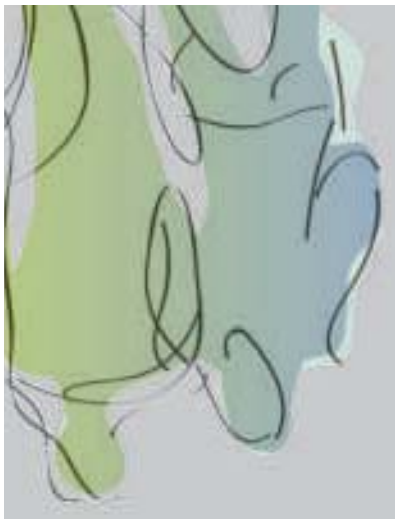


CEPESE

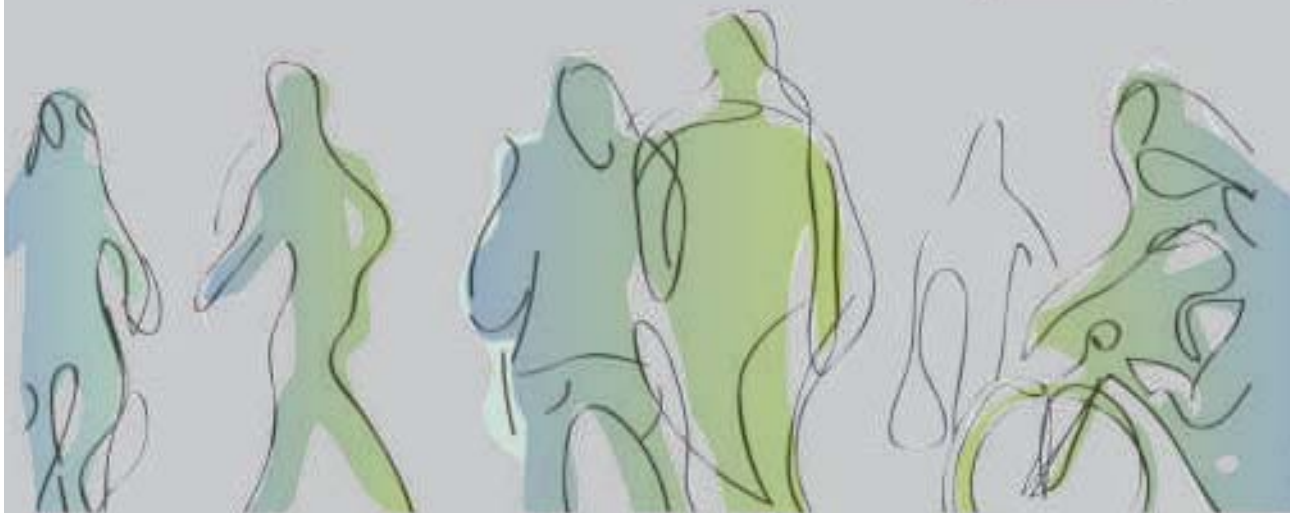
Envelhecimento e Saúde

Prioridades Políticas num Portugal em Mudança

TERESA FERREIRA RODRIGUES

MARIA DO ROSÁRIO OLIVEIRA MARTINS

(Coordenadores)



Envelhecimento e Saúde

Prioridades Políticas num Portugal em Mudança

EQUIPA DE INVESTIGAÇÃO:

Alexandra Carvalho
Carla Leão
Filipa de Castro Henriques
Gabriela Soares Machado
José Esteves Pereira
Maria do Rosário Oliveira Martins
Maria João Guardado Moreira
Teresa Ferreira Rodrigues

OUTROS COLABORADORES:

Inês Rodrigues
João Estevens
Mónica Brito

TÍTULO: *Envelhecimento e Saúde. Prioridades Políticas num Portugal em Mudança*
AUTORES: Teresa Ferreira Rodrigues, Maria do Rosário Oliveira Martins e outros
EDIÇÃO: Instituto Hidrográfico
Nº DE EDIÇÃO: 1ª Edição
FOTOCOMPOSIÇÃO: Cristina Martins
ISBN: 978-989-705-075-6
DEPÓSITO LEGAL: 380460/14
IMPRESSÃO E ACABAMENTO: Instituto Hidrográfico

TERESA FERREIRA RODRIGUES

MARIA DO ROSÁRIO OLIVEIRA MARTINS

(COORDENADORES)

Envelhecimento e Saúde

Prioridades Políticas num Portugal em Mudança

hidrográfico
marinha • portugal

CEPESE

ÍNDICE

Índice de Tabelas	9
Índice de Figuras	11
Autores	13
Prefácio	17
Introdução	19
PARTE I	31
Demografia e saúde.	
O caminho da modernidade	
1. A saúde em Portugal:	33
Atores e temporalidades	
1.1 O contexto histórico da política de Saúde em Portugal (1910- 1974)	36
1.2 As políticas de saúde da Democracia portuguesa (1974 – 2013)	48
1.3 O Estado e a Saúde: estabilidade política, recursos e Estado-providência	66
2. Mudanças demográficas e estado de saúde em Portugal entre 1970 e 2013	71
2.1. As tendências	72
2.2. Transição demográfica e Transição Epidemiológica	79
2.3. O processo de Envelhecimento	90
PARTE II	101
Os novos idosos:	
preditores de futuro	
3. A importância da educação	103
Os níveis de escolaridade dos portugueses (2010-2030)	
3.1. A Educação em Portugal	104
3.1.1 Escolarização da população portuguesa	107
3.1.2. Objetivos e metas para a Educação	112
3.2. Projeções demográficas por nível de escolaridade	113
3.2.1. População de partida	117
3.2.2. Componentes demográficas	118
3.2.3. Transições entre níveis de escolaridade	122
3.2.4. Estimação dos efetivos populacionais	125
3.2.5. Cenários de projeção	128
3.3. População residente em Portugal (NUTS II), por sexo, grupo etário e nível de escolaridade	129
4. Projeções de indicadores de saúde (2010-2030)	139
4.1 O sexo, a idade e a escolaridade como determinantes da saúde	140
4.2 Dados e metodologia de projeção	143

4.3 Diferenças nos indicadores de saúde entre níveis de escolaridade 149
4.4. Indicadores sobre o estado de saúde e utilização de serviços de saúde 157
4.5. Indicadores sobre o estado de saúde e utilização de serviços de saúde, 2011-2031, por NUT II 160
4.5.1. Auto perceção do estado de saúde 160
4.5.2. Doenças crónicas 163
4.5.3. Incapacidade de longa duração 163
4.5.4. Consultas médicas 168
4.5.5. Consumo de medicamentos 168
PARTE III 175
Envelhecimento e estado de saúde. Custos e opções políticas 175
5. Contas Nacionais de Saúde 177
5.1 Principais características do Sistema de Contas Nacionais da Saúde 178
5.1.1 Atividades prestadoras de cuidados de saúde (ICHA-HP) 178
5.1.2 Funções de cuidados de saúde e funções relacionadas com a saúde (ICHA-HC) 180
5.1.3 Agentes financiadores dos cuidados de saúde (ICHA-HF) 182
5.1.4 Contabilização da despesa total em saúde 183
5.2. Contas Nacionais da Saúde em Portugal: uma década de series temporais 185
5.2.1 Despesa em Saúde 186
5.2.2 Despesa por agente financiador 189
5.2.3 Despesa por prestadores dos cuidados de saúde 195
5.2.4 Despesa corrente por agentes financiadores e prestadores de cuidados de saúde 198
5.2.5 Despesa por funções de cuidados de saúde e modo de produção 207
6. Despesa em Saúde e Envelhecimento: Portugal no contexto europeu 213
6.1 Contextualização 214
6.2 Indicadores de Mortalidade 220
6.3 Indicadores de Despesa em Saúde e Envelhecimento 224
6.4 Será o envelhecimento um fator determinante da despesa em Saúde? 230
7. Considerações Finais: Portugal 2030. Prioridades políticas em saúde. 235
7.1 Opções metodológicas 236
7.2. O Modelo PEST como ferramenta de definição das prioridades das políticas em saúde 238
7.2.1 Demografia: impacto do envelhecimento 238
7.2.2 Educação: como predictor da saúde 241
7.2.3 Saúde: estado de saúde 244

7.2.4 Economia: despesas de saúde 247
7.2.5 Social: envelhecimento e padrões sociais 251
7.2.6 Político: definição das prioridades das políticas em saúde 255
7.2.7 Opções metodológicas 263
7.2.8 Linhas de orientação Estratégica 270
Bibliografia e Referências 279
Introdução 279
Capítulo 1 279
Capítulo 2 288
Capítulo 3 289
Capítulo 4 292
Capítulo5 293
Capítulo 6 293
Capítulo 7 295

ÍNDICE DE TABELAS

PARTE I 31
Demografia e saúde.
O caminho da modernidade
Tabela 1.1. A Política de Saúde em Portugal. Tentativa de periodização (1910-2013) 67
Tabela 2.1. Taxa de crescimento anual média total natural e migratória 78
Tabela 2.2. Evolução de algumas causas de morte Portugal 1930-2012 (%) 86
Tabela 2.3. Esperança de vida aos 65 anos, por sexo 87
Tabela 2.4. Esperança de vida saudável 89
Tabela 2.5. Óbitos segundo algumas causas de morte, por grupos de idade mais idosos (%) 92
Tabela 2.6. Evolução da proporção de pessoas com 80 e mais anos no grupo 65 e + anos e no total da população (%) 93
PARTE II 101
Os novos idosos:
preditores de futuro
Tabela 3.1. Índice Sintético de Fecundidade, por nível de escolaridade da mãe, 2011-2031 (Portugal) 121
Tabela 3.2. Índices-resumo, 2011 e 2031, Cenário Constante e Cenário Tendência 130
Tabela 3.3. Estrutura populacional por sexo, grupo etário e nível de escolaridade, 2011 e 2031 (Cenário Tendência), por NUT II 135
Tabela 3.4. Índices-resumo, 2011 e 2031 (Cenário Tendência), por NUT II 136
Tabela 4.1. Variáveis estudadas 144
Tabela 4.2. Diferenças na auto classificação do estado de saúde como "razoável", "mau" ou "muito mau", entre níveis de escolaridade, por sexo e NUT II, ajustadas para a idade (odds ratio) 151
Tabela 4.3. Diferenças na presença de pelo menos uma doença crónica, entre níveis de escolaridade, por sexo e NUT II, ajustadas para a idade (odds ratio) 152
Tabela 4.4. Diferenças na presença de pelo menos uma incapacidade de longa duração, entre níveis de escolaridade, por sexo e NUT II, ajustadas para a idade (odds ratio) 154
Tabela 4.5. Diferenças na existência de pelo menos uma consulta médica nos últimos três meses, entre níveis de escolaridade, por sexo e NUT II, ajustadas para a idade (odds ratio) 155
Tabela 4.6 Diferenças no uso de medicamentos prescritos nas últimas duas semanas, entre níveis de escolaridade, por sexo e NUT II, ajustadas para a idade (odds ratio) 156

Tabela 4.7. Prevalências projetadas para cada indicador de saúde, por sexo, 2011-2031, Portugal, Cenário Constante e Cenário Tendência (%) 158
Tabela 4.9. Prevalências projetadas para a auto classificação do estado de saúde como "razoável", "mau" ou "muito mau", 2011, 2021 e 2031, por sexo e NUT II, Cenário Constante e Cenário Tendência (%) 161
Tabela 4.10. Prevalências projetadas para a presença de pelo menos uma doença crónica, 2011, 2021 e 2031, por sexo e NUT II, Cenário Constante e Cenário Tendência (%) 164
Tabela 4.11. Prevalências projetadas para a presença de pelo menos uma incapacidade de longa duração, 2011, 2021 e 2031, por sexo e NUT II, Cenário Constante e Cenário Tendência (%) 166
Tabela 4.12. Prevalências projetadas para a existência de pelo menos uma consulta médica nos últimos três meses, 2011, 2021 e 2031, por sexo e NUT II, Cenário Constante e Cenário Tendência (%) 169
Tabela 4.13. Prevalências projetadas para o uso de medicamentos receitados nas últimas duas semanas, 2011, 2021 e 2031, por sexo e NUT II, Cenário Constante e Cenário Tendência (%) 171

PARTE III 175
Envelhecimento e estado de saúde
Custos e opções políticas

Tabela 5.1. Classificação funcional dos cuidados de saúde (ICHA-HC) 181
Tabela 5.2. Classificação de agentes financiadores (ICHA-HF) 182
Tabela 5.3. Fronteira conceptual da despesa total em saúde 184
Tabela 5.4. Despesa em Saúde e Principais Agregados. 2000-2012 187
Tabela 5.5. Despesa corrente em saúde por agente financiador 192
Tabela 5.6. Despesa corrente em saúde por prestador 197
Tabela 5.7. Despesa corrente em saúde do Serviço Nacional de Saúde por prestador 202
Tabela 5.8. Despesa corrente em saúde das famílias por prestador 206
Tabela 5.9. Despesa corrente em saúde por funções de cuidados de saúde e modo de produção 208
Tabela 6.1. Despesa total em saúde em percentagem do PIB e envelhecimento demográfico (1972-2011) 228
Tabela 6.2. Fatores de despesa em saúde – sumário 234
Tabela 7.1. Análise do impacto da variável DEMOGRAFIA 237
Tabela 7.2. Análise do impacto da variável EDUCAÇÃO 240
Tabela 7.3. Análise do impacto da variável SAÚDE 244
Tabela 7.4. Análise do impacto da variável ECONOMIA 247
Tabela 7.5. Análise do impacto da variável SOCIAL 250
Tabela 7.6. Análise do impacto da variável POLÍTICA 254
Tabela 7.7. Principal Legislação no sector da Saúde (1926-1971) 256
Tabela 7.8. Principal Legislação no sector da Saúde (1976-2009) 258
Tabela 7.9. Painel de peritos participantes no exercício 265

ÍNDICE DE FIGURAS

PARTE I 31
Demografia e saúde.
O caminho da modernidade

Figura 2.1. Tendência de crescimento da população portuguesa, 1900-2011 73
Figura 2.2. Idade média da mãe ao nascimento do 1º filho e Índice Sintético de Fecundidade, Portugal 1970 a 2013 75
Figura 2.3. Taxa de fecundidade, por grupo etário e nível de escolaridade da mãe, em 2010 76
Figura 2.4. Evolução da taxa bruta de mortalidade, Portugal 1900-2013 77
Figura 2.5. Evolução do saldo natural e do saldo migratório ente 1960 e 2011 79
Figura 2.6. Evolução dos nacimentos, óbitos e saldo natural da população, Portugal 1900-2012 83
Figura 2.7. Evolução da Esperança de vida à nascença para Homens e Mulheres, Portugal 1900-2012 84
Figura 2.8. Evolução da taxa de mortalidade infantil (‰), 1910-2013 85
Figura 2.9. Evolução da proporção da população jovem e idosa, Portugal 1900-2011 90
Figura 2.10. Taxa de variação do grupo etário 0-14 anos (%), 1960 a 2011 95
Figura 2.11. Taxa de variação do grupo etário 65 e mais anos (%),1960 a 2011 97
Figura 2.12. Índice de envelhecimento em 2011: concelhos mais e menos envelhecidos (rácio %) 98
Figura 2.13. Índice de envelhecimento em 2011 (rácio %) 99

PARTE II 101
Os novos idosos:
preditores de futuro

Figura 3.1. Organização do Sistema Educativo Português 107
Figura 3.2. Taxa real de escolarização, por nível de ensino, 1961-2011 108
Figura 3.3. Aprendizagem ao longo da vida, 1998-2009 109
Figura 3.4. Número de inscritos e diplomados no Ensino Superior, 1995/1996 a 2010/2011 110
Figuras 3.5., 3.6., 3.7. e 3.8. População portuguesa por grupo etário, sexo e nível de escolaridade,Censos 1981, 1991, 2001 e 2011 (de cima para baixo) 111
Figura 3.9. Número de residentes com 15-64 anos, por nível de escolaridade, 2011-2031, Cenário Tendência 132
Figura 3.10. Número de residentes com 65+ anos, por nível de escolaridade, 2011-2031, Cenário Tendência 132
Figura 3.11. População portuguesa por grupo etário, sexo e nível de escolaridade, 1 de janeiro de 2011 133
Figura 3.12. População portuguesa por grupo etário, sexo e nível de escolaridade, 2031 Cenário Constante (esquerda) e Cenário Tendência (direita) 133
Figura 4.1. Prevalências projetadas para cada indicador de saúde, por sexo, 2011-2031, Portugal, Cenário de Tendência (%) 159

Figura 4.2.Prevalências projetadas para a auto classificação do estado de saúde como "razoável", "mau" ou "muito mau", 2011, 2021 e 2031, Portugal Continental, Cenário Tendência (%) 162

PARTE III **175**

Envelhecimento e estado de saúde

Custos e opções políticas

Figura 5.1. Fluxos de informação nas contas da Saúde 179

Figura 5.2. Prestadores de cuidados de saúde na economia 179

Figura 5.3 Despesa Total em Saúde: 2000-2011 186

Figura 5.4. Despesas em saúde e PIB per capita nos países da OCDE 189

Figura 5.5. Evolução da quota-parte pública (%) na despesa total em saúde 190

Figura 5.6. Taxa de crescimento da despesa pública e privada em Portugal 191

Figura 5.7. Fontes de Financiamento da administração pública em 2000 (esquerda) e 2012 (direita 194

Figura 5.8. Fontes de Financiamento no sector privado em 2000 (esquerda) e 2012 (direita) 194

Figura 5.9. Despesa corrente em saúde por prestador. 2011 (valor provisório) 195

Figura 5.10. Despesa corrente em saúde por prestador. 2000-2011 198

Figura 5.11. Despesa corrente em 2012 por grandes agentes financiadores 199

Figura 5.12. Despesa corrente em saúde, por agente financiador (2000-2012Pe) 199

Figura 5.13. Despesa corrente do SNS, por prestador, 2000-2011 200

Figura 6.1. Esperança média de vida à nascença HM na Europa (1970 e 2012) 214

Figura 6.2. Esperança média de vida HM aos 65 anos na Europa (1970 e 2012) 215

Figura 6.3. Anos de Vida Saudável HM aos 65 anos na Europa (2012) 216

Figura 6.4. Esperança média de vida à nascença de homens e mulheres na Europa (2012) 217

Figura 6.5. Variação dos anos de vida esperados entre Mulheres e Homens (2012) 218

Figura 6.6. Índice de envelhecimento na Europa (1970 e 2012) 219

Figura 6.7. Taxa de Mortalidade Infantil na Europa (1970 e 2012) 221

Figura 6.8. Óbitos por algumas causas de morte por 100 mil habitantes em Portugal (1980-2012) 220

Figura 6.9. Óbitos por algumas causas de morte em percentagem do total de óbitos na Europa (2009) 221

Figura 6.10. Despesas do Estado: execução orçamental por algumas funções (1972-2011) 224

Figura 6.11. Despesa total em saúde em percentagem do PIB e esperança média de vida (1970-2011) 225

Figura 7.1. Adaptação do Modelo PEST à investigação 235

Figura 7.2. Etapas do exercício aplicado 263

AUTORES

Alexandra Carvalho (n. 1978) licenciou-se em Economia pela Universidade de Évora (2000). Tem mestrado em Análise e Gestão de Informação do Instituto Superior de Estatística e Gestão de Informação – NOVA de Lisboa (ISEGI-UNL) (2011). É estaticista no Instituto Nacional de Estatística. A sua experiência como estaticista começou em 2001, na área das Contas Regionais. Entre 2001 e 2003 trabalhou no Departamento de Estatísticas da Agricultura e Pescas como responsável pela compilação das Contas Nacionais Regionais da Agricultura, Silvicultura e Pescas. Desde 2004 tem trabalhado no Departamento de Contas Nacionais, na área das Contas da Saúde.
E-mail: alexisabcarv@gmail.com

Carla Leão (n. 1969) é docente convidada do Departamento de Estudos Políticos da NOVA de Lisboa (Portugal). Leciona Demografia e Ecologia Humana. É licenciada em Fisioterapia (1991) pela Escola Superior de Saúde de Alcoitão (ESSA), tem um mestrado em Ciência Política e Relações Internacionais área de especialização em Globalização e Ambiente, da Universidade NOVA. Auditora de Defesa Nacional (2011). Doutoranda em Ciência Política especialização em Políticas Públicas, com uma dissertação intitulada "Envelhecimento, saúde e educação em Portugal. Práticas e Desafios" financiada pela Fundação para a Ciência e Tecnologia (FCT). Oradora em conferências nacionais e internacionais e autora de artigos sobre migrações, saúde e segurança sanitária.
E-mail: carla.leao@fcsh.unl.pt

Filipa de Castro Henriques (n. 1978) é assessora do Vice-Presidente da Câmara Municipal de Cascais para as áreas da Investigação, Inovação e Conhecimento. É doutoranda na FCSH UNL – Faculdade de Ciências Sociais e Humanas – NOVA de Lisboa, em Relações Internacionais, na vertente Globalização e Ambiente, debruça-se sobre o envelhecimento e sustentabilidade económica da sociedade Portuguesa. É Mestre em Estatística e Gestão de Informação – área Demografia; é ainda licenciada em Economia.
Fez parte do GEE – Gabinete de Estratégia e Estudos do Ministério da Economia, como Economista, desenvolveu estudos e análise de dados da economia portuguesa. Foi Docente da NOVA de Lisboa, na FCSH e no ISEGI – Instituto Superior de Estatística e

Gestão de Informação, como Assistente Convidada para as áreas da Demografia, Prospetiva e Planeamento Demográfico, Economia Internacional e Economia Europeia no Mestrado e na Licenciatura de Ciência Política e Relações Internacionais. Dedica-se ainda à investigação em Demografia e População, Economia, Educação, impactos na saúde da uma sociedade envelhecida; e Prospetiva e Planeamento demográfico.
É autora de artigos, livros, e investigadora nacional e internacional em projetos focados nas dinâmicas populacionais, envelhecimento, saúde e prospetiva e planeamento demográfico.

E-mail: a.filipa.henriques@cm-cascais.pt

Gabriela Soares Machado (n.1964) Mestrado em Ecologia Humana pela FCSH, UNL – Faculdade de Ciências Sociais e Humanas – NOVA de Lisboa, licenciada em Serviço Social, ISSSL, com pós-graduação em Gerontologia Social, vogal do conselho clínico do Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) Almada-Seixal, Coordenadora da Unidade Funcional de Saúde Materna, da Criança e do Adolescente, integra a Comissão de Qualidade e Segurança do ACES Almada – Seixal, e o grupo de trabalho do Plano Local de Saúde do ACES Almada-Seixal. Doutoranda em Ciência Política especialização em Políticas Públicas, com a dissertação, "As novas políticas de saúde em Portugal: Impacto da reestruturação dos cuidados de saúde primários na satisfação dos utentes", FCSH, UNL.

E-mail: gabsoaresmachado@gmail.com

Inês Rodrigues (b. 1986) é Licenciada em Estatística e Gestão de Informação pelo Instituto Superior de Estatística e Gestão de Informação da NOVA de Lisboa (2010) e Mestre em Bioestatística pela Faculdade de Ciências da Universidade de Lisboa (2012). Foi Bolseira de Investigação do Centro de Estudos da População, Economia e Sociedade (CEPESE/Universidade do Porto), no âmbito do projeto Envelhecimento e Saúde em Portugal: Políticas e Práticas, cofinanciado pela Fundação para a Ciência e Tecnologia e pelo Programa Operacional Temático Fatores de Competitividade – COMPETE. Atualmente, é estudante de Doutoramento no Laboratório de Demografia Estatística do Max Planck Institute for Demographic Research (Rostock, Alemanha).

E-mail: rodrigues.inesc@gmail.com

João Estevens (n. 1987) é licenciado em Economia e em Ciência Política e Relações Internacionais pela NOVA de Lisboa. É também pós-graduado em Programa-

ção e Gestão Cultural (Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias). Atualmente, encontra-se a concluir o mestrado em Ciência Política e Relações Internacionais, especialidade Globalização e Ambiente, na NOVA de Lisboa. Os seus interesses de investigação assentam sobretudo em questões demográficas e socioeconómicas, como envelhecimento, migrações, análise prospetiva e planeamento, estudos de segurança e economia histórica.

E-mail: jpgestevens@gmail.com

Maria do Rosário Oliveira Martins (n. 1963) é atualmente Professora Catedrática do IHMT-UNL, onde exerceu de Fevereiro 2010 a Outubro 2012 as funções de Vice-Presidente do Científico. É membro do Conselho Geral da UNL. Foi Presidente da Unidade de Missão para o e-Learning e Pró-Reitora da NOVA de Lisboa de Maio de 2004 a Janeiro de 2007 e Vice-diretora e Presidente do Conselho Pedagógico do ISEGI-UNL de Setembro de 2000 a Janeiro de 2010. Foi igualmente Diretora da Licenciatura em Estatística e Gestão de Informação durante 6 anos. É Doutorada em Econometria pela Universidade Livre de Bruxelas (1999), e Mestre em Econometria pela mesma universidade. Para além das funções desempenhadas no ISEGI e no IHMT, foi durante 6 anos Investigadora no ECARES (European Center for Advanced Research in Economics and Statistics). Simultaneamente às suas atividades académicas, tem coordenado diversos projetos no âmbito da Fundação para a Ciência e Tecnologia e da Comunidade Europeia. É autora de dois livros na área da Estatística e de cerca de 50 artigos publicados em livros e revistas científicas nacionais e internacionais. Orientou 38 Teses de Mestrado e 4 Teses de Doutoramento. Para além de leccionar nos cursos de Licenciatura e Mestrado do ISEGI e IHMT, foi responsável pela disciplina de Métodos Quantitativos do Programa de Mestrado em Politicas Publicas e Administração que a UNL ofereceu em colaboração com a Columbia University.

E-mail: mrfom@ihmt.unl.pt

Maria João Guardado Moreira (n. 1962) é Licenciada em História (1984), Mestre em Demografia Histórica e Social, (1992) e Doutor em Sociologia, especialidade de Demografia, (2001), pela Faculdade de Ciências Sociais e Humanas da NOVA de Lisboa. Realizou um Pós-Doutoramento no Grupo de Estudios de Población y Sociedad (GEPS) da Facultad de Ciencias Políticas y Sociología – Departamento Sociología II, Universidad Complutense de Madrid (beneficiando de uma bolsa da Fundação para a Ciência e Tecnologia, no projecto "Os emigrantes portugueses em Espanha no

quadro da Encuesta Nacional de Inmigrantes [ENI, 2007]: características actuais e perspectiva comparada". Professora Coordenadora na Escola Superior de Educação do Instituto Politécnico de Castelo Branco, onde coordena o Mestrado em Gerontologia Social e a unidade Técnico Científica de Ciências Sociais e Humanas. Investigadora do Centro de Estudos da População, Economia e Sociedade (CEPESE). Vice-presidente da Asociación de Demografía Histórica/Associação de Demografia Histórica (ADEH). É autora de diversas publicações e investigadora em projetos nacionais e internacionais nas áreas da população, envelhecimento, migrações e saúde.

E-mail: mjgmoreira@ipcb.pt

Teresa Ferreira Rodrigues (n. 1960) é docente associada de Relações Internacionais no Departamento de Estudos Políticos e docente convidada no Instituto Superior de Estatística e Gestão de Informação, ambos da NOVA de Lisboa. Leciona Estudos de Segurança, Demografia, Prospetiva e Planeamento e Estudos de Globalização. Doutorada em História Contemporânea e com Agregação em Ciência Política e Relações Internacionais (2002), ambos pela NOVA de Lisboa. Detém o título de Auditora de Defesa Nacional (2009). Coordenadora do curso de Doutoramento em Relações Internacionais e do curso de Mestrado em Ciência Política e Relações Internacionais na NOVA de Lisboa. É também coordenadora da Pós-graduação em a) Estudos Estratégicos e de Segurança (4ª edição), uma parceria entre a NOVA de Lisboa e o Instituto da Defesa Nacional (IDN – Ministério da Defesa Nacional); b) Globalização, Diplomacia e Segurança, uma parceria entre a NOVA de Lisboa, o Instituto de Estudos Superiores Militares (IESM – Ministério da Defesa Nacional) e o Instituto Diplomático (ID – Ministério dos Negócios Estrangeiros) e c) Gestão de Informações e Segurança, uma parceria entre a NOVA de Lisboa (ISEGI), o Instituto da Defesa Nacional e os Serviços de Informações da Republica Portuguesa (SIRP). Membro da Direção do IPRI – Instituto Português de Relações Internacionais e coordenadora da Linha de Investigação Prospetiva e Estudos Estratégicos. É também Investigadora do Centro de Estudos da População, Economia e Sociedade (CEPESE/UP) onde coordena o grupo de População e Prospetiva. Autora de mais de 150 artigos e de sete livros, tem participado e coordenado vários projetos nacionais e internacionais focados na migração, mortalidade, saúde, análise prospetiva e planeamento, e estudos de segurança.

E-mail: trodrigues@fcsh.unl.pt

PREFÁCIO

Em boa hora Teresa Ferreira Rodrigues e Maria Rosário de Oliveira Martins decidiram coordenar a publicação dos resultados de um conjunto de trabalhos realizados por nove investigadores e focados no envelhecimento e na saúde em Portugal, e nas possíveis implicações na política de saúde.

Sabemos que a população de Portugal tem sofrido um processo de envelhecimento acelerado, devido à rápida redução das taxas de natalidade e de mortalidade, com um aumento da idade média da população. É conhecido que estas mudanças tiveram como consequência uma mudança nas causas de morbilidade e de mortalidade mais frequentes, bem como nos níveis de incapacidade e de dependência. Mas os autores documentam estes fenómenos de forma quantitativa bem mais sofisticada do que outros que têm escrito sobre a transição demográfica e epidemiológica em Portugal.

Uma boa parte dos trabalhos estabelecem cenários futuros a longo prazo (2030), com projeções baseadas em modelos matemáticos que relacionam a natalidade, a mortalidade, a incapacidade, o género, o nível de escolaridade, a utilização de cuidados de saúde, e os gastos em saúde, públicos e privados. No seu conjunto as projeções sugerem que teremos muito mais pessoas idosas, mas que estas terão melhor escolaridade, mais anos de vida saudável, utilizarão melhor e forma mais eficiente os serviços de saúde e que, por isso, talvez não venham a sobrecarregar ainda mais as contas da saúde. Sugerem também que teremos um grande número de pessoas com mais de 80 anos, muitos vivendo sós ou em agregados familiares de dois idosos, já que diminuirão muito os lares multi-geracionais. Alertam para a necessidade de adaptação dos serviços de saúde, de educação médica e de profissões associadas. Chamam a atenção para a subvalorização das redes de cuidados informais, prestados por familiares, amigos e vizinhos, que permitem às pessoas mais velhas continuarem a residir nas suas casas.

Muitos poderão querer discutir a fiabilidade de projeções a longo prazo, lembrando as projeções que se fizeram há 50 anos não se concretizaram. Dirão que as projeções que agora se fazem poderão ser invalidadas por fenómenos naturais, por revoluções sociais, pela inovação tecnológica... certamente que citarão

o possível impacto das mudanças climáticas, das guerras, das migrações... de revoluções tecnológicas... que não podemos agora prever.

Apesar do argumento ter a sua validade, parece-nos que estas projeções são ainda assim muito úteis para informar a discussão política em geral, o debate da política demográfica, de saúde e segurança social, da ordenação do território. São também muito úteis como instrumento de trabalho para o planeamento, desde que se reconheçam as limitações dos modelos e das projeções que agora se fazem. Mas melhor será planear com base na evidência e em projeções quantitativas sérias, do que com base em especulações ou dogmas ideológicos.

O livro inclui também capítulos de contexto, em que se descrevem a evolução histórica e a estrutura presente dos sistemas de saúde e de educação em Portugal, bem como uma análise do financiamento e das contas nacionais de saúde, tentando relacioná-las com transição demográfica e epidemiológica e com as projeções que delas se fazem para o futuro. Estes capítulos são bastante desenvolvidos, muito para além do nível de introdução ao contexto que se poderia esperar. Estou certo que serão muito apreciados pelos leitores, como eu, que não estejam familiarizados com um o outro desses setores.

Em conclusão, parabéns aos autores! Fica o agradecimento de quem leu o livro com gosto e que não sendo leigo na matéria, aprendeu muito sobre assunto .

Lisboa, agosto de 2014

Alexandre Abrantes

Escola Nacional de Saúde Pública – Universidade NOVA de Lisboa

INTRODUÇÃO

O envelhecimento demográfico é hoje uma questão global (Glenn, et al., 2008)Os seus sintomas são conhecidos, assim como as suas consequências, nomeadamente no sector das políticas sociais.

Embora os impactos económicos inerentes a estas mudanças não sejam consensuais, eles são inevitáveis (Adams & White, 2004). Vive-se mais tempo com saúde e os avanços científicos tendem a reduzir o grau médio de dependência e de incapacidade, o que supõe um futuro mais positivo. O problema reside na diminuição do ratio entre população jovem e idosa, uma vez que o aumento do número de idosos pode gerar um acréscimo nos custos com cuidados de saúde, bem como os inerentes às despesas com pensões, num contexto regressivo da força ativa necessária para assegurar os respetivos pagamentos (Paquy, 2004; Mackenbach, 2006; Caselli, et al., 2006).

Que ajustamento deve ser feito em termos das opções políticas e das práticas de saúde, à medida que a população envelhece? (Durand, et al., 2008). Pode o acréscimo dos níveis educacionais dos futuros idosos portugueses influenciar o cenário possível de falta de sustentabilidade dos sistemas de proteção social? Como poderá a previsão do estado de saúde ajudar os decisores políticos a encontrar respostas adequadas a nível nacional, considerando também a diversidade de situações com que atualmente nos confrontamos em termos regionais?

É certo que para muitas destas perguntas já foram encontradas respostas em relação a outros países europeus (Mackenbach, 2006; Kunst, et al., 2004; Huisman, et al., 2004; Koivusalo, 2007), mas não para Portugal. E foi esse o desafio abraçado pela equipa do projeto que deu origem ao livro *Envelhecimento e Saúde. Prioridades Políticas num Portugal em mudança*.

O nosso país acompanha a tendência de envelhecimento etário que hoje, de forma mais ou menos acelerada, se tende a generalizar no Mundo. Os avanços tecnológicos, em especial na área da saúde, têm contribuído para aumentar o número de anos que podemos esperar viver, permitindo ainda que o grau médio de dependência e de incapacidade seja cada vez mais reduzido. Esperamos que os idosos do futuro vivam com melhores condições de saúde que os atuais.

Num contexto em que os níveis de fecundidade e as migrações não conseguem garantir o rejuvenescimento etário, nem mesmo o aumento da população residente, o índice de dependência de idosos, ou seja, a relação entre o total de indivíduos com 65 ou mais anos face à população adulta ativa (15 a 64 anos) continua a aumentar, o que gera desafios aos responsáveis políticos e outros agentes. Estes desenvolvimentos têm forçosos impactos no sector das políticas públicas, nomeadamente em relação aos apoios sociais, aos cuidados de saúde ou à estrutura do mercado de trabalho.

No que diz respeito ao sistema de saúde grandes mudanças serão impostas pelas alterações demográficas. Estudos feitos para países com características idênticas às de Portugal confirmaram que existe uma associação significativa entre fatores como o nível de escolaridade, a idade, o rendimento e a avaliação subjetiva do estado de saúde. Aparentemente o impacto de cada uma destas variáveis depende até certo ponto da região ou país considerado, mas o mais importante é que a magnitude destas associações parece não sofrer alterações ao longo do tempo.

A idade e a escolaridade são também apontadas como determinantes relevantes na avaliação do estado de saúde. Os dados disponíveis sobre este tema no caso português provém maioritariamente das respostas dadas nos Inquéritos Nacionais de Saúde e indicam que os indivíduos mais velhos tendem a classificar de modo mais negativo o seu estado de saúde. Mas indicam também que os mais escolarizados tendem a atribuir uma classificação mais positiva a esse estado de saúde. Qual deverá ser então o balanço no que toca ao efeito futuro destas duas variáveis? Será que o aumento dos níveis de instrução da população idosa poderá modificar a esperada pressão devida ao efeito do envelhecimento sobre os sistemas de proteção social? E até que ponto poderá a previsão do estado de saúde da população contribuir para a tomada de decisão a nível político, num contexto de acentuado envelhecimento, mas também de aumento da escolarização? Que ajustamentos devem ser feitos, à medida que estas alterações se processam?

É a discussão destas questões e a apresentação de resultados na tentativa de apontar caminhos possíveis para a tomada de decisão no sector da saúde que justifica a publicação deste estudo. Tentaremos obter conhecimento sobre a relação entre o envelhecimento da estrutura etária da população portuguesa e

o seu estado de saúde, considerando a escassez de estudos desta natureza (Nogueira, et al., 2006; Santos, et al., 2006; Santana, et al., 2003), a clareza com que o fenómeno de envelhecimento se apresenta, a sua inevitabilidade e a urgência em reduzir a carga atual sobre o sistema de saúde, em particular no que respeita às despesas públicas associadas à utilização dos cuidados.

As conclusões que iremos apresentar baseiam-se nos resultados obtidos ao longo da investigação realizada no âmbito do Projeto *ENVELHECIMENTO E SAÚDE EM PORTUGAL. POLÍTICAS E PRÁTICAS* (AgHeP)[1]. Trata-se de um projeto cofinanciado pela Fundação para a Ciência e Tecnologia do Ministério da Educação e Ciência de Portugal e pelo Programa Operacional Temático Fatores de Competitividade – COMPETE.

Iniciada em março de 2009 e com a duração de três anos, a investigação apresentava como grande objetivo de partida medir a relação entre o estado de saúde da população portuguesa e o expectável aumento dos seus níveis educacionais nas próximas décadas, no contexto de um previsível acentuar dos indicadores de envelhecimento das estruturas etárias. Pretendia-se desse modo avaliar o alcance e implicações desta associação no caso nacional, cruzando técnicas de análise demográfica e econométrica, capazes de possibilitar uma visão sistémica do fenómeno de envelhecimento da estrutura etária da população residente em Portugal e de contribuir para uma tomada de decisão mais sustentada no âmbito das políticas públicas de saúde. Adicionalmente procurava-se gerar informação de caráter prospetivo, com vista a estimar a evolução provável dos diferentes vetores, num horizonte temporal suficientemente alargado para permitir um planeamento e uma programação de equipamentos na esfera da Saúde em Portugal. Este último propósito explica a escolha do ano de 2030 como data limite para o exercício prospetivo. Entendemos que a opção por uma data mais longínqua introduziria uma margem de incerteza demasiado ampla, com consequências negativas no relativo à solidez das conclusões a obter.

Os cinco objetivos principais da investigação realizada, cujas conclusões se apresentam na presente obra e se refletem na sua estrutura, procuram identificar e discutir algumas das necessidades emergentes do atual contexto sociodemográfico em que Portugal se encontra, equacionando as enormes mudanças que deverá

[1] AgHeP – Ageing and Health in Portugal. Politics and Practise (PTDC/CS-DEM/109967/2009).

atravessar. Acresce ainda o esforço de avaliação do impacto do envelhecimento populacional sobre as políticas e práticas de saúde numa ótica prospetiva. Referimo-nos, nomeadamente: 1) à avaliação dos efeitos das mudanças sociais e demográficas no perfil de saúde da população portuguesa; 2) à apreciação da importância que tem sido atribuída às políticas de saúde e bem-estar nas últimas décadas; 3) à análise das mudanças de estrutura etária, inter-relacionando-as com o nível educativo e o estado de saúde; 4) à estimativa da influência de cada uma destas variáveis como preditor socioeconómico do estado de saúde; e 5) à identificação das consequências destas transformações no apoio à tomada de decisão no âmbito das políticas de saúde e no relativo às despesas com saúde até 2030.

Para alcançar estes objetivos foi criado um desenho de pesquisa e empregadas metodologias pouco usadas em Portugal neste contexto. Os critérios de constituição da equipa procuraram também garantir o sucesso da investigação, ao incluir investigadores com provada experiência nos campos da análise demográfica, economia, ciências da saúde e ciências políticas.

Esta abordagem diversificada estava sustentada em vários exercícios de caráter qualitativo e quantitativo:

a) Projeções demográficas regionais, por NUT III, sexo, idade e nível de ensino (2011-2030);

b) Utilização e estudo integrado de três diferentes bases de dados: 1) demográficas (Recenseamentos de 1991, 2001 e 2011; Estimativas da população e Estatísticas Demográficas de 1990 a 2010); 2) de educação (Inquéritos de Emprego, 2006, 2008, 2010); e 3) de perceção do estado de saúde (Inquéritos Nacionais de Saúde, 1998-99, 2005-06, 2010-11);

c) Estudo aprofundado da relação entre variáveis demográficas, níveis educativos e estado de saúde entre 1990 e 2030, com vista a identificar pontos fortes e fracos;

d) Construção de um modelo compreensivo sobre a relação entre os resultados do modelo teórico estatístico, as políticas de saúde existentes e a opinião de especialistas selecionados (com recurso a entrevistas, discussão publica em Fórum internacional e Workshops e realização de um Exercício Delphi).

A estrutura do livro *Envelhecimento e Saúde. Prioridades Políticas num Portugal em Mudança* coincidem em larga medida com os objetivos delineados para o projeto e as informações divulgadas permitem (1) avaliar os efeitos das mu-

danças sociais e demográficas do perfil de saúde da população portuguesa, bem como a importância que a nível institucional tem sido atribuída às políticas de saúde e bem-estar; (2) medir as mudanças de estrutura etária nas últimas décadas do século XX, inter-relacionando-as com o nível educativo e o estado de saúde da população; (3) percecionar a influência de cada uma destas variáveis com determinantes socioeconómicas do estado de saúde coletivo; (4) apontar as principais consequências destas transformações no apoio à tomada de decisão no campo das políticas de saúde. Ao optar por uma análise regional a nível de NUT III procuramos garantir a possibilidade de chegar a um diagnóstico mais específico, que permitisse sugerir linhas de orientação mais precisas para os decisores, nomeadamente no relativo a investimentos públicos e/ou privados no sector dos serviços de saúde.

Acresce a estes propósitos a aposta da equipa de investigação em proporcionar a um público vasto e não necessariamente especializado uma síntese de fácil leitura, que apresente as grandes linhas e tendências que, num sector estratégico como o da saúde, condicionam os indicadores de qualidade de vida e bem-estar dos portugueses de hoje e das próximas décadas. Acreditamos que a presente publicação poderá constituir uma obra de consulta para aqueles que, em diferentes áreas do saber e com objetivos diferenciados, queiram aceder a informação atualizada sobre este tema. É também nossa convicção que ele poderá ser usado como um instrumento de apoio à tomada de decisão em diferentes esferas de atividade.

O desafio de partida (uma primeira síntese de fácil leitura, embora salvaguardando o rigor científico), foi conseguido à custa de opções, a primeira das quais implicou a exclusão de algumas temáticas.

A presente publicação mantém uma mesma configuração, que compreende o desenvolvimento de três grandes assuntos, cada um dos quais subdivididos em dois capítulos, a que acresce uma síntese final alargada.

Na primeira parte, que designamos *Demografia e saúde. O caminho para a modernidade*, foi nosso propósito introduzir o leitor às duas componentes que retratam o pano de fundo desta publicação, e nos remetem para as decisões políticas ligadas ao sector da saúde e para o modo como estas se procuram adequar às mudanças recentes e rápidas do perfil etário e nosológico da população portuguesa.

No primeiro capítulo, dedicado *A Saúde em Portugal: atores e temporalidades*, as autoras, Teresa Rodrigues e Carla Leão dão especial atenção ao período que medeia entre a segunda metade do século XX e a atualidade. Em termos metodológicos opta-se por uma abordagem essencialmente descritiva, suportada pela leitura e análise do corpo legislativo publicado sobre o tema da assistência na doença e do acesso à saúde da população. Esta análise foi complementada pela informação obtida em diversos estudos já publicados sobre o tema. Com este exercício torna-se mais fácil ao leitor acompanhar o modo como foram evoluindo as opções governamentais na esfera da saúde coletiva em Portugal. O capítulo encontra-se dividido em três pontos. O primeiro descreve o contexto histórico da política de Saúde em Portugal desde a instauração da República, passando pela Ditadura Militar e pelo Estado Novo. O segundo apresenta de forma sumária as linhas de força das decisões políticas de saúde em Portugal entre a instauração do regime democrático e a atualidade. Por último, na terceira parte é tentada uma sistematização sobre as principais fases da política de saúde portuguesa no século XX, e analisadas as suas linhas de força, destacando a relação entre estabilidade política, recursos e Estado-providência.

Seguidamente, direcionámos a nossa análise para o retrato das dinâmicas demográficas, marcadas nas últimas décadas por alterações significativas e alguns constrangimentos, de entre os quais não poderia deixar de se evidenciar o gradual processo de envelhecimento das estruturas etárias e a crescente dependência do país face às migrações. Traça-se uma perspetiva histórica sobre a alternância entre o período das grandes transformações e investimentos e a desaceleração verificada após a viragem do século.

O capítulo 2 é dedicado às *Mudanças demográficas e estado de saúde em Portugal entre 1970 e 2013*. Portugal conheceu profundas alterações ao longo do século XX que, principalmente a partir da década de 70, conduziram a uma modernização e mudança social que progressivamente nos aproximaram do regime demográfico dos países do cento e norte da Europa. Atualmente a dinâmica da população portuguesa caracteriza-se por saldos naturais e migratórios negativos e pelo envelhecimento das suas estruturas etárias. De modo a compreender estas profundas alterações da dinâmica demográfica procedeu-se à análise da cronologia do processo de mudança, nomeadamente das características e espe-

cificidades do modelo de transição demográfica e epidemiológica da população, e à forma como este processo teve implicações, designadamente em termos da alteração das estruturas etárias. Sendo a questão do envelhecimento um dos aspetos incontornáveis da atualidade nacional, existe alguma diversidade regional quanto à intensidade e cronologia que será também objeto de análise. Importa sobretudo reconhecer os diferentes impactos do fenómeno de envelhecimento demográfico ao nível do necessário ajuste dos Serviços de Saúde às novas realidades atuais e emergentes, a nível regional e nacional.

Os dois capítulos seguintes constituem a Parte II do estudo, designada *Os novos idosos. Preditores de futuro*. Ambos os capítulos desta segunda parte adotam uma atitude prospetiva que, tal como definido anteriormente, tem como horizonte temporal o ano de 2030.

No capítulo 3 fala-se de *A importância da Educação. Os níveis de escolaridade dos portugueses (2010-2030)*. Com o objetivo de identificar o impacto dos níveis de escolaridade para o estado médio de saúde da população portuguesa, Maria do Rosário Oliveira Martins, Inês Rodrigues e Teresa Rodrigues elaboraram para o período de 2011 a 2030 projeções demográficas para a população residente em Portugal e em cada região (NUT II), por sexo, grupo etário e nível de escolaridade. Recorreram para o efeito a um modelo de projeção multiestado, com vista a incorporar o modo dinâmico como se processa o comportamento demográfico. A população foi projetada em intervalos quinquenais, utilizando estimativas de probabilidades de sobrevivência, taxas de fecundidade e saldos migratórios específicos segundo o sexo, grupo etário e nível de escolaridade. Foram igualmente estimadas probabilidades específicas de transição entre níveis de escolaridade para o conjunto das variáveis em estudo, de forma a considerar a conclusão de níveis de escolaridade mais elevados por parte dos elementos de cada coorte. Foram estabelecidos dois cenários de evolução, de forma a lidar com a incerteza associada aos resultados, particularmente no que se refere à evolução dos níveis de escolarização da população portuguesa.

As mesmas autoras propõem no capítulo seguinte, intitulado *Projeções de indicadores sobre necessidades de saúde (2010-2030)*, novas conclusões, ligando as diferenças nos indicadores de saúde entre níveis de escolaridade com as necessidades e características de utilização dos serviços de saúde. A elaboração de

projeções sobre o estado de saúde da população é uma tarefa complexa e desafiante, dadas as dificuldades associadas à estimação das alterações na morbilidade e à medição da saúde (European Comission, 2012). As projeções apresentadas seguem uma abordagem "e se", baseada na definição de cenários distintos para a evolução dos níveis de escolarização e nas diferenças entre graus de instrução relativamente ao estado de saúde e utilização de serviços de saúde. Desta forma, a incerteza associada aos resultados é evidente. Apesar disso, estas projeções são úteis, no sentido em que podem servir de base ao estudo da eventual evolução da despesa pública e ao impacto da escolaridade da população e do seu estado de saúde, como principais impulsores da despesa em saúde, fundamentando a tomada de decisão por parte dos decisores políticos.

Podemos assim admitir que, caso o aumento da longevidade seja acompanhado pelo aumento do número de anos vividos com saúde, o envelhecimento das estruturas etárias da população portuguesa pode não se traduzir, necessariamente, no aumento dos custos em saúde. Um melhor estado de saúde refletir-se-á, à partida, numa menor necessidade de utilização dos serviços e pode levar, consequentemente, à redução da despesa.

Contudo, os resultados obtidos apontam para uma melhoria futura do estado de saúde (particularmente do estado de saúde auto reportado e da prevalência de doenças crónicas, sobretudo entre os homens), mas também para o aumento da utilização dos serviços de saúde considerados (consultas médicas e uso de medicamentos prescritos). Como tal, podemos questionar se não será antes a maior utilização dos serviços de saúde que nas próximas décadas conduzirá a um melhor estado de saúde, o que viria inverter a evolução esperada quanto aos gastos com este sector. Estas são algumas das hipóteses que tentaremos inferir no capítulo 6, dedicado às opções políticas com despesas em saúde, para responder com alguma eficácia aos desafios e oportunidades associadas ao envelhecimento das estruturas etárias da população portuguesa nas próximas décadas, muito embora este seja acompanhado por alterações no estado de saúde dos novos idosos.

Chegamos de seguida à terceira e última parte do livro, dedicado ao *Envelhecimento e saúde em Portugal. Custos e opções políticas.*

O capítulo 5, escrito por Maria do Rosário O. Martins e Alexandra Carvalho, baseia-se na análise das Contas Nacionais em Saúde. A contabilização da despesa

em saúde em Portugal é feita com base num sistema de contas integrado, internamente consistente e comparável a nível internacional. Numa primeira parte do capítulo são apresentadas e descritas as principais características do Sistema de Contas Nacionais da Saúde, das atividades prestadoras e das funções de cuidados de saúde, e ainda das funções relacionadas com a saúde e os agentes financiadores de cuidados. Finalmente é apresentada a forma como a despesa total em saúde é contabilizada. Numa segunda parte são analisadas as Contas Nacionais da Saúde em Portugal entre 2000 e 2012, com base na informação publicada pelo Instituto Nacional de Estatística, relativamente à conta satélite da Saúde 2013. São examinadas não só as tendências verificadas na despesa em saúde entre 2000 e 2012, mas também o seu enquadramento a nível do contexto económico nacional e internacional, os seus principais agentes financiadores e a forma como esta despesa tem vindo a ser repartida pelos principais prestadores dos cuidados de saúde, nomeadamente hospitais, serviços de ambulatório e farmácias. Finalmente é apresentada informação sobre a forma como a despesa em saúde tem vindo a evoluir desde 2000 segundo os principais modos de produção (internamento, hospital de dia, ambulatório, domicílio).

No sexto e último capítulo, Maria do Rosário O. Martins e João Estevens procuram identificar os modelos conceptuais existentes na literatura que permitem aferir os possíveis efeitos do Envelhecimento nas Despesas em Saúde. A metodologia adaptada é descritiva e baseada numa revisão de literatura portuguesa e internacional. É feito um breve diagnóstico do cenário de envelhecimento português e da evolução da despesa em saúde, enquadrando o cenário nacional no contexto europeu. A partir dos resultados dos principais estudos realizados nesta área procuram-se apontar outros fatores que possam ter estado na génese da crescente despesa em saúde em Portugal e compreender se o aumento do envelhecimento foi um dos fatores essenciais para esta evolução.

Finalmente, nas reflexões finais são retiradas as principais ilações de toda a investigação realizada, com vista a identificar e sugerir algumas linhas de intervenção que nos parecem adequadas e constituem em nosso entender alguns dos principais desafios de futuro. O capítulo 7, *Portugal 2030. Prioridades políticas em saúde* inicia-se com a adequação do modelo PEST às áreas investigadas no livro – Demografia, Educação, Saúde, Economia, Tecnologia,

Social e Políticas de Saúde. Para a conceptualização deste modelo desenvolveu-se uma tabela comum às várias áreas para que o leitor pudesse obter um fio condutor comum, à medida que vai lendo e apreendendo as várias temáticas. Nesta tabela procurámos sistematizar os indicadores, a legislação, as opções e a informação mais relevante em cada uma das temáticas abordadas, dando-lhe uma dimensão temporal de passado, presente e futuro. Procurámos realizar ainda uma análise de possíveis ameaças e oportunidades dos vetores que considerámos mais importantes. Esta opção teve, como referimos, a finalidade de proporcionar ao leitor em geral e também a possíveis decisores no sector da saúde um recurso de leitura rápida e precisa para a tomada de decisão. Paralelamente foram traçadas as evoluções registadas nas diferentes esferas e respetivas linhas de força que as foram norteando. Em simultâneo perspetiva-se o papel que algumas delas poderão vir a ter nos próximos anos e as suas repercussões específicas na sociedade portuguesa. À medida que o exercício evoluiu e com o objetivo de delinear, numa ótica de futuro, possíveis evoluções de todos os vetores estruturantes considerados (envelhecimento demográfico, políticas de saúde, níveis de educação média da população, impactos socais e gastos em saúde), discutimos as formas possíveis de garantir a sustentabilidade do modelo de prestação de cuidados aos futuros utentes dos serviços de saúde.

Deste modo, o estudo termina com sugestões sobre a forma como, face aos resultados obtidos pela investigação e os pareceres fundamentados de cerca de duas dezenas de especialistas inquiridos, através da aplicação de um exercício Delphi, Portugal deverá construir a sua estratégia, aliando as legítimas expectativas individuais, com os seus compromissos no seio da União Europeia.

Estamos hoje em condições de analisar as questões relativas ao envelhecimento e saúde no contexto das políticas e práticas de saúde em Portugal, uma vez que se tornou possível estimar o impacto múltiplo que reveste o processo de envelhecimento demográfico da população portuguesa. Esperamos de algum modo ter dado o nosso contributo para influenciar as orientações e necessários ajustamentos futuros dos sistemas de proteção social e de saúde.

Remetem-se para o fim as referências bibliográficas, divididas por capítulos, no intuito de facilitar a consulta dos temas preferenciais de cada leitor.

Convictos de que existem mais-valias neste exercício de sistematização dos conhecimentos, que inclui diferentes formas de avaliar a importância e o determinismo da tomada de decisão do sector das políticas de saúde em Portugal, desde o início do século XX até ao futuro próximo, é, no entanto, característica própria dos coordenadores e autores alguma insatisfação face ao que poderia ter sido realizado e o que é hoje possível apresentar. Não obstante, pensamos ter conseguido alcançar alguns dos nossos desígnios iniciais. Num contexto pouco favorável, como aquele que atualmente caracteriza a realidade nacional, há no entanto que não perder de vista que Portugal é hoje um país mais próspero que no início do século passado ou mesmo que no momento de viragem política dos anos 70.

Não obstante, os bons resultados conseguidos até ao momento não impedem alguma inquietação sobre o futuro. As turbulências económicas desencadeadas a nível mundial pela globalização e a subsequente reconfiguração do poder à escala planetária situam-nos num cenário de incerteza e transformação. Nestas circunstâncias, a academia será obrigada a realizar um exercício da reflexão sobre o já conseguido e as opções que nos são oferecidas.

Não poderíamos terminar estas páginas introdutórias sem expressar publicamente o nosso apreço pelos valiosos contributos que os diversos especialistas e consultores externos imprimiram a esta síntese. As suas reflexões e sugestões representaram um contributo inestimável para levar bom termo esse projeto. De sublinhar, desde logo, a disponibilidade de cerca de duas dezenas de peritos que acederam a responder ao Questionário que serviu de base ao Exercício Delphi. Também para os Professores Jan Sundin, Professor Emérito da Universidade de Linköping (Suécia), Wilm Quentin, da Universidade de Tecnologia de Berlim e do Observatório Europeu de Sistemas e Políticas de Saúde e Pedro Guedes de Carvalho, Professor na Universidade da Beira Interior, consultores externos deste projeto, aqui fica o nosso obrigado.

Lisboa, 3 de julho de 2014

Teresa Ferreira Rodrigues
Maria do Rosário Oliveira Martins

PARTE I

Demografia e saúde.
O caminho da modernidade.

1. A saúde em Portugal: atores e temporalidades[1]

Teresa Rodrigues e Carla Leão

Portugal registou ao longo da história grandes alterações no modo como foi sendo olhado o tema da saúde pública e destacada a urgência das medidas destinadas a garantir acesso e a proteção na doença.

A prestação de cuidados de saúde e assistência teve na sua génese a iniciativa religiosa e corporativa, à semelhança do sucedido na maior parte dos países europeus, e só progressivamente os responsáveis locais e o poder central foram olhando esta temática como merecedora de enquadramento legislativo e de intervenção permanente. Aliás, esta será uma realidade contemporânea, já avançado o século XIX. Com efeito, para épocas históricas anteriores, desde a Idade Média, as Misericórdias desempenharam um papel central no quadro do tratamento dos enfermos, sobretudo os mais carenciados. Esse protagonismo resultou em larga medida da sua proximidade relativamente às populações, a que se soma o facto de se distribuírem no território nacional de forma bastante consistente. As Misericordias constituíam a face visível de apoio à população em situação de doença. Na realidade, até meados do século XIX, as deliberações efetivadas na esfera dos cuidados de saúde assumiram um caracter muitas vezes pontual e de resposta a incidentes específicos. A nível político, a tomada de decisão sobre matérias de saúde e de doença efetivava-se quase sempre, e tão-só, como réplica a situações de emergência nacional, de que os riscos associados à importação de surtos epidémicos são o exemplo mais acabado (Rodrigues, 1993).

Não obstante, a partir do século XVI a questão sanitária foi gradualmente assumindo em Portugal uma importância crescente e de vanguarda. O elevado grau de eficácia das medidas promulgadas em situação de crise garantiu mesmo aos governantes nacionais algum reconhecimento em termos externos. Alguns

[1]Este texto foi parcialmente redigido por Pedro Silveira (CES-NOVA), Assistente convidado da FCSH-NOVA de Lisboa, e Doutorando em Ciência Política na mesma instituição, no âmbito do Projeto PTDC/CS-DEM/109967/2009, Envelhecimento e Saúde em Portugal. Políticas e práticas (2009-2014).

séculos mais tarde, ao iniciar-se o século XIX, a estrutura existente e testada em Portugal era tida como uma das mais eficazes no que se reportava à prevenção de epidemias externas, mas o mesmo não se poderia dizer no relativo ao combate à morbilidade e mortalidade das gentes portuguesas, cujos níveis médios continuavam muito elevados, embora longe de extraordinários em termos comparativos internacionais. Haverá que esperar até à implementação da democracia em abril de 1974 para que exista uma ação concertada e coerente por parte dos diferentes atores responsáveis pelo sector.

Os indicadores de saúde, doença e mortalidade refletem ao longo dos anos os efeitos visíveis das prioridades que nos diferentes momentos históricos caracterizam a atuação dos responsáveis políticos a este propósito. Referimo-nos, em concreto, ao modo como a maior ou menor atenção dada à higiene pública e ao sistema de controlo sanitário influenciaram os níveis da morbilidade e da mortalidade. Referimo-nos também ao modo como estes níveis foram sendo reduzidos pela gradual construção e generalização do acesso da população a cuidados de saúde, mesmo que esta continuasse até datas próximas a ser apenas feita com base numa rede de apoio incipiente e circunscrita nos seus resultados pelos limites impostos pelo grau de evolução da ciência médica.

Ao longo do século XX o nosso país sofreu grandes transformações de caráter social, político, cultural, económico e também no que se reporta à prestação de cuidados de saúde. As grandes mudanças na forma como os responsáveis governamentais se consciencializam quanto à necessidade e urgência de uma verdadeira e tanto quanto possível eficaz política de saúde são uma conquista do pós-25 de abril de 1974. De um modo quase súbito passamos em Portugal de uma prestação de cuidados pouco abrangente e assente numa lógica de prestação de cuidados curativos para uma universal, alicerçada na prevenção e atenta a novas necessidades, de que é exemplo a prestação de cuidados continuados. A perceção pública sobre a relevância social da saúde também se modificou.

Os discursos proferidos pelos responsáveis políticos e profissionais do sector sobre o tema da saúde pública vai aumentando em número e destaque, à medida que nos aproximamos da atualidade. No entanto, torna-se incorreto falar de políticas de saúde para períodos anteriores à segunda metade do século XX. Com efeito, o sinal da consciencialização sobre a importância a atribuir à saúde

coletiva das populações no sector das políticas públicas explica o surgimento ao longo da segunda metade do século XX de Ministérios da Saúde um pouco por toda a Europa. Mas em Portugal o Ministério da Saúde só será criado em 1958. Para anos anteriores a meados do século XX há que pensar a questão da saúde e do combate à doença e à morte a partir da capacidade de cada responsável político para legislar e fazer cumprir medidas destinadas a garantir a higiene pública, esta sim considerada como política pública desde o Iluminismo e de forma mais consensual desde meados do século XIX. As políticas públicas de saúde são relativamente recentes e não ultrapassam enquanto tomadas de decisão concertada sessenta a oitenta anos, mas a sua compreensão implica um recuo no tempo (Campos e Simões, 2011).

