



Trabalho Final Curso de Doutoramento

**Envelhecimento e Nível de Instrução.
Efeitos na Saúde da População e nas Políticas de Saúde e
Bem-Estar em Portugal
Séc. XX e início Séc. XXI**

Carla Isabel Leão de Sá e Silva Coelho

**Orientador:
Professora Doutora Teresa Ferreira Rodrigues**

**Doutoramento em Relações Internacionais.
Área de Especialização: Globalização e Ambiente**

Setembro, 2010

Índice

Introdução-----	3
Metodologia-----	4
Contextualização-----	4
Envelhecimento demográfico em Portugal por NUTS III-----	8
Projeções do envelhecimento demográfico em Portugal por NUTS III-----	16
Efeitos do envelhecimento no organismo humano-----	17
Efeitos do envelhecimento demográfico nos serviços de saúde e equipamentos de saúde em Portugal por NUTS III -----	19
Políticas de saúde relativas a equipamentos de saúde-----	20
Nível de educação da população portuguesa actual e futura-----	25
Conclusão-----	27
Referencias bibliográficas-----	29

Introdução

No âmbito do Curso de Doutoramento em Relações Internacionais, Área de Especialização em Globalização e Ambiente, foi solicitada a realização de um Trabalho Final de Curso relacionado com as temáticas inerentes. Contextualmente a observação do cenário demográfico actual evidencia um processo global de envelhecimento das estruturas etárias das populações, podendo-se considerar como um fenómeno incontornável e gerador de novos desafios para as sociedades humanas e para todos os sectores que com as sociedades se relacionam, incluindo o sector da saúde, tanto a nível interno de cada Estado como a nível internacional. As consequências do fenómeno do envelhecimento populacional, especificamente o aumento da esperança média de vida e o consequente aumento do número de efectivos populacionais com mais de sessenta e cinco anos e mais de oitenta anos, nos cuidados de saúde e em outras áreas das políticas sociais são inevitáveis e consensuais. Em contraponto, alguns estudos que concluíram que as futuras alterações nos níveis médios de instrução das populações afectarão positivamente o seu estado de saúde, podendo esbater ou anular alguns dos efeitos negativos do envelhecimento. Tomando como ponto de partida este conhecimento, constatando que tanto o processo de envelhecimento das populações como o aumento do nível de instrução das mesmas tem sido um processo gradual e considerando que estas alterações demográficas e o estado de saúde e bem-estar das populações se repercutem no “modus operandis” do poder governativo, consideramos relevante o seu estudo a nível dos vários Estados permitindo conhecer o cenário local para que desta forma seja facilitado o processo de tomada de decisão a nível local e internacional, uma vez que o problema é global no que concerne aos países desenvolvidos. Assim questionamo-nos sobre a evolução do cenário demográfico em Portugal, a nível das NUTS III, no que se relaciona com a população com mais de sessenta e cinco anos, bem como sobre o quadro dos serviços de saúde que respondem às necessidades da mesma população. Tendo como conhecimento adquirido que o nível de instrução é um dos factores determinantes do estado de saúde da população, questionamo-nos sobre o nível em que se situa a população com mais de sessenta e cinco anos actualmente e no futuro, assim como nos interrogamos se o nível de instrução da futura população em estudo será um provável auxílio para a diminuição da sobrecarga dos serviços de saúde, que se adivinha com o aumento desta população. É nossa pretensão com este estudo responder a estas questões, tendo como opção metodológica a revisão da literatura, legislação e dados estatísticos existentes sobre a temática. O desenvolvimento deste trabalho é orientado pela sequência de capítulos resposta às questões de partida anteriormente expostas. Como conclusão genérica poderemos objectivar que a população com mais de sessenta e cinco anos na generalidade das NUTS III está a aumentar bem como o seu nível de instrução o que poderá induzir a uma melhor saúde e a uma necessidade diferente da actual no que concerne com os serviços de saúde. No entanto actualmente o quadro é substancialmente diferente a consequente mente as necessidades também o serão. Salvaguarda-se o facto de que este é um trabalho inicial que contribuirá para um estudo aprofundado sobre esta problemática. Concordantemente não é uma abordagem exaustiva e não esgota o tema.

Metodologia

O presente trabalho tem como objecto de estudo a relação existente entre envelhecimento no topo da pirâmide etária, nível de instrução, saúde da população e políticas de saúde e bem-estar, no território português num período temporal que medeia entre o séc. XX e o início do séc. XXI. Por forma a especificar a investigação ajustámos o nível de análise às NUTS III portuguesas, com excepções pontuais que nos obrigaram ao estudo do território no seu todo, dada a inexistência, em alguns casos, de dados referentes às mencionadas regiões. Em termos metodológicos é um estudo descritivo com abordagem qualitativa, assumindo uma vertente quantitativa na análise dos dados estatísticos utilizados. Fazemos uma revisão da bibliografia, artigos, estudos anteriormente realizados e documentos disponíveis on-line que considerámos pertinentes e fidedignos, bem como fazemos a análise de dados estatísticos disponíveis. Relativamente aos dados estatísticos, utilizamos preferencialmente os disponibilizados pelo Instituto Nacional de Estatística pela sua credibilidade e para que não existissem incoerências uma vez que por vezes as várias fontes, embora credíveis, apresentam dados não sobreponíveis. Ressalvamos o facto de que os dados estatísticos nem sempre correspondem ao mesmo período de tempo e espaço geográfico, uma vez que o contexto temporal, em que se realizou este trabalho, limitou a obtenção dos dados, bem como limitou a análise e aprofundamento de todas as temáticas, constituindo estes factores as principais limitações ao estudo. O desenvolvimento do estudo relaciona-se com a busca de respostas às questões orientadoras o qual podemos resumir na pretensão de: (1) Observar o cenário que induziu ao envelhecimento demográfico em Portugal, à diminuição das taxas de mortalidade e ao aumento da esperança média de vida; (2) Analisar o envelhecimento demográfico em Portugal por NUTSIII no período 1991 a 2008; (3) Especificamente analisar a população com mais de sessenta e cinco anos das NUTS III, no período anteriormente referido, uma vez que é sobre esta que nos debruçamos de forma mais aprofundada; (4) Percepcionar as projecções relativas ao processo de envelhecimento na globalidade do país e por NUTS III¹; (5) Abordar os efeitos do envelhecimento do organismo humano na saúde do indivíduo; (6) Sucintamente verificar os efeitos do aumento da população com mais de sessenta e cinco anos nos serviços de saúde; (7) Analisar os serviços de saúde existentes em Portugal e a sua evolução numérica por NUTS III, ao longo dos anos com dados disponíveis; (8) Sumariamente descrever a conjuntura política que desencadeou o cenário anteriormente relatado; (9) Analisar o nível de escolaridade da população com mais de sessenta e cinco anos por NUTS III em 2001 e projectá-la até 2021². Salvaguardamos que alguns capítulos, em termos metodológicos, têm características específicas que pontualmente descreveremos no início dos mesmos.

Contextualização

A história da humanidade foi modelada, de um modo geral, por um ritmo de crescimento populacional lento. A taxa de mortalidade era elevada e a de natalidade também no entanto a primeira impedia o contributo positivo da segunda devido à fome, às epidemias e às catástrofes naturais que em alguns momentos assolavam populações na sua quase totalidade. Com a Revolução Industrial nos séculos XVII e XVIII e as consequentes

¹ Não fazemos o estudo exaustivo de todos os grupos funcionais por NUTS III, por limitações temporais, mas é nossa intenção realizá-los.

² Este é o período sobre o qual já realizamos investigação.

transformações no modo de vida das populações, nas condições higiénicas, sanitárias e de saúde, o crescimento da população acelerou-se inicialmente em alguns países Europeus e posteriormente nos restantes países industrializados. O período das duas Grandes Guerras destruiu os territórios e alterou o cenário demográfico anterior, com as conseqüentes mortes, fome e doenças, bem como com o início da participação da mulher no mercado de trabalho de forma mais preponderante e afirmativa. Na segunda metade do século XX com os avanços no sector da saúde, entre outros factores, a população mundial aumentou, a taxa de mortalidade diminuiu, a esperança média de vida aumentou, ao que se somou a diminuição do índice de fecundidade, induzindo à conclusão do que se denomina como transição demográfica, a qual é interdependente da transição sanitária e da epidemiológica. A evolução deste processo levou a que se assista na actualidade a índices de fecundidade de tal forma baixos que não garantem a substituição das gerações, bem como ao aumento dos efectivos populacionais com mais de 65 anos e de 80 anos, em tal dimensão que induz à preocupação dos Estados e que leva à designada “Globalização do envelhecimento demográfico”. Ressalvamos que este quadro é concernente aos países desenvolvidos no entanto, embora com alguma *décalage*, também tem vindo a afectar os países menos desenvolvidos por influência dos mais desenvolvidos^{3 4 5 6 7}. O quadro mundial anteriormente relatado relativamente às alterações sociais, demográficas e epidemiológicas viveu-se igualmente em Portugal com alguns hiatos impostos pelo histórico político e social do Estado. Até ao início do século XX, de acordo com os dados disponíveis, a dinâmica demográfica portuguesa era moderada relacionado com o nível elevado de mortalidade e fecundidade, a população era constituída por muitas crianças e jovens e muito poucos idosos, a que se acrescentava periodicamente um aumento da mortalidade devido a situações de crise, tais como epidemias várias que foram afectando o país induzindo a que a população portuguesa tivesse um ciclo de vida curto e incerto. Durante os últimos dez anos do século XIX existiu um ligeiro aumento da esperança média de vida iniciando-se nesta época o processo de transição demográfica. Vivia-se neste final de século o início do processo de industrialização e de migração interna, factores estes que induziram a alterações sociais e comportamentais. A esperança média de vida aumentou durante a segunda metade do século XIX em virtude dos resultados da investigação médica, da generalização da profilaxia existente e da expansão de novos princípios públicos e individuais de higiene, sendo que os mais beneficiados foram as crianças e os mais velhos.

^{8 9}A taxa de mortalidade infantil tinha, na mesma época diferenças regionais maiores assumindo sempre valores superiores aos outros países. Até ao final da Segunda Guerra Mundial a taxa de mortalidade infantil comportou oscilações periódicas devido aos efeitos de algumas doenças infecciosas que se mantinham em Portugal por períodos mais longos em comparação com o resto da Europa. O modelo actual de mortalidade compreende taxas de mortalidade mais baixas e afecta essencialmente os grupos dos mais idosos. Os benefícios conquistados durante o século XX favoreceram a população portuguesa de todas as idades e criaram condições que proporcionaram o aumento da esperança média de vida. Não obstante somente desde 1980, com os

³ Population Reference Bureau Staff, *Transitions in World Population*. Population Bulletin, Vol.59,Nº1, Março 2004. Washington.

⁴ Population Reference Bureau Staff, *World Population Highlights: Key Findings From PRB'S 2009 World Population Data Sheet*. Population Bulletin, Vol.64,Nº3, Setembro 2009. Washington.

⁵ Population Reference Bureau Staff, *Population and Health: An Introduction to Epidemiology*. Population Bulletin, Vol.54,Nº4, Dezembro 1999. Washington.

⁶ Population Reference Bureau Staff, *Global Aging: The Challenge of Success*. Population Bulletin, Vol.60,Nº1, Março 2005. Washington.

⁷ Rodrigues, Teresa Ferreira, Moreira, Maria João Guardado. *Modelos de Mortalidade em Portugal*, in *Ler História*, nº49, Lisboa, 2005, pp 145-169

⁸ Rodrigues, Teresa Ferreira, Moreira, Maria João Guardado. *Mortality Pattern in Portugal*

