



## **Cenários de envelhecimento e saúde em Portugal no século XXI – causas e consequências de uma transição demográfica tardia**

**Filipa de Castro Henriques**

No findar de Oitocentos emergiu uma nova teoria sobre o futuro da população, mais tarde designada por “transição demográfica”<sup>1</sup>. No entanto, a verdadeira transição só pertenceu à segunda metade de Novecentos<sup>2</sup>, e as suas verdadeiras consequências, a este século ainda agora no seu começo. Portugal não foi excepção neste “novo” modelo de globalização comportamental da população mas “aderiu” a ele já tardiamente, com particularidades muito próprias das gentes portuguesas.

### **Transformação global e gradual da saúde, da doença e da morte**

É na análise das primeiras estimativas e recenseamentos, que se comprova que os primeiros sinais de recuos na mortalidade terão ocorrido, na Europa, ainda no século XVIII, quase de forma ininterrupta desde 1730, apesar de períodos difíceis vivenciados por alguns países europeus de forma assíncrona.

Para este processo de transformação, global e gradual das condições de saúde, da perspectiva face à doença e à morte, contribuíram uma multiplicidade de factores conjugados em três agentes potenciadores da transição para a modernidade demográfica<sup>3</sup>.

Como primeiro factor, a correlação entre fenómenos demográficos, económicos e sociais, reflectidos numa lenta e gradual melhoria das condições de vida após o começo de todo o processo de revolução industrial. Visível na maior higienização das populações e na melhor alimentação, resultante da “revolução agrícola”. Em consequência da industrialização, iniciada pelo Reino Unido, ocorreram progressos económico-comerciais<sup>4</sup>, espoletados pelo desenvolvimento das estradas, canais, portos e caminhos-de-ferro que arrancavam ao

1 HENRIQUES; RODRIGUES, 2009: 458-490; GANS, 1999: 60-67.

2 LÉON, 1982.

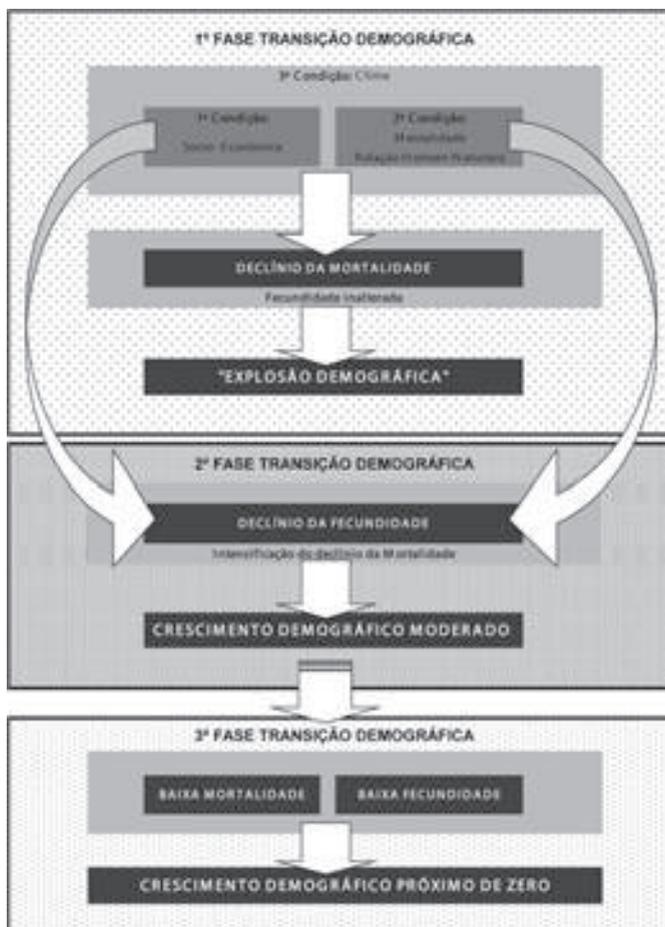
3 LÉON, 1982.

4 Refiram-se Adam Smith que trata a teoria do Liberalismo Económico e do Comércio Internacional em *A Riqueza das Nações* (1776) e David Ricardo com a teoria das vantagens comparativas que defendia: “A condição necessária e suficiente para o aparecimento de trocas internacionais entre dois países produzindo de dois bens idênticos, é que o custo relativo desses dois bens seja diferente nos dois países. Cada país tem então um interesse em se especializar na produção de um bem para o qual a sua vantagem relativa é maior ou a sua desvantagem relativa é menor, o que quer dizer que o custo é mais fraco comparado com o outro país”.

campo população na miséria e lhes proporcionava um complemento salarial nas fábricas. Com este fenómeno crescem também o trabalho feminino e a urbanização.

Como segundo agente, surge a crescente consciencialização da existência humana e do poder da sua razão sobre a natureza. O Homem compreende que possui poderes sobre a vida e morte até então desconhecidos e exclusivos da intervenção Divina. O homem da era moderna torna-se um homem científico, racional e conhecedor dos movimentos cíclicos da terrível trilogia fome, peste e guerra. É através deste despertar que o homem se torna mais poderoso, sábio e actuante perante a morte, doença e epidemias. É neste contexto do surgir do Homem Científico que se criam e se fundam academias de medicina (as primeiras cátedras de Obstetria, datam de meados do século XVIII, no Reino Unido), surgem verdadeiros tratados de medicina popular e científica. O apoio e a intervenção dos responsáveis estatais aumentam, passando a exercer um papel decisivo no progresso e divulgação dos planos de medicação e vacinação, promovendo os ensinamentos da medicina simples e eficaz no contexto urbano e rural, como é exemplo a formação de parteiras.

**Figura n.º 1 – Fases de transição demográfica**



Fonte: HENRIQUES, 2008.

Por último, junta-se às causas humanas uma terceira causa – a climática. O século XVIII foi um período com condições climáticas favoráveis à produção agrícola mas também à travagem da propagação da peste e da varíola. Com o ligeiro aumento da temperatura o contágio torna-se menos propício para a transmissão do mal.

### **Do declínio da mortalidade à explosão demográfica – considerações teóricas gerais**

Este período aqui retratado, em que ocorrem progressos no combate à mortalidade, denomina-se transição epidemiológica e sanitária<sup>5</sup>. Os maiores avanços neste período de transição ocorreram na mortalidade infantil. Nos poucos locais onde existem estatísticas, estas apontam para que a mortalidade infantil na Europa Ocidental se situasse nos 250 por mil, em 1750, mas entre atrasos e recuos houve períodos em que apenas sobreviviam três bebés em cada quatro.

A descoberta da varíola, o reconhecimento da sua existência sob forma epidémica e o facto de se perceber a sua maior incidência em crianças entre um e os quatro anos de idade, permitiu que no início do século XIX, o êxito no combate à varíola por meio da vacinação fosse decisivo no declínio da mortalidade das crianças pequenas. Apenas como exemplo<sup>6</sup>, nas cidades de Genebra, Londres e Königsberg (antiga Prússia), a varíola era responsável por 6 a 7 por cento do conjunto dos óbitos, 10 a 15 por cento dos óbitos em crianças e em épocas de crise esta aumentava para 20 a 40 crianças por cada cem.

Existem registos que relatam que em 1850, na Europa, a mortalidade infantil já tinha diminuído para metade da registada em 1750, e em 1900<sup>7</sup> países como a Noruega e Suécia registavam menos de 100 mortes por cada mil crianças. Como reflexo desta diminuição a esperança média de vida subiu rapidamente. Segundo os cálculos de Coale<sup>8</sup>, em França à medida que se processava a descida da mortalidade infantil ia-se registando um aumento da esperança de vida. Nos períodos<sup>9</sup> entre 1740-49; 1750-89; 1820-29 e 1900 morriam 296 crianças em cada mil, diminuindo sucessivamente para 278, 180 e 163. A esperança média de vida para sexos reunidos, aumentou de 24,8 anos, para 28 anos, entre 1750 e 1789, e de 38,8 anos para 50 anos, entre 1820 e 1910.

No início do período em que a mortalidade geral e a infantil denotavam sérios progressos, tempos houve em que a fecundidade permanecia forte dando origem às teorias malthusianas de incapacidade dos recursos naturais existentes acompanharem o crescimento demográfico. No entanto, esta realidade não foi duradoura e à data cresceu a consciencialização de que o declínio observado na fecundidade, ocorrida na maioria dos países ocidentais, era fruto de uma mudança estrutural e carecia de uma interpretação socioeconómica.

A investigação desenvolvida por teóricos americanos e franceses<sup>10</sup>, na última década do século XIX, evidenciava factores socioeconómicos para os casais aderirem à contracepção e controlarem o número de filhos nascidos. Os factores apontados passavam por preservar o status social através do controlo das despesas inerentes à educação dos filhos; melhorar a qualidade de vida dos filhos, aumentando os encargos com cada filho; o desejo das mulheres pela independência e consciencialização da escravatura da mulher no serviço doméstico<sup>11</sup>.

5 HENRIQUES; RODRIGUES, 2009: 462- 476.

6 LÉON, 1982.

7 CASELLI; MESLÉ; VALLIN, 1999: 140.

8 COALE, 1983: 496.

9 BLAYO, 1975: 123-141; CASELLI; MESLÉ; VALLIN, 1999: 140.

10 DUMONT, 1890:130.

11 HODGSON, 1983.

Como qualquer nova teoria, demorou tempo a ser aceite pela generalidade dos investigadores. Um dos resistentes foi o economista holandês Pierson (1890/1913), recusando a ideia de que um aumento da prosperidade na sociedade provocasse um decréscimo populacional, pois afirmava que mesmo que o número de nascimentos reduzisse por este factor, a mortalidade também ela iria diminuir. No decorrer da investigação, outros contemporâneos cedo provaram a existência de uma correlação inversa entre fecundidade e nível socioeconómico. Foram apontadas três causas: o nível de vida, a classe social e a residência urbana.

A par da evolução da mudança dos comportamentos face à fecundidade surgem novas conceptualizações sobre a futura dinâmica da população. O economista inglês Edwin Cannan<sup>12</sup> foi pioneiro nesta frente. Realizou as primeiras projecções com base nos recenseamentos gerais da população de Inglaterra e Gales, datadas de 1895. À época a generalidade dos países europeus, já possuía informação regular com intervalos de dez anos sobre totais populacionais, estruturas etárias e por sexo. Neste parâmetro Portugal não foge à regra e já realizava um levantamento preciso e regular da sua população<sup>13</sup>.

Novos conceitos introduzidos por Cannan, Fahlbeck<sup>14</sup> e Westergaard<sup>15</sup> vieram refutar as teorias malthusianas do óptimo da população e das projecções do crescimento descontrolado da população. Pela primeira vez um conjunto de autores conseguiu dar plausibilidade à teoria de que o fim do crescimento da população seria alcançado pela via pacífica; que o período do rápido crescimento da população era transitório e no futuro se iria assistir a uma transição demográfica com consequências ainda imprevisíveis.

