,7	5197	2948,2	-43,3
Holanda	6827	5067,7	-25,8	3891	3168,9	-18,6
Áustria	1080	6577,4	-39,1	5714	3193,6	-44,1
Portugal	1494	8801,0	-41,1	8405	3907,4	-53,5
Finlândia	1062	6844,9	-35,6	4428	2937,7	-33,7
Suécia	6766	4441,8	-34,4	3814	2614,9	-31,4
Reino Unido	8132	5599,2	-31,1	5034	3435,4	-31,8

Fonte : OECD, *Health Data 2000*

Em 1975, e para os dois sexos, enquanto Portugal ocupava o pior lugar em potenciais anos de vida perdidos antes dos setenta anos, a Suécia apresentava os valores mais baixos deste indicador. Em 1995 a Suécia (ambos os sexos) e Portugal (sexo masculino) mantêm as mesmas posições, respectivamente o melhor e o pior valor. Mas deve assinalar-se que, entre estes dois países, a diferença de anos de vida perdidos em cada 100.000 habitantes antes dos setenta anos diminuiu consideravelmente de 1975 para 1995: em 1975 essa diferença era de 8183 e 7591 anos, respectivamente para os sexos masculino e feminino, enquanto em 1995 era de cerca de 4359 anos (sexo masculino) e 1293 anos (sexo feminino). Verifica-se, contudo, que os ganhos foram substancialmente maiores para as mulheres do que para os homens.

Observámos, anteriormente, que os ganhos que se verificaram no nosso país ocorrem, fundamentalmente, nos primeiros anos de vida. Por isso se colocou aqui a hipótese de que a diminuição da mortalidade infantil - corolário do desenvolvimento económico e social e, simultaneamente, da melhoria na assistência às grávidas e crianças, conseguida principalmente por intervenções ao nível dos cuidados de saúde primários e maternidades - seja o principal responsável pela melhoria deste indicador, com reflexos claros na esperança de vida à nascença. No início da década de 70, em cada 1000 nados-vivos morriam 55,1 crianças com menos de um ano - o valor médio da UE era de 21,6 óbitos em cada 1000 nascimentos. Em 1985 essa relação era de 17,8‰ e 9,21‰, respectivamente em Portugal e na UE. Passados dez anos, em 1995, Portugal apresenta um valor muito próximo (7,4‰) ao da média da Europa dos Quinze (5,8‰).

Em 1975, as causas de morte que mais contribuíam para o elevado valor de potenciais anos de vida perdidos antes dos setenta anos eram as doenças respiratórias (1873 anos de vida perdidos em cada 100.000 habitantes do sexo masculino e 1581 considerando o total da população), os acidentes de veículos a motor (1075 em cada 100.000 habitantes e 1883 habitantes do sexo masculino), as neoplasias (1150 no total da população e 1284 para o sexo masculino), as doenças cerebrovasculares (570 no conjunto dos dois sexos e 703 no sexo masculino), a cirrose do fígado (394 no total e 606 no sexo masculino) e as doenças infecciosas e parasitárias (773 para o conjunto da população e 913 para o sexo masculino) (Quadro VI).

Passados vinte anos, algumas dessas causas de morte colocam Portugal em primeiro lugar, ou seja, distinguem-no pelos altos valores de potenciais anos de vida perdidos; os mais elevados da União Europeia para os acidentes de veículos a motor (sexo masculino), cirrose do fígado (fundamentalmente no sexo masculino), doenças infecciosas e parasitárias (sexo masculino) e HIV/SIDA

(ambos os sexos, mas fundamentalmente no masculino). Nesta última causa de morte, em 1995, Portugal é o segundo país com o valor mais alto, sendo o primeiro lugar ocupado pela Espanha. Ou seja, a Península Ibérica regista o maior valor de anos de vida perdidos por HIV/SIDA no quadro da UE.

Quadro VI - Anos potenciais de vida perdidos antes dos setenta anos, por 100.000 habitantes, pelas principais causas de morte, em 1975 e 1995, em Portugal.