Face ao exposto, e tendo em conta os objetivos do presente livro, dedicamos neste capítulo uma especial atenção ao período que medeia entre a segunda metade do século XX e a atualidade. Optámos por uma abordagem essencialmente descritiva e cronológica, baseada nos estudos que sobre o tema das opções políticas de saúde em Portugal começam a existir e que nos permitem identificar as principais características e condicionantes particulares das várias reformas de que o sector foi sendo objeto. Procedemos ainda à identificação e interpretação do corpo legislativo promulgado sobre o tema, evidenciando as principais opções tomadas em cada momento histórico. Embora a aprovação de legislação não signifique uma efetivação prática dos desígnios nela identificados, ela é não obstante a expressão de opções e vontades relativas ao sector em determinada conjuntura. A partir dessa legislação torna-se mais fácil acompanhar o modo como foram evoluindo as opções políticas na esfera da saúde coletiva no nosso país.

Este capítulo encontra-se dividido em três pontos, dois dos quais predominantemente descritivos. O primeiro realiza o enquadramento histórico do tema, desde a instauração da Republica, passando pela Ditadura Militar e pelo Estado Novo. O segundo apresenta de forma sumária as linhas de força das políticas de saúde em Portugal entre a instauração do regime democrático e a atualidade. Por último, na terceira e última parte é feita uma sistematização sobre as principais fases da política de saúde portuguesa no século XX, e analisadas as suas linhas de força.

1.1 O contexto histórico da política de Saúde em Portugal (1910-1974)

A Revolução Republicana de 5 de Outubro de 1910 criou justificadas expectativas quanto à reforma do sector da saúde. A retórica reformista do Partido Republicano na oposição, a expansão do movimento higienista a nível nacional e internacional, bem como os recentes avanços em termos de conhecimento médico e de medicina experimental indiciavam que o novo regime político teria vontade e condições para desenvolver e implementar uma política de saúde coerente e efetiva, aplicando e consolidando a Reforma de 1901, conhecida como Reforma de Ricardo Jorge, a qual se propunha reorganizar a saúde pública do Reino e regular os Serviços de Saúde e Beneficência Pública. Podemos considerar esta reforma como uma tentativa de construir o alicerce da saúde pública em Portugal, inspirada no exemplo de Inglaterra, reconhecida como pátria da higiene e um modelo de organização médico-sanitária (Simões, 2005 e Ministério da Saúde, 2013).

Uma das primeiras medidas do regime republicano visava concretizar uma das suas bandeiras políticas, a garantia de uma sociedade fraterna e de uma vida saudável para todos os portugueses. A frase "Saúde e Fraternidade" foi tornada obrigatória no final de toda a correspondência expedida oficialmente (Alves, 2010). Para o destaque atribuído ao sector da saúde como verdadeiro objetivo político do novo regime não foi despiciendo o facto de existir um número considerável de médicos entre os Deputados à Assembleia Constituinte e entre os membros dos sucessivos governos. Esta circunstância explica igualmente o número e regularidade dos debates parlamentares que direta ou indiretamente se focavam o tema da saúde pública (Garnel, 2010).

A Primeira Republica considerava a saúde dos povos como um direito relativamente ao qual existirá por parte dos governantes uma obrigação de prestação. Com efeito, a Constituição de 1911 consagra no seu texto o direito à assistência pública (Art. 3º nº 29º). Porém, e tal como no passado sucedera, a saúde continua a ser entendida como assistência, ou seja, como uma prestação de cuidados médico-sanitários básicos aos grupos economicamente mais desfavorecidos.

Logo no início de 1911 é extinta a Direção-Geral de Saúde e Beneficência Pública, substituida por duas Direções-Gerais. Referimo-nos à Direção-Geral de Saúde, dirigida por Ricardo Jorge, a quem passou a competir a resolução e o ex-

pediente dos serviços de saúde pública (Decreto de 9 de Fevereiro de 1911) e à Direção-Geral de Assistência (Decreto com força de lei de 25 de Maio de 1911). Esta divisão entre Saúde e Assistência espelha a diferença assumida pelos responsáveis do sector entre a promoção da higiene e saúde destinada a todos os cidadãos e a prestação de auxílio (nomeadamente em termos médicos), vocacionado para os mais necessitados. A nível da assistência, o carácter da intervenção do Estado era limitado, uma vez que visava o "efectivo e suficiente amparo dos pobres sem outro recurso" em estreita ligação com a ação privada, considerada indispensável. Por seu turno, no âmbito da saúde existia apenas a ténue obrigação do Estado de promover práticas quotidianas de saúde pública e de combater situações excecionais, designadamente surtos epidémicos.

Em Decreto promulgado no mesmo dia é instituída e regulada a Junta de Partidos Médicos Municipais. A Junta tinha a missão de uniformizar e controlar os cuidados médico-assistenciais prestados pelos médicos a nível municipal, considerados "o elemento primário, técnico e executório de todo o nosso sistema sanitário" (Decreto com força de lei de 25 de Maio de 1911). Os Partidos Médicos passavam a ser obrigatórios em todos os municípios, o que permitia alargar a todo o país a experiência de cuidados de saúde básicos de proximidade. A ênfase republicana na importância da educação levou ainda à reforma dos curricula e à criação das Faculdades de Medicina em Lisboa e no Porto (22 de fevereiro de 1911).

Em 1914 são reorganizados os Hospitais e criados (Decreto 1137 de 3 de Dezembro de 1914) os Hospitais Civis de Lisboa. Esta decisão tinha na origem a previsão do agravamento das deficiências administrativas e técnicas nos hospitais da capital, bem como a necessidade de mais camas, na sequência do início da I Guerra Mundial (embora Portugal só venha a entrar na Guerra dois anos mais tarde), Convém sublinhar, no entanto, que a missão das instituições hospitalares continuava a estar confinada à "assistência às classes desvalidas", como referia o Diploma da sua criação. Até 1923 terão ainda lugar outras alterações de menor significado, tendo sido reorganizados ou criados vários Institutos públicos (Alves, 2010; Correia, 1954).

Não obstante, a grave crise económica e financeira em que Portugal mergulha nas primeiras décadas do século XX trouxe grandes dificuldades à implementação efetiva das reformas legais previstas, tornando impossível dotar o aparelho

burocrático até então criado de meios suficientes à sua eficaz atuação. Esta última era ainda complexificada pela dificuldade de laicizar os serviços hospitalares e pela dependência dos cuidados assistenciais prestados pelas instituições eclesiásticas. Na realidade, pese embora as difíceis relações entre o Estado e a Igreja neste período, desencadeadas pela Lei de Separação do Estado e da Igreja, as Misericórdias e outras instituições religiosas continuavam a ter um papel fundamental em termos de assistência às populações (Ramos, 1994).

Dois outros obstáculos ao sucesso da implementação das reformas na Saúde foram causados pela dispersão em vários ministérios dos serviços ligados ao sector público, o que tornava acessórias as suas matérias face aos temas prioritários em cada um deles. A estas dificuldades acrescem ainda os efeitos das sucessivas mudanças dos serviços entre Ministérios (Alves, 2010).

Mas mesmo com dificuldades, prosseguiram as iniciativas legislativas. O Decreto 5727 de 10 de Maio de 1919 harmonizou a organização dos serviços de saúde nas colónias e os Decretos 5636 a 5640 criaram no mesmo dia seguros sociais obrigatórios na doença, invalidez, velhice e sobrevivência. Foi fundado o Instituto de Seguros Sociais Obrigatórios e Previdência Geral (ISSOPG) com o propósito de administrar e fiscalizar esses seguros. Estes Diplomas revelavam que o conceito de saúde pública estava em mutação e demonstravam uma crescente vontade de alargar o acesso à saúde das populações e de reforçar o papel do Estado (Garnel, 2010).

Iniciara-se paulatinamente uma mudança na relação entre Estado e indivíduo, associando a este último direitos que o primeiro deveria fomentar (Garnel, 2010). Davam-se os primeiros passos com vista à criação do Estado Providência, embora ainda numa fase muito embrionária. Portugal poderia ser considerado para a época um Estado Providência liberal, com uma "segurança social modesta baseada na verificação de meios e destinada às classes trabalhadoras" (Pereira, 1999, p. 61).

O Diretor-geral de Saúde Ricardo Jorge assumiu então grande protagonismo. Conhecedor das práticas de saúde de vanguarda a nível internacional, produziu diversa legislação reformista, o que lhe valeu a acusação de pretender instaurar uma ditadura sanitária legal, preocupando-se mais com a produção legislativa do que com a eficiência da prevenção prática (Alves, 2010). Não obstante, o próprio Ricardo Jorge fazia um balanço desanimador das ações que ia conseguindo efeti-

var, dando conta das "dificuldades burocráticas, falta de meios, dificuldades políticas e até médicas" com que se confrontava (Correia, 1960; Alves, 2010, p.127).

Muitas foram as razões que condicionaram o sucesso das reformas tentadas por Ricardo Jorge, de que se destacam três: 1) a existência de serviços de saúde e assistência muito centralizados em Lisboa e a falta de meios financeiros para o seu alargamento territorial; 2) o número insuficiente de estabelecimentos de saúde do Estado, necessários para permitir concretizar os objetivos estabelecidos; e 3) a constante instabilidade política, que obstaculizava o funcionamento do sistema médico-sanitário e sobretudo os esforços para o melhorar (Alves, 2010)[3].

Com efeito, o ímpeto reformista da Primeira República foi atenuado pela conjuntura económico-financeira desfavorável, que remeteu para segundo plano o que tinha sido desde a primeira hora considerado um desígnio político prioritário. Ainda assim, durante a sua vigência executaram-se as reformas do ensino médico e dos cuidados de saúde nas Colónias ultramarinas, reformou-se o sistema de saúde escolar e de vacinação obrigatória e desenvolveram-se vários projetos de higiene pública, nomeadamente relativos ao abastecimento de água, ao saneamento, às condições de habitação e ao controle de qualidade alimentar.

Poucos meses volvidos sobre o golpe de 28 de Maio de 1926, que instalou a Ditadura Militar em Portugal, é publicada a Reforma dos Serviços de Saúde Pública (Decreto 12477 de 12 Outubro de 1926), regulamentada pelo Decreto 13166 de 28 Janeiro de 1927. O diagnóstico efetuado por essa ocasião sobre o desenvolvimento da saúde e higiene públicas era bastante pessimista, entendendo-se estar Portugal em "considerável atraso, lesivo para a existência e saúde dos cidadãos, vexatório para o brio nacional..." (Decreto 12477 de 12 Outubro de 1926).

Na sequência desta tomada de consciência sobre o atraso do país, e tendo em vista a reorganização dos serviços de saúde, são suprimidas as delegações distritais e conferida maior autonomia às autoridades sanitárias concelhias. A nível municipal foram instituídas as Juntas de Higiene e nomeados subinspetores de saúde. Melhoraram-se os Partidos Médicos municipais e foram criadas brigadas sanitárias, com a missão de pôr cobro a eventuais surtos epidémicos. Esta

[3] A este último respeito cumpre destacar a Reforma de 1919 preparada por Ricardo Jorge, a qual nunca chegou a ser discutida no Parlamento.

Reforma não teve no entanto a eficácia pretendida, uma vez que em breve as prioridades do novo regime se centraram na manutenção da ordem e no controlo das finanças públicas (Rosas, 1994).

Só após a subida de Salazar ao poder e a implantação do Estado Novo ficaram reunidas as condições de estabilidade política e doutrinária para voltar a falar-se na reforma ou melhoria dos serviços de saúde e assistência. A propaganda do novo regime centrou-se desde logo na crítica à política de saúde da I República, considerada estatizante. A posição de Salazar sobre esta matéria era muito clara, defendida já no passado, quando desemenhara o cargo de Provedor da Misericórdia de Coimbra: "Deus nos livre que o Estado pretendesse substituir-se às velhas instituições, fazendo por si a assistência" (Costa, 2009, p. 77). Inicia-se, assim, o que Correia de Campos denominou como o início da "desoficialização da assistência", e a época de ouro das instituições particulares da assistência (Campos, 1983, p.26). Neste contexto as Misericórdias mantiveram um papel de destaque e serviram como suporte institucional de "um assistencialismo caritativo organizado e concedido na base de critérios ético-religiosos..." (Hespanha, 2000, p. 121).

Esta visão da assistência enquadrava-se e encontrava fundamento no modelo corporativo do Estado, construido com base no Estatuto do Trabalho Nacional aprovado em 1933, que corporizava o sistema de representação de interesse unitário, criado de cima e controlado administrativamente pelo Estado (Schmitter, 1999). O modelo previa a solidariedade dentro de cada corporação e a revalorização das iniciativas privadas de beneficência pública, que o Estado deveria regular, incentivar e apoiar de modo apenas subsidiário (Costa, 2009). É igualmente relevante nesta matéria a importância da relação firmada pela Concordata de 1940 entre o Estado e a Igreja Católica, a qual reserva para a instituição eclesiástica um papel oficial, decorrente da opção intencional de integrar a Igreja na Assistência, o que contrariava a conceção de Assistência e Saúde da Primeira República.

Da Constituição de 1933 constava, no art. 40º, o "direito e obrigação do Estado na defesa da moral, da salubridade da alimentação e da higiene pública" e no art. 41º a obrigação do Estado "promover e favorecer as instituições de solidariedade, previdência, cooperação e mutualidade". O documento não incluia qualquer referência direta à assistência pública ou à saúde, mas preconizava a necessidade de uma assistência de tipo caritativo, essencialmente privada, irre-

gular e parcial. Efetivamente, a caridade predominava como forma tradicional de auxílio aos que se encontravam em situação de precaridade. O governo continuava a ter apenas atribuições a nível fiscalizador sobre as entidades privadas que a praticavam, sendo a sua intervenção supletiva.

Para exercer a coordenação e orientação superiores é criada em 1940 a Subsecretaria de Estado da Assistência Social e no ano seguinte são reorganizados os serviços de assistência (Decreto-lei 31666 de 22 de Novembro), de acordo com quatro prioridades[4]: 1) assistência à vida no seu nascimento e primeira infância; 2) assistência à vida na sua formação e preparação física, intelectual e moral; 3) defesa da vida ameaçada por infecções físicas, mentais ou morais; e 4) assistência à vida diminuída pela miséria económica ou pela incapacidade física, mental ou moral. São convertidas a privadas algumas instituições oficiais de assistência e desse modo reiterada a valorização do sector privado, cabendo ao Estado a sua orientação, coordenação, suprimento, inspeção e fiscalização. Esta "desoficialização/privatização encontra o seu prolongamento nas formas de contrato do pessoal de assistência" (Lopes, 1987, p. 103), à exceção dos cargos de direção e chefia, de acordo com o estipulado pelo Decreto 31913 de 12 de Março de 1942.

Na sequência desta conceção, foram estabelecidas as bases gerais do regime jurídico da Assistência Social. A Lei 1998 de 15 de Maio de 1944 reafirmava o carácter supletivo da atuação do Estado, propondo a privatização gradual das instituições e obras de assistência que o mesmo criara. A Lei mantinha o papel central das Misericórdias na prestação de cuidados de saúde (Base XVII). Estas medidas são o culminar da fase que decorre entre 1937 e 1944 e que Correia de Campos designa como fase "caritativo-corporativista", de todas a mais marcada ideologicamente (Campos, 1983, p.25). Com efeito, "esta lei condensa a ideologia do sistema" (Lopes, 1987, p. 103).

Com o fim da Segunda Guerra Mundial assiste-se à afirmação gradual do Estado-Providência nas democracias europeias. A tendência para incluir a Saúde na construção de sistemas de segurança social é efetivamente um dos postulados do pós-Guerra na Europa (Costa, 2009). No Reino Unido surge em 1942 o Plano

[4] Segundo Fernanda Rodrigues (op.cit. 2002, p. 155) a manutenção neste Ministério revela "uma versão sanitarista da assistência e uma versão assistencialista da saúde, ambas restritivas e insuficientes".

Beveridge, que dará origem ao National Health Service (1948), um sistema universal de prestação de cuidados médicos, que o regime português considerou socializante, por contrariar claramente a sua doutrina oficial.

Nesta conjuntura internacional, a que se junta um contexto interno de alguma liberdade transitória e de reivindicação coincidente com o período eleitoral de novembro de 1945, ocorre a Reforma Trigo Negreiros (Decreto-lei 35108 de 7 de novembro de 1945). Esta reforma revela a vontade de mudança. Reconhece que existem "instantes e imediatas necessidades de intensificação e desenvolvimento da actividade no campo da assistência" e que "as iniciativas particulares nem sempre se ajustam às necessidades" (Lopes, 1987, p. 104).

Procede-se a uma separação mais evidente entre cuidados de saúde e cuidados assistenciais, que culmina na criação de duas Direções-Gerais: a primeira com uma ação predominantemente educativa e preventiva no campo da higiene individual e coletiva, da profilaxia e da melhoria das condições de vida da população; a segunda com o objetivo de impulsionar, dirigir e coordenar a ação dos estabelecimentos oficiais e das instituições particulares de assistência. Em termos de organização territorial são reinstaladas as Delegações de Saúde distritais, são definidas comissões regionais, municipais e paroquiais de Assistência e são reforçadas as funções dos Subdelegados de Saúde. O Conselho Superior de Higiene e Assistência Social sofre uma reforma profunda e passa a funcionar por secções especializadas. São criados ou reforçados vários Institutos para coordenar a atividade assistencial em sectores específicos. Alguns deles foram o Instituto e Assistência à Família, o Instituto Maternal, o Instituto de Assistência a Menores, o Instituto de Assistência aos Inválidos e o Instituto de Assistência nacional aos Tuberculosos.

A Reforma Trigo Negreiros reconhecia as debilidades da assistência particular e preconizava como solução a "melhoria da tutela administrativa que incumbe ao Estado na sua tríplice finalidade – orientadora, cooperadora e fiscalizadora" (Decreto-lei 35108 de 7 de Novembro de 1945), nomeadamente através da Inspeção da Assistência Social. Mantêm-se não obstante os princípios fundamentais da Assistência, deixando à iniciativa privada um papel preponderante, nomeadamente às Misericórdias. Apesar de surgir já desfasada no tempo no contexto internacional europeu, esta Reforma reflete um progresso notável em termos nacionais.

No seguimento desta Reforma foi promulgada a lei sobre a organização hospitalar, ou Lei de Bases hospitalar (Lei 2011 de 2 de Abril de 1946), que previa um plano de construções hospitalares a nível regional e sub-regional. O Estado entregou às Misericórdias a gestão dessa rede, que no entanto não chegou a ser concretizada (Costa, 2009).

Mau grado estes insucessos, o surgimento da Federação das Caixas de Previdência a 25 Abril de 1946 (Lei 35611) permitiu o alargamento progressivo dos serviços médico-sociais, à margem dos demais serviços de saúde do Estado (Costa, 2009, p. 89). Foram fundadas as Caixas de Previdência e o Estado autorizou a criação de vários subsistemas de saúde independentes, embora de difícil ou mesmo impossível coordenação e eficácia. Com efeito, não só o sistema implementado continuava a deixar de fora grande parte da população portuguesa, como criava desigualdades significativas entre os beneficiários, já que cada subsistema tinha as suas valências diferenciadas (Costa, 2009, p. 89).

Assim, ao terminar os anos 40 os portugueses não tinham um serviço de saúde, mas vários serviços de tipo vertical, o que aumentava as disparidades sociais no acesso a cuidados médicos (Sampaio, 1981). Mais tarde, a 1 de Julho de 1948, é criada a Organização Mundial de Saúde, que no preâmbulo declarava que "os Governos têm responsabilidade pela saúde dos seus povos, a qual só pode ser cumprida pelo estabelecimento de medidas sanitárias e sociais adequadas". Em Portugal, Miller Guerra, dirigente da Ordem dos Médicos, seria nesses anos uma das vozes mais críticas aos princípios arcaizantes de natureza caritativa e assistencial da Saúde (Guerra, 1958). Na realidade eram já muitos os profissionais do sector que pediam a criação de um Ministério da Saúde (Costa, 2009).

Como já referimos, esse Ministério será criado em 1958, resultante da promoção do Secretariado de Assistência Social, mas as suas competências e meios disponíveis não registaram expressiva melhoria (Sampaio, 1981). As permanentes dificuldades orçamentais e a rivalidade com o Ministério das Finanças devido à desconfiança sobre a eficácia da aplicação de novos investimentos em serviços de saúde mal organizados, fizeram com que o Ministério da Saúde continuasse a ser visto como um parente pobre do governo (Campos, 1983). O Ministro Martins de Carvalho confessa anos mais tarde que "Salazar transigira com a opinião pública e criara o Ministério da Saúde; mas, no fundo, não tinha grande interesse

em que este equacionasse e procurasse atuar com alguma energia nos problemas essenciais do sector" (Gonçalves, 1990, p. 355). Não obstante, a criação do Ministério patenteia uma revalorização da Saúde e assinala uma leve mudança na conceção e na prática da assistência em Portugal (Santos, 1996).

Os anos 60 foram um período de crescimento económico, baseado na industrialização e na liberalização económica controlada permitida pela European Free Trade Association (EFTA). Mas assinalam também o início da Guerra Colonial e do aumento das contestações internas, resultado da maior informação que gradualmente se ia obtendo sobre as condições de vida em outros países europeus, designadamente na esfera dos direitos dos cidadãos no acesso aos sistemas de segurança social (Costa, 2009).

Ainda assim, a criação e desenvolvimento de subsistemas de saúde continua a ser a política oficial do regime e em 1963 é fundada a Assistência Social para os Servidores Civis do Estado (ADSE) pelo Decreto-lei 45002 de 27 de Abril de 1963. A ADSE era uma Caixa criada para os funcionários públicos, com o objetivo de dotar essa classe profissional de serviços de saúde médico-cirúrgicos, materno-infantis, de enfermagem e medicamentosos, "em realização gradual por todo o país, a fim de abranger a totalidade dos servidores" (Decreto-lei 45002 de 27 de Abril de 1963). Apresentava-se assim como um modelo a ser replicado à restante população.

Paralelamente, embora ao longo da década de 60 o Estado mantivesse praticamente inalterados os princípios básicos da sua política de assistência, algumas mudanças foram esboçadas. Uma das mais significativas consistiu na aprovação da Lei de Bases da Política de Saúde e Assistência (Lei 2120 de 19 de Julho de 1963), que reformula a Lei de Bases de 1944, retira o carácter essencialmente caritativo da assistência e inicia um movimento de centralização dos serviços prestados[5]. Mas o diploma era também revelador das incongruências da intervenção do Estado, uma vez que 1) mantinha o carácter supletivo da atuação estatal e os privilégios das instituições particulares; 2) responsabilizava o Estado pela criação dessas mesmas instituições, e simultaneamente 3) declarava o seu desejo de implementar uma política de saúde global.

[5] Octávio Gonçalves Lopes (1987, p. 109) refere mesmo que é, comparativamente àquele texto legal, tecnicamente superior e menos marcadamente ideológico, marcado inclusivamente por uma conceção assente em valores humanistas.

Assim, os entraves ao desenvolvimento de uma política de saúde consistente continuavam a existir. Neto de Carvalho, Ministro da Saúde, testemunha nas suas memórias que a cobertura sanitária do país avançava muito lentamente, conjugando a ação das instituições privadas com a atividade do Estado, embora este fosse alargando a sua participação no sector hospitalar, materno-infantil e preventivo. Porém, "não havia uma política de saúde" nem poderia haver, já que esta implicaria "o reconhecimento básico do direito à saúde, ainda fora da mentalidade de muita gente" (Gonçalves, 1990, p. 360).

O facto de a Saúde ser contemplada no Plano de Fomento de 1965-67 representou uma vitória, porque lhe assegurou autonomia financeira. Esta decisão política permite também antever uma nova perceção quanto à importância conferida à questão e alguma vontade de garantir a crescente intervenção do Estado para a assegurar (Lopes, 1987). A esta mudança não terá sido alheio o aumento de jovens quadros tecnocratas com experiência internacional que se afirmavam na Administração Pública, colocando um fim à autarcia cultural e social que havia substituído nos anos 50 a autarcia económica predominante até à data (Reis, 1990).

Em 1965 é criado o Serviço de Utilização Comum dos Hospitais (SUCH) (Decreto-lei 46668 de 24 de Novembro de 1965), que procurava obviar a inexistência de uma entidade que assegurasse de forma homogénea a resolução de alguns problemas de exploração económica e de gestão hospitalar. Entre outros diplomas importantes então promulgados destacam-se o Decreto-lei 48357 de 27 de Abril de 1968, que criou o Estatuto Hospitalar, e o Decreto 48358 de 27 de Abril de 1968, que promulgou o Regulamento Geral dos Hospitais. Ambos testemunham uma fase de modernização do sistema hospitalar, propondo "uma unidade racionalizadora de actividades hospitalares em que o doente é o centro polarizador, origem e fim de tais actividades" (Lopes, 1987, p. 111; Costa, 2009, p. 123). Garantia-se por esta via a uniformização da orgânica de funcionamento de todos os hospitais públicos e privados, e reforçava-se a regionalização hospitalar prevista na Lei 2011 de 2 de Abril de 1946, bem como a criação de carreiras médicas específicas e a afirmação dos princípios sociais e de eficiência. Mas o financiamento para executar o Regulamento dependia da Previdência, e esta terá sido uma das razões do seu insucesso (Sampaio, 1981). Tratou-se de uma iniciativa

"desfasada no tempo, como corpo estranho num sistema de saúde caracterizado pela sua anquilose" (Campos, 1983, p. 41), que vigorou apenas cinco meses embora nunca fosse revogado.

No âmbito da saúde as Misericórdias continuavam a ter um papel de evidência, nomeadamente nos cuidados de saúde e na formação profissional. A preocupação com a qualidade era um dos alicerces dos serviços conferidos e a formação dos técnicos de saúde considerada essencial ao bom funcionamento da instituição. Foram criados cursos de Fisioterapia e Terapêutica Ocupacional (1957) e de Terapêutica da Fala (1962), inspirados em programas internacionalmente reconhecidos e que contaram com a cooperação de entidades internacionais, particularmente do *World Rehabilitation Fund*.

Porém, a realidade ia mudando. Aproveitando a janela de oportunidade que a subida ao poder de Marcello Caetano permitiu subiram de tom as críticas da classe médica. Em 1969, Miller Guerra reivindicava a criação e valorização da carreira de saúde pública, a instauração de Hospitais sub-regionais ou Centros de Saúde, a unificação da ação médico-sanitária e social, o aumento do número de quadros médicos qualificados e demais pessoal sanitário e ainda a criação de um novo Ministério que integrasse a Saúde, a Assistência e a Previdência e melhorasse a coordenação das políticas de Saúde (Guerra, 1969).

Pese embora este longo caminho, e mau grado as melhorias alcançadas, ao iniciar-se a década de 70 o balanço era pouco positivo, sobretudo quando comparado com outras realidades. Em Portugal um dos principais problemas continuava a ser o fraco papel do Estado e o facto do número de instituições de saúde privadas continuar a ser muito superior às detidas pelo mesmo (Reis, 2009). Outro problema resultava do número significativo de pessoas abrangidas pelos vários subsistemas, como resultado da reforma da previdência de 1962 (Carreira, 1996).

Em 1971 surge nova reforma (Decreto-Lei nº 413/71 de 27 de Setembro), que defendia o direito de todos os portugueses ao acesso a cuidados de saúde garantidos pelo Estado, inovando nos intuitos da sua abrangência e no modo como os mesmos deveriam ser prestados. Ela marca um ponto de viragem, ao delegar responsabilidades ao Estado na coordenação de uma política de saúde centralizada na sua conceção, mas descentralizada na prestação de serviços. A

centralização consubstanciava-se na criação da Escola Nacional de Saúde Pública, do Gabinete de Estudos e Planeamento e da Secretaria Geral. A descentralização era concretizada na criação de Centros de Saúde concelhios e Postos de Saúde com funções eminentemente preventivas, o que refletia uma aposta na prevenção e na proximidade entre serviços e populações (Barbosa, 1972; Sampaio 1981).

Deste ponto de vista, a Reforma de 1971 ou Reforma de Gonçalves Ferreira, como ficou conhecida, dada a relevância do seu autor, foi muito avançada para o tempo[5], antecipando a criação de um Serviço Nacional de Saúde e as orientações da Conferência Internacional de Alma-Ata de 1978. Mas como seria de esperar, ela não rompeu em definitivo com o papel das entidades privadas prestadoras de serviços de saúde, nomeadamente no relativo à coordenação entre Centros de Saúde e os serviços privados e públicos. Em 1972, na tomada de posse como Diretor-geral de Saúde, Arnaldo Sampaio sublinhava que "a Nação, nos últimos anos, tem feito um importante investimento financeiro no sector da saúde que não se tem traduzido no rendimento que seria legítimo esperar" (Sampaio, 1972, p. 518).

A Direcção-Geral assumiu um papel de destaque desde início dos anos 70, obtendo para o efeito meios humanos, técnicos e financeiros que nunca possuíra. Cabia-lhe nomeadamente a fundamental coordenação do conjunto de órgãos intermédios criados sob a sua tutela, como as Inspeções Coordenadoras de Região, os Conselhos Distritais de Coordenação e os Centros de Saúde. Esta Reforma garantiu uma certa uniformização da política de saúde em Portugal, embora fosse impossível integrar os Serviços Médico-sociais da Previdência num único sistema, o que só aconteceria em 1984.

A alteração do papel do Estado na prestação de serviços de saúde foi em grande parte acelerada por uma conjugação de fatores, entre os quais a conjuntura internacional, favorável à responsabilização dos governos pela garantia de acesso de todos os seus cidadãos a cuidados primários. Mas estas medidas só foram tomadas porque existiu abertura política, associada a uma nova geração de técnicos com experiência internacional que ascendem a cargos dirigentes

[5] O Diretor-geral de Saúde Arnaldo Sampaio dizia nas vésperas do 25 de Abril (entrevista de 10 de Março de 1974) ao Jornal de Lisboa que dada a filosofia política que orientava o Governo se admirava da promulgação do diploma.

na Administração Pública e/ou a cargos políticos no período marcelista, como foi o caso de Arnaldo Sampaio. O governo sentia-se pressionado pelas repetidas queixas sobre o atraso português relativamente a vários indicadores sanitários europeus. (Ferreira, 1975).

Em 1973 o Ministério da Saúde e Assistência Social é cindido (Decreto-lei 584/73 de 6 de Novembro), alcançando a Saúde um Ministério autónomo e vendo assim reconhecida a sua especificidade e importância. Apesar disso, como referirá Arnaldo Sampaio as condicionantes políticas persistiam na sua essência, impedindo a total efetivação da Reforma de 1971 (Sampaio, 1981).

1.2. As políticas de saúde da Democracia portuguesa (1974-2013)

A Revolução de 25 de Abril de 1974 proporcionou uma rutura com o passado recente e com os impedimentos políticos que até então obstavam à implementação de serviços de saúde universais. Em meados da década de 70 alterou-se o papel do Estado na promoção da saúde e todos os serviços são integrados em apenas um sistema.

O Programa do Primeiro Governo Provisório (Decreto-lei 203/74 de 15 de Maio) reflete desde o primeiro instante essa rutura e enuncia no Ponto Quinto o objetivo de criação de um sistema nacional de saúde. O mesmo ato normativo voltava a reunir no Ministério dos Assuntos Sociais, a Saúde e a Segurança Social. Esta decisão, só aparentemente contraditória, visava promover a integração efetiva dos serviços médico-sociais da Previdência social. É, aliás, dentro desta lógica que o Decreto-Lei 589/74 de 6 de Novembro transfere os serviços de ação médico-social de inscrição obrigatória para a tutela da Secretaria de Estado da Saúde[7].

Para além da tentativa de integração dos serviços de ação médico-social, que uniformiza a atuação do Estado, foi ensaiada a descentralização na prestação desses serviços, nomeadamente através da criação de Administrações Distritais (Decreto-lei 488-75 de 4 de Setembro) e do Serviço Médico à Periferia, instituído por Despacho de 23 de Junho de 1975 (Ferreirinho, et al., 2006). Este último consistia na deslocação de jovens médicos para locais desprovidos de cuidados médicos suficientes. Outro sinal da aplicação dos novos princípios de atuação do

[7] Mas só dois anos mais tarde, através do Decreto-lei 17/77 de 12 de Janeiro, esta integração será efetivada.

Estado e da sua responsabilização face à Saúde coletiva decorreu da integração na gestão pública dos hospitais geridos pelas Misericórdias (Decretos-lei 704/74 de 7 de Dezembro e 618/75 de 11 de Novembro).

A Constituição da República Portuguesa de 1976 estabelecia no art. 64º que a Saúde era um direito universal, o qual que deveria ser efetivado através da criação de um sistema nacional universal, geral e gratuito. O Estado era incumbido de várias responsabilidades, nomeadamente a garantia universal de acesso a cuidados de saúde e a cobertura médica e hospitalar de todo o país. A consagração constitucional do direito à saúde adquire por essa época juridicidade reforçada, impondo-se como obrigação constitucional (Novais, 2011). Mas conquista também relevância política, pois resulta de um processo constituinte fundador da democracia portuguesa, alargado a vários partidos e tendências sociopolíticas. A democratização política passou a ser indissociável da democratização social (Guillén, et al., 2003).

Com a entrada em vigor da Constituição de 1976 Portugal recupera a estabilidade política essencial à efetivação de um verdadeiro sistema nacional de saúde (Santos, 1987). O Despacho de 29 de Julho de 1978 (Arnaut, 2009) ou "Despacho Arnaut"[8] antecipa o Serviço Nacional de Saúde, garantindo a todos os cidadãos, independentemente da sua capacidade contributiva, o acesso aos Serviços médico-sociais. A este Despacho, que visou ultrapassar a impossibilidade de passar no Parlamento uma lei sobre esta matéria, seguir-se-á a Lei 56/79 de 15 de Setembro, que cria o Serviço Nacional de Saúde (SNS).

Vários poderiam ter sido os modelos adotados para a edificação do SNS português, mas a sua criação teve subjacente a opção política de garantir um sistema universal e gratuito, onde o Estado assumisse o papel principal, em detrimento dos privados (Campos, 2008). O SNS era constituído por uma rede de órgãos e serviços que, sob uma direção unificada, mas através de uma rede de gestão descentralizada, visavam incluir todos os portugueses. Tratava-se de um serviço que António Arnaut descrevia do seguinte modo:

Universal significa que abrange todos os portugueses, sem distinções nem discriminações, colocando-os, portanto, em condições de igualdade perfeita. Ge-

[8]Por ser António Arnaut o Ministro da Saúde e seu impulsionador.

ral significa que compreende todos os cuidados médicos e não apenas a medicina curativa (...). A gratuidade, tomada à letra, significa que os serviços são prestados sem dispêndio para os utentes, ou seja, de graça (Arnaut, et al., 1979, p.122)[3].

Ainda assim, previa-se a possibilidade de existirem taxas moderadoras (art. 7º) e de recorrer ao sector privado, embora com mero caráter complementar (art. 53º e 54º).

O alargamento da cobertura de serviços a toda a população teve um impacto positivo nos indicadores de saúde no pós-25 de Abril (Campos, 1983; Simões, 2009; Santana, 2011), que, no entanto, foi um processo lento e pouco linear, que implicou um forte investimento público, a nível de pessoal, de infraestruturas e de serviços.

Embora se tenham verificado algumas variações na prioridade conferida à Saúde e à consolidação do SNS na década de 80, nomeadamente algum desinvestimento público entre 1980 e 1983 (Simões e Lourenço, 1999), continuaram a ser tomadas medidas de aprofundamento do carácter universal dos cuidados de Saúde prestados pelo Estado. O Decreto-lei 357/82 de 6 de Setembro atribui ao SNS autonomia financeira e administrativa. As carreiras médicas foram reestruturadas. São definidas as carreiras de Clínica Geral (Decreto-lei 310/82 de 3 de Agosto), e criados os Institutos de Clínica Geral (Norte, Centro e Sul), visando a adequada formação de Médicos de Família (Portarias 767/1981, 539/1982 e 520/1983). Esta aposta nos cuidados primários realizava uma descentralização efetiva dos cuidados e culminou na criação dos Centros de Saúde de Segunda Geração (Despacho Normativo 97/83 de 22 de Abril).

Em 1983 o Ministério da Saúde ressurge (Decreto-lei 344-A/83 de 25 de Julho), desta feita de forma definitiva até à atualidade, e com ele as Direções Gerais dos Cuidados de Saúde Primários e dos Assuntos Farmacêuticos (Decretos-lei 74-C/84 de 2 de Março e 103-A/84 de 30 de Março). A nível governativo a Saúde ganha nova relevância orgânica, sendo reforçadas duas vertentes operacionais. A primeira vertente era a preventiva, necessária por "o nosso país [estar] em avançada fase de transição do estádio caracterizado pelo domínio das doenças infectocontagiosas para o predomínio das chamadas doenças de civilização", a que os

[3]Análise da entrevista de António Arnaut a "O Jornal", em 2 de Junho de 1978, feita pelo próprio em Arnaut, 1979, p. 122.

cuidados primários deveriam dar resposta adequada (Preâmbulo do Decreto-lei 74-C/84 de 2 de Março).

A segunda destinava-se à regulação dos medicamentos e visava responder a "um conjunto de problemas emergentes, quer da actividade industrial quer dos factores determinantes do consumo" (Preâmbulo do Decreto-Lei 103-A/84 de 30 de Março). Até 1984 a comparticipação dos medicamentos era decidida com base na origem do produto e não na sua importância terapêutica. O Decreto-Lei 68/84 de 27 de fevereiro tentou estabelecer regras e prioridades, tendo aumentado a comparticipação do Estado em medicamentos para tratamento de doenças crónicas, altamente traumatizantes do ponto de vista psíquico e social, graduando essa mesma comparticipação de acordo com a utilidade do produto. O mesmo diploma veio estabelecer o regime de comparticipação do Estado no preço dos medicamentos prescritos aos utentes do SNS, nos serviços oficiais de saúde e aos beneficiários do regime de proteção social dos funcionários públicos (ADSE).

A partir de meados de 80 inicia-se um ciclo político social-democrata com maioria parlamentar e melhoram as condições económico-financeiras do país, na sequência da adesão à Comunidade Económica Europeia. Em paralelo consolidava-se a nível internacional uma visão da Saúde que apelava à necessidade de maior envolvimento do sector privado, a uma maior responsabilização individual no financiamento e à transformação empresarial do SNS (Simões, 2009). Essa mudança de perspetiva chega a Portugal, com um evento de referência: o Seminário da SEDES[10], "Que política de Saúde para Portugal?", ocorrido em 1987 (SEDES, 1987).

Nos anos imediatos várias medidas visam garantir a sustentabilidade financeira do Sistema de Saúde, nomeadamente pela introdução de taxas moderadoras (Decreto 57/86 de 20 de Março) e da alteração das regras de gestão hospitalar, mais próximas da lógica empresarial (Decreto-lei 19/88 de 21 de Janeiro). O Decreto Regulamentar 3/88 de 22 de Janeiro introduz "princípios de natureza empresarial e claramente assente na iniludível integração da actividade hospitalar na economia do País" (Preâmbulo do Decreto-lei 19/88 de 21 de Janeiro).

[10] A Associação para o Desenvolvimento Económico e Social (SEDES) é uma importante associação cívica portuguesa, criada em 1970.

Depois da revisão constitucional de 1982 ter deixado incólume o direito à saúde, a segunda revisão constitucional de 1989 irá alterar o quadro de prestação de cuidados de saúde de "gratuitos" para "tendencialmente gratuitos", embora ressalve a necessidade desta alteração ter em conta as condições económicas e sociais de cada utente. Flexibiliza-se assim a norma constitucional originária, transformando-a em princípio programático e abrindo a porta a uma maior comparticipação privada dos cidadãos (Art. 64º da Constituição da República Portuguesa). Este novo princípio terá repercussão legislativa na Lei de Bases da Saúde (Lei 48/90 de 24 de Agosto), a qual não só permite como incentiva a participação de entidades privadas na promoção da saúde pública (Bases I, II f e XII), remetendo para o Estado as funções de regulamentador, orientador, gestor, avaliador e inspetor (Base VI).

No seguimento destas alterações é aprovado o Estatuto do SNS (Decreto-lei 11/93 de 15 de Janeiro), que regulamenta a Lei de Bases e aprofunda as opções nela concretizadas, de forma a garantir a regionalização da administração dos serviços, a promoção do desenvolvimento do sector privado de saúde, a gestão empresarial das unidades de saúde públicas e o incentivo aos cidadãos para optarem por seguros privados de saúde (Simões, 2009). O Estatuto tinha ainda a ambiciosa meta de promover a integração de cuidados primários e de cuidados hospitalares através das unidades de saúde, invocando o princípio da sua indivisibilidade. Nesse ano de 1993 o Ministério da Saúde é reorganizado (Decreto -lei 10/93) e fundidas as Direções-Gerais dos Cuidados de Saúde Primários e dos Hospitais na Direção-Geral de Saúde. O Instituto Nacional de Farmácia e o Instituto de Gestão Informática e Financeira são criados para racionalizar os serviços administrativos do Ministério.

A regulamentação das Administrações Regionais de Saúde, já contempladas no Estatuto do SNS, efetuou-se através do Decreto-lei 335/93 de 29 de Setembro. Visava regionalizar a decisão da política de saúde, mediante a atribuição de competências e novas atribuições a cinco entidades de saúde designadas Administração Regional de Saúde (Lisboa, Norte, Centro, Alentejo e Algarve) e permitir a articulação entre centros de saúde e hospitais, através da criação das Unidades Integradas de Cuidados de Saúde.

Na segunda metade da década de 90 abre-se novo ciclo político liderado pelo Partido Socialista, que irá governar o país até 2002. Tratou-se de um período de

grande profusão legislativa na área da saúde, alguma da qual ainda em vigor. Foram criadas múltiplas estruturas e ensaiados novos regimes. Partindo do consenso político e social sobre a urgência em reforçar o SNS mas racionalizar a sua gestão, foram tomadas medidas que visaram proceder a essa racionalização sem colocar em causa os princípios do sistema (Barros, 1999). Foi tentada a criação de um modelo contratual entre pagadores e prestadores[11], a modernização administrativa pública[12] e procedeu-se à indexação das remunerações dos profissionais segundo o seu desempenho (Decreto-lei 117/98 de 5 de Maio). Com caráter experimental foi adotado um novo estatuto hospitalar, que levou à criação do Hospital de S. Sebastião em Santa Maria da Feira (Decreto-lei 151/98 de 5 de Junho), o qual constituiu o primeiro exemplo de um novo regime de gestão pública, onde a lógica de gestão dos recursos humanos e as aquisições de bens e serviços seguiam as práticas usadas no sector privado.

Em 1999 o SNS sofre novas alterações e passa a compreender dois níveis de atuação territorial, a regional e a local (Decreto-lei 286/99 de 27 de Julho). São atribuídos aos Centros Regionais de Saúde funções de planeamento, coordenação e definição das estratégias de apoio técnico. A nível local funcionam as Unidades de Saúde Pública dos Sistemas Locais de Saúde e as Unidades Operativas de Saúde Pública dos Centros de Saúde, dotadas de uma organização flexível.

O Decreto-Lei 156/99 de 10 de maio cria o regime dos Sistemas Locais de Saúde (SLS). O SLS era formado por centros de saúde, hospitais e outros serviços e instituições, públicos e privados, com ou sem fins lucrativos, com intervenção, direta ou indireta, no domínio da saúde, numa determinada área geográfica de uma região de saúde. Cada um deles assegurava na sua área geográfica a promoção da saúde, a continuidade na prestação de cuidados e a racionalização da utilização dos recursos.

A nível dos cuidados primários, o mesmo Decreto-lei concebeu os Centros de Saúde de Terceira geração, com personalidade jurídica e maior autonomia técnica, administrativa e financeira que os anteriores, o que constituiu o reco-

[11] Criação das Agências Regionais de Contratualização (Despacho Normativo 46/97 de 8 de Agosto e Despacho Normativo 61/99 de 12 de Setembro).
[12] Criação do cartão do utente (Decreto-lei 198/95 de 29 de Julho) e do Instituto da Qualidade em Saúde (Portaria 286/99 de 27 de Abril).

nhecimento da centralidade dos cuidados primários na política de saúde pública. Os Centros de Saúde foram inseridos em Unidades Locais de Saúde, criadas experimentalmente para articular a atuação de todos os prestadores de serviços de saúde a nível local, inclusivamente de Hospitais, melhorar o acesso e reduzir as desigualdades regionais[13].

Ainda no âmbito das unidades hospitalares do SNS e da persecução da eficiência e rentabilidade, o Decreto-Lei 284/99 de 26 de julho estabeleceu o regime de reestruturação dos hospitais, de acordo com a sua localização geográfica, valências e diferenciação tecnológica, através da sua integração em centros hospitalares ou da criação de grupos de hospitais, sujeitos a coordenação comum, o que, decerto, permitirá maior rendibilidade e eficiência na prestação dos cuidados de saúde. Por seu turno, o Decreto-lei 374/99 de 28 de Setembro regulou os Centros de Responsabilidade Integrados nos hospitais, para aproximar a coordenação e gestão intermédias típicas da gestão empresarial com as exigências de um serviço público.

Esta época é também marcada por grandes alterações em termos de formação e das carreiras dos profissionais de saúde não médicos, como os enfermeiros[14] e os profissionais incluídos na carreira de Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica[15]. A Resolução do Conselho de Ministros 140/98 de 4 de dezembro "define um conjunto de medidas para o desenvolvimento do ensino na área da saúde, entre as quais o reforço da aprendizagem tutorial na comunidade, nos centros de saúde e nos hospitais, no quadro de uma reestruturação curricular dos cursos de licenciatura em Medicina, a reorganização da rede de escolas superiores de enfermagem e de tecnologia da saúde, através da sua passagem para a tutela do Ministério da Educação, e a reorganização da formação dos enfermeiros, com a passagem da formação geral para o nível de licenciatura"(Ministério da Saúde, 2011). As grandes mudanças ocorridas nos anos 90 culminam com uma fase de reivindicações profissionais e estudantis,

[13] A primeira Unidade Local de Saúde (Matosinhos) foi constituída em 1999, através do Decreto-Lei 207/99 de 9 de Junho, que também regulamenta as Unidades de Saúde Locais.
[14] A formação de enfermagem iniciou-se em 1918. O Decreto-Lei 437/91 de 8 de novembro aprova o regime legal da carreira e o exercício regulamentado. Em 1998 é criada a Ordem dos Enfermeiros (Decreto-lei nº 104/98 de 21 de Abril) como associação profissional de direito público.
[15] A formação da maioria destes profissionais é recente. Em 1985 foi criada a Carreira de TDT (Decreto-Lei 384-B/85) e posteriormente aprovadas as definições do conteúdo funcional e as suas competências técnicas (Decreto-Lei 123 de 14 de abril de 1986 referido por Leão, 2008). Posteriormente o Decreto-Lei 320/99 de 11 de agosto regulamentou as profissões em causa.

originadas pela dualidade no tratamento dado a profissionais com semelhante nível de formação base, agravado com a diferenciação conferidas às mesmas profissões a nível internacional. A efetivação das normas previstas pelo Processo de Bolonha reconhece como licenciaturas os cursos de Enfermagem e os que integram os TDT (Decretos-Lei 74/2006 de 24 de Março e 107/2008 de 25 de Junho).

A viragem do século coincide com novos atos legislativos, que propunham, entre outros, a contratação a termo definitivo e exclusivo dos médicos, a abertura de novas vagas para a carreira, a regulamentação das farmácias e medicamentos, a previsão de existência de parcerias público-públicas (baseadas em parceiros do sector público), de parcerias público-privadas (combinando financiamento público com capital privado), bem como de parcerias no sector social.

Um novo regime de gestão hospitalar é aprovado pela Lei 27/2002 de 8 de Novembro e os Decretos-lei 272 a 292/2002 de 9 e 10 de Dezembro criam a figura dos Hospitais-empresa. Estes diplomas coincidem com o novo ciclo político que se estende até 2005, com o Partido Social Democrata no Governo, em coligação com o Partido Popular. Nesses anos são adotadas as medidas que permitirão modificar a essência do sistema nacional de saúde ainda prevalecente, apesar da crescente abertura ao sector privado. Em termos concretos passamos de um sistema assente primacialmente no SNS a outro onde coexistem paritariamente as iniciativas pública e privada, que passam a ser reguladas por uma entidade autónoma e independente. Referimo-nos à Entidade Reguladora de Saúde, criada pelo Decreto-lei 309/2003 de 10 de Dezembro, com o objetivo de enquadrar a participação e atuação dos operadores privados e sociais no âmbito da prestação dos serviços públicos de saúde.

Esta alteração da conceção do Sistema Nacional de Saúde, que Pita Barros denomina de "solução *big bang*", dada a quantidade e dimensão de ruturas efetuadas (Barros, 2007, p.115), influenciou a prestação de cuidados primários, estruturados numa rede que abarcava um conjunto muito diferenciado de prestadores: centros de saúde, unidades públicas geridas por privados, entidades privadas e profissionais de saúde contratados pela Administração Regional de Saúde (Decreto-lei 60/2003 de 1 de abril).

Foi prevista a criação de uma Rede de Cuidados Continuados (Decreto-lei 281/2003 de 8 de novembro), composta por entidades públicas, privadas e sociais e que permitisse responder à crescente necessidade de "prestação de cui-

dados de saúde destinados a promover, restaurar e manter a qualidade de vida, o bem-estar e o conforto dos cidadãos necessitados dos mesmos" (Preâmbulo do Decreto-lei 281/2003 de 8 de Novembro). Esta questão ganhou especial relevância com o acentuar do envelhecimento etário da população e as mudanças sociofamiliares que aumentaram o isolamento dos idosos (Gonçalves, 2011). A Rede seria recriada em 2006, com o nome de Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, aproveitando fundos comunitários e incluindo os cuidados paliativos (Gonçalves, 2011).

A necessidade de adaptar os serviços à rápida alteração da estrutura demográfica da população portuguesa tinha já influenciado a conceção de vários Planos que orientaram a política de saúde neste período, designadamente o Plano Nacional de Saúde 2004-2010, o Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas e o Programa Nacional de Cuidados Paliativos[16]. Estes Planos inovaram e colocaram o cidadão e a qualidade dos serviços no centro das atenções, tendo conferido um lugar de destaque aos cuidados de saúde primários, continuados e terminais e à interligação entre todos os níveis de atuação dos serviços, de forma a dar continuidade aos cuidados de saúde, em linha com os objetivos fixados desde a década de 70.

Em relação à saúde dos idosos, e no âmbito dos referidos Planos, a Resolução do Conselho de Ministros 84/2005 de 27 de abril aprovou os princípios orientadores da estruturação dos cuidados com os idosos e criou a Comissão para o Desenvolvimento dos Cuidados de Saúde às Pessoas Idosas e às Pessoas em Situação de Dependência, propondo um modelo de intervenção de cuidados continuados integrados, destinados a pessoas em situação de dependência.

Em 2005, após o regresso do Partido Socialista ao Governo, dando início a um ciclo político que se manterá até 2011, observam-se várias transferências de Hospitais-empresas para o sector empresarial do Estado (Decreto-lei 233/2005 de 29 de Dezembro). Esta inovação no controlo público dos Hospitais não inverteu a tendência anterior de empresarialização da Saúde, embora passasse também a ter o propósito de concentrar as unidades hospitalares. O objetivo do Governo seria, segundo o Ministro Correia de Campos, "permitir ganhos de escala, espe-

[16]Despacho de 08 de Junho de 2004 (Circular Normativa nº 13/DGCG de 2 de Julho de 2004), Despacho de 15 de Junho de 2004, e Circular Normativa nº 14/DGCG de 13 de Julho de 2004.

cialização produtiva e qualidade (...) para ganhos de responsabilização e autonomia gestionária" (Campos, 2008, p. 42). Este princípio de concentração foi igualmente aplicado aos centros de saúde, após a revogação da organização de 2003 e a reposição da de 1999[17], bem como às maternidades[18]. O Despacho Normativo 9/2006 de 16 de fevereiro, regulamentou e implementou as Unidades de Saúde Familiares (USF), célula organizacional elementar de prestação de cuidados de saúde individuais e familiar. Formadas por uma equipa multiprofissional, com autonomia organizativa, funcional e técnica e integrada em rede com outras unidades funcionais do centro de saúde, elas seriam uma garantia de acessibilidade, continuidade e de interligação dos cuidados de saúde. Com vista a garantir a qualidade de vida dos idosos, são publicadas as normas de implantação de lares de idosos (Despacho Normativo 30/2006, de 31 de março).

Com a entrada em vigor do Programa de Reestruturação da Administração Central do Estado (PRACE)[19], o Ministério da Saúde foi reorganizado com vista:

(...) a introdução de um novo modelo organizacional que tem por base a racionalização de estruturas, o reforço e a homogeneização das funções estratégicas de suporte à governação, a aproximação da Administração Central dos cidadãos e a devolução de poderes para o nível local ou regional" (Decreto-Lei 212/2006 de 27 de outubro).

A generalidade das alterações estão relacionadas com a criação da Administração Central do Sistema de Saúde, organismo destinado a assegurar a gestão integrada dos recursos do Serviço Nacional de Saúde. Reforçavam-se as competências das Administrações Regionais de Saúde e da Direção Geral da Saúde. As grandes alterações estão descritas no Decreto-Lei 200/2006 de 25 de outubro, que "estabelece o enquadramento procedimental relativo à extinção, fusão e reestruturação de serviços da Administração Pública e à racionalização de efectivos", imprimindo no SNS grandes alterações, desde a extinção de serviços de saúde (como as extensões dos centros de saúde), à fusão de hospitais e centros de saúde e á reestruturação dos organismos com funções de gestão.

[17] A reposição do previsto no Decreto-lei 157/99, de 10 de Maio efetuou-se através do Decreto-lei 88/2005 de 3 de Junho, revogando este o Decreto-lei 60/2003 de 1 de Abril.
[18] Despacho 727/2007 de 15 de Janeiro e Despacho 7495/2006 de 14 de Março.
[19] Resolução do Conselho de Ministros 39/2006 de 21 de Abril

Em 2007 e 2008 concretizam-se modelos de empresarialização de hospitais e de centros hospitalares[20], justificados pela necessidade de consolidar uma estrutura de organização ágil e flexível, que atendesse às recomendações da União Europeia e à manifestação de interesse de algumas unidades de saúde[21]. Reorganizam-se as unidades de urgência[22] e estruturam-se os Agrupamentos de Centros de Saúde (Decreto-Lei 28/2008 de 22 de Fevereiro), embora apenas em 2009 entrem em funcionamento[23]. Em 2008 foram ainda tomadas medidas para solucionar outros problemas imediatos, como as listas de espera de cirurgias[24], e a qualidade dos serviços[25]. No âmbito das medidas de proteção social dos idosos e visando reduzir as desigualdades e melhorar a sua qualidade de vida, o Decreto-Lei 252/2007 de 5 de julho criou um regime de benefícios adicionais de saúde para os cidadãos abrangidos pelo complemento solidário.

Em termos comunitários, o Tratado de Lisboa evidencia em 2007 no Titulo XIV Artigo 168 a importância da saúde para a UE:

na definição e execução de todas as politicas e acções da União é assegurado um elevado nível de protecção da saúde (...) A acção da União, que é complementar das politicas nacionais, incide na melhoria da saúde publica, bem como na prevenção das doenças e afecções humanas e das causas de perigo para a saúde física e mental. Esta acção abrange a luta contra os grandes flagelos (...) e a vigilância das ameaças graves para a saúde com dimensão transfronteiriça, o alerta em caso de tais ameaças e o combate contra as mesmas (...). A União incentiva a cooperação entre os Estados-Membros (...) A União e os Estados-Membros fomentam a cooperação com países terceiros e as organizações internacionais competentes no domínio da saúde pública (Esteves e Pizarro, 2008).

Este documento trouxe alterações a nível da tomada de decisão nacional, a par com o Regulamento Sanitário Internacional (RSI)[26], nomeadamente a nível do

[20]Decreto-lei 50-A/2007 de 28 de Fevereiro, Decreto-lei 326/2007 de 28 de Setembro, Decreto-lei 23/2008 de 8 de Fevereiro, Decreto-lei 180/2008 de 26 de Agosto e Decreto-lei 183/2008 de 4 de Setembro.
[21]Preâmbulo do Decreto-lei 50-A/2007 de 28 de Fevereiro
[22]Despacho 5414/2008 de 28 de Janeiro.
[23]Portaria 275/2009 de 18 de Março.
[24]Portaria 45/2008 de 15 de Janeiro.
[25]Despacho 24101/2007 de 22 de Outubro, Aviso 12/2008 de 23 de Janeiro, Portaria 1529/2008 de 26 de Dezembro, e Despacho 14223/2009 de 24 de Junho (Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde).
[26]Transposto para o direito interno através do Aviso nº 12/2008 de 23 de janeiro de 2008. O RSI (2005) foi emitido pela Organização Mundial da Saúde, sendo a Direção Geral da Saúde o organismo responsável pela implementação em Portugal.

Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM), da definição da rede de emergência e de urgências hospitalares, da definição e melhoramentos dos mecanismos de vigilância, alerta e resposta, bem como do incremento dos cuidados de saúde primários. Todos estes melhoramentos imprimiram qualidade na saúde, dos quais enfatizamos a eficácia do número de emergência médica 112.

De forma a facilitar a circulação de informação clínica e o acesso dos cidadãos a consultas de especialidade, é aprovado o sistema integrado de referenciação e de gestão do acesso à primeira consulta de especialidade hospitalar nas instituições do SNS (Portaria 615/2008 de 11 de julho). Designado por Consulta a Tempo e Horas (CTH), visava aperfeiçoar a articulação e interligação entre os centros de saúde e os hospitais do SNS, através de uma base de dados única, integrada e atualizada dos utentes inscritos. Foram estipulados os tempos máximos de resposta garantidos (TMRG) para "o acesso a consultas e a cuidados domiciliários dos centros de saúde, a consultas externas hospitalares, a cirurgia programada e a determinados meios complementares de diagnóstico e terapêutica no âmbito da cardiologia" (Portaria 1529/2008 de 26 de dezembro).

Já em 2009 tem lugar uma reestruturação, que se propunha "estabelecer para os serviços operativos de saúde pública um modelo organizacional e técnico flexível, com vista a garantir de forma célere e eficaz a protecção da saúde das populações" (Decreto-Lei 81/2009 de 2 de abril). O funcionamento dos serviços teria dois níveis de atuação: 1) o regional, funcionando como estrutura de vigilância e monitorização de saúde, numa perspetiva abrangente de vigilância epidemiológica, planeamento em saúde e definição de estratégias regionais; e 2) o local, funcionando também como estrutura de vigilância e monitorização de saúde da população, mas dispondo de uma organização flexível. Esta flexibilidade permitiria manter a proximidade dos serviços aos utentes, em concordância com as determinações da Organização Mundial da Saúde, especificamente o RSI (2005), e com as da União Europeia. De forma a alcançar a reforma almejada, implementam-se nos serviços de saúde sistemas de informação de apoio à atividade dos profissionais (Despacho 18846/2009 de 14 de agosto)

A 24 de junho de 2009 é publicada a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde, com um horizonte temporal de implementação de cinco anos e de consolidação de dez anos. Nesse contexto se inclui o reconhecimento da carreira

médica como carreira especial da Administração Pública, dada a especificidade, conteúdo funcional e independência técnica dos serviços prestados.

Durante esse ano, de acordo com a reforma em curso decorrente do PRACE, o investimento na saúde foi tendencialmente inexistente, exceto no relativo à ampliação da Rede de Cuidados Continuados Integrados, nomeadamente os previstos no Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 (Resolução do Conselho de Ministros 49/2008 de 6 de março) e no melhoramento dos cuidados primários, designadamente na instalação das Unidades de Saúde Familiares. A mesma reforma criou os Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, E. P. E. (Decreto-Lei 19/2010 de 22 de Março), com o objetivo de gerirem o fornecimento de serviços, evitando redundâncias em atividades de apoio e a multiplicação de custos.

A avaliação feita pela Organização Mundial da Saúde à implementação do Plano Nacional de Saúde 2004-2010 foi maioritariamente positiva, mas alertou para a necessidade de alcançar os objetivos enunciados no Plano Nacional de Saúde 2011-2016 sobre a equidade no acesso aos cuidados de saúde e qualidade dos serviços (Portal da Saúde, 2010).

A crise económica sentida desde 2008 orientou a partir desse ano os decisores, com vista à redução e contenção de despesas e acentua o previsto no programa PRACE. Alicerçado na necessidade de consolidação orçamental, o governo exigiu aos serviços de saúde integrados no sector empresarial do Estado e no sector público administrativo a elaboração de um plano de redução da despesa para 2010 (Despacho 10760/2010 de 29 de junho). Não obstante, o apoio à população idosa manteve-se.

