

Saúde e ambiente socioeconómico em Portugal**

1. INTRODUÇÃO

Ao longo da última década, o conhecimento sobre a estrutura, funcionamento e resultados do sistema português de saúde tem vindo a aumentar consideravelmente. Não obstante a relativa escassez de elementos estatísticos, os investigadores portugueses conseguiram produzir apreciações objectivas e informativas da situação sanitária dos cidadãos e dos cuidados ao seu dispor. Num período em que por toda a Europa se discute o futuro do financiamento e prestação de cuidados, estes trabalhos constituem um apoio considerável ao debate nacional¹.

No entanto, existem ainda aspectos críticos do sistema sobre os quais pouco se conhece. Por vezes trata-se de informação tão elementar como os padrões de utilização no sector privado ou a distribuição regional da morbilidade. O presente trabalho procura analisar alguns destes aspectos importantes que, devido à falta de informação adequada, não foram suficientemente esclarecidos no passado. Concentra-se fundamentalmente na actual situação de saúde dos Portugueses e no ambiente socioeconómico que a envolve, dado que o sistema de *cuidados de saúde*, na sua componente pública e privada, se encontra amplamente estudado na literatura acima

* Uma versão preliminar deste artigo foi divulgada como documento de trabalho do Departamento de Estudos e Planeamento do Ministério da Saúde (DEPS). Devo um especial agradecimento aos Profs. Alan Maynard e Luís Cayolla da Motta, aos Drs. José Marinho Falcão e Maria Luísa Sequeira e à arquitecta Margarida Moreira pelo apoio que me deram no aperfeiçoamento da actual versão. Agradeço ainda ao DEPS o apoio financeiro e a autorização para analisar informação não publicada do Inquérito Nacional de Saúde. Quaisquer opiniões ou erros que porventura subsistam são da minha inteira responsabilidade.

** Escola Nacional de Saúde Pública e Department of Economics and Related Studies University of York.

¹ Referência indispensável neste contexto são os trabalhos de António Correia de Campos, que, mais do que outro investigador, tem aclarado o funcionamento do sector. Veja-se, por exemplo, Campos (1983, 1986, 1987, 1988) e Campos *et al.* (1981, 1985). O leitor interessado estaria igualmente bem encaminhado ao consultar outros autores, entre os quais Santos e Hespanha (1987) sobre a política de saúde, Motta e Sequeira (1985) no que respeita à mortalidade prematura, e Mantas *et al.* (1987) sobre os gastos públicos com a saúde.

citada. O artigo procura, ao mesmo tempo, assinalar as questões que requerem análise mais aprofundada no futuro.

Para além da concentração na saúde e factores socioeconómicos, três aspectos importantes distinguem este de estudos anteriores:

Primeiro, porque surgiu recentemente informação, através do Inquérito Nacional de Saúde (INS), que facilita sobremaneira a percepção da actual situação do sector em Portugal². No presente trabalho apresentamos uma pequena parte desses dados que constituem um ponto de viragem para a investigação sobre saúde no nosso país. Demonstra-se que os dados do INS permitem complementar de forma elucidativa as fontes de informação tradicionais, facilitando assim o conhecimento da realidade e a previsão dos efeitos de decisões individuais e colectivas;

Segundo, porque, neste estudo, as acções produtivas de saúde ao nível nacional são situadas explicitamente no contexto europeu ao referenciarem-se as características distintas da sociedade, saúde e economia portuguesa. Na investigação nacional existe uma longa tradição de perspectivar a situação real do País através das comparações internacionais. Contudo, esta abordagem tende a limitar-se à informação sobre saúde e serviços, ignorando o panorama envolvente que poderá explicar os padrões específicos da saúde em Portugal. No presente trabalho tentamos obviar essa lacuna e, assim, prover um caminho para o conhecimento mais profundo da situação real;

Finalmente, porque, em comparação com trabalhos anteriores, é dada maior ênfase aos aspectos ligados à consecução do objectivo de equidade. A análise de documentos legais e políticos revela que em Portugal, assim como noutros países, tal meta constitui uma das preocupações principais da moderna provisão de saúde (Pereira *et al.*, 1990). Embora a questão não seja aqui tratada explicitamente, toda a informação que é apresentada poderá ser vista como um pano de fundo para a pesquisa sobre equidade na saúde em Portugal. Ou seja, ao faltar esta análise prévia, dificilmente se poderão interpretar (e eventualmente melhorar) as distribuições inequitativas evidenciadas em estudos anteriores³.

² O INS é um inquérito de base populacional por meio de entrevista, levado a cabo desde 1983 pelo Departamento de Estudos e Planeamento da Saúde. Pretende tornar disponível um conjunto de dados sobre saúde, seus factores explicativos e suas consequências. O âmbito territorial do INS, após quatro anos de circunscrição à área metropolitana de Lisboa, foi alargado em 1987 ao continente português. São esses os dados que utilizamos neste trabalho. A metodologia seguida pelo INS é semelhante àquela utilizada noutros inquéritos do tipo e, por razões de espaço não será aqui descrita. Veja-se, no entanto, DEPS (1990), onde a metodologia usada no INS de 1987 é detalhadamente apresentada.

³ Esta abordagem não significa, obviamente, que outros objectivos da política de saúde nacional (p. ex., a eficiência ou a maximização da saúde) sejam considerados de menor importância.

O trabalho está dividido em duas partes substanciais. Numa primeira traçamos as principais características da sociedade portuguesa que, de certa forma, determinam a produção de saúde e prestação de cuidados. Esta informação é contrastada com a realidade europeia, nomeadamente o conjunto de países da CEE, revelando a natureza distinta da sociedade portuguesa. Segue-se uma descrição da situação de saúde dos Portugueses, com base em informação sobre mortalidade e morbidade, neste último caso dados previamente não publicados do INS. A parte final do estudo resume e conclui.