⁹ Rodrigues, Teresa, 1990, *Crises de Mortalidade em Lisboa, Séculos XVI e XVII*, Livros Horizonte, Lisboa. In Rodrigues, Teresa Ferreira, Moreira, Maria João Guardado. *Mortality Pattern in Portugal*

melhoramentos a nível socioeconómico, os níveis de mortalidade aproximaram-se dos valores da restante Europa e em 2005 a taxa de mortalidade infantil atingiu o valor mais baixo de sempre (3,5‰) bem como aumentou o número de indivíduos com 75 e mais anos.^{10 11}No decorrer do século XX aumentaram as diferenças relativas ao género no que concerne com a mortalidade, com maior incidências nos indivíduos com 20 ou mais anos, favorecendo as mulheres. Até aos 30 anos as causas preponderantes de mortalidade masculina relacionavam-se com mortes acidentais e violentas, a partir dos 55-65 anos relacionavam-se com patologias crónicas e degenerativas desenvolvidas como efeito do estilo de vida. As grandes alterações demográficas em Portugal decorrentes de mutações em indicadores como a fecundidade, a mortalidade e a esperança média de vida, ou com mutações no quadro epidemiológico tais como patologias com maior prevalência e patologias geradoras de morte, estão relacionadas com factores exógenos como habitação, nível de desenvolvimento, actividade profissional, educação, nutrição e estilo de vida. Sempre existiram flutuações no modelo de mortalidade relacionadas com a idade da população e com os locais de habitação, rural ou urbano, no entanto à medida que nos aproximamos do final do século XX estas flutuações esbateram-se, sendo que ainda existem algumas oscilações relacionadas com as condições climáticas e patologias relacionadas, sendo exemplo as patologias respiratórias e gripes nas épocas frias e as patologias cárdio-circulatórias nas épocas quentes, com maior incidência nos idosos. Acrescentamos que actualmente, independentemente do local de residência, rural ou urbano e do género, a maior parte das mortes ocorrem entre Dezembro e Março e o número de mortes é maior nas cidades pois são as cidades os locais de destino de eleição dos estrangeiros e imigrantes e é para as cidades que vão os doentes, é nelas que existem as instituições que oferecem tratamentos. Não obstante mesmo entre as áreas urbanas e dentro das mesmas existiam e existem grandes disparidades, porque se por um lado eram e são o destino de eleição dos estrangeiros, imigrantes e doentes, por outro lado era e é nas cidades que a população com mais capacidades económicas e logo com melhores condições de saúde, higiene e nutrição viviam e vivem, resultando daqui ambientes diferentes dentro de um mesmo ecossistema, sendo que actualmente se está em direcção a uma maior homogeneidade^{12 13}. A batalha contra a doença e a morte inicialmente foi vencida através de medidas preventivas que foram tomadas progressivamente, as epidemias foram controladas utilizando barreiras contra a disseminação difundidas pelo poder governamental¹⁴. Salientamos a importância da produção da penicilina em 1928, o uso da sulfamida que se iniciou em 1935, da vacinação e da implementação de medidas de higiene¹⁵. No decorrer do século XIX as medidas de coordenação e implementação de cuidados de higiene foram assumindo importância bem como a percepção do interesse da saúde das populações para a comunidade científica portuguesa e mundial. Este facto terá constituído o início da queda dos níveis de mortalidade a nível nacional. Relativamente à esperança média de vida e de acordo com a tabela 1, em 1920 era de 35,8 para os homens e 40 anos para as mulheres, quando analisamos o mesmo indicador em 1950 deparamo-nos com 55,5

¹⁰ Moreira, Maria João Guardado, Veiga, Teresa, 2005, "Modelos de Mortalidade em Portugal", *Ler História*, 49, Lisboa, 145-169. In Rodrigues, Teresa Ferreira, Moreira, Maria João Guardado. *Mortality Pattern in Portugal*

¹¹ Rodrigues, Teresa Ferreira, Moreira, Maria João Guardado. *Mortality Pattern in Portugal*

¹²Rodrigues, Teresa Ferreira, Moreira, Maria João Guardado. *Mortality Pattern in Portugal*

¹³ Crespo, Jorge, 1990, *A História do Corpo*, Difel, Lisboa. In Rodrigues, Teresa Ferreira, Moreira, Maria João Guardado. *Mortality Pattern in Portugal*

¹⁴ Rodrigues, Teresa, Santos, Piedade Braga, 1998, "Poder central e poder local, um caso de conflito", *Ler História*, 34, Lisboa, 65-84. In Rodrigues, Teresa Ferreira, Moreira, Maria João Guardado. *Mortality Pattern in Portugal*

¹⁵ Por Albert Calmette e Camille Guérin

anos para o homem e 60,5 para as mulheres demonstrando o resultado da melhoria das condições de vida e saúde. Da análise da tabela 1 destacam-se as diferenças nas idades relativas à esperança média de vida para homens e mulheres e constata-se que ao longo dos tempos e, de acordo com os dados apresentados, desde 1920 a 2005 as mulheres sempre apresentaram uma esperança média de vida superior à dos homens e à medida que as idades aumentam aumenta o fosso entre homens e mulheres. Se fizermos a mesma avaliação para as taxas de mortalidade, e de acordo com a mesma tabela, deparamo-nos com uma evolução inversa ou seja à medida que a esperança média de vida aumenta as taxas de mortalidade baixam justificando o referido aumento populacional. Assim temos que a taxa bruta da mortalidade em 1920 era de 23,7‰ e a infantil era maior assumindo o valor de 161‰, em 1950 era de 12,2‰ para 98‰, a partir de 1970 e até 2005 a taxa bruta de mortalidade rondou os 10‰ com uma ligeira diminuição e a taxa de mortalidade infantil foi sempre decrescendo sendo em 1970 51,3‰, em 1991 10,8‰ e em 2005 3,5‰, demonstrando a evolução das ciências da saúde e os resultados que esta evolução teve na manutenção da vida. O aumento da esperança média de vida e a diminuição das taxas de mortalidade estão relacionadas com as melhorias sócio-económicas e de saúde especialmente a batalha ganha contra as doenças infecciosas¹⁶.

Tabela 17. Portugal: Principais Indicadores dos Níveis de Mortalidade

Anos	TBM	TMI	EoH	EoM
1900	20.5	> 200	36.2	39.8
1920	23.7	161.0	35.8	40.0
1930	17.1	143.6	44.8	49.2
1940	15.9	126.1	48.6	52.8
1950	12.2	98.0	55.5	60.5
1960	11.0	83.5	60.7	66.8
1970	10.9	51.3	64.2	70.8
1981	9.7	24.3	69.1	76.7
1991	10.6	10.8	70.4	77.4
1995	10.8	6.9	71.6	78.6
2001	10.2	5.0	73.5	80.3
2002	10.2	4.9	73.7	80.6
2005	10.2	3.5	74.9	81.4

Terminada esta análise urge fazer o ponto de situação, assim desde o século XIX ao XXI passámos por um período de condições de vida precárias e pouca preocupação com a saúde, o que impelia a uma taxa de mortalidade alta e esperança média de vida baixa. Durante a segunda metade do século XIX tivemos períodos sucessivos, embora lentos, de melhoramentos nas condições de vida, essencialmente em cuidados de higiene e preocupação com a saúde, o que se repercutiu de forma pouco notória nos valores atingidos nos índices demográficos referidos, mas que serviu de ponto de partida para a mudança no paradigma. A partir da década de 70 do século XX atingimos, com a investigação em saúde e melhorias socioeconómicas, taxas de mortalidade estáveis e baixas, esperanças médias de vida a rondar os 70 anos e a aumentar até cerca dos 77 anos em 2005. No período 1930/2005 Portugal passou por um processo de transição epidemiológica e sanitária, reduziu a prevalência de doenças infecciosas e parasitárias, como as que afectavam o sistema respiratório e digestivo, e por outro lado houve um aumento das patologias degenerativas tais como tumores e patologias relacionadas com o sistema circulatório, sendo os acidentes vasculares o tipo de patologias que ocupa o lugar de destaque. Não obstante este processo iniciou-se anteriormente com os aperfeiçoamentos dos cuidados de higiene, de saúde e nutrição, que levou à diminuição das taxas de mortalidade, especialmente da

¹⁶ Rodrigues, Teresa Ferreira, Moreira, Maria João Guardado. *Mortality Pattern in Portugal*

¹⁷ TBM: Taxa Bruta de Mortalidade; TMI: Taxa de Mortalidade Infantil; E0: Esperança Média de Vida à Nascimento

Fonte: Veiga, Moreira, Fernandes, 2004; *Estatísticas Demográficas*, 2005-2007. In Rodrigues, Teresa Ferreira, Moreira, Maria João Guardado. *Mortality Pattern in Portugal*

infantil e taxa de mortalidade dos mais idosos, e ao aumento da esperança média de vida, sendo que as causas de morte deixaram de estar relacionadas com factores exógenos para serem maioritariamente devidas a factores endógenos e consequente mente mais difíceis de controlar. Neste processo as campanhas de vacinação e de promoção da saúde e o uso de antibióticos foram uma aposta afortunada e adquirida. Embora o quadro apresentado seja de alguma forma animador, temos a ressaltar que estas conquistas não se efectuaram no território nacional de forma homogénea sendo que em algumas regiões, mais interiorizadas, este processo foi mais lento e menos enérgico¹⁸. Constatada esta heterogeneidade histórica no território português optámos por descrever o processo de envelhecimento em Portugal por NUTS III, no capítulo seguinte.

Envelhecimento demográfico em Portugal por NUTS III

Após a pesquisa de dados existentes sobre o envelhecimento em Portugal por NUTS III considerámos ser mais credível utilizar uma única fonte de dados, uma vez que nem sempre os mesmos são sobreponíveis. Assim optámos pela base e fonte de dados do Instituto Nacional de Estatística por a considerarmos credível. Com o intuito de percepção da evolução do fenómeno considerámos importante estudar o período mais longo possível em termos de dados disponíveis, desta forma o Instituto Nacional de Estatística disponibiliza dados desde 1991 até 2008 e deste período seleccionámos os anos de 1991, 2001 e 2008, tendo como justificação para a selecção da amostra que o inicial é o primeiro ano com dados e que de alguma forma nos permite retratar o século XX, 2001 é o ano que representa o início do século XXI e tem um período que medeia o ano anteriormente retratado de dez anos, sendo dez anos um período que nos parece adequado para perceber as alterações surgidas, uma vez que períodos mais curtos não nos dariam um quadro tão significativo do fenómeno. O ano de 2008 não seria o pretendido, o ano de 2011 seria o ideal no entanto dado o período temporal em que efectuamos este estudo é impossível de atingir, os anos de 2009 e 2010 ainda não estão disponibilizados, sendo o ano de 2008 o ano mais recente com dados disponíveis. Destacamos que esta exposição recai essencialmente sobre os indivíduos com mais de sessenta e cinco anos devido ao objecto de estudo se relacionar com o envelhecimento no topo e pontualmente referirmo-nos à base somente para ilustrar o quadro de envelhecimento demográfico global ou seja na base e no topo. A análise dos dados de 1991 relativos à população com idades compreendidas entre o zero e os quatro anos e com mais de sessenta e cinco anos (Gráfico 1¹⁹) permite-nos perceber que o processo de envelhecimento nesta época já era bem visível, pois existiam mais idosos do que crianças em todas a NUTS III do país. Cingindo-nos à população com mais de sessenta e cinco anos esta representava (Gráfico 2²⁰) entre 9% e 26% da população total das NUTS em estudo, sendo 9% correspondente à Sub-região do Ave e 26% ao Pinhal Interior Sul. Todas as NUTS tinham um percentual superior a 10 com excepção do Ave, entre os 10% e os 15% situam-se 11 NUTS, entre os 15% e os 20% situam-se 12 NUTS, entre os 20% e os 25% situam-se 5 NUTS e somente o Pinhal Interior Sul se situa no intervalo entre os 25% e os 30%. Assim a população com mais de sessenta e cinco anos nas Sub-regiões,

¹⁸Rodrigues, Teresa Ferreira, Moreira, Maria João Guardado. *Mortality Pattern in Portugal*

¹⁹Elaboração Própria. Fonte: INE. Estimativas Anuais da População Residente.

http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_unid_territorial&menuBOUI=13707095&contexto=ut&selTab=tab3

²⁰Elaboração Própria. Fonte: INE. Estimativas Anuais da População Residente.

http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_unid_territorial&menuBOUI=13707095&contexto=ut&selTab=tab3

Gráfico 1 – População 0-4 anos e 65+ anos, 1991, Portugal NUTS III

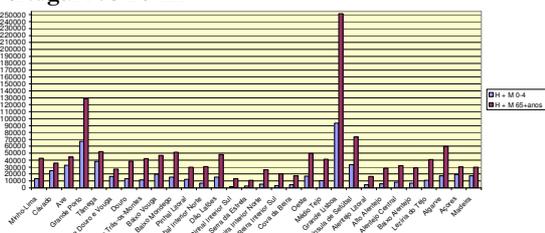
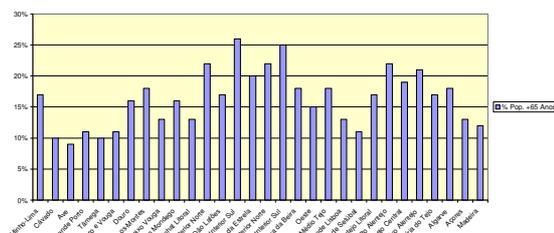


Gráfico 2 – Percentagem da População com 65+ anos, 1991, Portugal NUTS III



conforme gráfico 3²¹, representava na sua maioria valores acima de 15000 efectivos populacionais com excepção da Serra da Estrela que tinha 10820 indivíduos e o Pinhal Interior Sul com 13282. Entre os 15000 e os 30000 encontravam-se 9 NUTS, entre os 30000 e os 45000 encontravam-se 10 NUTS, entre os 45000 e os 60000 encontravam-se 6 NUTS, entre os 60000 e os 75000 encontrava-se somente a NUT correspondente à Península de Setúbal com exactamente 73756 indivíduos. Acima de 75000 encontrava-se o Grande Porto com 128312 indivíduos e a Grande Lisboa com 251438.