Causas de morte	1975	1975	1995	1995
	Homens	Mulheres	Homens	Mulheres
Doenças do aparelho circulatório	1 874,0	1 075,0	1 197,7	506,6
<i>Isquémica do coração</i>	565,0	202,0	480,9	295,1
<i>Cerebrovasculares</i>	703,0	459,0	448,5	330,4
Tumores Malignos	1284,0	1 035,0	1394,8	997,0
<i>Tumor maligno pulmão</i>	141,0	30,0	274,2	52,7
<i>Tumor maligno mama</i>		184,0		256,8
Doenças do aparelho respiratório	1873,0	1313,0	333,1	120,5
Doenças do aparelho digestivo	1 438,0	806,0	531,4	177,4
<i>Cirrose do fígado</i>	606,0	215,0	376,7	122,5
Acidentes com veículos a motor	1883,0	356,0	1 102,7	282,7
Doenças infecciosas e parasitárias	913,0	647,0	225,4	72,3
HIV/SIDA			539,3	100,2
Todas as causas	14 949,0	8 405,0	8801,0	3907,4

Fonte: OECD. *Health Data*, 2000

Não obstante a má colocação de Portugal no quadro da UE, verificam-se diminuições assinaláveis em causas de morte que são responsáveis por grande quantidade de anos de vida perdidos: doenças respiratórias, infecciosas e parasitárias, acidentes de viação, doença do fígado e cirrose hepática. Outras causas de morte são responsáveis por um maior número de anos de vida perdidos em 1995, por comparação com 1975. Por exemplo, em 1995, os neoplasmas respondem por 1150 potenciais anos de vida perdidos em cada 100.000 habitantes, sobressaindo, dentro deste grupo, o cancro do pulmão, principalmente para o sexo masculino (274,2 anos por 100 mil habitantes) e o da mama feminina. O HIV/SIDA constitui-se, também em 1995, como uma das causas de morte que mais aflige não só pelo número de óbitos, mas principalmente pelas idades que atinge, retirando muitos anos de vida ao conjunto da população portuguesa (317,1 anos de vida perdidos em cada 100.000 habitantes, sendo 539,3 nos homens e 100,2 nas mulheres) contri-

buindo, juntamente com as anteriores causas de morte, para a baixa esperança de vida observada em Portugal, com especial destaque na população do sexo masculino. Destaque ainda para os acidentes de viação, que muito contribuem para a persistentemente baixa esperança média de vida, tanto aos 40 como aos 65 anos (1102,7 anos de vida perdidos em cada 100.000 habitantes do sexo masculino).

Quadro VII – Hierarquia das principais causas de morte em Portugal (*), por cada 100.000 habitantes (**)

Causas de morte	1975 (*)	1975 (**)	1995 (*)	1995 (**)
Doenças do aparelho circulatório	1º	490	1º	352,5
Sintomas e sinais mal definidos	2º	223	3º	103,5
Tumores malignos	3º	138	2º	170,8
Doenças do aparelho respiratório	4º	106	4º	65,3
Doenças do aparelho digestivo	5º	62	6º	40,0
Acidentes de veículos a motor	6º	36	5º	23,3
Doenças infecciosas e parasitárias	7º	22	9º	9,1
Sistema génito-urinário	8º	17	8º	12,6
Doenças endócrinas e metabólicas	9º	11	7º	34,1
Doenças do sistema nervoso	10º	10	10º	9,0
Anomalias congénitas	11º	7	11º	4,5

Fonte: OECD, *Health Data*, 2000

O que se passou nos últimos vinte anos? Na primeira metade da década de 70, as dez principais causas de morte relacionavam-se com as doenças do aparelho circulatório, os sintomas e sinais mal definidos, os tumores malignos, as doenças do aparelho respiratório e digestivo, os acidentes com veículos a motor, as doenças infecciosas e parasitárias, do sistema génito-urinário, do sistema nervoso e, em último lugar, as anomalias congénitas (Quadro VII). Passados mais de vinte anos, são poucas as alterações na hierarquia das causas de morte: trocam de posição os tumores malignos com os sintomas e sinais mal definidos, as doenças do aparelho digestivo com os acidentes de veículos a motor, as doenças infecciosas e parasitárias com as doenças endócrinas e metabólicas, mantendo as doenças dos aparelhos circulatório, respiratório, génito-urinário e nervoso e as anomalias congénitas a mesma posição.