2. O AMBIENTE SOCIECONÓMICO

Começamos por salientar alguns pontos fundamentais da sociedade portuguesa, todos eles com importantes reflexos sobre a saúde e os cuidados de saúde e que, ao mesmo tempo, diferenciam a realidade nacional do contexto europeu. Nesta perspectiva, é essencial destacar o atraso económico e social que se manifestou durante todo o período pós-segunda guerra mundial e que ainda hoje deixa Portugal (juntamente com a Grécia) como o país mais pobre da Comunidade Económica Europeia.

O quadro n.º 1 apresenta vários indicadores demográficos, económicos e sociais para Portugal, contrastando-os simultaneamente com os valores médios para os doze países da CEE.

Desde 1970, a população portuguesa apresenta um crescimento notável da ordem dos 18 %. Com taxas de natalidade e mortalidade bruta não apreciavelmente diferentes daquelas em outros países membros da Comunidade Europeia, parece que os movimentos demográficos naturais explicam apenas uma parte do acréscimo. Maior relevo deve ser dado ao influxo, entre 1974 e 1976, de mais de 500 000 residentes das ex-colónias, bem como ao retorno regular de emigrantes dos países europeus, movimento este que atingiu proporções extraordinárias em anos recentes, mas que deverá abrandar futuramente (Nazareth, 1986).

Este argumento é sustentado se olharmos de perto a distribuição etária da população (quadro n.º 1). Quando comparada com a média da CEE, a população portuguesa apresenta-se como relativamente jovem. Estranhamente, porém, a proporção de homens em idade activa é mais pequena em Portugal. Possivelmente, entre meio e um milhão de portugueses, com preponderância para o sexo masculino, encontram-se a trabalhar noutros países. O fenómeno da emigração tem tido efeitos variados e profundos no desenvolvimento económico do País, desde a dependência excessiva nas remessas para sustentar a dívida externa até à falta de mão-de-obra qualificada. O serviço de saúde também cada vez mais sente o impacte da emigração e retorno, à medida que emigrantes de certa idade e com experiência de trabalho duro regressam ao País com comportamentos e expectativas de saúde alterados. Muito embora os dados do INS apontem para cerca de 11 % dos Portugueses terem sido emigrantes durante a sua vida, o impacte da emi-

gração sobre os serviços de saúde continua a ser um tema não investigado em Portugal⁴.

Outra característica demográfica importante é que, mesmo sendo o acréscimo da população circunscrito aos distritos do litoral, ou seja, aos mais urbanizados, os Portugueses continuam a viver predominantemente em meio

[QUADRO N.º 1]

Indicador	Unidade de medição	Portugal	CEE
1. POPULAÇÃO			
População total	1000	10 207,5	322 769,8
Densidade populacional	Por quilómetro quadrado	111	143
Distribuição por idade e sexo ...	Percentagem		
15 anos	M	11,8	9,8
	F	11,2	9,3
15-64	M	31,5	33,5
	F	33,3	33,6
65 + anos	M	5,0	5,3
	F	7,2	8,4
Taxa de natalidade	Por 1000	12,4	11,8
Taxa de mortalidade bruta	Por 1000	9,4	10,2
2. ECONOMIA E FINANÇAS			
PIB <i>per capita</i> (a preços correntes de mercado)	Paridade dos poderes de compra	7 838	14 605
Estrutura de custos do PIB a preço de mercado	Percentagem		
Salários, etc.		44,7	51,2
Impostos menos subsídios ..		12,5	10,8
Consumo de capital fixo ...		4,3	11,5
Excedente operacional líquido		38,5	26,5
Índice de preços ao consumidor .	1980 = 100	347,2	164,3
3. EMPREGO E SALÁRIOS			
Emprego por sector	Percentagem		
Agricultura		22,2	8,0
Indústria		34,9	32,9
Serviços		42,9	59,1
Desemprego	Percentagem de população activa civil	6,8	10,6
Salários médios de operários na indústria	Ilíquidos por hora em PPC correntes	3,55	8,40

⁴ A prevalência de ex-emigrantes nas regiões do continente era, segundo o INS de 1987, a seguinte: Norte, 10,2%; Centro, 13,9%; Lisboa e vale do Tejo, 7,4%; Alentejo, 7,7%, e Algarve, 13,3%.

[QUADRO N.º 1, continuação]

Indicador	Unidade de medição	Portugal	CEE
Gastos correntes em protecção social	Percentagem do PIB a preços de mercado	15,7	23,9
4. NÍVEIS DE VIDA			
Número de estudantes a tempo inteiro.....	Percentagem do grupo etário de 5-24 anos	62,0	72,0
Telefones em uso.....	Por 1000 habitantes	169	466
Veículos de motor privados em uso	Por mil habitantes	221	323
Consumo alimentar.....	Quilogramas por habitante por ano		
Cereais.....		101	85
Arroz.....		13	4
Batatas.....		88	80
Açúcar refinado.....		27	32
Vegetais.....		115	120
Vinho.....	(litros)	72	42
Carne.....		58,8	89,2
Leite e produtos frescos.....		43,0	97,5
Manteiga (gordura).....		0,9	5,9
Ovos (em casca).....		6,3	13,9

Fonte: EUROSTAT, *Basic Statistic of the Community*, 25.ª e 26.ª eds., Office for Official Publications of the European Communities, 1988, 1989.

Nota: Os valores para a média da CEE quanto a salários médios na indústria, gastos correntes em protecção social e veículos de motor privados em uso referem-se ao Reino Unido, por indisponibilidade de informação para todos os países da Comunidade.

rural. Na realidade, mais que em qualquer outro país integrado na região europeia da Organização Mundial da Saúde, incluindo a Irlanda, Grécia, Turquia e Marrocos (WHO, 1985). Mais uma vez esta informação aconselha estudos aprofundados sobre o impacto da demografia sobre a saúde.