Acreditava-se até há pouco tempo, que não existiam estudos correlacionando fecundidade e níveis sócioeconómicos anteriores a Warren S. Thompson, 1929. Thompson era, desta forma, apontado como pioneiro na teorização desta nova era de crescimento da população. Realidade contrariada e comprovada por Gans, ao enumerar os vários estudos e autores aqui resumidos em anteriores parágrafos.

Certo é, que a investigação de Thompson não foi amplamente divulgada e, em 1934, Landry desenvolveu na sua *La Révolution Démographique* as mesmas ideias orientadoras de Thompson, sem ter conhecimento da existência de estudos prévios. Estes autores defendiam que o crescimento populacional estava dividido em três estágios: primitivo; intermediário e contemporâneo.

Mais tarde, em 1945, Frank Notestein e Kingsley Davis denominaram este novo processo de Transição Demográfica e descreveram com pormenor as diferentes fases de crescimento da população apontando 3 fases de transição, descritos no seguinte processo: após um longo período marcado por um crescimento lento da população, onde a fecundidade era relativamente estável e a mortalidade oscilava entre períodos de crise, dá-se início à primeira fase do processo de transição com a mortalidade a diminuir enquanto a fecundidade se mantém num nível estável. Neste período assiste-se a uma intensificação no ritmo de crescimento da região em que ocorre. A segunda fase inicia-se quando a fecundidade muda a sua tendência e também ela decresce enquanto a mortalidade reforça a sua queda. Por último, a fecundidade e a mortalidade encontram-se a níveis agora mais baixos que nunca. A mortalidade mantém-se relativamente estável enquanto a fecundidade vai marcando o ritmo de crescimento populacional que se situa muito próximo de zero.

Neste modelo não são referidas as influências dos movimentos migratórios para o crescimento da população ou eventuais impactos na mudança ou retardar do processo de declínio da fecundidade. Os movimentos migratórios

12 CANNAN, 1895: 505-515.

13 RODRIGUES; MOREIRA; HENRIQUES, 2009: 291-325.

14 FAHLBECK. 1905.

15 WESTERGAARD, 1882.

foram vistos como retardadores do processo de envelhecimento demográfico, mas hoje reconhecesse-se que esta é apenas uma medida com efeitos de curto-médio prazo, não se repercute a nível estrutural.

Na prática, este fenómeno aqui descrito era apontado como exclusivo dos países desenvolvidos. O facto é que assim foi, durante décadas; hoje esta realidade é global e estende-se a todos os continentes<sup>16</sup>.

Foi em países como o Reino Unido, França e países Nórdicos que se iniciou no fim de Oitocentos a mudança de comportamentos face à mortalidade e fecundidade. Ao longo do século XX poucos foram os países que conseguiram adiar o inevitável processo de mudança estrutural da sua mortalidade e fecundidade.

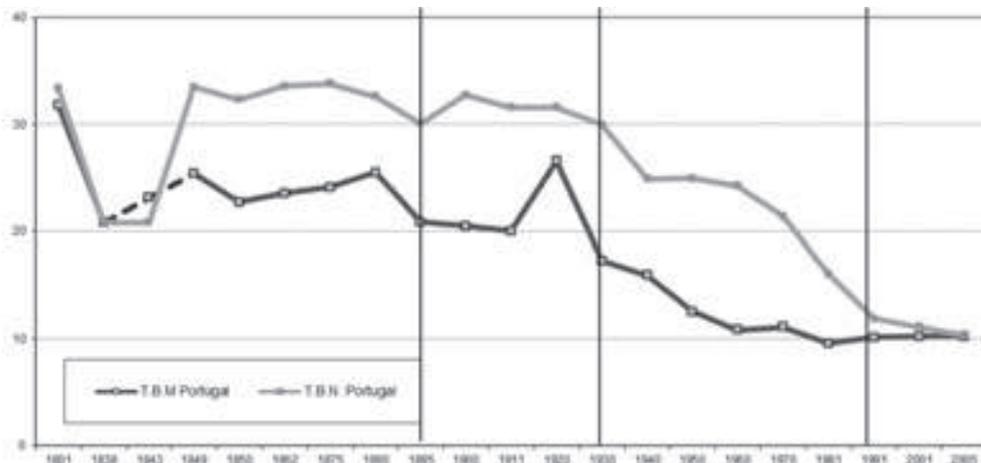
Portugal junta-se a este grupo de *inovadores* do processo demográfico no virar de Novecentos. No início do terceiro milénio nenhuma diferença são notadas face a este atraso na entrada.

### Factores socioeconómicos e políticos para a tardia transição demográfica em Portugal

Nos últimos anos do século XX, Portugal deu por terminada a sua transição demográfica, efectuada num tempo mais curto quando comparada com a duração quase bisseccular de outras regiões europeias. Deste término são testemunha certos indicadores, designadamente na análise dos ritmos moderados de crescimento populacional, nos baixos níveis de fecundidade e de mortalidade infantil e na elevada esperança média de vida.

Os considerandos que temos vindo a efectuar ganham alguma clareza se os consubstanciarmos ao caso português, uma vez que o modelo que caracteriza a transição demográfica obedeceu no nosso país a uma evolução idêntica à encontrada na maioria dos estados europeus, isto é, ocorrida a par de uma reestruturação das principais causas de morte. Por esse facto, foi também uma transição epidemiológica<sup>17</sup>, embora com uma cronologia diversa e ligeiras especificidades.

### Gráfico n.º 1 – Evolução da mortalidade e natalidade (Portugal, 1801-2005)



Fonte: HENRIQUES, 2008.

16 NAÇÕES UNIDAS, 2005.

17 O controle da mortalidade devida a factores exógenos (onde se incluem as doenças infecciosas e parasitárias) foi lentamente substituído pelo combate contra a morte provocada por causas de tipo endógeno (doenças crónicas e degenerativas), concentradas nas idades mais avançadas.

O modelo de transição demográfico em Portugal decorreu tarde, de forma lenta, com recuos e atrasos, condicionado pela também tardia industrialização e revolução agrícola, e pela instabilidade política de Oitocentos e começo de Novecentos.

Enquanto no norte europeu, em industrialização, os progressos no combate à mortalidade conquistavam vidas, Portugal, deparava-se com um fracasso na descolagem precoce da industrialização.

Este período decorreu de 1790 a 1851 e caracterizava-se por uma economia pré-industrial de cariz mercantil dependente economicamente da política de transporte de mercadorias, entre as colónias e a metrópole, sem qualquer transformação do produto ou acréscimo de valor. Nesta fase, o Marquês de Pombal visionava uma economia próspera à luz das novas ideologias económicas anglo-saxónicas<sup>18</sup>. Para alcançar esse feito, protegeu a burguesia comerciante, criando companhias de comércio, incentivando a criação de fábricas, esperando o desenrolar de uma revolução no sector agrícola. Este processo acabou por fracassar. A burguesia que tanto protegeu, acabou por se comportar como a nobreza por si tanto criticada e perseguida. A burguesia comerciante deu lugar a uma burguesia enobrecida, sem estímulo e avessa ao risco. À fragilidade da economia nacional, neste período, há a acrescer as conturbadas sucessões ao reino, o abalo político desencadeado pelas invasões francesas, a partida do rei para o Brasil e consequente independência da grande colónia.

A par desta instabilidade política decorriam surtos epidemiológicos que ceifavam vidas ao reino, como é o caso do paludismo (1804-1805), da peste amarela e de outras igualmente mortíferas. De acordo com o redactor de um artigo datado de Março de 1859, e publicado no *Archivo Universal*, ainda no século XIX “uma vigésima parte das crianças nascia já morta, outras morriam ao nascer e antes de completarem um ano.” De facto, a mortalidade infantil ceifava cerca de um quinto dos nascidos e apenas metade completava os sete anos de vida. Depois o ritmo da morte atenuava-se, atingindo valores mínimos nos indivíduos entre os dez e os quinze anos. Esta descida era mais ténue nos locais onde a diarreia e as enterites eram uma grande causa de morte. De seguida a curva iniciava a sua tendência ascendente, mais rápida nos momentos e zonas onde a tuberculose se evidenciava, afectando com intensidade os grupos etários entre os vinte e os quarenta anos. A mortalidade feminina era também empolada nessas idades, mas nesse caso também devido aos óbitos provocados por complicações durante a gravidez e parto, sendo acompanhada pelos homens, sempre que coincidia com qualquer conflito militar. Os níveis da mortalidade voltariam a crescer muito rapidamente entre os indivíduos maiores de quarenta anos, atingindo sobretudo o sexo masculino. A partir dos sessenta anos, as probabilidades de morte subiam exponencialmente e esta voltava a “assumir os seus direitos com mais intensidade, quanto mais é a decrepitude”.

Em pleno Antigo Regime Demográfico, ocorre a mudança de regime Absolutista para o regime Liberal, e institui-se uma Monarquia Constitucional. Neste processo houve intenções de modernização do país, através da criação de legislação reformadora e com a fundação do Banco Nacional. No entanto, estes esforços traduziram-se na manutenção de uma indústria artesanal e pelo retardar no processo de revolução agrícola e industrial havia pouca mão-de-obra disponível nas cidades para acelerar este processo. A estas tentativas, seguiram-se as medidas para acabar com o “Portugal Velho” de Mouzinho da Silveira, e os incentivos do Setembrismo à indústria. Regista-se a primeira exposição industrial portuguesa, aumenta o investimento privado e a mecanização, mas tais medidas não tiveram continuidade e o país permaneceu no marasmo, desprovido de estruturas materiais e humanas e persistência de uma indústria doméstica.

É no período, entre 1851 e 1890, denominado de Regeneração com Fontes Pereira de Melo, que ocorrem mudanças económicas e sociais potenciadoras da modernização do regime demográfico ocorrido no final

<sup>18</sup> Ideologia mercantilista – defendia o proteccionismo estatal de sectores chave para o país, entraves à importação e incentivos à exportação para uma balança comercial superavitária (exportações superiores às importações) com o fim de aumentar as reservas de ouro. Um Estado era considerado mais rico quanto mais ouro acumulasse nos seus cofres.

do século XIX. É neste período que se desenrola a “Revolução Verde” que promove alteração das estruturas agrárias por via da instituição de máquinas, animais, adubos, pecuária, vinicultura, cultura dos cereais, cortiça... e potencia a criação de um mercado interno através do aumento de cidades. Outra das medidas por si orquestradas foi a Política de Obras Públicas, assente numa ideologia liberal-capitalista, que permitiu modernizar infra-estruturas desde a rede ferroviária, rodoviária, remodelação de portos, pontes e faróis e meios de comunicação. Esta dinâmica económica repercute-se nos fenómenos demográficos, com o acentuar do êxodo rural, intensificação das migrações internas e emigração. Poderá dizer-se que a Fontes Pereira de Melo se deve a “arrumação” actual do território nacional e às diferenças entre comportamentos face à vida e à morte no campo e na cidade. Assim, na sociedade portuguesa tradicional, a condição social e económica, tal como o local de residência, proporcionavam a cada indivíduo diferentes probabilidades de sobrevivência. Vejam-se os casos de Lisboa e Porto em finais do século XIX, as duas grandes cidades portuguesas, onde em bairros com condições sanitárias e uma população residente muito distinta eram detectáveis diferenças superiores a dois anos em termos de esperança média de vida. Com efeito, as zonas residenciais nobres e salubres eram ocupadas pelos indivíduos mais abastados, com melhor resistência física, devida a uma dieta alimentar mais rica. À medida que as cidades cresciam, estreitava-se a ligação entre imigração, pobreza e mortalidade, na medida em que as doenças do foro epidémico passaram a incidir preferencialmente nos bairros pobres, onde era mais gritante a promiscuidade, a falta de aquecimento, de água potável canalizada e de esgotos.