Não obstante, com as medidas tomadas pelo Governo para ultrapassar a debilidade económica e financeira do país, nomeadamente com a execução do Programa de Estabilidade e Crescimento (PEC), a situação tornou-se insustentável, agravada pelo momento político conturbado que levou à mudança de Governo, sucedendo ao Partido Socialista o Partido Social Democrata. A necessidade de ajuda externa tornou-se imperativa e em maio de 2011 é assinado em Lisboa o Memorando de Entendimento sobre as Condicionalidades de Política Económica. O Programa de Assistência Económica e Financeira (PAEF) incluía um conjunto de restrições ao financiamento do Serviço Nacional de Saú-

de e previa medidas de ampliação dos custos para os usuários (Governo de Portugal, 2011). A partir deste momento e até 2013[27], a tomada de decisão em todos os Ministérios, e especificamente no Ministério da Saúde, teve como objetivo primordial garantir sustentabilidade, racionalizar, reestruturar, reduzir, extinguir, como se infere na leitura da generalidade dos preâmbulos dos documentos legislativos.

Decorrente do Memorando, a generalização da prescrição eletrónica e da faturação eletrónica foi encarada como um meio eficaz de desmaterializar o ciclo de prescrição-prestação-conferência e de gerar informação de gestão que possibilitasse o controlo rigoroso da despesa do Serviço Nacional de Saúde.

A reestruturação das unidades de saúde prosseguiu, com a alteração do estatuto dos Centros Hospitalares e Agrupamentos de Centros de Saúde, que passam a ser designados Unidades Locais de Saúde (ULS). A contratação de profissionais de saúde tornou-se mais difícil e passa a depender do consentimento prévio da tutela. Na sequência da primazia dada aos cuidados de saúde primários, o Decreto-Lei 93/2011 de 27 de julho possibilitou a contratação de médicos "especialistas em medicina geral e familiar contratados em funções públicas por tempo indeterminado (...) para o exercício de funções em centros de saúde" no regime de 42 horas (em alternativa às 35 horas semanais que constituíam o período de trabalho da carreira especial médica). O Despacho 10428/2011 de 18 de agosto determina que a contratação de médicos através da modalidade de prestação de serviços, por todas as instituições e serviços do SNS só é admissível em situações de imperiosa necessidade e depois de se terem esgotado previamente todos os mecanismos de mobilidade previstos na lei. Esta situação é replicada a todos os profissionais de saúde e em todos os serviços (Despacho 12083/2011 de 15 de setembro), bem como determinada a redução de custos com trabalho extraordinário nos serviços de saúde (Despacho 10429/2011).

A criação e a aplicação do Programa de Emergência Social (PES) iniciou-se em Outubro de 2011 e esteve em vigor até Dezembro de 2014, dando especial atenção à família e aos idosos. No conjunto das medidas a tomar face aos últimos, destacam-se várias ações de melhoramento e facilitadoras, das quais salientamos a atua-

[27] Terminamos a análise em 2013, mas salvaguardamos que os programas em causa perduraram.

lização das pensões mínimas, o banco de medicamentos, o banco farmacêutico, as farmácias com responsabilidade social, o apoio domiciliário, a teleassistência, centros de noite, sinalização de situações de isolamento, melhor acesso de idosos aos cuidados de saúde, cuidados continuados e a melhoria da legislação dos lares.

A prescrição de Meios Complementares de Diagnostico e Terapêutica nos hospitais passam a ter que ser concretizados nos próprios serviços, ou recorrendo à "subcontratação de entidades externas especializadas do sector público, tendo como referência a tabela de preços do SNS, ou do sector privado e social, tendo como referência a tabela de preços do sector convencionado" (Despacho nº 10430/2011). As prescrições e as receitas de medicamentos feitas pelos médicos dos Agrupamentos de Centros de Saúde, passam a ser monitorizadas e reguladas pela Administração Regional de Saúde em termos de volume e valor[28].

O regime das taxas moderadoras e das isenções sofreu nova regulação e revisão (Decreto-Lei 113/2011 de 29 de Novembro). As isenções ficaram alocadas somente a situações clínicas relevantes de maior risco de saúde ou a situações de insuficiência económica. Já as taxas moderadoras foram atualizadas, na linha do que vinha a suceder desde a sua criação em 1992[29], sendo definidas as situações de isenção e os atos médicos alvo.

Na linha de exceção politica face aos cuidados primários, o Decreto-Lei 253/2012 de 27 de Novembro procede à quarta alteração ao Decreto[30] e funda os Agrupamentos de Centros de Saúde do Serviço Nacional de Saúde. Define-se o seu número máximo e modificam-se os critérios geodemográficos da sua implantação, os moldes de designação dos diretores executivos e a composição dos conselhos clínicos e de saúde: "1 – É fixado em 74 o número máximo de ACES (...) 2 – A delimitação geográfica (...) deve corresponder a NUTS III, a um agrupamento de concelhos ou a um concelho, devendo ter em conta a necessidade da combinação mais eficiente dos recursos disponíveis e os seguintes fatores geodemográficos: a) O número de pessoas residentes na área do ACES; b) A estrutura de povoamento; c) O índice de envelhecimento; d) A acessibilidade da população ao hospital de referência; 3 – Po-

[28]Despacho 12950/2011 de 28 de setembro
[29]Decreto-Lei 54/92 de 11 de abril
[30]Decreto-Lei 28/2008 de 22 de fevereiro

dem ainda ser criados ACES correspondentes a grupos de freguesias, ouvido o município respectivo."

Os efeitos desta mudança são exemplificados pela Portaria nº 394-A/2012 de 29 de Novembro, que reorganiza os Agrupamentos integrados na Administração Regional de Saúde do Centro, I. P., diminuindo-os de catorze para seis unidades.

No decorrer de 2012 são aprovadas as Leis Orgânicas dos organismos do Ministério de Saúde, que viram as suas atribuições reforçadas. Caso do INFARMED - Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, I. P.[31] e do INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica, I. P.[32]. Este último é reorganizado, de forma a ganhar maior coerência e capacidade de resposta no desempenho das funções, eliminando redundâncias e reduzindo substancialmente os seus custos de funcionamento[33]. A sua estrutura orgânica passa a ter serviços centrais e três serviços territorialmente dispersos (Delegações Regionais do Norte, do Centro e do Sul).

O Parlamento Europeu e a Comissão Europeia declararam 2012 o Ano Europeu do Envelhecimento Ativo e da Solidariedade entre Gerações[34] e Portugal elaborou um Programa de Ação (Governo de Portugal, 2012), em cumprimento da Resolução do Conselho de Ministros 61/2011 de 22 de dezembro. Desenvolveram-se iniciativas que abrangeram todo o território nacional e envolveram o Instituto da Segurança Social, I.P., o Instituto de Emprego e Formação Profissional, I.P., a Direção Geral de Inovação e Desenvolvimento Curricular, a Direção Geral de Saúde, o Instituto Nacional de Reabilitação, I. P. e o Instituto Português do Desporto e Juventude, I. P., bem como municípios, autarquias, organizações locais, organizações da sociedade civil.

Não obstante estes sinais positivos, os orçamentos de Estado de 2012 e de 2013 foram de contenção generalizada no relativo a remunerações, progressão na carreira e também atingiram os recursos humanos e as despesas com a saúde. As reformas dos idosos foram alteradas, com implicações na qualidade de vida e capacidade de aceder aos serviços de saúde e compra de medicamentos. Ainda assim, no que ao sector da Saúde diz respeito, este grupo beneficiou de algumas medidas de exceção.

---

[31] Decreto-Lei 46/2012 de 24 de fevereiro.
[32] Decreto-Lei 34 /2012 de 14 de fevereiro.
[33] Portaria 158/2012 de 22 de maio.
[34] Decisão 940/2011/UE, de 14 de setembro de 2011.

Com consequências também positivas para outros grupos etários, várias medidas foram tomadas, uma delas com vista à regulamentação do preço dos medicamentos. Em 2013 é criada a Comissão Nacional de Farmácia e Terapêutica (CNFT) (Despacho 2061-C/2013 de 1 de fevereiro) e estabelecida a obrigatoriedade da utilização do Formulário Nacional de Medicamentos e o cumprimento dos protocolos de utilização de medicamentos pelos profissionais prescritores do SNS. No final do ano a Portaria 335-A/2013 de 15 de novembro aponta a Eslovénia, a Espanha e a França como referência para a fixação dos preços dos medicamentos, por serem os países europeus com nível de preços de medicamentos mais baixos. Esta medida é o culminar de um processo iniciado em 1984, aquando do estabelecimento das normas que fixavam a comparticipação do Estado, o qual foi sofrendo alterações e atualizações a par com o processo de introdução de medicamentos genéricos no mercado português de acordo com Diretivas Comunitárias. Este percurso teve um desenvolvimento relativamente linear até 2005, mas o agravamento da situação económica do País levou à atualização dos preços dos medicamentos comparticipados e à redução dos preços de venda ao público. Procedeu-se ainda à redução em 5 por cento no escalão máximo de comparticipação do Estado, aumentaram-se as comparticipações para os pensionistas, com rendimentos mais baixos, eliminou-se o aumento de 10 por cento da comparticipação dos medicamentos genéricos[35] e passou a ser permitida a venda de medicamentos não sujeitos a receita médica fora das farmácias[36]. Uma medida que em 2010 gerou alguma polémica previa a dispensa de medicamentos ao público em quantidade individualizada nas farmácias instaladas nos hospitais[37] e a adequação das comparticipações aos rendimentos dos utentes[38].

Outra alteração reporta-se ao transporte de doentes não urgentes. A Portaria 142-A/2012 de 15 de maio estabelece que "é assegurado por ambulâncias e por veículos ligeiros de transporte simples", uma vez que "à semelhança do regime já praticado em diversos países europeus, existem muitas situações em que o transporte de doentes não implica necessariamente que o mesmo tenha de ser

[35] Decreto-Lei 129/2005 de 11 de agosto.
[36] Decreto-Lei 134/2005 de 16 de agosto.
[37] Portaria 455-A/2010 de 30 de junho.
[38] Portaria 1319/2010 de 28 de dezembro.

efetuado em ambulância, podendo ser utilizado (...) veículos simples de passageiros" sempre que a situação clínica do utente não inspire cuidados diferenciados durante o transporte. A Portaria nº 142-B/2012, determina que "o transporte não urgente de doentes que seja instrumental à realização das prestações de saúde, no âmbito do SNS, é isento de encargos para o utente quando a situação clínica o justifique e desde que seja comprovada a respetiva insuficiência económica", sendo que as situações clínicas abrangidas são as consideradas de maior risco de saúde. Esta norma relativa ao pagamento do transporte já existia desde 2010[39] e encerra um processo de consecutivas regulamentações desde 1992, onde o pagamento do transporte foi sendo restringido.

Na sequência do Programa de Emergência Social (PES), perante o aumento substantivo do número de idosos, a Portaria 38/2013 de 30 de janeiro estabelece as condições de instalação e funcionamento do serviço de apoio domiciliário, de forma a alcançar as respostas para as suas necessidades. Ainda a nível dos apoios à criação de infraestruturas para os mais velhos, o Programa Modelar[40], referente à atribuição de apoios financeiros pelas Administrações Regionais de Saúde, I.P. a Pessoas Coletivas Privadas Sem Fins Lucrativos, no âmbito da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, determina que "em situações excepcionais, e mediante autorização prévia do membro do Governo responsável" se passe a "possibilitar a afetação das edificações construídas e das instalações realizadas por atribuição daquele apoio financeiro[41] a estruturas para o alojamento e residência de pessoas idosas" (Portaria 168/2013 de 30 de abril).

Em Maio de 2013 é publicada a versão final do novo Plano Nacional de Saúde 2012-2016 (Direcção-Geral de Saúde, 2013), o qual apresenta quatro eixos estratégicos, adequados às características sociodemográficas e económicas da população portuguesa: 1) a cidadania em saúde; 2) a equidade e acesso adequado aos cuidados; 3) a qualidade em saúde; e 4) as políticas saudáveis.

De forma a reforçar os procedimentos exigidos para a manutenção da Segurança Sanitária nacional, com o Decreto-Lei 137/2013 de 7 de outubro alteraram-se as regras e os princípios de organização dos serviços e funções de natu-

[39] Despacho 19264/2010 de 29 de dezembro.
[40] Portaria 168/2013 de 30 de abril.
[41] Programa Modelar.

reza operativa de saúde pública, sedeados nos Agrupamentos de Centros, para "ajustar as competências dos serviços de natureza operativa de saúde pública, de forma a orientar a sua intervenção para a prossecução das Operações Essenciais de Saúde Pública, nos termos definidos pela Organização Mundial da Saúde".

Em outubro de 2013, com o Decreto-Lei 138/2013, são definidos os procedimentos de articulação do Ministério e dos estabelecimentos e serviços do SNS, com as instituições particulares de solidariedade social. No contexto de restrição económica e de fusão e concentração de serviços, este documento (Decreto -Lei 138/2013) poderá ser gerador de incertezas, porque espelha um retrocesso face à tendência vigente desde a implementação da democracia em Portugal. No documento pode ler-se que o Ministério da Saúde "estabelece o regime de devolução às Misericórdias dos hospitais objeto das medidas previstas nos Decretos-Leis nºs 704/74 de 7 de dezembro, e 618/75 de 11 de novembro, atualmente geridos por estabelecimentos ou serviços do SNS". Em 2014 mantêm-se estas diretivas de 2013, como comprova a Lei nº 83-C/2013 de 31 de dezembro de 2013, Lei do Orçamento do Estado.

1.3. O Estado e a Saúde: estabilidade política, recursos e Estado-providência

Como vimos nas páginas anteriores, o percurso das políticas de Saúde em Portugal no século XX esteve sujeito a diferentes condicionantes, que moldaram a forma como a promoção de serviços de saúde era encarada e executada, dando origem a um processo complexo e multifacetado. Neste processo o Estado desempenhou um papel fundamental, influenciando decisivamente a articulação dos prestadores, a abrangência e a qualidade dos serviços prestados. A legislação promulgada expressa essa influência, permitindo a identificação das principais opções do poder central no plano da Saúde numa perspetiva de longa duração. Tendo analisado a principal legislação do sector entre 1910 e 2013, verificámos que as políticas de Saúde estiveram sujeitas a várias condicionantes ligadas à figura do Estado e à sua importância como ator nas diferentes conjunturas políticas, económicas e sociais que marcam a história contemporânea portuguesa.

Neste sentido, ao perspetivarmos a evolução das políticas de saúde em Portugal desde 1900 encaramos o Estado, a sua configuração e os seus recursos,

como elemento-chave. Assim identificamos seis fases nas políticas de saúde em Portugal (Tabela 1.1.), que se distinguem em função de três fatores ou condicionantes: 1) o grau de estabilidade política; 2) a existência de recursos financeiros públicos; e 3) a configuração do Estado-providência.

Por estabilidade política entendemos a existência de condições de governabilidade, indispensáveis à conceção e implementação de políticas públicas a médio ou longo prazo. A existência de recursos financeiros públicos refere-se à capacidade financeira que o Estado detém para promover as políticas públicas que entende serem prioritárias. A intervenção do Estado diz respeito ao papel que este assume na sua relação com a economia e com a sociedade, traduzida em grande medida no modelo de prestação de políticas públicas que adota. Com efeito, se por um lado a estabilidade política e a existência de recursos financeiros são condições importantes na definição de uma política de saúde, por outro a configuração do papel do Estado condiciona o modelo de prestação de cuidados nesse âmbito.

Tabela 1.1. A Política de Saúde em Portugal. Tentativa de periodização (1910-2013)

	Recursos financeiros públicos	Estabilidade política	Intervenção substancial do Estado
1910 a 1926	Não	Não	Sim
1926 a 1933	Não	Não	Não
1933 a 1971	Sim	Sim	Não
1971 a 1995	Sim	Sim	Sim
1995 a 2011	Não	Sim	Não
2011 a 2013	Não	Sim	Não

FONTE: Elaboração própria

A primeira fase compreende os anos de 1910 a 1926, corresponde à Primeira República e identifica-se com a vontade de dotar o Estado de mecanismos de intervenção efetiva na área da Saúde. Embora a atuação do poder central não tenha sido consensual, o facto da saúde das populações ter sido assumida como um dos símbolos do regime teve o mérito de a transformar em uma aspiração permanente, que não conseguiu, no entanto, ter uma concretização muito efetiva. Este insu-

cesso é explicado principalmente pela conhecida instabilidade política que acompanha o período, a que acresce a constante escassez de meios financeiros públicos, essenciais para concretizar muitas das proclamações republicanas nesta matéria.

Segue-se o período de 1926 a 1933, correspondente à Ditadura Militar. Além de se manterem as dificuldades financeiras anteriores, deixaram de existir condições de estabilidade política que permitissem a conceção e implementação de uma política coerente e duradoura do sector, causado por disputas dentro do regime e pela sua transitoriedade. A Saúde deixou de ser considerada uma prioridade política e os recursos disponíveis foram maioritariamente direcionados para a manutenção da ordem. A garantia de cuidados de saúde por parte do Estado manteve-se distante da ideologia dos militares que ocuparam neste período o poder (Rosas, 1994).

A terceira fase inicia-se com o Estado Novo e prolonga-se até 1971, ano da Reforma de Gonçalves Ferreira. Embora se trate de um período muito extenso e sujeito a variações conjunturais significativas, a estabilidade política foi garantida, tendo-se verificado simultaneamente um aumento de recursos financeiros públicos adstritos ao sector, os quais, sobretudo após a adesão de Portugal à EFTA, eram substancialmente superiores aos do passado recente (Rosas, 1994). Prevaleceu ao longo destes anos uma conceção do Estado baseada na intervenção subsidiária em termos económicos e sociais, que não reduziu o seu papel relevante na implementação de medidas específicas, embora lhe retirasse a iniciativa que, curiosamente e pela primeira vez, tinha capacidade para exercer na prestação de cuidados de Saúde.

Entre a Reforma de 1971 e 1995 decorre uma quarta etapa. Na reta final do Estado Novo e sobretudo a partir da implantação do regime democrático, o Estado reassume um papel central na definição e implementação da política de saúde, chamando a si o desenvolvimento de uma rede de cuidados primários e hospitalares que a partir de 1979 caracterizarão o Serviço Nacional de Saúde. Com efeito, consolidam-se os sistemas de proteção social, a que não é indiferente a conjuntura económica favorável que coincide com a integração no projeto europeu, assim como a estabilidade política (não obstante a mudança de regime em 1974 e o processo de transição, entre 1974 e 1976), concorrendo ambas para conferir condições estruturais de consolidação do Estado-providência (Barreto, 1995; Guillén, et al., 2003; Pereirinha e Nunes, 2006).

O penúltimo momento a que nos referimos inicia-se em 1995 e prolonga-se até 2011 (embora a partir de 2006 a crise económica exerça alguma influência), é caracterizada pela estabilidade política e por uma tendência de desintervenção do Estado na saúde, acompanhando o fenómeno de contenção verificado por muitos outros parceiros políticos ocidentais, não obstante o papel que o poder central ainda detém na área da Saúde (Pierson, 2006). Este fenómeno, implicando uma readaptação dos sistemas sociais perante novas realidades, como o envelhecimento das estruturas etárias e os níveis de fraco crescimento económico, pode incidir em três dimensões, re-mercantilização, redução de custos e re-calibragem (Pierson, 2006). Portugal, comungando de muitos dos fatores socioeconómicos por detrás da necessidade de contenção, não foi exceção a esta tendência e na segunda metade dos anos 90 iniciou um processo de ajustamento (Barreto, 2005), que no caso do nosso país se viu agravado pela falta de maturação do seu Estado-providência, o que tornará mais gradual e difícil o ajustamento inevitável a novas realidades (Pierson, 2006; Rodrigues, 2002; Adão e Silva, 2002)[42].

Vivemos agora a última fase, a qual se inicia em maio de 2011, com a assinatura do Memorando de Entendimento sobre as Condicionalidades de Política Económica, entre os representantes do Governo Português, da Comissão Europeia, do Banco Central Europeu (BCE) e do Fundo Monetário Internacional (FMI). Esta fase é marcada pela perda de soberania do Estado português, obrigado ao cumprimento de metas estabelecidas pelas instituições externas. Predominam decisões de carater restritivo no sector da saúde, menos acentuadas nos cuidados de saúde primários e nos cuidados continuados e paliativos. É feita uma reestruturação profunda dos serviços e organismos do Serviço Nacional de Saúde e do Ministério da Saúde. Reduz-se o número de unidades de saúde e os recursos humanos e são criadas mega unidades de saúde, através da fusão/agrupamento de centros de saúde e hospitais. Aumentam os custos da saúde para os utentes. Nos preâmbulos da vasta legislação publicada sobre esta matéria surgem como termos recorrentes as palavras e expressões "Crise", "Reestruturação", "Sustentabilidade do Serviço Nacional de Saúde" e "Reduções", as quais podem indiciar algum desinvestimento do Estado na saúde, visível no crescendo de manifestações públicas, que fazem eco da insatisfação da sociedade civil.

[42] Pode caracterizar-se o processo de construção do Estado-providência português como tardio e incompleto, em grande medida devido à sua expansão numa época recessiva.

2. Mudanças demográficas e estado de saúde em Portugal entre 1970 e 2013

Maria João Guardado Moreira e Filipa Castro Henriques

A sociedade portuguesa conheceu profundas alterações ao longo do século XX. O país iniciou o século sendo uma monarquia, passou pela implantação da República, por um regime ditatorial que terminou em 1974 devido a uma revolução que constituiu um dos acontecimentos mais decisivos e, em 1986, Portugal assina a sua adesão à então Comunidade Económica Europeia (CEE). A par destes acontecimentos políticos, outros fatores vão contribuindo para a (re)configuração da sociedade que, mais acentuadamente a partir dos anos 70, conhece um processo de modernização e mudança social que progressivamente a aproxima dos níveis de modernização social e condições de vida existentes em outros países da Europa. Na verdade, as melhorias no bem-estar das populações, que vão ocorrendo em diferentes momentos, por vezes só inteligíveis a longo prazo, refletem a interdependência entre dinâmica demográfica, qualidade de vida e políticas públicas, nomeadamente as implementadas na área da saúde.

No início do século XXI, os ciclos de vida longos e estáveis, com saldos naturais nulos e continuadamente negativos desde 2009, caracterizam a dinâmica da população portuguesa, tanto a nível nacional como regional. A contínua descida dos níveis da fecundidade e o recuo dos níveis de mortalidade, não só nas primeiras idades mas também nos grupos dos mais idosos, contribuem para o envelhecimento das estruturas etárias. A questão do envelhecimento tornou-se, aliás, um aspeto incontornável da atualidade, com consequências ao nível da adaptação dos cuidados de saúde a novos tipos de população, da criação de serviços de apoio aos idosos, da reformulação do sistema de pensões e segurança social. Por outro lado, a emigração, a imigração e as migrações internas registaram grandes alterações no volume, intensidade e características, tornando-se as variáveis chave na explicação das novas dinâmicas demográficas.

Todavia este quadro, que era marcado desde finais do século XX por um crescimento do número de habitantes gradualmente reduzido (devido à descida

sustentada dos níveis de fecundidade e a um contexto de mortalidade baixa) e cada vez mais dependente dos movimentos migratórios, alterou-se. Na verdade, segundo os dados mais recentes divulgados pelo INE (INE, 2014), desde 2010 o número de residentes no país diminuiu cerca de 145 mil pessoas, quer por via dos saldos naturais, quer também dos migratórios, os quais acumulam perdas desde 2011, resultado tanto do aumento dos fluxos emigratórios, como da diminuição dos imigratórios[1].

A par da evolução de sinal negativo dos saldos naturais e migratório, o processo de envelhecimento demográfico da população portuguesa, tanto na base como no topo[2], tem-se agravado nos últimos anos, tal como revela o índice de envelhecimento[3], que passou de 129,6 idosos por cada cem jovens em 2011, para 133,5 em 2013 (PORDATA, 2014).

De modo a percecionar os diferentes impactos do fenómeno do envelhecimento demográfico, nomeadamente ao nível do sistema de saúde, iremos traçar uma síntese da cronologia do processo de mudança, principalmente desde os anos 70 do século passado até à atualidade, verificando as características e especificidades do modelo de transição demográfica e epidemiológica da população portuguesa.

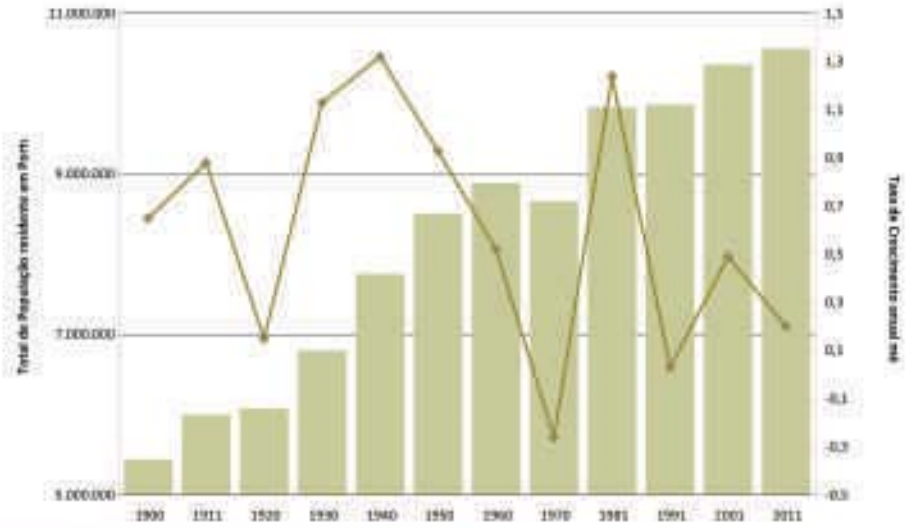
2.1. As tendências

Em 1970 foram recenseados 8 611 125 indivíduos, menos 278 267 do que no recenseamento anterior. Esta diferença é o resultado de uma vaga migratória de forte intensidade que se dirigiu sobretudo para a Europa mais industrializada. Estima-se que entre meados dos anos 60 e meados dos 70 tenham saído de Portugal cerca de 1 milhão e 200 mil portugueses (Baganha e Marques, 2001; Rosa e Chitas, 2010). Esta tendência inverte-se na década seguinte, devido à Revolução de Abril de 1974, que abre a porta ao movimento de descolonização dos territórios de Portugal em África, de onde retornam cerca de 700 mil portugueses, a que devemos juntar o regresso de alguns emigrantes (Figura 2.5.). Como resulta-

[1] Entre 2010 e 2013 registou-se um saldo natural (diferença entre número total de Nascimentos e Óbitos em determinado ano ou período) de menos 47 505 pessoas e um saldo migratório (diferença entre número total de Imigrantes e Emigrantes em determinado ano ou período) de menos 97 915 pessoas (INE, 2014).
[2] Diz-se que uma população está a envelhecer na base quando as percentagens de jovens estão a diminuir e que está a envelhecer no topo, quando as percentagens de idosos estão a aumentar.
[3] O Índice de envelhecimento é um ratio que compara o número de idosos por cada centena de jovens.

do, o número de residentes aumenta 2,6 por cento em 1974 e 4,4 por cento no ano seguinte (Henriques e Rodrigues, 2008). O impacto deste regresso sentiu-se, não apenas ao nível da evolução demográfica, atenuando os efeitos da saída na década anterior de milhares de jovens em idade ativa, mas também em termos económicos e sociais. Efeito que, no entanto, não se sentiu de forma uniforme no território porque foram principalmente as zonas urbanas, e mais o litoral do que do interior, que beneficiaram deste retorno.

Figura 2.1. Tendência de crescimento da população portuguesa, 1900-2011



Fonte: Recenseamentos Gerais da População, INE, 1900 a 2011

Os recenseamentos seguintes voltam a registar aumentos populacionais, embora modestos (Figura 2.1.), fruto do rápido aproximar de Portugal aos comportamentos perante a fecundidade e a mortalidade, que caracterizavam os outros países europeus.

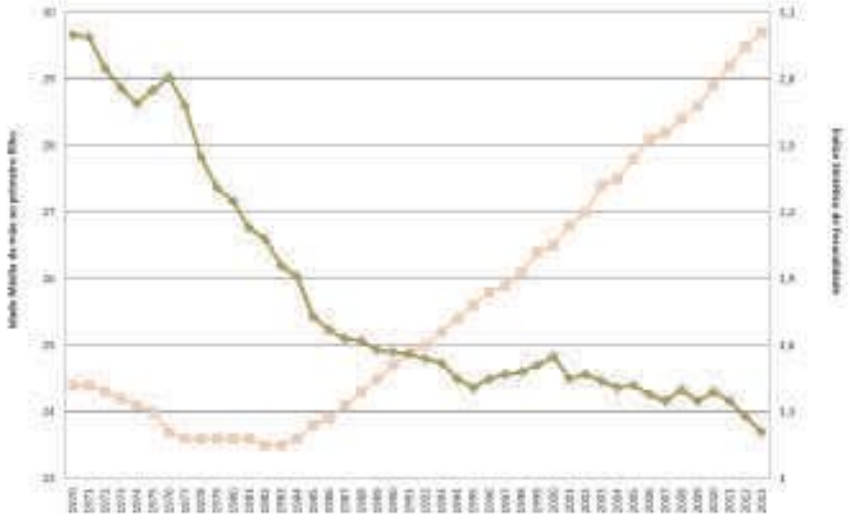
Na verdade, a Revolução de 1974 não só supôs uma mudança de regime político e uma maior abertura da sociedade e da economia às influências e investimentos estrangeiros, como também conduziu a uma melhoria das condições de vida das populações, ao desenvolvimento do estado social, à criação do Serviço Nacional de Saúde e à generalização do sistema de ensino, que permitiu um

progressivo aumento do nível da formação dos portugueses. Simultaneamente, intensifica-se a concentração da população nas zonas urbanas e a tendência para a litoralização dos agregados, o que tem como reverso o progressivo despovoamento das regiões do interior, sobretudo as rurais. Em 2011 acentua-se este padrão de distribuição da população: no interior diminuiu o número de concelhos cuja população apresenta uma variação positiva (apenas onze, excluindo o Algarve dada a sua especificidade no território nacional), enquanto no litoral e, principalmente as Áreas Metropolitanas de Lisboa e Porto, se concentram cerca de 43 por cento dos residentes em Portugal.

Todos estes acontecimentos se inter-relacionam de forma complexa e vão progressivamente influenciar os comportamentos individuais, abrir caminho para novas formas de parentalidade e de conjugalidade (aumento das famílias recompostas e monoparentais decorrente do aumento do número de divórcios, coabitação sem casamento formal, o crescimento do número de nascimentos fora do casamento), uma maior participação das mulheres no mercado de trabalho e alterações nos níveis e calendário da fecundidade.

Tais mudanças pronunciam uma modernização do país que se vai traduzir numa redução dos níveis de fecundidade (Figura 2.2.). Se em 1960, o índice sintético de fecundidade registava valores médios de 3,2 filhos por mulher, valor que praticamente não se alterou em 1970 (3,0 filhos), a partir de 1982 deixa de ser assegurada a renovação das gerações, isto é, a fecundidade desce abaixo dos 2,1 filhos, valor necessário para que cada mulher deixe uma futura mãe para a geração seguinte. Em 2013, este indicador regista o valor mais baixo de sempre, de 1,2 filhos, o que situa Portugal entre os países europeus com a fecundidade mais baixa e confirma que o padrão de fecundidade em Portugal, nestes últimos trinta anos, se caracteriza por uma marcada tendência de diminuição do número médio de filhos por mulher. A passagem para este perfil de baixa fecundidade ocorre, como referimos, num contexto de mudanças sociais, associado a novos modelos familiares. Mas também reflete o adiamento da idade média da mãe ao nascimento do primeiro filho, que na década de 1960 se efetuava aos 24 ou 25 anos em média e em 2013 se realiza aos 29,7 anos (Figura 2.2.).

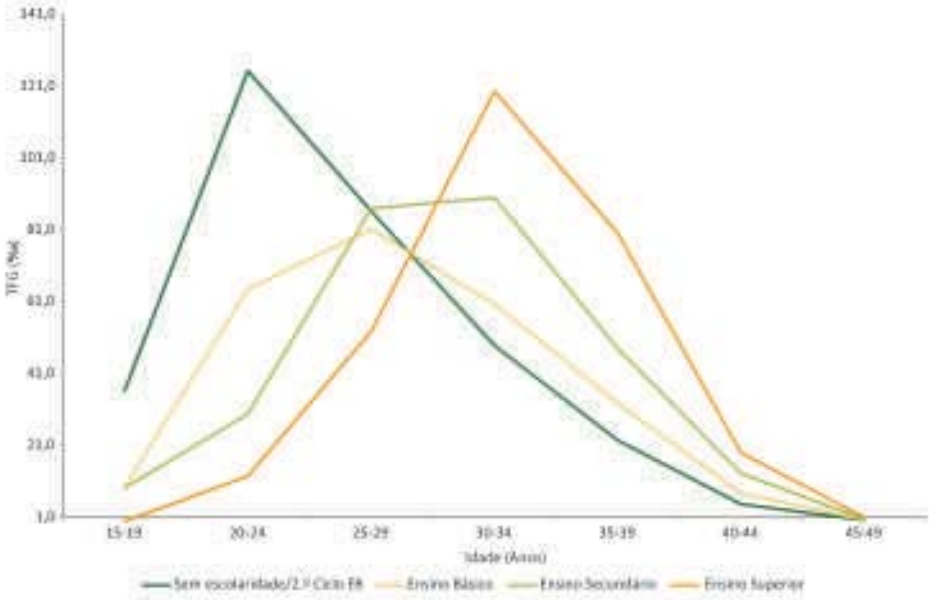
Figura 2.2. Idade média da mãe ao nascimento do 1º filho e Índice Sintético de Fecundidade, Portugal 1970 a 2013



Fonte: PORDATA, 2014

O impacto das mudanças que se observaram ao nível do papel e da intervenção da mulher na sociedade pode também ser influenciado pela existência de diferentes comportamentos reprodutivos, nomeadamente quando relacionamos o momento em que ocorre a maternidade com os níveis de escolaridade das mães. Assim, as mulheres com níveis de escolaridade mais elevados tendem a atrasar a maternidade, o que se pode explicar pela frequência de um percurso escolar mais longo, tal como é visível em 2010 (Rodrigues, 2012). (Figura 2.3.).

Figura 2.3. Taxa de fecundidade, por grupo etário e nível de escolaridade da mãe, em 2010



Fonte: Rodrigues, 2012, p.36

Decorrente desta tendência de declínio dos níveis de fecundidade, o número de nados vivos tem vindo a diminuir acentuadamente. Em 2013 registaram-se 82 787 nascimentos, um número que dista muito dos 180 690 nados-vivos em 1970 (Figura 2.6.). A consequência desta tendência é a diminuição dos quantitativos de crianças e jovens, com reflexos no progressivo estreitamento da base da pirâmide etária da população portuguesa.

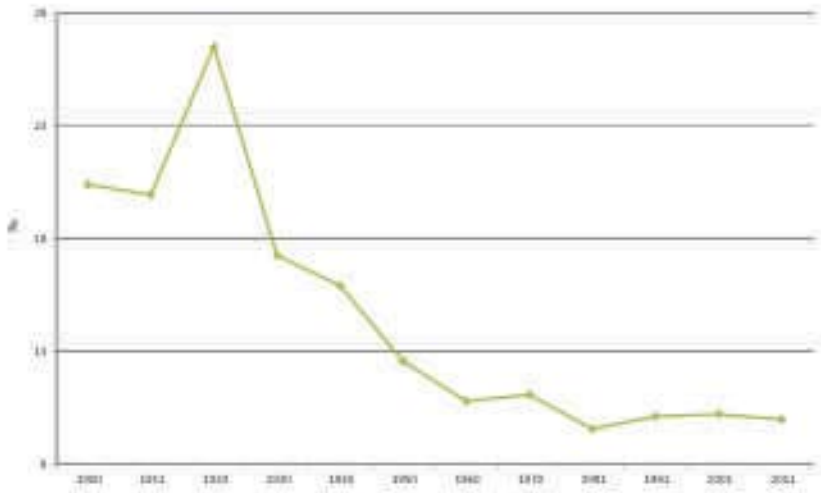
A par da redução da fecundidade, a redução da mortalidade contribuiu igualmente para o envelhecimento da população portuguesa e indicia transformações substanciais ao nível da qualidade de vida das populações e de acesso de todos os grupos sociais ao sistema nacional de saúde. Ao longo do século XX, a diminuição da mortalidade, que se refletiu no alongamento da esperança de vida[4] contribuiu para o alargamento do topo da pirâmide, permitindo o progressivo aumento da população com 65 anos e mais. Em 1970, a esperança de vida à nascença rondava os 67 anos (64,2 no caso dos homens e 70,8, no das mulheres), enquanto o mesmo

[4]Número médio de anos que uma pessoa à nascença pode esperar viver, mantendo-se as taxas de mortalidade por idades observadas no momento de referência (INE).

indicador, para idades mais avançadas (65 anos[5]), era de 13,5 anos, com vantagem feminina (14,6 anos contra 12,2 anos para os homens). Cerca de quarenta anos depois, em 2012, estes valores chegam aos 80 anos para ambos os sexos, aos 77,3 para os homens e 83,6 para as mulheres (PORDATA, 2014). No que diz respeito à esperança de vida aos 65 anos, os ganhos também foram significativos: mais 5,5 anos, sexos reunidos, um pouco menos de 5 anos para os homens e cerca de 6 para as mulheres (17,1 e 20,4, respetivamente) (PORDATA, 2014).

Na origem desta evolução da mortalidade (Figura 2.4.) estão os progressos verificados em termos da ciência médica, quanto aos meios de diagnóstico e de tratamento, e também ao nível das condições socioeconómicas, como sejam a vulgarização de certas práticas higiénicas e o desenvolvimento da saúde pública (Fernandes, et al., 2004; Moreira e Rodrigues, 2010). A alteração da estrutura da mortalidade radica na diminuição do peso dos óbitos em Portugal, que no passado recente ocorriam durante o primeiro ano de vida, havendo agora uma maior concentração dos óbitos nas idades mais avançadas. Em simultâneo altera-se o perfil das causas de morte e as doenças infeciosas e parasitárias dão lugar às doenças crónicas e degenerativas como principais causas de morte.

Figura 2.4. Evolução da taxa bruta de mortalidade, Portugal 1900-2013



Fonte: INE – Recenseamentos Gerais da População, 1900- 2011 e Estatísticas Demográficas entre 1900 e 2013

[5]Número médio de anos que uma pessoa que atinja 65 anos pode esperar ainda viver, mantendo-se as taxas de mortalidade por idades observadas no momento (INE).

Estas alterações dos padrões da mortalidade, a que devemos juntar o comportamento da fecundidade, refletem os processos de transição demográfica e epidemiológica, a que voltaremos mais à frente.

No entanto, entre 1970 e 2011 a dinâmica da população portuguesa espelha as tendências do crescimento natural, mas também o sentido e intensidade dos movimentos migratórios. Se até à década de 1990, o crescimento da população se deve principalmente ao crescimento natural, a partir de 1991/2001 é o migratório que se torna determinante (Tabela 2.1. e Figura 2.5.). A análise das taxas de crescimento anual (total, natural e migratório) evidencia a importância que os movimentos migratórios tiveram como fatores explicativos da dinâmica da população portuguesa, no período em análise. Aliás, a emigração é desde o século XIX, uma constante estrutural, embora tenham sido os intensos fluxos emigratórios dos anos 60 e 70, como já referimos, os que maior impacto tiveram na evolução da população durante o século XX.

Tabela 2.1. Taxa de crescimento anual média total, natural e migratória

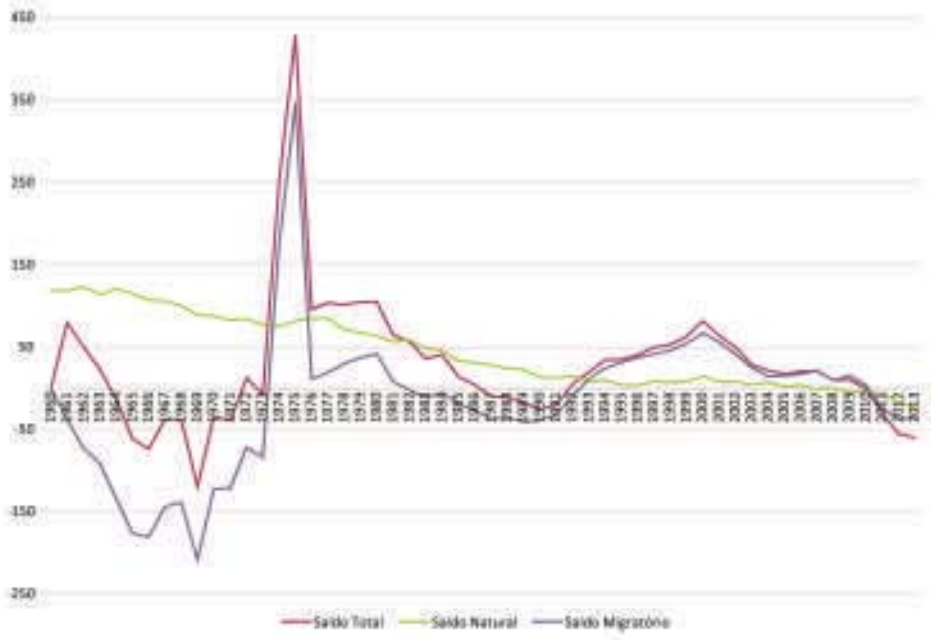
	Total	Natural	Migratório
1960 - 1970	-0,32%	1,15%	-1,47%
1970 - 1981	1,34%	0,87%	0,46%
1981 - 1991	0,03%	0,34%	-0,31%
1991 -2001	0,48%	0,09%	0,39%
2001 - 2011	0,20%	0,02%	0,18%
2011 a 2013	Não	Sim	Não

Fonte: Recenseamentos Gerais da População e Estatísticas Demográficas, INE, entre 1970 e 2011

A par dos movimentos de saída, a mobilidade interna que ocorreu nas décadas de 60 e 70, contribuiu para a redistribuição da população no território, variável de acordo com a maior ou menor capacidade de atração das regiões. Simultaneamente, o modelo de desenvolvimento que o país foi adotando ancorou-se numa organização territorial que privilegiou o litoral, onde se concentrou a maioria da população urbana, mas também as atividade económicas e os centros de decisão política. O reverso foi o abandono progressivo dos jovens

em idade ativa das zonas rurais do interior. Deste modo, podemos concluir que a evolução da população portuguesa, tanto a um nível nacional como regional, tem sido condicionada pela intensidade e direção dos fluxos migratórios, sendo que em algumas regiões o seu impacto foi duplamente penalizador, por serem regiões de saída, tanto para outros países, como para as zonas urbanas do litoral.

Figura 2.5. Evolução do saldo natural e do saldo migratório ente 1960 e 2011



Fonte: PORDATA, 2014

2.2. Transição demográfica e Transição Epidemiológica

A relação entre a mortalidade e o envelhecimento demográfico deve ser enquadrada no processo de transição demográfica, que em Portugal ocorreu mais tardiamente do que nos países do norte e centro da Europa (Henriques e Rodrigues, 2008; Bandeira, 1996).

As alterações que ocorreram na fecundidade e na mortalidade na Europa ocidental ao longo dos séculos XIX e XX, deram origem à formulação da teoria

da transição demográfica[6], que procurava analisar o processo das mudanças ocorridas nos comportamentos das populações face àquelas variáveis micro demográficas. Este conceito designa, portanto, o processo histórico que permitiu a passagem de um regime demográfico de tipo antigo, em que os níveis elevados de fecundidade compensavam uma forte mortalidade, para um novo regime demográfico em que a mortalidade e a fecundidade baixaram num contexto de transformações económicas, sociais e políticas que estão na origem da revolução industrial.

Dito de outra forma, este processo permitiu a passagem de um ciclo de vida curto e instável, decorrente de morbilidade e mortalidade condicionada por condições eco estruturais do meio envolvente (carências nutricionais, insalubridade, insuficiências sanitárias), para um ciclo de vida longo e estável que se caracteriza por baixos níveis globais de mortalidade, uma esperança de vida elevada e menor dependência face às condições sanitárias, aspetos que alteram o perfil tradicional de causas de morte e o modelo de mortalidade (Moreira e Rodrigues, 2010).

Na sua formulação, esta teoria da transição demográfica enfatizou principalmente a descida da fecundidade, enquanto a análise da descida da mortalidade foi secundarizada. Todavia, a necessidade de comprender a evolução dos níveis da mortalidade e dos factores que suportam a sua descida sustentada, assim como a importância que esta variável tem na dinâmica da população, resultou no desenvolvimento de teorias relacionadas com a variável mortalidade vindas da área da epidemiologia, da saúde pública e das ciências sociais. A pioneira foi a teoria da transição epidemiológica, desenvolvida por Abdel R. Omran, nos finais dos anos 60, que reconhece "the limitations of demographic transition theory and of the need for comprehensive approaches to population dynamics stimulated the development of this theory" (2005, p.732). Omran considerava que para compreender as melhorias registadas nos indicadores de mortalidade era altamente desejável uma aproximação multidisciplinar, uma vez que "Conceptually, the theory of epidemiologic transition focuses on the

[6]Esta teoria foi inicialmente desenvolvida na década de 1930 por W. S. Thomson e Landry e, posteriormente, entre os anos 40 e 50 por Notestein, K. Davis, Blacker, Coale e Hoover (Nazareth, 1982)

complex change in patterns of health and disease and on the interactions between these patterns and their demographic, economic and sociologic determinants and consequences" (2005, p. 732).

Por isso, este autor distingue três estádios ou etapas no processo de modernização por que passaram as sociedades, os quais refletem os seus progressos científicos, económicos, sanitários e o estado de saúde das populações. A primeira etapa, a das pestes e da fome (*Age of Pestilence and Famine*), é marcada por mortalidade elevada e sujeita a fortes flutuações, com esperança de vida baixa (entre 20 e 40 anos) e onde a mortalidade influencia mais a dinâmica das populações do que a fecundidade. Segue-se a etapa da descida e desaparecimento das pandemias (*The Age of Receding Pandemics*), em que a mortalidade começa a descer devido ao progressivo desaparecimento das epidemias, uma esperança de vida mais elevada (entre 30 a 50 anos) e em que a mortalidade e a fecundidade desempenham um papel semelhante na evolução da população. Finalmente, a terceira etapa é designada pela idade das doenças degenerativas e produzidas pelo homem (*The Age of Degenerative and Man-Made Diseases*), caracteriza-se pela contínua descida da mortalidade, que se fixa em níveis baixos, com esperança de vida superior a 50 anos, e em que o quadro nosológico tipificado por doenças infeciosas e parasitárias é substituído por outro dominado por patologias de degenerescência e produzidas pelo próprio homem; durante esta etapa, a fecundidade converte-se no factor determinante da evolução populacional (Omran, 2005, pp. 737-738).

Segundo Omran, foram sobretudo os fatores de ordem eco biológica e socioeconómico que influenciaram a descida da mortalidade nas sociedades da Europa ocidental, enquanto os fatores científico-médicos apenas tiveram influência já entrado o século XX.

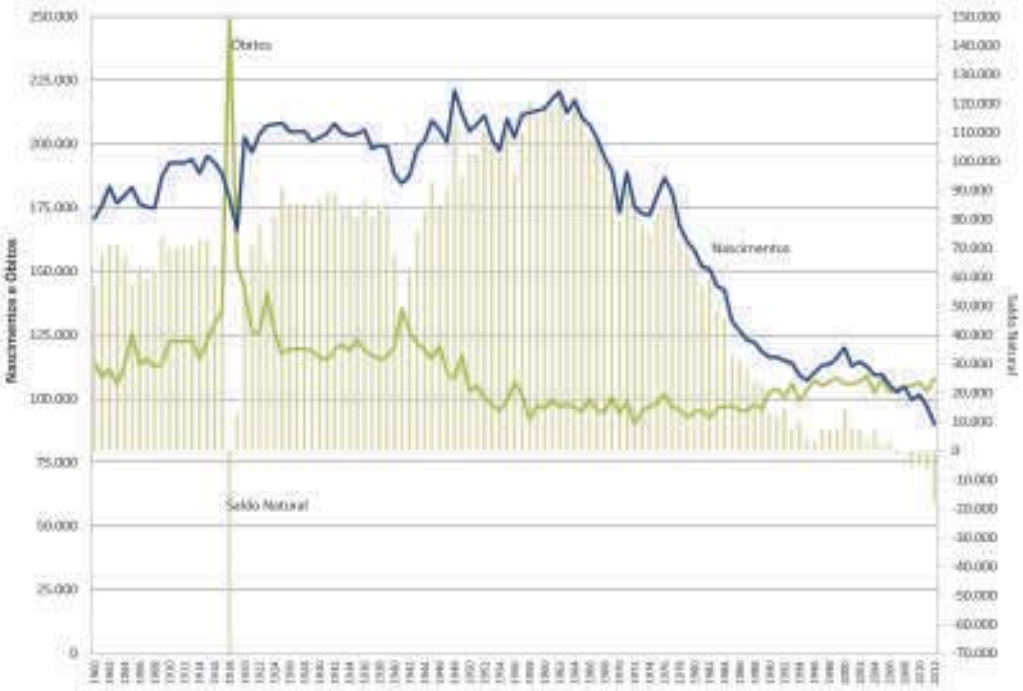
Esta teoria da transição epidemiológica foi, portanto, pioneira na análise das alterações das causas de morte e na sua inter-relação com o aumento da sobrevivência nas idades mais jovens, numa primeira fase e, depois, nas idades mais avançadas. Por isso, Meslé e Vallin (2002) referiram que esta teoria também analisa o processo de transformação das idades dos óbitos. Todavia, não está isenta de críticas. Um dos problemas identificados consiste na dificuldade em localizar no tempo o princípio e o fim da referida transição (González, et al., 1996). Vallin

e Meslé (2004) argumentam, por outro lado, que as fases descritas por Omran decorrem de um processo histórico que se inicia em meados do século XVIII e termina nos anos 60 do século XX, não contemplando, por isso, a evolução positiva da esperança de vida que ocorreu depois por causa do recuo das doenças cardiovasculares. Além de que, este é um modelo que parte do contexto de desenvolvimento da revolução industrial, qur foi na Europa ocidental que ocorreu em primeiro lugar, sendo que em muitos países europeus só começou mais tarde, caso dos países do sul e do leste e, em outros países de outros continentes, o processo ainda decorre.

Mau grado estes constrangimentos, é aceite que o conceito tem interesse prático pois, ao permitir compreender como se alteram as estruturas da mortalidade da população, constitui-se como que uma ferramenta de grande utilidade para a planificação de serviços de saúde adequados (González, et al., 1996).

A cronologia do processo de transição demográfica em Portugal é mais tardio do que em outros países europeus e a evolução da mortalidade (Figura 2.4.) revela uma trajetória de descida lenta, com um desfasamento longo entre o recuo da mortalidade e a queda da natalidade, o que permitiu a existência de saldos naturais relativamente elevados até á década de 70 (Figura 2.6.).

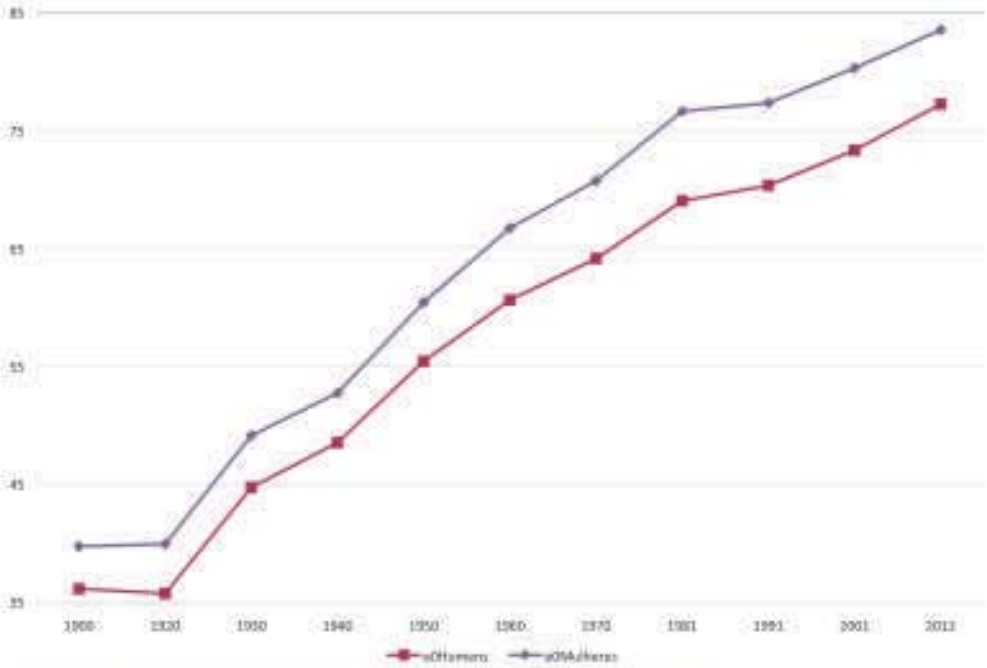
Figura 2.6. Evolução dos nacimentos, óbitos e saldo natural da população, Portugal 1900-2012



Fonte: INE – Estatísticas Demográficas entre 1900 e 2012

A descida da mortalidade torna-se mais visível a partir da década de 20 e depois na de 40, apesar da conjuntura desfavorável decorrente da II Guerra Mundial. A partir de meados do século XX, os níveis gerais de mortalidade vão continuar a decrescer, o que se refletiu nos valores da esperança de vida total (Figura 2.7.) que sobe de 58 anos, em 1950 (Fernandes, et al., 2004), para os 80 anos, em 2012.

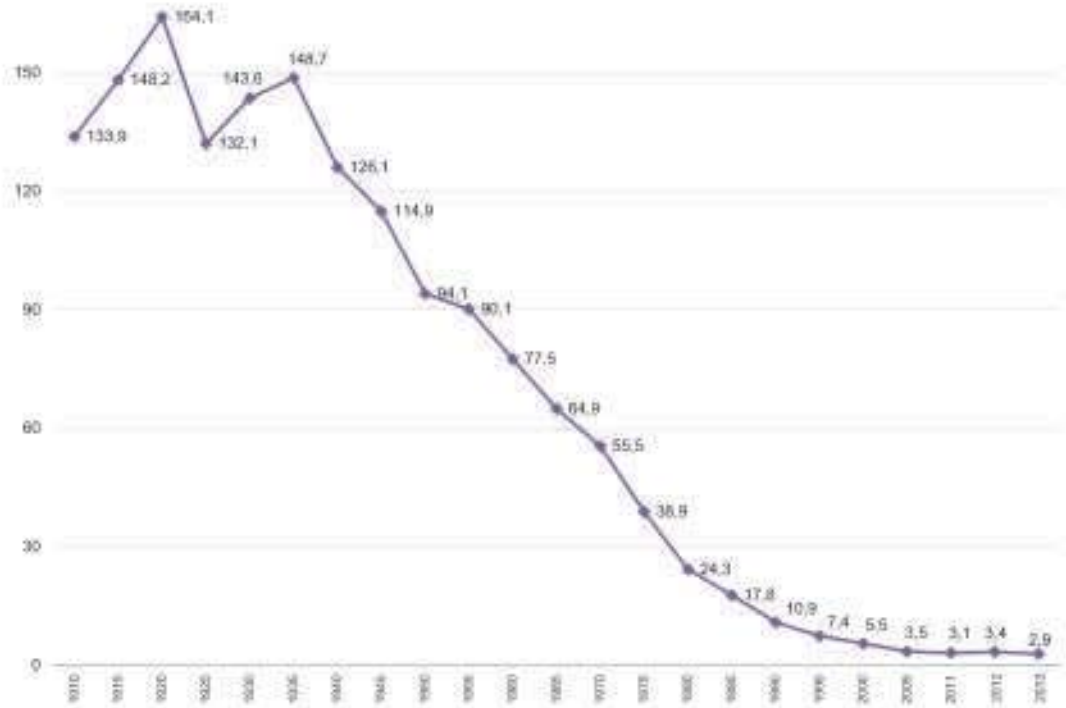
Figura 2.7. Evolução da Esperança de vida à nascença para Homens e Mulheres, Portugal 1900-2012



Fonte: INE. Recenseamentos Gerais da População, Estatísticas Demográficas 1900 a 2012

A tendência da evolução da mortalidade e da esperança de vida à nascença remete, por outro lado, para as probabilidades de sobrevivência das crianças, principalmente depois de meados do século XX, mostrando a relação entre a diminuição da mortalidade infantil (Figura 2.8.) e o da mortalidade geral. O declínio da mortalidade que ocorre no primeiro ano de vida, e que atualmente regista dos mais valores baixos do mundo (2,9 por mil, em 2013), pode ser atribuído à melhoria das condições gerais de saúde, decorrentes da implementação de políticas de saúde pública (caso dos progressos realizados ao nível dos cuidados de saúde materno-infantis e dos cuidados de saúde primários, generalização do planeamento familiar, implementação do plano nacional de vacinação, tal como referido no capítulo anterior), mas também à melhoria das condições económicas e sociais da população portuguesa (Veiga, et al.,2004)

Figura 2.8. Evolução da taxa de mortalidade infantil (‰), 1910-2013



Fonte: Henrique e Rodrigues, 2008, p. 436; Recenseamento da População, INE, 2011 e Estatísticas Demográficas, INE, 2001-2013

Na década de 1970, a população portuguesa apresentava um valor médio de esperança de vida que rondava os 67 anos, o que colocava o nosso país na terceira fase do modelo de transição de Omran. Ou seja, na idade das doenças degenerativas e produzidas pelo homem. Segundo Morais (2002, p. 258), "a perda de expressividade das doenças infeciosas e parasitárias no quadro da transição epidemiológica, bem como das doenças do foro respiratório, esteve em paralelo com o agravamento das doenças do aparelho circulatório enquanto patologias que contribuíram negativamente para uma evolução desfavorável acima dos 45 anos". Como se pode ver na (Tabela 2.2.), só depois dos anos 50 é que as mortes provocadas por doenças infeciosas e parasitárias, muito ligadas ao ambiente social e à higiene, veem o seu peso diminuir, o que parece relacionar-se com a melhoria das condições de vida da população, assim como com os progressos realizados no âmbito de terapias específicas (Fernandes, et al., 2004).

Como vimos no Capítulo 1, a Revolução de 25 de Abril de 1974 criou as condições políticas favoráveis à implementação de um Serviço Nacional de Saúde que respondesse à necessidade de uma maior cobertura do território e a um atendimento mais equitativo, no que diz respeito ao acesso de todos os cidadãos.

Tabela 2.2. Evolução de algumas causas de morte. Portugal 1930-2012 (%)

Causas de morte	1930	1940	1950	1960	1970	1980	1990	2000	2010	2012
Doenças infecciosas e parasitárias	21,1	20,9	13,5	1,9	1,0	1,5	-	-	-	-
Tuberculose	11,2	9,8	11,7	4,5	1,6	-	0,3	0,3	0,2	0,2
Doença pelo vírus da imuno-deficiência humana (HIV)	-	-	-	-	-	-	0,1	0,9	0,6	0,5
Doenças do aparelho circulatório	8,5	11,7	14,2	14,8	17,0	42,8	44,2	38,7	31,8	30,4
Tumores malignos	2,7	2,9	4,8	9,2	11,7	15,1	17,6	20,3	23,5	23,9
Doenças do aparelho respiratório	9,6	10,8	8,7	9,8	12,0	7,3	7,2	9,7	11,1	12,9
Doenças do aparelho digestivo	2,1	3,5	3,8	10,1	7,5	4,9	4,5	3,9	4,4	4,2
Doenças do aparelho geniturinário	2,0	2,5	2,3	2,0	2,0	1,2	1,2	1,5	3,1	2,7
Sintomas, sinais, exames anormais, causas mal definidas	16,8	16,4	17,0	15,6	15,3	13,6	11,8	12,4	9,5	9,5
Outras causas por doenças	22,9	18,2	20,4	27,6	26,5	6,2	6,6	7,8	11,6	12,1
Causas externas	3,0	3,3	3,6	4,4	5,5	7,4	6,5	4,5	4,3	3,7

Fonte: Anuário Estatístico, INE, 1940, 1940, 1990, 1979, 1980, 2011, 2012 (cálculos dos autores)

Os impactos do sistema de saúde são visíveis nos ganhos verificados na esperança de vida à nascença tanto masculina como feminina, nas décadas de 70 e 80 (Figura 2.7.). Também as variações positivas da esperança de vida aos 65 anos, que ocorrem neste período (Tabela 2.3.), são reveladoras das conquistas em termos de sobrevivência e podem-se relacionar com uma maior eficácia na prestação de cuidados de saúde primários e a uma rede hospitalar mais eficaz e disseminada pelo país (Fernandes, et al., 2004).

