
“Envelhecimento e nível de instrução. Efeitos na saúde da população e nas políticas de saúde e bem-estar em Portugal. Séc. XX e Início Séc. XXI. (Preâmbulo)”

Carla Leão

Departamento de Estudos Políticos – FCSH/UNL

Centro de Estudos da População, Economia e Sociedade - CEPES

carla.leao@fcs.unl.pt

Resumo

O cenário demográfico actual evidencia um processo de envelhecimento incontornável e gerador de desafios para as sociedades e para os sectores que com elas se relacionam, como a saúde. As consequências do fenómeno, especificamente o aumento da esperança média de vida e dos efectivos com mais de 65 anos e mais de 80 anos, na saúde e em outras áreas das políticas sociais são inevitáveis. Concluiu-se que as futuras alterações nos níveis de instrução afectarão positivamente a saúde, esbatendo alguns efeitos negativos. Detendo este conhecimento, constatando que tanto o processo de envelhecimento como o aumento do nível de instrução tem sido gradual e considerando que estas alterações demográficas e o estado de saúde das populações se repercutem no “modus operandis” do poder governativo, consideramos relevante o seu estudo para os vários Estados permitindo conhecer o cenário local facilitando a tomada de decisão. Colocamos as questões: (1) Qual a evolução do cenário demográfico em Portugal, a nível das NUTS III, relativo à população com mais de 65 anos?; (2) Qual a evolução dos serviços de saúde, nas mesmas regiões, que respondem às necessidades desta população?; (3) Uma vez conhecido que o factor – nível de instrução – influencia a saúde da população, qual é o estágio actual e futuro da população com mais de 65 anos em relação ao nível de instrução?; (4) Será o nível de instrução da futura população, com mais de 65 anos, um contributo para a diminuição da sobrecarga dos serviços de saúde?. Concluímos que esta população, na generalidade das NUTS III, está a aumentar, bem como o nível de instrução podendo induzir a melhor saúde e a necessidades diferentes relativamente aos serviços de saúde. Actualmente o quadro é substancialmente diferente e conseqüentemente as necessidades também o serão.

Palavras chave: Portugal; Envelhecimento; Saúde; Políticas públicas

O incontornável cenário global de envelhecimento das populações é gerador de desafios para a sociedade e para todos os sectores que com ela se relacionam, como é o caso dos sectores da saúde e das políticas que o regem. Contextualmente analisamos Portugal e especificamente as suas NUTS III¹. Utilizando uma metodologia descritiva baseada em revisão bibliográfica e análise de dados estatísticos publicados disponíveis², pretendemos responder às questões: (1) Qual a evolução do cenário demográfico, a nível das NUTS III, relativo à população com mais de 65 anos?; (2) Qual a evolução do quadro dos serviços de saúde, nas mesmas regiões, que respondem às necessidades desta população?; (3) Uma vez conhecido que o factor – nível de instrução – influencia o estado de saúde da população, qual é o estágio actual e futuro

¹ Este é um resumo inicial que contribuirá para um estudo aprofundado sobre esta problemática: Dissertação de Doutoramento em Relações Internacionais, especialização em Globalização e Ambiente. Faculdade de Ciências Sociais e Humanas – Universidade Nova de Lisboa, no âmbito do Projecto AgHeP PTDC/SOC-DEM/098382/2008, financiado pela FCT

² Nem sempre correspondentes ao mesmo período de tempo e espaço geográfico, uma vez que o contexto temporal limitou a obtenção dos dados, bem como limitou a análise e aprofundamento de todas as temáticas. Após a pesquisa de dados existentes sobre o envelhecimento em Portugal por NUTS III considerámos ser mais credível utilizar uma única fonte de dados, uma vez que nem sempre os mesmos são sobreponíveis. Assim optámos pela base e fonte de dados do Instituto Nacional de Estatística por a considerarmos credível.

da população com mais de 65 anos em relação ao nível de instrução?; (4) Será o nível de instrução da futura população, com mais de 65 anos, um contributo para a diminuição da sobrecarga dos serviços de saúde, que se adivinha com o aumento desta população?. A história da humanidade foi modelada, de um modo geral, por um ritmo de crescimento populacional lento. As taxas de mortalidade e de natalidade eram elevadas no entanto a primeira impedia o contributo positivo da segunda devido à fome, às epidemias e às catástrofes naturais. Com a Revolução Industrial nos séculos XVII e XVIII e as consequentes transformações no modo de vida das populações, nas condições higiénicas, sanitárias e de saúde, o crescimento da população acelerou-se nos países industrializados. O período das duas Grandes Guerras alterou este cenário demográfico, não obstante na segunda metade do século XX com os avanços no sector da saúde, entre outros factores, a população mundial aumentou, a taxa de mortalidade diminuiu, a esperança média de vida aumentou, ao que se somou a diminuição do índice de fecundidade, induzindo à conclusão do que se denomina como transição demográfica, a qual é interdependente da transição sanitária e da epidemiológica. A evolução deste processo levou a que se assista na actualidade a índices de fecundidade de tal forma baixos que não garantem a substituição das gerações, bem como ao aumento dos efectivos populacionais com mais de 65 anos e de 80 anos, em tal dimensão que induz à preocupação dos Estados e que leva à designada “Globalização do envelhecimento demográfico”^{3 4 5 6 7 8}. Este cenário observou-se igualmente em Portugal com alguns hiatos impostos pelo histórico político e social do Estado. Até ao início do século XX, a dinâmica demográfica portuguesa era moderada relacionado com o nível elevado de mortalidade e fecundidade. Os benefícios conquistados durante o século XX favoreceram a população portuguesa e criaram condições socioeconómicas e de saúde, que proporcionaram o aumento da esperança média de vida. No período 1930/2005 Portugal passou por um processo de transição epidemiológica e sanitária, para o qual as campanhas de vacinação e de promoção da saúde e o uso de antibióticos foram uma aposta afortunada. Ressalvamos que estas conquistas efectuaram-se, de forma heterogénea, sendo que nas regiões mais interiorizadas, este processo foi mais lento e menos enérgico⁹. Concordantemente optámos por descrever o processo de envelhecimento em Portugal por NUTS III, para tal analisamos os anos 1991 (sumariamente), 2001 e 2008, recaindo essencialmente sobre os indivíduos com mais de 65 anos devido ao objecto de estudo se relacionar com o envelhecimento no topo. Relativamente ao ano de 2001 e à população com idades compreendidas entre os 0 e os 4 anos e com mais de 65 anos¹⁰, percebemos que a população entre os 0 e os 4 anos diminuiu em relação ao ano de 1991¹¹ e em oposição aumentou a pertencente ao grupo funcional dos 65 e mais anos, estando este cenário representado na maioria das NUTS III do país. No que respeita à população com mais de 65 anos esta representava¹² entre 12% e 32% da população total das NUTS em estudo, sendo 12% correspondente às Sub-regiões do Cávado, Ave e Tâmega e 31% ao Pinhal Interior Sul. Em 2001 todas as NUTS tinham um percentual superior a 10%

³ Ressalvamos que este quadro é concernente aos países desenvolvidos no entanto, embora com alguma *décalage*, também tem vindo a afectar os países menos desenvolvidos por influência dos mais desenvolvidos

⁴ Population Reference Bureau Staff, *Transitions in World Population*. Population Bulletin, Vol.59,Nº1, Março 2004. Washington.