Gráfico 3 – População com 65+ anos, 1991, Portugal NUTS III

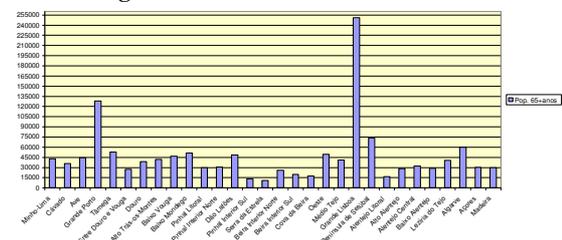
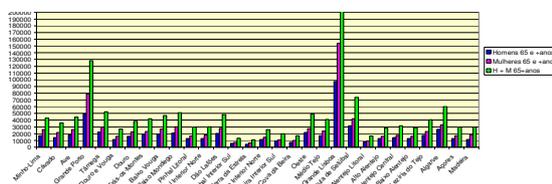


Gráfico 4 – População com 65+ anos por género, 1991, Portugal NUTS III



Esta população no que respeita ao género distribuía-se conforme gráfico 4²², como se percepção existiam em todas as NUTS um número superior de mulheres em relação aos homens, o que está de acordo com o referido anteriormente relativamente ao facto de as mulheres terem uma esperança média de vida superior aos homens. Tomando como referência o objectivo a que nos propomos com este estudo, é de suma importância não nos reportarmos somente à caracterização dos idosos tendo como base somente os dados dos indivíduos pertencentes ao grupo funcional dos maiores de sessenta e cinco anos, mas sim repartir este grupo em grupos funcionais com intervalos de idades mais curtos, uma vez que no que se relaciona com a saúde é consensual que à medida que a idade avança os *deficits* na saúde aumentam. Em consonância os gráficos 5²³ e 6²⁴ representam a distribuição respectivamente dos homens e das mulheres com mais de sessenta e cinco anos por grupos funcionais. O quadro apresentado retrata que em todas as NUTS III em 1991 todos os grupos funcionais estavam representados, com a óbvia diminuição dos valores à medida que a idade avança, situando-se os grupos que representam os indivíduos com mais de 80 anos maioritariamente abaixo de 3000 efectivos, sendo que as mulheres apresentam valores mais elevados e um maior número de NUTS com efectivos femininos a ultrapassar os 3000 indivíduos. Relativamente ao ano de 2001 e à população com idades compreendidas entre o zero e os quatro anos e com mais de sessenta e cinco anos (Gráfico 7²⁵), percebemos que o processo de envelhecimento se manteve em crescendo uma vez que a população entre os zero e os

²¹ Idem

²² Elaboração Própria. Fonte: INE. Estimativas Anuais da População Residente.

http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_unid_territorial&menuBOUI=13707095&contexto=ut&selTab=tab3

²³ Idem

²⁴ Idem

²⁵ Idem

quatro anos diminuiu em relação ao ano de 1991 e em oposição aumentou a pertencente ao grupo funcional dos sessenta e cinco e mais anos, estando este cenário representado na maioria das NUTS III do país.

Gráfico 5 – Homens com 65+ anos por grupos funcionais, 1991, Portugal NUTS III

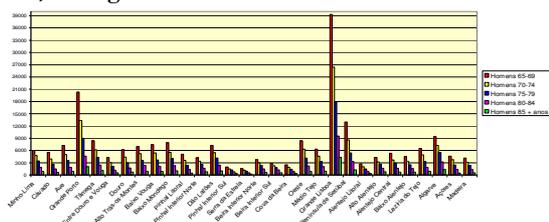


Gráfico 6 – Mulheres com 65+ anos por grupos funcionais, 1991, Portugal NUTS III

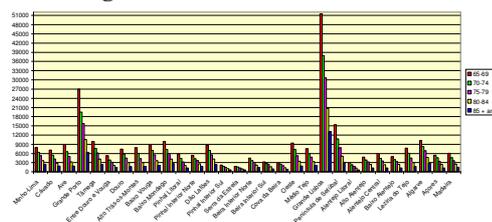


Gráfico 7 – População 0-4 anos e 65+ anos, 2001, Portugal NUTS III

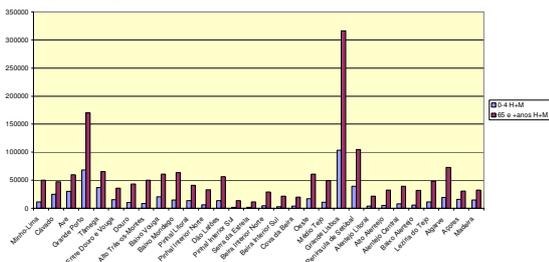
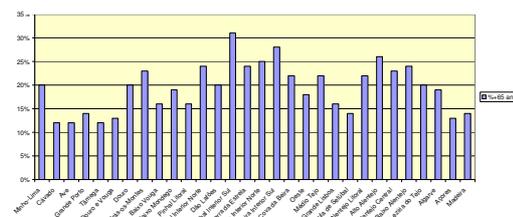


Gráfico 8 – Percentagem da população com 65 e mais anos, 2001, Portugal NUTS III



No que respeita à população com mais de sessenta e cinco anos esta representava (Gráfico 8²⁶) entre 12% e 32% da população total das NUTS em estudo, sendo 12% correspondente às Sub-regiões do Cávado, Ave e Tâmega e 31% ao Pinhal Interior Sul. Em 2001 ao contrário de 1991 todas as NUTS tinham um percentual superior a 10, entre os 10% e os 15% situavam-se 5 NUTS, entre os 15% e os 20% situavam-se 10 NUTS, entre os 20% e os 25% situavam-se 9 NUTS, entre os 25% e os 30% situavam-se 2 NUTS e conforme já mencionado acima dos 30% situava-se o Pinhal Interior Sul. A comparação destes valores com os de 1991 demonstra o aumento do peso dos indivíduos com mais de sessenta e cinco anos no total da população das NUTS III. Assim a população com mais de sessenta e cinco anos nas Sub-regiões, conforme gráfico 9²⁷, representava na sua maioria, à semelhança do ano de 1991, valores acima de 15000 efectivos populacionais com excepção da Serra da Estrela e do Pinhal Interior Sul que se mantêm com valores inferiores a 15000 tendo no entanto aumentado os valores, têm respectivamente 11597 e 13432. Entre os 15000 e os 30000 encontravam-se 4 NUTS, entre os 30000 e os 45000 encontravam-se 9 NUTS, entre os 45000 e os 60000 encontravam-se 7 NUTS, entre os 60000 e os 75000 encontravam-se 5 NUTS. Acima do valor de 75000 encontrava-se a Grande Lisboa com 316309, o Grande Porto com 169852 indivíduos e a Península de Setúbal com 104345. No que respeita ao género a população com mais de sessenta e cinco anos distribuía-se conforme o gráfico 10²⁸ e análogo a 1991 existiam em todas as NUTS um número superior de mulheres em relação aos homens. Os gráficos 11²⁹ e 12³⁰ representam a distribuição por grupos funcionais dos homens e das mulheres com mais de sessenta e cinco anos. Os dados apresentados são demonstrativos do aumento da representatividade dos grupos funcionais que enquadram os mais idosos quer nos homens quer nas mulheres. Quanto ao ano de 2008 e à população com idades compreendidas entre o zero e os quatro anos e com mais de

²⁶ Elaboração Própria. Fonte: INE. Estimativas Anuais da População Residente. http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_unid_territorial&menuBOUI=13707095&contexto=ut&selTab=tab3

²⁷ Idem

²⁸ Idem

²⁹ Elaboração Própria. Fonte: INE. Estimativas Anuais da População Residente. http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_unid_territorial&menuBOUI=13707095&contexto=ut&selTab=tab3

³⁰ Idem

Gráfico 9 – População com 65+ anos, 2001, Portugal NUTS III

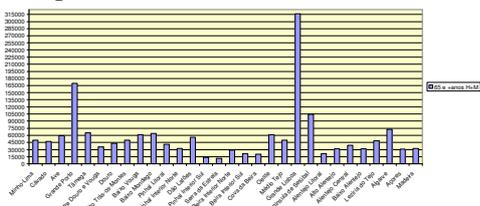


Gráfico 11 – Homens com 65+ anos por grupos funcionais, 2001, Portugal NUTS III

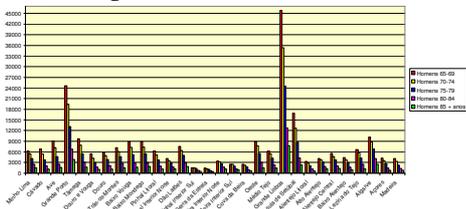


Gráfico 10 – População com 65+ anos por género, 2001, Portugal NUTS III

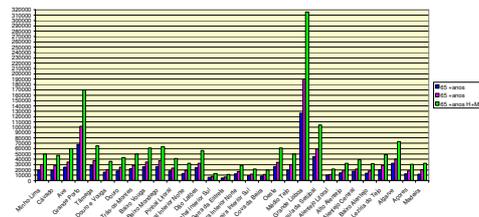
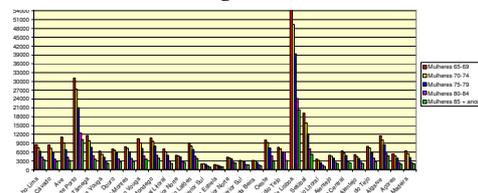


Gráfico 12 – Mulheres com 65+ anos por grupos funcionais, 2001, Portugal NUTS III



sessenta e cinco anos (Gráfico 13³¹), apreendemos um processo de envelhecimento em crescendo com a população entre os zero e os quatro anos a diminuir na maioria das regiões em relação ao ano de 2001 e em contraposição a aumentar a população com mais de sessenta e cinco, na maioria das mesmas regiões. A população com mais de sessenta e cinco anos representava (Gráfico 14³²) entre 12% e 31% da população total das NUTS em estudo, sendo 12% correspondente às Sub-regiões dos Açores, a qual diminuiu o seu percentual de indivíduos com mais de sessenta e cinco anos em 1%, e 31% ao Pinhal Interior Sul que igualmente diminuiu em 1%. Em 2008 todas as NUTS mantinham um percentual superior a 10, entre os 10% e os 15% situavam-se 7 NUTS, entre os 15% e os 20% situavam-se 8 NUTS, entre os 20% e os 25% situavam-se 12 NUTS, entre os 25% e os 30% situavam-se 2 NUTS e conforme já mencionado acima dos 30% situava-se o Pinhal Interior Sul. Ressalva-se o facto de que do ano de 2001 para 2008 a maioria das regiões (17 NUTS) aumentou o seu percentual de indivíduos com mais de sessenta e cinco anos, 9 regiões mantiveram tendo percentagens entre os 18% e os 31% e 4 regiões diminuíram sendo elas a Beira Interior Sul que desce 1% para 27%, o Baixo Alentejo que desce igualmente 1% para 23%, os Açores e a Madeira que descem 1% para 12% e 13% respectivamente.

Gráfico 13 – População 0-4 anos e 65+ anos, 2008, Portugal NUTS III

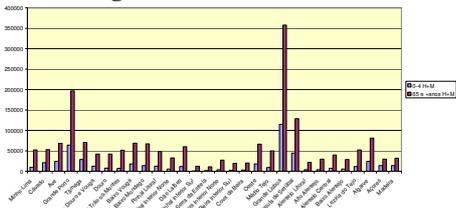
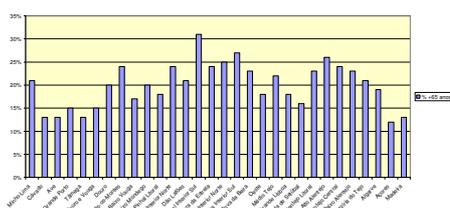


Gráfico 14 – Percentagem da população com 65+ anos, 2008, Portugal NUTS III



No entanto estas oscilações não são muito representativas, para a globalidade do processo, uma vez que em 2008 a maioria das regiões passaram a situar-se entre os 15% e os 25% demonstrando que embora com oscilações o processo de envelhecimento da população no topo é um facto consumado. A população com mais de sessenta e cinco anos nas Sub-regiões, conforme gráfico 15³³, representava na sua maioria, à semelhança do ano de 1991 e 2001, valores acima de 15000 efectivos populacionais com excepção da Serra da Estrela e do Pinhal Interior Sul que se mantêm com valores inferiores a 15000 tendo diminuído os valores de

³¹ Idem

³² Idem

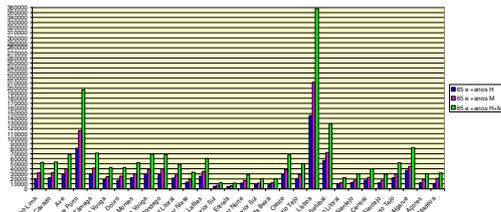
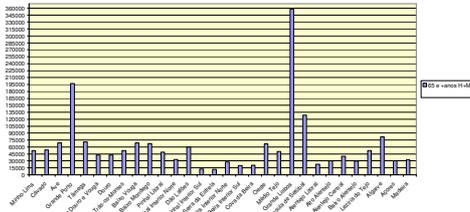
³³Elaboração Própria. Fonte: INE. Estimativas Anuais da População Residente.

http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_unid_territorial&menuBOUI=13707095&contexto=ut&selTab=tab3

11597 e 13432 respectivamente para 11250 e 12329. Entre os 15000 e os 30000 encontravam-se 5 NUTS, entre os 30000 e os 45000 encontravam-se 6 NUTS, entre os 45000 e os 60000 encontravam-se 6 NUTS, entre os 60000 e os 75000 encontravam-se 6 NUTS. Acima do valor de 75000 encontrava-se a Grande Lisboa com 357991, o Grande Porto com 197020 indivíduos, a Península de Setúbal com 128764 e o Algarve com 81769. Relativamente ao género a população distribuía-se conforme gráfico 16³⁴ e análogo a 1991 e 2001 existiam em todas as NUTS um número superior de mulheres em relação aos homens.