Por último, o *Fontismo* permitiu ainda a criação de um mercado financeiro através de fusões de bancos e incentivos à canalização das remessas de emigrantes. Como consequência deste esforço Modernizador, o Estado tinha no fim de Oitocentos aumentado descontroladamente a dívida pública. Para colmatar esse facto viu-se forçado a aumentar a tributação desencadeando descontentamento geral da população.

É neste contexto que a morte apresentava nas sociedades do passado um carácter cíclico bem definido. Todos os anos as mesmas causas, nos mesmos meses, vitimavam os mesmos grupos etários e sociais. Nos meios rurais assinalavam-se dois grandes picos de mortalidade, um invernal e um estival. O frio juntava-se à regular escassez alimentar, provocando nos indivíduos de idade, mal agasalhados e nutridos, infecções de tipo bronco-pulmonar. Num segundo momento, sobretudo entre Julho e Setembro, com um máximo em Agosto, decorria o que alguns designaram por *massacre dos inocentes*. Nos centros urbanos, a relação entre o homem e o meio efectuava-se de forma ínvia, por interferência de aspectos vários, que alteravam o comportamento da morte tal como ela se definia nas sociedades agrárias. Por outro lado, nesses locais era menor a percentagem dos primeiros e últimos grupos etários, já que o fenómeno migratório envolvia prioritariamente indivíduos em idade activa, diluindo as oscilações sazonais, por que eram grandes responsáveis as camadas mais jovens e mais idosas.

Em 1890, dá-se a falência política e económica da Regeneração. Politicamente Portugal é atacado com o *Ultimatum*, cresce o descontentamento com a monarquia e eclode a crise económica de 1892. Este facto deveu-se à inexistência de um crescimento sustentado, promotor do crescimento autónomo da indústria. A indústria só se desenvolveu à custa do apoio do Estado. Quando protegidos, os industriais, não sentiam incentivos para aumentar a produtividade. Outro factor importante para o desenvolvimento económico e investimento, é a poupança. Embora, neste período, a poupança tivesse aumentado, um facto é que os portugueses não depositavam o seu dinheiro no banco. Sem poupança nos bancos as instituições financeiras não possuíam capital para proporcionar ao investimento. Contudo, embora economicamente não tivesse havido um crescimento sustentado e estruturante, esta dinâmica da segunda metade do século XIX serviu como principal fonte dinamizadora dos fenómenos demográficos ocorridos *à posteriori*, principalmente pela descida global dos níveis de mortalidade, com especial destaque para a mortalidade infantil e juvenil. Esta batalha do homem contra a morte foi travada em duas frentes, ligeiramente desfasadas em termos cronológicos. Numa fase inicial ela baseou-se nos progressos concretizados a nível preventivo, que os responsáveis políticos conseguiam em cada momento accionar, de forma a restringir o avanço e difusão de certas doenças de foro

epidémico, de que o melhor exemplo será a pronta introdução de cordões sanitários e subsequente isolamento dos locais suspeitos. Só num segundo momento, a acção dos higienistas e as campanhas de vacinação, na sequência das descobertas de Jenner e Pasteur, terão algum resultado concreto, o que será uma conquista mais do século XX que do anterior. Na realidade, haverá que aguardar pelos anos 30 para que a utilização de sulfamidas e o fabrico industrial da penicilina produza os primeiros efeitos práticos no combate a esse e a outros grandes males de tipo infeccioso. A doença e a morte continuaram a ser acontecimentos de quotidiano e só os avanços da medicina e a divulgação de certas práticas higiénicas acabarão por alterar a forma como semelhantes fenómenos passaram a ser vistos pelas populações. Esta será outra vitória do século XX.

Até final de Oitocentos, a medicina debatia-se numa extrema confusão em termos de diagnóstico, de tratamento da doença e, por maioria de razões, no momento da morte. Esse facto impede-nos de avaliar em termos estatísticos sérios as grandes causas de morte do passado, embora conheçamos a sua respectiva importância e incidência etária.

Nos anos noventa do século XIX, Portugal parece ter entrado num processo de lentas alterações a nível demográfico. Nas três décadas seguintes os valores atribuídos à mortalidade global decresceram 17 por cento, e o crescimento demográfico da população portuguesa teria sido bastante elevado, caso não existissem saldos migratórios de sinal negativo.

Vejamos então o que mudou e o que persistiu nos modelos de comportamento dos portugueses face à variável mortalidade no passado e no presente, sabendo que o século XX, sobretudo nas suas últimas três décadas, terá sido o momento das grandes mudanças.

Entre 1900 e 2005 a mortalidade geral diminuiu para metade (de 20,5 para 10 por mil), mas foi entre a década de trinta e oitenta que a mortalidade decresceu a um ritmo mais intenso. A partir deste período praticamente estabiliza como é característica da última fase de transição demográfica. Os contributos para a saúde ocorreram, no entanto, à medida que a jovem república ia amadurecendo e para este processo de transição da mortalidade terão contribuído as várias reformas sanitárias introduzidas a partir de 1901.

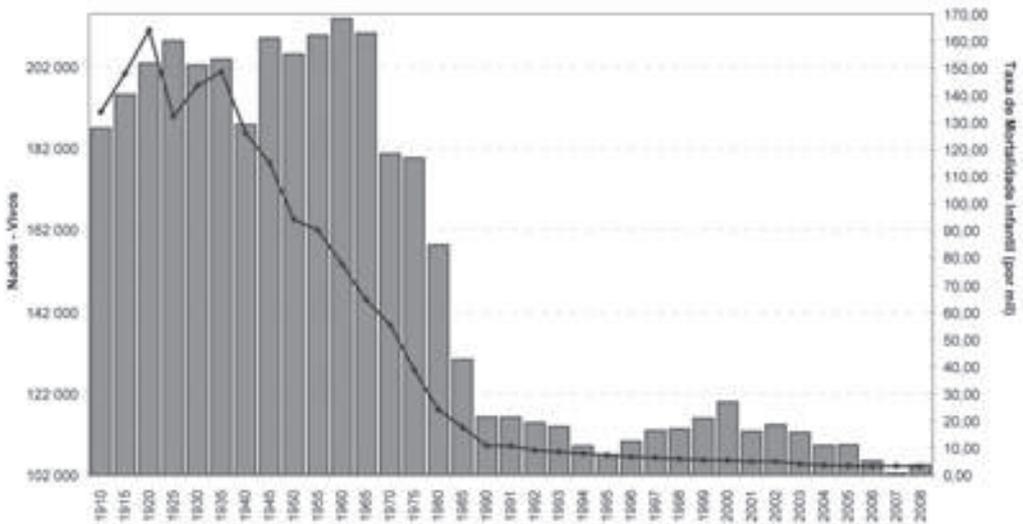
É no decorrer deste processo de declínio tardio mas progressivo dos níveis da mortalidade, que ocorre, em 1918, o último episódio de epidemia, a gripe pneumónica, também conhecida por Gripe Espanhola, própria do modelo de Antigo Regime. Este período constitui o momento mais grave da conjugação de factores económicos, sociais e políticos adversos reflectindo-se num recuo generalizado do nível de vida das gentes portuguesas com impactos na redução da esperança média de vida e na sobremortalidade geral e infantil. Porém, uma vez terminada essa fase negativa, a população reiniciou o seu movimento ascendente, que nem o início da Segunda Guerra Mundial conseguirá travar.

**Gráfico n.º 2 – Nascimentos, óbitos e saldo natural (Portugal, 1900-2005)**

Fonte: HENRIQUES, 2008.

No início do século XX, em Portugal, morriam 134 crianças antes de completar um ano de idade, por cada 1000 nascimentos; durante o período da gripe espanhola este indicador disparou para 164 óbitos por 1000 nascimentos. Após 1940, a mortalidade infantil viria a diminuir gradualmente, mas é com a introdução restrita do Plano Nacional de Vacinação, na década de sessenta, que os efeitos se fazem sentir, com a redução para metade (77,5 por mil). Com o alargamento da rede de acção social, ocorrida na década de oitenta juntamente com a criação do já referido Serviço Nacional de Saúde (SNS) que se assistiram às maiores quedas no indicador, para 7 vezes menos em relação a 1920! Mais à frente será retomada esta ideia. Estes efeitos não foram estanques a este período e hoje em dia Portugal tem uma das Taxa de Mortalidade Infantil (TMI) mais baixas do mundo, cerca de 3,3 por mil equiparadas às taxas de países como a Suécia, Finlândia, Islândia<sup>19</sup>.

<sup>19</sup> WORLD POPULATION DATA SHEET – PRB, 2009. A TMI mais baixa registada em 2009 pertencia a Singapura com 2,1‰, seguindo-se Islândia e Suécia com 2,5‰ o Japão regista 2,6‰ e a Noruega 2,7‰. O Afeganistão aparece aqui como o país do mundo com a mais alta TMI 155‰, seguindo-se a Angola com 125‰ e Burundi 120‰.