Tabela 2.3. Esperança de vida aos 65 anos, por sexos

ANOS	Esperança de vida aos 65 anos		
	H	M	Diferenças em anos
1970	12,2	14,65	2,45
1981	14,35	17,95	3,6
1991	14,83	18,39	3,56
2001	15,55	19,01	3,46
2010	16,9	20,2	3,3
2011	16,9	20,3	3,4
2012	17,1	20,4	3,3

Fonte: Fernandes, et al. 2004, p. 92 e PORDATA

Portanto, se é certo que as alterações no perfil da mortalidade e morbilidade concorreram para uma evolução positiva dos indicadores de mortalidade, é também necessário ter em conta as mudanças sociais, de comportamento e "des réponses de la sociètè à cet état sanitaire" (Meslé e Vallin, 2002, p. 440). Neste sentido, os autores que a partir dos anos 80 desenvolvem o conceito de transição sanitária[7], como reação à teoria da transição epidemiológica, que consideravam redutora, centram o seu interesse nos determinantes da saúde; ou seja, o estado de saúde depende dos recursos, dos valores e dos comportamentos. Por outro lado, assentam numa perspectiva dinâmica, que considera os aspetos que estão subjacentes às alterações que se produzem nas condições de saúde das populações e pondera as dinâmicas locais e regionais.

Todavia, o conceito de transição sanitária também não está isento de limitações, nomeadamente no que diz respeito à definição de estado de saúde. A mortalidade infantil, a esperança de vida e a estrutura da mortalidade por causas de morte têm tradicionalmente sido considerados indicadores de saúde. Todavia, as alterações que têm ocorrido nas estruturas por idades dos países mais desen-

[7]Este conceito foi desenvolvido pela primeira vez em 1973 por Lerner, mas será a partir da década de 80 que vai crescer o interesse pelo conceito da transição sanitária, para o que muito vai contribuir a investigação desenvolvida no Health Transition Centre, em Camberra (Austrália), impulsionada por John Caldwell e Julio Frenk (González, et al., 1996; Meslé e Vallin, 2002).

volvidos (maior proporção de adultos e idosos), por causa da redução da mortalidade infantil, e também as que se deram no perfil epidemiológico (prevalência de doenças crónicas e degenerativas), obrigam a um recentrar da investigação na mortalidade e morbilidade dos adultos. (González, et al.,1996).

O envelhecimento da população coloca, pois, um conjunto de novas questões. Até porque os ganhos na esperança de vida não se apoiam já no recuo da mortalidade dos mais jovens, mas antes na mortalidade dos mais idosos, que se tornou também um factor de envelhecimento da população. No centro destas questões encontra-se paradoxalmente a saúde da população (Meslé e Vallin, 2002), nomeadamente o estado de saúde em idades mais avançadas, mas também os limites da vida humana (Oeppen e Vaupel, 2002). Embora a longevidade possa ser considerada uma conquista, longevidade não é sinónimo de saúde, isto é, viver muitos anos não significa necessariamente vivê-los com qualidade de vida.

Na verdade, envelhecer saudável e ter uma sobrevivência saudável tornou-se num objetivo principal das populações (Fernandes, 2007), até porque isso pode estar na origem do adiamento da senescência e da morte (Vaupel, 2010). Por outro lado, tornou-se também importante conhecer os vetores que determinam o estado de saúde (como se interrelacionam os aspetos económicos, sociais, culturais, biológicos, ambientais), de modo a compreender a diferente capacidade de sobrevivência dos homens e das mulheres, até porque o crescimento da população idosa vai obrigar a políticas na área da saúde e da proteção social que respondam a diferentes níveis de vulnerabilidade de uma população idosa que irá continuar a aumentar (Fernandes, 2007). Com efeito, o prolongamento da esperança de vida é acompanhado pelo aumento da dependência física e/ou psíquica responsável pela perda de mobilidade e de autonomia, aumento de doenças crónicas e de evolução prolongada, o que faz aumentar o número de consumidores de cuidados específicos de saúde e as exigências quanto a qualidade e à complexidade dos cuidados.

Neste sentido, têm sido desenvolvidos alguns indicadores de saúde que permitem perceber se o aumento da esperança de vida é acompanhado, ou não, por

[5]Os anos de vida saudável são calculados, com base em quadros sobre a mortalidade na UE e em dados recolhidos em inquéritos sobre a perceção pessoal em matéria de incapacidade.

um aumento do tempo vivido sem incapacidade. É o caso da esperança de vida com saúde que mede o número de anos que uma pessoa de uma determinada idade pode esperar viver sem nenhum problema de saúde moderado ou severo.

Se comparamos a esperança de vida ao nascimento e aos 65 anos com a esperança de vida saudável para as mesmas idades, verificamos que, apesar das mulheres portuguesas poderem esperar viver mais tempo, tanto ao nascimento como aos 65 anos (Figura 2.7. e Tabela 2.3.) vivem menos tempo sem incapacidades. Em 2011 (Tabela 2.4.), o número de "anos de vida saudável", que corresponde ao número de anos de vida esperados sem limitações de longa duração, era de 60,7 para os homens e 58,6 para as mulheres e de 7,8 e 6,3, respetivamente, no caso da esperança de vida saudável aos 65 anos. Este facto pode sugerir maiores necessidades em cuidados de saúde até porque o envelhecimento é sobretudo feminino.

Tabela 2.4. Esperança de vida saudável

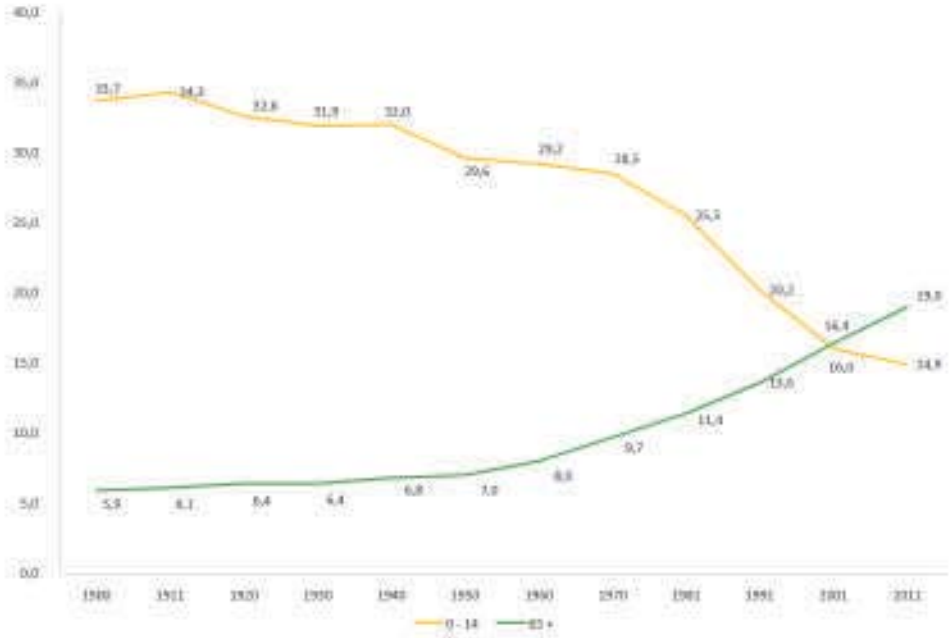
	Nascimento		Aos 65 anos	
	H	M	H	M
1995	59,6	63,1	8,3	9,9
2001	59,5	62,7	8,2	8,7
2005	58,6	57,1	6,5	5,2
2010	59,3	56,6	7,1	5,7
2011	60,7	58,6	7,8	6,3

Fonte: Eurostat[8]

2.3. O processo de Envelhecimento

O processo histórico da transição demográfica caracterizado pela redução da mortalidade e da fecundidade, também se pode ser descrito com base nas alterações que ao longo dos anos ocorreram na estrutura de idades. No princípio do século XX, Portugal era um país jovem (com cerca de 34 por cento de indivíduos menores de 15 anos), mas em meados desta centúria começou a mudar, aumentado progressivamente a proporção dos grupos de idade do topo da pirâmide etária, enquanto em simultâneo se reduziam os grupos de idade mais jovens (Figura 2.9.). Esta evolução reflete-se no progressivo aumento da idade média da população portuguesa. Se em 1970 era de 32,1 anos, mas em 2011 atinge os 41,8 anos (40,3 se considerarmos o sexo masculino e 43,3, no caso da idade média das mulheres). Assim, este processo, através do qual a sociedade portuguesa passou de jovem a envelhecida, é uma outra forma possível de contextualizar o resultado final da inter-relação entre as tendências da mortalidade e da fecundidade.

Figura 2.9. Evolução da proporção da população jovem e idosa, Portugal 1900-2011



Fonte: Recenseamentos da População, INE, 1900 a 2011

A descida da fecundidade é um fator chave para compreender o envelhecimento na base da pirâmide da população, ao reduzir os efetivos mais jovens, como resultado da progressiva e contínua diminuição do índice sintético de fecundidade, isto é, do número médio de filhos por mulher, que atualmente se situa bastante abaixo do nível necessário para renovação das gerações (ver Figura 2.2.). A discussão em torno do papel da imigração no atenuar ou reverter dos níveis de envelhecimento, tem mostrado que esse efeito pode ser apenas conjuntural e que, pelo menos a médio prazo, Portugal vai continuar a envelhecer (Rosa, et al., 2004; Rosa, 2012).

O aumento da esperança de vida das gentes portuguesas durante o século XX não teve paralelo: entre 1900 e 2012 supôs um ganho de 41 anos para os homens e de 44 anos para as mulheres. Este aumento deve-se, numa primeira fase, aos contributos da descida da mortalidade infantil (Oliveira e Mendes, 2010), que começou por ser um fator de rejuvenescimento da estrutura por idades. Mas de seguida, devido à deslocação dos níveis de mortalidade para idades mais tardias (Oliveira, 2010), contribuiu para o seu envelhecimento[9]. Esta mudança nas idades em que ocorrem os óbitos relaciona-se com o tipo de causas de morte, que se foi alterando como resultado da transição epidemiológica.

Hoje, o perfil da mortalidade por causas caracteriza-se pelo predomínio das doenças crónicas e degenerativas que afetam sobretudo a população idosa, como as doenças do aparelho circulatório ou as neoplasias. Podemos observar no Tabela 2.5 que estas são as causas com maior representatividade, tanto nos óbitos dos indivíduos entre os 65 e os 79 anos, como dos que têm 80 anos e mais, situação que se mantém desde meados dos anos 90 do século passado e ao longo da primeira década do século XXI. Note-se, no entanto, que as doenças do aparelho circulatório registam uma tendência decrescente desde 1994, de tal modo que em 2010 são ultrapassadas pelas neoplasias, no caso dos óbitos dos indivíduos entre os 65 e aos 79 anos. Segundo Oliveira e Mendes (2010), a responsabilidade pelo aumento da esperança de vida é desde os anos 90 devida à diminuição da mortalidade associada às

[9] "Em suma, até aos anos 80, os ganhos na esperança de vida, tanto para homens como para mulheres, estão muito dependentes da mortalidade dos jovens e em particular das crianças até ao 1º aniversário. A partir dos anos 80, a evolução da esperança de vida depende mais significativamente da saúde dos adultos e dos idosos e no final do período em análise [2007] depende fundamentalmente da mortalidade dos mais velhos" (Oliveira e Mendes, 2010, p. 125).

doenças do aparelho circulatório (ver também Ribeiro, et al., 2013). Já as doenças do aparelho respiratório têm vindo a aumentar nos grupos mais velhos (como se pode observar no grupo etário com 80 anos e mais), o que poderá contribuir de forma negativa para a evolução da esperança de vida (Oliveira e Mendes 2010).

Tabela 2.5. Óbitos segundo algumas causas de morte, por grupos de idade mais idosos (%)

	1994			2001			2010		
	65-79	80 e +	TOTAL	65-79	80 e +	TOTAL	65-79	80 e +	TOTAL
Doenças infeciosas e parasitárias	0,8	0,4	1,5	1,2	0,6	2,0	2,3	1,9	2,5
Neoplasias	23,7	10,6	19,6	26,5	12,4	21,2	32,1	14,6	24,0
Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	4,7	3,0	3,5	5,4	3,9	4,2	6,3	5,6	5,3
Doenças do aparelho circulatório	45,0	54,5	42,9	38,2	49,0	38,6	28,6	39,6	31,8
Doenças do aparelho respiratório	7,2	8,9	7,1	8,0	11,1	8,5	9,0	14,7	11,1
Doenças do aparelho digestivo	4,6	2,5	4,4	4,5	2,7	4,2	4,6	3,4	4,4
Sintomas, sinais, exames anormais, causas mal definidas	7,7	15,7	11,5	8,5	13,8	11,3	7,3	9,9	9,5
Causas externas	3,0	1,6	5,7	2,9	1,7	4,9	3,4	2,1	4,3

Fonte: Eurostat (cálculos das autoras)

O aumento da longevidade parece, por outro lado, estar associado ao aumento das desigualdades na esperança de vida entre os sexos (Oliveira e Mendes, 2010). Por isso, em Portugal, tal como acontece em outos países, a probabilidade de chegar a idades mais tardias não é igual para homens e mulheres. A vantagem feminina tem vindo a aumentar: em 1900 havia uma diferença de 3,6 anos entre a esperança de vida dos homens e das mulheres, em 1981 verifica-se a maior diferença de sempre (7,6 anos separam as esperanças de vida entre os dois sexos) e, desde então, observa-se uma progressiva diminuição dessa desigualdade, que em 2012 se situava nos 5,9 anos.

Decorrente da maior sobrevivência das mulheres, o seu predomínio relativo nos grupos etários mais velhos (Tabela 2.3.) contribuiu para a feminização do envelhecimento, fenómeno que ainda é mais visível na população com 80 anos e mais (Tabela 2.6.). As mulheres deste grupo etário apresentam desde 1970 percentagens superiores às dos homens. A preponderância da população feminina torna-se mais evidente à medida que a idade avança. Em 2011 existiam 72,1 homens por cada 100 mulheres com mais de 65 anos, número que diminui para 54,9, no caso dos homens com 80 anos e mais, enquanto a relação de masculinidade para o total da população é de 91,5.

Tabela 2.6. Evolução da proporção de pessoas com 80 e mais anos no grupo 65 e + anos e no total da população (%)

	65 e +			Total da população
	H/M	H	M	
1970	15,2	12,5	16,9	1,5
1981	14,9	11,7	17,1	1,7
1991	19,1	15,5	21,7	2,6
2001	20,9	17,5	23,3	3,4
2011	26,5	22,4	29,4	5,0

Fonte: Recenseamentos da População, INE, 1970 a 2011

De assinalar, igualmente, que com o aumento da esperança de vida aumenta o número dos muito idosos. Em 2011 foram contabilizados 532 219 indivíduos com 80 e mais anos, representando 5 por cento do total da população. Este grupo foi o que mais cresceu, com uma variação de mais de 300 por cento quando comparado com 1970, o que traduz um envelhecimento do envelhecimento, resultado de uma maior longevidade da população mais velha.

Para além das variáveis que compõem a dinâmica natural, as migrações também tiveram no caso português um importante papel no desencadear do processo do envelhecimento demográfico. Como referimos anteriormente, os mo-

vimentos migratórios são uma constante estrutural da dinâmica da população portuguesa e, quando consideramos o impacto das vagas emigratórias europeias de meados do século XX, a sua influência no desencadear do fenómeno do envelhecimento demográfico, principalmente a nível regional, é evidente. Já anteriormente observámos que a mobilidade interna e para a Europa, que caracterizou as décadas de 60 e 70, tiveram um impacto muito significativo na redistribuição da população e justificam em grande medida as assimetrias que é possível encontrar no território. A vantagem foi do litoral que, na segunda metade do século XX, passou a crescer parcialmente à custa do interior.

Uma vez que o migrante tipo é jovem, a sua transferência provoca desde logo um rejuvenescimento nas zonas de fixação e, ao invés, o envelhecimento dos locais donde provem. Por outro lado, os movimentos migratórios têm um efeito contraditório nas estruturas etárias das regiões, uma vez que ao diminuir a população em idade ativa, os outros dois grupos aumentam.

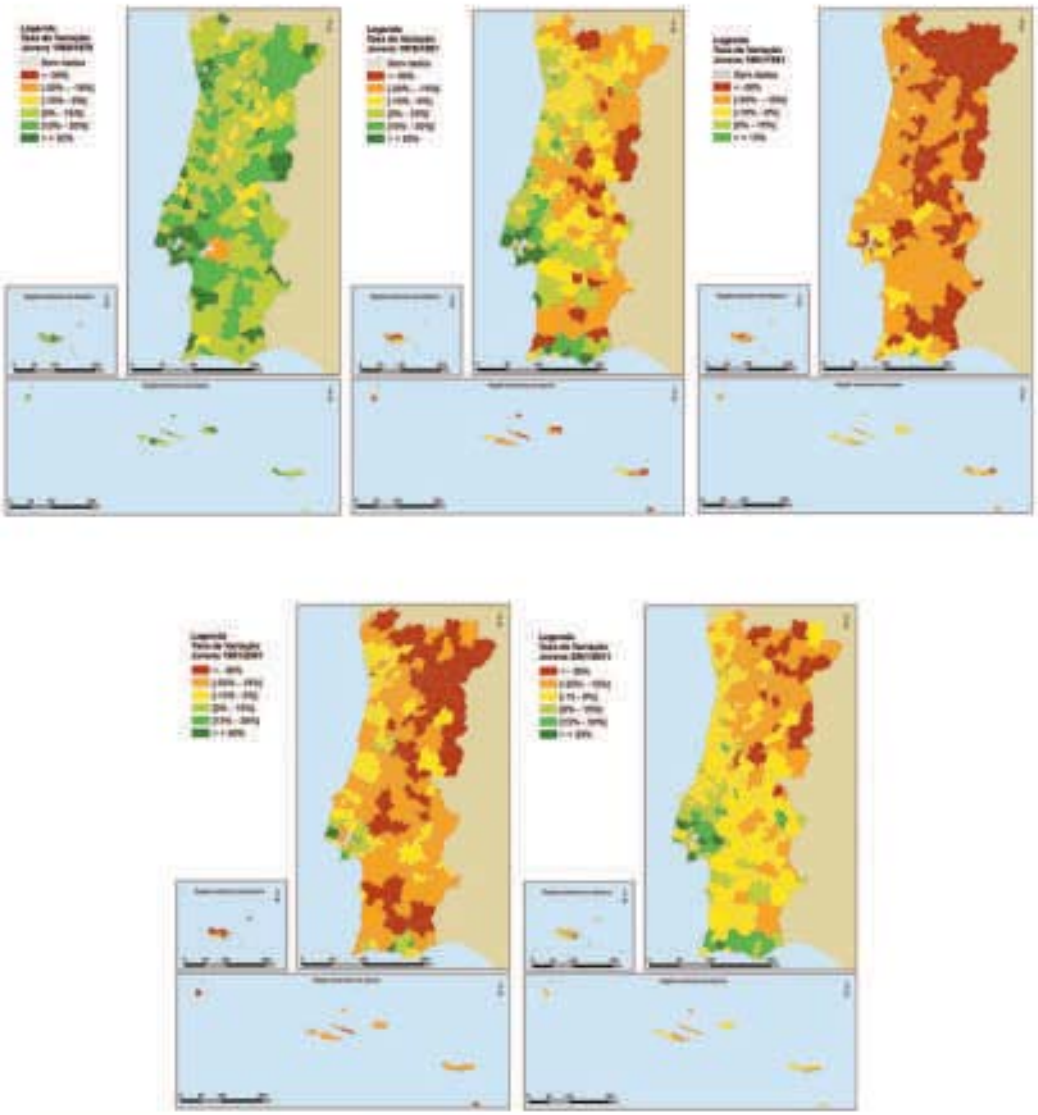
Assim, a conjugação das migrações internas e externas com a fecundidade e a mortalidade, que conheceram níveis e velocidades de declínio diferentes, estão na origem da evolução das estruturas etárias e explica a dinâmica regional do envelhecimento. A análise das taxas de variação populacional, entre recenseamentos, dos grupos etários dos 0-14 anos e 65 e mais anos, desde 1960 a 2011, permite uma leitura cronológica desta dinâmica[10].

Uma primeira conclusão aponta para uma redução tendencial do peso dos jovens em todo o país, embora nos concelhos à volta das áreas metroplitanas de Lisboa e Porto e no Algarve se observem algumas excepções. O reverso é o contínuo aumento da população idosa, embora menos intenso entre 2001 e 2011 do que em épocas anteriores.

A observação dos cartogramas[11] que representam a taxa de variação dos jovens (Figura 2.10.) permite verificar que nos anos 60 começa a delinear-se a diferença entre o litoral e o interior, embora não de forma contínua, principiando a notar-se os efeitos da mobilidade da população na dupla vertente interna e externa. Ou seja, a emigração e as migrações internas em direção aos centros urbanos, maioritariamente do litoral.

[10] Esta metodologia foi utilizada em Rodrigues, et al. (2010) e Moreira, et al. (2010).
[11] As autoras agradecem à Engª Natália Roque do Laboratório de SIG e de CAD, da Escola Superior Agraria do Instituto Politécnico de Castelo Branco, a elaboração dos mapas.

Figura 2.10. Taxa de variação do grupo etário 0-14 anos (%), 1960 a 2011



Fonte: Recenseamentos da População, INE, 1970 a 2011

As variações positivas que se registam na década seguinte podem ser explicadas pelos saldos migratórios à escala regional, embora se deva ter em consideração que a década de 70 foi uma época complexa. Nos anos subsequentes, acentuam-se as assimetrias que se veem reforçadas pela descida da fecundidade, mesmo nas regiões do norte onde a esta variável mantinha valores mais elevados. Já na primeira década do século XXI, as variações positivas estão circunscritas a concelhos que mantêm alguma atratividade, embora em níveis diferentes.

Quanto à evolução da variação dos idosos, entre 1970 e 1981 podemos observar (Figura 2.11.) um aumento generalizado e intenso da percentagem da população com 65 e mais anos.

Não podemos esquecer que nestes anos, para além dos já referidos fluxos migratórios, se verifica um progressivo acréscimo da probabilidade de sobrevivência, a que se alia o declínio dos níveis de fecundidade, cujos efeitos se prolongam para os anos seguintes. Com efeito, a generalização da utilização dos métodos contracetivos, decorrente das condições político-sociais favoráveis proporcionadas pela Revolução de Abril de 1974, leva a uma progressiva uniformização dos comportamentos, esbatendo-se as diferenças regionais, com consequências na queda da fecundidade.

Nos anos 90, o processo de envelhecimento estende-se e amplia-se, considerando tanto a sua extensão em termos territoriais, como na pirâmide etária, quer na base como no topo. Observa-se, por outro lado, que nas últimas duas décadas, os concelhos que envelheceram mais cedo tiveram variações menores, enquanto os que envelheceram mais tarde têm variações maiores neste último período da análise, fruto de diferentes cronologias do envelhecimento no topo, como é o caso das zonas do interior, sobretudo dos concelhos rurais.

Decorrente do processo de envelhecimento, a relação entre jovens e idosos foi-se alterando, tal como demostra o índice de envelhecimento[12]. Se em 1970, apenas quatro concelhos (Pedrogão Grande, Castelo de Vide, S. Brás de Alportel e Vila Velha de Ródão[13]) tinham um ratio superior a 100 (com respetivamente 129,2, 121,6, 107,5 e 111,7), ou seja, o número de idosos superava o dos jovens, em 2011 a situação inverte-se. Neste ano, apenas 45 concelhos registam um índice de envelhecimento inferior a

[12]Relação entre a população idosa e a população jovem, definida habitualmente como o quociente entre o número de pessoas com 65 ou mais anos e o número de pessoas com idades compreendidas entre os 0 e os 14 anos (INE).
[13]Registe-se que Vila Velha de Ródão se mantém entre os dez concelhos mais envelhecidos em 2011 (Figura 2.12).

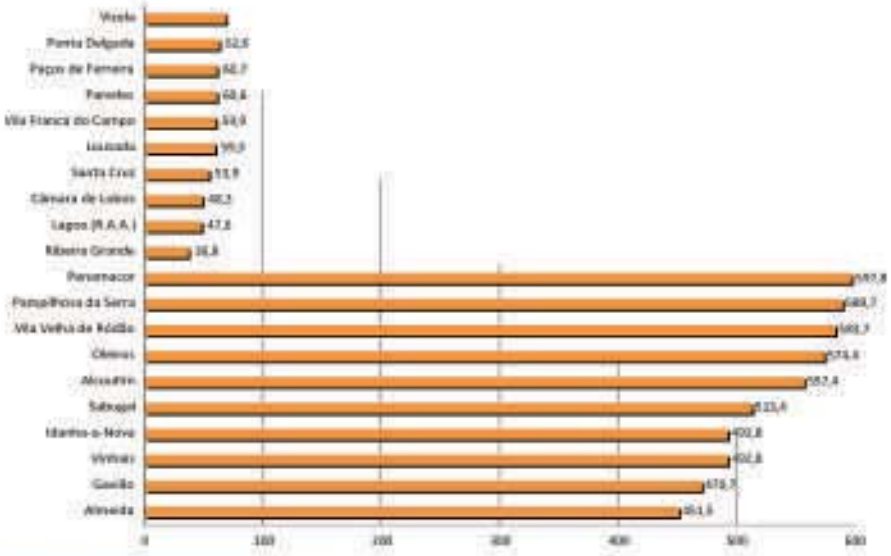
Figura 2.11. Taxa de variação do grupo etário 65 e mais anos (%),1960 a 2011

Fonte: Recenseamentos da População, INE, 1970 a 2011

100, ou seja, apenas cerca de 16 por cento dos concelhos mantêm estruturas etárias ainda relativamente jovens. Por outro lado, é notório um padrão de grande envelhecimento, como se pode comprovar pelos valores deste indicador nos concelhos mais envelhecidos (Figura 2.12.), contrastando com os valores dos dez menos envelhecidos.

Como já notámos, o modelo de desenvolvimento adotado em Portugal privilegiou o litoral, o que teve como consequência uma progressiva perda de vitalidade demográfica e económica das regiões do interior e que a distribuição geográfica do fenómeno do envelhecimento reproduz. Em estudos anteriores (Rodrigues e Moreira, 2009; Moreira, 2010) foi evidenciado que as regiões do interior, principalmente os concelhos mais envelhecidos, apresentavam um índice global de bem-estar demográfico, económico e social[14] baixo. Deste modo, constatava-se que os níveis diferenciados de desenvolvimento regional, de distribuição de riqueza e de equipamentos, de níveis de bem-estar, podem atuar como mais uma situação de desfavorecimento e vulnerabilidade das populações idosas (Moreira, 2010).

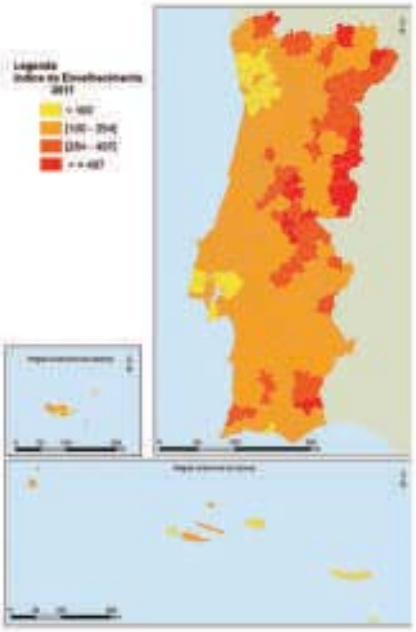
Figura 2.12. Índice de envelhecimento em 2011: concelhos mais e menos envelhecidos (rácio %)



Fonte: Recenseamentos da População, INE, 2011

[14]Com o objetivo de compreender se Portugal está, ou não, mais homogéneo quanto à qualidade de vida e ao bem-estar social, foi construído um indicador estatístico que resumisse e permitisse uma estratificação daquilo que foi designado como "índice global de bem-estar demográfico, económico e social", aplicável a todos os concelhos de Portugal continental entre os anos de 1993 e 2004 (Pereira e Chorão, 2009, pp.129-151)

Figura 2.13. Índice de envelhecimento em 2011 (ratio %)



Fonte: Recenseamentos da População, INE, 2011

Desta forma, independentemente da intensidade, em 2011 o envelhecimento de Portugal está consolidado, tanto em termos médios nacionais, como quando descemos ao nível do município, ainda que persistam alguns concelhos, à volta de Lisboa e Porto, nas regiões autónomas e no Algarve (Albufeira) que mantêm estruturas onde o peso dos jovens é superior ao dos idosos (Figura 2.13.). Pelo contrário, é no interior que se localizam os concelhos mais envelhecidos, tanto na base como no topo, com alguns casos onde a população com 65 e mais anos chega a 40 por cento do número total de residentes.

Todavia, a localização das unidades de saúde e pessoal médico, principalmente nas zonas urbanas, é quantitativa e qualitativamente uma desvantagem para as pessoas idosas das áreas rurais, o que dificulta a sua utilização (Santana, 2000, 2002 e 2005) e revela que este tipo de serviços não apresenta uma dimensão que se articule em termos geo-demográficos e de ratio profissional de saúde/família/utente. Acresce que a partir dos 65 anos aumentam as doen-

ças próprias do envelhecimento humano (que são quase na totalidade doenças crónicas, de evolução prolongada), o que tendencialmente pode fazer aumentar o número de consumidores de saúde, bem como as exigências quanto à complexidade e qualidade dos cuidados, criando pressão nos sistemas e cuidados de saúde.

Em 1979, Nazareth referia que "Portugal é um país jovem no contexto europeu e tem profundas assimetrias regionais. (...) quando observamos os diferentes tipos de estruturas, quer a nível distrital quer a nível concelhio, somos surpreendidos pelos profundo contrastes entre elas: de duplamente muito jovens passamos em algumas dezenas de quilómetros a estruturas duplamente envelhecidas" (p.199). Este estudo, pioneiro na análise das fases e fatores que desencadearam o processo de envelhecimento, mostra a existência de diversidades regionais que se foram esbatendo. Hoje, Portugal não só é um dos países mais envelhecidos da Europa, como essas assimetrias são quase imperceptíveis. Na verdade, entre 1970 e 2013, a fisionomia da população portuguesa mudou, envelheceu, resultado da melhoria das condições de vida. O aumento do envelhecimento demográfico revela-se um dos maiores desafios da sociedade portuguesa, com consequências a nível económico e social que não têm necessariamente de ser negativas, mas exigem planeamento e uma mudança de paradigma na sociedade (Nazareth, 2009; Rosa, 2012), em um contexto demográfico que agora se desenvolve num contexto de saldos naturais e migratórios negativos e com uma tendência de decréscimo populacional.

PARTE II

Os novos idosos: preditores de futuro.

3. A importância da educação. Os níveis de escolaridade dos portugueses (2010-2030)

Maria do Rosário O. Martins, Inês Rodrigues e Teresa Ferreira Rodrigues

A análise da evolução demográfica da população portuguesa verificada nos últimos anos tem permitido identificar uma alteração evidente da estrutura etária, traduzida num claro envelhecimento demográfico, resultante do decréscimo dos níveis de fecundidade e da diminuição progressiva dos níveis de mortalidade em ambos os sexos e em todos os grupos etários. Considerando a influência conjunta que o sexo, a idade e o nível de escolaridade exercem sobre a saúde de uma população (Denton, et al., 2004; Vintém, 2008; Pita Barros, 2003), o estudo prospetivo da estrutura populacional determinada por estas dimensões pode representar um importante contributo, no sentido de adaptar as políticas e práticas de saúde à promoção de um melhor estado de saúde.

O nível de instrução é um dos atributos que levam a maior distinção entre os membros de uma população, nomeadamente no que respeita ao seu comportamento demográfico (Dustmann e Glitz, 2011; KC, et al., 2010; Lutz e KC, 2010; Oliveira, 2009; Goujon, 2008; Fernandes, 2007; Gustavsson, 2006; Jejeebhoy, 1995), e também em relação ao seu estado de saúde (Henriques e Rodrigues, 2010; Henriques, Rodrigues e Martins, 2009). Torna-se assim do maior interesse que a análise dos impactos do envelhecimento demográfico sobre o perfil de saúde da população leve em consideração o estudo da composição populacional por nível de escolaridade. Tendo sido verificado que os indivíduos mais velhos tendem a classificar de forma mais negativa o seu estado de saúde e que os mais escolarizados tendem a atribuir classificações mais positivas ao seu estado de saúde (Huisman, et al., 2003; Joung, et al., 2000), é importante estudar a evolução simultânea destas duas variáveis, particularmente porque esperamos uma população Portuguesa mais envelhecida, mas também mais escolarizada. O objetivo central do trabalho apresentado neste capítulo consistiu na elaboração de projeções demográficas para a população Portuguesa, ao nível nacional e regional (NUT II), por sexo, grupo etário e nível de escolaridade, para o período 2011-2031.

O presente capítulo tem como objetivo principal a apresentação dos resultados do exercício de projeções demográficas multiestado por nível de escolaridade realizado para toda a população portuguesa no horizonte temporal de 2030. Encontra-se, para tanto, dividido em três partes: a) uma breve descrição do atual sistema educativo português e da evolução recente dos níveis de escolarização da população portuguesa; b) a descrição das opções metodológicas e da metodologia específica utilizada para a elaboração das projeções; e c) a análise e discussão dos resultados obtidos. Estes resultados servirão de base ao capítulo seguinte, onde se apresentam aos resultados decorrentes da elaboração de projeções de indicadores de estado de saúde e de níveis de utilização de serviços de saúde, considerando as alterações previstas na estrutura demográfica e de escolaridade da população portuguesa para o mesmo período (2011 a 2031).

3.1. A Educação em Portugal

Importa conhecer as especificidades do sistema educativo português atual, bem como a tendência relativa aos níveis de escolarização do passado recente. Hoje o sistema educativo português encontra-se organizado em quatro níveis principais (Figura 3.1.): Educação Pré-escolar, Ensino Básico, Ensino Secundário e Ensino Superior (GEPE, 2012).

A Educação Pré-escolar, de frequência facultativa, destina-se a crianças a partir dos 3 anos de idade e estende-se até à entrada no Ensino Básico que ocorre, habitualmente, aos 6 anos. Nessa altura, as crianças iniciam a escolaridade obrigatória, estruturada em três níveis e com a duração total de 12 anos: até aos 10 anos, as crianças devem frequentar o 1º Ciclo do Ensino Básico, que corresponde aos primeiros quatro anos de escolaridade obrigatória; o 2º Ciclo prolonga-se por dois anos e, regra geral, aos 12 anos de idade dá-se a entrada no 3º Ciclo, que termina três anos depois, com a conclusão do 9º ano. Os alunos entram então no Ensino Secundário. Os cursos desse nível, também com a duração de três anos, podem ser atualmente de quatro tipos: cursos científico-humanísticos, orientados fundamentalmente para o prosseguimento de estudos de nível superior; cursos tecnológicos, direcionados a alunos que pretendem entrar no mercado de trabalho, possibilitando ainda a prossecução de estudos em cursos tecnológicos

especializados ou no Ensino Superior; cursos artísticos especializados, vocacionados a assegurar formação artística especializada nas áreas de artes visuais, audiovisuais, dança e música, permitindo a entrada no mercado de trabalho ou a continuação de estudos em cursos pós-secundários não superiores ou no Ensino Superior; e cursos profissionais, organizados por módulos em diferentes áreas de formação, que também possibilitam tanto a inserção no mercado de trabalho, como o prosseguimento de estudos em cursos pós-secundários não superiores ou no Ensino Superior (GEPE, 2012).

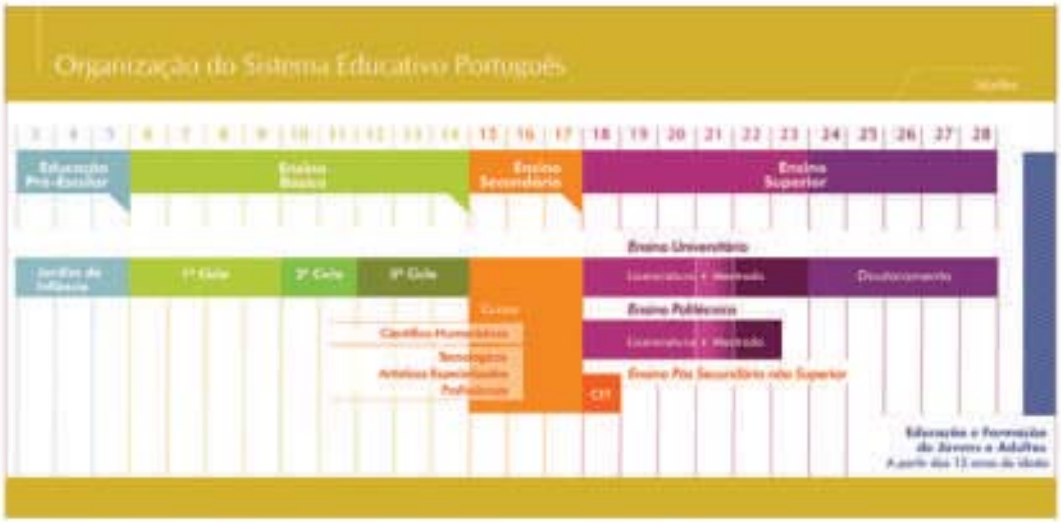
Nos últimos anos têm vindo a ser promovidas algumas modificações a este esquema de organização (ME, 2012). A Lei nº 85/2009, de 27 de Agosto, veio determinar o regime da escolaridade obrigatória para as crianças e jovens entre os 6 e os 18 anos de idade (considerados em idade escolar) e estabelecer a universalidade da educação pré-escolar para as crianças a partir dos 5 anos de idade. Em sequência, ao pretender-se assegurar que todos os alunos frequentem estabelecimentos de educação ou de formação pelo menos entre os 5 e os 18 anos de idade, torna-se necessário proceder ao reordenamento da rede escolar, cujos critérios foram definidos pela Resolução do Conselho de Ministros nº 44/2010, de modo a: adaptar a rede escolar ao objetivo de uma escolaridade de 12 anos para todos os alunos; adequar a dimensão e as condições das escolas à promoção do sucesso escolar e ao combate ao abandono e promover a racionalização dos agrupamentos de escolas. Por outro lado, o Despacho Normativo nº 1/2005, de 5 de janeiro, prevê a possibilidade de, em casos excecionais, se acelerar a progressão no Ensino Básico, podendo o 1º Ciclo ser completado em três anos. Complementarmente, o Despacho normativo nº 29/2010 estabelece que a transição ao 2º Ciclo do Ensino Básico pode ocorrer aos 8 anos de idade, para alunos que tenham beneficiado do regime de antecipação da matrícula no 1º ano de escolaridade.

Após a conclusão do Ensino Secundário, habitualmente por volta dos 18 anos, os alunos podem ingressar no Ensino Pós-secundário não superior, através dos chamados cursos de especialização tecnológica (CET). Estes cursos visam conceder formação especializada em diferentes áreas tecnológicas e permitem a entrada no mercado de trabalho ou o seguimento de estudos de nível superior (GEPE, 2012).

Os indivíduos que tenham interrompido precocemente o seu percurso escolar ou estejam em risco de o fazer, que não puderam frequentar a escola durante a juventude e quem pretender prosseguir a sua formação ao longo da vida, encontram a possibilidade de regressar à escola através da educação e formação de jovens e adultos. Este tipo de formação abrange seis diferentes modalidades, que podem atribuir uma certificação escolar e/ou uma qualificação profissional, possibilitando ainda a continuação de estudos de nível pós-secundário não superior ou o Ensino Superior (GEPE, 2012).

O ingresso em cada instituição de Ensino Superior está sujeito a numerus clausus, podendo candidatar-se ao acesso a este nível de ensino os alunos que: a) tenham concluído um curso de ensino secundário ou uma qualificação legalmente equivalente; ou b) tenham realizado os necessários exames de admissão para o curso que desejam frequentar com uma classificação mínima de 95 pontos e, quando aplicável, satisfaçam os pré-requisitos exigidos para o curso a que se candidatam. Para além disso, também os alunos com idade superior a 23 anos que não possuem habilitações para o ensino superior podem tentar aceder através da realização de exames específicos, organizados pelos respetivos estabelecimentos de ensino superior, que demonstrem a sua capacidade para frequentar o curso a que se candidatam. O Ensino Superior organiza-se em Portugal segundo os princípios de Bolonha. São conferidas as seguintes qualificações académicas: o grau de Licenciado, cujo ciclo de estudos pode ter a duração de 6 ou até 8 semestres; o grau de Mestre, com um ciclo de estudos correspondente a 3 ou 4 semestres e o grau de Doutor, atribuído a quem tenha obtido aprovação nas unidades curriculares do curso de Doutoramento, quando exista, e no ato público de defesa da tese (num total que, por norma, compreende na totalidade entre 6 e 8 semestres) (GEPE, 2012).

Figura 3.1. Organização do Sistema Educativo Português

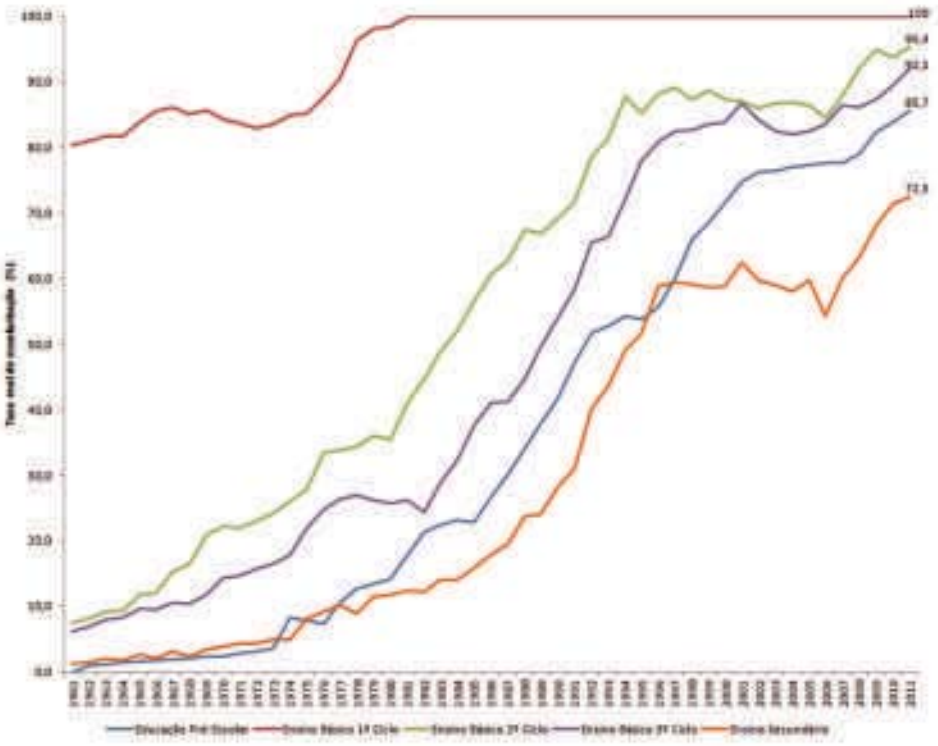


Fonte: Gabinete de Estatística e Planeamento da Educação, Ministério da Educação

3.1.1 Escolarização da população portuguesa

A percentagem de alunos matriculados em cada ciclo de estudos até à conclusão do Ensino Secundário aumentou em relação ao total de população recenseada dos mesmos escalões etários (taxa real de escolarização), em todos os níveis sobretudo a partir do final da década de 60 (Figura 3.2.). Sabemos que, à exceção da Educação Pré-escolar, de frequência facultativa, a taxa de escolarização tende a diminuir à medida que avançamos no grau de escolaridade. A taxa de escolarização atinge aproximadamente cem por cento no Ensino Primário desde a década de 80. Em 2011 situou-se acima dos 95 por cento para o 2º Ciclo do Ensino Básico, dos 92 por cento para o 3º Ciclo e ultrapassou os 72 por cento no Ensino Secundário. Devemos, no entanto, ter em conta que este indicador não traduz o efeito das retenções e desistências sobre a escolarização real, uma vez que se reporta ao número de alunos matriculados e não àqueles que concluíram, de facto, o nível de ensino em questão. Por outro lado, e especialmente nos níveis de instrução mais elevados, existem alunos cuja idade se situa fora do intervalo considerado como normal para a frequência do ciclo e, como tal, esses alunos não são contabilizados para determinar a escolarização nesse grau.

Figura 3.2. Taxa real de escolarização, por nível de ensino, 1961-2011

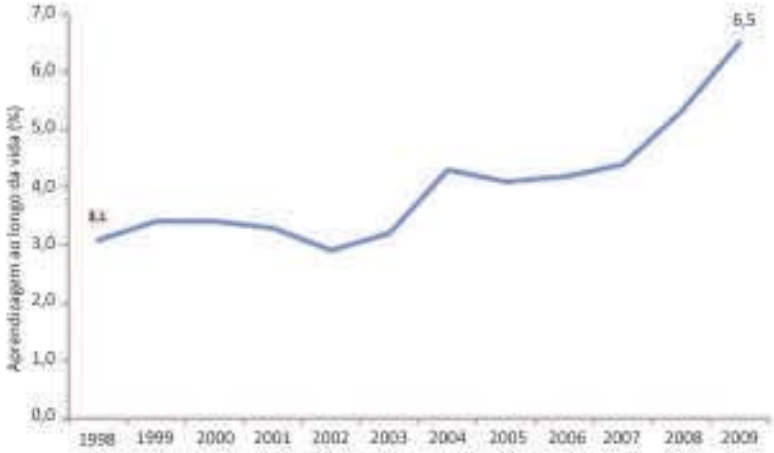


Fonte: GEPE/ME; INE (Dados obtidos de PORDATA)

Nas últimas décadas, porém, parece existir uma tendência para o aumento da escolarização mesmo entre os indivíduos mais velhos, mesmo que numa perspetiva informal. A proporção de pessoas entre os 25 e os 64 anos que participam em atividades de educação e formação[1] tem aumentado sobretudo nos últimos anos e, em 2009, foi de 6,5 por cento (Figura 3.3.). Apesar de este indicador se manter ainda relativamente baixo, chama-nos a atenção para o facto de cada vez mais indivíduos poderem vir a aumentar a sua escolarização mesmo após a idade em que, à partida, já teriam abandonado o Sistema de Ensino, aspeto que importa reter quando efetuarmos a análise qualitativa dos resultados do exercício prospetivo.

[1]São consideradas "todas as atividades de aprendizagem intencional ou não, desenvolvidas ao longo da vida, em contextos formais, não-formais ou informais, com o objetivo de adquirir, desenvolver ou melhorar conhecimentos, aptidões e competências, no quadro de uma perspetiva pessoal, cívica, social e/ou profissional" (INE).

Figura 3.3. Aprendizagem ao longo da vida, 1998-2009

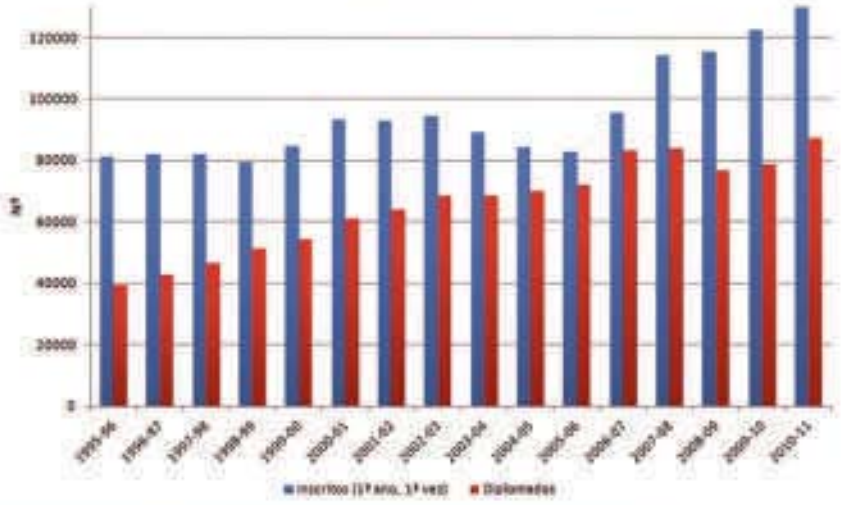


Fonte: INE, Inquérito ao Emprego

A taxa de abandono precoce de educação e formação, medida como a proporção de indivíduos entre os 18 e os 24 anos que, não tendo completado o Ensino Secundário, não estão inseridos em qualquer programa de educação ou formação, diminuiu de 50 para 20,8 por cento entre 1992 e 2012, e tem apresentado um comportamento semelhante para ambos os sexos.

Os dados disponíveis em relação ao Ensino Superior permitem verificar o aumento do número de inscritos pela primeira vez no primeiro ano desse nível de ensino desde o ano letivo 1995/96, com uma redução ligeira entre 2003 e 2006, seguida de novo aumento. Em 2010/11 registava-se o valor mais alto de sempre, com 131 508 alunos contabilizados. Já no que respeita ao número de diplomados em instituições de Ensino Superior, os valores mais elevados correspondem aos anos de 2006/2007 e 2007/2008, sendo que, após uma ligeira descida e sequente recuperação, este indicador voltou a ultrapassar os 80 mil alunos em 2010/2011 (Figura 3.4.).

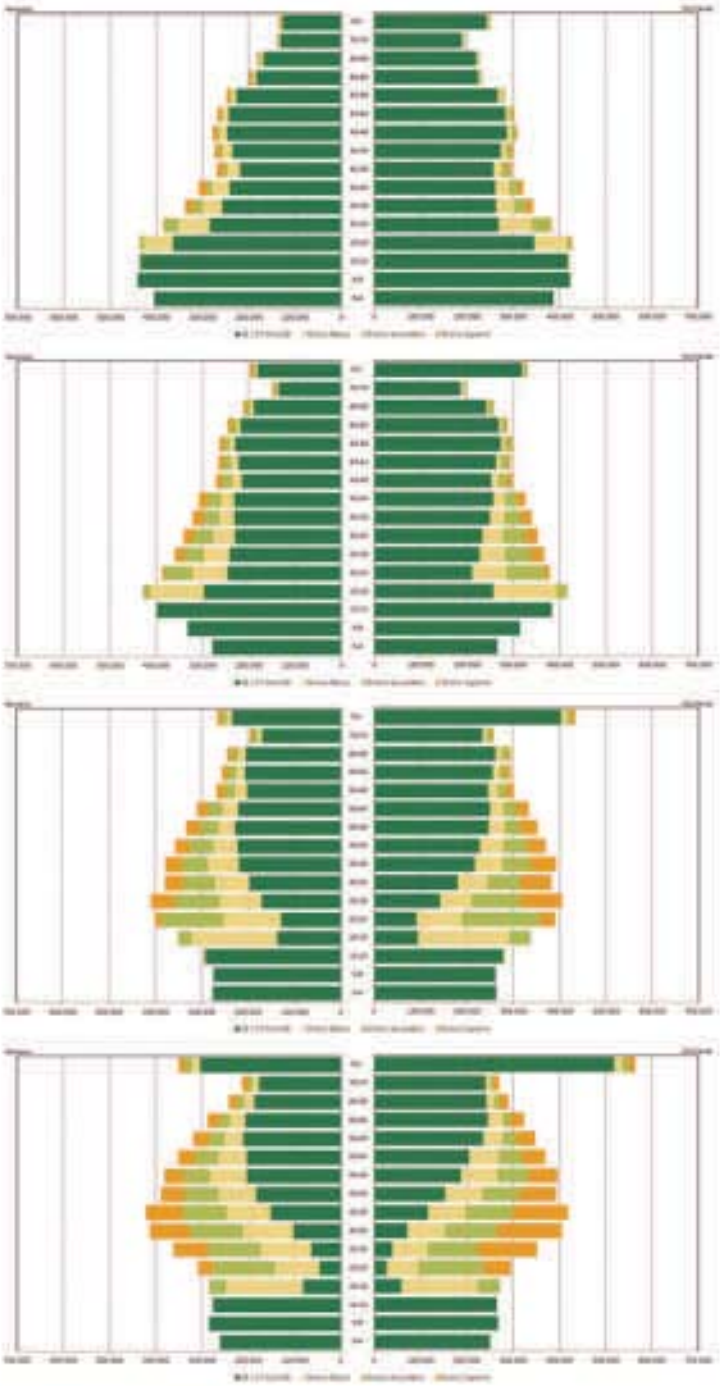
Figura 3.4. Número de inscritos e diplomados no Ensino Superior, 1995/1996 a 2010/2011



Fonte: Direção-Geral de Estatísticas da Educação e Ciência (Ministério da Educação e Ciência)

Com base nos dados obtidos nos quatro últimos Recenseamentos Gerais da População, correspondentes aos anos de 1981, 1991, 2001 e 2011, podemos caracterizar a evolução da estrutura da população considerando as três dimensões em estudo: sexo, idade e nível de escolaridade. As pirâmides apresentadas na Figura 3.2. permitem verificar que o envelhecimento da população tem ocorrido por duas vias: por um lado, o aumento da longevidade tem aumentado o número de pessoas com 65 ou mais anos, bem como do total de idosos mais velhos, com idades superiores a 75 anos; por outro lado, a queda dos níveis de fecundidade tem provocado a redução do número de efetivos nas idades mais jovens. Este processo tem sido agravado pela diminuição do contributo dos movimentos migratórios para o rejuvenescimento da população, uma vez que não só estes se têm reduzido em termos absolutos, como tem simultaneamente aumentado a idade média da comunidade estrangeira residente em Portugal.

Figuras 3.5, 3.6, 3.7 e 3.8 População portuguesa por grupo etário, sexo e nível de escolaridade, Censos 1981, 1991, 2001 e 2011 (de cima para baixo)



Fonte: INE, XII, XIII, XIV e XV Recenseamentos Gerais da População

O aumento da escolarização é evidente em todos os grupos etários e para ambos os sexos. Em cada um dos grupos determinados por estas duas variáveis, existe uma proporção cada vez maior de indivíduos que concluíram pelo menos o Ensino Básico, tendo sido sobretudo após 1991 que se verificaram as maiores alterações. Em 1981, 89,7 por cento dos residentes em Portugal não tinham concluído o Ensino Básico e, até 2011, esta percentagem desceu até aos 57,1 por cento. A conclusão de um curso de Ensino Superior passou a ser mais frequente e, em 2011, 11,7 por cento dos indivíduos tinham atingido este patamar máximo, quando em 1991 este valor se situava somente nos 2,9 por cento. Nas coortes mais jovens, a escolarização parece ser distinta entre os sexos, com uma maior proporção de mulheres a concluir níveis de ensino mais elevados, relativamente à percentagem verificada entre os homens.

Dado que o nível de escolarização de um indivíduo só pode manter-se constante ou aumentar, esperamos que, à medida que o tempo avança, os grupos etários mais velhos fiquem cada vez mais escolarizados, mesmo que a conclusão dos níveis de ensino ocorra somente nas idades mais jovens. Neste sentido devemos ter ainda em conta as diferenças nos padrões de mortalidade dos indivíduos por nível de escolaridade, que podem explicar variação da representatividade dos vários níveis de ensino nos diferentes grupos etários.

3.1.2. Objetivos e metas para a Educação

Os grandes objetivos para o desenvolvimento da escolarização da população portuguesa que se encontram atualmente em vigor foram estabelecidos ao abrigo do quadro estratégico para a cooperação europeia no campo da educação e formação, definido em Maio de 2009 pelo Conselho da União Europeia (*EF 2020*). Este quadro traduz-se no programa de trabalho *Educação e Formação para 2020*, baseado no programa antecessor *Educação e Formação para 2010*. Genericamente está estruturado com base em quatro objetivos considerados estratégicos e comuns para os Estados-Membros: "1. tornar a aprendizagem ao longo da vida e a mobilidade uma realidade; 2. melhorar a qualidade e a eficácia da educação e da formação; 3. promover a igualdade, a coesão social

e a cidadania ativa; 4. incentivar a criatividade e a inovação, incluindo o espírito empreendedor, a todos os níveis da educação e da formação". O mesmo programa estabelece um "conjunto de níveis de referência do desempenho médio europeu" que não devem ser considerados como metas concretas a atingir por cada país até 2020, mas antes como valores de referência que permitam, a cada Estado-Membro, "ponderar, com base nas prioridades nacionais e tendo simultaneamente em conta as alterações da situação económica, como e em que medida podem contribuir para o cumprimento coletivo dos critérios de referência europeus através de medidas nacionais". Entre estes níveis de referência refere-se, nomeadamente, que "até 2020, uma média de pelo menos 15 por cento de adultos deverá participar na aprendizagem ao longo da vida", que "a percentagem de adultos de 30-34 anos com nível de ensino superior deverá ser de pelo menos 40por cento" e que "a percentagem de alunos que abandonam o ensino e a formação deverá ser inferior a 10 por cento".

No plano internacional, Portugal participou ainda, conjuntamente com os restantes países que integram a Organização de Estados Ibero-americanos, na elaboração do relatório designado *Metas Educativas 2021: A Educação que queremos para a geração dos Bicentenários*. Esse documento inclui um conjunto de objetivos, metas e instrumentos de avaliação regional para o desenvolvimento educativo, entre os quais se destaca o de assegurar que, até 2021, entre 60 a 90 por cento dos jovens de toda a União Europeia terminem o Ensino Secundário (*Programa Educação 2015*).

3.2. Projeções demográficas por nível de escolaridade

A perceção crescente acerca da importância do capital humano de qualquer país ou região para garantir o seu desenvolvimento interno e importância no sistema internacional explica as várias tentativas realizadas nas últimas décadas para estimar e projetar a composição populacional por nível de escolaridade. Muitos destes esforços não foram porém bem-sucedidos, devido a limitações relacionadas com a qualidade das séries estatísticas de cada país ou pela falta de metodologias apropriadas, que permitissem contornar algumas das falhas detetadas nas fontes de informação individual. Em 1992, Psacharopoulos e Arriagada forneceram estimativas do número médio de anos de escolaridade da

população em idade ativa de 99 países. Porém, estas foram obtidas com base em dados censitários e, como tal, apresentam limitações associadas ao facto de se desconhecer o verdadeiro valor do número médio de anos de escolaridade passados em cada nível, dado que as taxas de reprovação e abandono escolar teriam de ser estimadas pelos investigadores. Três anos depois, em 1995, Nehru, et al., estimaram o número médio de anos de escolaridade nos níveis primário, secundário e terciário para a população em idade ativa, mas sem desagregar as estimativas por sexo. Barro e Lee (1993; 2000) produziram dados sobre os níveis de escolaridade completos e o número médio de anos de escolaridade para um vasto conjunto de países, também a partir de dados censitários. No entanto, as estimativas obtidas referiam-se a apenas dois amplos grupos etários (15 e mais anos e 25 e mais anos), e somente para o período 1960-2000. Ahuja e Filmer (1995a) partiram de projeções demográficas por sexo e grupo etário realizadas pela Organização Internacional do Trabalho e sobrepuseram-lhes uma distribuição estimada da escolaridade para dois amplos grupos etários (6-24 e 25 e mais anos), obtida a partir de dados sobre as proporções de alunos matriculados e respetivas projeções fornecidas pela UNESCO. À semelhança de Nehru, et al., (1995) utilizaram o chamado *Método do Inventário Permanente*, em que se procede à soma do total de alunos matriculados no decorrer de longas séries temporais, obtendo-se depois estimativas da obtenção de escolaridade na população adulta. Ou seja, a proporção da população por nível de escolaridade completo e/ou número médio de anos de escolaridade. Visto que estas longas séries temporais estão raramente disponíveis, o método proposto envolve um número arriscado de projeções para o passado, apenas baseadas em conjuntos de pressupostos. Para além disso, esta metodologia apresenta, de alguma forma, uma natureza estática, porque não permite que a composição da população em termos de escolaridade influencie a fecundidade ou a mortalidade (Lutz, et al., 2005).

A aplicação do modelo multiestado à projeção por sexo, idade e nível de escolaridade tem sido conduzida essencialmente no *International Institute for Applied Systems Analysis* (IIASA). Vários membros deste instituto austríaco têm elaborado projeções por nível de escolaridade para diferentes países (KC, et al., 2010; Goujon, et al., 2007; Lutz, et al., 2005; Lutz e Goujon, 2001; Lutz, 1999; Goujon e Wils, 1996), tentando fundamentalmente relacioná-las com o seu nível

de desenvolvimento. A abordagem mais próxima à seguida pelo IIASA é a do *Education Policy and Data Center* (EPDC), cujo modelo (EDPOP) foi elaborado por Annababette Wils. Em 2007, o EPDC produziu projeções para 83 países em desenvolvimento e três categorias de nível de escolaridade até 2025, baseando-se na definição de trajetórias específicas por país (Wils, 2007). Nestas projeções tem sido aplicada uma abordagem dinâmica, procurando evitar parte das limitações associadas aos trabalhos anteriores (Lutz e KC, 2010).

A elaboração de projeções demográficas tem o propósito de obter estimativas sobre a dimensão ou a estrutura de determinado universo populacional num determinado momento futuro (O'Neill, et al., 2001; OECD, 2001). A idade e o sexo são os atributos mais frequentemente considerados nas projeções habitualmente produzidas a nível nacional e internacional (UN, 2011b; INE, 2009). Nestes casos, a utilização do método de componentes por coorte é o mais comum, reconhecida como um método consensual.