A economia portuguesa regista resultados relativamente fracos no contexto europeu e é tida como «estruturalmente deficiente» pelos analistas da OCDE (OECD, 1984)⁵. Comparando o PIB *per capita* em termos de paridade dos poderes de compra, temos que o valor para Portugal se situa a uns meros 54% da média dos países da CEE. Além disso, a sua estrutura de custos revela características significantes de uma economia menos desenvolvida, nomeadamente as proporções baixas atribuídas à remuneração do trabalho e ao investimento. O desemprego não constitui problema expressivo quando comparado com o resto da Europa. Basta olhar para o país vizinho, que tem mantido taxas duas e três vezes superiores às portuguesas. No entanto, a taxa de inflação tem ultrapassado sistematicamente aquelas evidenciadas em países mais ricos.

⁵ Recentemente, a OCDE alertava para o facto de a prosperidade actual «se deve[r] bastante a factores que poderão não se repetir e a políticas difíceis de suster» (OECD, 1988).

O impacto dos problemas endémicos da economia portuguesa sobre a produção de saúde e cuidados de saúde deveria ser objecto de estudos aprofundados. No debate internacional sobre equidade na saúde, vários autores (p. ex., Le Grand, 1982) têm sugerido que a atenuação das desigualdades se encontra em larga medida fora do alcance do próprio sector, dado que são apenas um reflexo da estrutura socioeconómica. Se este argumento é legítimo, significa que em Portugal, talvez mais que noutros países da Europa ocidental, será necessário intervir fora do sector da saúde para melhorar a equidade dentro dele.

Actualmente, 22 % da população activa continuam a dedicar-se à agricultura, principalmente no Norte do País, onde os terrenos estão subdivididos em pequenas parcelas, das quais os proprietários extraem uma vida de subsistência. Os salários médios na indústria atingem apenas 42 % do valor no Reino Unido, mesmo quando expressos em paridade dos poderes de compra⁶. Existem disparidades acentuadas nos rendimentos entre regiões e grupos populacionais, enquanto a pobreza é mais pronunciada que em outros países europeus (Pereirinha, 1986; Silva, 1984).

Um retrato da estrutura social distinta em Portugal pode ser obtido através da aplicação da classificação de grupos socioeconómicos (GSE) do Inquérito Geral às Famílias britânico (General Household Survey) aos dados produzidos pelo Inquérito Nacional de Saúde (quadro n.º 2). Nestes inquéritos,

Grupo socioeconómico do chefe de família em Portugal e no Reino Unido (percentagem)

[QUADRO N.º 2]

Grupo socioeconómico	Portugal (1987)		RU (1985)	
	Homens	Mulheres	Homens	Mulheres
I. Profissões liberais e profissões de elevada competência técnica	3	1	7	1
II. Empregadores e gerentes	7	4	21	8
III. Quadros e empregados intermédios, não manuais	11	8	16	37
IV. Trabalhadores manuais especializados, comerciantes e outros trabalhadores por conta própria ...	49	36	37	9
V. Trabalhadores manuais semiespecializados	16	15	15	29
VI. Trabalhadores manuais não especializados	14	37	4	10
Nunca trabalharam	ND	ND	0	6
Dimensão da amostra: n =	11 080	2343	7310	2364

Fontes: Ministério da Saúde, *Inquérito Nacional de Saúde — 1987*, DEPS, Lisboa. OPCS, *General Household Survey 1985*, Londres, HMSO, 1987.

⁶ Não existindo nas estatísticas um salário de referência para a totalidade dos países da CEE, optou-se pelos do Reino Unido, cujos indicadores de rendimento e riqueza se encontram, normalmente, junto à média dos países da Comunidade.

que são representativos das populações dos respectivos países, a percentagem de pessoas em cada GSE é radicalmente diferente. Na distribuição portuguesa pesam mais os trabalhadores manuais, enquanto existem muito baixas proporções nos escalões mais elevados, que tendem a trabalhar no sector dos serviços. O peso do GSE IV reflecte mais altas percentagens de agricultores de subsistência e pequenos comerciantes do que operários industriais qualificados.

As estatísticas oficiais poderão, todavia, sobrevalorizar o grau de desigualdade, devido ao peso do duplo emprego e da economia subterrânea. Em si, estes factores têm uma importante influência na produção de saúde familiar (Santos e Hespanha, 1987) e servem para contrabalançar os baixos níveis de provisão social colectiva, que, em termos de gastos, atingem apenas 14% do PIB, comparado com 24% no Reino Unido. É indispensável que futuros estudos portugueses considerem também o impacte destes factores.

O quadro n.º 1 também apresenta alguns indicadores de nível de vida. Estes servem para enfatizar a natureza distinta da sociedade portuguesa no contexto europeu. Os números de telefones e veículos de motor privados em uso, quando expressos em termos de taxas por cada 1000 habitantes, são actualmente bastante inferiores à média dos países da CEE. O consumo alimentar é superior à média da Comunidade no que diz respeito a cereais, arroz, batatas e vinho e inferior em açúcar refinado, vegetais, carne, leite, manteiga e ovos⁷.

A impressão geral que ressalta dos indicadores aqui apresentados é que Portugal, embora completamente integrado no sistema capitalista europeu, permanece fundamentalmente uma sociedade semiperiférica⁸. A população tem características gerais distintas, semelhantes, sem dúvida, a boa parte de outras populações do Sul da Europa, mas radicalmente diferente do resto da Europa ocidental, que é usualmente tida como o ponto de referência da CEE; os padrões de emprego e produção são desactualizados, ineficientes e por vezes ambíguos; e os padrões de vida, em geral, são pobres e revelam desigualdades extremas.

Estes factores deverão ser tomados em consideração numa análise dos atributos do sector da saúde, uma vez que eles influenciam inevitavelmente a produção de saúde da Nação. Para o investigador, administrador ou político interessado na relação entre o ambiente socioeconómico e a saúde torna-se claro que em Portugal dificilmente se poderá promover a equidade do sector através de estratégias que actuem exclusivamente sobre os serviços que prestam cuidados de saúde à população.