⁵ Population Reference Bureau Staff, *World Population Highlights: Key Findings From PRB'S 2009 World Population Data Sheet*. Population Bulletin, Vol.64,Nº3, Setembro 2009. Washington.

⁶ Population Reference Bureau Staff, *Population and Health: An Introduction to Epidemiology*. Population Bulletin, Vol.54,Nº4, Dezembro 1999. Washington.

⁷ Population Reference Bureau Staff, *Global Aging: The Challenge of Success*. Population Bulletin, Vol.60,Nº1, Março 2005. Washington.

⁸ Rodrigues, Teresa Ferreira, Moreira, Maria João Guardado. *Modelos de Mortalidade em Portugal*, in *Ler História*, nº49, Lisboa, 2005, pp 145-169

⁹Idem

¹⁰Idem

¹¹ INE. Estimativas Anuais da População Residente.

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

¹²Idem

sendo que entre os 20% e os 30% se enquadravam 12 NUTS. A comparação destes valores com os de 1991¹³ demonstra o aumento do peso dos indivíduos com mais de 65 anos no total da população. Assim a população com mais de 65 anos nas Sub-regiões¹⁴, representava na sua maioria, à semelhança do ano de 1991¹⁵, valores acima de 15000 efectivos populacionais com excepção da Serra da Estrela e do Pinhal Interior Sul (respectivamente 11597 e 13432), e com mais de 60000 indivíduos tínhamos 8 NUTS. No que respeita ao género a população com mais de 65 anos¹⁶ e análogo a 1991¹⁷, existiam em todas as NUTS um número superior de mulheres em relação aos homens. Em relação à distribuição por grupos funcionais dos homens e das mulheres com mais de 65 anos^{18 19}, os dados apresentados são demonstrativos do aumento da representatividade dos grupos funcionais que enquadram os mais idosos quer nos homens quer nas mulheres. Quanto ao ano de 2008 e à população com idades compreendidas entre 0 e os 4 anos e com mais de 65 anos (Gráfico 1²⁰), apreendemos um processo de envelhecimento em crescendo com a população entre os 0 e os 4 anos a diminuir na maioria das regiões em relação ao ano de 2001 e em contraposição a aumentar a população com mais de 65 anos. Esta ultima representava (Gráfico 2²¹) entre 12% e 31% da população total das NUTS, sendo 12% correspondente às Sub-regiões dos Açores, a qual diminuiu o seu percentual de indivíduos com mais de 65 anos em 1%, e 31% ao Pinhal Interior Sul que igualmente diminuiu em 1%. Em 2008 todas as NUTS mantinham um percentual superior a 10%: entre os 10% e os 15% - 7 NUTS; entre os 15% e os 20% - 8 NUTS; entre os 20% e os 25% - 12 NUTS; entre os 25% e

Gráfico 1 – População 0-4 anos e 65+ anos, 2008, Portugal NUTS III

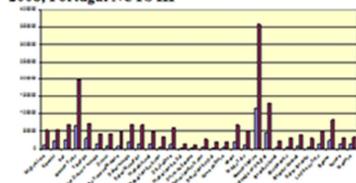
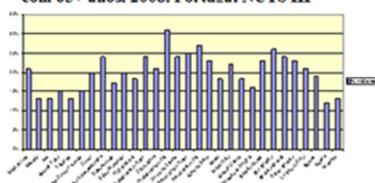


Gráfico 2 – Percentagem da população com 65+ anos, 2008, Portugal NUTS III



os 30% - 2 NUTS; acima dos 30% - 1 NUT (Pinhal Interior Sul). Ressalva-se o facto de que do ano de 2001 para 2008 a maioria das regiões (17 NUTS) aumentou o percentual de indivíduos com mais de 65 anos, 9 regiões mantiveram tendo percentagens entre os 18% e os 31% e 4 regiões diminuíram

(Beira Interior Sul que desce 1% para 27%; Baixo Alentejo que desce 1% para 23%; os Açores e a Madeira que descem 1% para 12% e 13% respectivamente). Estas oscilações não são muito representativas, para a globalidade do processo, uma vez que em 2008 a maioria das regiões passaram a situar-se entre os 15% e os 25% demonstrando que, embora com oscilações, o processo de envelhecimento da população no topo é um facto consumado. A população com mais de 65 anos nas Sub-regiões, conforme gráfico 3²², representava na sua maioria, à semelhança do ano de 1991 e 2001, valores acima de 15000 efectivos populacionais com excepção da Serra da Estrela e do Pinhal Interior Sul que se mantêm com valores inferiores a 15000 tendo diminuído os valores de 11597 e 13432 respectivamente para 11250 e 12329: entre os 15000 e os 30000 - 5 NUTS; entre os 30000 e os 45000 - 6 NUTS; entre os 45000 e os 60000 - 6 NUTS; entre os 60000

¹³ INE. Estimativas Anuais da População Residente.

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

¹⁴ Idem

¹⁵ Idem

¹⁶ Idem

¹⁷ Idem

¹⁸ Idem

¹⁹ Idem

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

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

²¹ Idem

²² Idem

e os 75000 - 6 NUTS; acima de 75000 – 4 NUTS (Grande Lisboa – 357991; Grande Porto – 197020; Península de Setúbal – 128764; Algarve – 81769). Relativamente ao género a população distribuía-se conforme gráfico 4²³ e análogo a 1991 e 2001 existiam em todas as NUTS um número superior de mulheres em relação aos homens. No que concerne com a distribuição por grupos funcionais dos homens e das mulheres com mais de 65 anos²⁴ denota-se o aumento da representatividade dos grupos funcionais que enquadram os considerados mais idosos (75+ anos) quer nos homens quer nas mulheres, sendo que o número de idosos com mais de 80 anos aumentou na generalidade das NUTS III com excepção, para os homens, do grupo funcional 80-84 anos na Região Autónoma da Madeira e no grupo funcional dos 85+ anos na Serra da Estrela. O grupo das mulheres aumentou de igual modo, as excepções são o grupo funcional dos 80-84 anos para o Médio Tejo e o grupo funcional 85+ anos para a Serra da Estrela. Após a exposição dos dados conclui-se que na generalidade das NUTS III o processo de envelhecimento encontra-se em crescendo tanto na base como no topo. Embora pontualmente existam oscilações, o grupo das mulheres é o que tem maior representatividade e os grupos funcionais que apresentam um aumento mais relevante e homogéneo são os grupos dos 80-84 anos e 85+ anos. De forma a atingir os objectivos e após concluído o quadro relativo ao envelhecimento nas várias NUTS III,