De acordo com a descrição de O'Neill, et al. (2001), a população inicial do país ou região em estudo é agrupada em coortes e a projeção processa-se passo-a-passo, através da atualização da população referente a cada grupo de idades e sexo, de acordo com os pressupostos referentes aos níveis de mortalidade, fecundidade e migrações assumidos para esse universo. Os grupos etários quinquenais (e os intervalos temporais de cinco anos) são os mais utilizados para realizar projeções de longo prazo. A lógica é a seguinte: a) cada coorte sobrevive até ao grupo etário seguinte, de acordo com os níveis de mortalidade e probabilidade de sobrevivência assumidos para cada período e específicos para a idade e sexo considerado. As migrações podem ser consideradas aplicando-se a cada coorte taxas de migração ou um determinado saldo migratório, também específicos. A dimensão do grupo etário mais jovem é estimada com base no número de nascimentos calculado com base quer nas taxas de fecundidade registadas pelas coortes femininas na faixa etária correspondente à idade reprodutivo, quer ainda dos níveis de mortalidade infantil reais relativos a anos recentes. É assumida uma determinada relação de masculinidade para repartir os nascimentos totais em masculinos e femininos (em cada mil nascimentos 488 são femininos e 512 masculinos). Esta abordagem foi inicialmente proposta pelo economista inglês Cannan (1895) e formalizada em termos matemáticos por Leslie (1945).

No entanto, desde que esteja garantida a existência de dados de boa qualidade, é possível efetuar projeções mais elaboradas, em que se consideram outros atributos, tais como o estado civil, o nível de escolaridade, a situação profissional, a classificação do local de residência (urbano/rural), o tipo de agregado familiar ou o nível de rendimentos (Alho e Keilman, 2010; KC, et al., 2010; Willekens, 2006).

No nosso caso, para que possamos projetar a população distribuída por sexo, grupo etário e nível de escolaridade, torna-se necessário trabalhar com métodos demográficos multiestado, que constituem atualmente a metodologia padrão, quando se pretende considerar uma população dividida de acordo com várias características e medir as interações entre os subgrupos estabelecidos (Willekens, 2006). Neste estudo pretendemos deste modo assegurar que as projeções englobam uma perspetiva dinâmica da evolução demográfica, aproximando-se o mais possível do que ocorre na realidade, e assumiremos, como tal, que tanto os níveis de fecundidade, de mortalidade e de migrações, como as transições entre categorias de escolaridade podem sofrer modificações ao longo do tempo.

A abordagem mais adequada poderia passar por adotar um modelo dinâmico multi-idade e multiestado (ver Schoen, 2006) para modelar e projetar a população. No entanto, os substanciais requisitos de dados associados à utilização destes modelos limitam esta opção. Optamos em alternativa por uma abordagem também sugerida por Schoen (2006) e cuja aplicação nos parece ser a que melhor se adequa aos dados disponíveis no caso de Portugal. Dada a inexistência de uma metodologia padrão para realizar projeções probabilísticas sobre populações multidimensionais e o uso generalizado das projeções determinísticas, particularmente entre os organismos e investigadores que produzem projeções por nível de escolaridade (KC, et al., 2010; Goujon, et al., 2007; Lutz, et al., 2005; Lutz e Goujon, 2001; Lutz, 1999; Goujon e Wils, 1996; Ahuja e Filmer, 1995), optou-se pelo recurso às últimas, através da elaboração de cenários alternativos sobre a evolução futura das várias componentes. As projeções foram produzidas com recurso a modelos matriciais discretos, com base na metodologia de componentes por coorte adaptada a uma população multidimensional, assumindo que as taxas que comandam a dinâmica demográfica se

mantêm constantes em cada quinquénio de projeção. A estrutura e características da população de partida, a par das taxas relativas a cada quinquénio são, desta forma, os fatores que determinam os resultados das projeções.

Considerando a estrutura do sistema educativo português e as reformas que têm vindo a ser implementadas, optou-se pela divisão dos indivíduos de cada sexo e grupo etário em quatro categorias, consoante o seu nível de escolaridade mais elevado completo:

1. *Sem escolaridade/2º Ciclo Ensino Básico*, grupo que abrange os indivíduos que não completaram nenhum grau de ensino formal e aqueles que completaram somente o 1º Ciclo do Ensino Básico, anteriormente designado por Ensino Primário, ou o 2º Ciclo do Ensino Básico[7];
2. *Ensino Básico*, englobando os indivíduos que completaram o atual 3º Ciclo do Ensino Básico (9º ano de escolaridade), antigo Ensino Básico Unificado;
3. *Ensino Secundário*, para aqueles que completaram o 12º ano de escolaridade, antigamente designado como Ensino Propedêutico, ou Cursos Médios (na categorização utilizada nos Censos 1981, abrangemos os Cursos de Índole Profissional e Artísticos e os Cursos Médios, Enfermagem e Profissionais);
4. *Ensino Superior*, categoria que inclui os indivíduos que completaram algum Curso Superior, atingindo, pelo menos, o grau de Bacharel ou Licenciado.

A implementação da metodologia formulada para as projeções teve como suporte o *Microsoft Office Excel 2010*. *O software R* (versão 2.13.1) foi utilizado na construção das tabelas de mortalidade associadas ao cenário central do INE, I.P., através da biblioteca *LifeTables*, e na modelação da tendência relativa aos níveis de escolarização da população portuguesa (biblioteca VGAM).

3.2.1. População de partida

O exercício prospetivo foi realizado numa fase inicial do projeto *Ageing and Health*, não sendo ainda possível recorrer aos resultados definitivos do último Recenseamento Geral da População Portuguesa. Entendemos ser desnecessário

[7]Nos grupos etários dos 0-4 e 5-9 anos, o primeiro estado corresponde somente aos casos em que não existe nenhum grau de escolaridade ou, numa reduzida proporção das crianças com 5-9 anos, a indivíduos com o 1º Ciclo do Ensino Básico: de acordo com a estrutura do sistema educativo português, descrita no capítulo anterior, não é possível completar o 2º Ciclo do Ensino Básico antes dos 10 anos.

efetuar a atualização das projeções, atendendo às reduzidas margens de erro que caracterizam os Censos 2011, sobretudo quando usamos dados à escala de NuTs II e III.

O universo populacional em que se baseiam as projeções foi calculado de acordo com dois passos distintos. Em primeiro lugar obtiveram-se as estimativas do INE, I.P. referentes à população residente em Portugal em 31 de dezembro de 2010 (Estimativas Anuais da População Residente), estimada com base na população recenseada em 21 de março de 2011 (Censos 2011) e recuada ao final do ano anterior[3] (Carrilho, 2005); posteriormente, foi aplicada a cada grupo desta população (por sexo e grupo etário) a estrutura verificada nos Censos 2011 relativa à qualificação académica (nível de instrução mais elevado completo). Pretendemos que o instante de referência das projeções seja o dia 1 de janeiro de 2011 e, como tal, assumimos que a população residente nesse dia é igual à estimada pelo INE, relativa a 31 de dezembro de 2010; assumimos igualmente que não existiram alterações na estrutura por qualificação académica entre o momento censitário e o dia de referência[4]. Estes passos permitiram assim obter a nossa população de partida para as projeções, já dividida por sexo, em grupos etários quinquenais (entre os 0-4 anos e os 75 e mais anos, representados por $z = 0, \ldots, 15$, respetivamente) e pelo nível de escolaridade mais elevado completo.

3.2.2. Componentes demográficas

Mortalidade

A medição direta da mortalidade segundo o nível de escolaridade exige um sistema de registo de óbitos completo e fiável, juntamente com informação sobre a escolaridade dos falecidos e as correspondentes populações em risco. Contudo, tais dados empíricos existem em poucos países e não se encontram

[3] Este ajuste foi feito pelo INE, com base nos valores de natalidade e mortalidade verificados entre os dois momentos.
[4] Dado que o momento em que ocorre, habitualmente, a conclusão do ano letivo e a consequente transição de indivíduos entre níveis de escolaridade não se situa entre 1 de janeiro e 12 de março, este pressuposto é consistente com a realidade, desde que assumamos também a ausência de diferenciais na mortalidade e migrações ocorridas entre os dois momentos.

disponíveis em Portugal, dado que as certidões de óbito não incluem o registo do nível de instrução do falecido. Como tal, o estudo e projeção da mortalidade diferenciando os subgrupos de acordo com o respetivo grau de instrução torna-se difícil. À semelhança de Goujon, et al. (2007), recorremos a informação relativa à taxa de mortalidade infantil por grupo de escolaridade da mãe para introduzir diferenciais na mortalidade por nível de escolaridade, nos restantes grupos etários.

Os valores de esperança de vida à nascença e da taxa de mortalidade infantil, obtidos pela variante média da mais recente revisão das projeções demográficas oficiais das Nações Unidas (UN, 2011b), foram utilizados para estimar, para cada sexo, as tabelas de mortalidade relativas a cada quinquénio de projeção. Este procedimento baseou-se na metodologia apresentada por Clark e Sharrow (2011) e foi realizado com recurso ao programa *LifeTables* do *software R*. Uma vez obtidas estas tabelas de mortalidade, foram estabelecidos os diferenciais de mortalidade por nível de instrução sobre os quocientes de mortalidade entre as idades exatas x e $x + 5$, representados por 5qx. As relações obtidas entre as taxas de mortalidade infantil calculadas para cada grupo de escolaridade da mãe e a taxa de mortalidade infantil para o conjunto da população foram depois utilizadas para estimar os quocientes de mortalidade específicos para o sexo, idade e nível de escolaridade. A média dos diferenciais das taxas de mortalidade infantil observados no período 2006-2011 por nível de escolaridade da mãe, foi usada para introduzir os diferenciais de mortalidade por grau de instrução nos restantes grupos etários em todos os quinquénios subsequentes a 2011. Com base nestas taxas foram produzidas quatro tabelas de mortalidade distintas para cada sexo, uma por cada categoria de escolaridade e refletindo já os diferenciais de mortalidade por grau de instrução[5]. Foi posteriormente estimada a proporção de sobrevivência para cada grupo etário, ou seja, a proporção de pessoas no z-ésimo grupo etário no momento inicial t que sobrevivem de modo a pertencer ao grupo etário $z + 1$ no momento t+5, específica por sexo e nível de escolaridade. Seguindo estes passos, não obtemos uma verdadeira tabela de mortalidade multiestado, pois não são consideradas de momento as eventuais transições entre

[5]Assume-se a ausência de transições entre níveis de escolaridade; admite-se também que as mortes num determinado intervalo de tempo ocorrem a meio do intervalo.

níveis de escolaridade. Em vez disso, as proporções de sobrevivência calculadas correspondem, não só à sobrevivência para o grupo etário seguinte, mas também à permanência no mesmo estado.

Com vista à obtenção de estimativas das proporções de sobrevivência para cada NUT II, optou-se por recorrer às relações médias entre as proporções de cada região e de Portugal, calculadas para o quinquénio 2006-2011, por sexo, grupo etário e nível de escolaridade, admitindo-se que as mesmas se mantêm inalteráveis nos quinquénios seguintes[6].

Fecundidade

As projeções demográficas oficiais da Divisão de População das Nações Unidas (UN, 2011b) foram também utilizadas para obter valores relativos às taxas de fecundidade específicas para cada nível de escolaridade e grupo etário da mãe em cada um dos quinquénios posteriores a 2011[7]. Assumiu-se que os diferenciais de fecundidade por nível de escolaridade observados em cada grupo etário no período 2006-2011 se manterão constantes até ao final do período de projeção. De acordo com os valores estimados (Tabela 3.1.), os níveis de fecundidade das mulheres nos grupos etários mais jovens (15-19 e 20-24 anos) diminuirão significativamente ao longo do período de projeção. O mesmo acontecerá com as mulheres mais velhas (45-49 anos), que apresentam desde o início do período os níveis de fecundidade mais baixos. Pelo contrário, a população feminina entre os 25 e os 39 anos apresentará taxas de fecundidade cada vez mais elevadas à medida que nos aproximamos de 2030. Ocorrerá um adiamento da fecundidade, com maior evidência entre as mulheres que não completaram o Ensino Básico e nesse grupo os maiores níveis de fecundidade serão observados entre os 20 e os 24 anos até 2021 e entre os 25 e os 29 anos a partir desse ano. Nos restantes níveis de escolaridade, as idades em que se verificam maiores níveis de fecundidade manter-se-ão ao longo do tempo (entre os 25 e os 29 anos para as mulheres com Ensino Básico e entre os 30 e os 34 anos para as que completaram pelo menos o Ensino Secundário).

[6]Para obter estimativas para os níveis de mortalidade nos anos anteriores a 2011, foram utilizadas as tabelas abreviadas de mortalidade fornecidas pelo INE, I.P., para cada sexo, ao nível nacional e regional e para períodos bienais.
[7]Foram consideradas somente as mulheres em idade reprodutiva, admitindo que este intervalo se estende entre os 15 e os 49 anos.

Verifica-se, portanto, que as mulheres com níveis de escolaridade mais elevados continuam a ser as que têm os seus filhos num momento mais tardio da sua vida. Ainda assim, considerando todas as mulheres em idade reprodutiva, são as que completaram algum nível de Ensino Superior que apresentam, ao longo de todo o período, os níveis de fecundidade mais elevados.

Tabela 3.1. Índice Sintético de Fecundidade, por nível de escolaridade da mãe, 2011-2031 (Portugal)

Quinquénio	Nível de escolaridade da mãe			
	SE/2º Ciclo EB	Ensino Básico	Ensino Secundário	**Ensino Superior**
2011-2016	1,37	1,25	1,41	1,51
2016-2021	1,29	1,24	1,42	1,55
2021-2026	1,28	1,28	1,50	1,67
2026-2031	1,29	1,34	1,61	1,82

Fonte: Cálculos do autor

Em termos regionais, as taxas de fecundidade foram estimadas a partir dos valores médios nacionais observados no quinquénio 2006-2011, assumindo-se que as relações observadas entre as taxas de cada região para cada grupo etário e por nível de escolaridade, e a correspondente taxa para Portugal se mantêm nos quinquénios posteriores.

Migrações

Os valores de saldo migratório quinquenal por sexo, grupo etário e nível de escolaridade foram calculados com recurso aos saldos migratórios anuais relativos ao cenário central das projeções demográficas elaboradas pelo INE, I.P., para o período 2008-2060[8]. Para cada ano, a distribuição do saldo migratório total por

[8]Os resultados das projeções de população residente em Portugal elaboradas pelo INE, I.P., incluem quatro cenários, que derivam de diferentes combinações das variantes consideradas para a evolução de cada uma das componentes. Perante a evolução demográfica recente, é o cenário central que combina o conjunto de hipóteses considerado como sendo o mais provável (INE, 2009). No que respeita às migrações, com base na análise dos valores da média dos saldos migratórios estimados para os 15 anos anteriores ao início do período de projeção, pressupõe-se, no cenário central, um aumento ligeiro do saldo migratório anual até atingir os 36,6 mil indivíduos no ano de 2018, momento a partir do qual o mesmo se mantém constante até ao final do período de projeção.

sexo e grupo etário foi conduzida com base na estrutura dos movimentos migratórios internacionais para Portugal, apresentada pela Organização das Nações Unidas (UN, 2011a)[9]. A distribuição subsequente por nível de escolaridade partiu do pressuposto de que a estrutura verificada nos migrantes não difere substancialmente da verificada na população residente. Considerou-se, portanto, a proporção média de indivíduos em cada nível entre os anos 2006 e 2010 (para o grupo etário dos 10-14 anos foi sempre utilizada a estrutura verificada nos Censos 2011, sendo este o único ano em que dispomos de dados para este grupo etário).

Para estimar os valores de saldo migratório relativos a cada NUT II, aplicaram-se as taxas de variação quinquenais, por sexo, grupo etário e nível de escolaridade, esperadas para Portugal, aos valores estimados para o quinquénio 2006-2011 (seguindo os passos descritos mas partindo das estimativas anuais do saldo migratório verificado em Portugal e em cada NUT II, englobando os indivíduos de ambos os sexos, de todos os grupos etários e níveis de instrução fornecidas pelo INE, IP).

3.2.3. Transições entre níveis de escolaridade

A conclusão de um nível de escolaridade e a inerente transição para um nível distinto nunca é um evento certo, e estas transições não se relacionam diretamente com o tempo, ao contrário do que acontece com a progressão da idade. Como tal, a modelação multiestado, centrada na estimação das intensidades ou das probabilidades de transição entre estados (consoante trabalhemos com tempo contínuo ou discreto, respetivamente), exige a obtenção de dados específicos, relativos ao número de transições, e também ao momento em que as mesmas ocorrem (Cox e Miller, 1965; Imhoff e Keilman, 1991; Willekens, 2006). No nosso estudo podemos focar-nos na estimação das probabilidades de transição relativas a cada um dos períodos quinquenais em que se divide o intervalo de projeção.

Considerando as idades esperadas de transição, de acordo com a estrutura do sistema educativo português, admite-se que as transições do estado Sem es-

[9]Apesar desta estrutura se referir a movimentos migratórios internacionais, foi aplicada à totalidade do saldo migratório, dado desconhecer-se a proporção de migrantes internos para cada região.

colaridade/2º Ciclo EB para o Ensino Básico ocorrem em torno dos 15 anos de idade, sendo por isso calculadas taxas de transição entre estes níveis para os grupos etários 10-14 e 15-19 anos. Já as transições do Ensino Básico para o Ensino Secundário (que acontecem teoricamente por volta dos 18 anos) poderão ocorrer nos grupos etários 15-19 e 20-24 anos e, por fim, assume-se que as transições do Ensino Secundário para o Ensino Superior acontecem nos grupos 20-24 e 25-29 anos. Ainda com base na organização do Sistema de Ensino, e devido ao facto de os indivíduos não poderem retroceder a um nível de escolaridade mais baixo, admite-se que não ocorrem transições entre os níveis de escolaridade após os 30 anos de idade.

A metodologia adotada para estimar as probabilidades de transição entre estados para cada sexo, grupo etário e quinquénio é condicionada pelo tipo de dados existentes para esse fim. Neste trabalho, e à semelhança do que acontece em muitas aplicações práticas, encontram-se disponíveis apenas os chamados dados agregados, em que não são observadas as transições individuais mas somente o número de indivíduos que ocupa cada estado em diferentes instantes de observação. A estimação das probabilidades de transição baseou-se no pressuposto de que a passagem de cada indivíduo pelos diferentes níveis de escolaridade pode ser traduzida por uma Cadeia de Markov (Imhoff e Keilman, 1991; Willekens, 2006; Müller, 2007), existindo uma hierarquia entre os diferentes graus e assumindo a unidirecionalidade da passagem pelos vários níveis. Seja $p_{ii}(x,x+n)$ a probabilidade não condicional dos indivíduos entre as idades x e $x+n$ no instante t estarem no estado i. O vetor linha que contém a distribuição de probabilidades entre os vários estados para os indivíduos de idades entre x e $x+n$ no instante t é representado por $p_t(x,x+n)$. Seja ainda $p_{ijt}(x,x+n)$ a probabilidade condicional dos indivíduos no estado i entre as idades x e $x+n$ no instante t estarem no estado j exatamente n anos depois. Teremos então que (Willekens, 2006; Müller, 2007):

$$p_{ij+n}(x+n,x+2n) \sum p_{ii}(x,x+n)\, p_{ijt}(x,x+n)$$

ou

$$p_{t+n}(x,x+2n) = p_t(x,x+n)\, p_t(x,x+n)$$

em que $p_t(x,x+n)$ é a matriz de probabilidades de transição $p_{ijt}(x,x+n)$.

Considerando apenas as transições relevantes neste trabalho, partindo dos pressupostos descritos nas secções anteriores, temos que:

$$p_{2,t+5}(10,15) = p_{1,t}(5,10) \cdot p_{1,2,t}(5,10)$$

$$p_{2,t+5}(15,20) = p_{1,t}(10,15) \cdot p_{1,2,t}(10,15) + p_{2,t}(10,15) \cdot (1 - p_{2,4,t}(10,15))$$

$$p_{3,t+5}(15,20) = p_{1,t}(10,15) \cdot p_{1,3,t}(10,15) + p_{2,t}(10,15) \cdot p_{2,3,t}(10,15)$$

$$p_{3,t+5}(20,25) = p_{2,t}(15,20) \cdot p_{2,3,t}(15,20) + p_{3,t}(15,20) \cdot (1 - p_{3,4,t}(15,20))$$

$$p_{4,t+5}(20,25) = p_{3,t}(15,20) \cdot p_{3,4,t}(15,20)$$

$$p_{4,t+5}(25,30) = p_{3,t}(20,25) \cdot p_{3,4,t}(20,25) + p_{4,t}(20,25)$$

A proporção de pessoas no estado i entre as idades x e $x + n$ no instante t, que representaremos por $\bar{p}_{i,t}(x,x + n)$, é um estimador centrado de $p_{i,t}(x,x + n)$. Assim:

$$\bar{p}_{2,2,t}(5,10) = \frac{\bar{p}_{2,t+5}(10,15) = \bar{p}_{2,t+5}(10,15)}{\bar{p}_{1,t}(5,10)}$$

$$\bar{p}_{3,4,t}(15,20) = \frac{\bar{p}_{4,t+5}(20,25)}{\bar{p}_{3,t}(15,20)}$$

$$\bar{p}_{3,4,t}(20,25) = \frac{\bar{p}_{4,t+5}(25,30) - \bar{p}_{4,t}(20,25)}{\bar{p}_{3,t}20,25)}$$

$$\bar{p}_{2,3,t}(15,20) = \frac{\bar{p}_{3,t+5}(20,25) - \bar{p}_{3,t}(15,20) + \bar{p}_{4,t+5}(20,25)}{\bar{p}_{2,2,t}(15,20)}$$

em que $\bar{p}_{ij}(x,x + n)$ é o estimador de $p_{ij}(x,x + n)$ que iremos utilizar.

Por termos um número de incógnitas superior ao número de equações, a estimação das restantes probabilidades de transição não é possível unicamente a partir das proporções de estado. Visto que as estimativas tanto de $p_{1,2,t}(10,15)$ como de $p_{1,3,t}(10,15)$ podem ser obtidas a partir de uma estimativa de $p_{2,3,t}(10,15)$, opta-se por assumir que:

$$\bar{p}_{2,3,t}(10,15) = TRE_{E.Secund.}(t, t + 5) \cdot (1 - TRE_{E.Secund.}(t, t + 5))$$

onde $TRE_{E.Secund.}(t, t + 5)$ representa a taxa real de escolarização média no Ensino Secundário para o período $(t, t+5)$ e $TRE_{E.Secund.}(t, t + 5)$ representa a média da taxa de retenção e desistência no Ensino Secundário para o mesmo período.

Esta expressão resulta dos seguintes pressupostos: *a)* a conclusão de um nível de ensino exige, em primeiro lugar, a inscrição nesse ciclo de estudos, sendo a percentagem de alunos matriculados em cada ciclo de estudos, em idade normal de frequência desse ciclo, dada pela taxa real de escolarização; *b)* para concluir o ciclo de estudos é igualmente necessário ter aprovação e os alunos que não desistem ou ficam retidos são aqueles que são aprovados; *c)* existe independência entre a proporção de alunos matriculados em determinado ciclo de estudos e a proporção de alunos retidos ou desistentes. Assim, $\tilde{p}_{2,3,t}(10,15)$ representa a proporção de alunos entre os 10 e os 14 anos em *t* que, nos cinco anos seguintes, estão inscritos e são aprovados no Ensino Secundário, passando a pertencer ao estado correspondente a este nível, no instante *t*+5, quando se situam já no grupo etário seguinte. Os valores de taxa real de escolarização e das taxas de retenção e de desistência disponibilizados pelo Gabinete de Estatística e Planeamento da Educação do Ministério da Educação são relativos ao conjunto de ambos os sexos, o que resulta em estimativas de $p_{2,3,t}(10,15)$ iguais para homens e mulheres.

Com base nestes pressupostos, obtêm-se facilmente os estimadores relativos às restantes probabilidades de transição:

$$\tilde{p}_{2,1,t}(10,15) = \frac{\tilde{p}_{2,t+5}(15,20) - \tilde{p}_{2,t}(10,15) \cdot (1 - \tilde{p}_{2,3,t}(10,15))}{\tilde{p}_{1,t}(10,15)}$$

$$\tilde{p}_{2,3,t}(10,15) = \frac{\tilde{p}_{2,t+5}(15,20) - \tilde{p}_{2,t}(10,15) \cdot \tilde{p}_{2,3,t}(10,15)}{\tilde{p}_{1,t}(10,15)}$$

3.2.4. Estimação dos efetivos populacionais

A estimação dos parâmetros relativos às componentes demográficas mortalidade, fecundidade e migrações e às probabilidades de transição permite estimar o número de indivíduos de cada sexo em cada grupo etário e nível de escolaridade a partir da população inicial, no final de cada quinquénio de projeção. Para tal, recorremos a uma matriz de Leslie em blocos, designada por matriz **B**, que inclui as proporções de sobrevivência, taxas de fecundidade e probabilidades de transição, e a um vetor correspondente ao saldo migratório. Ficamos com a seguinte expressão, para cada um dos sexos:

$$\ell_{t+5} = B\ell_t + SM_t$$

Tomando como exemplo a população do sexo feminino, representada através do expoente f, temos:

$$\begin{bmatrix} l^f_{1,1,t+1} \\ l^f_{1,2,t+1} \\ l^f_{1,3,t+1} \\ l^f_{1,4,t+1} \\ l^f_{2,1,t+1} \\ l^f_{2,2,t+1} \\ \vdots \\ l^f_{m,4,t+1} \end{bmatrix} = \begin{bmatrix} r \cdot b_{1,1} \cdot p_{1,1} & r \cdot b_{1,2} \cdot p_{1,2} & r \cdot b_{1,3} \cdot p_{1,3} & r \cdot b_{1,4} \cdot p_{1,4} & r \cdot b_{2,1} \cdot p_{2,1} & r \cdot b_{2,2} \cdot p_{2,2} & r \cdot b_{2,3} \cdot p_{2,3} & r \cdot b_{2,4} \cdot p_{2,4} & \cdots & r \cdot b_{m,1} \cdot p_{m,1} & r \cdot b_{m,2} \cdot p_{m,2} & r \cdot b_{m,3} \cdot p_{m,3} & r \cdot b_{m,4} \cdot p_{m,4} \\ 0 & 1 & 0 & 0 & 1 & 0 & 0 & 1 & \cdots & 1 & 1 & 1 & 1 \\ 0 & 1 & 1 & 0 & 1 & 1 & 0 & 1 & \cdots & 1 & 1 & 1 & 1 \\ 0 & 1 & 1 & 1 & 1 & 1 & 1 & 1 & \cdots & 1 & 1 & 1 & 1 \\ p_{1,1} & p_{1,2} & p_{1,3} & p_{1,4} & 1 & 0 & 0 & 1 & \cdots & 1 & 1 & 1 & 1 \\ p_{1,1} & p_{1,2} & p_{1,3} & p_{1,4} & 1 & 1 & 0 & 1 & \cdots & 1 & 1 & 1 & 1 \\ p_{1,1} & p_{1,2} & p_{1,3} & p_{1,4} & 1 & 1 & 1 & 1 & \cdots & 1 & 1 & 1 & 1 \\ p_{1,1} & p_{1,2} & p_{1,3} & p_{1,4} & 1 & 1 & 1 & 1 & \cdots & 1 & 1 & 1 & 1 \\ 0 & 1 & 1 & 1 & p_{2,1} & p_{2,2} & p_{2,3} & p_{2,4} & \cdots & 1 & 1 & 1 & 1 \\ 0 & 1 & 1 & 1 & p_{2,1} & p_{2,2} & p_{2,3} & p_{2,4} & \cdots & 1 & 1 & 1 & 1 \\ 0 & 1 & 1 & 1 & p_{2,1} & p_{2,2} & p_{2,3} & p_{2,4} & \cdots & 1 & 1 & 1 & 1 \\ 0 & 1 & 1 & 1 & p_{2,1} & p_{2,2} & p_{2,3} & p_{2,4} & \cdots & 1 & 1 & 1 & 1 \\ \vdots & \vdots & \vdots & \vdots & \vdots & \vdots & \vdots & \vdots & \vdots & \vdots & \vdots & \vdots & \vdots \end{bmatrix} \begin{bmatrix} l^f_{1,1,t} \\ l^f_{1,2,t} \\ l^f_{1,3,t} \\ l^f_{1,4,t} \\ l^f_{2,1,t} \\ l^f_{2,2,t} \\ \vdots \\ l^f_{m,4,t} \end{bmatrix} + \begin{bmatrix} SM^f_{1,1,t} \\ SM^f_{1,2,t} \\ SM^f_{1,3,t} \\ SM^f_{1,4,t} \\ SM^f_{2,1,t} \\ SM^f_{2,2,t} \\ \vdots \\ SM^f_{m,4,t} \end{bmatrix}$$

onde l_{zjt} representa o número de mulheres no grupo etário z e estado j em t; b_{zj} representa a taxa de fecundidade específica para as mulheres do grupo etário z e estado j (notemos que somente a primeira linha da tabela inclui a contribuição das mulheres para a formação do primeiro grupo etário, dado que todos os nascimentos irão pertencer ao primeiro estado, Sem escolaridade/2º Ciclo EB); r indica a probabilidade dos nascimentos ocorridos no intervalo serem do sexo feminino; p_{zjk} refere-se à probabilidade dos indivíduos que, em t, estão no grupo etário z e estado j sobreviverem, encontrando-se no estado k em t+5 ; e SM^f_{zjt} indica o saldo migratório entre os indivíduos do sexo feminino, grupo etário z e estado j, durante o período $[t, t+5[$. A matriz de projeção **B** pode ser ainda simplificada, com base nos pressupostos assumidos anteriormente.

Ao considerarmos que as mulheres em idade reprodutiva têm idades compreendidas entre os 15 e os 49 anos e, como tal, que as taxas de fecundidade específicas para os grupos etários fora deste intervalo são nulas, os únicos

valores não nulos na primeira linha da matriz **B** serão os relativos aos grupos etários z = 4,5, ...,10. Para além disso, sabemos que as transições para um nível de escolaridade inferior são impossíveis seja qual for o grupo etário considerado e, por consequência, o valor de p_{zjk} será nulo sempre que $j > k$. Também as transições dos estados Sem escolaridade/2º Ciclo EB e Ensino Básico para o Ensino Superior são consideradas impossíveis no intervalo de tempo em que trabalhamos (cinco anos).

Focando-nos em cada grupo etário específico verificamos que, consoante os eventos que puderem ocorrer nessa idade e tal como assumimos anteriormente, existirão outras probabilidades de transição cujo valor será necessariamente nulo. Por exemplo, admitimos que os indivíduos com idades entre os 20 e os 24 anos em t e que terão, portanto, 25 a 29 anos em $t + 5$, podem transitar do Ensino Secundário para o Ensino Superior nesse intervalo de cinco anos, mas já não farão nenhuma das transições anteriores. Nesse sentido, quem tem em t, o Ensino Básico no grupo etário 20-24 anos, permanecerá nesse nível de escolaridade no final do quinquénio seguinte. Assim, as probabilidades p_{zjk} transformam-se em probabilidades de sobrevivência simples, nos casos em que já não existem transições possíveis entre j e k: passam a ser designadas por p_{zj} e representam a probabilidade das pessoas no grupo etário z e estado j sobreviverem os 5 anos, passando para o grupo etário $z + 1$, mas mantendo-se no estado j (estas probabilidades correspondem às proporções de sobrevivência apresentadas anteriormente).

As probabilidades dos indivíduos sobreviverem e permanecerem num dado estado nos grupos etários em que ocorrem transições, são dadas por p_{zjj}, e são obtidas como $p_{zjj} = p_{zj} - \sum_{k \neq j} p_{zjk}$. Representando, para os elementos de um dado grupo etário z no nível de escolaridade j, em t, a probabilidade de morte no intervalo $[t, t + 5[$ por $1 - p_{zj}$, a probabilidade de sobrevivência e transição para qualquer outro nível de escolaridade por $\sum_{k \neq j} p_{zjk}$ e a probabilidade de sobrevivência e manutenção no mesmo nível por p_{zjj}, teremos que $1 - p_{zj}) + p_{zjj} + \sum_{k \neq j} p_{zjk} = 1 \Leftrightarrow p_{zjj} = p_{zj} - \sum p_{zjk}$

A projeção da população do sexo masculino (distinguida pelo expoente[m]) efetua-se de forma semelhante, mas neste caso a matriz **B** não inclui taxas de fecundidade e o total de nascimentos em $[t, t + 5[$ é dado por:

$$\ell^{m}_{1,t,t+5} = (1 - r) \sum_{z=1}^{10} \sum_{j=1}^{5} bzj \, \ell'_{zj}$$

A projeção da população para o instante correspondente a 1 de janeiro de 2016 tem por base o vetor f_{2011}, correspondente à população de partida, e as estimativas das probabilidades de sobrevivência11 e de transição, das taxas de fecundidade e dos valores de saldo migratório obtidas com base nos passos apresentados anteriormente. A população projetada para o final de cada quinquénio é utilizada como população inicial no quinquénio seguinte.

3.2.5. Cenários de projeção

Cenário constante

Partindo das probabilidades de transição médias estimadas para os quinquénios 2001-2006 e 2006-2011 podemos admitir um cenário de escolarização constante, em que essas mesmas probabilidades se mantêm ao longo do período de projeção. Este cenário resulta em proporções constantes de indivíduos em cada um dos níveis de escolaridade para as várias coortes e, como tal, serve apenas o propósito de demonstrar o efeito de estender para o futuro o contexto inicial, sem que seja levada em conta a tendência recente, nem o efeito de eventuais alterações das circunstâncias de partida.

Cenário de tendência

No cenário de tendência assume-se que os níveis de escolarização continuarão, no futuro próximo, a seguir a tendência verificada nos últimos anos. Optou-se, como tal, por modelar a tendência das proporções de estado, através de um modelo de razão contínua, de forma a obter estimativas das proporções de indivíduos em cada nível de escolaridade nos instantes futuros e, com base nestas, estimar as probabilidades de transição correspondentes12, uma abordagem seguida também por Goujon, et al. (2007). Para estimar $p_{2,2,1}$ (10,15) foi ainda necessário modelar a tendência relativa à taxa real de escolarização no Ensino Secundário e à taxa de retenção e desistência no mesmo nível de ensino, com base nas estimativas disponíveis (valores anuais entre 1998 e 2010), sendo depois utilizada a média dos valores projetados para os anos relativos a cada quinquénio de projeção. No primeiro caso,

o melhor ajustamento (medido com base no coeficiente de determinação, R^2) foi obtido para uma linha de tendência logarítmica (R^2 = 0, 176) e, para a taxa de retenção e desistência, o melhor ajustamento verificou-se com uma linha de tendência log-linear (R^2 = 0, 798). A construção destes modelos foi a forma encontrada para analisar a evolução das proporções de transição ao longo do tempo, de modo a projetá-la para o futuro, ainda que estejam sujeitos à escassez de informação de base.

Para estimar as proporções de transição ao nível regional, foram inicialmente calculadas as taxas de variação anuais das proporções de estado para Portugal nos anos de 2011 e 2031 e assumiu-se que o mesmo nível de variação anual se verifica em cada NUT II, com início nas proporções observadas nos Censos 2011. Uma vez obtidas estimativas para as proporções de estado em cada NUT II em cada ano no período 2011-2031, aplicou-se novamente a metodologia de cálculo das proporções de transição.

3.3. População residente em Portugal (NUTS II), por sexo, grupo etário e nível de escolaridade

Em ambos os cenários é esperada uma diminuição do número total de residentes em Portugal, passando entre 2011 e 2031 dos 10.636.979 para 10 284 134 habitantes, de acordo com o cenário constante, ou para 10 265 109 habitantes, segundo o cenário de tendência. A distribuição dos residentes de acordo com o sexo deverá manter-se estável ao longo do tempo. Em 2011, 51,6 por cento os residentes eram do sexo feminino e vinte anos depois essa percentagem deverá ser de aproximadamente 51,5 por cento, independentemente do cenário considerado. Já no que diz respeito à representatividade de cada grupo etário no total da população esperam-se diferenças consideráveis em relação ao ano de partida. Em 2031 a proporção de indivíduos com 65 e mais anos deverá aumentar até cerca de 22 por cento, enquanto a proporção de crianças e jovens com menos de 15 anos deverá situar-se ligeiramente acima dos 14 pontos percentuais Como consequência do aumento da proporção de idosos relativamente à percentagem de jovens na população, o índice de envelhecimento deverá aumentar consideravelmente. De acordo com o cenário de tendência, em 2031 existirão 154,5 pessoas com 65 e mais anos por cada 100 indivíduos com idades inferiores aos 15

anos de idade. A população ativa tornar-se-á também cada vez mais envelhecida e estima-se que em 2031 existirão apenas 70,9 pessoas entre os 20 e os 29 anos por cada cem com idades entre os 55 e os 64 anos (Tabela 3.2.).

Tabela 3.2. Índices-resumo, 2011 e 2031, Cenário Constante e Cenário Tendência

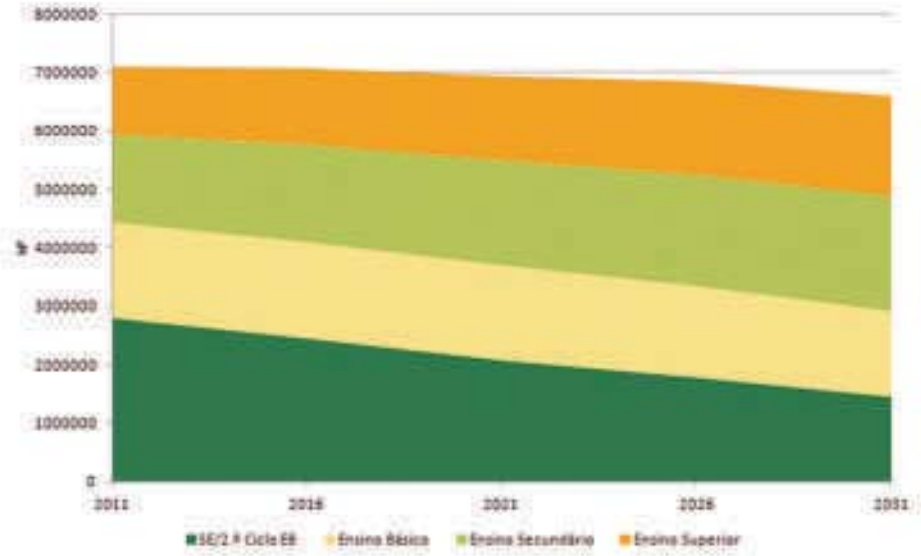
	Portugal		
	2011	2031 Constante	2031 Tendência
Índice de Juventude	83,2	65,6	64,7
Índice de Envelhecimento	120,1	152,4	154,5
Índice de Longevidade	47,4	42,9	42,9
Índice de Renovação da População em Idade Ativa	103,2	70,9	70,9
Índice de Dependência de Jovens	22,7	22,1	21,8
Índice de Dependência de Idosos	27,2	33,8	33,7
Índice de Dependência Total	49,9	55,9	55,6

Fonte: Cálculos do autor

A proporção de residentes que completam pelo menos o Ensino Básico deverá continuar a aumentar nas duas próximas décadas, sendo possível esperar que em 2030 mais de metade da população tenha concluído este nível de ensino (55,8 por cento, de acordo com o cenário constante e 58,9 por cento, segundo o cenário tendência). Mesmo no cenário menos otimista (a manutenção das proporções de transição ou cenário constante), a escolarização da população tenderá a aumentar, à medida que as coortes mais jovens e mais escolarizadas substituem as coortes mais velhas. O cenário de tendência resulta numa aceleração deste aumento, por se basear em proporções de transição que seguem a propensão da última década e, como tal, crescem ao longo do período de projeção.

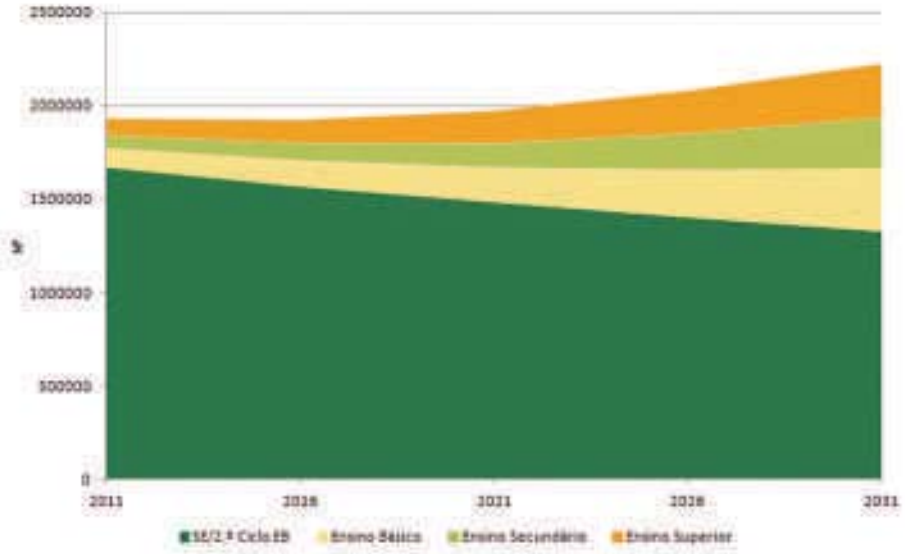
Uma vez que a conclusão do Ensino Básico ocorre habitualmente em torno dos 15 anos de idade, o grupo das crianças e jovens até aos 14 anos permanece na sua grande maioria no primeiro grupo, independentemente da passagem do tempo e dos níveis de escolarização considerados. Desta forma, importa analisar os efeitos da escolarização, focando-nos nos indivíduos com idades a partir dos 15 anos. Considerando apenas os efetivos no grupo etário adulto dos 15 aos 64 anos (Figura 3.9.), verifica-se que, apesar de o número de efetivos nestas idades se manter estável, a valorização do capital humano neste grupo é bastante provável, com a queda da proporção de indivíduos que não completaram o Ensino Básico de 39,4 para aproximadamente 25 por cento, entre 2011 e 2031 (26,65 por cento segundo o cenário constante e 22,03 por cento no cenário de tendência). Já a percentagem de indivíduos que possui um curso de Ensino Superior, naquele que é tido como o grupo etário correspondente à idade ativa, deverá atingir valores próximos dos 25 por cento, em 2031, quando vinte anos antes era de apenas 16,4 por cento. Na Figura 3.10. podemos observar o aumento do número total de pessoas com 65 ou mais anos, acompanhado pela clara alteração da estrutura por nível de instrução. No início da década de 30, 40,3 por cento dos indivíduos deste grupo etário deverão ter completado pelo menos o 3º Ciclo do Ensino Básico, o que representa um aumento de 26,8 pontos percentuais relativamente a 2011. Por seu turno, a percentagem de portugueses com um curso de Ensino Superior completo, que se situava em 4,6 por cento no ano de partida, deverá aumentar para 13,04 por cento até 2031, qualquer que seja o cenário considerado.

Figura 3.9. Número de residentes com 15-64 anos, por nível de escolaridade, 2011-2031, Cenário Tendência



Fonte: Cálculos do autor

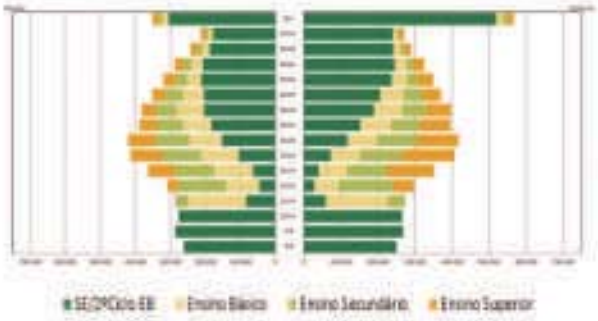
Figura 3.10. Número de residentes com 65+ anos, por nível de escolaridade, 2011-2031, Cenário Tendência



Fonte: Cálculos do autor

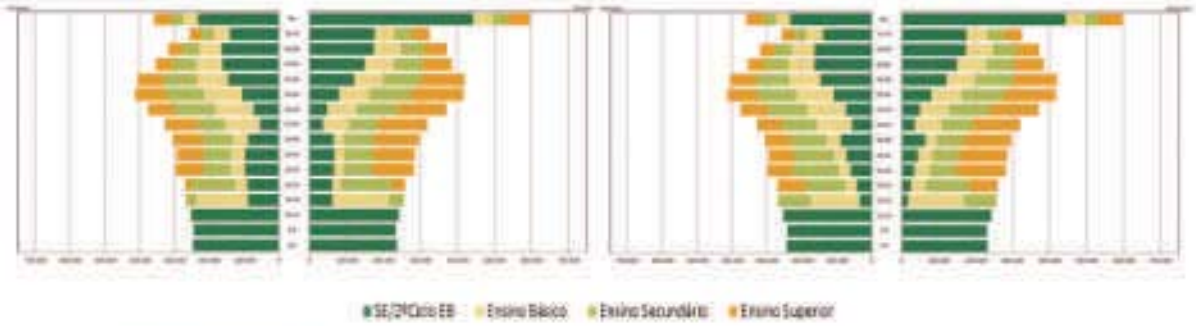
A distribuição dos residentes pelo conjunto das três variáveis - sexo, grupo etário e nível de escolaridade - pode ser analisada através da construção de pirâmides etárias multiestado. A comparação entre a estrutura populacional observada em 2011 e a estimada para o ano de 2031 (Figuras 3.11. e 3.12.) indica que a proporção de indivíduos que completam níveis de escolaridade mais elevados deverá aumentar em todos os grupos etários de ambos os sexos, segundo qualquer um dos cenários.

Figura 3.11. População portuguesa por grupo etário, sexo e nível de escolaridade, 1 de janeiro de 2011



Fonte: INE, Estimativas Anuais da População Residente e cálculos do autor

Figura 3.12. População portuguesa por grupo etário, sexo e nível de escolaridade, 2031 Cenário Constante (esquerda) e Cenário Tendência (direita)



Fonte: Cálculos do autor

Em todos os cenários continuam a verificar-se diferenças no que respeita ao padrão de escolarização entre indivíduos de sexos distintos. Embora nas coortes mais velhas (acima dos 70 anos) ainda em 2031 se observe uma maior percentagem de homens com pelo menos o Ensino Básico relativamente às mulheres, a escolarização entre estas últimas tende a superar os níveis de escolarização masculina, o que se torna evidente nas coortes mais jovens. Considerando todos os grupos etários, a percentagem de homens que não chegaram a completar o Ensino Básico era em 2011 ligeiramente superior relativamente às mulheres (57,2 e 57 por cento, respetivamente), situação que se acentua ao longo do período de projeção. Em 2030, 42,4por cento de homens não têm o Ensino Básico completo, contra 39,95 por cento das mulheres (cenário de tendência). Em 2011 apenas 13,6 por cento das mulheres tinha concluído algum grau de Ensino Superior, valor que até 2031 poderá subir para aproximadamente 23,4 por cento; já entre os homens, este valor era de apenas 9,7 por cento em 2011 e deverá também subir até 2031, atingindo os 15,5 por cento nesse ano. Dado que a passagem a um nível de escolaridade mais elevado é um evento irreversível, podemos esperar que a proporção de idosos que em Portugal possuem níveis de instrução superiores continue a aumentar, já que a escolarização das coortes mais jovens parece continuar a evoluir positivamente.

Em termos regionais, como se pode concluir com base nos resultados apresentados na Tabela 3.3., a evolução demográfica esperada será regra geral semelhante à projetada para o país. De acordo com o cenário tendência, o número total de residentes deverá diminuir na maioria das regiões, com exceção de Lisboa, Algarve e Região Autónoma dos Açores (R.A.A.); a proporção de jovens deverá diminuir em praticamente todas as regiões, apenas com um ligeiro aumento no Algarve, sendo de salientar uma acentuada diminuição nas Regiões Autónomas e no Norte; a percentagem de idosos deverá subir em todas as regiões, permanecendo em níveis próximos aos verificados em 2011 no Alentejo e no Algarve. O aumento dos níveis de escolarização, tanto na população geral como no grupo dos idosos em particular, deverá ser generalizada e Lisboa permanecerá como a região em que os indivíduos são mais escolarizados.

A Tabela 3.4. apresenta os valores de um conjunto de índices-resumo esperados, de acordo com as projeções elaboradas por região.

Tabela 3.3. Estrutura populacional por sexo, grupo etário e nível de escolaridade, 2011 e 2031 (Cenário Tendência), por NUT II

	NUT II	Norte		Centro		Lisboa		Alentejo		Algarve		R.A.A.		R.A.M.	
	Ano	2011	2031	2011	2031	2011	2031	2011	2031	2011	2031	2011	2031	2011	2031
	Total (Nº)	3.741.092	3.582.068	2.375.902	2.299.854	2.839.908	2.940.893	749.055	668.539	437.643	528.960	245.811	251.247	247.568	246.554
Género	M	48,3%	48,4%	48,3%	48,5%	48,0%	48,5%	49,1%	48,9%	50,1%	49,5%	49,6%	49,2%	47,3%	47,6%
	F	51,7%	51,6%	51,7%	51,5%	52,0%	51,5%	50,9%	51,1%	49,9%	50,5%	50,4%	50,8%	52,7%	52,4%
Grupo etário (anos)	0-14	15,1%	12,9%	13,7%	13,1%	16,2%	15,6%	13,3%	13,1%	15,8%	15,9%	18,3%	15,6%	17,2%	15,2%
	15-64	68,8%	64,8%	65,5%	65,2%	65,7%	64,3%	63,6%	64,7%	64,9%	65,2%	69,2%	68,4%	69,8%	69,5%
	65+	16,1%	22,3%	20,9%	21,7%	18,0%	20,1%	23,1%	22,1%	19,3%	18,9%	12,6%	16,0%	13,0%	15,3%
Nível de escolaridade	SE/2º Ciclo EB	60,5%	44,1%	58,6%	40,5%	49,5%	35,9%	60,5%	41,5%	55,5%	41,8%	64,6%	51,6%	61,0%	46,8%
	E. Básico	16,0%	17,7%	16,4%	18,2%	17,1%	16,9%	16,4%	19,1%	17,9%	19,9%	16,0%	18,8%	15,3%	16,3%
	E. Secundário	13,2%	20,3%	14,2%	22,5%	17,4%	23,7%	14,2%	23,3%	16,8%	22,9%	11,2%	16,4%	13,7%	21,8%
	E. Superior	10,3%	18,0%	10,7%	18,9%	16,0%	23,5%	8,9%	16,1%	9,8%	15,4%	8,1%	13,2%	10,0%	15,2%
População com 65+ anos															
Nível de escolaridade	Total (Nº)	602.798	797.961	496.103	499.808	511.896	590.479	173.145	148.031	84.463	99.941	30.864	40.158	32.188	37.824
	SE/2º Ciclo EB	89,5%	67,9%	91,2%	63,0%	75,7%	43,4%	92,7%	60,3%	84,9%	56,2%	88,8%	67,6%	90,0%	66,6%
	E. Básico	4,0%	12,5%	3,7%	14,9%	9,5%	19,0%	3,3%	16,0%	5,9%	16,7%	4,5%	12,6%	4,0%	10,9%
	E. Secundário	2,6%	9,5%	2,1%	11,0%	6,7%	17,5%	1,8%	12,2%	5,2%	15,3%	2,8%	9,0%	2,7%	10,9%
	E. Superior	3,8%	10,1%	3,0%	11,1%	8,1%	20,1%	2,3%	11,4%	4,1%	11,8%	3,8%	10,8%	3,3%	11,7%

Fonte: Cálculos do autor

Tabela 3.4 Índices-resumo, 2011 e 2031 (Cenário Tendência), por NUT II

	Norte		Centro		Lisboa		Alentejo		Algarve		R.A.A.		R.A.M.	
	2011	2031	2011	2031	2011	2031	2011	2031	2011	2031	2011	2031	2011	2031
Índice de Juventude	93,8	58,1	65,4	60,2	90,1	77,6	57,7	59,3	81,7	83,9	145,4	97,6	132,6	99,1
Índice de Envelhecimento	106,6	172,1	152,9	166,2	111,0	128,8	173,4	168,7	122,5	119,2	68,8	102,4	75,4	100,9
Índice de Longevidade	46,6	41,1	50,1	43,0	44,2	44,2	52,2	42,7	48,8	43,8	45,6	34,7	45,9	32,7
Índice de Renovação da População em Idade Ativa	111,9	66,5	103,4	68,9	87,6	79,5	96,6	70,6	97,4	86,7	164,7	88,2	153,7	79,8
Índice de Dependência de Jovens	22,0	20,0	20,9	20,1	24,7	24,2	21,0	20,3	24,3	24,3	26,4	22,8	24,7	21,9
Índice de Dependência de Idosos	23,4	34,4	31,9	33,3	27,4	31,2	36,4	34,2	29,7	29,0	18,1	23,4	18,6	22,1
Índice de Dependência Total	45,4	54,4	52,8	53,4	52,1	55,4	57,4	54,5	54,0	53,3	44,5	46,2	43,4	44,0

Fonte: Cálculos do autor

O cumprimento do principal objetivo deste capítulo foi marcado por um conjunto de limitações associadas à sua complexidade e à escassez de dados disponíveis, traduzindo-se em dificuldades comuns às observadas em trabalhos semelhantes; estes últimos, por sua vez, forneceram as pistas necessárias para que fosse possível contornar tais obstáculos e progredir de forma a atingir os resultados apresentados.

A utilização dos diferenciais de mortalidade infantil por escolaridade da mãe para estimar as diferenças nos níveis de mortalidade entre os grupos de escolaridade, bem como as aproximações relativas à estimação do saldo migratório, constituem as principais limitações no que toca à projeção dos indivíduos mais velhos distribuídos pelos quatro grupos de escolaridade considerados, dado que, como os indivíduos com 65 ou mais anos em 2031 tinham pelo menos 45 anos no início do período de projeção, não ocorreram, neste grupo, transições entre níveis de escolaridade durante o período 2011-2031. Por outro lado, os resultados relativos aos grupos etários mais jovens são particularmente determinados pelas probabilidades de transição projetadas. A utilização de probabilidades constantes para o grupo etário dos 10-14 anos, em que foi necessário recorrer unicamente a dados dos Censos 2011, bem como as limitações relativas à projeção das proporções de estado no cenário tendência, influenciam a distribuição projetada de indivíduos por nível de escolaridade. Apesar do efeito das probabilidades de transição projetadas sobre o número total de pessoas entre os 15 e os 24 anos ser diminuto (pois os níveis de mortalidade dos vários grupos de escolaridade são muito baixos e ainda muito próximos nestas idades), estas deverão ter um impacto considerável no número de crianças e jovens com idades até aos 14 anos, dadas as diferenças nos níveis de fecundidade entre as mães com níveis de instrução distintos.

No que respeita às diferenças entre o cenário contante e o cenário tendência, e uma vez que estes cenários se distinguem nas estimativas das proporções de transição entre níveis de escolaridade, verifica-se que é na distribuição por nível de escolaridade, tanto em cada coorte como no conjunto da população, que se manifestam as principais diferenças nos resultados.

As ligeiras discrepâncias verificadas entre os cenários no que se refere à dimensão da população total e de cada grupo por sexo e idade são fruto dos diferenciais de fecundidade, mortalidade e migrações por grau de instrução.

4. Projeções de indicadores de saúde (2010-2030)

Maria do Rosário O. Martins e Inês Rodrigues

A realização de uma projeção que reflita as alterações da esperança de vida da população, a prevalência de níveis de incapacidade e de mau estado de saúde e os seus impactos prováveis no que se refere à utilização de serviços de saúde é uma tarefa complexa.

Não obstante, a interligação entre estes vetores foi já objeto de reflexão. Por um lado considera-se a possibilidade de o decréscimo dos níveis de mortalidade se dever mais à diminuição da taxa de letalidade das doenças e não tanto à redução da sua prevalência/incidência (Olshansky, et al., 1991; Verbrugge, 1984; Gruenberg, 1977). Em consequência, o decréscimo dos níveis gerais de mortalidade seria acompanhado pelo aumento da morbilidade e da incapacidade, designando-se esta hipótese de "expansão de morbilidade". Uma segunda suposição, que podemos designar como "compressão da morbilidade" (Fries, 1980; 1989), sugere que a incapacidade e o mau estado de saúde são adiados para o final do período de vida e, como tal, podemos esperar que as pessoas vivam não só mais tempo, mas com um melhor estado de saúde. Por fim, uma terceira hipótese, de "equilíbrio dinâmico" (Manton, 1982) defende que se verificará um efeito balanceado entre a diminuição da prevalência/incidência de doenças crónicas e o decréscimo das taxas de fatalidade das doenças, levando a maior prevalência de incapacidades. No entanto, a investigação já realizada não permitiu até à data chegar a uma conclusão clara sobre a validade destas hipóteses (Crimmins e Beltrán-Sánchez, 2011).

Considerando a influência que atributos como o sexo, a idade e o nível de escolaridade exercem sobre a saúde individual e da população em termos gerais médios, parece essencial estudar a forma como a estrutura demográfica determinada pelo conjunto destas variáveis poderá modificar-se no futuro, e que impacto poderão essas alterações ter sobre a saúde populacional, particularmente quando esperamos uma população mais envelhecida, mas também mais escolarizada.

Neste capítulo começamos por rever a investigação já realizada no sentido de estudar a associação entre o sexo, a idade e os níveis de escolaridade com o estado de saúde. Posteriormente os resultados das projeções demográficas apresentadas no capítulo anterior servirão como base para a elaboração de projeções por NUT II para o período 2011-2031 relativas a um conjunto de indicadores sobre estado de saúde e grau de utilização de serviços de saúde por parte da população portuguesa, considerando as alterações esperadas da estrutura demográfica por sexo, grupo etário e nível de escolaridade.

4.1. O sexo, a idade e a escolaridade como determinantes da saúde

O envelhecimento demográfico é frequentemente percecionado como um dos principais desafios em termos sociais, económicos e de saúde pública do século XXI, tanto a nível nacional como internacional (WHO, 2002; OECD, 2011b). Como referido por Olshansky, et al. (2012), a saúde é o fator determinante do grau de dependência funcional, de produtividade e de dependência financeira dos indivíduos e, como tal, se as pessoas mais velhas mantiverem a sua saúde, podem agir e ser vistas de modo mais aproximado aos elementos mais jovens da sociedade, na sua maioria saudáveis, ativos e produtivos.

Efetivamente, é essencial reconhecer que existe um declínio inevitável das funções física e cognitiva à medida que um ser humano envelhece. No entanto, deve ser igualmente tida em conta a variabilidade observada entre diferentes indivíduos, no que diz respeito às suas trajetórias de envelhecimento e ao grau de perda de capacidade física, social, emocional e cognitiva (Olshansky, 2012). Na atualidade essas diferenças refletem o efeito de um conjunto de determinantes do estado de saúde, associados tanto a características individuais como sociais.

De facto, o reconhecimento das desigualdades existentes no que diz respeito ao estado de saúde e à utilização dos serviços de saúde entre os elementos de uma mesma população tem justificado o desenvolvimento da investigação sobre as características individuais e sociais que constituem os seus determinantes. Podemos hoje afirmar que diversos fatores se associam para estabelecer um efeito complexo sobre o estado de saúde de uma população e de cada um dos seus membros. Para além da influência da variação genética e biológica, diversas

variáveis de carácter social têm sido apontadas como estando relacionadas com as desigualdades em saúde. Denton, et al. (2004) agrupam estes determinantes sociais da saúde em três categorias principais: fatores sociais estruturais, comportamentais e psicossociais. O sexo, a idade e a escolaridade são três dos determinantes mais frequentemente estudados (Brunello, et al., 2011; Henriques e Rodrigues, 2010; Cutler e Lleras-Muney, 2006; Cavelaars, et al., 1998), constituindo parte dos fatores sociais estruturais com maior relevância, em conjunto com o rendimento, a ocupação ou o estado civil (Mackenbach, et al., 2005; Denton, et al., 2004). No grupo dos fatores comportamentais, podemos incluir os comportamentos relacionados com o estilo de vida, como o consumo de tabaco ou álcool, a prática de atividade física ou a alimentação (Denton, et al., 2004). Por fim, fatores psicossociais, como eventos críticos no decorrer da vida, a experiência de stress crónico ou o nível de recursos psicológicos, como a autoestima, constituem também importantes determinantes da saúde (Denton, et al., 2004). Neste trabalho, focar-nos-emos sobre as associações entre o sexo, a idade, a escolaridade e a saúde.

Sexo

As diferenças de saúde entre sexos manifestam-se geralmente através de um importante paradoxo. As mulheres tendem a ter taxas de mortalidade mais baixas relativamente aos homens, mas reportam níveis de morbilidade mais elevados, de acordo com indicadores de autoavaliação do estado de saúde, bem como maior probabilidade de episódios de depressão, desordens psiquiátricas, stress e de todo um conjunto de condições crónicas (Bambra, et al., 2009; Vintém, 2008; Denton, et al., 2004).

Idade

Entre diversos fatores sociais estruturais, comportamentais e psicossociais, a idade tem sido, de facto, muito associada ao estado de saúde. Os resultados divulgados por Orfila, et al. (2000) sugerem que, para além de uma maior probabilidade de morte, o aumento da idade está também associado a uma maior

deterioração do estado de saúde auto percecionado. No entanto, o mesmo estudo mostra que a associação entre a idade e o declínio do estado de saúde perde a sua significância quando as co morbilidades são consideradas, sugerindo que este declínio não se deve à idade cronológica em si mesma.