Apesar das alterações ocorridas, em 1995 a taxa de mortalidade por doenças infecciosas e parasitárias permanece nas primeiras dez causas de morte. Por outro lado,

neste mesmo ano, em cada 100.000 óbitos, 103,5 (111,8 em 1998) são classificados como sintomas e sinais mal definidos. Esse valor era, em 1975, de 223 por 100.000 óbitos, representando, então, o dobro. O facto de existirem valores com esta expressão, e que se afastam claramente dos valores de outros países da União Europeia, leva-nos a ter muitas precauções com as observações e conclusões de qualquer estudo que tenha como base de informação os óbitos. Algumas dúvidas poderão surgir sobre qual seria o padrão de mortalidade, se esses óbitos tivessem sido diagnosticados e classificados nas respectivas causas de morte. Por outro lado, esse indicador revela, também, deficiência no acesso aos serviços de saúde e na codificação dos óbitos.

Para já importa equacionar algumas questões:

- Tanto em 1975 como em 1995 Portugal, juntamente com a Dinamarca, apresenta o valor mais alto da UE de óbitos por doenças infecciosas.
- Em Portugal, depois de uma diminuição acentuada registada em 1990, as doenças infecciosas tendem a aumentar, sendo o valor, em 1998, de 11,3 em cada 100 mil habitantes, distanciando-se muito de todos os países da Europa.
- A relevância do HIV/SIDA nos anos de vida perdidos coloca Portugal nos primeiros lugares para este indicador.
- Cerca de 1/6 de todos os anos de vida perdidos nos homens são provocados por acidentes com veículos a motor.

Estes factos são preocupantes e merecem a nossa reflexão. A questão que se coloca é como se pode justificar que Portugal, no final do século XX, apresente um quadro marcado por indicadores que colocam o nosso país em situação de grande fragilidade: por um lado, o grande valor de óbitos sem causa de morte e, por outro lado, a importância das doenças infecciosas e parasitárias, do HIV/SIDA e dos acidentes com veículos a motor como causas de morte prematura, incapacidades ou má qualidade de vida.

CONCLUSÃO

A esperança de vida é um indicador que permite avaliar não só o estado de saúde de um país ou região, como também o seu desenvolvimento (SANTANA, 2000). O desenvolvimento económico e social verificado em Portugal nos últimos trinta anos foi decisivo para fazer diminuir algumas diferenças face a outros países da União

Europeia, concretamente no que respeita à esperança de vida. A distância que separava Portugal da média da UE, em 1970, ficou reduzida para menos de metade no final da década de noventa. Apesar dos avanços conseguidos neste indicador, Portugal entra no século XXI em último lugar no que se refere à esperança de vida à nascença para os homens. Na esperança de vida à nascença para as mulheres, fomos substituídos pela Dinamarca que ocupava, em 1998, o último lugar.