Gráfico 5 – Homens com 65+ anos por grupos funcionais, 2008, Portugal NUTS III

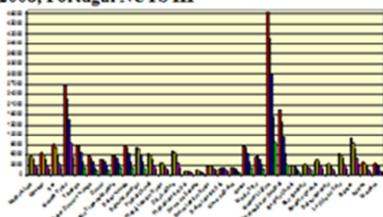
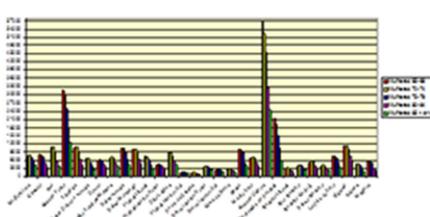


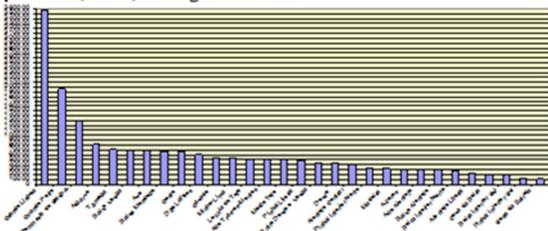
Gráfico 6 – Mulheres com 65+ anos por grupos funcionais, 2008, Portugal NUTS III



impõe-se o estudo mais exaustivo dos dados relativos à população com mais de 65 anos para o período mais actual de que dispomos ou seja 2008. Concordantemente, a análise à população residente nas NUTS III com mais de 65

anos do ano 2008, demonstrou que o processo de ampliação deste grupo etário é irrefutável sendo mais evidente, na

Gráfico 7 – População com 65 e mais anos, somatório homens e mulheres, 2008, Portugal NUTS III



generalidade das regiões, o crescimento da população com mais de 80 anos, ficou ainda demonstrado que o grupo das mulheres é o mais representativo. O gráfico 7²⁵ apresenta a população com mais de 65 anos nas várias regiões, sobressaindo que as regiões com mais efectivos são: Grande Lisboa; Grande Porto; Península de Setúbal; Algarve. A tabela 1²⁶ apresenta os efectivos

populacionais com 65 e mais anos das várias regiões expostas por ordem de grandeza. O cruzamento desta tabela com o gráfico 7²⁷ evidencia as regiões com maior número de idosos ou seja as que se podem considerar mais envelhecidas no topo. Assim todas as regiões têm mais de 11000 idosos e a maioria detém entre 30000 e 70000 idosos. Impõe-se

²³ Idem

²⁴ Idem

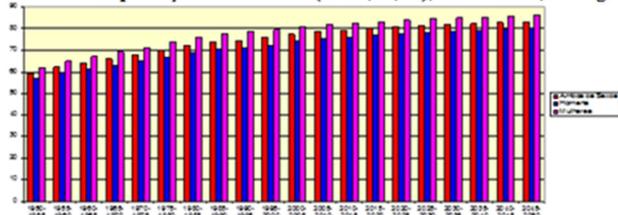
²⁵ Idem

²⁶ Idem

²⁷ Idem

dado confirmado pelas projecções da esperança média de vida à nascença (Gráfico 9³²) demonstrativas do aumento expressivo a ocorrer até 2050. De forma a acentuar o facto do envelhecimento estar em crescendo acrescentamos que um estudo do INE³³ revela que em “(...) 2050, o Índice de Envelhecimento ascenderá a 243 idosos por cada 100 jovens, e a proporção de pessoas idosas no total da população será de 32% (...)”. Apesar do fenómeno do envelhecimento demográfico geral e no topo em particular, se generalizar ao território nacional, referimos que este continuará a

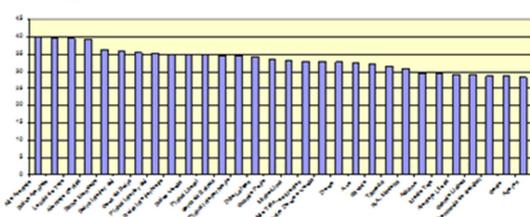
Gráfico 9 – Esperança média de vida (H+M; H; M), 1950 – 2050, Portugal



apresentar-se de forma desigual nas várias regiões, a comparação ao nível das NUTS III (Gráfico 10³⁴) ficam evidentes as assimetrias regionais, no entanto constata-se que o processo do envelhecimento demográfico será uma realidade em todas as regiões e que a proporção de indivíduos com mais de 65 anos vai

aumentar. Ao compararmos a percentagem de população com mais de 65 anos em 2008 (Gráfico 2) e 2050 (Gráfico 10) apercebemo-nos que em 2008 a região com valor mais elevado era o Pinhal Interior Sul com 31% e em 2050 este valor,

Gráfico 10 – Percentagem da população com 65 e mais anos, 2050, Portugal NUTS III



que era o máximo em 2008, aproxima-se do valor mínimo o qual é 28,4% para os Açores. Em 2050 o valor máximo é 40% para o Alto Alentejo e vinte e três das trinta NUTS III terão mais de 30,9% da população com mais de 65 anos. Embora não se apresentem os valores absolutos para as regiões sabe-se que a população residente diminuirá de 10 626 mil indivíduos em 2010, para 9 302 indivíduos em 2050, ou seja

perderá cerca de 1 324 mil indivíduos em quarenta anos³⁵, ao que somamos os movimentos migratórios do campo para a cidade e do interior para o litoral, desta operação poderemos extrapolar que a população nas áreas interiores e rurais do país será reduzida, no entanto carece reforçar que o peso de idosos, mesmo após este raciocínio, permanece elevado bem como o facto de que os números dos muito idosos irão aumentar. A exposição dos indicadores demográficos anteriores, é demonstrativa do processo de envelhecimento actual e futuro essencialmente no que concerne ao envelhecimento no topo, ou seja ao aumento da população com mais de 65 anos e especificamente ao grupo dos indivíduos com mais de 80 anos. Sendo consensual que com a idade o organismo humano vai perdendo capacidades e potencialmente terá maior tendência para a doença, este facto remete-nos para a necessidade de utilização dos serviços de saúde, por parte da população idosa. As estatísticas³⁶ demonstram-no claramente, pois o grupo funcional dos 65 e mais anos é o que detém maior número de indivíduos nos vários escalões de consultas no período de referência 2005/2006³⁷. Assim estes dados estatísticos remetem-nos para a necessidade de serviços de saúde em número suficientes para responder às necessidades dos potenciais utentes. Concordantemente descrevemos o cenário numérico antecedente e actual dos equipamentos de

³²Elaboração Própria. Fonte: Population Division of the Department of Economic and Social Affairs of the United Nations Secretariat, *World Population Prospects: The 2008 Revision*, <http://esa.un.org/unpp>

³³INE, Gonçalves, Cristina, Carrilho, Maria José, *Envelhecimento Crescente mas Especialmente Desigual*. Revista de Estudos Demográficos, nº 40.