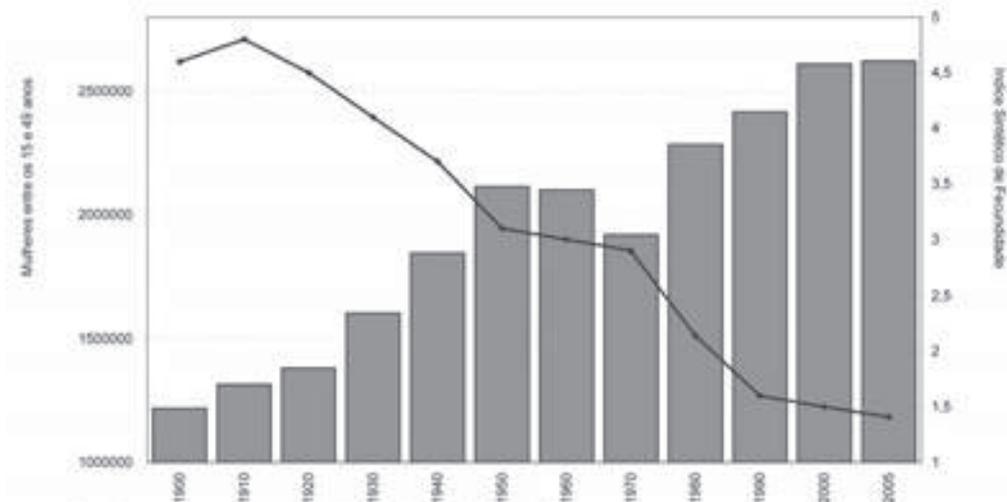
**Gráfico n.º 3 – Nados-vivos e TMI (Portugal, 1910-2008)**

Fonte: HENRIQUES, 2008.

Durante a ditadura militar assiste-se à intensificação do declínio da mortalidade e ao início do declínio da natalidade. Esta conjugação de fenómenos designa-se por segunda fase de transição demográfica. Estima-se que 1927 seja o ano de viragem, ano em que os nascimentos começam a abrandar quer em volume quer nos seus indicadores de referência. Os anos de maior volume nos nascimentos, antes da transição, terão ocorrido entre 1925 e 1926, com mais de 208 mil nascimentos. Em 1927 estima-se que os nascimentos tenham diminuído para 204 mil ao ano e que a tendência de decréscimo se acentuasse e em 1941 fosse de 184 mil ocorrências. Após este ano o processo de transição para a modernidade foi retardado. Entre 1941 e 1962, excepcionalmente, houve um aumento da natalidade (220 mil nascimentos em 1962, valor mais alto do século XX) e consequente estagnação na queda do Índice Sintético de Fecundidade (ISF), nos 3 filhos por mulher em idade fértil. Embora durante este período ocorresse uma ligeira diminuição no número de mulheres em idade fértil, fruto da forte corrente emigratória para a Europa, as mulheres que ficaram, intensificaram o processo reprodutivo, aumentando o número de nascimentos. Esta travagem foi por muitos entendida como reflexo da política de ideologia conservadora que enaltecia as qualidades e valores de um país rural.

É durante o ciclo de forte crescimento da economia portuguesa, nos designados “anos de prata”, da década de cinquenta, e mais intensamente nos anos sessenta “anos de ouro”<sup>20</sup>, que se dá continuidade ao processo de transição demográfica (1962) com a natalidade a declinar sem retorno e a intensificar-se após 1974. Para este facto contribuíram décadas de factores políticos, religiosos, mentalidade, social e económicos facilitados pela *Revolução dos Cravos* de 25 de Abril de 1974.

20 LOPES, 1998. Aceleração do crescimento económico entre 1960 e 1973 a taxa média de crescimento do PIB era de 6,9% – 13 anos de ouro da economia portuguesa.

**Gráfico n.º 4 – Mulheres entre 15 e 49 anos e fecundidade (Portugal, 1900-2005)**

Fonte: HENRIQUES, 2008.

A par de alguma turbulência política inicial neste regime, ocorreram mudanças estruturais na economia e na sociedade com clara afectação na população em geral mas na mortalidade, natalidade e fecundidade em particular.

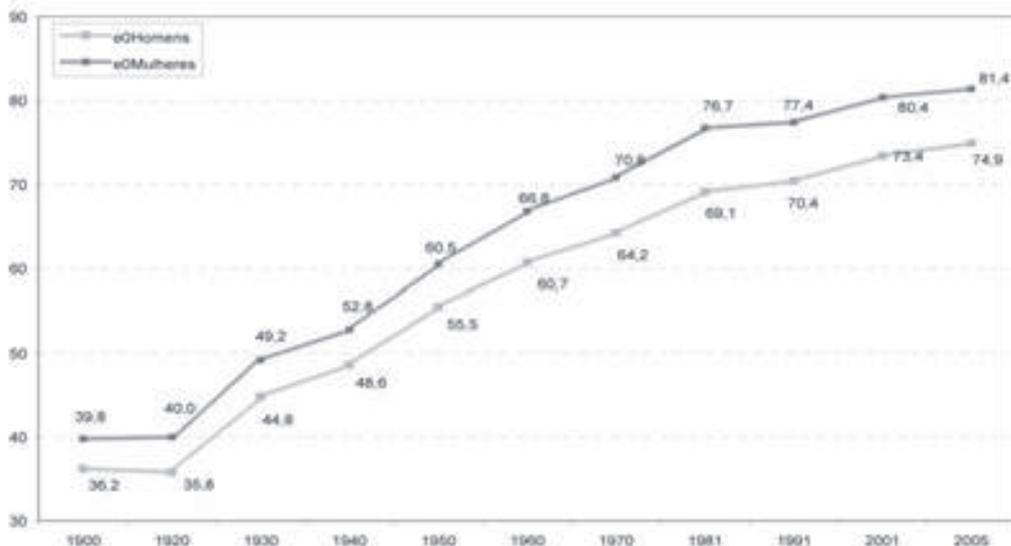
No período pós 25 de Abril, com o choque da descolonização e regresso de mais de 700.000 retornados veio reverter a tendência de perda de população e como reflexo nas mulheres entre 15 e 49 anos. Tradicionalmente este factor deveria ser dinamizador de uma maior fecundidade e natalidade. Mas de facto não o foi. A mulher portuguesa da década de 70 era uma mulher que sentia a força da liberdade e que apreciava outra felicidade não restrita ao lar, à família e à religião. Como consequência demográfica, desde 1981, que deixa de existir renovação das gerações em Portugal.

Foi neste período que foram criadas condições para o alargamento do protecção social, através da Segurança Social. Após a criação e consolidação do Serviço Nacional de Saúde (SNS) e alargamento da rede de saneamento básico nacional, proporcionaram avanços comprovados na redução da mortalidade geral, infantil e no progressivo aumento da esperança média de vida.

O declínio da mortalidade sustentou também alguns ganhos em termos de esperança de vida dos portugueses, que continuou a aumentar durante toda a segunda metade do século, fixando-se em 75 anos para os homens e 82 anos para as mulheres no ano de 2006<sup>21</sup>.

21 INE, 2006.

**Gráfico n.º 5 – Evolução da esperança média de vida à nascença para homens e mulheres (Portugal, 1900-2005)**



Fonte: HENRIQUES, 2008.

Durante o século XX a esperança média de vida à nascença das gentes portuguesas mais que duplicou, e hoje em dia um português vive em média mais 39 anos e uma portuguesa mais 42 anos, uma vida extra para um congénere de início de século XX!

Numa primeira fase, tratou-se sobretudo de aumentar as probabilidades de sobrevivência dos jovens, possível pelos avanços da ciência médica, pela generalização das práticas de profilaxia e pela divulgação de novos princípios de higiene pública e privada. Mais que os níveis globais da mortalidade, os valores da Taxa de Mortalidade Infantil (TMI) reflectem esses ganhos que, não obstante, beneficiam outros grupos etários, designadamente os mais idosos, aspecto que ganha importância à medida que foi crescendo a percentagem da população concentrada nos últimos escalões etários.

Outro fenómeno característico é a disparidade entre homens e mulheres a que a população portuguesa não foge à regra. No início de século XX as diferenças entre sexos não iam muito além dos 3 anos, em 1981 a diferença entre sexos é máxima com 7,6 anos. Após este período a tendência futura, segundo especialistas em gerontologia, é o estreitar das diferenças. O homem aqui terá uma clara vantagem pois irá aumentar os anos de vida a um ritmo mais acentuado que a mulher.

Até aqui foi analisada a evolução da mortalidade em termos quantitativos, e sem dúvida que diminuiu em todas as idades. Mas importa analisar a evolução das causas ao longo da transição epidemiológica, ocorrida em Novecentos, para compreender os futuros cenários da população portuguesa.

Com efeito, as causas de morte em Portugal alteraram-se muito e muito depressa, sobretudo nas últimas décadas. Reduziram-se as doenças do aparelho respiratório e digestivo (infecciosas e parasitárias), aumentou a incidência das doenças e mortes provocadas por complicações do aparelho circulatório, com especial destaque para as cérebro-vasculares, mas especialmente o número de mortes motivadas por tumores malignos.

### Quadro n.º 1 – Óbitos segundo causas de morte

Óbitos segundo causas de morte	1930	1950	1970	1975	1980	1985	1990	1995	2000	2005
<b>Infecciosas e parasitárias</b>	23,60%	18,80%	2,58%	2,20%	1,50%	1,00%	nd	1,90%	nd	nd
<b>Doenças do aparelho circulatório</b>	15,50%	21,90%	38,76%	40,10%	42,80%	44,30%	44,15%	41,87%	38,74%	34,05%
<b>Tumores malignos</b>	2,70%	4,90%	11,75%	13,20%	15,00%	16,70%	17,63%	19,25%	20,28%	21,07%
<b>Doenças do aparelho respiratório</b>	9,40%	15,90%	12,03%	9,20%	5,70%	7,20%	7,24%	7,65%	9,71%	10,48%
<b>Doenças do aparelho digestivo</b>	14,20%	9,20%	7,45%	nd	nd	nd	4,47%	4,36%	3,91%	4,30%
<b>Doenças do aparelho geniturinário</b>	nd	nd	1,95%	nd	nd	nd	1,22%	1,49%	1,49%	2,65%
<b>Sintomas, sinais, exames anormais, causas mal definidas</b>	nd	nd	nd	nd	nd	nd	11,75%	11,44%	12,43%	11,84%
<b>Doença pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV)</b>	nd	nd	nd	nd	nd	nd	0,15%	0,91%	0,90%	0,81%
<b>Tuberculose</b>	nd	nd	nd	nd	nd	nd	0,27%	0,30%	0,25%	0,27%
<b>Outras causas por doenças</b>	nd	nd	nd	nd	nd	nd	6,59%	7,02%	7,78%	10,30%
<b>Causas externas</b>	2,40%	2,70%	5,48%	7,20%	7,20%	7,30%	6,53%	5,70%	4,51%	4,23%

Fonte: INE – *Estatísticas da saúde*, 1930-2005.