⁷ É claro que alguns dos consumos baixos aqui assinalados poderão ser benéficos em termos da saúde comparativa dos Portugueses. No entanto, eles são, ao mesmo tempo, indicativos da distância que separa Portugal da Europa em termos de riqueza.

⁸ Veja-se Santos e Hespanha (1987) para um desenvolvimento deste conceito.

3. A SAÚDE DA POPULAÇÃO

3.1 MORTALIDADE

Se se tomar a mortalidade como indicador da saúde de uma população, torna-se claro que Portugal atravessa actualmente uma profunda transição. A traços largos, os padrões de morte nos países industrializados perpassaram três fases distintas, a que poderemos chamar infecciosas, crónicas e sociotárias, segundo as principais causas de mortalidade prematura em determinado período. Cada fase corresponde a uma etapa específica do desenvolvimento económico e foi enfrentada com estratégias de saúde distintas. No primeiro caso, medidas de saúde pública e quimioterapia; no segundo, tecnologia diferenciada e cuidados hospitalares; e no terceiro, onde o impacto da ciência médica é de menor importância e existem fortes influências comportamentais (p. ex., tóxicodependência e acidentes rodoviários), uma série de medidas multisectoriais, embora geralmente descoordenadas.

Portugal, devido ao seu posicionamento semiperiférico, que implica simultaneamente aproximação e desvio dos padrões de desenvolvimento da Europa mais afluente, viu-se obrigado a enfrentar as principais causas de mortalidade prematura num período bastante mais curto em relação aos outros países da Europa ocidental. Esta experiência provocou, inevitavelmente, um enorme esforço por parte da organização dos seus serviços de saúde, esforço este que é dificultado pela existência de disparidades regionais extremas.

O quadro n.º 3 apresenta a evolução de algumas taxas de mortalidade desde 1970. De toda a história recente, foi este o período em que maiores ganhos foram obtidos em vidas previamente perdidas antetempo. Considere-se, por exemplo, o caso da mortalidade infantil. Em 1950, praticamente uma em cada dez crianças portuguesas morriam no seu primeiro ano de vida. Nos vinte anos que antecederam 1970, este número foi reduzido em 42% e entre essa data e 1986 em 71%.

Indicadores de mortalidade

[QUADRO N.º 3]

Indicador	1970	1980	1986
Mortalidade infantil	58,0	24,3	15,9
Mortalidade neonatal	25,4	15,5	10,8
Mortalidade pós-neonatal	32,6	10,3	5,1
Mortalidade perinatal	38,9	23,9	18,2
Esperança de vida à nascença			
Homens	64,1	67,0	69,1
Mulheres	70,3	75,0	76,1

Fontes: Ministério da Saúde: *Elementos Estatísticos — Saúde/84*, DEPS, Lisboa, 1985. WHO, *World Health Statistics Annual — 1988*, Genebra, 1988.

Nota — Os valores de esperança de vida à nascença na última coluna referem-se a 1982.

Apesar deste declínio impressionante, a taxa de mortalidade infantil continua hoje bastante acima da média dos países da Comunidade Europeia (EUROSTAT, 1988). Existem enormes assimetrias entre as diferentes zonas do País, com distritos nortenhos, como Bragança e Vila Real, continuando a evidenciar taxas duas vezes maiores que as do Sul do País. Notavelmente, o distrito de Lisboa é exceção aos grandes ganhos alcançados pelos distritos do Sul. As desigualdades são ainda maiores para a mortalidade pós-neonatal, precisamente aquela componente das mortes infantis que se associa mais ao ambiente socioeconómico. Neste caso, praticamente três vezes mais crianças morrem nos dois distritos transmontanos quando comparados com o Sul do País (Carrilho, 1985).

A comparação das principais causas de morte nos países da CEE revela um padrão distinto para Portugal, no sentido em que o País tende a posicionar-se nos extremos da variação (quadro n.º 4). A taxa de mortalidade padronizada para doenças infecciosas e parasitárias é a mais alta da Comunidade, seguida de perto pela França e pela Espanha, mas 3,2 vezes superior à do Reino Unido.

O cancro, embora seja, logo após os acidentes, lesões e envenenamentos, a segunda mais importante causa de morte prematura (Motta e Sequeira, 1985), revela taxas relativamente baixas no quadro de países da CEE. A taxa de mortalidade por cancro do pulmão, que tem vindo a registar um acréscimo acentuado nos últimos anos, continua a ser a mais baixa da Comunidade e, mesmo assim, pouco mais de metade daquela evidenciada pelo país em segunda posição⁹. Este padrão é invertido no caso de cancro do estômago, onde a mortalidade portuguesa é a mais elevada na CEE.

As mortes atribuíveis às doenças do aparelho circulatório apresentam taxas elevadas no quadro de países da CEE, mas a sua composição é surpreendente. A mortalidade por doença isquémica do coração é a segunda mais baixa da Comunidade, consideravelmente abaixo dos países do Norte da Europa. As mortes devidas a doenças cerebrovasculares, por outro lado, são as mais elevadas: 63 % acima do país mais próximo. Este tipo de doença tende a provocar a incapacidade prolongada nos mais idosos, com sofrimento para o doente, sobrecarga para os familiares e considerável dispêndio para os serviços de saúde.

Dois outras causas específicas de morte têm causado alarme em anos recentes. Primeiro, a mortalidade devida a cirrose hepática, que, em comum com outros países produtores de vinho, é extremamente elevada (32 mortes por cada 100 000 habitantes, um valor 8,3 vezes superior ao do Reino Unido). E, em segundo lugar, as mortes devidas a acidentes por veículo de motor. Neste caso, Portugal coloca-se consistentemente acima dos outros países (em 1982 apresentava uma taxa de 65 % superior à da nação em segundo lugar na escala).