³⁴Elaboração Própria. Fonte: INE, Gonçalves, Cristina, Carrilho, Maria José, *Envelhecimento Crescente mas Especialmente Desigual*. Revista de Estudos Demográficos, nº 40

³⁵INE, Gonçalves, Cristina, Carrilho, Maria José, *Envelhecimento Crescente mas Especialmente Desigual*. Revista de Estudos Demográficos, nº 40.

³⁶Elaboração Própria. Fonte: INE, Base de dados.

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

³⁷Referimos este ano como exemplo porque é o ano que a nossa fonte de eleição, o Instituto Nacional de Estatística, disponibiliza.

Gráfico 11 – Hospitais oficiais, 2003-2008, Portugal NUTS III

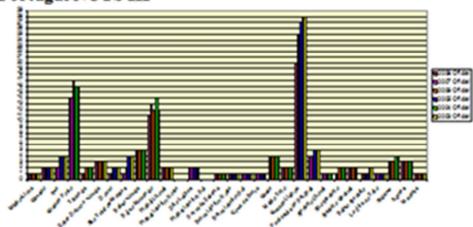
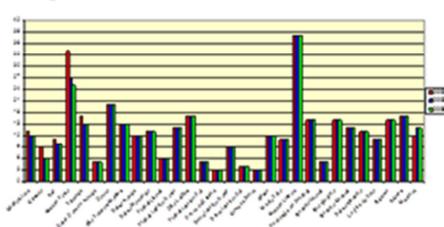
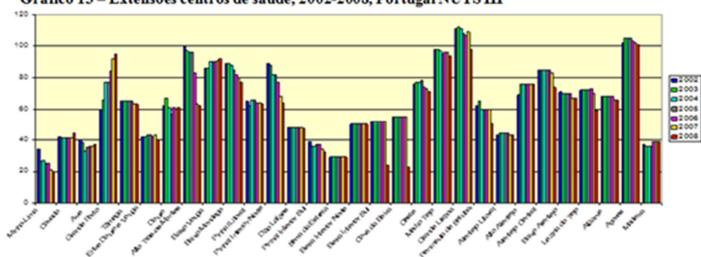


Gráfico 12 – Centros de saúde com e sem internamento, 2002-2008, Portugal NUTS III



diminuíram, existindo regiões com ausência, de referir que em algumas regiões existiram períodos de aumento do número sendo que a redução foi quase imediata. Assim, considerando o período 2003-2008, em 11 NUTS diminuíram o número de hospitais oficiais, 16 NUTS mantiveram e 2 NUTS não têm hospitais. Quanto aos centros de saúde (Gráfico 12⁴⁰) a situação no período manteve-se excepto no Minho Lima, Cávado, Ave, Grande Porto, Tâmega e Região

Gráfico 13 – Extensões centros de saúde, 2002-2008, Portugal NUTS III



Autónoma da Madeira, nas quais o número diminuiu. A análise das extensões de centros de saúde (Gráfico 13⁴¹) demonstra que com excepção das sub-regiões da Madeira, Alto Alentejo, Baixo Vouga, Grande Porto e Cávado, em que o número aumentou, as extensões no período 2002/2008 diminuíram embora em alguns casos com oscilações anuais mas em todas existe diminuição. Salvaguardamos que na Serra da Estrela e na Beira Interior Norte o número se manteve. Retratado o quadro da evolução do número de serviços de saúde oficiais em Portugal por NUTS III, concluímos que estes têm vindo a diminuir pese embora a população com mais de 65 anos tenha aumentado nas mesmas NUTS e sendo esta a que mais recorre aos mesmos serviços, ao que se adiciona o facto de ser esta que actualmente tenha mais dificuldades de acesso aos mesmos pelas suas restrições de capacidade de deslocação. Concordantemente consideramos importante perceber qual a conjectura política que desencadeou este processo de encerramento das unidades de saúde nacionais. No ano de 1979 a Lei n.º 56/79, de 15 de Setembro, criou o Serviço Nacional de Saúde, com o objectivo de assegurar o direito à protecção da saúde, garantir “o acesso (...) a todos os cidadãos, independentemente da sua condição económica e social”⁴². A mesma lei refere que “o Serviço Nacional de Saúde envolve todos os cuidados integrados de saúde, compreendendo a promoção e vigilância da saúde, a prevenção da doença, o diagnóstico e tratamento dos doentes e a reabilitação médica e social”. Relativamente ao acesso expõe que o acesso é gratuito, no entanto salvaguarda a possibilidade de criação de taxas moderadoras, “ (...) a fim de racionalizar a utilização das prestações.” O mesmo diploma delibera que o “ (...) Sistema Nacional de Saúde goza de autonomia administrativa e financeira e estrutura-se numa organização descentralizada e desconcentrada, compreendendo órgãos centrais, regionais e locais, e dispondo de serviços prestadores de cuidados de saúde primários (centros comunitários de saúde) e de serviços prestadores de cuidados diferenciados (hospitais gerais, hospitais especializados e outras

³⁸ Cingimo-nos aos dados disponibilizados online pelo INE uma vez ser uma fonte oficial e credível, embora somente disponibilize dados até 2008 limitando-nos a avaliação e não nos permitindo o conhecimento da actualidade

³⁹ Elaboração Própria. Fonte: INE. Base de dados.

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

⁴⁰ Idem

⁴¹ Idem

⁴² Ministério da Saúde, Portal da Saúde, 2010, *História do Serviço Nacional de Saúde*.