Gráfico 15 – População com 65+ anos, 2008, Portugal NUTS III

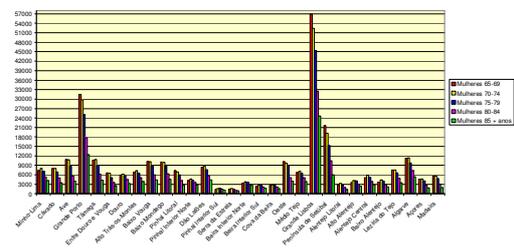
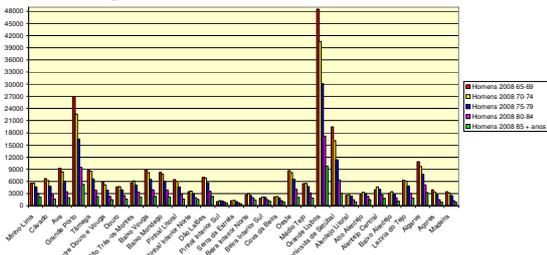
Gráfico 16 – População com 65+ anos por género, 2008, Portugal NUTS III



Os gráficos 17³⁵ e 18³⁶ representam a distribuição por grupos funcionais dos homens e das mulheres com mais de sessenta e cinco anos. Os dados apresentados são demonstrativos do aumento da representatividade dos grupos funcionais que enquadramos mais idosos (75+ anos) quer nos homens quer nas mulheres, sendo que o número de idosos com mais de oitenta anos sofreu um aumento generalizado nas NUTS III com excepção, para os homens, do grupo funcional 80-84 anos na Região Autónoma da Madeira e no grupo funcional dos 85+ anos na região da Serra da Estrela. O grupo das mulheres aumentou de igual modo, as excepções são o grupo funcional dos 80-84 anos para a região do Médio Tejo e o grupo funcional 85+ anos para a região da Serra da Estrela. Após a exposição dos dados anteriormente analisados conclui-se que na generalidade das NUTS III o processo de envelhecimento encontra-se em crescendo tanto na base como no topo da estrutura demográfica das regiões, embora pontualmente existam oscilações, o grupo das mulheres é o que tem maior representatividade e os grupos funcionais que apresentam um aumento mais relevante e homogéneo são os grupos funcionais dos 80-84 anos e 85+ anos.

Gráficos 17 – Homens com 65+ anos por grupos funcionais, 2008, Portugal NUTS III

Gráfico 18 – Mulheres com 65+ anos por grupos funcionais, 2008, Portugal NUTS III



De forma a atingir o objectivo do presente estudo e após concluído na generalidade o quadro relativo ao envelhecimento nas várias NUTS III de Portugal, torna-se imperativo o estudo mais exaustivo dos dados relativos à população com mais de sessenta e cinco anos para o período mais actual de que dispomos ou seja os referentes ao ano de 2008. Concordantemente, a análise anteriormente feita à população residente nas NUTS III com mais de sessenta e cinco anos do ano 2008, demonstrou que o processo de acréscimo da

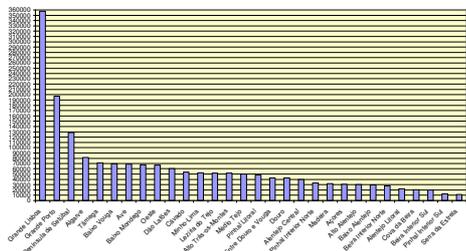
³⁴Elaboração Própria. Fonte: INE. Estimativas Anuais da População Residente. http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_unid_territorial&menuBOUI=13707095&contexto=ut&selTab=t3

³⁵ Idem

³⁶ Idem

população deste grupo etário é irrefutável sendo mais evidente, na generalidade das regiões, o crescimento da população com mais de oitenta anos, ficou ainda demonstrado que o grupo das mulheres é o que tem maior representatividade. O gráfico 19³⁷ apresenta a totalidade da população com mais de sessenta e cinco anos nas várias regiões, do qual sobressai que as regiões com mais população com sessenta e cinco e mais anos são a Grande Lisboa, o Grande Porto, a Península de Setúbal e o Algarve.

Gráfico 19 – População com 65 e mais anos, somatório homens e mulheres, 2008, Portugal NUTS III



A tabela 2 apresenta os efectivos populacionais com sessenta e cinco e mais anos das várias regiões expostas por ordem de grandeza. O cruzamento desta tabela com o gráfico 19 evidencia as regiões com maior número de idosos ou seja as que se podem considerar mais envelhecidas, se somente nos reportarmos ao envelhecimento no topo.

Assim todas as regiões têm mais de 11000 idosos e a maioria detém entre 30000 e 70000 idosos. De acordo com a ordem no ranking percebe-se que as regiões de Portugal que se encontram nos primeiros 15 lugares são regiões maioritariamente litorais a norte do país, com excepção da região do Algarve. É de grande interesse subdividir estes dados em grupos funcionais, uma vez que a saúde sofre um processo de deterioração à medida que a idade avança. Desta forma o gráfico 20³⁸ representa a divisão da população com mais de sessenta e cinco anos por grupos funcionais e demonstra que todos os grupos funcionais estão representados em todas as regiões. Ao contrário dos anos de 1991 e 2001, em 2008 a população abrangida pelo grupo funcional 65-69 anos em algumas regiões apresenta valores inferiores aos restantes, na maioria das regiões os vários grupos apresentam valores superiores a 5000 efectivos. Relativamente à representatividade as regiões que se destacam são uma vez mais a Grande Lisboa, o Grande Porto e a Península de Setúbal.

Tabela 2³⁹: Efectivos Populacionais 65+ Anos. Ranking NUTS III 2008

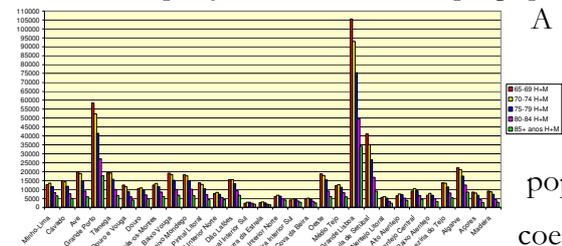
	65 e +anos H+M	Ordem		65 e +anos H+M	Ordem
Grande Lisboa	357991	1º	Pinhal Litoral	48527	16º
Grande Porto	197020	2º	Entre Douro e Vouga	42886	17º
Península de Setúbal	128764	3º	Douro	42847	18º
Algarve	81769	4º	Alentejo Central	39999	19º
Tâmega	70901	5º	Pinhal Interior Norte	32994	20º
Baixo Vouga	69276	6º	Madeira	32172	21º
Ave	68783	7º	Açores	30386	22º
Baixo Mondego	67629	8º	Alto Alentejo	30075	23º
Oeste	67128	9º	Baixo Alentejo	29382	24º
Dão Lafões	60219	10º	Beira Interior Norte	27755	25º
Cávado	53438	11º	Alentejo Litoral	22411	26º
Minho-Lima	52516	12º	Cova da Beira	20439	27º
Lezíria do Tejo	52202	13º	Beira Interior Sul	20052	28º
Alto Trás-os-Montes	52041	14º	Pinhal Interior Sul	12329	29º
Médio Tejo	50008	15º	Serra da Estrela	11250	30º

³⁷Elaboração Própria. Fonte: INE. Estimativas Anuais da População Residente. http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_unid_territorial&mnuBOUI=13707095&contexto=ut&selTab=tab3

³⁸ Elaboração Própria. Fonte: INE. Estimativas Anuais da População Residente. http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_unid_territorial&mnuBOUI=13707095&contexto=ut&selTab=tab3

³⁹ Elaboração Própria. Fonte: INE. Estimativas Anuais da População Residente. http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_unid_territorial&mnuBOUI=13707095&contexto=ut&selTab=tab3

Gráfico 20 – População com 65 e mais anos por grupos funcionais, 2008, Portugal NUTS III



A tabela 3 representa os valores absolutos dos efectivos populacionais dos diferentes grupos funcionais, em termos absolutos as regiões com mais idosos são as regiões mais populosas como a Grande Lisboa e o Grande Porto o que é coerente, para além destas temos a região da Península de Setúbal, do

Algarve, do Ave, do Tâmega, do Baixo Vouga, do Baixo Mondego, do Oeste. Todas as outras regiões detêm valores mais baixos mas representativos quer em termos relativos quer em termos absolutos. Uma outra conclusão que se retira é a expressividade dos valores relativos à população abrangida pelos grupos funcionais 80-84 anos e 85+ anos. Conhecidos os valores absolutos torna-se importante saber qual a representatividade da população idosa quer a com mais de sessenta e cinco anos quer a que tem mais de oitenta anos, uma vez que esta ultima tem vindo a aumentar durante o período em estudo (1991-2008), e de acordo com a tabela 3 apresenta grandezas significativas. Neste contexto, a tabela 4 demonstra que a população com mais de sessenta e cinco anos, em metade das NUTS III, detém percentagens acima dos 20% o que na estrutura populacional das regiões é de extrema relevância a todos os níveis. No que respeita à população com mais de oitenta anos metade das regiões apresentam percentuais maiores que 20%, relativamente à população com mais de sessenta e cinco anos, destacando-se no cenário dos idosos das várias NUTS III. As regiões em que o percentual dos indivíduos com mais de oitenta anos é inferior a 20% não deixa de ser importante a sua representatividade, no que se relaciona com este estudo, porque nos referimos a valores absolutos superiores a 7000 indivíduos. No que respeita ao denominado ranking das regiões com percentual superior de indivíduos com oitenta e mais anos, a tabela 4 evidencia que as regiões com maior percentual correspondem às mesmas áreas alargadas das regiões com mais população com sessenta e cinco e mais anos, ou seja ao litoral norte e centro com a excepção da região do Algarve.

Tabela 340: População 65+ Anos por Grupos Funcionais 2008 Portugal NUTS III

	65-69 H+M	70-74 H+M	75-79 H+M	80-84 H+M	85+ anos H+M
Minho-Lima	12769	13567	11676	8206	6298
Cávado	14732	14255	11724	7656	5071
Ave	20045	19019	14790	9024	5905
Grande Porto	58425	52403	41490	27092	17610
Tâmega	19384	19373	15610	10028	6506
Entre Douro e Vouga	12443	11605	8947	5846	4045
Douro	10485	10935	9582	6998	4847
Alto Trás-os-Montes	12451	13455	11561	8547	6027
Baixo Vouga	19105	18335	15212	9976	6648
Baixo Mondego	18236	17739	14821	10190	6643
Pinhal Litoral	13702	12845	10620	7008	4352
Pinhal Interior Norte	7653	8300	7210	5487	4344
Dão Lafões	15468	15567	13224	9215	6745
Pinhal Interior Sul	2377	2886	2911	2357	1798
Serra da Estrela	2735	2949	2431	1781	1354
Beira Interior Norte	5942	6746	6157	4856	4054
Beira Interior Sul	4130	4824	4654	3574	2870

⁴⁰ Elaboração Própria. Fonte: INE. Estimativas Anuais da População Residente.

http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_unid_territorial&menuBOUI=13707095&contexto=ut&selTab=tab3

Continuação Tabela 3⁴¹: População 65+ Anos por Grupos Funcionais 2008 Portugal NUTS III

	65-69 H+M	70-74 H+M	75-79 H+M	80-84 H+M	85+ anos H+M
Cova da Beira	4830	5134	4613	3345	2517
Oeste	18766	17848	15316	9147	6051
Médio Tejo	12137	12665	11251	8165	5790
Grande Lisboa	105451	93015	75477	49693	34355
Península de Setúbal	41031	35229	26675	16770	9059
Alentejo Litoral	5528	5966	5115	3471	2331
Alto Alentejo	6355	7514	7053	5243	3910
Alentejo Central	9019	10549	9262	6548	4621
Baixo Alentejo	6729	7837	6784	4801	3231
Lezíria do Tejo	13854	13612	11477	7916	5343
Algarve	22109	21043	17546	12493	8578
Açores	8518	8067	6779	4285	2737
Madeira	9028	8773	7280	4255	2836

Tabela 4⁴²: Ranking 80+ Anos e 65+Anos 2008 Portugal NUTS III

Ranking 80+ Anos 2008 Portugal NUTS III			Ranking 65+ Anos 2008 Portugal NUTS III		
% 80+/Pop 65+	Ordem	Regiões	Regiões	Ordem	% 65+
34%	1º	Pinhal Interior Sul	Pinhal Interior Sul	1º	31%
32%	2º	Beira Interior Norte	Beira Interior Sul	2º	27%
32%	2º	Beira Interior Sul	Alto Alentejo	3º	26%
30%	3º	Pinhal Interior Norte	Beira Interior Norte	4º	25%
30%	3º	Alto Alentejo	Alto Trás-os-Montes	5º	24%
29%	4º	Cova da Beira	Pinhal Interior Norte	5º	24%
28%	5º	Minho-Lima	Serra da Estrela	5º	24%
28%	5º	Douro	Alentejo Central	5º	24%
28%	5º	Alto Trás-os-Montes	Cova da Beira	6º	23%
28%	5º	Serra da Estrela	Alentejo Litoral	6º	23%
28%	5º	Médio Tejo	Baixo Alentejo	6º	23%
28%	5º	Alentejo Central	Médio Tejo	7º	22%
27%	6º	Dão Lafões	Minho-Lima	8º	21%
27%	6º	Baixo Alentejo	Dão Lafões	8º	21%
26%	7º	Alentejo Litoral	Lezíria do Tejo	8º	21%
26%	7º	Algarve	Douro	9º	20%
25%	8º	Baixo Mondego	Baixo Mondego	9º	20%
25%	8º	Lezíria do Tejo	Algarve	10º	19%
24%	9º	Cávado	Pinhal Litoral	11º	18%
24%	9º	Baixo Vouga	Oeste	11º	18%
23%	10º	Grande Porto	Grande Lisboa	11º	18%
23%	10º	Tâmega	Baixo Vouga	12º	17%
23%	10º	Entre Douro e Vouga	Península de Setúbal	13º	16%
23%	10º	Pinhal Litoral	Grande Porto	14º	15%
23%	10º	Oeste	Entre Douro e Vouga	14º	15%
23%	10º	Grande Lisboa	Cávado	15º	13%
23%	10º	Açores	Ave	15º	13%
22%	11º	Ave	Tâmega	15º	13%
22%	11º	Madeira	Madeira	15º	13%
20%	12º	Península de Setúbal	Açores	16º	12%

Terminada a descrição do cenário demográfico de 1991 a 2008, urge perceber como será o futuro destas populações no que concerne aos dados demográficos anteriormente estudados.