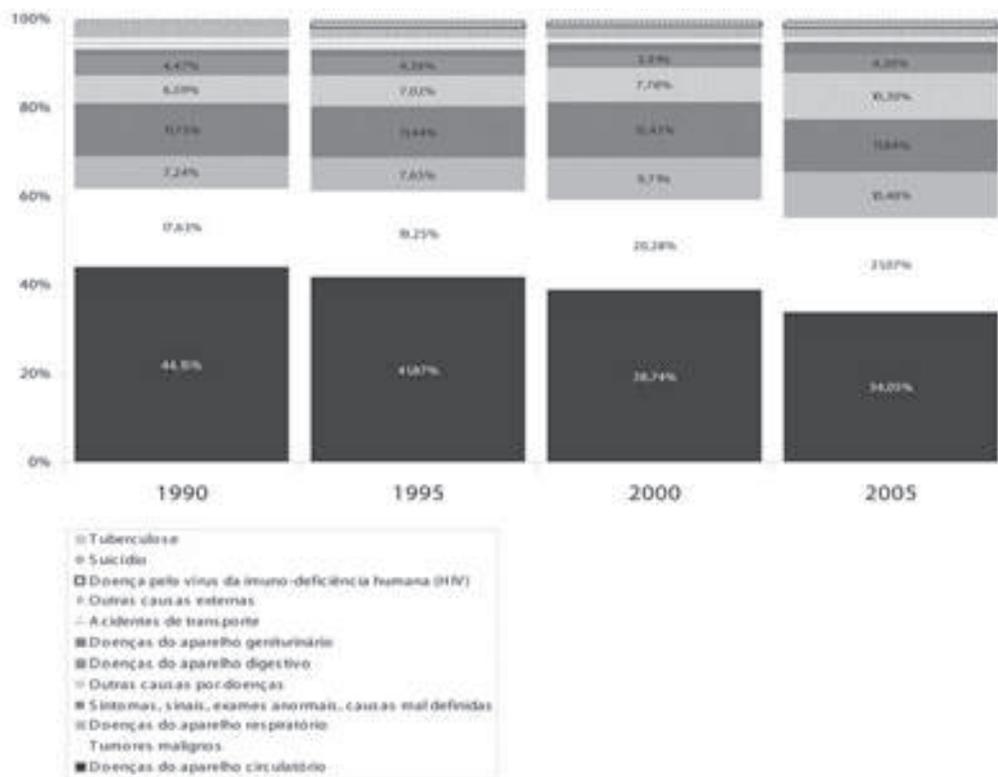
Nota: Para os anos 1930 e 1950: MORAIS, 1999; para os anos 1970-2005, cálculos da autora com base nas *Estatísticas da Saúde* do INE. A classificação de doenças infecciosas e parasitárias em 1930 e 1950 é mais geral e abrange mais categorias. As doenças do aparelho circulatório em 1970 incluem as doenças das glândulas endócrinas da nutrição, metabolismo e transtornos imunitários e doenças do sistema nervoso e dos órgãos dos sentidos.

Olhando com pormenor a última década e meia, já com o intuito de perceber o que o futuro nos reserva verificamos que embora as doenças do aparelho circulatório permaneçam como a principal causa de morte, estas decresceram mais de 19 por cento, isto é, em 1990 morriam 45 526 indivíduos e em 2005 apenas 36 723. Outra causa de morte que diminuiu, não só em termos de efectivos como em termos de peso no total de causas de morte, foi a causa por acidentes de viação. Em 1990, os acidentes rodoviários eram responsáveis por, praticamente, 3 em cada 100 mortos, quinze anos volvidos e intensas campanhas de prevenção rodoviária representaram uma descida para 1 por 100 óbitos. No entanto, mais espantoso é a redução em número, menos 1 516 óbitos por ano! Os ganhos nestas duas causas de morte representaram, em valores relativos, um acréscimo na mortalidade por tumores malignos, doenças do aparelho respiratório e geniturinário.

Enquanto no início da década de 90, 1 em cada 6 mortos eram vítimas de doenças cancerosas, hoje essa proporção é de 1 para cada 5 e ao nível das doenças do aparelho respiratório estas representavam uma vítima por cada 14 e actualmente representam 1 em cada 10. A doença que mais subiu em proporção nos últimos 15

anos foi a doença pelo vírus HIV que sextuplicou as suas vítimas! E estes números estão sub-representados, pela declaração de óbitos em outras causas de morte como é o caso da tuberculose. Embora em Portugal a prevalência de tuberculose seja das mais altas da Europa, nestes últimos anos foi uma das doenças a par dos suicídios que se manteve estável na representatividade do total de óbitos.

**Gráfico n.º 6 – Principais causas de morte em Portugal entre 1900 e 2006**



Fonte: INE, Portugal, 2007, *Anuário Estatístico de Portugal 2006/Statistical Yearbook of Portugal 2006*. Informação disponível até 30 de Setembro de 2007; INE, *Estatísticas da Saúde*.

Será que as devemos encarar como custos inevitáveis do desenvolvimento económico e social para o século XXI o aparecimento de novas causas de morte e a prevalência de outras? Será que ao diminuir a mortalidade a morbilidade aumenta? Será que os portugueses se vão sentir mais saudáveis embora mais velhos?

### **Consequência da Transição Demográfica: o envelhecimento demográfico**

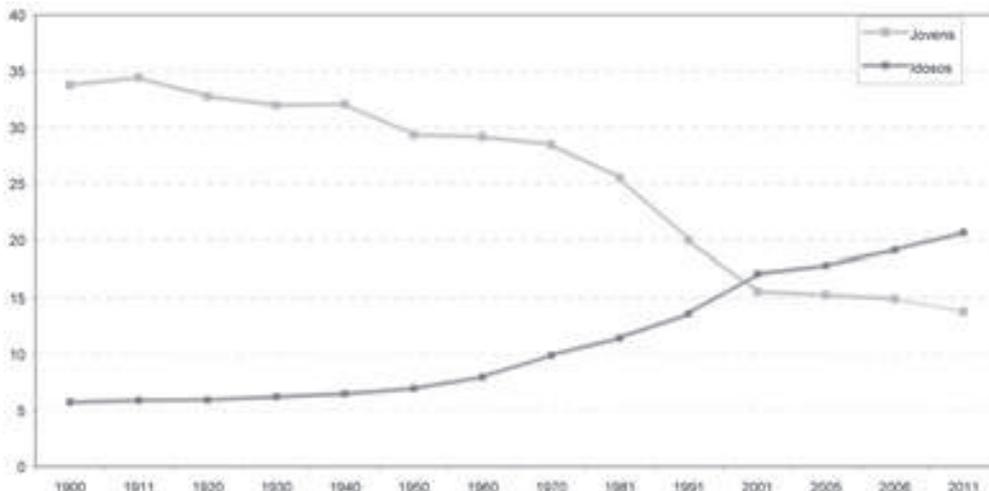
Sabemos que no horizonte das próximas décadas o processo de envelhecimento demográfico será inevitável e tenderá a acentuar-se nos grupos etários mais avançados; e fácil é concluir que os futuros idosos serão pessoas mais instruídas, com rendimentos superiores e acesso privilegiado a informação. Resta saber até que ponto estes factos poderão afectar a saúde deste grupo etário sénior, cuja representatividade tenderá a aumentar substancialmente. O envelhecimento<sup>22</sup> é leigamente entendido pelo aumento exclusivo da esperança

de vida. Mas esta é apenas uma parte do fenómeno, que se designa de envelhecimento no topo da pirâmide etária. Outra parte do fenómeno é o envelhecimento na base, justificado pelo declínio da fecundidade, isto é, pelo facto do número médio de filhos por mulheres em idade fértil ter decrescido nas últimas décadas para valores abaixo dos 2,1, número essencial para manter a renovação das gerações<sup>23</sup>.

A Europa é a região do mundo mais envelhecida. Embora o Japão seja o país do mundo com maior percentagem de população com 65 e mais anos (23 em cada 100) é a Europa que possui mais Estados declaradamente envelhecidos. Cerca de 35 Estados<sup>24</sup> possuem, pelo menos, 14 por cento de população idosa. Hoje, em Portugal, cerca de 17 em cada 100 residentes, tem mais de 65 anos<sup>25</sup>.

O crescimento populacional, no século XX, deste grupo de cidadãos foi notável. Entre 1900 e 2001, a população idosa, em Portugal, sextuplicou. No início, eram cerca de 310 mil, hoje são mais de 1,8 milhões, e é expectável que em 2021 mais de 2,1 milhões de residentes em Portugal tenham 65 ou mais anos, representando mais de 21 por cento da nossa população<sup>26</sup>.

**Gráfico n.º 7 – Evolução da população idosa portuguesa (Portugal, 1900-2011)**



No grupo dos idosos há que distinguir um primeiro grupo dos 65 aos 79 anos e um segundo que possui mais de 80 anos. É no segundo grupo que a intensidade de crescimento será maior. Nos próximos anos, por cada acréscimo de três idosos, dois terão 80 e mais anos e um terá 65 a 79 anos. No total dos 20 anos o grupo mais idoso terá aumentado quase 2 vezes e o grupo dos “jovens idosos” apenas acumulará mais 1,1 vez ao seu actual número. No início do século XX, apenas encontrávamos 1 em cada 100 portugueses que tivesse completado os 80 anos de vida; hoje 4 pessoas em cada 100; e certo é que nos próximos 20 anos, pelo menos, serão 6 em cada 100 portugueses.

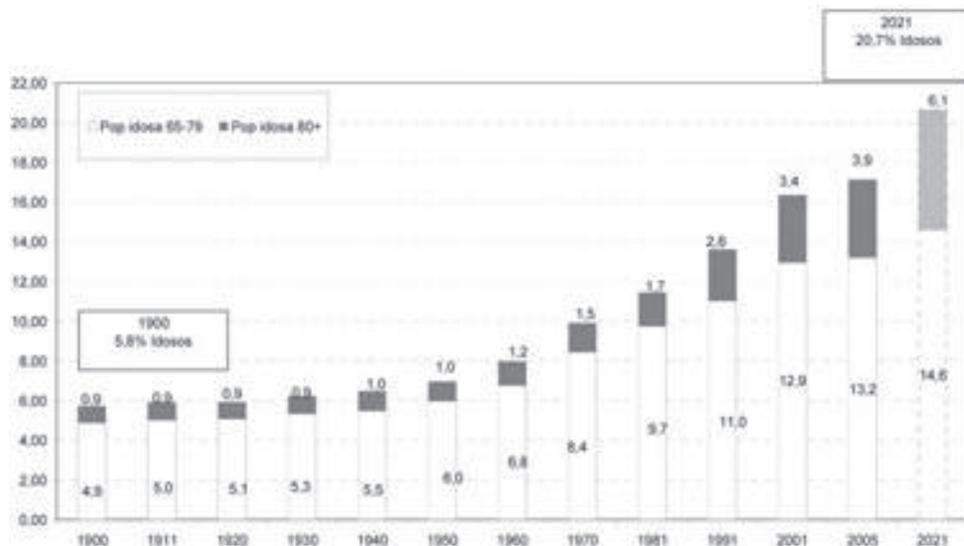
22 NAZARETH, 1988: 174-175.

23 Desde 1982, primeiro ano em que a substituição de gerações deixou de estar assegurado em Portugal.

24 PRB, 2009. Mónaco 24%; Alemanha e Itália com 20%; Grécia 19%; Suécia 18%; Dinamarca, Estónia, Finlândia, Letónia, Áustria, Bélgica, França, Suíça, Bulgária, Croácia, Sérvia e Espanha com 17%.