instituições especializadas).”A criação do sistema Nacional de Saúde é o auge de várias iniciativas políticas que se vinham a desenvolver e que com a bandeira da acessibilidade e da saúde para todos foram criados hospitais, centros de saúde e postos dos Serviços Médico-Sociais por forma a garantir a universalidade, bem como foram criados inúmeras necessidades de profissionais de saúde e outros para garantir o funcionamento destas unidades com a qualidade exigida, com maior relevância para os hospitais distritais. Estas medidas vieram trazer progressos na saúde sobejamente conhecidos, como a diminuição da taxa de mortalidade e aumento da esperança média de vida, no entanto em termos económicos toda a estrutura estava dependente do mesmo sistema que a criou ou seja o Sistema Nacional de Saúde. A partir desta época e no decorrer dos anos muitas alterações e medidas foram sendo tomadas de forma a actualizar o sistema, mas o peso económico aumentava de tal forma que assumia percentuais do Produto Interno Bruto bastante relevantes para a economia do país colocando em causa a sustentabilidade. Segundo Correia de Campos (2008) “ (...) Uma política de saúde responsável, em Portugal, não deve procurar gastar menos em saúde, mas gastar melhor.” As alterações demográficas, como a diminuição da taxa de natalidade e do índice de fecundidade, o aumento da esperança média de vida, a urbanização da população à qual se acrescenta um fenómeno decorrente desta, ou seja o despovoamento dos centros urbanos e superpovoamento da periferia para além da tendência de litoralização da população induziram a um fenómeno de desajuste na distribuição das unidades de saúde e conseqüente desajuste na quantidade de profissionais de saúde nas mesmas áreas, sendo que estes também não se sentiam motivados para exercer em algumas regiões do país, colocando em causa os objectivos a que se propunha o Sistema Nacional de Saúde, a quando da sua criação, pois passa a existir população com restrições no que diz respeito à acessibilidade aos cuidados de saúde bem como áreas de intervenção da saúde igualmente com lacunas. Relativamente às áreas de saúde, a área mais desfalcada era a relativa aos cuidados continuados, os hospitais estavam superlotados com doentes internados por longos períodos, essencialmente indivíduos com mais de sessenta e cinco anos, os quais embora necessitassem de cuidados de saúde já não se encontravam na fase aguda da doença e como tal poderiam ir para serviços de saúde de retaguarda. Semelhante situação passava-se com os cuidados paliativos, com a saúde oral e mental^{43 44}. Estas conjunturas criavam grandes dificuldades de governação às quais se somavam, segundo Correia de Campos (2008) “ (...) pessoal em excesso em algumas áreas e em falta em outras, com formação especializada deficiente, regulado por regras excessivamente rígidas, implicava despesa elevada e produtividade inferior ao desejável e possível. Défices de cobertura nos cuidados essenciais, os cuidados de saúde primários, perpetuavam lacunas e perdas de qualidade, sempre com custos elevados.” No decorrer do cenário exposto, o programa do XVII Governo Constitucional (2005-2009)⁴⁵ defendia que os cuidados de saúde primários são o pilar do sistema de saúde e que o centro de saúde era a unidade enquadradora das unidades de saúde familiar, as quais foram criadas neste contexto. Assumia ainda o compromisso, relativamente ao acesso aos cuidados de saúde, de guarnecer e ampliar serviços de apoio á unidades de saúde familiar tais como vacinação, saúde oral, saúde mental, cuidados continuados e paliativos, fisioterapia e reabilitação. Para além destas medidas propunha-se a incentivar a formação de médicos de família para combater as lacunas existentes de médicos de família e promover a comunicação utente – profissional de saúde via telefone e correio electrónico. Criaram-se as unidades móveis para

⁴³ Correia de Campos, António, 2008. *Reformas da Saúde. O Fio Condutor*. Edições Almedina, SA. Coimbra.

⁴⁴ Simões, Jorge, 2005. *Retrato Político da Saúde. Dependência do Percurso e Inovação em Saúde: da Ideologia ao Desempenho*. Edições Almedina, SA. Coimbra.

⁴⁵ Presidência do Conselho de Ministros, 2005-2009, *Programa do XVII Governo Constitucional*.

levarem os cuidados de saúde às regiões com piores acessos, aumentou-se o acesso aos serviços hospitalares com o aumento das consultas externas e do acesso às urgências, aumentou-se o número de cirurgias e diminuíram-se as listas de espera, melhorou-se a cobertura da emergência pré-hospitalar com viaturas medicalizadas de emergência, ambulâncias, helicópteros e o sistema de ajuda telefónico a cargo do centro de atendimento Saúde 24, entre outras medidas. O mesmo propunha, num contexto de envelhecimento da população em crescendo, medidas intituladas *Envelhecer com saúde* as quais passavam pela criação de serviços comunitários de proximidade articulando centros de saúde, hospitais, cuidados continuados e instituições de apoio social. Previa ainda o desenvolvimento de capacidades hospitalares para a reabilitação atempada do utente crónico e idoso e a sua reinserção na família após o episódio agudo de doença, bem como planeamento de equipamentos de cuidados continuados e incentivar os cuidados paliativos. Referimos pela sua pertinência que a 16 de Março de 2006 foi aprovado o diploma⁴⁶ que criou a Rede Nacional de Cuidados Continuados de Saúde a Idosos e Dependentes a qual deveria estar concluída dentro de dez anos. Pretendia assim melhorar a qualidade dos serviços e a abrangência do Sistema Nacional de Saúde actuando a nível dos cuidados de saúde primários com as unidades de saúde familiar, a nível dos cuidados continuados a idosos e cidadãos com dependência e a nível do aperfeiçoamento das condições de trabalho hospitalar através da requalificação dos existentes e da construção de novos hospitais. Não obstante os ganhos em saúde conseguidos, os compromissos com a União Europeia relativos à redução do défice público obrigaram a execuções restritivas, assim foram adoptadas medidas em conformidade como congelar a despesa com convenções na área dos meios complementares de diagnóstico e terapêutica, redução de horários acrescidos, de horas extraordinárias e a concentração de hospitais e serviços. Correia de Campos (2008) refere, relativamente à postura do Governo, que os cuidados de saúde primários somente deveriam estar acessíveis até às vinte ou vinte e duas horas, quando se justificasse, pois “ (...) depois dessa hora, os cuidados dificilmente se podem considerar familiares (...) eventualmente situações de urgência ou emergência e como tal devidamente tratadas através da rede própria e localização concentrada e especializada” (Correia de Campos, 2008). Concordantemente os serviços de atendimento permanente deveriam ser reconvertidos em unidades de saúde familiar. Correia de Campos (2008) diz ainda que “ (...) até à generalização da cobertura através de unidades de saúde familiares, os centros de saúde deveriam ter o seu funcionamento alterado, tivessem ou não unidades de saúde familiares instaladas.” As alterações referidas teriam que produzir os mesmos resultados que as unidades de saúde familiares existentes, ou seja deveriam entre outras situações atingir os ganhos em termos económicos que as mesmas unidades atingiam relativamente aos centros de saúde convencionais através da “ (...) associação de centros de saúde em agrupamentos (...). Os agrupamentos de centros de saúde passariam a estar habilitados à prática de uma verdadeira governação clínica (...)” (Correia de Campos, 2008). Estes agrupamentos de centros de saúde bem como as unidades de saúde familiares proliferaram até ao final do mandato e por seu turno diminuíram os centros de saúde convencionais e os serviços de apoio permanentes. Em suma reorganizou-se a localização das urgências, encerraram-se serviços de atendimento permanente nocturno, redistribuíram-se as especialidades nos centros hospitalares que resultaram da agregação de várias unidades, concentraram-se centros de saúde encerrando outros, bem como se abriram unidades de cuidados continuados. De acordo com o exposto, para o Governo as unidades de cuidados continuados assumem uma