⁹ Em 1987, a prevalência do hábito tabágico para a população de 15 + anos era de 33,5% para homem e 5,1% para mulheres (INS, 1987).

Taxas de mortalidade padronizada pela idade nos países da CEE

1982 ou ano mais próximo

[QUADRO N.º 4]

Por 100 000 habitantes

Países	(1) Doenças infecciosas e parasitárias	(2) Cancros	(3) Cancro do estômago	(4) Cancro do pulmão	(5) Cancro da mama	(6) Doenças do aparelho circulatório	(7) Doenças isquémicas do coração	(8) Doenças cérebro- vasculares	(9) Doenças do aparelho respiratório	(10) Doenças do aparelho digestivo	(11) Cirrose hepática, etc.	(12) Acidentes, lesões e envenenamentos	(13) Acidentes por veículo de motor	(14) Todas as causas
Bélgica.....	7,2	230,8	—	—	—	401,9	126,5	101,1	64,0	36,8	—	75,9	—	946,2
Dinamarca.....	3,3	225,8	11,9	48,4	35,9	398,2	252,5	78,3	59,3	27,7	10,7	67,4	12,1	880,5
França.....	11,0	205,8	12,7	30,5	27,3	285,5	75,8	92,2	52,9	58,0	28,2	84,4	19,7	842,2
Espanha.....	10,9	162,6	—	—	—	378,1	—	—	76,2	49,4	—	43,0	—	820,5
Grécia.....	7,2	158,8	12,5	35,8	21,7	352,5	81,6	145,0	48,9	30,9	10,6	47,3	19,3	796,6
Holanda.....	4,3	220,5	16,7	55,0	38,0	343,3	164,3	74,9	51,8	28,5	5,5	41,3	11,1	788,1
Irlanda.....	7,8	206,5	17,8	47,2	44,4	551,7	279,4	125,9	142,4	28,5	4,0	53,5	18,1	1075,8
Itália.....	5,6	198,4	24,3	39,4	26,8	424,7	129,2	119,1	63,6	54,6	32,9	54,1	18,6	906,2
Luxemburgo...	5,0	256,6	—	—	—	467,6	—	—	41,8	55,0	—	86,1	—	1028,4
Portugal.....	12,0	151,7	29,5	16,1	22,3	421,1	80,4	237,7	64,7	51,0	32,0	78,2	32,5	980,0
Reino Unido ..	3,7	215,2	16,0	57,1	40,1	442,3	244,0	104,4	135,2	26,2	4,0	36,3	9,7	929,9
RFA.....	6,0	205,2	19,2	34,1	30,9	423,0	165,7	107,8	52,1	43,7	21,0	55,1	14,2	877,4

Notas — Designação das causas de morte com respectivo número da CID-9:

- (1) Doenças infecciosas e parasitárias (01-07).
- (2) Tumores malignos (08-14).
- (3) Tumor maligno do estômago (091).
- (4) Tumor maligno da traqueia, brônquios e pulmão (101).
- (5) Tumor maligno da mama feminina (113).
- (6) Doenças do aparelho circulatório (25-30).
- (7) Doença isquémica do coração (27).

Os valores para o Reino Unido referem-se a Inglaterra e à Gales.
Padronização pela idade da população europeia.

- (8) Doenças cerebrovasculares (29).
- (9) Doenças do aparelho respiratório (31-32).
- (10) Doenças do aparelho digestivo (33-34).
- (11) Cirrose hepática e outras doenças crónicas do fígado (347).
- (12) Acidentes, lesões e envenenamentos (E47-E56).
- (13) Acidentes por veículo de motor (E471).

Fontes: WHO (1985), *World Health Statistics Annual — 1985*, Genebra. OECD, *Financing and Delivering Health Care: A Comparative Analysis of OECD Countries*, Paris, 1987.

3.2 MORBILIDADE

As estatísticas de mortalidade, embora úteis para fins comparativos, dão-nos apenas um retrato limitado da saúde de uma população. Indicadores de morbilidade para o País surgiram só muito recentemente com a aplicação do INS ao continente português no ano de 1987. Os quadros n.ºs 5 a 7 relatam alguns indicadores calculados a partir do Inquérito que vêm complementar a informação apresentada sobre mortalidade. Infelizmente, neste momento não é possível, nem aconselhável, comparar tal informação com dados semelhantes produzidos noutros países.

O quadro n.º 5 apresenta a proporção de pessoas que referiram incapacidade ou mal-estar ao serem inquiridas pelo INS. Cerca de 6% estiveram acamadas durante parte ou a totalidade das duas semanas anteriores à inquirição. Entre trabalhadores e estudantes, 7,7% (o que equivale a 5% da amostra total) faltaram ao trabalho ou escola por razões de saúde; e outros 12,6% (9,5% da amostra total) sofreram alguma incapacidade reduzida, embora continuando activos. Existe ainda um outro grupo de pessoas (11,1%) sem incapacidade, mas que relataram certo mal-estar no período em referência.

Com esta informação abrem-se caminhos novos para os planeadores do sector. Por exemplo, torna-se possível, como demonstra a coluna 3 do quadro n.º 5, estimar o número de enfermos em Portugal continental durante o período em referência. Obviamente que os valores deverão ser interpretados com certo cuidado: o INS é um inquérito directo à população e, por isso, quaisquer dados sobre morbilidade referem-se apenas às necessidades sentidas pela população.

Indicadores de morbilidade

Percentagem referindo incapacidade nas duas semanas anteriores à inquirição

[QUADRO N.º 5]

Indicador	Percentagem da amostra	Projeção para o País
Internados num hospital ou clínica	0,5	47 286
Acamados devido a doença	5,9	571 156
Faltaram ao trabalho/escola por razões de saúde	5,0	484 505
Capacidade reduzida devida a doença, mas activos	9,5	916 366
Sem incapacidade, mas sentiram-se mal	11,1	1 070 569

Fonte: Ministério da Saúde, *Inquérito Nacional de Saúde — 1987*, Lisboa, DEPS.