As razões que justificam os ganhos são, fundamentalmente, a melhoria da saúde das crianças e das mães. Esse facto é verificável pela diminuição da mortalidade infantil e materna, reflexo não só de uma melhor e mais generalizada assistência médica e de saúde, como também de uma melhoria das condições sociais e económicas da população em geral. Por outro lado, outras causas de morte continuam a apresentar taxas ainda muito elevadas em 1995. Algumas dessas causas de morte quase já não existem na UE, como é o caso das doenças infecciosas; outras registam um número muito pequeno (acidentes de trabalho e acidentes de viação) ou têm vindo a apresentar tendência de decréscimo acentuado (HIV/SIDA). No final do século XX, Portugal constituiu-se como o país da UE com a mais elevada taxa de mortalidade por doenças infecciosas, HIV/SIDA, doenças endócrinas e metabólicas (incluindo a diabetes *mellitus*), doenças cerebrovasculares, pneumonia e gripe, doenças do aparelho digestivo, cirrose do fígado e acidentes com veículos a motor. Em 1998, os sinais e sintomas mal definidos representavam cerca de 112 óbitos em cada 100.000 habitantes. Nos outros países da UE esse valor é cerca de 10 vezes menor (excepto na Grécia, onde é cerca de metade do registado em Portugal). Trata-se de um indicador de qualidade da certificação do óbito, que urge melhorar.

Mais importante que Portugal ocupar o primeiro lugar num vasto conjunto de causas de morte, é o facto de este ser o país com mais anos de vida perdidos antes dos setenta anos, aspecto mais relevante nos homens. As causas de morte que mais anos de vida retiram ao sexo masculino eram, em 1995, os tumores malignos, os acidentes de trânsito, o HIV/SIDA e as doenças isquémicas do coração, por ordem decrescente de importância relativamente aos anos de vida perdidos. Para o sexo feminino destacam-se os tumores malignos, as doenças cerebrovasculares e a doença isquémica do coração. Este conjunto de causas de morte que afectam a população de forma prematura tem, na sua origem, razões que se prendem, fundamentalmente, com os comportamentos individuais e atitudes perante a saúde e a utilização dos cuidados de saúde (preventivos e curativos). Estilos de vida mais saudáveis, associados ao consumo e preparação dos alimentos, ao controle dos excessos de álcool e tabaco, à dimi-

nução do sedentarismo, são a base de qualquer intervenção que se queira desenvolver ao nível do aumento da esperança de vida. A par deste conjunto de acções, que se desenvolvem ao nível da prevenção primária, deverão ser desenvolvidos programas que favoreçam o rastreio e o acesso aos cuidados de saúde e aos cuidados de emergência médica, principalmente no apoio às situações agudas que requeiram tratamento tempestivo.

BIBLIOGRAFIA:

- ARBER, S. e LAHELMA, E. (1993) – “Inequalities in Women’s and men’s ill-health: Britain and Finland compared”. *Soc. Sci. Med.*, 37(8), pp.1055-1068.
- BENZEVAL, M. e JUDGE, K. (2001) – “Income and health: the time dimension”. *Soc. Sci. Med.*, 52, pp.1371-1390.
- BERKMAN, L.; KAWACHI, I. (eds.) (2000) - *Social Epidemiology*. Nova Iorque, Oxford University Press.
- CARR-HILL, R. (1990) - “The measurement of inequalities in health: lessons from the British experience”. *Soc. Sci. Med.*, 31, pp. 393-404.
- CATTELL, V. (2001) – “Poor people, poor places, and poor health: the mediating role of social networks and social capital”. *Soc. Sci. Med.*, 52, pp. 1501-1516.
- CRIMMINS, E. M.; HAYWARD, M. D. e SAITO, Y. (1996) – “Differentials in active life expectancy in the older population of the United States”. *J. Geront.B-Psy. Sci-Soc-Sci*, 51(3), pp. S111-120.
- DAVEY, Smith G. (1996) - “Income inequality and mortality: why are they related?”. *BMJ*, 312, pp. 987-988.
- EAMES, M.; BEN-SHOLMO, Y. e MARMOT, M. G. (1993) – “Social deprivation and premature mortality: regional comparison across England”. *BMJ*, 21, 307, 1097-1102.
- ELSTAD, J. A. (2000) – *Social inequalities in health and their explanations*, Oslo, NOVA.
- FEACHEM, R. (1994) – “Health decline in eastern Europe”. *Nature*, 367(6461), pp. 313-314.
- FEINSTEIN, J. S. (1993) – “The relationship between socioeconomic status and health: a review of the literature”. *Milbank Q.*, 71(2) pp.279-322.
- GERONIMUS, A. T.; BOUND, J.; WAIDMANN, T. A.; HILLEMEIER, M. M. e BURNS, P. B. (1996) – “Excess mortality among blacks and whites in the United States”. *N. Engl. J. Med.*, 21, 335 (21), pp. 1597-1599.
- HAYNES, R. e GALE, S. (2000) – “Deprivation and poor health in rural areas: inequalities hidden by averages”. *Health & Place*, 6, p. 284.
- HOLMES, A. M. (1995) – “A QALY-based societal health statistic for Canada”. *Soc. Sci. Med.*, 41(10), pp. 1417-1427.