⁴⁶ Decreto-Lei nº101/2006 de 6 de Junho

importância extrema, bem como para a população pois vem colmatar uma lacuna existente na rede de serviços de saúde. A análise dos dados publicados sobre a rede de cuidados continuados⁴⁷ permitem-nos perceber que os serviços estão distribuídos por todo o país de forma relativamente homogénea, não obstante quando examinamos os dados correspondentes ao número de equipas domiciliárias da Rede Nacional para os Cuidados Continuados Integrados⁴⁸ e o número de unidades de internamento da Rede Nacional para os Cuidados Continuados Integrados⁴⁹ apercebemo-nos que para além de existirem regiões, com poucos serviços as quais têm valores, de população com mais de sessenta e cinco anos, elevados, existe também o Alentejo com ausência de serviços de apoio domiciliário. A Região Autónoma da Madeira tem quatro unidades que de acordo com o publicado⁵⁰ abrange todas as regiões internas e têm serviços de apoio domiciliário e internamento. No que concerne à Região Autónoma dos Açores não estão disponíveis dados, no entanto o Governo dos Açores disponibiliza no seu portal uma notícia datada de 2008⁵¹ em que afirma a intenção de criar a rede de cuidados continuados integrados. O Governo actual no Programa do XVIII Governo Constitucional para a Saúde – 2009-2013⁵² mantém a postura anterior no que concerne com o apoio aos idosos e à rede de cuidados integrados dizendo “ (...) para o Governo, o apoio aos idosos continuará a ser uma área privilegiada de parceria com o sector social, com destaque para a nova Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, que será reforçada antecipando para 2013 as metas previstas para 2016”. Indubitavelmente, de acordo com os resultados publicados⁵³, os ganhos em saúde foram conseguidos e os ganhos económicos também, não obstante outras questões se colocam relativamente à saúde das populações e que se relacionam com as características das mesmas: Que população perdeu a unidade de saúde da sua freguesia ou do seu concelho e que agora tem que se deslocar para conseguir a assistência? Este parece-nos ser o cerne do problema, pois esta população é maioritariamente a com mais de 65 anos, a com menor poder económico, a que vive em locais do país com acessos mais difíceis, a que tem menor grau de escolaridade e que por conseguinte é a menos informada e com menor capacidade de adaptação às mudanças. Falamos de um número considerável de indivíduos que passaram a sentir-se isolados, ou que ficaram efectivamente isolados, porque em termos relativos estas pessoas não têm capacidade de se adaptar à nova realidade e o apoio do médico de família, que ia todas as semanas ao seu centro de saúde ou extensão, deixa de existir deixando-os desorientados no que respeita à saúde. Falamos de pessoas que vivem em locais que estão a sofrer da saída da população jovem, que estão a entrar em processo de desertificação (processo este que tende a aumentar com medidas governativas como estas), o que vai aumentar a falta de apoio aos idosos com dificuldades em se deslocar. Este processo a curto prazo poderá levar à saída dos idosos para as áreas urbanas por processo de reunificação familiar e consequente institucionalização dos mesmos, pela incapacidade das famílias actuais em dispensarem um ordenado mensal para tratar do seu familiar idoso, mesmo que tenham de base apetência e vontade para tal. Para além destes factores acrescenta-se um outro de suma importância, o isolamento ou o sentimento de isolamento e a não inserção na sociedade, leva a processos de doença, o que irá aumentar o problema. O factor *nível de*

⁴⁷ Cuidados Continuados. Saúde e Apoio Social, *Equipas Domiciliárias*. Disponíveis em: <http://www.umcci.min-saude.pt/mcci/onde/Paginas/equipasdomiciliarias.aspx>

⁴⁸ Idem

⁴⁹ Idem

⁵⁰ Secretaria Regional dos Assuntos Sociais, *Rede Regional de Cuidados Continuados Integrados*. Região Autónoma da Madeira.

⁵¹ Governo dos Açores, *Açores com Rede de Cuidados Continuados Integrados de Saúde e Segurança Social*, 2008.

⁵² Portal da saúde, 2009, *Programa do XVIII Governo Constitucional para a Saúde - 2009-2013*. Disponível em: <http://www.min-saude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/politica+da+saude/programa/programa+xviii.htm>

⁵³ Correia de Campos, António, 2008. *Reformas da Saúde. O Fio Condutor*. Edições Almedina, SA. Coimbra.

instrução é a vários níveis determinante e no que concerne com a saúde é sem dúvida bastante importante, sendo que esta constatação tem vindo a ser documentada por vários estudos^{54 55 56}. O nível de instrução, para além do referido anteriormente, é em larga escala determinante do processo de gestão da saúde e da doença. Com isto queremos dizer que os indivíduos com maior instrução, por norma, têm actividades laborais mais diferenciadas conferindo-lhes níveis económicos melhores e conseqüentemente os constrangimentos relacionados com o poder de compra são inferiores, ou seja, têm capacidade económica para pagar o que seja necessário para lhes conferir uma vida saudável e também o que necessitam para tratar a doença, bem como têm potencialmente meios para se poderem deslocar de forma facilitada aos serviços de saúde. Para além da dimensão económica são mais informados acerca dos factores de risco para a sua saúde e conhecem melhor os comportamentos para a promoção da saúde, ou seja a informação permite-lhes optar por adoptar comportamentos saudáveis. A isto soma-se o facto de que por norma estes indivíduos, a quando da idade da reforma, conseguem manter uma actividade física e intelectual que os retira da apatia vulgarmente observada nesta camada da população, a qual em grande parte dos casos leva a depressões, e à inactividade sendo esta um factor potenciador de doenças cardíacas, vasculares, ósseas, articulares entre outras. Reportando-nos a um nível mais básico e por vezes esquecido, os indivíduos com maior nível de escolaridade e conseqüentemente mais informados, potencialmente têm maior capacidade de apreensão da mensagem passada pelo profissional de saúde, seguindo os seus conselhos no exercício do processo de intervenção clínica o que torna o processo de tratamento ou de manutenção da saúde mais eficaz. Para melhor esclarecer esta posição basta para tal reportarmo-nos ao simples facto de que um individuo com pouca ou nenhuma instrução dificilmente, sem ajuda, consegue ler as indicações existentes nas prescrições médicas ou no folheto informativo que acompanha os medicamentos, podendo desta forma alterar o regime diário de toma dos medicamentos ou confundir os tipos e funções dos mesmos. Para além deste factor a população mais instruída por norma vai adquirindo conhecimentos quer pelos meios vulgarmente disponíveis como literatura, televisão, internet e outros, como pela informação que ao longo da vida lhe vai sendo facultada pelos profissionais de saúde, tornando-se mais atentos aos sinais e sintomas que o organismo vai dando, conseguindo a quando do processo de avaliação da doença ser mais objectivos quanto à frequência e mecanismos da sintomatologia, induzindo a um processo de diagnóstico mais fácil evitando, por exemplo, a necessidade de maior número de consultas e de consultas mais longas, bem como evitando a necessidade de recorrer a excessivos meios complementares de diagnostico e terapêutica. Acrescenta-se ainda que dada a importância que a promoção da saúde e a prevenção da doença têm a nível político e, mais importante ainda, têm para a qualidade de vida e neste caso para um envelhecimento saudável, a informação difundida pelas campanhas quer de promoção quer de prevenção é mais facilmente apreendida pelos indivíduos com mais formação, desde logo porque estes são mais receptivos à mesma e ao que é novidade e estão menos presos a crenças e costumes de tal forma enraizados nas sociedades menos instruídas, que impedem que qualquer informação relativa à adopção de hábitos diferentes dos habituais sejam adoptados. Referimos ainda que os indivíduos mais instruídos, regra geral, têm a noção da necessidade de consultas de rotina não para tratamento de patologias mas para prevenção das mesmas, em contraponto