25 PRB, 2009.

26 Projeções para 2021 realizadas pela autora prevêem 20,7% como sendo o mínimo de população com 65 e mais anos a residir em solo português.

**Gráfico n.º 8 – Evolução da proporção da população jovem e idosa (Portugal, 1900-2021)**

A análise do fenómeno do envelhecimento não estaria completa se apenas traçássemos o evoluir da esperança de vida. Na caracterização da proporção de idosos *versus* jovens é notória a inversão clara do peso de ambos. No início de Novecentos, por cada 100 residentes, um terço eram jovens até 15 anos. Em 120 anos a população caracterizada como jovem reduzir-se-á em 20 pontos percentuais, passando de 33,8 por cento para 13,8 por cento do total de residentes em território nacional.

Ao analisarmos os números e não as proporções, conseguimos avaliar mais pormenorizadamente este efeito de redução de jovens. Em 1900, estavam recenseados em solo nacional 1,8 milhões indivíduos com menos de 15 anos; em 1960 o número de jovens atinge o máximo histórico de 2,6 milhões; no último recenseamento já estavam recenseados menos 100 mil que cem anos antes, isto é, 1,7 milhões. Para 2021 é provável que os jovens não ultrapassem os 1,5 milhões de representantes.

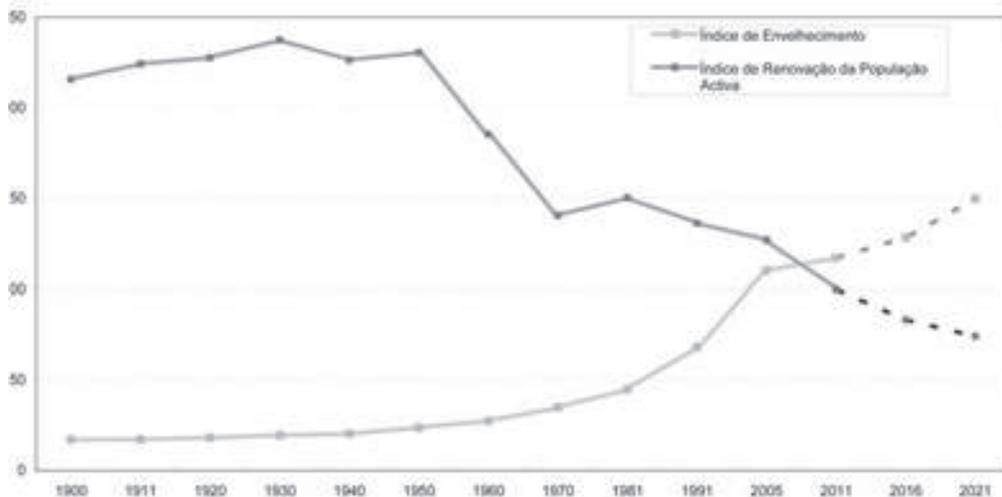
Foi no princípio deste novo século que testemunhámos a inversão entre o peso de jovens e idosos. Os jovens passaram a pertencer ao grupo com menor representatividade a nível nacional, como na maior parte das sociedades evoluídas. Resta saber se é uma causa ou consequência de tal evolução. Nas primeiras décadas de Novecentos, havia em média 1 idoso por cada 6 jovens, em 1960 havia menos de 4 jovens por cada idoso, em 2001 era uma relação de 1 para 1. Para 2021 a proporção espectável será de 150 idosos por cada 100 jovens<sup>27</sup>!

Parte deste decréscimo prende-se com a alteração de comportamentos já aqui amplamente citada e na análise do gráfico seguinte, a constatação é clara. A evolução da proporção de crianças com menos de cinco anos por mulher em idade fértil, *proxy*<sup>28</sup> do Índice Sintético de Fecundidade, permite antever a muito provável diminuição de nascimentos e consequente, descida de representatividade dos jovens na sociedade.

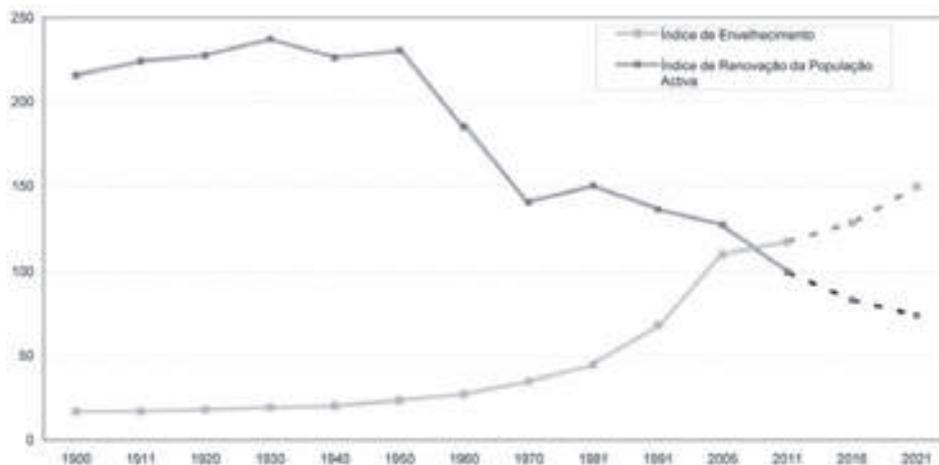
27 Projecções para 2021 realizadas pela autora.

28 População com menos de cinco anos a dividir pelas mulheres entre 15 e 49 anos em percentagem.

**Gráfico n.º 9 – Evolução das mulheres em idade fértil e do peso das crianças até 5 anos (Portugal, 1900-2021)**

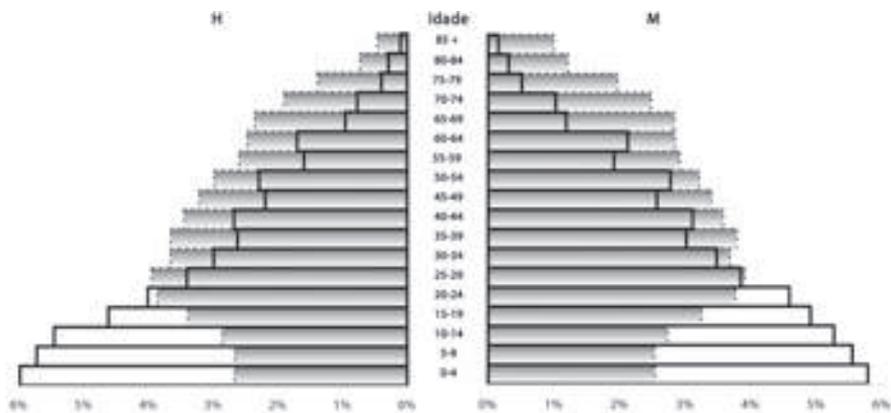
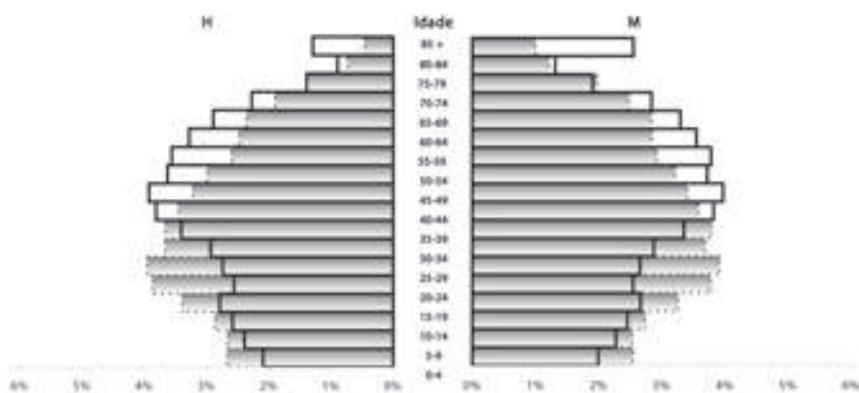


**Gráfico n.º 10 – Evolução do índice de envelhecimento e de renovação de população activa (Portugal, 1900-2021)**



Nos próximos dez anos, espera-se ainda que a população que completou pelo menos as 65 primaveras acresça em 500 mil indivíduos e o número de jovens com idade inferior a 15 decresça em 200 mil, desde o último recenseamento.

Outra característica do envelhecimento demográfico é a desproporção relativamente ao género. As mulheres constituem a grande maioria de população de 65 e mais anos em todo o mundo. Esta diferencialidade está visível na análise evolutiva das pirâmides de idades da população portuguesa entre 1900, 2001 e 2021. Apesar de à nascença existirem cerca de 105 rapazes por cada 100 raparigas, eles morrem mais. O desequilíbrio a favor das mulheres ocorre entre os 30 e 40 anos e vai aumentando com a idade. E é clara a vantagem entre os 85 e mais anos para as mulheres em 2021.

**Gráfico n.º 11 – Portugal – Pirâmide de idades. 2001-1900****Gráfico n.º 12 – Portugal – Pirâmide de idades. 2001-2021**

Fonte: HENRIQUES, 2008, com base nos *Recenseamentos Gerais da População Portuguesa* em 1900, 2021, INE e projecções da autora para 2021.

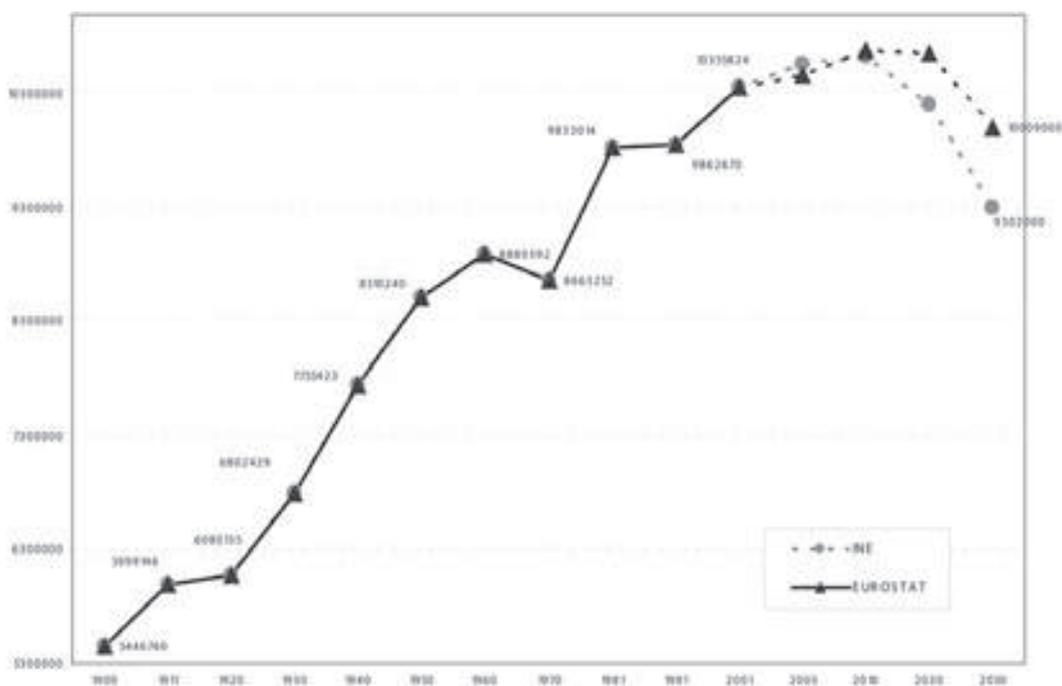
Cientistas e investigadores têm procurado justificar esta diferencialidade face à sobrevivência. Todavia não tem sido fácil. Encontrar a razão envolve estudar interdisciplinarmente factores biológicos, sociais e comportamentais. Se até então os homens apresentavam os maiores comportamentos de risco, como o de fumarem, a ingestão de bebidas alcoólicas e serem os que desempenhavam tarefas profissionais mais perigosas, tal não faz hoje grande sentido. As mulheres aumentaram consideravelmente o consumo do tabaco e do álcool e com o aumento da participação activa no mercado de trabalho, é provável que este *gap* face à mortalidade vá diminuindo progressivamente em favor dos homens.