- ILLSTEY, R. e LE GRAND, J. (1993) - "Regional inequalities in mortality". *Journal of Epidemiology and Community Health*, December, 47(6), pp.-449.
- JUDGE, K. (1995) - "Income distribution and life expectancy: a critical appraisal". *BMJ*, 311(7015), pp. 1282-1285.
- KAGAMIMORI, S.; TIBUCHI, Y. e FOX, J. (1983) - "A comparison of socioeconomic differences in mortality between Japan and England and Wales". *World Health Statistics Quarterly*, 36, pp. 119-128.
- KUNST, A. (1997) - *Cross-national comparisons of socio-economic differences in mortality*. PhD Erasmus University Rotterdam.
- KUNST, A. e Mackenbach, J. (1996) - *La mesure des inégalités de santé d'origine socio-économique*. Copenhagen, OMS Bureau Regional de L'Europe.
- LAWSON, J. S. e BLACK, D. (1993) - "Socioeconomic status: the prime indicator of premature death in Australia". *J. Biosoc. Sci.*, 25(4). Pp. 539-552.
- MACINTYRE, S. e ELLAWAY, A. (2000) - "Ecological Approaches: rediscovering the role of physical and social environment". *Social Epidemiology*, eds. Lisa F. BERKAMAN and Ichiro KAWCHI, University Press, Oxford, pp. 332-348.
- NANDA, A.; NOSSIKOV, A.; PROKHORSKAS, R. e SHABANAH, M. H. (1993) - "Health in the central and eastern countries of the WHO European Region: an overview". *World Health Stat. Quart.* 46(3), pp. 158-165.
- NOGUEIRA, H. (2001) - Mortalidade e Morbilidade Hospitalar por Tumor Maligno em Portugal Continental. Contributo da Geografia da Saúde. Dissertação de Mestrado apresentada na Faculdade de Letras, Universidade de Coimbra.
- POWER, C. e MATHEWS, S. (1997) - "Origins of health inequalities in a national population sample". *Lancet*, 29, 350 (9091), pp. 1584-1589.
- POWER, C. (1994) - "Health and social inequality in Europe". *BMJ*, vol. 308, April, pp.1153-1156.
- POWER, C. (1994) - "Health and social inequalities in Europe". *BMJ*, 308(6937), pp. 1153-1156.
- SANTANA, P. (1998) - "A geografia das desigualdades regionais em saúde e estado de saúde". Pedro Pita BARROS e Jorge SIMÕES (eds.) - *Desigualdades em Saúde' no livro de Homenagem a Augusto Mantas* (org.), Associação portuguesa de Economia da saúde, pp. 179-205.
- SANTANA, P. (2001) - "Poverty, social exclusion and health" (texto aceite pela revista *Soc. Sci. Med.*).
- VALKONEN, T.; SIHVONEN, A. P. e LAHELMA, E., (1997) - "Health Expectancy by level of education in Finland". *Soc. Sci. Med.*, 44 (6), pp. 8081-808.
- WIGLE, D. T. (1995) - "Canada's health status: a public health perspective". *Risk Analysis*, 15(6), pp. 693- 698.
- WOLFSON, M. C. (1996) - "Health-adjusted life expectancy". *Health-Rep.*, 8 (1). pp. 41-46.