⁵⁴ Caldwell, J.C., 1995. Education and Literacy as Factors in Health, in S.B. Halstead, J.A. Walsh, and K.S. Warren (eds), *Good Health at Low Cost*, Rockefeller Foundation. New York.

⁵⁵ Kinsella, Kevin, Phillips, David R., 2005, *Global Aging: The Challenge of Success*. Population Bulletin Vol. 60, No. 1. Population Reference Bureau.

⁵⁶ Castro Henriques, Filipa, 2004. *Envelhecimento, Educação e Saúde. Uma Análise Prospectiva 2001-2021*. Tese de Mestrados em Estatística e Gestão de Informação. Instituto Superior de estatística e gestão de Informação – Universidade Nova de Lisboa. Lisboa. (Policopiado)

os menos instruídos consideram somente ser necessário recorrer a serviços de saúde em caso de doença que surja ou para controlar alguma já existente, não recorrem aos serviços se considerarem ser portadores de perfeita saúde. Como forma de conhecer a população nacional no que se relaciona com o nível de instrução, uma vez que o mesmo influencia a saúde dos indivíduos e na impossibilidade de obtenção de dados mais actualizados, reportamo-nos aos dados do

Gráfico 14 – Taxa de analfabetismo, 2001, Portugal NUTS III

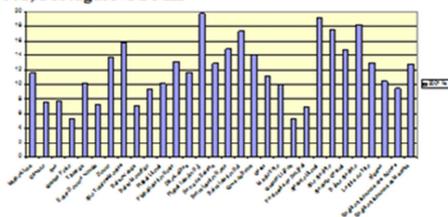
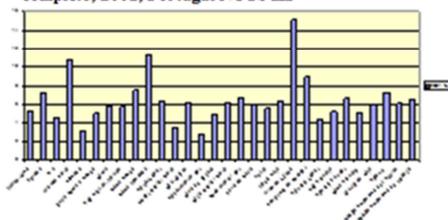


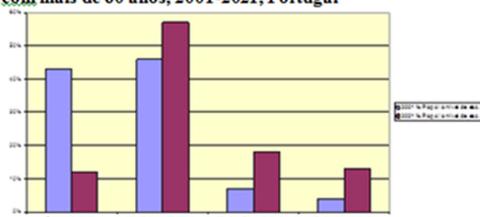
Gráfico 15 – Percentagem de População com ensino superior completo, 2001, Portugal NUTS III



Instituto Nacional de Estatística relativos ao ano de 2001. Desta forma a análise dos gráficos 14⁵⁷ e 15⁵⁸ reporta-nos para o quadro anteriormente descrito, os locais com número de idosos acentuado,

menos desenvolvidos e mais rurais, são os que têm maior analfabetismo e menor percentual de indivíduos com escolaridade de nível superior, factos estes indutores dos constrangimentos referidos anteriormente para os idosos no que respeita ao acesso aos serviços de saúde. Considerando o anteriormente referido poderemos expressar que a população com mais de 65 anos que vive nas zonas menos privilegiadas, no que concerne a serviços de saúde, é também a que menos facilidade de acesso terá aos mesmos bem como será a que, se é que é possível afirmá-lo de forma tão incisiva, tem níveis de protecção à saúde e saúde potencialmente inferiores. Assumindo o já dito acerca do futuro aumento da população com mais de 65 anos nas várias NUTS III, a inquestionável certeza de que o factor envelhecimento degrada a saúde dos indivíduos, a diminuição dos serviços de saúde ditadas por um lado pela crise que se vive e por outro pela busca contínua da qualidade dos serviços, mas que, sem prejuízo deste facto, retira a segurança e estabilidade que o sistema de saúde dava aos utentes idosos das regiões. Ao que se soma a noção de que o aumento de nível de instrução dos indivíduos influencia positivamente a saúde dos mesmos, parece-nos que eventualmente será este ultimo factor que

Gráfico 16 – Níveis de escolarização da população com mais de 60 anos, 2001-2021, Portugal



poderá auxiliar as medidas que têm vindo a ser tomadas pelo Governo para que se consiga atingir os níveis de saúde da população almejados, uma vez que, de acordo com o gráfico 16^{59 60}, os níveis de educação em 2021 serão substancialmente superiores aos existentes em 2001. Concluído o quadro a que nos propúnhamos resta-nos ir ao ponto de partida e ensaiar responder às questões de partida que compeliram a este estudo. À primeira questão,

respondemos que a população com mais de 65 anos aumentou nas várias NUTS III e tenderá a aumentar, desta destaca-se a população com mais de 80 anos, a qual assume e virá a assumir um peso considerável, bem como se destaca a supremacia numérica da população feminina. A segunda questão leva-nos a um nível de discurso relativamente controverso. Se por um lado percebemos que os serviços de saúde têm vindo a encerrar, por motivos da crise vigente e por necessidade de actualização dos serviços tendo como horizonte a melhoria da qualidade dos serviços prestados, por

⁵⁷ Elaboração Própria. Fonte: INE. Base de dados.