⁴¹ Elaboração Própria. Fonte: INE. Estimativas Anuais da População Residente.

http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_unid_territorial&menuBOUI=13707095&contexto=ut&selTab=tab3

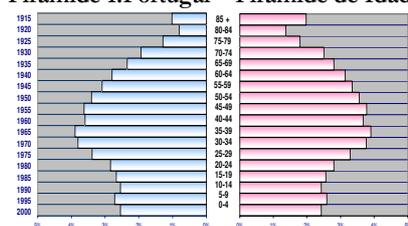
⁴² Elaboração Própria. Fonte: INE. Estimativas Anuais da População Residente.

http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_unid_territorial&menuBOUI=13707095&contexto=ut&selTab=tab3

Projeções do envelhecimento demográfico em Portugal por NUTS III

As projecções feitas para o país e apresentadas nas pirâmides 1 e 2⁴³, respeitantes aos anos 2011 e 2021, demonstram que o número de indivíduos pertencentes ao grupo funcional 0-4 anos irá diminuir e em contraponto a população com mais de 65 anos irá aumentar e dentro desta a população que se enquadra no grupo dos 85+ anos tem um aumento expressivo, sendo que estes incrementos são mais visíveis no grupo das mulheres. Este último dado confirmado pelas projecções da esperança média de vida à nascença (Gráfico 21⁴⁴) demonstrativas do aumento expressivo a ocorrer até 2050. De forma a acentuar o facto do envelhecimento estar em crescendo acrescentamos que um estudo do INE⁴⁵ revela que em “(...) 2050, o Índice de Envelhecimento ascenderá a 243 idosos por cada 100 jovens, e a proporção de pessoas idosas no total da população será de 32% (...)”.

Pirâmide 1:Portugal – Pirâmide de Idades 2011



Pirâmide 2:Portugal – Pirâmide de Idades 2021

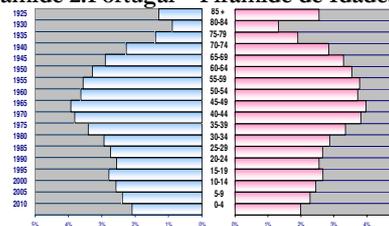
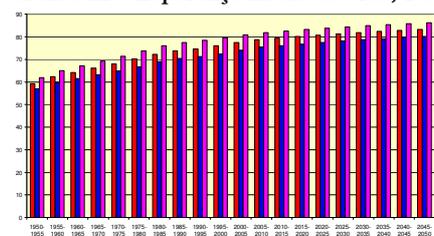


Gráfico 21 – Esperança média de vida, 1950 – 2050, Portugal



Apesar do fenómeno do envelhecimento demográfico geral e no topo em particular, se generalizar ao território nacional, referimos que este continuará a apresentar-se de forma desigual nas várias regiões, a comparação ao nível das NUTS III (Gráfico 22⁴⁶) ficam evidentes as assimetrias regionais, no entanto constata-se que o processo do

envelhecimento demográfico será uma realidade em todas as regiões e que a proporção de indivíduos com mais de sessenta e cinco anos vai aumentar. Ao compararmos a percentagem de população com mais de sessenta e cinco em 2008 (Gráfico 14) e 2050 (Gráfico 22) apercebemo-nos que em 2008 a região com valor mais elevado era o Pinhal Interior Sul com 31% e em 2050 este valor, que era o máximo em 2008, aproxima-se do valor mínimo o qual é 28,4% para os Açores. Em 2050 o valor máximo é 40% para o Alto Alentejo e vinte e três das trinta NUTS III terão mais de 30,9% da população com mais de sessenta e cinco anos. Embora não se apresentem os valores absolutos para as regiões sabe-se que a população residente diminuirá de 10 626 mil indivíduos em 2010, para 9 302 indivíduos em 2050, ou seja perderá cerca de 1 324 mil indivíduos em quarenta anos⁴⁷, ao que somamos os movimentos migratórios do campo para a cidade e do interior para o litoral, desta operação poderemos extrapolar que a população nas áreas interiores e rurais do país será reduzida, no entanto carece reforçar que o peso de idosos, mesmo após este raciocínio, permanece elevado bem como o facto de que os números dos muito idosos irão aumentar. A exposição dos indicadores demográficos anteriores, é demonstrativa do processo de envelhecimento actual e futuro essencialmente no que concerne

⁴³Fonte: Castro Henriques, Filipa, 2004, Envelhecimento, Educação e Saúde: uma análise prospectiva 2001-2021. ISEGI-UNL

⁴⁴Elaboração Própria. Fonte: Population Division of the Department of Economic and Social Affairs of the United Nations Secretariat, *World Population Prospects: The 2008 Revision*, <http://esa.un.org/unpp>

⁴⁵INE. Gonçalves, Cristina, Carrilho, Maria José, *Envelhecimento Crescente mas Espacialmente Desigual*. Revista de Estudos Demográficos, nº 40.

⁴⁶Elaboração Própria. Fonte: INE. Gonçalves, Cristina, Carrilho, Maria José, *Envelhecimento Crescente mas Espacialmente Desigual*. Revista de Estudos Demográficos, nº 40

⁴⁷INE. Gonçalves, Cristina, Carrilho, Maria José, *Envelhecimento Crescente mas Espacialmente Desigual*. Revista de Estudos Demográficos, nº 40.

existem órgãos que não perdem muitas células com o envelhecimento, é exemplo o cérebro, sendo certo que falamos de um cérebro que não sofreu patologias como acidentes vasculares cerebrais. Não obstante os constituintes cerebrais sofrem alterações como sejam, os níveis de alguns mensageiros químicos (neurotransmissores) e enzimas diminuem e outros aumentam, alguns tipos de receptores nos neurónios diminuem e outros aumentam. Estas alterações levam a uma função cerebral inferior ao considerado normal lentificando as funções cerebrais e reduzindo algumas delas como, o vocabulário, a memória a curto prazo, a capacidade de aquisição de novas aprendizagens e de recordar. As alterações orgânicas relacionadas com a idade por norma não são muito perceptíveis no processo de realização das actividades da vida diária, pois a perturbação liga-se com lentidão nas mesmas o que facilmente se encobre, mas sim a quando da exigência de esforço acrescido ao padrão habitual, ou quando existe uma perturbação. Damos como exemplo o facto de que a quantidade de sangue bombeado pelo coração durante o exercício físico vigoroso, diminui com a idade, assim só existe percepção disto aquando de desenvolvimento de actividade física intensa quer em termos absolutos quer em termos relativos à actividade normalmente desenvolvida pelo indivíduo. Poderá existir percepção do mesmo fenómeno a nível cerebral, quando pretendem desenvolver uma actividade intelectual diferente da normalmente desenvolvida, ou quando se pretende aquisição de novos conhecimentos. Ressalvamos que a perda de capacidade orgânica pode estar relacionada com a existência de patologia e neste ciclo a patologia induz à mesma perda. A estes factores acrescenta-se que a situação psicológica, económica e sociológica condicionam os comportamentos dos idosos podendo levar à inactividade e consequente destruição funcional aos vários níveis. Bem como o medo e as preocupações e a solidão podem levar à apatia induzindo à perda de capacidade para realizar actividades. Os idosos que estão bem inseridos na família ou numa comunidade, que participam em actividades regulares, que têm rendimentos adequados e que têm um nível de instrução superior, por norma mantêm-se mais saudáveis e vivem mais.⁴⁸ O processo de envelhecimento do ser humano implica uma diminuição progressiva das capacidades físicas as quais se traduzem maioritariamente em maior lentidão no trabalho muscular e consequente lentidão nos movimentos, sendo esta perda duas vezes superiores nas mulheres em relação aos homens do mesmo grupo etário e mais prevalente em indivíduos de raça negra relativamente à raça branca. Estas incapacidades, quando decorrentes de patologias e não somente do processo normal de envelhecimento, estão em geral relacionadas com alterações músculo-esqueléticas como as artrites, fracturas do colo do fémur e entorses⁴⁹. As doenças crónicas mais comuns em pessoas com mais de sessenta e cinco anos são a artrite, a hipertensão arterial, a doença cardíaca, a perda auditiva, as patologias dos ossos, ligamentos e tendões, as cataratas, a sinusite crónica, a diabetes, zumbidos nos ouvidos e perda de visão. As principais causas de morte para o mesmo grupo etário são, a doença cardíaca, cancro, acidentes vasculares cerebrais e doenças relacionadas, doença pulmonar obstrutiva crónica e doenças relacionadas, gripe e pneumonia, diabetes mellitus, doença de Alzheimer, insuficiência renal, infecções sanguíneas, acidentes excluindo os de trânsito e por ultimo os acidentes de trânsito. Relativamente às principais causas da morbilidade, para a população considerada idosa, em Portugal são, doenças cardiovasculares com maior relevância para as doenças vasculares cerebrais, doenças músculo-

⁴⁸ Merck Sharp & Dohme, 2004, *Manual Merck. Geriatria*. MMVI-Editorial Oceano. Loures-Porto

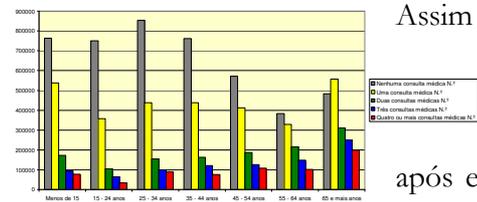
⁴⁹Saldanha, Helena, 2009, *Bem Viver para bem Envelhecer. Um Desafio à Gerontologia e à Geriatria*. Lidel-edições técnicas, Lda. Lisboa-Porto

esqueléticas como artroses e artrites, doenças do aparelho respiratório, doenças malignas com maior prevalência do cancro da mama, do estômago e do pulmão, doenças do aparelho digestivo e da pele^{50 51}. As consequências referidas, de forma muito sumária, para o organismo humano advindas do processo de envelhecimento, remetem-nos para a necessidade premente de utilização dos serviços de saúde, sendo que a população idosa será a que potencialmente mais recorrerá aos mesmos induzindo à necessidade de serviços de saúde suficientes para responder às necessidades da população. Contextualmente passamos a analisar este cenário tendo por base os dados disponíveis.

Efeitos do envelhecimento demográfico nos serviços de saúde e equipamentos de saúde em Portugal por NUTS III

As estatísticas (Gráfico 23⁵²) demonstram claramente que a população idosa é a que mais utiliza os serviços de saúde, pois o grupo funcional dos 65 e mais anos é o que detém maior número de indivíduos nos vários escalões de consultas no período de referência 2005/2006⁵³.

Gráfico 23 – População Residente por grupo etário e escalão de consultas médicas nos 3 meses anteriores à entrevista, 2005/2006, Portugal



Assim os dados estatísticos referidos anteriormente (Gráfico 23) remetem-nos para a necessidade de serviços de saúde em número suficientes para responder às necessidades dos potenciais utentes. Concordantemente e após exposição sumária sobre os efeitos do envelhecimento demográfico nos

serviços de saúde em Portugal consideramos indispensável descrever o cenário antecedente e actual dos equipamentos de saúde existentes em Portugal ao nível das NUTS III. De forma a atingir este objectivo cingimo-nos aos dados disponibilizados online pelo Instituto Nacional de Estatística uma vez ser uma fonte oficial e credível, embora somente disponibilize dados até 2008 limitando-nos a avaliação e não nos permitindo o conhecimento da actualidade. Temos como objectivo perceber a evolução que, em termos numéricos, os equipamentos sofreram. Relativamente aos Hospitais existentes o gráfico 24⁵⁴ demonstra que no período 2003 a 2008 os Hospitais oficiais ao nível das várias NUTS III ou mantiveram o seu numerário ou pelo contrário diminuíram, existindo regiões com ausência dos mesmos, tendo no entanto a referir que em algumas regiões existiram períodos de aumento do numerário sendo que a redução foi quase imediata. Assim, considerando o período alargado 2003-2008, em 11 NUTS diminuíram o número de hospitais oficiais, 16 NUTS mantiveram e 2 NUTS não têm hospitais. Quanto aos centros de saúde (Gráfico 25⁵⁵) a situação no período tem-se mantido na maioria das NUTS excepto no Minho Lima, Cávado, Ave, Grande Porto, Tâmega e Região Autónoma da Madeira, nas quais o número diminuiu. A análise das extensões de centros de saúde (Gráfico 26⁵⁶) demonstra que com excepção das sub-regiões da Madeira, Alto Alentejo, Baixo Vouga, Grande Porto e Cávado, em que o número aumentou, as extensões no período 2002/2008 diminuíram embora em alguns casos com oscilações

⁵⁰Merck Sharp & Dohme, 2004, *Manual Merck. Geriatria*. MMVI-Editorial Oceano. Loures-Porto

⁵¹Saldanha, Helena, 2009, *Bem Viver para bem Envelhecer. Um Desafio à Gerontologia e à Geriatria*. Lidel-edições técnicas, Lda. Lisboa-Porto

⁵²Elaboração Própria. Fonte: INE. Base de dados.

http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0001710&contexto=bd&selTab=tab2

⁵³ Referimos este ano como exemplo porque é o ano que a nossa fonte de eleição, o Instituto Nacional de Estatística, disponibiliza.