Escolaridade

Diversos estudos têm relacionado a saúde e a educação (Brunello, et al., 2011; Karmakar e Breslin, 2008; Franks, et al., 2003). Hammond (2002) refere três formas através das quais as correlações positivas observadas entre a escolaridade e a saúde podem ser explicadas:

– indivíduos com melhor saúde podem ter tendência a prosseguir os seus estudos por mais tempo

– fatores como a estrutura familiar, o rendimento ou os níveis de escolaridade dos pais podem afetar tanto a educação como a saúde de um indivíduo

– aumento dos níveis de escolarização podem resultar em melhorias na saúde.

No que diz respeito a esta última explicação, Albert e Davia (2007) apresentam duas hipóteses geralmente utilizadas pelos economistas da saúde para investigar esta relação causal. A primeira refere-se à eficiência produtiva, segundo a qual a relação entre o nível de escolaridade e a saúde se deve ao facto de os indivíduos escolarizados serem mais eficientes na utilização dos serviços de saúde. A segunda consiste na eficiência alocativa, de acordo com a qual os indivíduos mais instruídos estão mais conscientes das consequências de hábitos não saudáveis e terão tendência a investir mais tempo e recursos nos cuidados de saúde.

Considerando as associações anteriormente analisadas entre a saúde, a idade e a escolaridade, importa estudar o efeito conjunto destas variáveis. Por um lado, os indivíduos mais velhos tendem a apresentar um pior estado de saúde relativamente aos mais jovens; por outro, quem possui níveis de escolaridade mais elevados demonstra tendencialmente um melhor estado de saúde, em comparação com os menos escolarizados (Henriques e Rodrigues, 2010, Huisman, et al., 2003; Joung, et al., 2000). Assim é essencial perceber se o efeito da escolaridade pode de algum modo contrabalançar a influência do avanço da idade sobre o

estado de saúde, quando esperamos uma população cada vez mais envelhecida, mas também mais escolarizada.

4.2. Dados e metodologia de projeção

O estudo das diferenças presentes no estado de saúde e na utilização dos serviços de saúde por idade e nível de escolaridade teve por base os dados correspondentes às observações da quarta edição do Inquérito Nacional de Saúde (4º INS), um inquérito representativo da população portuguesa planeado e conduzido pelo Instituto Nacional de Estatística, I.P., e pelo Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge (INSA), com a colaboração da Direcção-Geral da Saúde.

O 4º INS recolheu informação sobre o estado de saúde, determinantes de saúde, utilização de serviços de saúde e características sociodemográficas dos indivíduos, tendo sido a primeira edição a contemplar todo o território nacional, incluindo as Regiões Autónomas dos Açores e da Madeira. O questionário foi aplicado entre Fevereiro de 2005 e Fevereiro de 2006 por entrevista direta a uma amostra probabilística representativa da população portuguesa, selecionada a partir de uma amostra mãe definida pelo INE, I.P. A população em estudo incluiu os indivíduos residentes em alojamentos familiares, excluindo portanto os que residiam em alojamentos coletivos. Foram entrevistados 41193 indivíduos, residentes em 15239 unidades de alojamento familiar, e a taxa de realização das entrevistas foi de 76 por cento a nível nacional.

A construção de cenários relativos à evolução futura das diferenças por nível de escolaridade teve por base o estudo das observações correspondentes ao conjunto das três últimas edições do INS. Deste modo, para além dos dados do 4º INS foram utilizados também aqueles relativos ao 2º e 3º INS, realizados entre Abril de 1995 e Abril de 1996 e entre Outubro de 1998 e Setembro de 1999, respetivamente. Relembre-se que para as Regiões Autónomas não existem dados para períodos anteriores a 2005/2006.

Como indicadores do estado de saúde foram considerados:

– a auto perceção do estado de saúde, dicotomizada em "muito bom" ou "bom" e "razoável", "mau" ou "muito mau".

– doenças crónicas, determinada pela presença de pelo menos uma das 19 doenças crónicas apresentadas.

– incapacidades de longa duração, no caso de ter reportado dificuldade ou total incapacidade na realização de pelo menos uma de entre um conjunto de tarefas da vida diária.

Relativamente aos indicadores de utilização dos serviços de saúde, foram considerados:

– a existência de pelo menos uma consulta médica nos últimos três meses.

– o uso de medicamentos receitados nas duas semanas anteriores ao inquérito (Tabela 4.1.).

Tabela 4.1. Variáveis estudadas

Variável	Secção Questionário INS	Pergunta(s) Questionário INS	Opções de resposta Questionário INS	Categorização
Auto perceção do estado de saúde	2 – Informações gerais de saúde	1 – De uma maneira geral, como considera o seu estado de saúde?	1: Muito bom 2: Bom 3: Razoável 4: Mau 5: Muito mau 9: Não sabe	0: Muito bom/ Bom 1: Razoável/Mau/ Muito mau
Doenças crónicas	5 – Doenças crónicas	1 – Tem ou já teve diabetes?	1: Sim 2: Não 9: Não sabe	0: nenhuma resposta "Sim" 1: pelo menos 1 resposta "Sim"
		10 – Tem ou já teve asma?	1: Sim 2: Não 9: Não sabe	
		16 – Tem ou já teve tensão arterial alta (hipertensão arterial)?	1: Sim 2: Não 9: Não sabe	
		21 – Tem ou já alguma dor crónica (dor constante ou repetitiva durante, pelo menos, três meses)?	1: Sim 2: Não 9: Não sabe	
		24.1 – Tem ou já teve doença reumática (osteoartrose, tendinite)?	1: Sim 2: Não 9: Não sabe	
		24.2 – Tem ou já teve osteoporose?	1: Sim 2: Não 9: Não sabe	
		24.3 – Tem ou já teve glaucoma?	1: Sim 2: Não 9: Não sabe	
		24.4 – Tem ou já teve retinopatia (doença da retina)?	1: Sim 2: Não 9: Não sabe	

Variável	Secção Questionário INS	Pergunta(s) Questionário INS	Opções de resposta Questionário INS	Categorização
Doenças crónicas	5 – Doenças crónicas	24.5 – Tem ou já teve tumor maligno ou cancro?	1: Sim 2: Não 9: Não sabe	
		24.6 – Tem ou já teve pedra nos rins?	1: Sim 2: Não 9: Não sabe	
		24.7 – Tem ou já teve insuficiência renal?	1: Sim 2: Não 9: Não sabe	
		24.8 – Tem ou já teve ansiedade crónica?	1: Sim 2: Não 9: Não sabe	
		24.9 – Tem ou já teve ferida crónica (úlceras da perna, escaras)?	1: Sim 2: Não 9: Não sabe	
		24.10 – Tem ou já teve enfisema (doença pulmonar obstrutiva crónica), bronquite crónica?	1: Sim 2: Não 9: Não sabe	
		24.11 – Tem ou já teve AVC (acidente vascular cerebral)?	1: Sim 2: Não 9: Não sabe	
		24.12 – Tem ou já teve obesidade?	1: Sim 2: Não 9: Não sabe	
		24.13 – Tem ou já teve depressão?	1: Sim 2: Não 9: Não sabe	
		24.14 – Tem ou já teve enfarte do miocárdio?	1: Sim 2: Não 9: Não sabe	
		24.15 – Tem ou já teve outra doença crónica?	1: Sim 2: Não 9: Não sabe	
Incapacidades de longa duração	4 – Incapacidade de longa duração	1 – Está sempre acamado(a), isto é, não consegue levantar-se da cama mesmo que possa haver alguém que o(a) ajude a fazê-lo?	1: Sim 2: Não 9: Não sabe	0: nenhuma dificuldade 1: pelo menos 1 dificuldade
		3 – Está sentado(a) numa cadeira (não uma cadeira de rodas) todo o dia (exceto à noite), isto é, não consegue andar mesmo que possa haver alguém que o(a) ajude?	1: Sim 2: Não 9: Não sabe	
		4 – Está limitado(a) à sua casa?	1: Sim 2: Não 9: Não sabe	

Variável	Secção Questionário INS	Pergunta(s) Questionário INS	Opções de resposta Questionário INS	Categorização
Incapacidades de longa duração	4 – Incapacidade de longa duração	5 – Que distância consegue andar, em sítio plano, sem parar e sem grande desconforto?	1: 200 metros ou mais 2: Mais que uns passos, mas menos do que 200 metros 3: Apenas uns poucos passos 4: Não consegue andar, mas desloca-se sozinho em cadeira rodas 5: Não consegue andar, mas desloca-se, com ajuda de outrem, em cadeira rodas	
		8 – Consegue utilizar transportes públicos?	1: Sozinho, sem dificuldade 2: Sozinho, mas com dificuldade 3: Só com ajuda 9: Não sabe	
		9 – Consegue ir às compras?	1: Sozinho, sem dificuldade 2: Sozinho, mas com dificuldade 3: Só com ajuda 9: Não sabe	
		10 – Consegue subir e descer um lanço de escadas de 12 degraus (um 1.º andar)?	1: Sem descansar 2: Parando para descansar 3: Não consegue mesmo parando para descansar 9: Não sabe	
		11 – Consegue deitar-se e levantar-se da cama?	1: Sozinho, sem dificuldade 2: Sozinho, mas com dificuldade 3: Só com ajuda 9: Não sabe	
		12 – Consegue sentar-se e levantar-se de uma cadeira?	1: Sozinho, sem dificuldade 2: Sozinho, mas com dificuldade 3: Só com ajuda 9: Não sabe	
		13 – Consegue ir à retrete e utilizá-la?	1: Sozinho, sem dificuldade 2: Sozinho, mas com dificuldade 3: Só com ajuda 9: Não sabe	
		14 – Consegue arrumar e limpar a casa?	1: Sozinho, sem dificuldade 2: Sozinho, mas com dificuldade 3: Só com ajuda 9: Não sabe	
		15 – Quando está em pé, consegue dobrar-se e apanhar, por exemplo, um sapato do chão?	1: Sozinho, sem dificuldade 2: Sozinho, mas com dificuldade 3: Só com ajuda 9: Não sabe	
		16 – Consegue pinçar, isto é, apanhar um objeto pequeno?	1: Sozinho, sem dificuldade 2: Sozinho, mas com dificuldade 3: Só com ajuda 9: Não sabe	
		17 – Consegue vestir-se e despir-se?	1: Sozinho, sem dificuldade 2: Sozinho, mas com dificuldade 3: Só com ajuda 9: Não sabe	

Variável	Secção Questionário INS	Pergunta(s) Questionário INS	Opções de resposta Questionário INS	Categorização
Incapacidades de longa duração	4 – Incapacidade de longa duração	18 – Consegue preparar refeições?	1: Sozinho, sem dificuldade 2: Sozinho, mas com dificuldade 3: Só com ajuda 9: Não sabe	
		19 – Consegue lavar-se tomando banho?	1: Sozinho, sem dificuldade 2: Sozinho, mas com dificuldade 3: Só com ajuda 9: Não sabe	
		20 – Consegue lavar as mãos e a cara?	1: Sozinho, sem dificuldade	
			2: Sozinho, mas com dificuldade 3: Só com ajuda 9: Não sabe	
		21 – Consegue comer (cortar a comida, levar os alimentos e bebidas à boca)?	1: Sozinho, sem dificuldade 2: Sozinho, mas com dificuldade 3: Só com ajuda 9: Não sabe	
		22 – Consegue ouvir um programa de TV ou rádio?	1: Num volume que não incomode as outras pessoas 2: Só com o volume alto 3: Não consegue ouvir mesmo com volume alto 9: Não sabe	
		23 – Consegue ver de forma a reconhecer um amigo?	1: a uma distância de 4 metros, digamos, do outro lado da rua 2: A uma distância de 1 metro 3: Não consegue mesmo à distância de 1 metro 9: Não sabe	
		24 – Tem dificuldades a falar?	1: Sim 2: Não 9: Não sabe	
Consultas médicas	6 – Cuidados de Saúde	1 – Nos últimos três meses, quantas vezes é que consultou o médico?	≥ 0 99: Não sabe	0: 0 1: ≥ 1
Uso de medicamentos receitados	8 – Consumo de medicamentos	1 – Tomou medicamentos receitados (incluindo pílulas contraceptivas ou outras hormonas, pomadas, cremes, injeções, vacinas), nas últimas duas semanas?	1: Sim 2: Não 9: Não sabe	0: Não 1: Sim

Para estudar as diferenças no estado de saúde e na utilização dos serviços de saúde por idade e nível de escolaridade foram usados modelos de regressão logística (Hosmer e Lemeshow, 2004; Joung, et al., 2000), ajustados separadamente para cada um dos sexos e regiões NUT II. Foram utilizadas, como variáveis explicativas, variáveis dummy referentes aos grupos etários quinquenais e aos níveis de instrução. Como se pretendeu incluir somente os casos em que as respostas foram fornecidas pelo próprio, e visto que nas crianças a instrução não deverá ter um impacto relevante sobre o estado de saúde e o recurso aos serviços de saúde, foram considerados somente os indivíduos com idades acima dos 15 anos. No que diz respeito aos níveis de escolaridade, foram consideradas quatro categorias, consoante o nível mais elevado completo: *Sem escolaridade/2º Ciclo Ensino Básico; Ensino Básico; Ensino Secundário* e *Ensino Superior*. Quer relativamente às variáveis correspondentes à idade como às relativas ao nível de escolaridade, foi utilizado um esquema de codificação de efeitos, em que o efeito de cada categoria é comparado ao efeito médio de todos os grupos (Hair, et al., 1998).

Os resultados da regressão logística foram empregados para estimar a proporção esperada de indivíduos em cada categoria da variável dependente para cada sexo, grupo etário e nível de escolaridade, em cada região. Estas proporções foram posteriormente aplicadas ao número estimado de indivíduos em cada um dos estratos definidos pelo sexo, grupo etário e nível de escolaridade, obtidos através das projeções apresentadas na secção anterior.

Foram considerados dois cenários de projeção sobre as diferenças no estado de saúde e na utilização dos serviços de saúde por nível de escolaridade: um *cenário estável*, em que se assume que as diferenças estimadas com base na quarta edição do INS se manterão ao longo do período de projeção, e um *cenário variável*, no qual estas diferenças seguem a evolução verificada entre diferentes edições do INS. Para estudar a evolução das diferenças ao longo do tempo realizaram-se testes de permanência de estrutura dos modelos de regressão, considerando a segunda e a quarta edições do INS (realizadas em 1995/1996 e 2005/2006, respetivamente). Nos casos em que a variação no impacto da escolaridade foi estatisticamente significativa, o coeficiente respeitan-

te ao impacto no início do período de projeção (estimado com recurso ao INS mais recente) foi multiplicado pelo mesmo fator, de forma a obter a magnitude das diferenças 10 anos depois. Uma vez que na edição de 1995/1996 do INS as amostras são representativas somente da população de Portugal Continental e não da população das Regiões Autónomas, apenas as regiões de Portugal Continental foram consideradas nestes cálculos. Acresce ainda que, devido à ausência de dados relativos à toma de medicamentos prescritos nas duas semanas anteriores ao inquérito na edição de 1995/1996, se optou pela utilização dos fatores de multiplicação estimados para a existência de pelo menos uma consulta médica nos últimos três meses.

No sentido de analisar a influência da escolarização sobre o estado de saúde e utilização de serviços de saúde na população Portuguesa, foram comparados os resultados das projeções realizadas de acordo com cada um dos cenários considerados no capítulo anterior: o cenário constante, em que os níveis de escolarização anteriores a 2011 se manterão constantes até ao final do período de projeção, e o cenário tendência, segundo o qual se assume que os mesmos seguirão a tendência observada nos anos anteriores ao início da projeção. Neste segundo cenário, a tendência de evolução da proporção de indivíduos de cada sexo e grupo etário se localizar em cada um dos níveis de escolaridade foi modelada com recurso a modelos de razão contínua.

A análise de dados foi efetuada utilizando o *software IBM SPSS Statistics 19* e *Microsoft Office Excel 2010*.

4.3. Diferenças nos indicadores de saúde entre níveis de escolaridade

Os resultados dos modelos de regressão logística baseados nos dados do 4º INS (Tabela 4.2.), sugerem que existe um efeito da escolaridade (ajustado para a idade) sobre a auto perceção do estado de saúde, tanto entre os homens como entre as mulheres, e em todas as NUT II. Regra geral, os indivíduos que concluíram o Ensino Superior tendem a classificar de modo mais positivo o seu estado de saúde, relativamente ao conjunto da população, e aqueles que não completaram o Ensino Básico atribuem-lhe tendencialmente classificações mais negativas.

Por seu turno, os valores apresentados na Tabela 4.3. sugerem que em geral a presença de doenças crónicas não parece estar fortemente associada ao nível de escolaridade dos indivíduos, quando consideramos esta relação ajustada para a idade. Com efeito, apenas nas regiões de Lisboa e Alentejo e entre as mulheres do Algarve e os homens da região Norte se verifica existirem diferenças que podemos considerar estatisticamente significativas relativas à prevalência de pelo menos uma doença crónica, entre indivíduos com níveis de escolaridade distintos. Nestes casos, os valores de *odds ratio* apontam para um maior risco de presença de doenças crónicas entre os indivíduos com menor grau de instrução e uma diminuição do risco para os casos que atingiram níveis de escolaridade mais elevados.

Tabela 4.2. Diferenças na auto classificação do estado de saúde como "razoável", "mau" ou "muito mau", entre níveis de escolaridade, por sexo e NUT II, ajustadas para a idade (odds ratio)

Sexo	Nível de escolaridade	NUT II													
		Norte		Centro		Lisboa		Alentejo		Algarve		R.A.A.		R.A.M.	
		OR	p	OR	p	OR	p	OR	p	OR	p	OR	p	OR	p
Masculino	SE/2º C. EB	2,27**	0,00	2,45**	0,00	2,51**	0,00	1,73**	0,00	2,18**	0,00	1,90**	0,00	2,58**	0,00
	E. Básico	0,91	0,54	1,21	0,20	1,06	0,67	1,14	0,42	1,08	0,56	1,35**	0,04	0,87	0,55
	E. Secundário	0,92	0,62	0,78	0,14	0,72**	0,02	0,81	0,25	0,75**	0,05	0,74*	0,08	0,88	0,63
	E. Superior	0,53**	0,00	0,43**	0,00	0,53**	0,00	0,63**	0,03	0,56**	0,00	0,53**	0,00	0,50**	0,02
Feminino	SE/2º C. EB	2,28**	0,00	2,21**	0,00	2,20**	0,00	2,12**	0,00	2,29**	0,00	1,95**	0,00	2,32**	0,00
	E. Básico	1,21	0,16	1,29**	0,05	1,07	0,56	1,14	0,33	1,10	0,40	1,36**	0,02	1,14	0,42
	E. Secundário	1,35**	0,04	0,78*	0,07	0,87	0,23	0,72**	0,03	0,84	0,15	0,87	0,32	0,74*	0,07
	E. Superior	0,27**	0,00	0,45**	0,00	0,49**	0,00	0,57**	0,00	0,47**	0,00	0,43**	0,00	0,51**	0,00

** $p \leq 0,05$
* $p \leq 0,10$
n = 23839
Fonte: Cálculos do autor

Tabela 4.3. Diferenças na presença de pelo menos uma doença crónica, entre níveis de escolaridade, por sexo e NUT II, ajustadas para a idade (odds ratio)

Sexo	Nível de escolaridade	NUT II													
		Norte		Centro		Lisboa		Alentejo		Algarve		R.A.A.		R.A.M.	
		OR	p	OR	p	OR	p	OR	p	OR	p	OR	p	OR	p
Masculinow	SE/2º C. EB	1,45**	0,01	1,19	0,39	1,22*	0,06	1,32*	0,09	1,13	0,25	1,12	0,35	1,45	0,13
	E. Básico	0,85	0,26	0,88	0,41	0,95	0,67	0,88	0,41	0,92	0,52	1,10	0,44	1,03	0,90
	E. Secundário	0,95	0,70	1,04	0,82	0,75**	0,03	0,84	0,31	0,83	0,16	0,82	0,15	0,78	0,31
	E. Superior	0,86	0,37	0,91	0,57	1,15	0,28	1,03	0,89	1,14	0,40	0,99	0,93	0,86	0,57
Feminino	SE/2º C. EB	1,24	0,11	1,28	0,13	1,15	0,12	1,41**	0,01	1,35**	0,00	1,21	0,17	1,09	0,58
	E. Básico	1,04	0,76	0,90	0,42	0,96	0,69	1,08	0,58	0,88	0,26	1,01	0,91	1,00	0,99
	E. Secundário	0,94	0,64	0,91	0,47	1,16	0,20	0,89	0,44	0,72**	0,00	0,89	0,32	0,81	0,21
	E. Superior	0,83	0,16	0,96	0,76	0,79**	0,04	0,74**	0,04	1,17	0,24	0,92	0,51	1,13	0,49

** $p \leq 0,05$
* $p \leq 0,10$
n = 23840

Fonte: Cálculos do autor

As diferenças associadas ao nível de instrução relativamente à presença de pelo menos uma incapacidade de longa duração verificam-se particularmente entre os residentes da região de Lisboa e entre as mulheres do Alentejo. Ao invés do que sucede no resto do país, a relação entre escolaridade e presença de incapacidade não parece ser direta entre as mulheres da Região Autónoma dos Açores, onde o aumento da instrução não parece associar-se a um menor risco de ter pelo menos uma incapacidade de longa duração. Com efeito, as mulheres com Ensino Secundário completo são as que apresentam maior risco comparativamente à média conjunta; ainda assim, as que completam o Ensino Superior parecem ver o seu risco significativamente diminuído, à semelhança do efeito verificado nas outras regiões (Tabela 4.4.).

O efeito da escolaridade sobre a ida a consultas médicas parece ser pouco evidente, manifestando-se sobretudo na região de Lisboa, entre os homens das regiões Norte e Centro e uma vez mais nas mulheres do Alentejo e Região Autónoma dos Açores (Tabela 4.5.). Na maioria dos casos o aumento da escolaridade reflete-se na maior utilização deste tipo de serviço de saúde. Regra geral é aos indivíduos que não completaram o Ensino Básico que se associa uma menor probabilidade de ter ido a pelo menos uma consulta médica nos três meses anteriores.

Tabela 4.4. Diferenças na presença de pelo menos uma incapacidade de longa duração, entre níveis de escolaridade, por sexo e NUT II, ajustadas para a idade (odds ratio)

Sexo	Nível de escolaridade	NUT II													
		Norte		Centro		Lisboa		Alentejo		Algarve		R.A.A.		R.A.M.	
		OR	p	OR	p	OR	p	OR	p	OR	p	OR	p	OR	p
Masculino	SE/2º C. EB	1,95	0,12	1,70	0,20	1,89**	0,03	188,70	0,13	1,61	0,15	1,51	0,42	9223,20	0,88
	E. Básico	1,33	0w,45	0,91	0,80	1,36	0,32	46,81	1,00	1,18	0,59	1,14	0,76	0,00	1,00
	E. Secundário	0,72	0,50	0,70	0,45	1,67	0,11	62,92	1,00	0,43*	0,07	0,32	0,14	3945,88	1,00
	E. Superior	0,54	0,27	0,92	0,85	0,23**	0,01	0,00	1,00	1,22	0,61	1,83	0,18	0,00	1,00
Feminino	SE/2º C. EB	1,74*	0,08	2,16	0,11	2,09**	0,00	2,00*	0,10	1,54	0,14	1,49*	0,06	1,67	0,43
	E. Básico	0,82	0,58	0,97	0,95	0,67	0,17	1,43	0,34	0,96	0,89	0,84	0,65	0,78	0,67
	E. Secundário	0,81	0,62	0,25*	0,08	1,46	0,15	1,95*	0,09	0,64	0,19	2,04**	0,03	1,16	0,77
	E. Superior	0,86	0,65	1,89*	0,09	0,49**	0,05	0,18**	0,02	1,05	0,88	0,39**	0,04	0,66	0,49

** p ≤ 0,05
* p ≤ 0,10
n = 23840

Fonte: Cálculos do autor

Tabela 4.5. Diferenças na existência de pelo menos uma consulta médica nos últimos três meses, entre níveis de escolaridade, por sexo e NUT II, ajustadas para a idade (odds ratio)

Sexo	Nível de escolaridade	NUT II													
		Norte		Centro		Lisboa		Alentejo		Algarve		R.A.A.		R.A.M.	
		OR	p	OR	p	OR	p	OR	p	OR	p	OR	p	OR	p
Masculino	SE/2ºC.EB	0,99	0,12	0,90	0,20	0,76**	0,03	0,97	0,13	0,95	0,15	0,67	0,42	0,90	0,88
	E. Básico	0,77**	0,05	0,81	0,13	1,32**	0,02	0,92	0,56	0,90	0,35	1,22	0,10	0,81	0,31
	E. Secundário	1,01	0,92	0,93	0,64	0,86	0,20	1,18	0,31	0,95	0,70	1,08	0,54	1,23	0,37
	E. Superior	1,29*	0,10	1,49**	0,01	1,16	0,21	0,96	0,80	1,23	0,17	1,13	0,44	1,12	0,65
Feminino	SE/2ºC.EB	0,89*	0,08	1,04	0,11	0,98**	0,00	1,08*	0,10	1,05	0,14	0,91	0,06	0,87	0,43
	E. Básico	1,04	0,74	1,06	0,66	0,84*	0,10	0,79**	0,05	0,98	0,87	0,85	0,14	0,78	0,12
	E. Secundário	1,01	0,94	0,84	0,18	1,05	0,64	0,97	0,84	1,02	0,87	0,91	0,36	1,19	0,26
	E. Superior	1,07	0,62	1,08	0,51	1,15	0,19	1,21	0,17	0,95	0,66	1,43**	0,00	1,23	0,20

** $p \leq 0,05$
* $p \leq 0,10$
n = 23831

Fonte: Cálculos do autor

Tabela 4.6. Diferenças no uso de medicamentos prescritos nas últimas duas semanas, entre níveis de escolaridade, por sexo e NUT II, ajustadas para a idade (odds ratio)

Sexo	Nível de escolaridade	NUT II													
		Norte		Centro		Lisboa		Alentejo		Algarve		R.A.A.		R.A.M.	
		OR	p	OR	p	OR	p	OR	p	OR	p	OR	p	OR	p
Masculino	SE/2º C. EB	1,27	0,12	0,95	0,20	0,96**	0,03	1,04	0,13	0,83	0,15	0,92	0,42	1,26	0,88
	E. Básico	0,86	0,34	1,07	0,67	1,00	1,00	1,01	0,94	0,83	0,13	1,16	0,27	0,89	0,61
	E. Secundário	0,86	0,35	0,97	0,87	0,88	0,34	0,92	0,65	1,02	0,89	0,93	0,64	1,14	0,61
	E. Superior	1,07	0,71	1,01	0,96	1,18	0,20	1,03	0,88	1,42**	0,03	1,00	0,99	0,79	0,40
Feminino	SE/2º C. EB	1,31*	0,08	1,00	0,11	1,09**	0,00	1,52*	0,10	1,16	0,14	0,96*	0,06	0,85	0,43
	E. Básico	0,76**	0,03	0,96	0,79	1,06	0,61	1,01	0,91	0,79**	0,02	0,85	0,17	1,08	0,63
	E. Secundário	1,60**	0,00	0,98	0,90	0,89	0,29	0,73**	0,02	1,03	0,76	1,04	0,75	1,19	0,28
	E. Superior	0,63**	0,00	1,06	0,68	0,97	0,81	0,89	0,41	1,06	0,65	1,17	0,22	0,91	0,56

** $p \leq 0,05$
* $p \leq 0,10$
n = 23837

Fonte: Cálculos do autor

Só os resultados das mulheres da Região Norte demonstram existir uma relação clara entre o consumo de medicamentos prescritos e o grau de escolaridade. Com efeito, aquelas que não completaram o Ensino Básico e as que atingiram o Ensino Secundário apresentam um maior consumo de medicamentos (Tabela 4.6.). Mas a relação entre escolaridade e o consumo de medicamentos não é evidente nem semelhante nas diferentes regiões. Assim, entre as mulheres de Lisboa e do Alentejo o aumento da escolaridade parece associar-se a um menor consumo de medicamentos prescritos, mas o contrário ocorre nos homens inquiridos em Lisboa e no Algarve, bem como nas açorianas.

4.4. Indicadores sobre o estado de saúde e utilização de serviços de saúde

Considerando o conjunto da população residente em Portugal, os resultados sugerem uma melhoria do estado de saúde, a qual pode ser acompanhada por uma maior utilização dos serviços de saúde (consultas médicas e uso de medicamentos prescritos), particularmente entre os homens. Relativamente a 2030, o cenário tendência apresenta para ambos os sexos resultados mais favoráveis para todos os indicadores, com exceção da presença de incapacidades de longa duração e, entre os indivíduos do sexo masculino, da presença de doenças crónicas. As maiores diferenças entre os resultados obtidos pelos dois cenários verificam-se com relação ao uso de medicamentos prescritos aos homens, à utilização de consultas médicas pelas mulheres e à autoavaliação do estado de saúde em ambos os sexos.

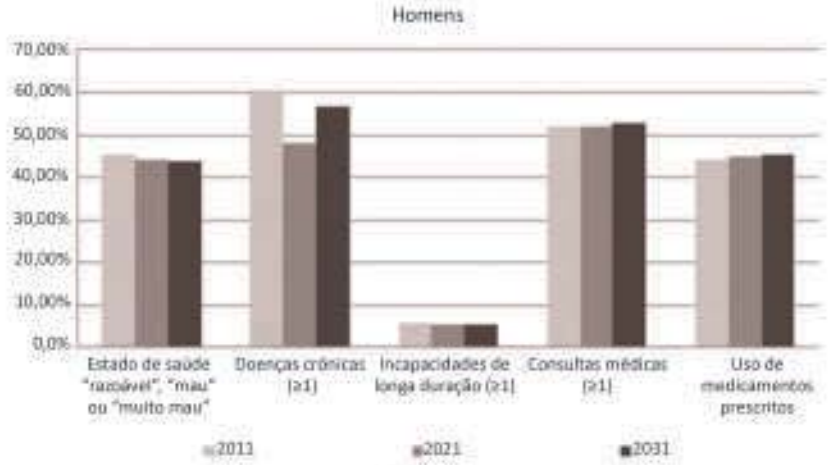
No grupo feminino o peso relativo das inquiridas que classificam de forma negativa o seu estado de saúde, que declaram ter uma doença crónica ou incapacidade de longa duração, continuarão a ser consideravelmente superiores ao sexo masculino. As diferenças entre os sexos existem também no que se refere à utilização de serviços de saúde. De facto, é em particular no que respeita ao uso de medicamentos prescritos e à prevalência de doenças crónicas, que as proporções entre as mulheres mais se distinguem dos homens.

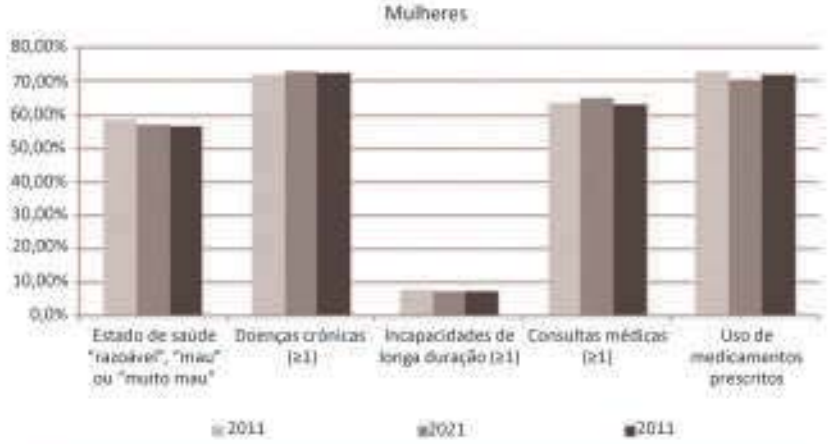
Tabela 4.7. Prevalências projetadas para cada indicador de saúde, por sexo, 2011-2031, Portugal, Cenário Constante e Cenário Tendência (%)

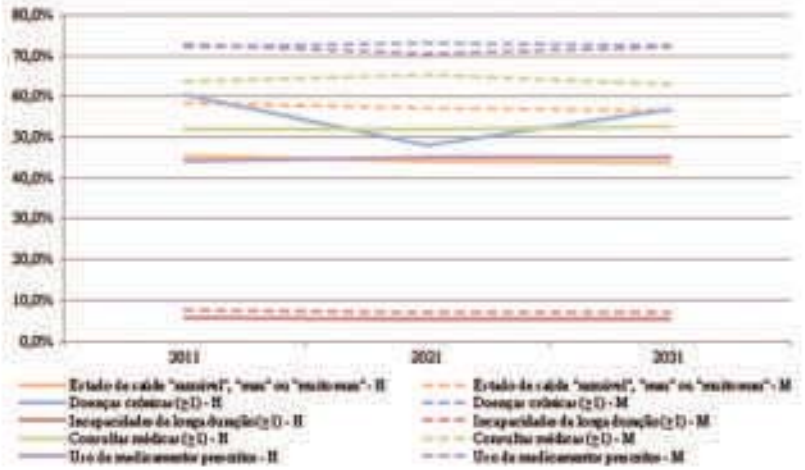
	Sexo	Cenário	2011	2021	2031
Estado de saúde "razoável", "mau" ou "muito mau"	M	Constante	45,3%	44,3%	44,4%
		Tendência		44,1%	43,7%
	F	Constante	58,5%	57,5%	57,4%
		Tendência		57,2%	56,5%
Doenças crónicas (≥1)	M	Constante	60,5%	48,1%	55,7%
		Tendência		48,1%	56,7%
	F	Constante	72,1%	73,1%	73,2%
		Tendência		73,0%	72,3%
Incapacidades de longa duração (≥1)	M	Constante	5,7%	5,5%	5,4%
		Tendência		5,5%	5,5%
	F	Constante	7,7%	7,1%	6,9%
		Tendência		7,1%	7,0%
Consultas médicas (≥1)	M	Constante	52,1%	51,8%	53,6%
		Tendência		51,8%	52,6%
	F	Constante	63,7%	65,3%	64,5%
		Tendência		65,2%	62,9%
Uso de medicamentos prescritos	M	Constante	44,2%	45,0%	47,2%
		Tendência		45,0%	45,2%
	F	Constante	72,9%	70,5%	72,3%
		Tendência		70,6%	72,1%

Fonte: Cálculos do autor

Figura 4.1. Prevalências projetadas para cada indicador de saúde, por sexo, 2011-2031, Portugal, Cenário de Tendência (%)







4.5. Indicadores sobre o estado de saúde e utilização de serviços de saúde, 2011-2031, por NUT II

4.5.1. Auto perceção do estado de saúde

A Tabela 4.7. apresenta para cada região e por sexo, as proporções estimadas de indivíduos que avaliam o seu estado de saúde como "razoável", "mau" ou "muito mau", nos anos de 2011, 2021 e 2031, comparando o cenário constante com o cenário tendência. De destacar que as diferenças entre as proporções estimadas consoante os dois cenários são tanto mais distintas quanto mais significativo é o efeito da escolaridade, analisado anteriormente através dos odds ratio resultantes dos modelos de regressão logística.

Tabela 4.9. Prevalências projetadas para a auto classificação do estado de saúde como "razoável", "mau" ou "muito mau", 2011, 2021 e 2031, por sexo e NUT II, Cenário Constante e Cenário Tendência (%)

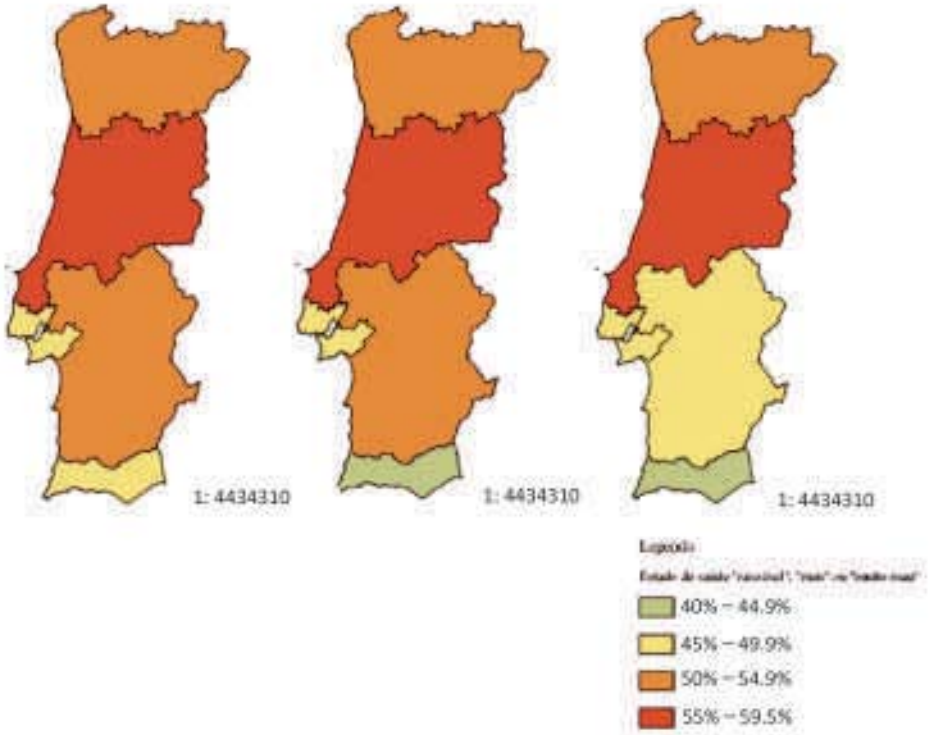
NUT II	Ano	Sexo	Cenário Constante	Cenário Tendência
Norte	2011	M	44,3%	44,3%
		F	58,8%	58,8%
	2021	M	44,6%	44,4%
		F	58,8%	58,4%
	2031	M	45,6%	45,1%
		F	59,4%	58,3%
Centro	2011	M	53,1%	53,1%
		F	63,3%	63,3%
	2021	M	51,2%	50,9%
		F	61,5%	61,2%
	2031	M	51,2%	50,3%
		F	61,2%	60,4%
Lisboa	2011	M	41,9%	41,9%
		F	55,4%	55,4%
	2021	M	40,4%	40,2%
		F	54,6%	54,3%
	2031	M	39,8%	39,1%
		F	53,9%	53,2%
Alentejo	2011	M	44,2%	44,2%
		F	60,3%	60,3%
	2021	M	42,3%	42,2%
		F	57,8%	57,7%
	2031	M	42,3%	41,9%
		F	57,1%	56,6%
Algarve	2011	M	40,8%	40,8%
		F	52,8%	52,8%
	2021	M	38,8%	38,7%
		F	50,5%	50,3%
	2031	M	37,8%	37,5%
		F	49,4%	48,8%
R.A.A.	2011	M	35,5%	35,5%
		F	48,8%	48,8%
	2021	M	36,3%	36,2%
		F	49,5%	49,3%
	2031	M	38,2%	38,0%
		F	51,5%	51,1%
R.A.M.	2011	M	42,6%	42,6%
		F	55,9%	55,9%
	2021	M	41,1%	40,9%
		F	54,8%	54,7%
	2031	M	41,3%	40,7%
		F	54,9%	54,6%

Fonte: Cálculos do autor

Uma vez que é inferior o risco de um individuo mais escolarizado relativamente a outro menos escolarizado, classificar o seu estado de saúde de modo negativo (para a mesma idade), é de esperar que o aumento das taxas de escolarização conduza a uma diminuição da proporção de pessoas com estado de saúde negativamente auto avaliado, visto que a proporção de pessoas com níveis de ensino superiores será mais elevada, em comparação com o cenário constante.

Na mesma tabela é ainda possível verificar que as proporções de mulheres com estado de saúde auto reportado de forma negativa, superam em todas as regiões as proporções registadas no sexo oposto. A região Centro é aquela em que a classificação do estado de saúde continuará a ser menos favorável, em contraste com a Região Autónoma dos Açores, onde as proporções atingem valores mais baixos. (Figura 4.2.)

Figura 4.2. Prevalências projetadas para a auto classificação do estado de saúde como "razoável", "mau" ou "muito mau", 2011, 2021 e 2031, Portugal Continental, Cenário Tendência (%)



Fonte: Cálculos do autor

4.5.2. Doenças crónicas

As prevalências para a presença de pelo menos uma doença crónica são indicadas na Tabela 4.9., que permite comparar os resultados do cenário estável com os do cenário variável, no que respeita à evolução das diferenças entre níveis de escolaridade, bem como o cenário constante e o cenário tendência, relativos à evolução dos níveis de escolarização. Verifica-se que, regra geral, os resultados mais favoráveis correspondem ao cenário variável.

Por outro lado, embora as diferenças entre o cenário constante e o cenário tendência sejam ligeiras, elas tornam-se mais evidentes quando assumimos que as diferenças entre os níveis de escolaridade se acentuam (cenário variável). É na região Norte que as prevalências projetadas são mais elevadas, em contraste com a Região Autónoma da Madeira, onde se observam os valores mínimos. As mulheres apresentam sempre prevalências superiores às dos homens, independentemente da região e do cenário considerados.

4.5.3. Incapacidade de longa duração

As prevalências projetadas para a incapacidade de longa duração (Tabela 4.10.) registam uma tendência decrescente em vários cenários e para as diversas regiões, aumentando somente na Região Autónoma dos Açores e na região Norte, bem como entre as mulheres do Centro, mas apenas se considerarmos o cenário variável.

As mulheres apresentam as prevalências de incapacidade mais elevadas. Em 2031, e relativamente à diversidade regional, espera-se que a região Norte seja aquela onde se podem esperar proporções mais elevadas de indivíduos com incapacidade de longa duração em ambos os sexos. E tal sucede apesar de em 2011 os valores nesta região serem inferiores aos da região do Alentejo, particularmente entre as mulheres. A Região Autónoma da Madeira continuará a apresentar as prevalências mais reduzidas de incapacidade, característica que mantem desde o ano de início de observação.

Tabela 4.10. Prevalências projetadas para a presença de pelo menos uma doença crónica, 2011, 2021 e 2031, por sexo e NUT II, Cenário Constante e Cenário Tendência (%)

			Cenário Estável	Cenário Variável		
NUT II	Ano	Sexo	Cenário Constante	Cenário Tendência	Cenário Constante	Cenário Tendência
Norte	2011	M	60,1%	60,1%	60,1%	60,1%
		F	73,2%	73,2%	73,2%	73,2%
	2021	M	61,7%	61,6%	40,7%	40,5%
		F	75,1%	75,0%	75,1%	75,0%
	2031	M	63,9%	63,6%	59,7%	61,0%
		F	77,0%	76,8%	76,4%	74,7%
Centro	2011	M	62,8%	62,8%	62,8%	62,8%
		F	72,8%	72,8%	72,8%	72,8%
	2021	M	63,0%	62,9%	46,2%	46,0%
		F	73,2%	73,1%	73,1%	73,0%
	2031	M	64,5%	64,4%	59,8%	61,3%
		F	74,3%	74,1%	72,6%	72,2%
Lisboa	2011	M	63,2%	63,2%	63,2%	63,2%
		F	73,4%	73,4%	73,4%	73,4%
	2021	M	64,5%	64,4%	60,5%	60,7%
		F	74,2%	74,1%	74,3%	74,2%
	2031	M	65,0%	64,6%	52,3%	52,3%
		F	74,5%	74,2%	74,1%	73,2%
Alentejo	2011	M	57,8%	57,8%	57,8%	57,8%
		F	69,7%	69,7%	69,7%	69,7%

			Cenário Estável	Cenário Variável		
NUT II	Ano	Sexo	Cenário Constante	Cenário Tendência	Cenário Constante	Cenário Tendência
Alentejo	2021	M	57,4%	57,3%	42,6%	42,5%
		F	69,2%	69,0%	69,1%	69,0%
	2031	M	58,1%	57,9%	53,4%	56,1%
		F	69,6%	69,3%	67,9%	68,3%
Algarve	2011	M	53,0%	53,0%	53,0%	53,0%
		F	67,2%	67,2%	67,2%	67,2%
	2021	M	52,8%	52,7%	45,8%	45,8%
		F	67,0%	67,0%	66,3%	66,3%
	2031	M	52,9%	52,8%	50,8%	52,6%
		F	67,0%	67,1%	60,9%	62,7%
R.A.A.	2011	M	50,1%	50,1%	50,1%	50,1%
		F	64,6%	64,6%	64,6%	64,6%
	2021	M	51,8%	51,7%	62,6%	62,5%
		F	66,6%	66,5%	67,1%	67,0%
	2031	M	54,4%	54,3%	36,1%	31,7%
		F	69,4%	69,3%	69,9%	67,9%
R.A.M.	2011	M	45,2%	45,2%	45,2%	45,2%
		F	57,9%	57,9%	57,9%	57,9%
	2021	M	45,9%	45,7%	45,5%	45,7%
		F	59,7%	59,6%	60,6%	60,4%
	2031	M	47,7%	47,5%	33,8%	30,4%
		F	62,3%	62,1%	62,1%	61,4%

Fonte: Cálculos do autor

Tabela 4.11. Prevalências projetadas para a presença de pelo menos uma incapacidade de longa duração, 2011, 2021 e 2031, por sexo e NUT II, Cenário Constante e Cenário Tendência (%)

			Cenário Estável	Cenário Variável		
NUT II	Ano	Sexo	Cenário Constante	Cenário Tendência	Cenário Constante	Cenário Tendência
Norte	2011	M	6,0%	6,0%	6,0%	6,0%
		F	8,1%	8,1%	8,1%	8,1%
	2021	M	6,1%	6,1%	6,1%	6,1%
		F	8,1%	8,1%	7,8%	7,8%
	2031	M	6,3%	6,2%	6,3%	6,1%
		F	8,2%	8,2%	7,8%	7,7%
Centro	2011	M	6,1%	6,1%	6,1%	6,1%
		F	7,1%	7,1%	7,1%	7,1%
	2021	M	5,6%	5,6%	5,6%	5,6%
		F	6,6%	6,6%	7,8%	7,8%
	2031	M	5,5%	5,4%	5,5%	5,6%
		F	6,3%	6,3%	7,7%	8,6%
Lisboa	2011	M	5,4%	5,4%	5,4%	5,4%
		F	7,7%	7,7%	7,7%	7,7%
	2021	M	5,1%	5,1%	5,1%	5,1%
		F	7,3%	7,2%	6,3%	6,3%
	2031	M	5,1%	5,1%	5,1%	5,1%
		F	6,7%	6,7%	6,0%	5,9%
Alentejo	2011	M	6,0%	6,0%	6,0%	6,0%
		F	9,2%	9,2%	9,2%	9,2%

			Cenário Estável	Cenário Variável		
NUT II	Ano	Sexo	Cenário Constante	Cenário Tendência	Cenário Constante	Cenário Tendência
Alentejo	2021	M	5,0%	5,0%	5,0%	5,0%
		F	8,4%	8,4%	5,6%	5,5%
	2031	M	4,4%	4,4%	4,4%	5,0%
		F	8,0%	7,9%	5,4%	4,7%
Algarve	2011	M	5,4%	5,4%	5,4%	5,4%
		F	7,3%	7,3%	7,3%	7,3%
	2021	M	4,9%	4,9%	4,9%	4,9%
		F	6,8%	6,8%	6,8%	6,8%
	2031	M	4,8%	4,7%	4,8%	4,9%
		F	6,4%	6,4%	6,5%	6,9%
R.A.A.	2011	M	3,8%	3,8%	3,8%	3,8%
		F	6,9%	6,9%	6,9%	6,9%
	2021	M	3,9%	3,9%	3,9%	3,9%
		F	7,1%	7,1%	5,6%	5,6%
	2031	M	4,3%	4,3%	4,3%	3,9%
		F	7,6%	7,5%	5,9%	5,1%
R.A.M.	2011	M	3,0%	3,0%	3,0%	3,0%
		F	5,2%	5,2%	5,2%	5,2%
	2021	M	2,6%	2,6%	2,6%	2,6%
		F	5,0%	5,0%	4,5%	4,5%
	2031	M	2,4%	2,4%	2,4%	2,6%
		F	5,1%	5,1%	4,5%	4,3%

Fonte: Cálculos do autor

4.5.4. Consultas médicas

Na maioria das regiões, e no referente à evolução esperada para as proporções de indivíduos que vão a consultas médicas nos três meses anteriores (Tabela 4.11.), os resultados de 2030 são relativamente idênticos aos de 2011. Além deste facto, em 2031, excetuando as regiões de Lisboa e Algarve, a menor percentagem de utilização deste serviço é esperada de acordo com o cenário variável, em que se admite o aumento dos níveis de escolarização (cenário tendência). Uma vez mais é entre o cenário constante e o cenário tendência que se observam as maiores diferenças de resultados, com menores prevalências projetadas pelo segundo.

A região de Lisboa apresenta os níveis de utilização de consultas médicas mais elevados e, no extremo oposto, as proporções mais baixas correspondem às Regiões Autónomas. Em todas as zonas de Portugal as mulheres continuam a utilizar com maior frequência as consultas médicas.

4.5.5. Consumo de medicamentos

Na generalidade das regiões, a análise das prevalências projetadas para a população que em 2031 consome medicamentos prescritos (Tabela 4.12.) testemunha o facto de que as proporções mais baixas resultam do cenário em que se considera que as diferenças entre grupos de escolaridade se acentuam ao longo do tempo (cenário variável) e em que se admite a evolução dos níveis de escolarização (cenário tendência). Só no Alentejo o cenário variável parece poder conduzir a prevalências mais elevadas, comparativamente ao cenário estável. As maiores diferenças surgem quando comparamos o cenário constante com o cenário tendência, assumindo a variação do efeito da escolaridade (cenário variável), sendo que o cenário tendência resulta geralmente em prevalências inferiores.

As mulheres continuam a apresentar níveis de consumo de medicamentos consideravelmente superiores aos dos homens, em todas as regiões. A Região Autónoma da Madeira é aquela onde o consumo de medicamentos se situa em valores mais baixos, contrastando com a região Centro, em que as prevalências projetadas para 2031 se aproximam dos 50 por cento entre os homens e dos 80 por cento entre as mulheres.

Tabela 4.12. Prevalências projetadas para a existência de pelo menos uma consulta médica nos últimos três meses, 2011, 2021 e 2031, por sexo e NUT II, Cenário Constante e Cenário Tendência (%)

			Cenário Estável	Cenário Variável		
NUT II	Ano	Sexo	Cenário Constante	Cenário Tendência	Cenário Constante	Cenário Tendência
Norte	2011	M	51,9%	51,9%	51,9%	51,9%
		F	64,4%	64,4%	64,4%	64,4%
	2021	M	52,9%	53,0%	50,5%	50,6%
		F	65,9%	66,0%	66,8%	66,7%
	2031	M	54,2%	54,4%	53,6%	52,3%
		F	67,6%	67,7%	66,8%	64,8%
Centro	2011	M	52,6%	52,6%	52,6%	52,6%
		F	64,7%	64,7%	64,7%	64,7%
	2021	M	52,7%	52,8%	51,3%	51,4%
		F	64,5%	64,6%	65,4%	65,4%
	2031	M	54,2%	54,4%	54,0%	52,4%
		F	65,1%	65,2%	64,4%	63,2%
Lisboa	2011	M	56,8%	56,8%	56,8%	56,8%
		F	66,0%	66,0%	66,0%	66,0%
	2021	M	57,7%	57,7%	58,4%	58,4%
		F	66,6%	66,6%	66,7%	66,5%
	2031	M	57,9%	57,9%	58,1%	58,0%
		F	67,2%	67,3%	67,0%	65,7%
Alentejo	2011	M	47,2%	47,2%	47,2%	47,2%
		F	59,4%	59,4%	59,4%	59,4%

			Cenário Estável	Cenário Variável		
NUT II	Ano	Sexo	Cenário Constante	Cenário Tendência	Cenário Constante	Cenário Tendência
Alentejo	2021	M	47,4%	47,4%	46,7%	46,7%
		F	59,4%	59,4%	62,2%	61,9%
	2031	M	48,1%	48,2%	48,0%	47,2%
		F	59,8%	59,9%	57,2%	55,1%
Algarve	2011	M	44,3%	44,3%	44,3%	44,3%
		F	58,3%	58,3%	58,3%	58,3%
	2021	M	44,5%	44,6%	43,9%	43,9%
		F	58,2%	58,1%	57,5%	57,5%
	2031	M	44,8%	44,9%	44,7%	44,4%
		F	58,3%	58,3%	58,7%	58,8%
R.A.A.	2011	M	38,9%	38,9%	38,9%	38,9%
		F	52,7%	52,7%	52,7%	52,7%
	2021	M	40,7%	40,8%	42,9%	43,0%
		F	53,8%	53,9%	60,5%	60,1%
	2031	M	43,3%	43,4%	43,8%	41,4%
		F	55,4%	55,6%	47,0%	43,9%
R.A.M.	2011	M	40,4%	40,4%	40,4%	40,4%
		F	49,6%	49,6%	49,6%	49,6%
	2021	M	41,1%	41,2%	39,2%	39,3%
		F	51,1%	51,1%	54,7%	54,7%
	2031	M	42,6%	42,8%	42,0%	40,6%
		F	53,2%	53,3%	50,4%	46,7%

Fonte: Cálculos do autor

Tabela 4.13. Prevalências projetadas para o uso de medicamentos receitados nas últimas duas semanas, 2011, 2021 e 2031, por sexo e NUT II, Cenário Constante e Cenário Tendência (%)

			Cenário Estável	Cenário Variável		
NUT II	Ano	Sexo	Cenário Constante	Cenário Tendência	Cenário Constante	Cenário Tendência
Norte	2011	M	41,9%	41,9%	41,9%	41,9%
		F	72,4%	72,4%	72,4%	72,4%
	2021	M	43,8%	43,7%	42,6%	42,6%
		F	73,1%	72,9%	66,0%	66,4%
	2031	M	46,4%	46,3%	46,2%	43,4%
		F	74,3%	73,8%	70,4%	70,9%
Centro	2011	M	46,5%	46,5%	46,5%	46,5%
		F	77,3%	77,3%	77,3%	77,3%
	2021	M	47,1%	47,1%	47,5%	47,5%
		F	77,4%	77,4%	77,7%	77,6%
	2031	M	49,3%	49,3%	49,4%	47,2%
		F	78,2%	78,2%	78,1%	77,0%
Lisboa	2011	M	47,1%	47,1%	47,1%	47,1%
		F	72,9%	72,9%	72,9%	72,9%
	2021	M	48,3%	48,3%	48,3%	48,3%
		F	72,5%	72,5%	72,5%	72,6%
	2031	M	49,2%	49,2%	49,2%	48,3%
		F	73,3%	73,3%	73,2%	72,4%
Alentejo	2011	M	44,0%	44,0%	44,0%	44,0%
		F	68,0%	68,0%	68,0%	68,0%

			Cenário Estável	Cenário Variável		
NUT II	Ano	Sexo	Cenário Constante	Cenário Tendência	Cenário Constante	Cenário Tendência
	2021	M	43,9%	43,9%	44,0%	44,0%
		F	66,5%	66,4%	65,0%	65,1%
	2031	M	45,0%	45,0%	45,1%	43,9%
		F	66,0%	65,8%	66,1%	67,2%
Algarve	2011	M	41,7%	41,7%	41,7%	41,7%
		F	69,8%	69,8%	69,8%	69,8%
	2021	M	42,0%	42,1%	41,1%	41,1%
		F	69,3%	69,3%	69,7%	69,6%
	2031	M	42,8%	43,0%	42,7%	41,8%
		F	69,5%	69,4%	69,3%	68,8%
R.A.A.	2011	M	37,6%	37,6%	37,6%	37,6%
		F	68,0%	68,0%	68,0%	68,0%
	2021	M	39,8%	39,7%	41,3%	41,3%
		F	69,2%	69,3%	71,1%	70,9%
	2031	M	43,0%	43,0%	43,4%	40,2%
		F	71,2%	71,2%	68,5%	66,0%
R.A.M.	2011	M	34,0%	34,0%	34,0%	34,0%
		F	60,5%	60,5%	60,5%	60,5%
	2021	M	34,4%	34,4%	33,2%	33,2%
		F	62,0%	62,1%	60,6%	60,7%
	2031	M	36,6%	36,5%	36,3%	34,0%
		F	64,3%	64,5%	64,8%	63,3%

Fonte: Cálculos do autor

Assim, e para concluir, verificamos que os resultados dos modelos de regressão logística baseados nos dados do 4º INS sugerem que em ambos os sexos e em todas as NUT II o efeito da escolaridade (ajustado para a idade) se observa principalmente sobre a auto perceção do estado de saúde. Regra geral, os indivíduos que concluíram o Ensino Superior tendem a classificar de modo mais positivo o seu estado de saúde face ao conjunto da população. Já aqueles que não completaram o Ensino Básico atribuem-lhe tendencialmente classificações mais negativas. Estes resultados vêm de encontro às conclusões de estudos anteriores (Henriques e Rodrigues, 2010).

Relativamente aos restantes indicadores, o efeito da escolaridade parece não ser tão evidente. Nas regiões em que se verificam diferenças estatisticamente significativas, as mesmas apontam para um maior risco dos indivíduos sem o Ensino Básico apresentarem pelo menos uma doença crónica ou uma incapacidade de longa duração. A diminuição deste risco entre os detentores de graus de Ensino Superior verifica-se sobretudo no sexo feminino no conjunto das regiões. Efetivamente, de modo geral, parece ser entre as mulheres que os efeitos da escolaridade são mais determinantes. No que respeita ao recurso a consultas médicas, os resultados sugerem que o aumento de escolaridade se associa a um maior risco de ter consultado o médico nos últimos três meses. Por outro lado, a utilização de medicamentos prescritos entre as mulheres da região Norte parece estar estreitamente associada aos seus níveis de escolaridade. Podemos ainda observar que a região de Lisboa é aquela onde as diferenças para o conjunto dos indicadores parecem ser mais significativas.

Quando analisamos as prevalências esperadas para cada um dos cinco indicadores considerados, verificamos que a auto perceção do estado de saúde é o indicador que apresenta melhorias mais óbvias. Regista-se um aumento substantivo da proporção de residentes que classificam o seu estado de saúde como "bom" ou "muito bom", em todos os cenários e ambos os sexos.

É também este um dos indicadores face ao qual o aumento dos níveis de escolarização (cenário tendência) parece ter maior impacto, em comparação com a manutenção dos mesmos (cenário constante). O mesmo acontece no que respeita ao uso de medicamentos prescritos entre os homens e à utilização de consultas médicas pelas mulheres. Podemos considerar que este impacto é sempre

positivo, dado que o cenário tendência resulta em menores prevalências de indivíduos que classificam negativamente o seu estado de saúde, a menor utilização de consultas médicas e a um menor uso de medicamentos prescritos.

A elaboração de projeções sobre o estado de saúde da população é uma tarefa complexa e desafiante, dadas as dificuldades associadas à estimação das alterações na morbilidade e à medição da saúde (European Commission, 2012). As projeções apresentadas seguem uma abordagem "e se", baseada na definição de cenários distintos para a evolução dos níveis de escolarização e nas diferenças entre graus de instrução relativamente ao estado de saúde e utilização de serviços de saúde. Desta forma, a incerteza associada aos resultados é evidente. Apesar disso, estas projeções são úteis, no sentido em que podem servir de base ao estudo da eventual evolução da despesa pública e ao impacto da escolaridade da população e do seu estado de saúde, como principais impulsores da despesa em saúde, fundamentando a tomada de decisão por parte dos decisores políticos.

Podemos assim admitir que, caso o aumento da longevidade seja acompanhado pelo aumento do número de anos vividos com saúde, o envelhecimento das estruturas etárias da população portuguesa pode não se traduzir, necessariamente, no aumento dos custos em saúde. Um melhor estado de saúde refletir-se-á, à partida, numa menor necessidade de utilização dos serviços de saúde e pode levar, consequentemente, à redução da despesa (Rechel, et al., 2009; European Commission, 2012).

Contudo, os resultados obtidos apontam para uma melhoria futura do estado de saúde (particularmente do estado de saúde auto reportado e da prevalência de doenças crónicas, sobretudo entre os homens), mas também para o aumento da utilização dos serviços de saúde considerados (consultas médicas e uso de medicamentos prescritos). Como tal, podemos questionar se não será antes a maior utilização dos serviços de saúde que nas próximas décadas conduzirá a um melhor estado de saúde, o que viria inverter a evolução esperada quanto aos gastos com este sector.

PARTE III

Envelhecimento e estado de saúde. Custos e opções políticas.

5. Contas Nacionais de Saúde

Maria do Rosário O. Martins e Alexandra Carvalho

Aquilo que um país gasta em saúde e a taxa à qual esses gastos se vão alterando ao longo do tempo são o reflexo de um conjunto variado de fatores económicos e sociais, assim como das estruturas de financiamento e de organização do seu sistema de saúde. A despesa total em saúde mede o consumo final de bens e serviços (ou seja as despesas correntes em saúde), mais o investimento em capital nas infraestruturas dos cuidados de saúde. Inclui os gastos públicos e privados dos bens e serviços médicos, saúde pública, programas de prevenção e despesas de gestão e administração. Atualmente, a contabilização da despesa em saúde em Portugal é feita com base num sistema de contas nacionais descrito detalhadamente no manual "A System of Health Accounts Version 1.0" (Manual SHA 1.0[1]).