Nota — Os valores apresentados na última coluna representam uma estimativa do número de pessoas que em Portugal continental (nas duas semanas anteriores à inquirição) sofreram os diferentes tipos de incapacidade assinalados. São calculados através da fórmula: $D_i = d_i (P/N)$, onde D_i é a projecção do número de indivíduos com determinado tipo de incapacidade; d_i , o número de inquiridos que no INS — 87 relataram determinado tipo de incapacidade; P , a população do continente (= 9 686 600); e N , a dimensão da amostra do INS — 87 (= 41 585). É importante lembrar, todavia, que no INS, como em outros inquéritos por amostragem, existe sempre uma margem de erro estatístico. Assim, as projecções deverão ser apenas tomadas como uma indicação aproximada do valor real. Uma forma estatisticamente rigorosa de aferir a dimensão da incapacidade para a população do País requer o conhecimento do erro-padrão da amostra utilizada no INS — 87. Esse elemento estará brevemente disponível em publicação do DEPS (1991).

Sem dúvida, algumas das declarações positivas de doença constituirão situações triviais do ponto de vista clínico. Dentre os indivíduos que referiram incapacidade, por exemplo, apenas 45 % sentiram a necessidade de consultar um médico. Mas, mesmo assim, não deixa de surpreender o número elevadíssimo de pessoas que, em cada momento, sentem alterações no seu estado de saúde. Num período de duas semanas haverá em Portugal cerca de 2,6 milhões de potenciais utilizadores dos serviços de saúde¹⁰.

O quadro n.º 6 apresenta a distribuição percentual das doenças que estiveram na origem das situações de incapacidade, referidas no quadro anterior¹¹. Poderá, assim, ser tomado como ilustração dos principais males que actualmente afligem os Portugueses. O tipo de patologia mais referido em 1987 foram as doenças do sistema osteomuscular, com destaque para as situações crónicas (p. ex., reumatismo, artrose). É de salientar que a impor-

Indicadores de morbilidade

Tipo de doenças referida por indivíduos com incapacidade nas duas semanas anteriores à inquirição

Tipo de doença	Percentagem			
	Doenças agudas	Doenças crónicas	Sintomas	Total
Osteomusculares	0,3	14,0	7,0	21,3
Aparelho respiratório	13,9	3,4	0,9	18,2
Mal definidas	0,5	0,4	14,2	15,1
Aparelho circulatório	1,0	10,7	0,4	12,1
Aparelho digestivo	1,5	4,5	4,4	10,4
Lesões e envenenamentos	4,9	1,4	0,5	6,8
Sistema nervoso	0,1	2,2	1,9	4,2
Outras	2,0	6,1	3,3	12,4
Total	24,2	42,7	32,7	100,0

Fonte: Ministério da Saúde, *Inquérito Nacional da Saúde — 1987*, Lisboa, DEPS.

tância relativa deste tipo de enfermidade não se tornaria aparente ao considerar-se a mortalidade como indicador de saúde da população portuguesa. As doenças crónicas do aparelho circulatório (p. ex., hipertensão arterial) e as agudas do aparelho respiratório (p. ex., amigdalite, sinusite) também estiveram na origem de altas proporções dos episódios de incapacidade; enquanto as lesões e envenenamentos e as doenças do aparelho digestivo assumem uma posição importante, como nas estatísticas de mortalidade.

¹⁰ Este é o número a que se chega adicionando os valores da coluna 3 do quadro n.º 5 e subtraindo os casos onde existe dupla contagem (p. ex., acamados e ausentes ao trabalho/escola).

¹¹ Isto é, consideram-se apenas os indivíduos com respostas positivas para os quatro primeiros indicadores do quadro n.º 5, ignorando os que apenas se sentiram mal.

Como foi atrás referido, nem todas as experiências de incapacidade dão origem a contactos com os serviços de saúde. Se se considerassem as razões que levaram as pessoas a consultar um médico, notar-se-ia um acréscimo na proporção de patologias relacionadas com o aparelho digestivo e o sistema nervoso. Nos internamentos, uma condição que praticamente não surge como causa de incapacidade — a gravidez — revelar-se-ia como a razão mais importante¹².

Finalmente, é interessante considerar a distribuição geográfica da doença ao nível do continente português. O quadro n.º 7 apresenta a proporção de pessoas que declararam episódios de incapacidade ou mal-estar nas duas semanas anteriores à inquirição, bem como a prevalência de três doenças crónicas: tensão alta, diabetes e doenças nervosas. Estes valores foram padro-

Morbilidade padronizada pela idade e sexo nas regiões do continente

Percentagem de indivíduos que relataram incapacidade, mal-estar ou doenças crónicas específicas

[QUADRO N.º 7]

Morbilidade	Norte	Centro	Lisboa e vale do Tejo	Alentejo	Algarve	Continente
INCAPACIDADE OU MAL-ESTAR NAS 2 SEMANAS ANTERIORES:						
Internados	0,46	0,52	0,48	0,55	0,38	0,49
Índice	93,9	106,1	98,0	112,2	77,6	100,0
Acamados	6,63	6,20	5,13	5,27	6,01	5,90
Índice	112,4	105,1	86,9	89,3	101,9	100,0
Faltaram ao trabalho	4,91	5,97	4,64	3,84	5,15	5,00
Índice	98,2	119,4	92,8	76,8	103,0	100,0
Capacidade reduzida	8,80	11,37	8,12	7,91	13,30	9,46
Índice	93,0	120,2	85,8	83,6	140,6	100,0
Sentiram-se mal	10,55	8,75	12,10	13,15	13,85	11,05
Índice	95,5	79,2	109,5	109,0	125,3	100,0
EXPERIÊNCIA DE DOENÇAS CRÓNICAS:						
Tensão alta	16,57	17,81	15,95	17,63	16,44	16,86
Índice	98,3	105,6	94,6	103,0	97,5	100,0
Diabetes	5,14	4,70	4,69	3,49	3,46	4,55
Índice	113,0	103,3	103,1	76,7	76,0	100,0
Doenças nervosas	13,85	15,71	15,48	20,54	12,27	15,40
Índice	89,9	102,0	100,5	133,4	79,7	100,0

Fonte: Ministério da Saúde, Inquérito Nacional de Saúde — 1987, DEPS, Lisboa.