⁵⁴ Elaboração Própria. Fonte: INE. Base de dados.

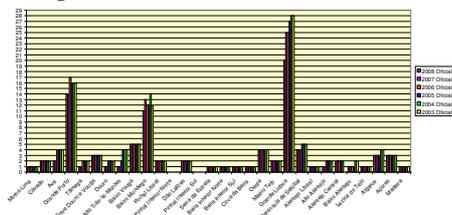
http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0000358&contexto=bd&selTab=tab2

⁵⁵Elaboração Própria. Fonte: INE. Base de dados.

http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0000909&contexto=bd&selTab=tab2

⁵⁶ Idem

Gráfico 24 – Hospitais oficiais, 2003-2008, Portugal NUTS III



anuais mas em todas existe diminuição de 2002 para 2008. Salvaguardamos que na Serra da Estrela e na Beira Interior Norte o número se manteve.

Gráfico 25 – Centros de saúde com e sem internamento, 2002-2008, Portugal NUTS III

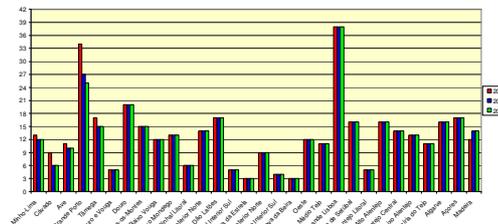
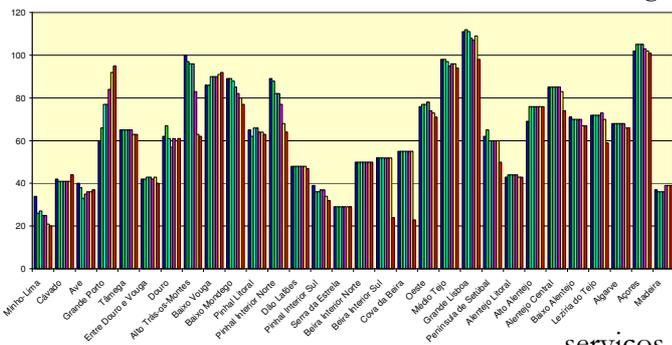


Gráfico 26 – Extensões centros de saúde, 2002-2008, Portugal NUTS III



Retratado o quadro da evolução do número de serviços de saúde oficiais em Portugal por NUTS III, concluímos que estes têm vindo a diminuir pese embora a população com mais de sessenta e cinco anos tenha vindo a aumentar nas mesmas NUTS e sendo esta a que mais recorre aos mesmos serviços, facto este comprovado anteriormente, ao que se

adiciona o facto de ser esta que actualmente tenha mais dificuldades de acesso aos mesmos pelas suas restrições de capacidade de deslocação. Concordantemente consideramos importante perceber qual a conjectura política que desencadeou este processo de encerramento das unidades de saúde nacionais.

Políticas de saúde relativas a equipamentos de saúde

No ano de 1979 a Lei n.º 56/79, de 15 de Setembro, criou o Serviço Nacional de Saúde, com o objectivo de assegurar o direito à protecção da saúde, garantir “o acesso (...) a todos os cidadãos, independentemente da sua condição económica e social, bem como aos estrangeiros, em regime de reciprocidade, apátridas e refugiados políticos”⁵⁷. A mesma lei refere que “o Serviço Nacional de Saúde envolve todos os cuidados integrados de saúde, compreendendo a promoção e vigilância da saúde, a prevenção da doença, o diagnóstico e tratamento dos doentes e a reabilitação médica e social”. Relativamente ao acesso expõe que o acesso é gratuito, no entanto salvaguarda a possibilidade de criação de taxas moderadoras, “ (...) a fim de racionalizar a utilização das prestações.” O mesmo diploma delibera que o “ (...) Sistema Nacional de Saúde goza de autonomia administrativa e financeira e estrutura-se numa organização descentralizada e desconcentrada, compreendendo órgãos centrais, regionais e locais, e dispondo de serviços prestadores de cuidados de saúde primários (centros comunitários de saúde) e de serviços prestadores de cuidados diferenciados (hospitais gerais, hospitais especializados e outras instituições especializadas).”A criação do sistema Nacional de Saúde é o auge de várias iniciativas políticas que se vinham a desenvolver e que com a bandeira da acessibilidade e da saúde para todos foram criados hospitais, centros de saúde e postos dos Serviços Médico-Sociais por forma a garantir a universalidade, bem como foram criados inúmeras necessidades de profissionais de saúde e outros para garantir o funcionamento destas unidades com a qualidade exigida, com maior relevância para os hospitais distritais sendo os outros serviços deixados para segundo plano. Estas medidas vieram trazer progressos na

⁵⁷ Ministério da Saúde, Portal da Saúde, 2010, *História do Serviço Nacional de Saúde*.

saúde sobejamente conhecidos, como a diminuição da taxa de mortalidade e aumento da esperança média de vida no entanto em termos económicos toda a estrutura estava dependente do mesmo sistema que a criou ou seja o Sistema Nacional de Saúde. A partir desta época e no decorrer dos anos muitas alterações e medidas foram sendo tomadas de forma a actualizar o sistema, mas o peso económico aumentava de tal forma que assumia percentuais do Produto Interno Bruto bastante relevantes para a economia do país colocando em causa a sustentabilidade. Segundo Correia de Campos (2008) “ (...) Uma política de saúde responsável, em Portugal, não deve procurar gastar menos em saúde, mas gastar melhor.”

As alterações demográficas, como a diminuição da taxa de natalidade e do índice de fecundidade, o aumento da esperança média de vida, a urbanização da população à qual se acrescenta um fenómeno decorrente desta, ou seja o despovoamento dos centros urbanos e superpovoamento da periferia para além da tendência de litoralização da população induziram a um fenómeno de desajuste na distribuição das unidades de saúde e conseqüente desajuste na quantidade de profissionais de saúde nas mesma áreas, sendo que estes também não se sentiam motivados para exercer em algumas regiões do país, colocando em causa os objectivos a que se propunha o Sistema Nacional de Saúde, a quando da sua criação, pois passa a existir população com restrições no que diz respeito à acessibilidade aos cuidados de saúde bem como áreas de intervenção da saúde igualmente com lacunas. Relativamente às áreas de saúde, a área mais desfalcada era a relativa aos cuidados continuados, os hospitais estavam superlotados com doentes internados por longos períodos, essencialmente indivíduos com mais de sessenta e cinco anos, os quais embora necessitassem de cuidados de saúde já não se encontravam na fase aguda da doença e como tal poderiam ir para serviços de saúde de retaguarda. Semelhante situação passava-se com os cuidados paliativos, com a saúde oral e mental^{58 59}. Estas conjunturas criavam grandes dificuldades de governação às quais se somavam, segundo Correia de Campos (2008) “ (...) pessoal em excesso em algumas áreas e em falta em outras, com formação especializada deficiente, regulado por regras excessivamente rígidas, implicava despesa elevada e produtividade inferior ao desejável e possível. Défices de cobertura nos cuidados essenciais, os cuidados de saúde primários, perpetuavam lacunas e perdas de qualidade, sempre com custos elevados.” No decorrer do cenário exposto, o programa do XVII Governo Constitucional (2005-2009)⁶⁰ defendia que os cuidados de saúde primários são o pilar do sistema de saúde e que o centro de saúde era a unidade enquadradora das unidades de saúde familiar, as quais foram criadas neste contexto. Assumia ainda o compromisso, relativamente ao acesso aos cuidados de saúde, de guarnecer e ampliar serviços de apoio á unidades de saúde familiar tais como vacinação, saúde oral, saúde mental, cuidados continuados e paliativos, fisioterapia e reabilitação. Para além destas medidas propunha-se a incentivar a formação de médicos de família para combater as lacunas existentes de médicos de família e promover a comunicação utente – profissional de saúde via telefone e correio electrónico. Criaram-se as unidades móveis para levarem os cuidados de saúde às regiões com piores acessos, aumentou-se o acesso aos serviços hospitalares com o aumento das consultas externas e do acesso ás urgências, aumentou-se o número de cirurgias e diminuíram-se as listas de espera, melhorou-se a cobertura da emergência pré-hospitalar com viaturas medicalizadas de

⁵⁸ Correia de Campos, António, 2008. *Reformas da Saúde. O Fio Condutor*. Edições Almedina, SA. Coimbra.

⁵⁹ Simões, Jorge, 2005. *Retrato Político da Saúde. Dependência do Percorso e Inovação em Saúde: da Ideologia ao Desempenho*. Edições Almedina, SA. Coimbra.

⁶⁰ Presidência do Conselho de Ministros, 2005-2009, *Programa do XVII Governo Constitucional*.

emergência, ambulâncias, helicópteros e o sistema de ajuda telefónico a cargo do centro de atendimento Saúde 24, entre outras medidas. O mesmo propunha, num contexto de envelhecimento da população em crescendo, medidas intituladas *Envelhecer com saúde* as quais passavam pela criação de serviços comunitários de proximidade articulando centros de saúde, hospitais, cuidados continuados e instituições de apoio social. Previa ainda o desenvolvimento de capacidades hospitalares para a reabilitação atempada do utente crónico e idoso e a sua reinserção na família após o episódio agudo de doença, bem como planeamento de equipamentos de cuidados continuados e incentivar os cuidados paliativos. Referimos pela sua pertinência que a 16 de Março de 2006 foi aprovado o diploma⁶¹ que criou a Rede Nacional de Cuidados Continuados de Saúde a Idosos e Dependentes a qual deverá estar concluída dentro de dez anos. Pretendia assim melhorar a qualidade dos serviços e a abrangência do Sistema Nacional de Saúde actuando a nível dos cuidados de saúde primários com as unidades de saúde familiar, a nível dos cuidados continuados a idosos e cidadãos com dependência e a nível do aperfeiçoamento das condições de trabalho hospitalar através da requalificação dos existentes e da construção de novos hospitais. Não obstante os ganhos em saúde conseguidos, os compromissos com a União Europeia relativos à redução do défice público obrigaram a execuções restritivas, assim foram adoptadas medidas em conformidade como congelar a despesa com convenções na área dos meios complementares de diagnóstico e terapêutica, o que deu azo a que as instituições privadas convencionadas ou que pretendiam convenção deixassem de reunir condições de prestação de serviços a utentes mais desfavorecidos, deixando-os dependentes dos serviços públicos da sua área, acarretando constrangimentos às populações de áreas com poucos recursos públicos e que por essa razão se socorriam dos privados convencionados. A redução de horários acrescidos, de horas extraordinárias e a concentração de hospitais e serviços foram outras das medidas tomadas. Dada a importância conferida aos cuidados de saúde primários e à medida imposta de criação de unidades de saúde familiar contidas nos centros de saúde, o governo assume a postura de que este conceito é “ (...) independente do atendimento de urgência, deixando de conter o atributo de permanência que obriga a serviços de porta aberta sem condições qualificadas, em situações de procura com expressão por vezes irrisória.” (Correia de Campos, 2008). Este autor refere ainda, relativamente à postura do Governo, que os cuidados de saúde primários somente deveriam estar acessíveis até às vinte ou vinte e duas horas, quando se justificasse, pois “ (...) depois dessa hora, os cuidados dificilmente se podem considerar familiares, a não ser através de breve contacto telefónico, quando e se pertinente. Seriam, eventualmente situações de urgência ou emergência e como tal devidamente tratadas através da rede própria e localização concentrada e especializada” (Correia de Campos, 2008). Concordantemente os serviços de atendimento permanente deveriam ser reconvertidos em unidades de saúde familiar. Correia de Campos (2008) diz ainda que “ (...) até à generalização da cobertura através de unidades de saúde familiares, os centros de saúde deveriam ter o seu funcionamento alterado, tivessem ou não unidades de saúde familiares instaladas.” As alterações referidas teriam que produzir os mesmos resultados que as unidades de saúde familiares existentes, ou seja deveriam entre outras situações atingir os ganhos em termos económicos que as mesmas unidades atingiam relativamente aos centros de saúde convencionais através da “ (...) associação de centros de saúde em

⁶¹ Decreto-Lei nº101/2006 de 6 de Junho

agrupamentos (...). Os agrupamentos de centros de saúde passariam a estar habilitados à prática de uma verdadeira governação clínica (...)” (Correia de Campos, 2008). Estes agrupamentos de centros de saúde bem como as unidades de saúde familiares proliferaram até ao final do mandato e por seu turno diminuíram os centros de saúde convencionais e os serviços de apoio permanentes. Em suma reorganizou-se a localização das urgências, encerraram-se serviços de atendimento permanente nocturno, redistribuíram-se as especialidades nos centros hospitalares que resultaram da agregação de várias unidades, concentraram-se centros de saúde encerrando outros, bem como se abriram unidades de cuidados continuados. De acordo com o exposto, para o Governo as unidades de cuidados continuados assumem uma importância extrema, bem como para a população pois vem colmatar uma lacuna existente na rede de serviços de saúde. Os mapas 1⁶² e 2⁶³ retratam a distribuição das equipas domiciliárias e das unidades de internamento existentes em Portugal Continental, estas, de acordo com a mesma fonte, distribuem-se numericamente da forma como retratam as tabelas 5 e 6. A análise dos mapas permitem-nos perceber que os serviços estão distribuídos por todo o país de forma relativamente homogénea, não obstante quando examinamos as tabelas apercebemo-nos que para além de existirem regiões, com poucos serviços as quais têm valores, de população com mais de sessenta e cinco anos, elevados, existe também o Alentejo com ausência de serviços de apoio domiciliário. A Região Autónoma da Madeira tem quatro unidades que de acordo com o publicado⁶⁴ abrange todas as regiões internas e têm serviços de apoio domiciliário e internamento. No que concerne à Região Autónoma dos Açores não estão disponíveis dados, no entanto o Governo dos Açores disponibiliza no seu portal uma notícia datada de 2008⁶⁵ em que afirma a intenção de criar a rede de cuidados continuados integrados.