Os primeiros dados harmonizados sobre a despesa de saúde remontam a 1995[2], estando disponíveis para 188 países. Após um intenso trabalho de desenvolvimento metodológico pelas principais organizações internacionais[3](OCDE, Organização Mundial de Saúde (OMS) e Instituições da União Europeia) foi publicado, em 2000, o manual "A System of Health Accounts Version 1.0" (Manual SHA 1.0[4]). Este manual apresenta um sistema integrado de contas, internamente consistente, e comparável ao nível internacional, harmonizado, tanto quanto possível, com outras estatísticas de agregados económicos e sociais (parágrafo 1.27, Manual SHA 1.0). Metodologicamente é compatível com o Sistema de Contas Nacionais das Nações Unidas de 1993 (SCN 93) (parágrafo 1.34, Manual SHA 1.0).

Por outro lado, também constitui a base metodológica para a elaboração de outro manual, o "Guide to producing national health accounts with special applications for lower and middle-income countries" (NHA Guide)[5], publicado em 2003 pelo Banco Mundial, Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional (USAID) e OMS, com aplicação aos países não membros da OCDE.

[1]Disponível em: http://www.oecd.org/health/health-systems/1841456.pdf
[2]Disponível em: http://apps.who.int/nha/database/DataExplorer.aspx?ws=0&d=1
[3]Resumo apresentado nos parágrafos 1.12 a 1.17 do Manual SHA 1.0
[4]Disponível em: http://www.oecd.org/health/health-systems/1841456.pdf
[5]Disponível em: http://www.who.int/nha/docs/English_PG.pdf

5.1. Principais características do Sistema de Contas Nacionais da Saúde

As contas nacionais da saúde constituem um sistema de contas exaustivo, consistente, flexível e comparável a nível internacional, baseado nos conceitos, classificações e regras de contabilização definidas pelo manual SHA 1.0 (página 3 do manual SHA).

De acordo com o manual SHA 1.0 (parágrafo 1.6, Manual SHA 1.0), as questões centrais do sistema de contas da saúde são:

1. De onde vem o dinheiro? (agentes financiadores);
2. Para onde vai o dinheiro? (prestadores de bens e serviços);
3. Que tipo de serviços são prestados e que tipo de bens são comprados? (função de cuidados de saúde).

O Sistema de contas da saúde (parágrafo 1.7, Manual SHA 1.0) contempla a contabilização da despesa de saúde considerando a classificação internacional para as contas da saúde (*International Classification for Health Accounts*, ICHA), determinando:

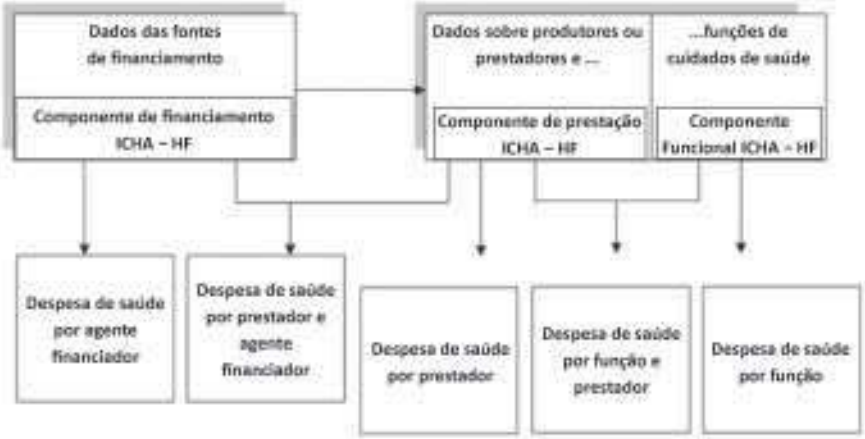
1. As atividades prestadoras de cuidados de saúde (ICHA-HP);
2. Os agentes financiadores de cuidados de saúde (ICHA-HF);
3. As funções de cuidados de saúde (ICHA-HC)

A prestação de cuidados de saúde e o seu financiamento é um processo complexo e tridimensional (parágrafo 1.6, Manual SHA 1.0), representado através dos seguintes fluxos de informação nas contas da saúde: (Figura 5.1.)

5.1.1. Atividades prestadoras de cuidados de saúde (ICHA-HP)

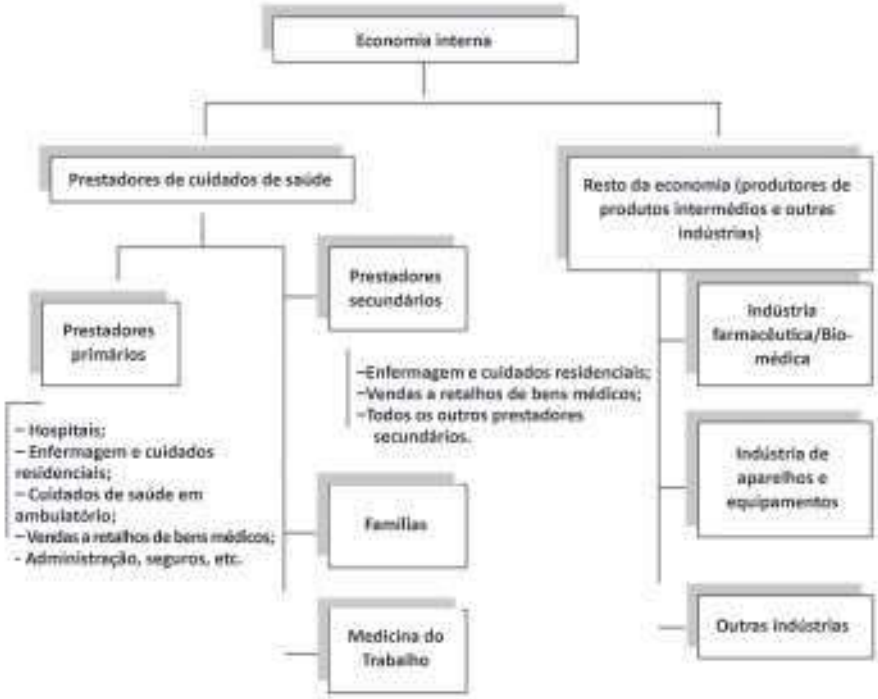
O critério básico de classificação das Atividades Prestadoras de Cuidados de Saúde (ICHA-HP) é a atividade principal do estabelecimento (parágrafo 4.3, Manual SHA 1.0). A classificação ICHA-HP integra os prestadores principais de bens e serviços de saúde e os prestadores secundários (parágrafo 4.5, Manual SHA 1.0), estando os produtores de produtos intermédios excluídos da ICHA-HP (parágrafo 4.6, Manual SHA 1.0). (Figura 5.2.)

Figura 5.1. Fluxos de informação nas contas da Saúde



Fonte: Manual SHA 1.0, p. 24.

Figura 5.2. Prestadores de cuidados de saúde na economia



Fonte: Manual SHA 1.0 (p. 52)

5.1.2 Funções de cuidados de saúde e funções relacionadas com a saúde (ICHA-HC)

A abordagem funcional refere-se "aos objectivos e fins dos cuidados de saúde, como a prevenção de doenças, promoção da saúde, tratamento, reabilitação e cuidados de longa duração" (parágrafo 3.2, Manual SHA 1.0).

A unidade estatística na distribuição funcional, de acordo com o Manual SHA 1.0, é a funcionalidade específica da produção dos prestadores de cuidados de saúde para uso final. Como tal, todos os procedimentos intermédios decorrentes da realização de um ato médico não são classificadas individualmente, mas de acordo com o objetivo final (parágrafo 3.27, Manual SHA 1.0).

Os cuidados de saúde compreendem os serviços pessoais de saúde, prestados diretamente aos indivíduos, e os serviços coletivos de saúde que incluem as atividades de saúde pública, tais como, a promoção da saúde e prevenção de doenças incluindo a definição e aplicação de normas (HC.6) e a administração de saúde e seguros de saúde (HC.7). Os serviços pessoais de saúde compreendem os serviços de cuidados curativos, cuidados de reabilitação, serviços de cuidados continuados ou de longa duração, os serviços auxiliares e os bens médicos dispensados em ambulatório (parágrafo 3.5, Manual SHA 1.0).

A classificação funcional permite a separação da despesa de acordo com o modo de produção: internamento, hospital dia, ambulatório e domicílio (parágrafo 3.7, Manual SHA 1.0). (Tabela 5.1.)

As funções relacionadas com a saúde (ICHA-HC.R.) também estão incluídas na classificação funcional. Estas funções podem estar estreitamente ligados aos cuidados de saúde em termos de operações, instituições e recursos humanos, mas devem, sempre que possível, serem excluídas da despesa em funções básicas de cuidados de saúde (parágrafo 3.22, Manual SHA 1.0). Estas incluem: as atividades de formação bruta de capital dos prestadores de cuidados de saúde (HC.R.1), educação e formação do pessoal de saúde (HC.R.2), investigação e desenvolvimento em saúde (HC.R.3), alimentação, higiene e controlo da qualidade da água potável (HC.R.4), saúde ambiental (HC.R.5), administração e provisão de serviços sociais em espécie destinados à assistência a doentes e deficientes (HC.R.6) e administração e provisão de subsídios relacionados com a saúde (HC.R.7), conforme descrito no parágrafo 3.23, Manual SHA 1.0.

Tabela 5.1. Classificação funcional dos cuidados de saúde (ICHA-HC)

ICHA - HC	Funções de cuidados de saúde
HC.1 – HC.5	Bens e serviços pessoais de saúde
HC.1	Serviços de cuidados curativos
HC.2	Serviços de cuidados de reabilitação
HC.3	Serviços de cuidados de enfermagem de longa duração
HC.4	Serviços auxiliares
HC.5	Bens médicos dispensados a doentes em ambulatório
HC.6 - HC.7	Serviços colectivos de saúde
HC.6	Serviços de prevenção e de saúde pública
HC.7	Administração de saúde e seguros de saúde
HC.R	Funções relacionadas com a saúde
HC.R.1	Formação Bruta de Capital em Atividades de Saúde
HC.R.2	Educação e formação do pessoal de saúde
HC.R.3	Investigação e desenvolvimento em saúde
HC.R.4	Alimentação, higiene e controlo da qualidade da água potável
HC.R.5	Saúde ambiental
HC.R.6	Administração e provisão de serviços sociais em espécie destinados à assistência a doentes e deficientes
HC.R.7	Administração e provisão de subsídios relacionados com a saúde

Fonte: Manual SHA 1.0 (p. 43)

5.1.3. Agentes financiadores dos cuidados de saúde (ICHA-HF)

A classificação de agentes financiadores (ICHA-HF) apresenta a repartição completa da despesa em saúde pelas unidades públicas e privada que incorrem no seu financiamento. Esta classificação deriva da estrutura central dos sectores institucionais da economia estabelecidos pelo SCN 93 (parágrafo 6.7, SHA Manual 1.0). (Tabela 5.2.)

Tabela 5.2. Classificação de agentes financiadores (ICHA-HF)

ICHA - HF	Agentes Financiadores
HF.1	Administração pública
HF.1.1	Administração pública excluindo os fundos de seguração social
HF.1.1.1	Administração pública central
HF.1.1.2	Administração pública estatal/provincial
HF.1.1.3	Administração pública local/municipal
HF.1.2	Fundos de segurança social
HF.2	Sector privado
HF.2.1	Seguros sociais privados
HF.2.2	Seguros privados (outras que seguros sociais)
HF.2.3	Famílias
HF.2.4	Instituições sem fim lucrativo ao serviço das famílias (outras que seguros sociais)
HF.2.5	Sociedades (outras que seguros)
HF.3	Resto do mundo

Fonte: Manual SHA 1.0 (p. 68)

De acordo com o manual SHA 1.0 (parágrafo 6.8), o financiamento dos cuidados de saúde pode ser registado de duas perspetivas diferentes:

– A primeira perspetiva, usualmente utilizada em Contas Nacionais da Saúde, refere-se ao equilíbrio de despesa em saúde numa complexa série de combinações *third-party-payment* mais os pagamentos diretos das famílias ou outros financiamentos diretos;

– Na segunda perspetiva, considera-se as fontes de financiamento dos agentes financiadores intermediários (segurança social, seguros sociais privados e outros seguros privados, Instituições sem fim lucrativo ao serviço das famílias (ISFLSF)) são considerados na sua origem. Adicionalmente, as transferências tais como as intergovernamentais, impostos dedutíveis, subsídios a prestadores e financiamento pelo resto do mundo são incluídas num quadro completo.

5.1.4. Contabilização da despesa total em saúde

De acordo com o Manual SHA 1.0 (parágrafo 5.2), a despesa total em saúde avalia os empregos finais das unidades residentes em bens e serviços de saúde incluindo a Formação Bruta de Capital das atividades prestadoras de cuidados de saúde (como atividade principal). Isto significa que a despesa total em saúde mede os recursos económicos despendidos por um país nas funções HC.1 a HC.7 em bens e serviços de cuidados de saúde, incluindo a administração da saúde e seguros de saúde mais a formação bruta de capital (parágrafo 5.2, Manual SHA 1.0). (Tabela 5.3.)

Tabela 5.3. Fronteira conceptual da despesa total em saúde

ICHA - HC	Descrição
HC.1 – HC.4	Serviços pessoais de saúde
HC.5	Bens médicos dispensados a doentes em ambulatório
DPTS	Despesa Pessoal Total em Saúde
HC.6	Serviços de Saúde Pública e de Prevenção
HC.7	Administração de Saúde e Seguros de Saúde
DCTS	Despesa Corrente Total em Saúde (soma de HC1 a HC7)
HC.R.1	Formação Bruta de Capital em Atividades de Saúde
DTS	Despesa Total em Saúde (DTS = DCTS +HCR1)

Fonte: Manual SHA 1.0 (p. 58)

A despesa total constitui parte da despesa interna bruta, excluindo as exportações de serviços de saúde (prestados por prestadores residentes a estrangeiros não residentes) mas incluindo as importações (despesas em saúde efetuadas por residentes fora do território económico) (parágrafo 5.3, Manual SHA 1.0).

A Formação Bruta de Capital (FBC) em atividades de saúde (como atividade principal) corresponde à despesa que aumenta o stock de recursos do sistema de saúde, com durabilidade superior a um período contabilístico (um ano) (parágrafo 5.2, Manual SHA 1.0). De acordo com o Manual SHA 1.0 (parágrafo 5.37), da FBC em saúde não inclui a FBC dos prestadores que se dedicam como atividade principal à venda a retalho de artigos médicos.

O Manual SHA 1.0 recomenda a aplicação dos princípios do SCN 93 no cálculo da produção de serviços de cuidados de saúde, nomeadamente, a separação entre a produção mercantil e não mercantil de forma a avaliar a produção de serviços de saúde corretamente em termos monetários (parágrafo 5.21, Manual SHA 1.0).

O registo da produção respeita o princípio da especialização económica do exercício (*"accrual basis"*): os fluxos são registados quando o valor econó-

mico é criado, transformado, trocado, transferido ou extinguido. Os serviços são registados quando são prestados, a produção é registada no momento em que o produto é criado e o consumo intermédio registado quando os materiais são usados. O período contabilístico é o ano civil (parágrafo 5.21, Manual SHA 1.0).

5.2. Contas Nacionais da Saúde em Portugal: uma década de series temporais

Nesta secção vamos começar por analisar as tendências verificadas na despesa em saúde entre 2000 e 2012 e o seu enquadramento a nível do contexto económico nacional e internacional. De seguida serão examinados os principais agentes financiadores da despesa e será investigada a forma como a despesa em saúde tem vindo a ser repartida pelos principais prestadores dos cuidados de saúde, nomeadamente hospitais, serviços de ambulatório e farmácias. Finalmente será estudada a forma como a despesa em saúde tem vindo a evoluir desde 2000 segundo os principais modos de produção (internamento, hospital de dia, ambulatório, domicilio). Sempre que for possível estas diferentes componentes da despesa em saúde serão analisadas á luz da sua eventual ligação com o envelhecimento da população.

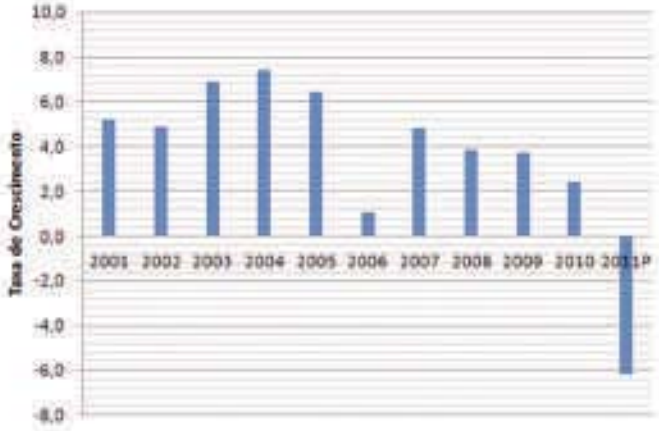
No final desta secção, com base nos dados existentes desde 2000, pretende-se responder as seguintes questões:

- Será que a despesa em saúde tem vindo a aumentar significativamente desde 2000? Estará o seu comportamento relacionado com fatores de natureza económica?
- Quem são os grandes financiadores da despesa em saúde em Portugal? Será que o padrão de financiamento se tem vindo a alterar desde 2000?
- Como se reparte a despesa pelos principais prestadores dos cuidados de saúde? Esta distribuição tem sido coerente ao longo do tempo? E estará relacionada com aspetos ligados ao envelhecimento da população?
- Quais as funções e modos de produção dos cuidados de saúde que absorvem mais recursos? Como tem vindo a evoluir a repartição da despesa em saúde neste contexto ao longo do tempo? Haverá uma associação entre a forma como são distribuidas estas despesas e o envelhecimento da população?

5.2.1. Despesa em Saúde

Em 2012, o ultimo ano para o qual existem dados disponiveis, a despesa corrente em saúde (estimada) atingiu o valor de 15.628,1 milhões de euros, tendo diminuído significativamente em relação ao periodo anterior (-5,5 por cento), após ter registado uma diminuição nominal de 5,8 por cento em 2011. Esta evolução negativa foi determinada sobretudo pelo decréscimo acentuado da despesa corrente pública que alcançou valores de 8,4 por cento em 2011 e 9,7 por cento em 2012 (Tabela 5.4.).

Figura 5.3. Despesa Total em Saúde: 2000-2011



Fonte: INE, Conta Satélite da Saúde (dados publicados em 21 de Junho de 2013). Elaboração própria

Na década 2001-2011, a despesa total em saúde passou de 11 835,8 milhões para 17 507,7 milhões de euros, tendo atingido um crescimento máximo de 7,4 por cento em 2004 e um mínimo de -6,2 por cento em 2011 (Figura 5.3.). A despesa em saúde cresceu mais no primeiro quinquénio, tendo tido um crescimento mais moderado a partir de 2006.

Tabela 5.4. Despesa em Saúde e Principais Agregados. 2000-2012

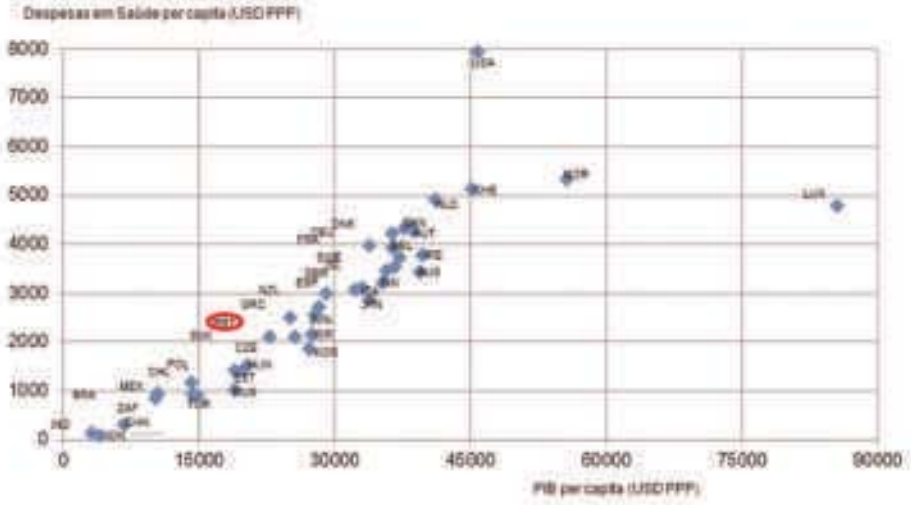
		2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011P	2012Pe
Despesa total em saúde														
valor	10^6€	11.835,8	12.454,1	13.065,4	13.965,0	15.004,1	15.971,9	16.138,0	16.922,0	17.574,7	18.224,2	18.663,7	17.507,7	x
Tx.var	%	x	5,2	4,9	6,9	7,4	6,5	1,0	4,9	3,9	3,7	2,4	-6,2	x
% PIB	%	9,3	9,3	9,3	9,7	10,0	10,4	10,0	10,0	10,2	10,8	10,8	10,2	x
per capita	€	1.157,4	1.210,0	1.260,1	1.337,5	1.428,7	1.514,0	1.524,7	1.595,2	1.654,5	1.714,0	1.754,5	1.643,8	x
Despesa corrente em saúde														
valor	10^6€	10.943,0	11.560,2	12.276,0	13.159,9	14.162,6	15.110,5	15.109,4	15.838,6	16.602,8	17.256,2	17.552,7	16.536,8	15.628,0
Tx.var	%	x	5,6	6,2	7,2	7,6	6,7	0,0	4,8	4,8	3,9	1,7	-5,5	-5,8
% PIB	%	8,6	8,6	8,7	9,2	9,5	9,8	9,4	9,4	9,7	10,2	10,2	9,7	9,5
per capita	€	1.070,1	1.123,1	1.184,0	1.260,4	1.348,6	1.432,4	1.427,5	1.493,0	1.563,0	1.623,0	1.650,1	1.552,6	1.474,0
Desp total	%	92,5	92,8	94,0	94,2	94,4	94,6	93,6	93,6	94,5	94,7	94,0	94,5	x
Despesa corrente pública em saúde														
valor	10^6€	7.598,2	8.057,3	8.689,9	9.196,9	9.874,0	10.548,6	10.251,5	10.712,3	10.972,3	11.657,1	11.827,8	10.835,2	9.789,5
Tx.var	%	x	6,0	7,9	5,8	7,4	6,8	-2,8	4,5	2,4	6,2	1,5	-8,4	-9,7

		2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011P	2012Pe
% PIB	%	6,0	6,0	6,2	6,4	6,6	6,8	6,4	6,3	6,4	6,9	6,8	6,3	5,9
per capita	€	743,0	782,8	838,1	880,8	940,2	999,9	968,6	1.009,8	1.032,9	1.096,4	1.111,9	1.017,3	923,3
Despesa corrente privada em saúde														
valor	10⁶€	3.344,7	3.502,9	3.586,1	3.963,0	4.288,6	4.561,9	4.857,9	5.126,3	5.630,5	5.599,1	5.724,9	5.701,6	5.838,6
Tx.var	%	x	4,7	2,4	10,5	8,2	6,4	6,5	5,5	9,8	-0,6	2,2	-0,4	2,4
% PIB	%	2,6	2,6	2,6	2,8	2,9	3,0	3,0	3,0	3,3	3,3	3,3	3,3	3,5
per capita	€	327,1	340,3	345,9	379,6	408,4	432,4	459,0	483,2	530,1	526,6	538,2	535,3	550,7
Formação bruta de capital														
valor	10⁶€	892,8	893,9	789,4	805,2	841,5	861,4	1.028,6	1.083,4	972,0	968,0	1.111,0	970,9	x
Tx.var	%	x	0,1	-11,7	2,0	4,5	2,4	19,4	5,3	-10,3	-0,4	14,8	-12,6	x
% PIB	%	0,7	0,7	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	x
Desp total	%	7,5	7,2	6,0	5,8	5,6	5,4	6,4	6,4	5,5	5,3	6,0	5,5	x
PIB														
Tx.var	%	7,3	5,6	4,5	2,1	4,1	3,3	4,3	5,3	1,6	-2,0	2,6	-1,0	-3,4

Fonte: INE, Conta Satélite da Saúde (dados publicados em 21 de Junho de 2013)
Legenda: Dados provisórios (P); Dados preliminares (Pe)

As tendências verificadas na despesa em saúde têm que ser enquadradas no contexto mais global não só da economia portuguesa, mas também da conjuntura dos países da OCDE. Em relação a economia portuguesa é importante destacar que, em 2012, a despesa corrente em saúde corresponde a 9,5 por cento do PIB, sendo este valor apenas superior em cerca de um ponto percentual ao verificado em 2000 (8,6 por cento). Constata-se igualmente da análise da Tabela 5.4 que em 2011 e 2012, a despesa corrente em saúde diminuiu a um ritmo muito superior ao do PIB, que registou reduções nominais de 1,0 por cento em 2011 e 3,4 por cento em 2012. Se considerarmos o contexto da OCDE, verifica-se que PIB per capita está positivamente associado com as despesas em saúde (Barros, 2014; Gerdtham, et al., 1998). Em geral, países mais ricos, têm maiores níveis de despesa em saúde (Figura 5.4.).

Figura 5.4. Despesas em saúde e PIB per capita nos países da OCDE



Fonte: OCDE. Health at a Glance, 2009.

5.2.2. Despesa por agente financiador

Despesa Corrente Pública e Privada

Como já foi referido, estão englobados nos agentes financiadores de cuidados de saúde (ICHA-HF) todas as unidades institucionais que financiam diretamente os sistemas de saúde nacionais (ex.: Serviço Nacional de Saúde, subsistemas de

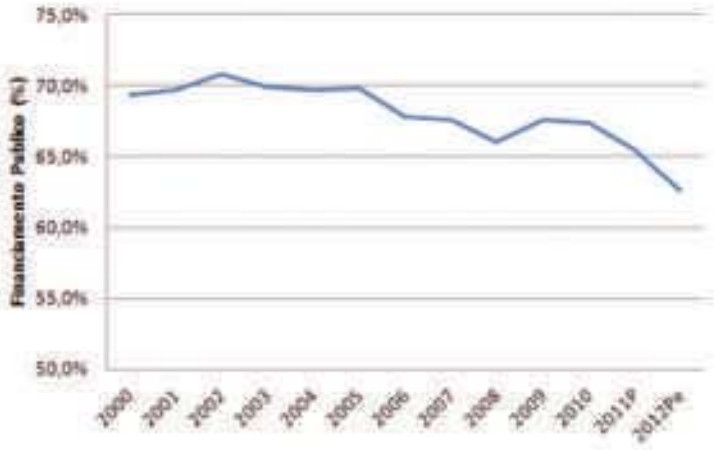
saúde públicos/privados, despesa privada das famílias). A repartição da despesa em saúde por agentes financiadores permite medir a despesa total (ou corrente), pública e privada, em saúde.

Os agentes financiadores públicos integram o Serviço Nacional de Saúde (SNS), os subsistemas de saúde públicos (ADSE, Assistência Médica e Medicamentosa aos beneficiários das Forças Militares e Militarizadas e Serviços Sociais da PSP e do Ministério da Justiça) e outras unidades da administração pública (incluindo as deduções à coleta de IRS por cuidados de saúde).

São classificados como agentes financiadores privados os seguros privados (que incluem os subsistemas de saúde privados (SAMS, PTACS, Instituto das Obras Sociais (IOS) dos CTT, entre outros) e os outros seguros privados), a despesa privada das famílias, as instituições sem fim lucrativo ao serviço das famílias (exceto as de seguros sociais) e as outras sociedades (exceto as de seguros de saúde).

O sector público é a principal fonte de financiamento na área da saúde em Portugal (Figura 5.5.). Face ao total das despesas em saúde, a despesa corrente financiada pelos agentes públicos tem vindo, consecutivamente, desde 2000, a perder importância relativa face à despesa corrente privada, atingindo 62,6 por cento da despesa corrente total em 2012.

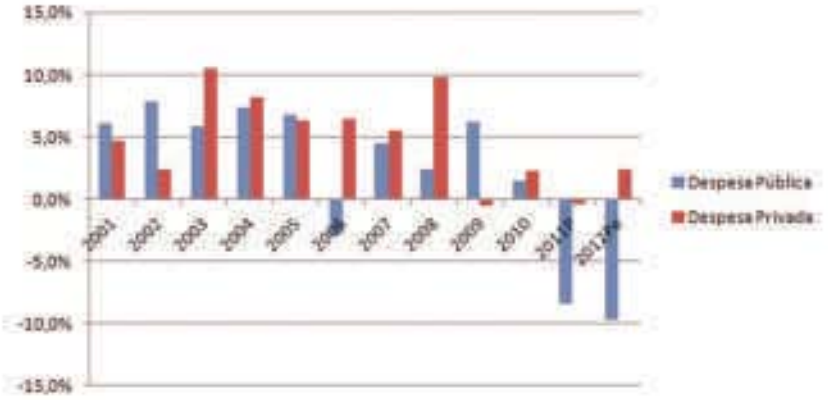
Figura 5.5. Evolução da quota-parte pública (%) na despesa total em saúde



Legenda: Dados provisórios (P); Dados preliminares (Pe)
Fonte: INE, Conta Satélite da Saúde da Saúde (dados publicados em 21 de Junho de 2013).

Após o crescimento de 1,5 por cento observado em 2010 (Figura 5.6.), a despesa corrente pública decresceu significativamente em 2011 (-8,4 por cento) e em 2012 (-9,7 por cento). Por sua vez, a despesa corrente privada registou uma ligeira diminuição em 2011 (-0,4 por cento), estimando-se um acréscimo de 2,4 por cento no ano seguinte.

Figura 5.6. Taxa de crescimento da despesa pública e privada em Portugal



Fonte: INE, Conta Satélite da Saúde da Saúde (dados publicados em 21 de Junho de 2013). Elaboração própria

Entre 2000 e 2012, a despesa corrente privada apresentou uma taxa de crescimento médio anual de 4,8 por cento, enquanto a despesa corrente pública cresceu apenas 2,3 por cento. No entanto, estes valores apresentam uma forte variabilidade, nomeadamente no sector público. Em 2012, a despesa corrente privada situou-se 30 por cento acima do nível observado em 2005, enquanto a despesa corrente pública foi inferior em 10 por cento. Esta evolução foi fortemente influenciada pelo decréscimo da despesa pública nos últimos dois anos. (Tabela 5.5.)

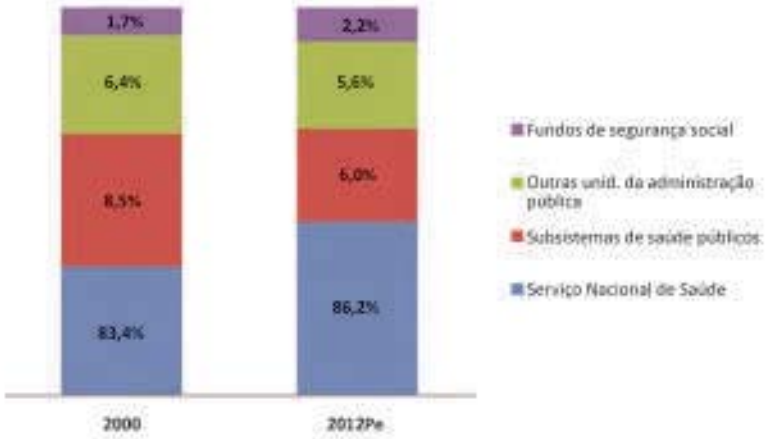
Analisando os agentes financiadores do sector público, em 2012, o SNS representava a maior fonte de financiamento, seguido dos subsistemas de saúde publico (Figura 5.7.). A maior alteração em relação a distribuição verificada em 2000 diz respeito à transferência das verbas relativas aos subsistemas de saúde públicos para o Sistema Nacional de Saúde (8,5 por cento em 2000 e apenas 6 por cento em 2012).

Tabela 5.5. Despesa corrente em saúde por agente financiador

Agentes financiadores (ICHA-HF)	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011P	2012Pe
Administrações públicas	7.598,2	8.057,3	8.689,9	9.196,9	9.874,0	10.548,6	10.251,5	10.712,3	10.972,3	11.657,1	11.827,8	10.835,2	9.789,5
Serviço Nacional de Saúde	6.334,2	6.622,9	7.069,6	7.437,9	7.909,9	8.415,0	8.091,9	8.431,7	8.605,8	9.137,2	9.977,3	9.107,7	8.439,4
wSubsistemas de saúde públicos	647,2	750,6	913,6	913,5	996,8	1.023,5	1.032,8	1.175,2	1.161,6	1.268,6	709,9	626,6	585,5
Outras unid. da administração pública	485,4	544,7	573,3	690,5	804,2	948,7	951,8	918,6	997,0	1.015,4	913,4	880,4	549,6
Fundos de segurança social	131,4	139,1	133,5	155,0	163,1	161,3	175,1	186,8	207,8	236,0	227,1	220,5	215,1
Setor privado	3.344,7	3.502,9	3.586,1	3.963,0	4.288,6	4.561,9	4.857,9	5.126,3	5.630,5	5.599,1	5.724,9	5.701,6	5.838,6
Subsistemas de saúde privados	237,6	266,0	265,2	355,1	389,6	357,5	361,9	342,7	366,3	323,2	315,3	310,6	288,4
Outros seguros privados	148,9	162,0	214,0	263,6	300,5	308,5	358,2	397,6	446,3	464,2	491,2	505,4	503,1
Despesa privada familiar	2.879,3	2.998,3	3.032,6	3.261,7	3.514,9	3.814,1	4.053,6	4.307,8	4.724,7	4.715,6	4.816,7	4.782,1	4.946,6
Inst. sem fim lucrativo ao serviço das famílias	18,5	15,7	16,2	21,4	23,2	17,5	19,3	14,6	14,3	15,4	14,6	14,2	14,2
Outras sociedades	60,4	60,9	58,1	61,1	60,5	64,3	64,9	63,7	78,8	80,6	87,1	89,3	86,2

Legenda: Dados provisórios (P); Dados preliminares (Pe)
Fonte: INE, Conta Satélite da Saúde da Saúde (dados publicados em 21 de Junho de 2013)

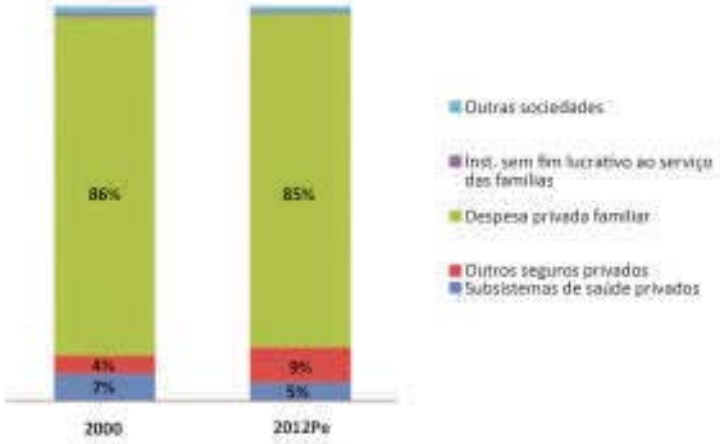
Figura 5.7. Fontes de Financiamento da administração pública em 2000 (esquerda) e 2012 (direita)



Fonte: INE, Conta Satélite da Saúde da Saúde (dados publicados em 21 de Junho de 2013)

No sector privado a principal fonte de financiamento em 2012 continua a ser, como em 2000, a referente às despesas das famílias, havendo no entanto, entre 2000 e 2012, um aumento da quota-parte de outros seguros privados e uma diminuição do subsistema de saúde privado (Figura 5.8.).

Figura 5.8. Fontes de Financiamento no sector privado em 2000 (esquerda) e 2012 (direita)

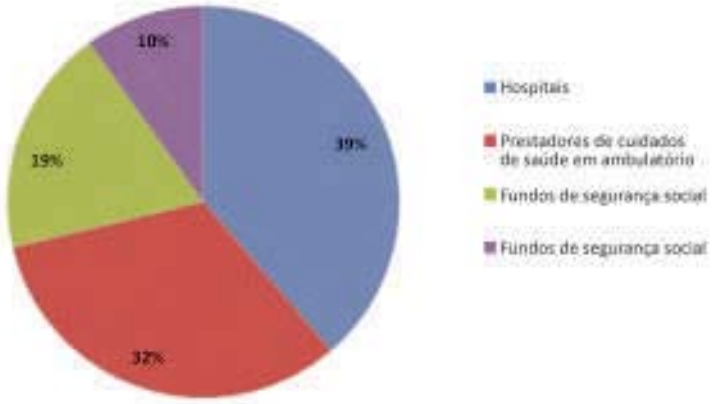


Fonte: INE, Conta Satélite da Saúde da Saúde (dados publicados em 21 de Junho de 2013)

5.2.3 Despesa por prestadores dos cuidados de saúde

As atividades prestadoras de cuidados de saúde (ICHA-HP) destinadas ao consumo final compreendem as entidades cuja atividade principal e secundária é a produção de serviços de saúde. Estão incluídos nomeadamente aqueles que têm como atividade principal a prestação de cuidados de saúde (ex.: Hospitais) assim como os produtores que prestam serviços de cuidados de saúde como atividade secundária (ex.: Lares de terceira idade). Estas atividades não incluem a produção intermédia destinada a intra consumo das atividades prestadoras (ex.: Indústrias farmacêuticas), exceto a medicina do trabalho. Em 2011, os hospitais (39 por cento), cuidados de saúde em ambulatório (32 por cento) e as farmácias (19 por cento) representavam as maiores componentes da despesa corrente em saúde (Figura 5.9.).

Figura 5.9. Despesa corrente em saúde por prestador. 2011 (valor provisório)



Fonte: INE, Conta Satélite da Saúde da Saúde (dados publicados em 21 de Junho de 2013)

Em relação a 2010, verificou-se que, em geral, a despesa dos prestadores de cuidados de saúde diminuiu. A parte relativa aos hospitais decresceu 4,1por cento, espelhando a diminuição em 7,4 por cento da despesa em hospitais públicos (que abrangem os hospitais Entidades Públicas Empresariais (E.P.E.)), uma vez que a despesa em hospitais privados (que incluem hospitais com Contrato de Parceria Público-Privada) aumentou 10,2 por cento. O aumento da despesa em

hospitais privados deveu-se sobretudo à abertura de novas unidades hospitalares. Em relação aos prestadores de cuidados de saúde em ambulatório, a despesa viu o seu valor reduzido em 7,4 por cento em 2011 (Tabela 5.6.).

A despesa relacionada com os prestadores públicos e privados de cuidados de saúde em ambulatório decresceu 10,8 por cento e 6,1 por cento, respetivamente, tendência também verificada na despesa em farmácias que registou uma diminuição de 9,1 por cento em 2011.

A estrutura de despesa corrente por prestadores, em 2011, não apresentou alterações significativas em relação ao ano anterior. Ao nível dos principais prestadores, notou-se um aumento do peso relativo da despesa em hospitais (38,0 por cento em 2010 e 38,7 por cento em 2011) e, em sentido inverso, um decréscimo da proporção da despesa em prestadores de cuidados de saúde em ambulatório (33,1 por cento em 2010 e 32,5 por cento em 2011).

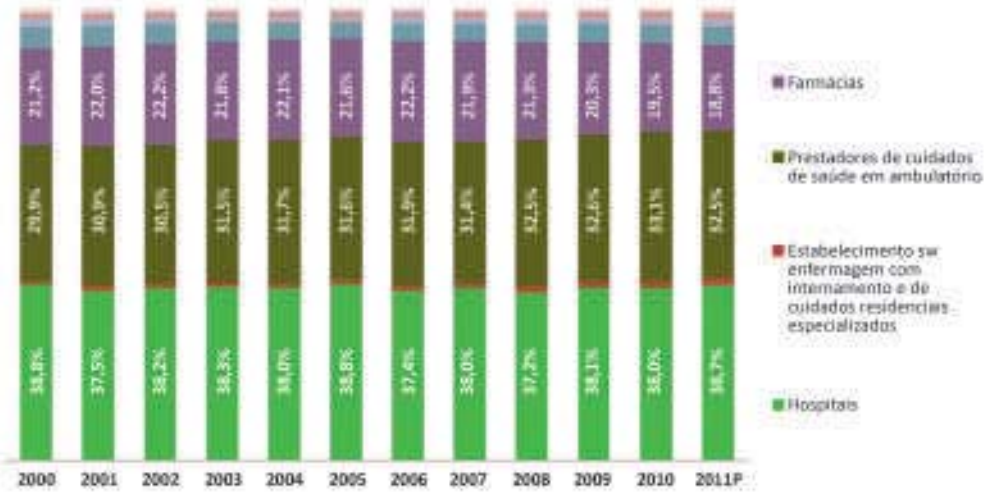
Quando se analisam estes valores para o período 2000-2011 (Figura 5.10.), as principais variações foram as verificadas ao nível da proporção da despesa em prestadores de cuidados de saúde em ambulatório (29,9 por cento em 2000 e 32,5 por cento em 2011), e da despesa dos estabelecimentos de enfermagem com internamento e de cuidados residenciais especializados (0,9 por cento em 2000 e 1,6 por cento em 2011).

Tabela 5.6. Despesa corrente em saúde por prestador

													Unid: 10⁶ Euros
Prestadores de cuidados de saúde (ICHA-HP)		2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011P
Hospitais	HP.1	4.246,8	4.338,3	4.684,8	5.046,0	5.386,7	5.864,0	5.649,8	6.017,4	6.170,4	6.566,4	6.674,0	6.402,4
Estabelecimentos de enfermagem com internamento e de cuidados residenciais especializados	HP.2	101,0	109,8	119,1	129,5	143,4	148,3	157,0	178,8	207,2	234,7	251,2	264,6
Prestadores de cuidados de saúde em ambulatório	HP.3	3.274,4	3.576,6	3.747,2	4.143,1	4.493,5	4.773,8	4.824,3	4.970,6	5.394,0	5.633,0	5.813,5	5.382,1
Farmácias	HP.4.1	2.324,2	2.538,8	2.722,5	2.863,8	3.128,5	3.267,5	3.349,3	3.470,1	3.539,7	3.507,4	3.423,7	3.113,0
Todas as outras vendas de bens médicos	HP.4.2-4.9	528,5	522,9	551,0	522,8	521,7	545,3	568,5	605,2	647,3	664,4	687,8	673,1
Provisão e administração de programas de saúde pública	HP.5	7,8	8,6	8,1	9,8	12,0	9,3	8,3	8,0	13,9	10,2	11,9	11,8
Administração e seguros de saúde em geral	HP.6	180,0	179,9	164,7	166,0	190,8	198,7	228,7	243,5	255,2	264,1	292,4	294,3
Todas as outras atividades	HP.7	132,8	146,1	148,5	155,3	164,2	171,9	183,8	193,0	208,1	222,1	230,5	226,7
Resto do Mundo	HP.9	147,4	139,2	130,1	123,6	121,8	131,7	139,8	152,0	166,9	154,0	167,7	168,9

Fonte: INE, Conta Satélite da Saúde da Saúde (dados publicados em 21 de Junho de 2013)
Legenda: Dados provisórios (P); Dados preliminares (Pe)

Figura 5.10. Despesa corrente em saúde por prestador. 2000-2011



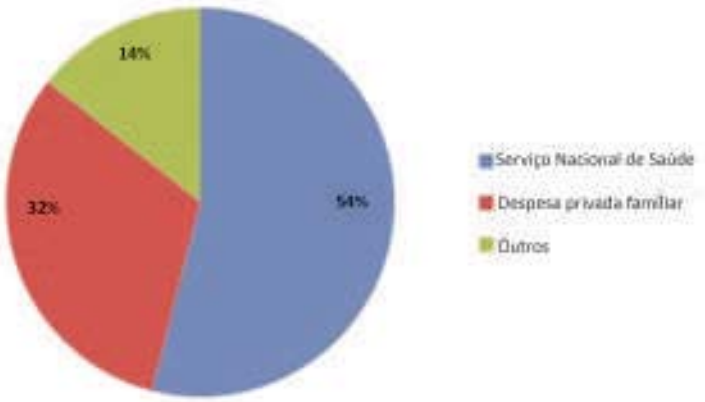
Fonte: INE, Conta Satélite da Saúde da Saúde (dados publicados em 21 de Junho de 2013)

A despesa corrente em farmácia tem vindo gradualmente a diminuir, correspondendo a 18,8 por cento do total em 2011, tendo atingido o valor de 21,2 por cento em 2000.

5.2.4. Despesa corrente por agentes financiadores e prestadores de cuidados de saúde

Em 2012, a proporção da despesa corrente em saúde suportada pelo SNS era de 54 por cento, tendo as famílias financiado 28,9 por cento do total da despesa corrente (Figura 5.11.).

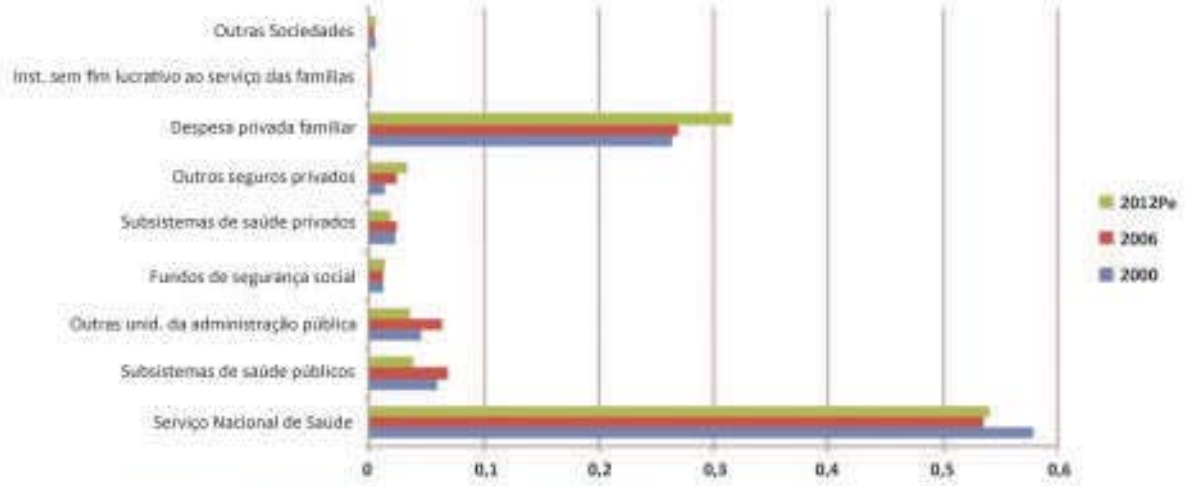
Figura 5.11. Despesa corrente em 2012 por grandes agentes financiadores



Fonte: INE, Conta Satélite da Saúde da Saúde (dados publicados em 21 de Junho de 2013)

Entre 2000 e 2012 a proporção da despesa corrente em saúde financiada pelas famílias aumentou consideravelmente, representando 26 e 32 por cento, respetivamente. Em simultâneo, observou-se o decréscimo do financiamento suportado pelo Serviço Nacional de Saúde (SNS) correspondendo a 54 por cento da despesa corrente em 2012 e a 58 por cento em 2000 (Figura 5.12.).

Figura 5.12. Despesa corrente em saúde, por agente financiador (2000-2012Pe)

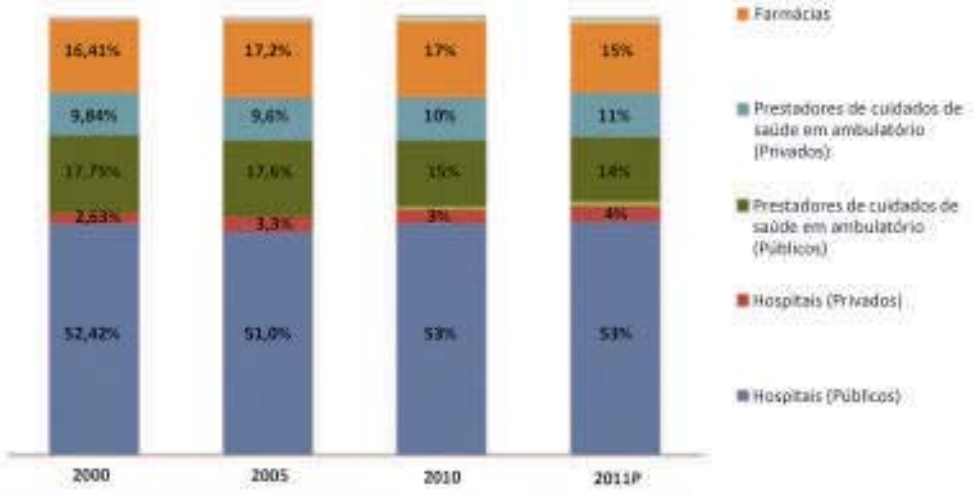


Fonte: INE, Conta Satélite da Saúde da Saúde (dados publicados em 21 de Junho de 2013)

Em relação aos restantes agentes financiadores, os outros seguros privados foram os únicos a registar um aumento do peso relativo da sua despesa na estrutura de financiamento (1,3 e 3,2 por cento em 2000 e 2012, respetivamente). Destaca-se ainda neste período o decréscimo acentuado da despesa das outras unidades da administração pública (incluindo as deduções à coleta de IRS por cuidados de saúde), traduzindo-se na redução do seu peso relativo na estrutura de financiamento, devido à alteração das regras aplicadas ao cálculo das deduções à coleta de IRS estabelecidas na Lei nº 64-B/2011, de 30 de Dezembro. Em 2012, as famílias passaram a poder deduzir apenas 10por cento das despesas em saúde com o limite de 838,44€, no caso das despesas isentas de IVA ou sujeitas à taxa reduzida (até 2011 era possível deduzir até 30 por cento das despesas de saúde, com bens e serviços isentos de IVA ou com taxa de 6 por cento (e juros contraídos para pagamento das mesmas), sem limite máximo estabelecido.

Analisando a despesa em saúde por agente prestador e por grandes fontes de financiamento, verifica-se que desde 2000, a despesa corrente do SNS tem vindo a decrescer, refletindo a redução do financiamento aos hospitais públicos, aos prestadores públicos de cuidados de saúde em ambulatório e às farmácias (Figura 5.13.) (Tabela 5.7.).

Figura 5.13. Despesa corrente do SNS, por prestador, 2000-2011



Fonte: INE, Conta Satélite da Saúde da Saúde (dados publicados em 21 de Junho de 2013)

As medidas para redução da despesa pública adotadas em 2011, nomeadamente a redução dos custos com o pessoal e dos consumos intermédios dos prestadores públicos e a diminuição do valor dos contratos-programa com as Entidades E.P.E., tiveram efeitos na diminuição da despesa do SNS. Simultaneamente, as medidas de política do medicamento implementadas em 2011 e 2012, que se traduziram no decréscimo dos preços dos medicamentos, na diminuição das comparticipações pelo SNS e no incremento dos medicamentos genéricos, propiciaram também uma redução significativa da despesa do SNS com as farmácias. Por outro lado, a revisão do preço dos medicamentos tendo como referência os preços mais baixos praticados noutros países europeus, o incentivo de acesso ao mercado de medicamentos genéricos através do desbloqueio judicial relacionado com patentes, e o aumento de substâncias ativas com medicamento genérico comercializadas e a implementação da prescrição e dispensa por "Denominação Comum Internacional", contribuíram significativamente para as poupanças verificadas no SNS.

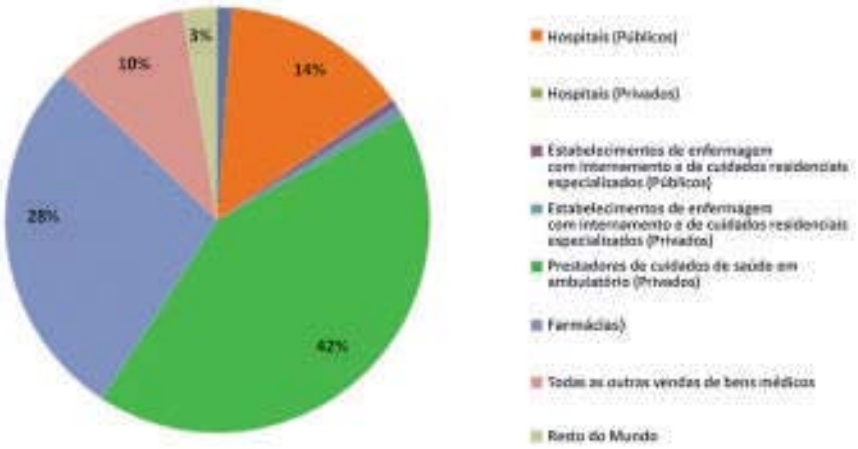
Tabela 5.7. Despesa corrente em saúde do Serviço Nacional de Saúde por prestador

													Unid: 10[6] Euros
Prestadores de cuidados de saúde (ICHA-HP)	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011P	2011P
Hospitais (Públicos)	HP.1	3.320,6	3.308,5	3.539,4	3.673,6	3.912,8	4.292,5	4.060,2	4.342,0	4.340,6	4.724,7	5.259,8	4.844,6
Hospitais (Privados)	HP.1	166,7	215,2	205,2	234,0	276,1	279,3	277,3	285,4	304,3	226,1	329,6	336,6
Estabelecimentos de enfermagem com internamento (Privados)	HP.2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	11,4	35,5	48,9	67,9	90,4
Prestadores de cuidados de saúde em ambulatório (Públicos)	HP.3	1.124,2	1.236,5	1.311,9	1.397,5	1.442,9	1.477,0	1.385,6	1.374,9	1.370,2	1.368,0	1.504,5	1.315,2
Prestadores de cuidados de saúde em ambulatório (Privados)	HP.3	623,5	653,7	717,2	782,1	782,6	806,7	847,6	826,4	906,5	993,4	960,8	963,5
Farmácias	HP.4.1	1.039,2	1.146,6	1.227,2	1.272,9	1.384,6	1.448,2	1.425,0	1.480,8	1.554,7	1.651,3	1.737,8	1.404,7
Todas as outras vendas de bens médicos	HP.4.2-4.9	5,7	4,4	4,5	5,2	5,9	10,1	7,7	7,5	7,9	7,8	7,7	8,4
Provisão e administração de programas de saúde pública	HP.5	2,8	3,3	3,5	3,6	4,9	5,1	4,8	4,1	7,3	4,9	5,4	5,7
Administração e seguros de saúde em geral	HP.6	38,4	38,7	41,8	49,4	62,4	69,6	64,1	72,3	57,9	87,5	93,3	104,9
Resto do Mundo	HP.9	13,0	15,9	18,8	19,6	27,9	26,4	19,6	27,0	20,9	24,5	10,5	33,7
Despesa corrente em saúde		6.334,2	6.622,9	7.069,6	7.437,9	7.909,9	8.415,0	8.091,9	8.431,7	8.605,8	9.137,2	9.977,3	9.107,7

Fonte: INE, Conta Satélite da Saúde da Saúde (dados publicados em 21 de Junho de 2013)
Legenda: Dados provisórios (P); Dados preliminares (Pe)

No que diz respeito às famílias (Figura 5.14.), em 2011, as principais componentes da despesa corrente são as respeitantes aos cuidados de saúde em ambulatório do sector privado (42 por cento), farmácias (28 por cento) e hospitais privados (14 por cento).

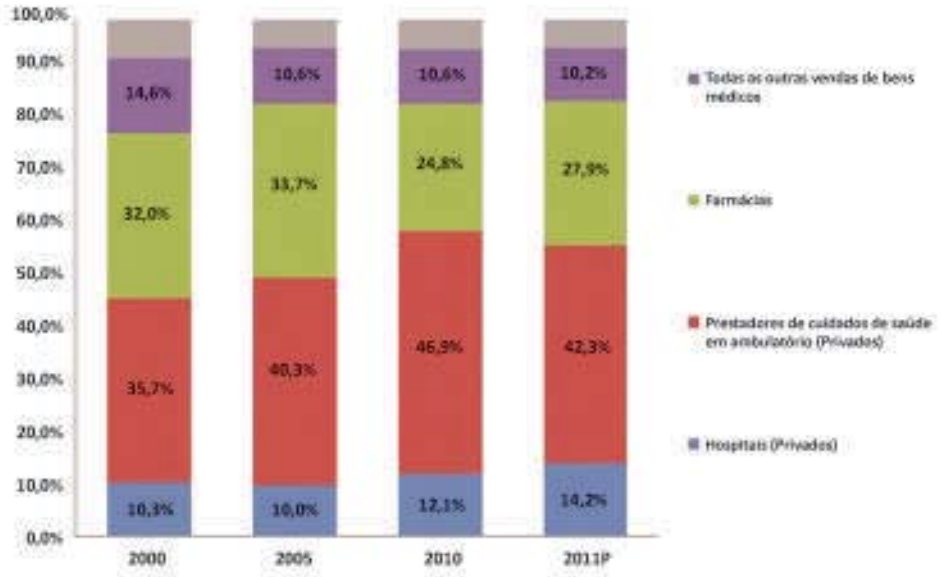
Figura 5.14. Despesa das famílias por prestador em 2011



Fonte: INE, Conta Satélite da Saúde da Saúde (dados publicados em 21 de Junho de 2013)

A repartição da despesa das famílias tem sofrido algumas alterações desde 2000, mantendo-se no entanto a importância relativa das grandes rubricas. Até 2010, houve um aumento crescente do peso dos cuidados de saúde em ambulatório e hospitais do sector privado, tendo-se verificado uma diminuição na fração correspondente às farmácias (Figura 5.15.).

Figura 5.15. Repartição da despesa das famílias pelos principais prestadores 2000-2011



Fonte: INE, Conta Satélite da Saúde da Saúde (dados publicados em 21 de Junho de 2013)

Após 2010, esta tendência alterou-se, tendo-se verificado uma diminuição da despesa em prestadores privados de cuidados de saúde em ambulatório (-10,6 por cento) que passou a representar 42,3 por cento da sua despesa (-4,6 pontos percentuais, face a 2010). Contrariamente, registou-se um aumento da despesa das famílias em hospitais públicos (+25,6 por cento), em hospitais privados (+16,2 por cento), em prestadores públicos de cuidados de saúde em ambulatório (+54,4 por cento) e em farmácias (+11,9 por cento).

Esta evolução traduziu-se no aumento do peso relativo da despesa em hospitais privados e em farmácias na estrutura de despesa das famílias (Tabela 5.8.). De referir que no ano de 2011 a atualização das taxas moderadoras cobradas no âmbito dos serviços prestados aos utentes pelos prestadores públicos pertencentes ao SNS e as alterações das condições de atribuição de isenção do seu pagamento (o direito à isenção no pagamento de taxas moderadoras passou a ser concedido aos pensionistas e desempregados que não recebam rendimentos superiores ao salário mínimo nacional) contribuiu para o aumento acentuado da despesa das famílias com esses prestadores. É ainda de referir que, em Julho de 2011, o Governo da Região Autónoma dos Açores também introduziu a cobrança de taxas moderadoras pelos prestadores públicos pertencentes ao Serviço Regional de Saúde. Por sua vez, o recente aumento da despesa das famílias em farmácias resultou das medidas de política do medicamento adotadas. Veja-se, por exemplo, a diminuição das comparticipações de determinados grupos e subgrupos fármaco-terapêuticos e a alteração do Escalão A. De notar que a comparticipação do Estado no preço dos medicamentos de venda ao público é fixada de acordo com quatro escalões. No Escalão A, a comparticipação é de 90 por cento; no Escalão B, 69 por cento; no Escalão C, 37 por cento e no Escalão D a comparticipação é de 15 por cento. Os escalões de comparticipação variam de acordo com as indicações terapêuticas do medicamento, a sua utilização, as entidades que o prescrevem e ainda com o consumo acrescido para doentes que sofram de determinadas patologias[5].

[5] http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/informacoes+uteis/medicamentos/comparticipacao+medicamentos.htm).

Tabela 5.8. Despesa corrente em saúde das famílias por prestador

Prestadores de cuidados de saúde (ICHA-HP)	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011P
Hospitais (Públicos)	46,2	61,5	35,5	30,8	34,5	35,9	38,7	41,4	45,5	45,2	43,2	54,2
Hospitais (Privados)	296,7	251,5	271,6	371,0	346,8	379,7	409,9	451,9	551,1	530,6	583,0	677,5
Estabelecimentos de enfermagem com internamento e de cuidados residenciais especializados (Públicos)	7,0	8,4	25,4	0,0	5,8	6,6	6,7	6,5	6,1	6,5	7,0	5,7
Estabelecimentos de enfermagem com internamento e de cuidados residenciais especializados (Privados)	5,8	12,6	9,4	28,5	31,2	41,0	48,3	51,5	42,7	39,3	41,7	33,1
Prestadores de cuidados de saúde em ambulatório (Públicos)	23,5	24,6	26,9	20,5	22,7	25,9	26,9	27,9	26,6	25,5	24,7	38,1
Prestadores de cuidados de saúde em ambulatório (Privados)	1.028,6	1.129,3	1.094,1	1.210,0	1.392,9	1.535,9	1.599,6	1.709,8	1.995,7	2.105,9	2.260,8	2.020,5
Farmácias	920,4	991,2	1.054,3	1.105,8	1.211,6	1.285,4	1.391,7	1.451,0	1.429,7	1.349,5	1.193,1	1.334,6
Todas as outras vendas de bens médicos	419,7	398,2	406,8	394,0	377,9	402,9	416,7	447,2	483,9	486,0	510,4	489,4
Resto do Mundo	131,5	121,0	108,6	101,0	91,5	100,9	115,0	120,6	143,5	127,2	152,6	128,9
Despesa corrente em saúde	2.879,3	2.998,3	3.032,6	3.261,7	3.514,9	3.814,1	4.053,6	4.307,8	4.724,7	4.715,6	4.816,7	4.782,1

Fonte: INE, Conta Satélite da Saúde da Saúde (dados publicados em 21 de Junho de 2013)
Legenda: Dados provisórios (P); Dados preliminares (Pe)

5.2.5 Despesa por funções de cuidados de saúde e modo de produção

A classificação das despesas por funções e modos de produção permite fazer uma análise separada das seguintes componentes (Tabela 5.9.):

- Despesas com internamento (Cuidados curativos e reabilitação, Cuidados de enfermagem prolongados);
- Despesas hospital de dia, ambulatório (Cuidados curativos e reabilitação);
- Despesas sem internamento, ambulatório (Cuidados curativos e reabilitação);
- Despesas com cuidados domiciliários (Cuidados curativos e reabilitação (ambulatório), Cuidados de enfermagem prolongados);
- Despesas com serviços auxiliares de cuidados de saúde;
- Despesas com artigos médicos (Produtos farmacêuticos e outros artigos médicos não duráveis, Aparelhos terapêuticos e equipamento médico durável).