Nota — Padronização através do método directo pela população do continente.

¹² Veja-se Pereira (1988), sobretudo o anexo D, para evidência sobre estes pontos.

nizados pela estrutura de idades e sexo do continente, de forma a tornar a morbilidade evidenciada nas regiões estritamente comparável.

À partida não parecem existir disparidades sistemáticas entre as regiões. Todavia, o nível de desagregação geográfica (o único que mantém a representatividade do INS) é relativamente baixo. Possivelmente, se considerássemos as taxas de morbilidade entre áreas de menor dimensão, notar-se-iam padrões desiguais de doença mais claros e sistemáticos.

Uma outra tendência interessante é que poderá haver maior propensão por parte de certas populações do continente para declarar doença¹³. Considere-se como exemplo a população algarvia. Na hospitalização e nas doenças crónicas revela taxas inferiores à média do continente, enquanto na capacidade reduzida e no simples mal-estar, uma percentagem elevada da população da região declara-se doente. Existem duas interpretações possíveis deste fenómeno. Primeiro, que a população algarvia consegue conter os efeitos da doença, permanecendo no lugar de trabalho, embora com actividade reduzida ou mal-estar. A outra interpretação irá precisamente no sentido oposto. Dado que, para os casos da hospitalização e da prevalência de doenças crónicas, a fiabilidade das respostas é maior, a população algarvia seria relativamente saudável, revelando porém uma maior predisposição para se declarar doente. Esta suposição seria suportada pelos valores que apresenta para a capacidade reduzida e mal-estar, respectivamente, 40% e 25% superiores à média nacional. Se os dados do INS viessem, como seria justo, a ser usados no planeamento regional da saúde, aspectos como este deveriam ser tomados em consideração.

Suponhamos então que estaríamos interessados em medir a morbilidade geral da população. Dentre os diversos registos de incapacidade, a percentagem de pessoas que estiveram acamadas pelo menos um dia nas duas semanas anteriores será o indicador que simultaneamente reúne um alto grau de fiabilidade e maior probabilidade de reflectir as necessidades reais da população. Segundo este indicador, o Norte será a região do País com maior prevalência de morbilidade geral, apresentando um valor cerca de 12% superior à média do País. As regiões de Lisboa e vale do Tejo e Alentejo revelam, pelo contrário, valores 13% e 11% inferiores à média.

No que respeita à morbilidade específica, nomeadamente as três doenças crónicas, encontramos disparidades regionais distintas. O Centro e o Algarve apresentam sempre prevalências respectivamente superiores e inferiores à média do País; mas as restantes regiões não parecem evidenciar um padrão de morbilidade generalizável. Dois casos assinaláveis de sobrepeso de doença são a diabetes, na região Norte (13% superior à média do País), e as doenças nervosas, no Alentejo, extraordinariamente, 33% superiores ao resto do

¹³ Este é um aspecto largamente documentado na literatura sociológica internacional, sendo o exemplo mais comum a diferença entre cidadãos dos EUA de origem latina e anglo-saxónica. Os primeiros evidenciam maior propensão para se declararem doentes perante situações clínicas semelhantes (ver Tuckett, 1976).

País, valor que se eleva para 67% quando comparado com a prevalência no Algarve. De salientar que estas diferenças não poderão ser atribuídas às estruturas demográficas distintas das regiões, dado que os indicadores foram previamente padronizados.

Perante esta informação, será conveniente analisar a distribuição regional da utilização de cuidados de saúde. O quadro n.º 8 apresenta tais dados com respeito a três tipos de consumo, tanto públicos como privados: as consultas médicas, radiografias e análises clínicas. A região de Lisboa e vale do Tejo, embora sendo a zona do País com mais baixos níveis de doença, apresenta sempre taxas comparativamente superiores às do resto do País. No caso dos meios complementares de diagnóstico, que dependem invariavelmente da prescrição médica, as assimetrias agravam-se. Por exemplo, em relação à população alentejana, os residentes na região da capital consomem 34% mais radiografias e 56% mais análises.

Os indicadores apresentados poderão ser criticados no sentido em que ignoram a intensidade de utilização. Exemplificando, se, no Alentejo, cada uma das pessoas que relataram consumos positivos de análises tivessem utilizado, em relação aos residentes de Lisboa e vale do Tejo, um maior número desses meios de diagnóstico, os padrões desiguais de utilização aproximar-se-iam. Idêntico argumento poderia ser avançado para o caso da morbilidade: os padrões elevados para o Norte do País reduzir-se-iam se as populações do Sul evidenciassem mais dias de incapacidade. É altamente improvável, todavia, que tais suposições viessem a ser sustentadas. Num trabalho anterior (Pereira, 1988) verificou-se, em relação aos dados do INS para 1985 e comparando grupos de rendimento, profissão e escolaridade, que as assimetrias na prevalência quanto a utilização e morbilidade eram sempre agravadas quando se consideravam as suas intensidades. Seria de facto surpreendente se os valores regionais revelassem tendência oposta.