Com a desproporção entre género em idades mais avançadas surgem outras particularidades por estado civil. As mulheres vivem mais, e por esse facto geralmente morrem viúvas, enquanto os homens morrem casados.

Como constatámos, Portugal não foge à tendência de envelhecimento global. Ao longo do século XX, a população portuguesa não sofreu alterações drásticas como guerras, epidemias ou catástrofes naturais<sup>29</sup>. As transformações estruturais foram moderadas e graduais, os efectivos nacionais aumentaram progressivamente,

embora em fases desiguais em termos de dinâmica global. Assim, a população residente em território nacional quase duplicou, entre 1900 e 2001, passando dos 5.446.760 residentes para os 10.355.824 recenseados a 12 de Março de 2001. Caberá à segunda década deste século o começo do declínio da população residente em Portugal. Cenários apontam para que dentro de quarenta anos a população portuguesa esteja entre o volume dos recenseamentos de 1970 e de 1991. Não é provável assistir-se a um crescimento geral da população ao contrário da tendência para a população idosa. Este facto resulta de uma conjugação de factores demográficos comportamentais face à vida e morte e também aos movimentos das suas populações.

**Gráfico n.º 13 – Evolução da população portuguesa e projecções do cenário do INE e EUROSTAT (Portugal, 1900-2050)**



Os saldos naturais há mais de três décadas que crescem a uma taxa próxima de zero tendo mesmo em 2007 sido negativa. O saldo natural neste ano foi negativo significando que morreram mais 1.396 pessoas do que as que nasceram, algo inédito desde 1918 ano da Gripe Espanhola (saldo fisiológico de 70.291). Novas doenças vão aparecendo e originando pânico generalizado das populações, as variantes da gripe aviária e suína... novas doenças estarão ainda por nascer e alterarão o curso aqui cenarizado. Mas certamente que com menor ou maior população o envelhecimento será uma certeza.

O envelhecimento pode ser encarado como uma vitória do Homem sobre a história da Humanidade: a esperança de vida é a mais longa de sempre! É o culminar de mais de dois séculos em transição dos fenómenos demográficos. É reconhecidamente o triunfo da saúde pública e dos avanços nos cuidados médicos. As populações têm cada vez maior acesso a uma alimentação rica e variada. Registou-se um desenvolvimento económico global.

Contudo, a problemática do fenómeno *envelhecimento* trouxe novos desafios às sociedades contemporâneas e aos responsáveis pelas políticas nacionais e organizacionais. Cada vez se evidencia mais a necessidade de consensos para enfrentar a problemática do envelhecimento, defendendo políticas de intervenção e integração no desenvolvimento, direccionadas para a sociedade como um todo, e não medidas isoladas para um grupo específico da sociedade.

Podemos questionar-nos em que medida a sociedade é afectada pelo envelhecimento crescente da sua população. As causas deste fenómeno têm sido estudadas e relacionadas, fazendo surgir questões como: até que ponto o prolongamento da esperança de vida contribui para uma melhoria da saúde dos idosos? Será que estes vivem mais e com melhor saúde? Como se estão a preparar as sociedades para o aumento de cuidados de saúde que uma população envelhecida carece? Qual a sustentabilidade económica de um país onde haverá mais idosos que jovens e onde a população activa que sustenta todo um sistema *pay-as you-go* é cada vez em menor proporção por idoso? Como irá o mercado de trabalho, os planos de reforma e os serviços adaptarem-se a cada vez mais anos a pagar reforma? Qual o regime fiscal que sustenta esta mudança drástica? Conseguirá a típica família nuclear dar o apoio e os cuidados necessários aos seus ascendentes? Sabendo que o cônjuge é quem proporciona os primeiros cuidados e apoio, com o aumento da frequência dos divórcios quem irá cuidar deles? Será que as actuais instituições de apoio formal de cuidados a idosos serão as mais adequadas?

**Figura n.º 2 – Interligações do Envelhecimento Demográfico**



O futuro... certamente que muito se poderia projectar e antever, para responder às questões aqui apresentadas, mas por mais certas que sejam as metodologias empregues quando se exercita o futuro, a única certeza é de que o cenário que prevemos não se concretizará... no entanto o que a prospectiva almeja é a plausibilidade destes cenários, é o podermos construir *futuríveis*<sup>30</sup>.

30 Cenários da autora prevêm manutenção dos ritmos dos movimentos migratórios idênticos ao verificado na última década.

O envelhecimento da população é um fenómeno que dificilmente se inverterá nas próximas décadas e por esse facto muitas preocupações económicas e sociais, nomeadamente na área da saúde, se têm levantado. Será que os aumentos esperados de morbilidade resultantes do aumento da esperança de vida, para o período 2001-2021 podem ser compensados pelo aumento do nível de instrução da população portuguesa?<sup>31</sup>

Os resultados positivos que se têm obtido quanto à associação entre educação e saúde, são o reflexo das pessoas com maiores níveis de instrução estarem dotadas de melhores ferramentas que lhes permitem estar mais informadas, aumentarem o seu conhecimento e beneficiarem de campanhas de prevenção (expondo-se menos a factores de risco), e de possuírem um sentido de maior controlo sobre as suas vidas e não deixarem tudo ao destino e *fado*... mas talvez o mais importante é que, regra geral, as pessoas com maior instrução têm maiores probabilidades de obter maiores rendimentos, o que lhes assegura padrões de qualidade de vida mais confortáveis.

É claro que uma sociedade mais instruída não traz exclusivamente mais benefícios para a saúde, pode também proporcionar uma mudança da mentalidade de toda uma nação e originar muitos outros benefícios por explorar...

Em conclusão, seria esperado que o aumento do número de pessoas idosas no período entre 2001 a 2021 pudesse significar uma deterioração na saúde dos portugueses. O que comprovámos com este estudo é que este efeito é contrabalançado pelo aumento do nível de instrução da população portuguesa. Pois tal como ficou aqui provado, existe um efeito marcante e directo entre educação e saúde, então, podemos afirmar com confiança que um aumento do nível de instrução contribuirá para uma melhor saúde dos portugueses no futuro.

## Bibliografia

- AGUIAR, Álvaro; MARTINS, Manuel M. F. 2003 – *O crescimento da produtividade da indústria Portuguesa no século XX*. Porto: CEMPRE, Faculdade de Economia da Universidade do Porto.
- BACCI, Massimo; TAPINOS, Georges, 1999 – “Économie et population” in BARDET, Jean-Pierre; DUPÂQUIER, Jacques (coord.) – *Histoire des Populations de l'Europe. Les temps incertains 1914-1998*. Paris: Ed. Fayard, vol. III.
- BARDET, J. P.; DUPÂQUIER, J. 1998 – “La Révolution Démographique (1750-1914)” in *Histoire des Populations de l' Europe*. Paris: Ed. Fayard, vol. II.
- BARRETO, António, 2000 – *A Situação Social em Portugal 1960-1999. Indicadores sociais em Portugal e na União Europeia*. Lisboa: ICS.
- BEREND, Ivan T., 2006 – *An Economic History of twentieth-century Europe*. Cambridge: Cambridge University Press.
- BLAYO, Yves, 1975 – “La mortalité en France de 1740 à 1829”. *Population*. P. 123-141.
- CABRAL, Manuel Villaverde; SILVA, Pedro A.; MENDES, Hugo, 2002 – *Saúde e Doença em Portugal*. Lisboa: Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa.
- CALDWELL, J. C., 1985 – “Education and literacy as factors in health” in HALSTEAD, S. B.; WALSH, J. A.; WARREN, K. S. (eds.) – *Good Health at Low Cost*. New-York: Rockefeller Foundation, p. 181-185.
- CANNAN, E., 1895 – “The probability of a cessation of the growth of population in England and Wales during next century”. *The Economic Journal*. Vol. 5, n.º 20, p. 505-515.
- CARRILHO, Maria José, 2008 – “A situação Demográfica recente em Portugal”. *Revista de Estudos Demográficos*. Lisboa: INE, n.º 42.
- CASELLI, G.; MESLÉ, F.; VALLIN, J., 1999 – “Le triomphe de la médecine” in BARDET, Jean-Pierre; DUPÂQUIER, Jacques (coord.) –

31 Muito se tem escrito e debatido sobre a ligação entre níveis de educação e saúde. Tem-se procurado descortinar se as diferenças de saúde por nível de instrução terão origem em processos sociais (níveis de instrução mais elevados causam melhor saúde ou, pelo menos, uma deterioração da saúde mais lenta) ou se, pelo contrário, existe uma selecção natural com base na saúde (pessoas mais saudáveis têm uma probabilidade acrescida de alcançar níveis de instrução superiores). As conclusões internacionais indicam que a associação entre o estatuto sócio económico, em particular a ligação entre educação e saúde, são na sua maioria resultado de processos sociais e apenas uma pequena proporção se deve a uma selecção natural com base na saúde (JOUNG *et al.*, 2000).