Mapa 1 – Equipas Domiciliárias da Rede Nacional para os Cuidados Continuados Integrados (17/05/2010)



Mapa 2 – Unidades de Internamento da Rede Nacional para os Cuidados Continuados Integrados (17/05/2010)



Tabela 5⁶⁶ – Número de Equipas Domiciliárias da Rede Nacional para os Cuidados Continuados Integrados

Regiões	Nº Equipas Domiciliárias
Norte	12
Centro	33
Lisboa e Vale do Tejo	6
Alentejo	0
Algarve	13

O Governo actual no Programa do XVIII Governo Constitucional para a Saúde – 2009-2013⁶⁷ mantém a postura anterior no que concerne com o apoio aos idosos e à rede de cuidados integrados dizendo “Para o Governo, o apoio aos idosos continuará a ser uma área privilegiada de parceria com o sector social, com

⁶² Fonte: Cuidados Continuados. Saúde e Apoio Social, *Equipas Domiciliárias*. Disponíveis em: <http://www.umcci.min-saude.pt/mcci/onde/Paginas/equipasdomiciliarias.aspx>

⁶³ Fonte: Cuidados Continuados. Saúde e Apoio Social. *Unidades de Internamento*. Disponíveis em: <http://www.umcci.min-saude.pt/mcci/onde/Paginas/UnidadesdeInternamento.aspx>

⁶⁴ Secretaria Regional dos Assuntos Sociais, *Rede Regional de Cuidados Continuados Integrados*. Região Autónoma da Madeira.

⁶⁵ Governo dos Açores, *Açores com Rede de Cuidados Continuados Integrados de Saúde e Segurança Social*, 2008.

⁶⁶ Elaboração Própria. Fonte: Site *Cuidados Continuados. Saúde e Apoio Social*. Em: <http://www.umcci.min-saude.pt/mcci/onde/Paginas/equipasdomiciliarias.aspx>

⁶⁷ Portal da saúde, 2009, *Programa do XVIII Governo Constitucional para a Saúde - 2009-2013*. Disponível em: <http://www.min-saude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/politica+da+saude/programa/programa+xviii.htm>

Tabela 6⁶⁸ – Número de Unidades de Internamento da Rede Nacional para os Cuidados Continuados Integrados

Regiões	Nº Unidades de Internamento
Viana do Castelo	4
Vila Real	7
Bragança	8
Braga	6
Porto	15
Aveiro	9
Guarda	4
Viseu	9
Coimbra	15
Leiria	6
Castelo Branco	3
Santarém	7
Lisboa	10
Portalegre	4
Setúbal	6
Évora	7
Beja	4
Faro	13

destaque para a nova Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, que será reforçada antecipando para 2013 as metas previstas para 2016⁶⁹. Indubitavelmente, de acordo com os resultados publicados⁶⁹, os ganhos em saúde foram conseguidos e os ganhos económicos também, não obstante outras questões se colocam relativamente à saúde das populações e que se relacionam com as características das mesmas: Que população perdeu a unidade de saúde da sua freguesia ou do seu concelho e que agora tem que se deslocar para conseguir a assistência?

Este parece-nos ser o cerne do problema, pois esta população é maioritariamente a com mais de sessenta e cinco anos, a com menor poder económico, a que vive em locais do país com acessos mais difíceis, a que tem menor grau de escolaridade e que por conseguinte é a menos informada e com menor capacidade de adaptação às mudanças. Falamos de um número considerável de indivíduos que passaram a sentir-se isolados, ou que ficaram efectivamente isolados, porque em termos relativos estas pessoas não têm capacidade de se adaptar à nova realidade e o apoio do médico de família, que ia todas as semanas ao seu centro de saúde, deixa de existir deixando-os desorientados no que respeita à saúde. Falamos de pessoas que vivem em locais que estão a sofrer da saída da população jovem, que estão a entrar em processo de desertificação (processo este que tende a aumentar com medidas governativas como estas), o que vai aumentar a falta de apoio aos idosos com dificuldades em se deslocar. Este processo a curto prazo poderá levar à saída dos idosos para as áreas urbanas por processo de reunificação familiar e consequente institucionalização dos mesmos, pela incapacidade das famílias actuais em dispensarem um ordenado mensal para tratar do seu familiar idoso, mesmo que tenham de base apetência e vontade para tal. Para além destes factores acrescenta-se um outro de suma importância, conforme já dito a quando da descrição dos efeitos do envelhecimento no organismo humano, o isolamento ou o sentimento de isolamento, a não inserção na sociedade, leva a processos de doença, o que irá aumentar o problema. Conforme referido o factor *nível de instrução* é a vários níveis determinante e no que concerne com a saúde é sem dúvida bastante importante, sendo que esta constatação tem vindo a ser documentada por vários estudos^{70 71 72} e neste mesmo texto, podendo eventualmente vir a mitigar os problemas de falta e sobrecarga,

⁶⁸ Elaboração Própria. Fonte: Site *Cuidados Continuados. Saúde e Apoio Social*. Em: <http://www.umcci.min-saude.pt/mcci/onde/Paginas/equipasdomiciliarias.aspx>

⁶⁹ Correia de Campos, António, 2008. *Reformas da Saúde. O Fio Condutor*. Edições Almedina, SA. Coimbra.

⁷⁰ Caldwell, J.C., 1995. Education and Literacy as Factors in Health, in S.B. Halstead, J.A. Walsh, and K.S. Warren (eds), *Good Health at Low Cost*, Rockefeller Foundation. New York.

⁷¹ Kinsella, Kevin, Phillips, David R., 2005, *Global Aging: The Challenge of Success*. Population Bulletin Vol. 60, No. 1. Population Reference Bureau.

que se adivinha, de e nos serviços de saúde, num futuro próximo. Contextualmente o próximo capítulo surge com a intenção de analisar este factor que poderá ser determinante para o processo de governação.

Nível de educação da população portuguesa actual e futura

O nível de instrução, para além do referido anteriormente, é em larga escala determinante do processo de gestão da saúde e da doença. Com isto queremos dizer que os indivíduos com maior instrução por norma, têm actividades laborais mais diferenciadas conferindo-lhes níveis económicos melhores e consequentemente os constrangimentos relacionados com o poder de compra são inferiores, ou seja, têm capacidade económica para pagar o que seja necessário para lhes conferir uma vida saudável e também o que necessitam para tratar a doença, bem como têm potencialmente meios para se poderem deslocar de forma facilitada aos serviços de saúde. Para além da dimensão económica são mais informados acerca dos factores de risco para a sua saúde e conhecem melhor os comportamentos para a promoção da saúde, ou seja a informação permite-lhes optar por adoptar comportamentos saudáveis. A isto soma-se o facto de que por norma estes indivíduos a quando da idade da reforma conseguem manter uma actividade física e intelectual que os retira da apatia vulgarmente observada nesta camada da população e que em grande parte dos casos leva a depressões, e à inactividade sendo esta um factor potenciador de doenças cardíacas, vasculares, ósseas, articulares entre outras. Reportando-nos a um nível mais básico e por vezes esquecido, os indivíduos com maior nível de escolaridade e consequentemente mais informados, potencialmente têm maior capacidade de apreensão da mensagem passada pelo profissional de saúde, seguindo os seus conselhos no exercício do processo de intervenção clínica o que torna o processo de tratamento ou de manutenção da saúde mais eficaz. Para melhor esclarecer esta posição basta para tal reportarmo-nos ao simples facto de que um indivíduo com pouca ou nenhuma instrução dificilmente, sem ajuda, consegue ler as indicações existentes nas prescrições médicas ou no folheto informativo que acompanha os medicamentos, podendo desta forma alterar o regime diário de toma dos medicamentos ou confundir os tipos e funções dos mesmos. Para além deste factor a população mais instruída por norma vai adquirindo conhecimentos quer pelos meios vulgarmente disponíveis como literatura, televisão, internet e outros, como pela informação que ao longo da vida lhe vai sendo facultada pelos profissionais de saúde, tornando-se mais atentos aos sinais e sintomas que o organismo vai dando, conseguindo a quando do processo de avaliação da doença ser mais objectivos quanto à frequência e mecanismos da sintomatologia, induzindo a um processo de diagnóstico mais fácil evitando, por exemplo, a necessidade de maior número de consultas e de consultas mais longas, bem como evitando a necessidade de recorrer a excessivos meios complementares de diagnóstico e terapêutica. Acrescenta-se ainda que dada a importância que a promoção da saúde e a prevenção da doença têm a nível político e, mais importante ainda, têm para a qualidade de vida e neste caso para um envelhecimento saudável, a informação difundida pelas campanhas quer de promoção quer de prevenção é mais facilmente apreendida pelos indivíduos com mais formação, desde logo porque estes são mais receptivos à mesma e ao que é novidade e estão menos presos a crenças e costumes de tal forma enraizados nas sociedades menos instruídas, que impedem que qualquer informação relativa à adopção de

⁷² Castro Henriques, Filipa, 2004. *Envelhecimento, Educação e Saúde. Uma Análise Prospectiva 2001-2021*. Tese de Mestrados em Estatística e Gestão de Informação. Instituto Superior de estatística e gestão de Informação – Universidade Nova de Lisboa. Lisboa. (Policopiado)

hábitos diferentes dos habituais sejam adoptados. Referimos ainda que os indivíduos mais instruídos, regra geral, têm a noção da necessidade de consultas de rotina não para tratamento de patologias mas para prevenção das mesmas, em contraponto os menos instruídos consideram somente ser necessário recorrer a serviços de saúde em caso de doença que surja ou para controlar alguma já existente, não recorrem aos serviços se considerarem ser portadores de perfeita saúde. Como forma de conhecer a população nacional no que se relaciona com o nível de instrução, uma vez que o mesmo influencia a saúde dos indivíduos e na impossibilidade de obtenção de dados mais actualizados, reportamo-nos aos dados do Instituto Nacional de Estatística relativos ao ano de 2001. Desta forma a análise dos gráficos 27⁷³ e 28⁷⁴ reporta-nos para o quadro anteriormente descrito, os locais com número de idosos acentuado, menos desenvolvidos e mais rurais, são os que têm maior analfabetismo e menor percentual de indivíduos com escolaridade de nível superior, factos estes indutores dos constrangimentos referidos anteriormente para os idosos no que respeita ao acesso aos serviços de saúde.

Gráfico 27 – Taxa de analfabetismo, 2001, Portugal NUTS III

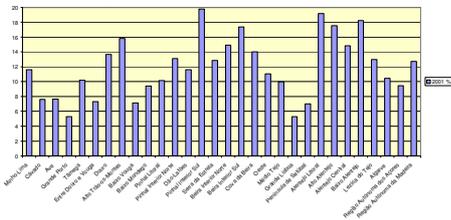
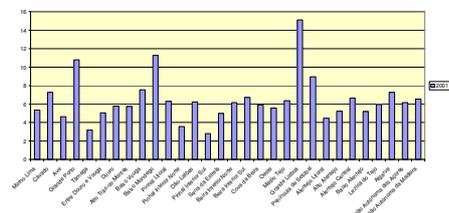
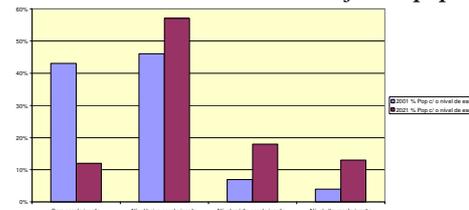


Gráfico 28 – Percentagem de População com ensino superior completo, 2001, Portugal NUTS III



Considerando o anteriormente referido poderemos expressar que a população com mais de sessenta e cinco anos que vive nas zonas menos privilegiadas, no que concerne a serviços de saúde, é também a que menos facilidade de acesso terá aos mesmos bem como será a que, se é que é possível afirmá-lo de forma tão incisiva, tem níveis de protecção à saúde e saúde potencialmente inferiores. Assumindo o já dito acerca do futuro aumento da população com mais de sessenta e cinco anos nas várias NUTS III, a inquestionável certeza de que o factor envelhecimento degrada a saúde dos indivíduos, a diminuição dos serviços de saúde ditadas por um lado pela crise que se vive e por outro pela busca continua da qualidade dos serviços, mas que, sem prejuízo deste facto, retira a segurança e estabilidade que o sistema de saúde dava aos utentes idosos das regiões, ao que se soma a noção de que o aumento de nível de instrução dos indivíduos influencia positivamente a saúde dos mesmos, parece-nos que eventualmente será este ultimo factor que poderá auxiliar as medidas que têm vindo a ser tomadas pelo Governo para que se consiga atingir os níveis de saúde da população almejados uma vez que, de acordo com o gráfico 29^{75 76}, os níveis de educação em 2021 serão substancialmente superiores aos existentes em 2001.