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

⁵⁸ Idem

⁵⁹ Elaboração Própria. Fonte: Castro Henriques (2004), pág. 81, quadro n° 17 – População por Níveis de Educação e Grupos de Idade, entre 2001 e 2021

⁶⁰ De notar que o gráfico 31 apresenta dados relativos a idades superiores a sessenta anos e não a sessenta e cinco anos, porque são os dados que conseguimos obter no limitado tempo para a realização deste trabalho, bem como só se apresentam os mesmos para 2021 e para Portugal, sendo que deveria ser para as NUTS III, pela razão referida previamente.

outro lado percebemos que fica população idosa com acesso reduzido aos mesmos serviços. Se por outra via nos apercebemos que foi criada uma rede de cuidados continuados para responder às necessidades desta população idosa, por outra via compreendemos que esta rede não vem colmatar a falha que a perda anteriormente mencionada causou. Se as unidades de saúde familiar nos parecem mais eficazes pois permitem uma maior proximidade entre o profissional de saúde e o utente, constatando que estas surgem em serviços produto de junção e centralização, não estarão próximas da população em estudo. Numa outra vertente compreendemos que os serviços de apoio permanentes tenham sido encerrados no período nocturno por não reunirem condições para o exercício dos serviços de urgência, no entanto a centralização das urgências colocou as populações idosas numa situação indutora de sentimentos de falta de protecção. Relativamente à terceira questão, concluímos que o grosso da população com mais de 65 anos, actualmente, não tem níveis de instrução muito elevados, ou melhor dizendo tem níveis de instrução, em alguns casos, bastante baixos. Em contrapartida os níveis de instrução da futura população com mais de 65 anos, serão francamente superiores, embora em 2021 ainda existam situações de níveis inferiores. Para a quarta questão, com o descrito, não conseguimos dar uma resposta peremptória, pois com o que constatamos e que deduzimos parece-nos que a resposta seria afirmativa, no entanto com as alterações demográficas, sociais, económicas e políticas que vivemos e que as projecções ditam, o cenário poderá alterar-se. Reportando-nos à actualidade, concluímos que o processo de envelhecimentos nas NUTS III em Portugal é visível; o aumento da população com mais de 65 anos é um facto; o envelhecimento do organismo humano induz à doença implicando que os idosos necessitem de recorrer com maior periodicidade aos serviços de saúde; a rede de serviços de saúde está a melhorar em qualidade mas está a afastar-se da população idosa; o nível de instrução dos indivíduos repercute-se de forma positiva na saúde dos indivíduos e logo na saúde dos maiores de 65 anos, mas esta população na actualidade não atinge, na generalidade, níveis satisfatórios. Assim sendo e considerando a definição de envelhecimento de Helena Saldanha (2009)⁶¹ “O envelhecimento é caracterizado pela diminuição progressiva mais ou menos rápida e de intensidade variável da capacidade funcional do organismo, diferente de órgão para órgão e de tecido para tecido, cuja velocidade de progressão depende de factores hereditários, ambientais, sociais, nutricionais e higieno-sanitários.”, como se desenvolverá o processo de saúde e doença da população com mais de 65 anos nas NUTS III em Portugal? Colocamos ainda uma última questão: Sendo certo que as medidas tomadas pelo poder governativo, de acordo com os dados publicados, no que respeita aos serviços de saúde objectivam melhorias da qualidade irrefutáveis, tendo em conta que estamos na fase de transição e como tal existem sempre lacunas difíceis de transpor, que medidas se deverão tomar na actualidade para responder às necessidades da população idosa, com necessidades prementes de cuidados de saúde, que se encontra com acessibilidade reduzida aos mesmos serviços de saúde? De acordo com a definição de envelhecimento de Helena Saldanha, anteriormente citada, facilmente se apreende que a promoção da saúde e a prevenção da doença assumem um valor acrescido, valor este que o Governo tem vindo a dar às referidas dimensões, conforme expusemos, desta forma “(...) fazendo-se chegar ao cidadão programas custo-efectivos de gestão da doença crónica que previnam a incapacidade e a dependência precoce, combatam a obesidade, em particular a infantil, promovam o envelhecimento saudável, pode-se a prazo reduzir morbilidades, dependências e incapacidades.” (Correia de Campos 2008)

⁶¹ Saldanha, Helena, 2009, *Bem Viver para bem Envelhecer. Um Desafio à Gerontologia e à Geriatria*. Lidel-edições técnicas, Lda. Lisboa-Porto

Referências bibliográficas

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

Disponível em: [http://www.min-](http://www.min-saude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/servico+nacional+de+saude/historia+do+sns/historiadosns.htm)

[saude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/servico+nacional+de+saude/historia+do+sns/historiadosns.htm](http://www.min-saude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/servico+nacional+de+saude/historia+do+sns/historiadosns.htm)

(Consultado em 10/05/2010)

[15] Population Division of the Department of Economic and Social Affairs of the United Nations Secretariat, *World Population Prospects: The 2008 Revision*. Disponível em: <http://esa.un.org/unpp> (Consultado em 11/04/2010)

[16] Population Reference Bureau. Sanderson, Warren, Scherbov, Sergei, *Rethinking Age and Aging*. Population Bulletin, Vol.63,Nº4, Dezembro 2008. Washington. Disponível em: www.prb.org (Consultado em 10/01/2010)

[17] Population Reference Bureau Staff, *Transitions in World Population*. Population Bulletin, Vol.59,Nº1, Março 2004. Washington. Disponível em: www.prb.org (Consultado em 10/01/2010)

[18] Population Reference Bureau Staff, *Population and Health: An Introduction to Epidemiology*. Population Bulletin, Vol.54,Nº4, Dezembro 1999. Washington. Disponível em: www.prb.org (Consultado em 10/01/2010)

[19] Population Reference Bureau Staff, *World Population Highlights: Key Findings From PRB'S 2009 World Population Data Sheet*. Population Bulletin, Vol.64,Nº3, Setembro 2009. Washington. Disponível em: www.prb.org (Consultado em 10/01/2010)

[20] Population Reference Bureau Staff, *Global Aging: The Challenge of Success*. Population Bulletin, Vol.60,Nº1, Março 2005. Washington. Disponível em: www.prb.org (Consultado em 10/01/2010)

[21] Portal da saúde, 2009, *Programa do XVIII Governo Constitucional para a Saúde - 2009-2013*. Disponível em: <http://www.min-saude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/politica+da+saude/programa/programa+xviii.htm> (Consultado em 10/04/2010)

[22] Presidência do Conselho de Ministros, 2005-2009, *Programa do XVII Governo Constitucional*. Disponível em: http://www.portugal.gov.pt/pt/Documentos/Governos_Documentos/Programa%20Governo%20XVII.pdf (Consultado em 05/05/2010)

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

[24] Rodrigues, Teresa Ferreira, Moreira, Maria João Guardado. *Mortality Pattern in Portugal*, in *Fórum Sociológico*, nº11/12, Lisboa, 2004, pp. 11-29

[25] Secretaria Regional dos Assuntos Sociais, Rede Regional de Cuidados Continuados Integrados. Região Autónoma da Madeira. Disponível em: http://sras.gov-madeira.pt/index.php?option=com_content&view=article&id=201&Itemid=35#Certificação (Consultado em 20/05/2010)

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

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