32 HENRIQUES, 2005.

- Histoire des populations de l'Europe. Les temps incertains 1914-1998*. Paris: Ed.Fayard, vol. III.
- CAVELAARS, A.E.J.M. ; KUNST, A.E. ; GEURTS, J.J.M. *et al.*, 1998 – “Differences in self-reported morbidity by educational level: A comparison of 11 Eastern European countries”. *Journal of Epidemiol Community Health*. Rotterdam, n.º 52, p. 219-227.
- CHESNAIS, J. C., 1986 – *La transition démographique. Étapes, formes, implications économiques. Étude de séries temporelles (1720-1984) relatives à 67 pays*. Paris: PUF/INED.
- COALE, A. J., 1983 – “Regional model life tables and stable populations”. *Studies in Population*. New York, London: Academic Press, VIII, 496.
- COALE, A., 1973 – “The demographic transition”. *Proceedings of the IUSSP Conference*. Liège, p. 177-211.
- COALE, A.; WATKINS, S., 1986 – *The Decline of Fertility in Europe*. Princeton: Princeton University Press.
- CÓNIM, Custódio, 1999 – *Geografia do envelhecimento da população portuguesa: Aspectos sociodemográficos 1970-2021*. Lisboa: Departamento de Prospectiva e Planeamento.
- DE SANTIS, Gustavo, 1997 – “Demografia ed Economia”. *Studi e Ricerche*. Bologna, p. 51-54.
- DUMONT, A., 1890 – “Le progrès de la natalité est en raison inverse de la capillarité sociale”.
- EASTERLIN, R.A., 1980 – *Birth and Fortune: The impact of numbers on personal welfare*. New York.
- EUROSTAT, 2007 – *Europe's demographic future: facts and figures on challenges and opportunities*. Bruxelas: European Commission.
- FAHLBECK, 1905 – “Bulletin de l'Institut International de Statistique”. France.
- FERNANDES, Ana; VEIGA, Teresa; HENRIQUES, Filipa, 2005 – “A Social Conditions: The educational level on FELICIE members. *National Report for WP6*, Paris.
- FERNANDES, Ana, 1997 – *Velhice e Sociedade: Demografia, Família e Políticas Sociais em Portugal*. Oeiras: Celta Editora.
- GANS, H. 1999 – “Population Forecasting 1895-1975: The Transition to Modernity”. *Springer*. p. 60-67.
- GODET, Michel; FABRICE, M. Régine, 1997 – *Manuel de Perspective Stratégique. L'art et la méthode*. Paris: Durot.
- HAJNAL, J, 1982 – “Two kinds of preindustrial household formation system”. *Population and Development Review*. 8 (3), p. 449-494.
- HENRIQUES, Filipa, 2007 – “Envelhecimento, Educação e Saúde uma análise prospectiva. Portugal 2021”, comunicação apresentada no VIII Congresso de la *Asociacion de Demografia Histórica (ADEH)*. Espanha.
- HENRIQUES, Filipa, 2005 – *Envelhecimento, Educação e Saúde uma análise prospectiva. Portugal 2021*. Lisboa: ISEGI, UNL (dissertação de mestrado).
- HENRIQUES, Filipa; RODRIGUES, Teresa Ferreira, 2008 – “O século XX: a transição” in RODRIGUES, Teresa (coord.) – *A População Portuguesa. Das longas permanências à conquista da modernidade*. Porto: Ed. Afrontamento, p. 417-513.
- HENRIQUES, Filipa, RODRIGUES, Teresa; MARTINS, Maria, 2009 – Ageing, Education and Health in Portugal – prospective from 19th do 21th century. *Revista Hygiea Internationalis*. Suécia. Disponível em: <<http://www.ep.liu.se/ej/hygiea/>>.
- HENRIQUES, Filipa, RODRIGUES, Teresa, 2010 – “Essay on Ageing and Health projections in Portugal”. *Joint Eurostat/Unece Work Session on Demographic Projections. Lisbon 28-30 april 2010*. Disponível em: <<http://www.unece.org/stats/documents/ece/ces/ge.11/2010/wp.6.e.pdf>>.
- HUISMAN, M.; KUNST, A.E.; ANDERSEN, O. *et al.*, 2004 – “Socioeconomic inequalities in mortality among elderly people in 11 European populations”. *Journal of Epidemiol Community Health*. Rotterdam, n.º 58, p. 468-475.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA, 1984 – *XII Recenseamento Geral da População, II Recenseamento Geral da Habitação, 1981. Antecedentes, metodologia e conceitos*. Lisboa.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA, 1995 – *XIII Recenseamento Geral da População, III Recenseamento Geral da Habitação, Censos-91. Antecedentes, metodologia e conceitos*. Lisboa.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA, 2001 – *XIV Recenseamento Geral da População, III Recenseamento Geral da Habitação, Censos-91. Antecedentes, metodologia e conceitos*. Lisboa, 8 vols.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA, 2002 – *O envelhecimento em Portugal: Situação demográfica e sócio-económica recente das pessoas idosas*. Estudo do Serviço de Estudos sobre a População do Departamento de Estatísticas Censitárias e da População no âmbito da II Assembleia Mundial sobre o envelhecimento. Disponível em: <[www.ine.pt](http://www.ine.pt)> [consult. Dez. 2004].
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA, 2006 – *Indicadores Sociais*. Lisboa (dados).
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA, 1900 a 2008 – *Estatísticas Demográficas* (dados).
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA, 2007 – *Anuário Estatístico de Portugal 2006. Statistical Yearbook of Portugal 2006* (dados).
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA, 2004 – *Atlas das Cidades de Portugal*. Lisboa.
- JOUNG, I.M.A.; KUNST, A.E.; IMHOFF, E.VAN *et al.*, 2000 – “Education, Aging and health, to what extent can the rise in educational level relieve the future health (care) burden associated with population aging in the Netherlands?” *Journal of Clinical Epidemiology*. 53. Disponível em: <[www.sciencedirect.com](http://www.sciencedirect.com)> [consult. Set. 2004].
- KEYNES, John, 1936 – *The General Theory of Employment, Interest and Money*. US.

- KINSELLA, KEVIN & VELKOFF; VICTORIA A., 2001 – “An Aging world: 2001”. *U.S. Census Bureau. Series*, P95/01-1. Washington, DC.: U.S. Government Printing Office.
- KINSELLA, KEVIN; PHILLIPS, David R., 2005 – “Global Aging: The Challenge of Success”. *Population Bulletin*. Washington, DC: Population Reference Bureau, vol. 60, n.º 1.
- LANZIERI, Giampaolo, 2006 – “Long-term population projections at national level”. *Population and Social Conditions*. Bruxelas: EUROSTAT.
- LÉON, Pierre (dir.), 1982 – *História Económica e Social do Mundo*. Lisboa: Sá da Costa Editora, vols. V, VI.
- LIVI-BACCI, Massimo, 1988 – “La Península Ibérica e Itália en visperas de la transición demográfica” in PÉREZ MOREDA, Vicente; REHER, David-Sven (eds.) – *Demografía histórica en España*. Madrid: Ediciones El Arquero, p. 139-178.
- LOPES, Silva, 1998 – *A economia portuguesa desde 1960*, 4ª ed. Lisboa: Gradiva.
- MENDES, M.; REGO, C.; CALEIRO, A., 2006 – *Educação e fecundidade em Portugal: As diferenças nos níveis de educação influenciam as taxas de fecundidade?*. Documento de trabalho n.º 10. Évora: Universidade de Évora.
- MENDES, Maria Filomena Ferreira, 1992 – *Análise sociodemográfica do declínio da fecundidade da população na década de 80. O caso particular do custo económico da criação* (texto policopiado).
- MÓNICA, Maria Filomena, 1978 – *Educação e Sociedade no Portugal de Salazar*. Lisboa: Editorial Presença.
- MORAIS, Maria da Graça, 1999 – *A Transição da Mortalidade e Estruturas de Causas de Morte em Portugal Continental durante o Século XX*. Évora: Universidade de Évora (dissertação de doutoramento em Sociologia).
- MOREIRA, Maria João Guardado, 2001 – *A Dinâmica demográfica na região do INTERREG Ibérico no Final do Século XX*. Lisboa: FCSH-UN (dissertação de doutoramento em Sociologia).
- NAZARETH, J. M., 1977a – “As inter-relações entre família e emigração em Portugal: um estudo exploratório”. *Economia e Sociologia*. n.º 23, p. 31-48.
- NAZARETH, J. M., 1977b – “Análise regional do declínio da fecundidade da população portuguesa”. *Análise Social*. Lisboa, n.º 23 (52), p. 901-986.
- NAZARETH, J. Manuel, 1988 – *Princípios e métodos de análise demográfica portuguesa*. Lisboa: Editorial Presença.
- NAZARETH, J. Manuel, 1988 – “Os próximos 20 anos”. *Unidade e diversidade da demografia portuguesa no final do século XX*. Lisboa: F.C.G., vol. III.
- NAZARETH, J. Manuel, 1996a – *Introdução à Demografia – Teoria e Prática*. Lisboa: Editorial Presença.
- NAZARETH, J. Manuel, 1996b – “Prospectiva do envelhecimento demográfico na União Europeia”. *População e Sociedade*. Porto, n.º 2, p. 77-96.
- NAZARETH, J. Manuel, 1996c – “Os grandes cenários de evolução do envelhecimento demográfico em Portugal no contexto da União Europeia até 2050”. *População e Sociedade*. Porto, n.º 5, p. 5-23
- NAZARETH, J. Manuel, 2004 – *Demografia – A ciência da população*. Lisboa: Editorial Presença.
- NOTESTEIN, F. W., 1945 – “Population the long view” in SCHULTZ, E. (ed.) – *Food for the World*. Chicago: University of Chicago Press, p. 36-56.
- NOTESTEIN, F. W., 1953 – “The economics of population and food supplies. Economic problems of population change”. *Proceeding of the 8th International Conference of Agricultural Economists*. Londres.
- OLIVEIRA, I. T., 2003 – *O Declínio da Fecundidade em Portugal: o Sistema de Respostas Múltiplas*. Lisboa: FCSH-UNL (dissertação de doutoramento).
- OLIVEIRA, I. T., 2005 – “Indicadores demográficos nas regiões portuguesas entre 1890 e 1981”. *Revista de Estudos Demográficos*. n.º 38, p. 149-162.
- RODRIGUES, Teresa (coord.), 2009 – *História da População Portuguesa. Das longas permanências à conquista da modernidade*. Porto: CEPESE, Ed. Afrontamento.
- RODRIGUES, Teresa; PINTO, Maria, 1996a – “Migrações internas” in ROSAS, Fernando; BRITO, J. M. Brandão de (dir.) – *Dicionário de História do Estado Novo*. Lisboa: Círculo de Leitores, vol. II, p. 561-565.
- RODRIGUES, Teresa; PINTO, Maria, 1996b – “1981-1991: as tendências recentes da evolução populacional portuguesa”. *História*. Lisboa, n.º 26, p. 44-53.
- RODRIGUES, Teresa; PINTO, Maria, 2002 – “Migrações no Portugal do Século XX”. *Ler História*. Lisboa, n.º 43, p. 179-203.
- RODRIGUES, Teresa, 1998 – “A demografia de Espanha e Portugal. Portugal nos dois últimos séculos: as assimetrias de crescimento regional” in *Los 98 Ibericos y el mar*. Lisboa, tomo I.