Taxas de utilização padronizadas pela idade e sexo nas regiões do continente

Percentagem de indivíduos com um ou mais consumos num período de referência de 3 meses

[QUADRO N.º 8]

Utilização	Norte	Centro	Lisboa e vale do Tejo	Alentejo	Algarve	Continente
Consultas	43,33	42,93	46,55	41,07	39,29	43,50
Índice	99,6	98,7	107,0	94,4	90,3	100,0
Radiografias	8,86	8,83	13,13	9,78	8,99	10,10
Índice	87,7	87,4	130,0	96,8	89,0	100,0
Análises	12,78	12,48	16,71	10,74	12,90	13,49
Índice	94,7	92,5	123,9	79,6	95,6	100,0

Fonte: Ministério da Saúde, Inquérito Nacional de Saúde — 1987, DEPS, Lisboa.

Nota — Padronização através do método directo pela população do continente.

4. CONCLUSÕES

Este trabalho procurou analisar desenvolvimentos, problemas e características fundamentais da situação de saúde dos Portugueses, bem como dos factores socioambientais que a rodeiam.

Embora o estudo seja essencialmente sintetizador de características gerais, três razões importantes permitiram uma análise mais aprofundada que em trabalhos anteriores: o recurso a dados não publicados do Inquérito Nacional de Saúde para 1987; a perspectivação da situação real do País através de comparações internacionais; e o enfoque específico em alguns factores associados à consecução do objectivo de equidade.

No que respeita aos factores socioambientais evidenciámos que Portugal permanece fundamentalmente uma sociedade semiperiférica no contexto europeu. A promoção da saúde e, especificamente, da equidade no sector deverá requerer, mais que em outros países, estratégias multissetoriais que incidam sobre as acções não directamente ligadas ao sistema prestador de cuidados.

Quanto à situação de saúde dos Portugueses, torna-se claro que temos vindo a atravessar um período de transição que nos aproxima dos padrões europeus. Como seria de esperar, nem todos os indicadores manifestam idêntico ritmo de desenvolvimento. Persistem problemas (p. ex., as disparidades regionais) que requerem uma atenção mais diligente por parte de políticos e planeadores, tanto dentro como fora do sector sanitário. Os dados retirados do INS demonstram que existe agora um sistema de informação bastante útil para prever os efeitos das decisões individuais e colectivas.

BIBLIOGRAFIA

- CAMPOS, A. C., 1983, *Saúde, o Custo de Um Valor sem Preço*, Lisboa, Ed. Port. Livros Técnicos e Científicos.
- CAMPOS, A. C., 1986, «Um Serviço Nacional de Saúde em Portugal: aparência e realidade», in *Revista Crítica de Ciências Sociais*, n.ºs 18/19/20, pp. 601-618.
- CAMPOS, A. C., 1987 (coord.), *A Combinação Público-Privada em Saúde: Privilégios, Estigmas e Ineficiências*, Lisboa, Escola Nacional de Saúde Pública.
- CAMPOS, A. C., 1988, «Privatização e protecção social: a combinação público/privado em Portugal», *Jornadas de Protecção Social na Administração Pública*, Lisboa, ADSE, 27-28 de Abril.
- CAMPOS, A. C., M. R. Giraldes, M. M. Moura-Theias e M. O. Almeida, 1981, «Gastos públicos com a saúde em Portugal, 1970-78», in *Análise Social*, vol. xvii, n.º 1, pp. 67-104.
- CAMPOS, A. C., A. Mantas, C. Sakellarides, H. P. Carreira, J. A. Pereira, J. S. Sá e L. Patrão, 1985, «Política de saúde», in IED (ed.), *Conferência sobre Políticas de Desenvolvimento Económico e Social*, caderno 10, vol. 2, Lisboa, IED.
- CARRILHO, M. J., 1985, «O declínio recente da mortalidade infantil em Portugal», in *Revista do Centro de Estudos Demográficos*, n.º 27.
- DEPS, 1991, *Inquérito Nacional de Saúde — 1987*, 2.º vol., *Metodologia*, Lisboa, Ministério da Saúde, DEPS (em publicação).

- EUROSTAT, 1989, *Basic Statistics of the Community*, 25.ª ed., Bruxelas, OOEPC.
- LE GRAND, J., 1982, *The Strategy of Equality*, Londres, George Allen & Unwin.
- MANTAS, A., F. Ramos, Lisboa, M. Roque, 1987, *Gastos Públicos com a Saúde*, Lisboa, DGFSS, Maio.
- MOTTA, L. C., e M. L. Sequeira, 1985, *Mortes Prematuras em Portugal por Causas Principais 1971-1983*, Lisboa, DEPS.
- NAZARETH, J. M., 1986, «População, emigração e retorno», in M. Silva (coord.), *Portugal Contemporâneo: Problemas e Perspectivas*, Lisboa, INA.
- OECD, 1984, *Reviews of National Policies for Education: Portugal*, Paris, OECD.
- OECD, 1988, *OECD Economic Surveys: Portugal*, Paris.
- PEREIRA, J. A., 1988, *Inequality in health care in Portugal: evidence from the National Health Interview Survey*, University of York, mimeo.
- PEREIRA, J., M. R. Giraldes e A. C. Campos, 1991 (coord.), *Desigualdade e Saúde em Portugal*, Lisboa, IED (em publicação).
- PEREIRINHA, J., 1986, «Repartição do rendimento», in M. Silva (coord.), *Portugal Contemporâneo: Problemas e Perspectivas*, Lisboa, INA.
- SANTOS, B. S., e P. Hespanha, 1987, «O Estado, a sociedade e as políticas sociais: o caso das políticas de saúde», in *Revista Crítica de Ciências Sociais*, n.º 23.
- SILVA, M., 1984, «Uma estimativa da pobreza em Portugal, em Abril de 1974», in *Cadernos de Ciências Sociais*, vol. 1, n.º 1.
- TUCKETT, D., 1976 (ed.), *An Introduction to Medical Sociology*, Londres, Tavistock.
- WHO, 1985, *World Health Statistics Annual — 1985*, Genebra, World Health Organization, 1985.