Gráfico 29 – Níveis de escolarização da população com mais de 60 anos, 2001-2021, Portugal



⁷³ Elaboração Própria. Fonte: INE. Base de dados.

http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0003914&contexto=bd&selTab=tab2

⁷⁴ Idem

⁷⁵ Elaboração Própria. Fonte: Castro Henriques (2004), pág. 81, quadro nº 17 – População por Níveis de Educação e Grupos de Idade, entre 2001 e 2021

⁷⁶ De notar que o gráfico 31 apresenta dados relativos a idades superiores a sessenta anos e não a sessenta e cinco anos, porque são os dados que conseguimos obter no limitado tempo para a realização deste trabalho, bem como só se apresentam os mesmos para 2021 e para Portugal, sendo que deveria ser para as NUTS III, pela razão referida previamente.

Conclusão

Concluído o quadro a que nos propúnhamos resta-nos ir ao ponto de partida e ensaiar responder às questões orientadoras que compeliram a este estudo. À primeira questão (Qual a evolução do cenário demográfico em Portugal, a nível das NUTS III, relativo à população com mais de sessenta e cinco anos?) respondemos que a população com mais de sessenta e cinco anos aumentou nas várias NUTS III e tenderá a aumentar, desta destaca-se a população com mais de oitenta anos, a qual assume e virá a assumir um peso considerável, bem como se destaca a supremacia numérica da população feminina.

A segunda questão (Qual a evolução do quadro dos serviços de saúde, nas mesmas regiões, que respondem às necessidades desta população?) leva-nos a um nível de discurso relativamente controverso. Se por um lado percebemos que os serviços de saúde têm vindo a encerrar, por motivos da crise vigente e por necessidade de actualização dos serviços tendo como horizonte a melhoria da qualidade dos serviços prestados, por outro lado percebemos que fica população idosa com acesso reduzido aos mesmos serviços. Se por outra via nos apercebemos que foi criada uma rede de cuidados continuados para responder às necessidades desta população idosa, por outra via compreendemos que esta rede não vem colmatar a falha que a perda anteriormente mencionada causou. Se as unidades de saúde familiar nos parecem mais eficazes pois permitem uma maior proximidade entre o profissional de saúde e o utente, constatando que estas surgem em serviços produto de junção e centralização, não estão próximas da população em estudo. Numa outra vertente compreendemos que os serviços de apoio permanentes tenham sido encerrados no período nocturno por não reunirem condições para o exercício dos serviços de urgência, no entanto a centralização das urgências colocou as populações idosas numa situação indutora de sentimentos de falta de protecção. Relativamente à terceira questão (Uma vez conhecido que o factor – nível de instrução – influencia o estado de saúde da população, qual é o estádio actual e futuro da população com mais de sessenta e cinco anos em relação ao nível de instrução?) concluímos que o grosso da população com mais de sessenta e cinco anos, actualmente, não tem níveis de instrução muito elevados, ou melhor dizendo tem níveis de instrução, em alguns casos, bastante baixos. Em contrapartida os níveis de instrução da futura população com mais de sessenta e cinco anos, serão francamente superiores, embora em 2021 ainda existam situações de níveis inferiores.

Para a quarta questão (Será o nível de instrução da futura população, com mais de sessenta e cinco anos, um contributo para a diminuição da sobrecarga dos serviços de saúde, que se adivinha com o aumento desta população?), com o descrito, não conseguimos dar uma resposta peremptória, pois com o que constatamos e que deduzimos parece-nos que a resposta seria afirmativa, no entanto com as alterações demográficas, sociais, económicas e políticas que vivemos e que as projecções ditam, o cenário poderá alterar-se. Reportando-nos à actualidade, concluímos que o processo de envelhecimentos nas NUTS III em Portugal é visível; o aumento da população com mais de sessenta e cinco anos é um facto; o envelhecimento do organismo humano induz à doença implicando que os idosos necessitem de recorrer com maior periodicidade aos serviços de saúde; a rede de serviços de saúde está a melhorar em qualidade mas está a afastar-se da população idosa; o nível de instrução dos indivíduos repercute-se de forma positiva na saúde dos indivíduos e logo na saúde dos maiores de sessenta e cinco anos, mas esta população na actualidade não atinge, na generalidade, níveis satisfatórios.

Assim sendo e considerando a definição de envelhecimento de Helena Saldanha (2009)⁷⁷ “O envelhecimento é caracterizado pela diminuição progressiva mais ou menos rápida e de intensidade variável da capacidade funcional do organismo, diferente de órgão para órgão e de tecido para tecido, cuja velocidade de progressão depende de factores hereditários, ambientais, sociais, nutricionais e higieno-sanitários.”, como se desenvolverá o processo de saúde e doença da população com mais de sessenta e cinco anos nas NUTS III em Portugal?

Colocamos ainda uma última questão: Sendo certo que as medidas tomadas pelo poder governativo, de acordo com os dados publicados, no que respeita aos serviços de saúde objectivam melhorias da qualidade irrefutáveis, tendo em conta que estamos na fase de transição e como tal existem sempre lacunas difíceis de transpor, que medidas se deverão tomar para responder às necessidades da população idosa, com necessidades prementes de cuidados de saúde, que se encontra com acessibilidade reduzida aos mesmos serviços de saúde?

Eventualmente de maneira a solucionar esta última questão e de acordo com a definição de envelhecimento de Helena Saldanha, anteriormente citada, facilmente se apreende que a promoção da saúde e a prevenção da doença assumem um valor acrescido, valor este que o Governo tem vindo a dar às referidas dimensões, conforme expusemos. Concordantemente a solução poderá passar por fazer, conforme Correia de Campos (2008) escreveu “ (...) chegar ao cidadão programas custo-efectivos de gestão da doença crónica que previnam a incapacidade e a dependência precoce, combatam a obesidade, em particular a infantil, promovam o envelhecimento saudável (...)” sendo que desta forma, segundo o mesmo autor, “ (...) pode-se a prazo reduzir morbilidades, dependências e incapacidades”.

⁷⁷ Saldanha, Helena, 2009, *Bem Viver para bem Envelhecer. Um Desafio à Gerontologia e à Geriatria*. Lidel-edições técnicas, Lda. Lisboa-Porto

Referencias bibliográficas

- Caldwell, J.C., 1995. *Education and Literacy as Factors in Health*, in S.B. Halstead, J.A. Walsh, and K.S. Warren (eds), *Good Health at Low Cost*, Rockefeller Foundation. New York.
- Castro Henriques, Filipa, 2004. *Envelhecimento, Educação e Saúde. Uma Análise Prospectiva 2001-2021*. Tese de Mestrados em Estatística e Gestão de Informação. Instituto Superior de estatística e gestão de Informação – Universidade Nova de Lisboa. Lisboa. (Policopiado)
- Correia de Campos, António, 2008. *Reformas da Saúde. O Fio Condutor*. Edições Almedina, SA. Coimbra.
- Cuidados Continuados. Saúde e Apoio Social, Unidades de Internamento. Disponível em: <http://www.umcci.min-saude.pt/rncci/onde/Paginas/equipasdomiciliarias.aspx> (Consultado em 20/05/2010)
- Cuidados Continuados. Saúde e Apoio Social, *Equipas Domiciliarias*. Disponível em: <http://www.umcci.min-saude.pt/rncci/onde/Paginas/UnidadesdeInternamento.aspx> (Consultado em 20/05/2010)
- Decreto-Lei nº101/2006 de 6 de Junho. Disponível em: <http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/F06A761D-41BF-4949-937C-4366C64336E7/0/DL1012006.pdf> (Consultado em 10/03/2010)
- Governo dos Açores, *Açores com Rede de Cuidados Continuados Integrados de Saúde e Segurança Social*, 2008. Disponível em: <http://www.azores.gov.pt/Portal/pt/temas/cidadao/Seguran%C3%A7a+Social/A%C3%A7ores+com+Rede+de+Cuidados+Continuados+Integrados+de+Sa%C3%BAde+e+Seguran%C3%A7a+Social.htm?mode=category&lang=pt&area=bs%E2%8C%A9> (Consultado em 20/05/2010)
- INE. Base de dados. Disponível em: http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0001710&contexto=bd&selTab=tab2 (Consultado em 10/04/2010)
- INE. Estimativas Anuais da População Residente. Disponível em: http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_unid_territorial&menuBOUI=13707095&contexto=ut&selTab=tab3 (Consultado em 10/04/2010)
- INE. Gonçalves, Cristina, Carrilho, Maria José, *Envelhecimento Crescente mas Especialmente Desigual*. Revista de Estudos Demográficos, nº 40.
- Kinsella, Kevin, Phillips, David R., 2005, *Global Aging: The Challenge of Success*. Population Bulletin Vol. 60, No. 1. Population Reference Bureau. Disponível em: <http://www.prb.org/pdf05/60.1GlobalAging.pdf> (Consultado em 18/12/2009)
- Lucci, Elian Alabi *ett all*. Território e sociedade no mundo globalizado – geografia geral e do Brasil. São Paulo : Saraiva, 2005. *Revolução Industrial e Crescimento Demográfico*. Disponível em <http://www.geomundo.com.br/geografia-30184.htm>. (Consultado em 14/01/2010)
- Merck Sharp & Dohme, 2004, *Manual Merck. Geriatria*. MMVI-Editorial Oceano. Loures-Porto
- Ministério da Saúde, Portal da Saúde, 2010, *História do Serviço Nacional de Saúde*. Disponível em: <http://www.min-saude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/servico+nacional+de+saude/historia+do+sns/historiadosns.htm> (Consultado em 10/05/2010)

- Population Division of the Department of Economic and Social Affairs of the United Nations Secretariat, *World Population Prospects: The 2008 Revision*. Disponível em: <http://esa.un.org/unpp> (Consultado em 11/04/2010)
- Population Reference Bureau. Sanderson, Warren, Scherbov, Sergei, *Rethinking Age and Aging*. Population Bulletin, Vol.63,Nº4, Dezembro 2008. Washington. Disponível em: www.prb.org (Consultado em 10/01/2010)
- Population Reference Bureau Staff, *Transitions in World Population*. Population Bulletin, Vol.59,Nº1, Março 2004. Washington. Disponível em: www.prb.org (Consultado em 10/01/2010)
- Population Reference Bureau Staff, *Population and Health: An Introduction to Epidemiology*. Population Bulletin, Vol.54,Nº4, Dezembro 1999. Washington. Disponível em: www.prb.org (Consultado em 10/01/2010)
- Population Reference Bureau Staff, *World Population Highlights: Key Findings From PRB'S 2009 World Population Data Sheet*. Population Bulletin, Vol.64,Nº3, Setembro 2009. Washington. Disponível em: www.prb.org (Consultado em 10/01/2010)
- Population Reference Bureau Staff, *Global Aging: The Challenge of Success*. Population Bulletin, Vol.60,Nº1, Março 2005. Washington. Disponível em: www.prb.org (Consultado em 10/01/2010)
- Portal da saúde, 2009, *Programa do XVIII Governo Constitucional para a Saúde - 2009-2013*. Disponível em: <http://www.min-saude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/politica+da+saude/programa/programa+xviii.htm> (Consultado em 10/04/2010)
- Presidência do Conselho de Ministros, 2005-2009, *Programa do XVII Governo Constitucional*. Disponível em: http://www.portugal.gov.pt/pt/Documentos/Governos_Documentos/Programa%20Governo%20XVII.pdf (Consultado em 05/05/2010)
- Rodrigues, Teresa Ferreira, Moreira, Maria João Guardado. *Modelos de Mortalidade em Portugal*, in *Ler História*, nº49, Lisboa, 2005, pp 145-169
- Rodrigues, Teresa Ferreira, Moreira, Maria João Guardado. *Mortality Pattern in Portugal*⁶, in *Fórum Sociológico*, nº11/12, Lisboa, 2004, pp.11-29
- Secretaria Regional dos Assuntos Sociais, Rede Regional de Cuidados Continuados Integrados. Região Autónoma da Madeira. Disponível em: http://sras.gov-madeira.pt/index.php?option=com_content&view=article&id=201&Itemid=35#Certificação (Consultado em 20/05/2010)
- Saldanha, Helena, 2009, *Bem Viver para bem Envelhecer. Um Desafio à Gerontologia e à Geriatria*. Lidel-edições técnicas, Lda. Lisboa-Porto
- Simões, Jorge, 2005. *Retrato Político da Saúde. Dependência do Percorso e Inovação em Saúde: da Ideologia ao Desempenho*. Edições Almedina, SA. Coimbra.