Tabela 5.9. Despesa corrente em saúde por funções de cuidados de saúde e modo de produção

													Unid: 10⁶ Euros
Funções de cuidados de saúde e modos de produção (ICHA-HC)	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011P	
Com internamento		2.828,1	2.858,3	3.042,7	3.208,9	3.328,8	3.462,1	3.303,1	3.449,6	3.476,0	3.544,6	3.608,0	3.467,8
Cuidados curativos e reabilitação	HC.1.1; 2.1	2.752,9	2.780,4	2.965,6	3.130,8	3.240,3	3.373,3	3.223,8	3.359,1	3.342,0	3.392,7	3.422,6	3.274,9
Cuidados de enfermagem prolongados	HC.3.1	75,2	78,0	77,1	78,1	88,6	88,9	79,3	90,5	134,1	151,9	185,3	193,0
Hospital de dia (ambulatório)		485,7	428,1	450,6	474,7	527,2	640,5	622,1	715,7	876,4	1.108,6	1.205,3	1.148,0
Cuidados curativos e reabilitação (ambulatório)	HC.1.2; 2.3	485,7	428,1	450,6	474,7	527,2	640,5	622,1	715,7	876,4	1.108,6	1.205,3	1.148,0
Sem internamento		3.425,8	3.770,6	4.004,3	4.412,3	4.796,8	5.244,7	5.243,4	5.491,1	5.844,2	6.105,5	6.278,7	5.886,9
Cuidados curativos e reabilitação (ambulatório)	HC.1.3; 2.3	3.425,8	3.770,6	4.004,3	4.412,3	4.796,8	5.244,7	5.243,4	5.491,1	5.844,2	6.105,5	6.278,7	5.886,9
Cuidados domiciliários		94,0	106,9	116,3	98,9	141,4	196,7	119,7	109,1	113,4	191,7	133,9	128,1
Cuidados curativos e reabilitação (ambulatório)	HC.1.4; 2.4	54,7	62,4	66,6	48,2	87,8	82,3	61,4	44,4	41,8	47,8	44,0	38,0
Cuidados de enfermagem prolongados	HC.3.3	39,3	44,5	49,7	50,7	53,5	54,4	58,4	64,7	71,6	83,9	89,8	90,1
Serviços auxiliares de cuidados de saúde	HC.4	807,7	876,0	918,9	1.095,7	1.198,6	1.257,0	1.328,9	1.381,0	1.514,0	1.549,8	1.530,3	1.451,5
Artigos médicos disponib. a doentes não internados	HC.5	2.883,7	3.094,6	3.309,2	3.428,5	3.695,5	3.860,3	3.995,9	4.167,2	4.217,6	4.195,9	4.134,1	3.810,7
Prod. farmacêuticos e out. artigos médicos não duráveis	HC.5.1	2.354,5	2.571,0	2.757,4	2.904,8	3.172,8	3.314,0	3.426,3	3.560,9	3.568,8	3.529,4	3.444,3	3.135,6
Aparelhos terapêuticos e equipamento médico durável	HC.5.2	529,2	523,6	551,8	523,7	522,7	546,3	569,6	606,3	648,7	666,5	689,8	675,1
Despesa pessoal em saúde		10.524,9	11.134,5	11.842,0	12.718,9	13.688,3	14.601,3	14.613,1	15.313,7	16.041,6	16.636,1	16.888,1	15.993,1
Prevenção e serviços de saúde pública	HC.6	238,1	245,8	268,3	275,0	283,5	310,4	267,7	281,4	306,0	356,1	372,1	349,4
Administração da saúde e seguros de saúde	HC.7	180,0	179,9	164,7	166,0	190,8	196,7	228,7	243,5	255,2	264,1	292,4	294,3
Despesa corrente em saúde		10.943,0	11.560,2	12.276,0	13.159,9	14.162,6	15.110,5	15.109,6	15.838,6	16.602,8	17.256,2	17.552,7	16.536,8

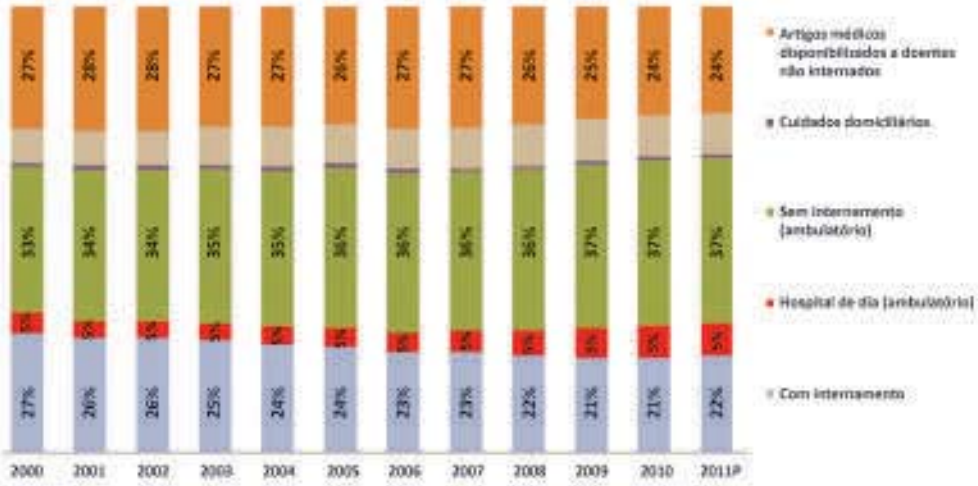
Fonte: INE, Conta Satélite da Saúde da Saúde (dados publicados em 21 de Junho de 2013)
Legenda: Dados provisórios (P); Dados preliminares (Pe)

Os gastos com internamentos hospitalares e as despesas em ambulatório, no seu conjunto são responsáveis pela grande parte das despesas de saúde em Portugal: 65 por cento em 2000 e 66 por cento em 2011 (Figura 5.16.). Em 2011, 24 por cento dos gastos com a saúde foram alocados a artigos médicos (principalmente produtos farmacêuticos), 12 por cento a cuidados de longa duração e os restantes 6 por cento em gastos com a saúde pública e a prevenção serviços e administração.

Portugal tem apresentado de forma consistente uma elevada percentagem da despesa com ambulatório (38 por cento em 2000 e 45 por cento em 2011). De notar que este valor, que inclui remunerações dos médicos, é consideravelmente superior ao da média da OCDE que foi apenas de 33 por cento em 2011 (OECD, 2013).

A despesa com os artigos médicos reflete sobretudo o padrão de consumo de produtos farmacêuticos, estando este valor muito dependente do preço dos medicamentos. A diminuição da percentagem desta despesa no total da despesa em saúde (27 por cento em 2000 e 24 por cento em 2011) está relacionada com a política do medicamento já referida anteriormente.

Figura 5.16. Despesa em saúde por funções de cuidados de saúde e modo de produção, 2000-2011



Fonte: INE, Conta Satélite da Saúde da Saúde (dados publicados em 21 de Junho de 2013).

Considerações finais

A existência, desde o ano 2000, de um sistema de contas nacionais na área da saúde permite que atualmente seja possível conhecer as grandes tendências da despesa da saúde em Portugal desagregada por fonte de financiamento, por prestador de cuidados de saúde e pelas funções de cuidados de saúde e modos de produção. A disponibilização de informação com este tipo de desagregação, a longo prazo, será ser extremamente útil para se analisar a evolução das despesas associadas ao envelhecimento. Conforme vimos, a despesa corrente em saúde num determinado ano inclui não só a despesa em cuidados de saúde pessoais mas também os serviços de saúde pública e de prevenção e a despesa referente à administração da saúde e seguros de saúde. A despesa corrente em cuidados de saúde pessoais, que representa a parte mais importante da despesa, integra os cuidados curativos e reabilitação (internamento, ambulatório, hospital de dia e cuidados domiciliários), os cuidados de enfermagem prolongados (internamento, hospital de dia e cuidados domiciliários), os serviços auxiliares de cuidados de saúde, e os artigos médicos disponibilizados a doentes não internados (produtos farmacêuticos e outros artigos médicos não duráveis e aparelhos terapêuticos e equipamento medico durável). Desde 2000, e sobretudo desde 2010, tem-se verificado uma diminuição da taxa de crescimento das despesas em saúde, não só em Portugal, mas também em outros países da OCDE, nomeadamente na Grécia e em Espanha (OECD, 2013). Muitos governos foram obrigados a introduzir medidas de contenção dos gastos públicos que afetaram as várias funções de cuidados de saúde: cortes nos salários na função pública, redução do pessoal afeto à área da saúde, e diminuição do cofinanciamento para os pacientes são alguns exemplos (Morgan e Astolfi, 2013).

Em Portugal, como noutros países da OCDE, o grande financiador da despesa da saúde tem sido o sector público (nomeadamente o SNS). No entanto, desde 2000 que a despesa privada tem vindo a crescer a um ritmo superior ao da despesa pública, representando em 2012, uma quota-parte da despesa total consideravelmente superior aquela verificada em 2000. Grande parte da fonte de financiamento do sector privado continua a ser a referente às despesas das famílias. Em relação aos prestadores dos cuidados de saúde, os hospitais, os serviços

de saúde em ambulatório e a farmácia são os responsáveis por grande parte das despesas em saúde, e o padrão observado hoje não difere substancialmente do verificado em 2000. De realçar apenas o aumento da quota-parte das despesas em cuidados de saúde em ambulatório, estabelecimentos de enfermagem com internamento e cuidados residenciais e a diminuição da quota-parte da despesa em farmácia.

Desde 2000 que as famílias têm vindo a despender cada vez mais nos cuidados de saúde em ambulatório do sector privado e em hospitais privados.

Em relação às principais funções de cuidados de saúde e modos de produção, a grande percentagem da despesa continua a ser a relativa ao ambulatório e artigos médicos. Os cuidados de enfermagem prolongados com internamento e os cuidados domiciliários, embora tenham, desde 2000, aumentado a sua importância relativa no total da despesa em saúde, representam atualmente uma parte muito diminuta no total da despesa em saúde. As despesas com cuidados de longa duração em Portugal (0,2 por cento do PIB) são muito inferiores aos verificados hoje em outros países da OCDE, como a Dinamarca, a Noruega e a Holanda que têm vindo a implementar políticas de cuidados de longa duração (long-term care) e onde estes valores representam mais de 2 por cento do PIB (OECD, 2013).

Existe pouca evidência, nestes 12 anos de series temporais, que permita sustentar a ideia de que as despesas associadas ao envelhecimento em Portugal tenham vindo a aumentar ao longo do tempo. No entanto, os determinantes da despesa em saúde e do comportamento da sua taxa de crescimento (Barros, 2014; Gerdtham, et al., 1992; Gerdtham, et al., 1998) são complexas e incluem, para além do envelhecimento muitos outros fatores de natureza política, económica e tecnológica. O próximo capítulo deste livro vai analisar alguns destes fatores, assim como os modelos conceptuais relacionados com o envelhecimento e as despesas em saúde.

6. Despesa em Saúde e Envelhecimento: *Portugal no contexto europeu.*

João Estevens e Maria do Rosário O. Martins

Como já referimos, nas últimas décadas assistiu-se ao aumento considerável da esperança média de vida nos países ocidentais, que associado a uma redução dos níveis de mortalidade e fecundidade levou ao acréscimo significativo dos níveis de envelhecimento demográfico. O crescente envelhecimento, individual e demográfico, é uma tendência que irá continuar a manifestar-se nas próximas décadas, sendo, sem dúvida, um dos grandes acontecimentos da segunda metade do século XX. Simultaneamente ao aumento da longevidade dos portugueses, assistimos a grandes inovações ao nível de equipamentos e infraestruturas de apoio social (em especial nas áreas da Saúde e Educação), a um aumento do rendimento médio *per capita*, ou seja, a uma melhoria generalizada das condições de vida. Este período coincidiu com uma fase de grande aumento da despesa pública, sendo uma das áreas mais afetadas a da Saúde. Mas haverá uma correlação positiva forte entre envelhecimento e despesa em saúde? Este capítulo pretende explorar esta questão recorrendo a uma revisão de literatura que nos permita esclarecer a forma como estas duas variáveis estão interligadas (Breyer, et al., 2010, p. 675).

Assim, far-se-á neste capítulo um breve diagnóstico do cenário de envelhecimento português[1] no contexto europeu, bem como da evolução da despesa em saúde, pretendendo-se apontar outros fatores que possam ter estado na génese da crescente despesa com saúde em Portugal e compreender se o aumento do envelhecimento foi um dos fatores essenciais para esta evolução.

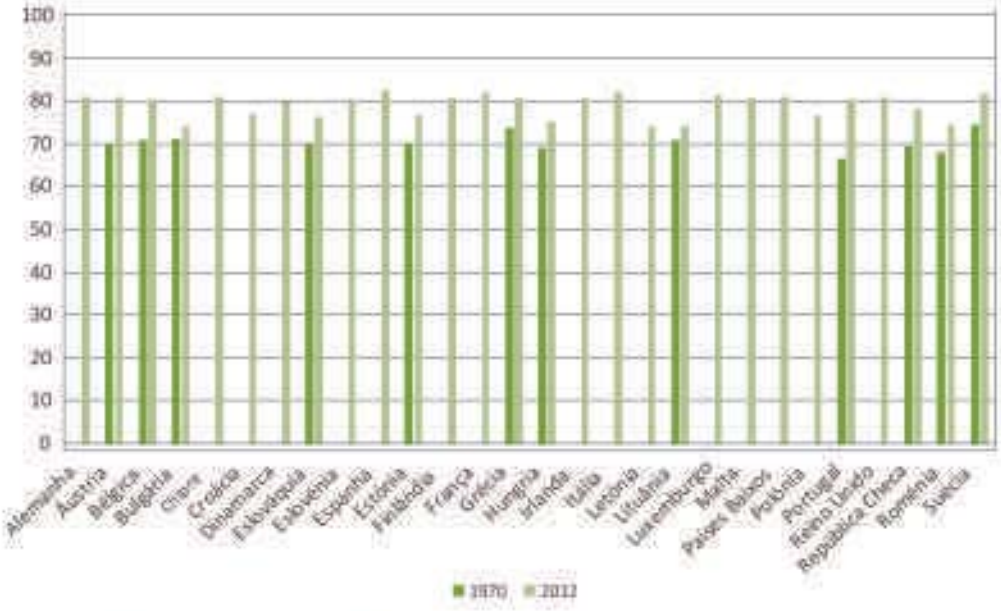
[1]Tratado em detalhe no segundo capítulo.

6.1 Contextualização

Esperança Média de Vida à Nascença

Assistiu-se, em toda a Europa, ao longo das últimas quatro décadas, a um aumento continuado na esperança média de vida dos europeus. Em Portugal, entre 1970[1] e 2012, a esperança média de vida de homens e mulheres aumentou, em média, quase catorze anos, apresentando hoje valores similares à grande maioria dos países do continente europeu. Em 2012, a esperança média de vida à nascença, agregada, dos portugueses era de 80,6 anos, valor ligeiramente superior à média da UE28, que, para o mesmo ano, era de 79,2 anos. (Figura 6.1.)

Figura 6.1. Esperança média de vida à nascença HM na Europa (1970 e 2012)



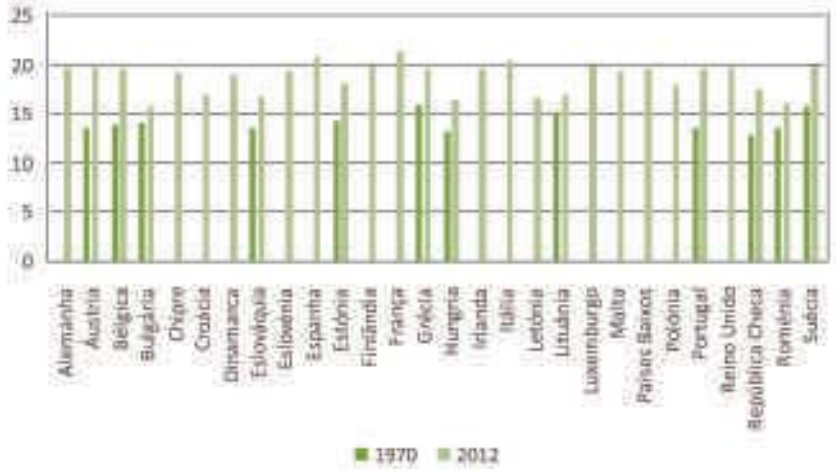
Fonte: Elaboração própria (Dados – Pordata)

[1]Notar que, para 1970, nem o EUROSTAT, nem, naturalmente, a PORDATA disponibilizam os dados sobre a esperança média de vida para grande parte dos países europeus.

Esperança Média de Vida aos 65 anos

Também a esperança média de vida aos 65 anos sofreu um considerável aumento nas últimas quatro décadas. Em Portugal, no período temporal em estudo, os homens com 65 anos passaram a poder viver, em média, mais 5,4 anos e as mulheres mais 6,7 anos. Em 2012, em média, os portugueses com 65 anos podiam esperar viver mais 19,6 anos (17,6 para os homens e 21,3 para as mulheres), valor ligeiramente superior à média da UE28, que, em 2012, era de 18,8 anos. Parece existir uma clara tendência de aumento, que se deverá manter no futuro. (Figura 6.2.)

Figura 6.2. Esperança média de vida HM aos 65 anos na Europa (1970 e 2012)



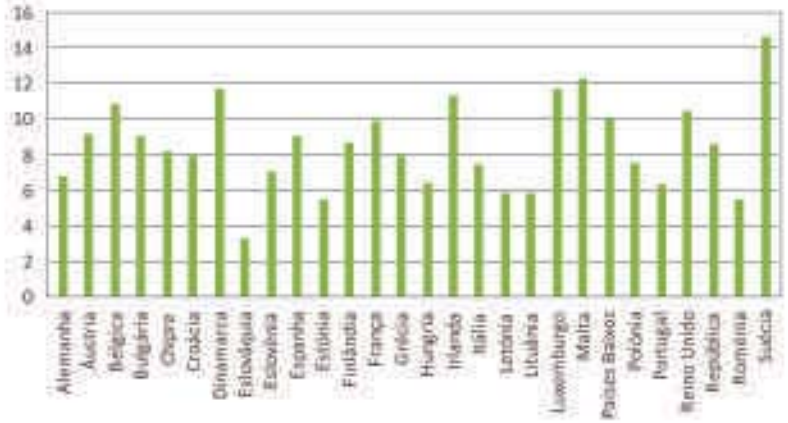
Fonte: Elaboração própria (Dados – Pordata)

Anos de Vida Saudável aos 65 anos

Importa também considerar a esperança média de vida saudável, aqui focada na população com 65 e mais anos de idade, pois permite a inclusão do fator bem-estar da população idosa e não só da sua longevidade aquando da medição da saúde deste grupo etário. Assim, este indicador permite mensurar o número de anos que uma pessoa de 65 anos pode esperar viver sem limitações funcionais e sem estar em situação de incapacidade. (Figura 6.3.)

Os países europeus têm mostrado uma evolução díspar neste indicador, existindo um conjunto de países que segue, desde 1995, uma tendência de aumento e um outro conjunto de países onde se tem assistido a uma deterioração dos anos de vida saudável esperados para as suas populações com 65 e mais anos de idade. Portugal insere-se, juntamente com Alemanha, Espanha, Grécia, Itália, entre outros, neste segundo grupo países. Em 1995, esperavam-se 9,1 anos de vida saudável para os homens e mulheres do terceiro grupo etário e, em 2012, apenas 6,3 anos de vida saudável. Este último valor situa-se claramente abaixo da média da UE28, que, em 2012, era 8,6 anos, e coloca Portugal perto da cauda da Europa.

Figura 6.3. Anos de Vida Saudável HM aos 65 anos na Europa (2012)



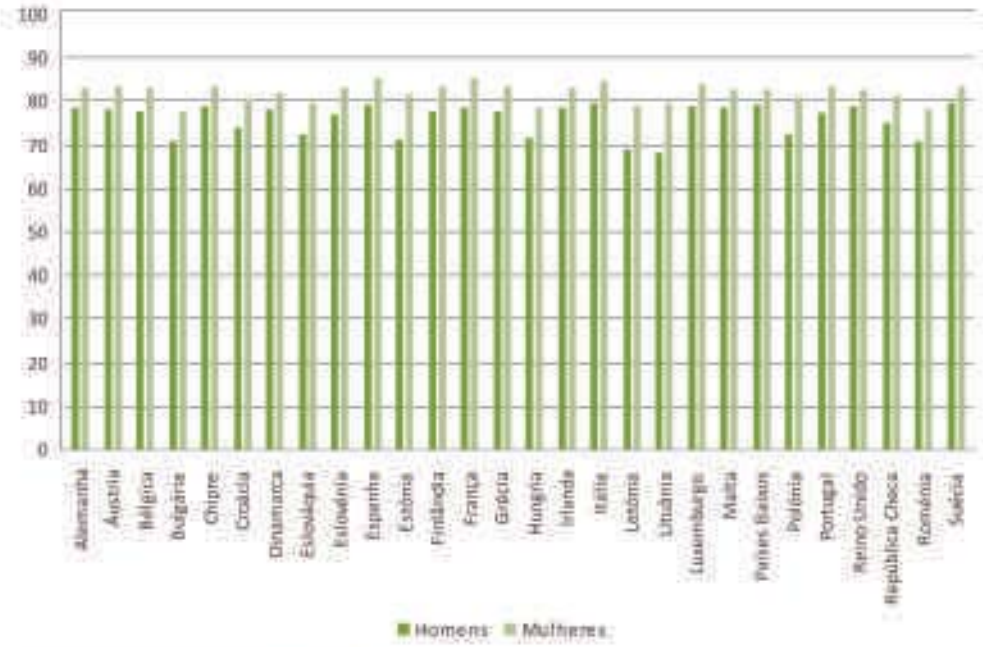
Fonte: Elaboração própria (Dados – Pordata)

Feminização do Envelhecimento

À semelhança do que existe em Portugal, evidenciado com maior detalhe no capítulo segundo, existe uma maior representação feminina nos grupos etários mais avançados[1], ou seja, a esperança média de vida à nascença é, para a totalidade dos países europeus, maior no sexo feminino.

[1]Como a esperança média de vida das mulheres é superior à dos homens, existe uma maior representação feminina nos grupos etários mais avançados. A partir dos 75 ou mais anos é de esperar que, em Portugal, existam, no mínimo, três mulheres em cada cinco indivíduos (Rosa e Chitas, 2010, p. 20).

Figura 6.4 Esperança média de vida à nascença de homens e mulheres na Europa (2012)



Fonte: Elaboração própria (Dados – Pordata)

Esta diferença de género manifesta-se em todos os indicadores anteriormente mencionados, pese embora com diferenças de intensidade nos diferentes países. (Figura 6.4.)

Portugal apresenta diferenças relativamente próximas da média da UE28 para as variações de género associados à esperança média de vida à nascença e à esperança média de vida aos 65 anos, vivendo as portuguesas mais 6,3 e mais 3,7 anos, respetivamente. Estes valores correspondem a desvios de 0,2 e 0,1 pontos percentuais face à média europeia. Esta harmonia e alinhamento comportamental com a Europa esgota-se aquando da análise dos anos de vida saudável aos 65 anos, onde Portugal apresenta uma variação de género negativa, de 0,6 anos, indicando que, em 2012, os anos de vida saudável dos homens aos 65 anos é superior ao das mulheres (6,6 anos para homens e 6,0 para mulheres). (Figura 6.5.)

Figura 6.5 Variação dos anos de vida esperados entre Mulheres e Homens (2012)

Fonte: Elaboração própria (Dados – Pordata)

Índice de Envelhecimento

Face ao aumento da esperança média de vida, constatamos que, nas últimas décadas, a população europeia envelheceu[4], ou seja, há mais pessoas em idade mais avançada em toda a Europa. (Figura 6.6.)

O índice de envelhecimento português apresentou um crescimento contínuo e muito significativo. Em 1970, por cada 100 jovens existiam cerca de 34 idosos (32,9). Após quatro décadas, em 2012, o índice de envelhecimento aumentou para 129,4 (por cada 100 jovens existiam 129 idosos), valor 3,9 vezes superior ao registado em 1970[5].

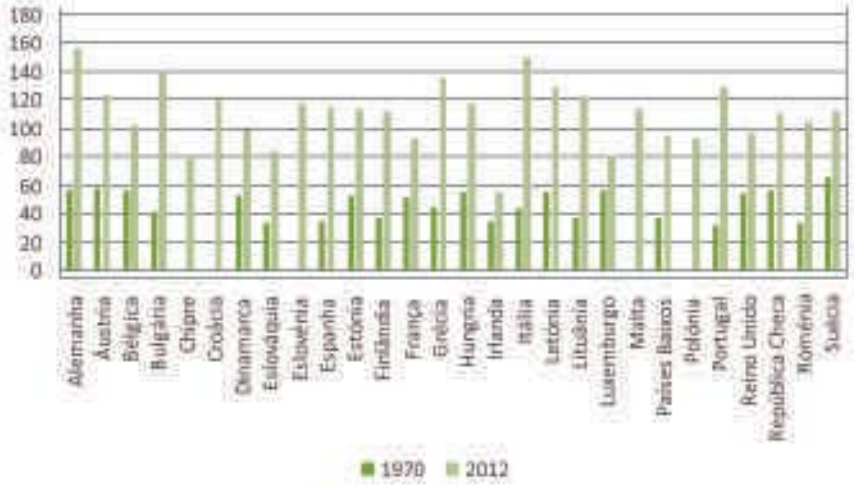
[4]Envelhecimento individual, associado a um aumento da esperança média de vida, mas também envelhecimento coletivo (demográfico), associado a um peso maior da população idosa nas sociedades europeias (Rosa, 2012, pp. 21-22). Ao contrário do primeiro, que é desejável, o último compromete a renovação de gerações, coloca obstáculos aos indicadores de produtividade e ameaça a sustentabilidade do modelo de Estado Social europeu, que existe atualmente.

[5]O envelhecimento não acontece apenas no topo da pirâmide etária, pois a redução do índice sintético de fecundidade (passou de 3,01, em 1970, para 1,28, em 2012, um dos mais reduzidos de entre os países europeus) indica que há cada vez menos jovens, ou seja, também existe um fenómeno de envelhecimento na base da pirâmide.

[6]Notar que o envelhecimento demográfico português assenta em históricos dualismos territoriais, litoral versus interior e urbano versus rural. Em Portugal, estas assimetrias territoriais, de natureza demográfica e socioeconómica, são relevantes e devem ser consideradas aquando do processo de tomada de decisão política, seja na área da Saúde ou em qualquer outra área societal.

O fenómeno do envelhecimento não se restringiu, obviamente, a Portugal[5] e afetou transversalmente os países europeus. Em 1970, Portugal era um dos países que registava um índice de envelhecimento mais baixo (32,9) quando comparado com o observado em países como Suécia (65,6), Áustria (57,8), Bélgica (56,8) ou Alemanha (56,7). Nas últimas quadro décadas, estes valores subiram consideravelmente em todos os países. Em Portugal, o índice de envelhecimento quase que quadruplicou, apresentando, em 2012, um valor perto dos 130, o sexto mais elevado da europa e bastante acima da média da UE28 (111,3). Os menores aumentos foram verificados em países com uma grande capacidade para atrair imigrantes, casos do Luxemburgo (1,4) e da Irlanda (1,6).

Figura 6.6. Índice de envelhecimento na Europa (1970 e 2012)



Fonte: Elaboração própria (Dados – Pordata)

Algumas sociedades europeias experienciaram, nos últimos anos, uma alteração de diferentes fatores societais: as perspetivas de crescimento económico foram revistas em baixa e tanto o contexto social como o político sofreram grandes modificações (Silva, 2013, p. 35), ganhando as projeções demográficas uma nova e maior importância. O atual contexto, com as inúmeras restrições impostas pela TROIKA, coloca enormes desafios ao modelo de Estado Social, tal como o conhecemos nos dias de hoje, e faz com que a despesa em saúde seja um assunto de relevo, nomeadamente tendo em conta as restrições orçamentais que visam a consolidação das finanças públicas.

Ao invés de percecionar o fenómeno de envelhecimento demográfico somente como um fenómeno negativo e com impacte no sistema de segurança social, de saúde, no mercado de trabalho, nos indicadores de produtividade e no compromisso para com a renovação de gerações, poder-se-á também equacionar as oportunidades que daqui advêm. A população idosa, designada por população com idade igual ou superior a 65 anos[7], sendo cada vez mais escolarizada, pode vir a ter um papel ativo e relevante na sociedade: na transmissão de património cultural, na criação de novas profissões e novos produtos direcionados para as necessidades especificas deste grupo, na dinamização de diversas áreas de serviços comunitários e redes de apoio social e na promoção de dinâmicas familiares de educação e socialização. Existe, inevitavelmente, um valor económico e social associado a esta população idosa, que deverá ser explorado pelos agentes e decisores políticos locais e nacionais.

6.2. Indicadores de Mortalidade

O estado de saúde de uma população é um fator essencial para analisar a despesa em saúde e para monitorizar a saúde enquanto vetor económico e condicionante dos níveis de produtividade da população. É fundamental apostar na prevenção e na formação em saúde, pois, a longo prazo, o dinheiro hoje investido poderá representar uma poupança futura bem mais elevada e preferível aos custos do tratamento das doenças que potencialmente podem surgir devido a comportamentos e hábitos menos saudáveis por parte da população portuguesa.

Mortalidade Infantil

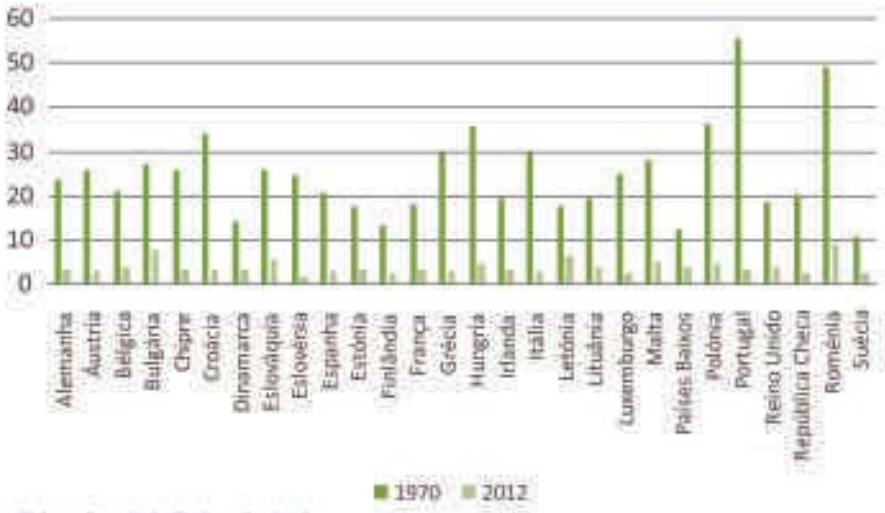
A redução/estabilização da taxa de mortalidade, na Europa, associado ao aumento da esperança média de vida dos europeus, permite-nos afirmar que, de um modo, geral, os europeus e, em particular os portugueses, beneficiaram de um acréscimo dos seus níveis de saúde e bem-estar nas últimas

[7] Notar que o grupo da população 65+ é um grupo extremamente heterogéneo, que fará sentido equacionar em subgrupos ou, em alternativa, considerar um quarto grupo para a população com idade igual ou superior a 80 anos de idade.

quatro décadas. Pretende-se que estes resultados se mantenham no futuro, mesmo tendo em conta que haverá um maior número de idosos[6] e que os níveis de morbilidade e a prevalência de doenças crónicas deverão sofrer aumentos consideráveis.

Entre 1970 e 2012, assistiu-se a uma grande redução da taxa de mortalidade infantil, que, em média, passou de 25,0 para 4,0, na UE28. Em 2012, Portugal apresentava um valor inferior à média europeia (3,4 por cada 1000 nados-vivos), colocando o país na primeira linha da Europa. Ressalvar, ainda, que, no caso português, este valor é ainda mais impressionante, na medida em que constitui uma enorme descida face ao valor verificado em 1970 (55,5 por cada 1000 nados-vivos), tendo sido o país europeu que mais evoluiu, neste indicador, em toda a Europa.

Figura 6.7. Taxa de Mortalidade Infantil na Europa (1970 e 2012)



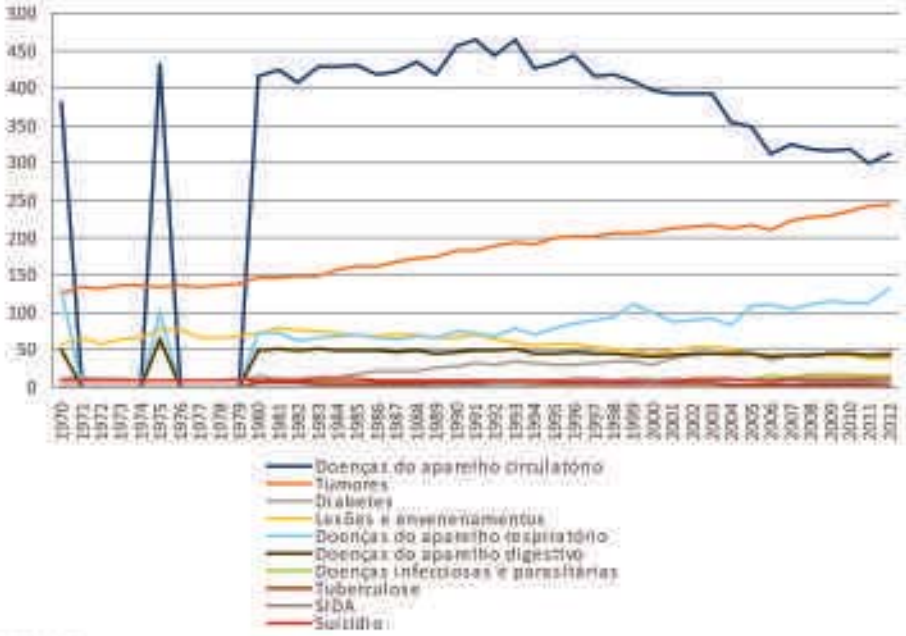
Fonte: Elaboração própria (Dados – Pordata)

[6]A existência de um maior número de idosos (essencialmente com idades a partir dos 80 anos) no total da população traz maior pressão ao sistema de saúde, pois esse grupo parece estar mais suscetível a doenças e a situações incapacitantes (Christensen, et al., 2009, p. 1197).

Principais causas da Mortalidade

Nos últimos anos, assistimos a uma redução relevante do número de óbitos associados a doenças do aparelho circulatório, fruto de uma melhoria dos comportamentos de saúde dos portugueses, embora esta ainda seja a principal causa de morte, seguida por tumores e doenças do aparelho respiratório, ambas com tendências claras de aumento. Em 2012, as doenças do aparelho circulatório e os tumores continuam a representar mais de cinquenta por cento das causas de morte. (Figura 6.8.)

Figura 6.8. Óbitos por algumas causas de morte por 100 mil habitantes em Portugal (1980-2012)[1]



Fonte: Pordata

[1]Existem muitas quebras de série ao alargar o período em estudo para a década de setenta, havendo muita informação indisponível. Assim, optou-se por considerar apenas o período a partir de 1980 para o qual já existem, de forma contínua, dados disponíveis. Na década de 70, a informação era disponibilizada a cada cinco anos, apenas os tumores, a diabetes, as lesões e envenenamentos e o suicídio apresentam valores anuais. Notar ainda que, no caso da SIDA, os registos surgem apenas no final da década de oitenta, aquando do aparecimento sistémico da doença na sociedade portuguesa.

Figura 6.9. Óbitos por algumas causas de morte em percentagem do total de óbitos na Europa (2009)[10]

Fonte: Elaboração própria (Dados – Pordata)

De acordo com a informação sobre indicadores de saúde, disponibilizada pela Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OECD, 2013, pp. 28-35), há, em termos globais, um comportamento similar sobre a hierarquia das principais causas de morte na generalidade dos países europeus, sendo a lista liderada por doenças do aparelho circulatório e tumores. (Figura 6.9.)

É importante perceber o perfil de saúde da população aquando do elaborar de reformas estruturais nesta área, tendo sempre em conta que esse perfil é dinâmico e que as características da população hoje não são idênticas às características da população do amanhã. Será relevante apostar na prevenção e entender que haverá mais população idosa[11], mas que essa não terá as mesmas características da população idosa das gerações atuais, logo que as respostas atuais serão ineficazes para responder aos problemas do futuro.

[10]Consideramos o ano de 2009, pois é aquele que permite recolher um maior número de informação para a grande maioria dos países. Para a Áustria não apresentamos valores para a diabetes e a sobre a Croácia apenas são disponibilizadas as informações sobre neoplasias malignas.

[11]A perceção da do estado de saúde da população idosa tende a agravar-se com a idade, ou seja, quando a idade aumenta os indivíduos tendem a percecionar o seu estado de saúde de forma mais negativa.

6.3. Indicadores de Despesa em Saúde e Envelhecimento

Ao mesmo tempo que a evolução demográfica acontecia, com a uniformização dos padrões de fecundidade e mortalidade à realidade europeia e a crescente dependência face às migrações, desenvolvia-se o Estado Social português. Aliás, em parte, a aproximação sociodemográfica portuguesa face aos outros países europeus aconteceu com a implementação de diversas políticas sociais nas áreas da educação, saúde e proteção social, por exemplo. Ou seja, a criação e evolução do Estado Social português aconteceu assente nos três grandes pilares do contrato social europeu: valorização individual (Educação), proteção na vida ativa (Saúde) e proteção na vida inativa (Segurança Social). Esta reestruturação no modelo de Estado a vigorar em Portugal, levou também a uma gradual redefinição do perfil de despesa pública.

Assistimos, portanto, a uma alteração de estruturas demográficas, fruto de um aumento do envelhecimento, que apresenta novos desafios para a sociedade, sendo, como foi anteriormente referido, o sistema de saúde um dos mais afetados, face ao crescente envelhecimento dos utentes que procuram os seus serviços e face ao envelhecimento dos profissionais que prestam e coordenam esses mesmos serviços.

Despesas Publicas em Saúde

Apesar de não existirem respostas únicas no delinear da organização de um sistema de saúde, nem na forma como se articula a proteção que assenta em seguros privados e a que surge de um serviço nacional de saúde (Barros, 2013, p. 18), qualquer tipo de reestruturação que exista em Portugal terá de passar pelo Serviço Nacional de Saúde (SNS). Embora o sistema de saúde português não se esgote no SNS, ele é um elemento estruturante do mesmo.

O financiamento do SNS advém sobretudo de transferências diretas do Orçamento de Estado (OE) e, em menor escala, de receitas próprias "resultantes da venda de serviços a outras entidades, como seguradoras ou sub-

[11]Notar que o recente aumento das taxas moderadores tem um impacte residual nas receitas do SNS. A sua utilização pretende controlar a procura, ou seja, visa, sobretudo, reduzir o número de utentes que recorrem a instituições de Saúde, pois não se trata de acréscimo de financiamento expressivo para o SNS.

sistemas de saúde, e da cobrança de taxas moderadoras[12] em algumas utilizações dos seus serviços" (Barros, 2013, p. 13), algo que parece insuficiente para fazer faces às despesas enfrentadas pelo SNS, detalhadas no capítulo anterior. (Figura 6.10.)

O aumento da despesa em saúde acaba por estar amplamente ligado a uma alteração do perfil dos gastos públicos e ao reforço das funções sociais do Estado português, por oposição a uma diminuição das verbas afetas às funções de soberania, que se concretizou com a implementação de diversas políticas nas áreas da saúde, educação e proteção social[13]. Foi também devido a este reforço das políticas de saúde que surgiu a necessidade do Estado criar uma entidade que coordenasse e gerisse a saúde dos portugueses, daí a criação do SNS em 1979. A partir deste momento, assistimos a um aumento continuado da despesa em saúde[14] e a um maior peso da saúde nas sucessivas execuções orçamentais, sendo atualmente a segunda função com maior peso no Orçamento de Estado.

A utilização dos serviços de saúde não parece ficar indiferente ao fenómeno de envelhecimento, sendo a população idosa aquela que, em termos gerais, mais necessita de cuidados de saúde, essencialmente primários (Estevens e Leão, 2012, p. 261). A despesa em saúde também tende a aumentar com a idade dos indivíduos, especialmente entre as idades de 55 e mais anos, para os homens, e 60 e mais anos, para as mulheres, coincidindo naturalmente com períodos de maior morbilidade em idades mais avançadas. Há ainda outros períodos em que a procura de cuidados de saúde também é particularmente alta: em idades muito jovens e durante os anos de maternidade para as mulheres (European Commission, 2012, p. 160). No entanto, no futuro, em termos gerais e para a grande maioria dos países europeus, será necessário adaptar a oferta de saúde a um

[12] Desde o início da década de setenta até ao final da primeira década do século XXI, conseguimos aferir qual a evolução das despesas do estado com funções de soberania e com funções sociais, ficando evidente que as últimas sofreram um substancial aumento ao longo de quase quatro décadas e que esse aumento se deveu grandemente à implementação do Estado Social. Ao invés, as despesas com funções de soberania são hoje bastante inferiores às despesas com funções sociais, uma realidade que se assemelha à verificada na maioria dos países europeus (Rosa e Chitas, 2008, p. 26).

[13] A primeira aposta dos governos portugueses foi na área da educação e só mais tarde é que se verificaram aumentos consideráveis com a despesa em saúde, que, numa primeira fase, aconteceram sobretudo ao nível dos cuidados primários, em saúde materno-infantil e na construção de novos equipamentos e infraestruturas (Barros, 2013, p. 27).

Figura 6.10. Despesas do Estado: execução orçamental por algumas funções (1972-2011)

Fonte: Pordata

"novo" perfil de procura, centrado na gestão de doenças crónicas e outras patologias físicas e psicológicas associadas a idades mais avançadas e no qual os cuidados pediátricos e materno-infantis perdem importância relativa.

Despesas em Saúde em percentagem do PIB

Assim, ao mesmo tempo que a sociedade portuguesa se torna mais envelhecida, assiste-se a um substancial aumento dos gastos em saúde. Em 1970, o total da despesa em saúde, pública e privada, correspondia a apenas 2,3por cento do PIB. Passadas quatro décadas, em 2011, o valor gasto em saúde correspondia a 9,7por cento do PIB, o que representa um aumento de 7,4 pontos percentuais. A crise económica e financeira do final da passada década veio amenizar esta tendência de subida da despesa em saúde em percentagem do PIB, que teve o seu ponto máximo em 2009, com um valor acima dos 10,2 por cento do PIB. (Figura 6.11.)

A evolução da despesa, no caso português, foi diferente da evolução registada nos restantes países europeus? Antes de mais, é preciso notar que é muito difícil efetuar comparações com sistemas de saúde que são, na sua génese, muito ou relativamente diferentes. Ainda assim, é possível avaliar qual

a percentagem de produto interno bruto (PIB) que é consumida pela área da Saúde, bem como relacionar esses valores com o peso da população idosa no total da população. Se atendermos ao gráfico abaixo, verificamos que todos os países apresentam um aumento dos gastos em Saúde, o que não constitui uma surpresa na medida em que os gastos em Saúde acompanharam todo um modelo de desenvolvimento socioeconómico que as sociedades europeias começaram a experienciar a partir de meados da segunda metade do século XX[11]. Em geral, no ano de 2011 o intervalo de variação entre as duas variáveis aconteceu entre os cinco e os dez pontos percentuais, havendo, no entanto, algumas exceções: Holanda e Irlanda, com valores abaixo e Estónia, Grécia e Itália, com valores superiores a dez pontos percentuais. (Tabela 6.1.)

Figura 6.11. Despesa total em saúde em percentagem do PIB e esperança média de vida (1970-2011)

Fonte: Elaboração própria (Dados-OCDE)

Tabela 6.1. Despesa total em saúde em percentagem do PIB e envelhecimento demográfico (1972-2011)

		1972	1977	1982	1987	1992	1997	2002	2007	2011
Alemanha	Total de despesa em saúde (em % do PIB)	6,51	7,97	8,23	8,48	9,22	9,84	10,29	10,12	10,96
	% População 65+ no total da população	13,63	15,02	15,04	15,31	15,27	16,49	18,07	20,24	20,94
Áustria	Total de despesa em saúde (em % do PIB)	4,81	6,75	6,06	6,47	8,16	9,21	9,62	9,74	10,21
	% População 65+ no total da população	14,34	15,20	14,75	14,70	15,22	15,36	15,46	17,02	17,65
Bélgica	Total de despesa em saúde (em % do PIB)	..	..	..	..	..	7,77	8,46	9,53	10,51
	% População 65+ no total da população	13,61	14,05	14,09	14,28	15,31	16,36	16,98	17,08	17,23
Dinamarca	Total de despesa em saúde (em % do PIB)	..	..	8,84	8,21	8,10	7,89	8,94	9,56	10,47
	% População 65+ no total da população	12,68	13,84	14,68	15,38	15,54	14,99	14,82	15,45	17,07
Eslováquia	Total de despesa em saúde (em % do PIB)	..	..	..	..	..	..	5,59	7,38	7,58
	% População 65+ no total da população	9,44	10,28	9,87	9,79	10,47	11,16	11,42	11,92	12,68
Eslovénia	Total de despesa em saúde (em % do PIB)	..	..	..	..	..	..	8,14	7,49	8,54
	% População 65+ no total da população	10,10	11,06	10,70	10,18	11,23	13,03	14,63	16,02	16,62
Espanha	Total de despesa em saúde (em % do PIB)	3,88	5,05	5,34	5,21	6,84	7,15	6,99	8,18	9,11
	% População 65+ no total da população	9,93	10,93	11,48	12,60	14,27	15,99	16,94	16,64	17,24
Estónia	Total de despesa em saúde (em % do PIB)	..	..	..	..	..	..	4,73	5,08	5,85
	% População 65+ no total da população	11,95	12,46	11,98	11,30	12,23	14,34	15,67	17,13	17,10
Finlândia	Total de despesa em saúde (em % do PIB)	5,45	6,27	6,21	7,02	8,70	7,36	7,42	7,63	8,58
	% População 65+ no total da população	9,70	11,25	12,24	12,85	13,69	14,55	15,25	16,49	17,82
França	Total de despesa em saúde (em % do PIB)	..	..	..	..	8,62	9,98	10,31	10,45	11,22
	% População 65+ no total da população	13,09	13,71	13,31	13,39	14,48	15,61	16,29	16,55	17,10

[2]As projeções da Comissão Europeia indicam uma tendência de crescimento para os países europeus, até 2060, embora em valores abaixo daqueles que se verificaram nas últimas quatro décadas. As variações previstas, no cenário de referência, são positivas e acontecem entre 0,4 (Chipre e Bélgica) e 2,9 (Malta) pontos percentuais do PIB. Para Portugal o acréscimo previsto é 1,1 pontos percentuais do PIB (European Commission, 2012, p. 38).

		1972	1977	1982	1987	1992	1997	2002	2007	2011
Grécia	Total de despesa em saúde (em % do PIB)	..	..	..	..	6,80	8,18	8,67	9,45	9,01
	% População 65+ no total da população	11,40	12,66	13,25	13,28	14,27	15,71	17,36	18,60	19,47
Holanda	Total de despesa em saúde (em % do PIB)	6,03	6,68	7,37	7,27	7,96	7,58	8,46	9,96	11,09
	% População 65+ no total da população	10,37	11,06	11,73	12,42	12,99	13,43	13,68	14,60	15,91
Hungria	Total de despesa em saúde (em % do PIB)	..	..	..	..	6,97	6,41	7,25	7,42	7,66
	% População 65+ no total da população	11,94	12,99	12,76	12,79	13,70	14,57	15,32	16,06	16,81
Irlanda	Total de despesa em saúde (em % do PIB)	6,00	6,25	7,08	6,57	6,44	5,95	6,51	7,48	8,47
	% População 65+ no total da população	11,04	10,82	10,63	10,98	11,44	11,35	11,13	10,77	11,62
Itália	Total de despesa em saúde (em % do PIB)	..	..	..	..	7,36	7,17	7,84	8,17	8,74
	% População 65+ no total da população	..	11,74	13,13	14,13	15,32	16,89	18,16	19,71	20,16
Luxemburgo	Total de despesa em saúde (em % do PIB)	..	..	..	..	..	..	7,05	6,18	6,26
	% População 65+ no total da população	12,84	13,38	13,38	13,34	13,64	14,24	13,98	14,03	13,89
Polónia	Total de despesa em saúde (em % do PIB)	..	..	..	..	5,13	5,17	6,09	5,93	6,39
	% População 65+ no total da população	8,77	9,91	9,77	9,52	10,54	11,60	12,72	13,44	13,63
Portugal	Total de despesa em saúde (em % do PIB)	3,03	4,14	5,15	5,85	6,27	7,50	8,73	9,35	9,67
	% População 65+ no total da população	9,70	10,67	11,59	12,38	14,10	15,46	16,66	17,63	18,82
Reino Unido	Total de despesa em saúde (em % do PIB)	4,28	4,97	5,37	5,51	6,35	6,21	7,28	8,07	9,07
	% População 65+ no total da população	13,43	14,42	15,06	15,52	15,81	15,85	15,91	15,50	16,53
República Checa	Total de despesa em saúde (em % do PIB)	..	..	..	..	4,13	5,85	6,47	6,31	7,36
	% População 65+ no total da população	12,53	13,38	12,66	12,06	12,82	13,55	13,88	14,49	15,90
Suécia	Total de despesa em saúde (em % do PIB)	..	..	..	7,57	7,90	7,64	8,81	8,54	8,93
	% População 65+ no total da população	14,21	15,61	16,65	17,68	17,69	17,44	17,18	17,44	18,64

Fonte: European Commission, 2012

Ao relacionarmos a despesa em Saúde com o cenário de envelhecimento demográfico de cada país, não conseguimos aferir uma clara relação entre as variáveis: há países com menores níveis de envelhecimento a gastar mais do que países com níveis de envelhecimento demográfico mais acentuados. Uma vez mais, face às diferentes arquiteturas apresentadas pelos sistemas de saúde dos países europeus, é difícil retirar conclusões relevantes desta constatação.

6.4. Será o envelhecimento um fator determinante da despesa em Saúde?

Apesar de não existir consenso, na literatura, sobre a influência do envelhecimento da população na despesa em saúde, parece relativamente seguro afirmar que o estado de saúde de uma população é uma dimensão central para a definição dos gastos que os sistemas de saúde enfrentam para fazer face às necessidades das suas populações[16].

No final do século passado, começou a ganhar ênfase a tese intitulada "*red herring*" (Zweifel, et al., 1999), que, de forma muito resumida, assenta num estudo econométrico que coloca em causa o impacte do fator idade nos gastos em saúde. O aumento da idade, enquanto variável isolada, não representa necessariamente um aumento dos custos com a saúde, pois o grande aumento desta variável estaria associado a um consumo de cuidados de saúde particularmente elevado, em média, nos dois anos anteriores à morte do indivíduo (Zweifel, et al., 2004, pp. 653-654), independentemente da idade do indivíduo. Outros trabalhos reforçam a ideia do que o período antes da morte tem um impacte estatisticamente significativo muito maior nos gastos em saúde do que o fator idade em si (Lubitz e Reiley, 1993; Hogan, et al., 2001; Shang e Goldman, 2007). Esta abordagem é também defendida por Pedro Pita Barros (2013, p. 33), um dos principais especialistas em economia da saúde para o caso português.

Em relação à despesa de saúde, muitas dúvidas se colocam na avaliação do impacte da estrutura da população e do fenómeno do envelhecimento,

[16] O papel da educação para a Saúde tem sido cada vez mais trabalhado, pois entende-se que a Educação poderá contribuir para uma redução da despesa. Sabendo que o processo de envelhecimento da população é global e não reversível, um aumento dos níveis de educação da população aumenta as probabilidades de uma vida mais saudável no grupo etário de 65 e mais anos de idade.

bem como a sua importância em relação a outros fatores. A literatura disponível (Martín, et al., 2011; European Commission, 2012; Martins e Maisonneuve, 2006) identifica como fatores determinantes do crescimento da despesa de saúde, além da estrutura da população, o rendimento (nacional e individual) e o crescimento económico; o estado de saúde da população; o progresso tecnológico, a inovação e as alterações nos procedimentos médicos; a intensidade de recursos humanos; e, por fim, as caracteristicas dos sistemas de saúde, ao nível da provisão e dos mecanismos de financiamento dos serviços de saúde prestados às populações. Ou seja, a variável do envelhecimento da população, quando analisada enquanto variável explicativa, pode apresentar um impacte menor do que o esperado no aumento dos gastos em saúde (Barros, 2013, p. 31). (Tabela 6.2.)

No entanto, não podemos considerar como sendo de somenos importância o efeito associado a um claro aumento da esperança média de vida, em Portugal, nas últimas décadas, fruto do nosso processo de transição demográfica. Assumindo que as grandes despesas em Saúde são realizadas no período anterior à morte do utente e sabendo que a maioria dos óbitos acontece no grupo etário dos indivíduos com 65 e mais anos, não podemos descorar a importância do aumento da esperança média de vida. Assim, óbitos que, anteriormente, aconteciam no grupo etário entre os 15 e os 64 anos passaram a acontecer no grupo etário seguinte. Logo, despesa que anteriormente era efetuada no grupo etário dos indivíduos entre 15 e 64 anos passou a ocorrer no grupo etário dos indivíduos com 65 e mais anos. Desta forma, tem havido uma transferência de gastos entre grupos etários, não constituindo esta fatia um real aumento dos gastos em Saúde no grupo etário mais avançado. Consequentemente, o aumento da despesa total com cuidados de Saúde associado ao maior envelhecimento da população pode não ser tão elevado como é comummente referenciado (Barros, 2013, p. 32).

Se assumirmos que os custos do envelhecimento são muito menores do que os custos associados à proximidade da morte, o crescimento efetivo da despesa associada à existência de maiores níveis de envelhecimento na sociedade portuguesa, corresponderão "apenas às despesas tidas nos últimos anos de vida adicionais, excluindo os dois últimos anos de vida da contagem (em

média) " (Barros, 2013, p. 33), sendo que o aumento da esperança média de vida fez com que as pessoas tivessem o seu pico de consumo em cuidados de saúde em idades mais elevadas. A tese do *"red herring"* parece aplicar-se à realidade portuguesa, sendo, no entanto, necessário levar a cabo um estudo estatístico mais exaustivo para poder quantificar o impacte dos vários fatores na despesa em saúde.

Tabela 6.2. Fatores de despesa em saúde - sumário

Fator	Área	Impacte
Estrutura da população	Demográfica	Existência de mais indivíduos em idades mais avançadas cria maior pressão nos serviços de saúde, potenciando mais gastos.
Estado de saúde da população	Saúde	Aumento do número de indivíduos com doenças crónicas incapacitantes ou psicológicas pode implicar mais custos.
Custos associados à morte	Saúde	O grande consumo de cuidados de saúde parece acontecer nos dois anos antes da morte.
Rendimento individual	Socioeconómica	A melhoria das condições de vida faz com que as pessoas não considerem a Saúde como um bem de luxo e recorram mais aos serviços de saúde.
Tecnologia	Socioeconómica	O desenvolvimento tecnológico poderá representar uma poupança a longo prazo. Contudo, no imediato, o desenvolvimento de novos equipamentos e tratamentos provoca um aumento dos custos.
Mercado	Socioeconómica	A forma como a economia se comporta como um todo terá implicações na área da saúde (nos salários, nos investimentos ou no preço dos produtos farmacêuticos, por exemplo).
Políticas públicas e enquadramento institucional	Política	As opções governamentais e a forma como é gerido o SNS condiciona o acesso à saúde e a qualidade dos cuidados que são prestados, podendo, portanto, condicionar os gastos em saúde.

Fonte: Elaboração própria (informação - Prayeara e Costello, 2008, pp. 421-424)

[1] Sobretudo ao nível dos cuidados continuados.

Algumas reflexões

A evidência sugerida na literatura não sustenta a ideia de que o fenómeno do envelhecimento seja o grande responsável pelo aumento dos gastos em saúde, sendo os drivers de inovação tecnológica e de rendimento mais relevantes. O que não significa que não haja efeitos desse envelhecimento na área da saúde. É inevitável que, numa sociedade envelhecida, exista uma maior procura de apoios[17], em serviços, profissionais ou medicamentos, sendo que isto corresponde a uma pressão acrescida que recai sob o sistema de saúde, em particular sob o Sistema Nacional de Saúde. O próprio modelo de desenvolvimento alterou-se, existindo uma população com novas necessidades de saúde. A investigação e inovação têm sido orientadas para encontrar respostas para estas novas necessidades associadas à população idosa. Muitas destas novas tecnologias são dispendiosas e representam um esforço adicional para os orçamentos públicos da saúde. Ou seja, o envelhecimento da população implica, indiretamente, custos mais elevados. Afirmar que o envelhecimento populacional não é o principal driver do aumento da despesa em saúde não é negar a sua importância e os seus efeitos indiretos, é apenas considerar que há fatores macro, de dimensão socioeconómica, mais relevantes para o controlo da despesa em saúde (Medeiros e Schwierz, 2013, p. 2).

Também nos parece mais relevante, para a realidade portuguesa, em função dos estudos estatísticos desenvolvidos em países com sistemas de saúde e enquadramento contextual relativamente similar ao português, que será mais adequado considerar o impacte do consumo em saúde no período anterior à morte do que a idade em si, pois esta última parece ter uma expressão muito reduzida quando consideramos a primeira (Breyer, et al., 2010, p. 676).

Por outro lado, a alteração do perfil educacional da população, em particular o aumento dos níveis de educação da população idosa, poderá ter um impacte nos gastos em saúde, mas não é crível que venha a ser um dos grandes *drivers* de despesa em saúde. Essas alterações podem passar por uma redução do consumo em saúde e, essencialmente, por uma gestão mais eficaz do binómio saúde-doença. Esta alteração, associada com novos recursos tecnológicos agora ao dispor da população portuguesa, poderá trazer um

sistema de saúde mais dinâmico, flexível e, potencialmente, com menores custos. Mas dificilmente será uma variável determinante na gestão nacional da despesa em saúde.

Qualquer reestruturação dos serviços de saúde deverá ter em conta, além do perfil educacional da população, o caráter dual do território português, devendo as políticas públicas ter flexibilidade, de modo a permitir a adaptação ao cenário real e a um nível de gestão intermédia mais próxima da população que irá beneficiar destes serviços ou equipamentos. Só com este tipo de respostas dinâmicas e multissectoriais é que se poderá fazer face aos problemas do futuro, que têm cada vez mais um perfil multidimensional.

As alterações nas estruturas demográficas dos países e, especificamente, o fenómeno do envelhecimento da população e as suas consequências económicas e sociais têm sido objeto de intensa investigação e estudo pela comunidade científica e académica. A análise dos efeitos do envelhecimento é crucial no planeamento de políticas relacionadas com as áreas da saúde, educação, emprego e sistemas de segurança social. Embora seja certo que as recentes alterações populacionais implicam mudanças sociodemográficas, é necessário assegurar que essas mudanças conseguirão continuar a oferecer boa qualidade de vida aos mais velhos, sem hipotecar o futuro das gerações mais novas. Nunca a solidariedade intergeracional foi tão importante como é nos dias de hoje.

7. Considerações Finais: Portugal 2030. Prioridades políticas em saúde.

Filipa de Castro Henriques, Gabriela Machado e Carla Leão

Neste capítulo final pretendemos integrar as várias temáticas abordadas nos capítulos anteriores, dar-lhes um rumo comum e conceber um texto que permita uma visão integradora sobre a ligação entre envelhecimento demográfico e saúde. A um segundo nível, mais ambicioso, gostaríamos que este texto possa conter elementos que proporcionem aos *decision* ou *policy makers* ferramentas de priorização na tomada de decisão.

A definição de prioridades é comum nos modelos de gestão empresarial e a sua necessidade é elevada em épocas de escassez de recursos. A conjuntura contemporâneo que atravessamos é de "crise", reflexo de uma fase marcada pela escassez de recursos, designadamente financeiros, económicos, sociais, culturais e talvez mesmo identitários, e que aguça a necessidade de gerirmos e agirmos cada um deles de uma forma mais eficiente, mais inteligente e também mais exigente.

Para que possamos tomar a(s) decisão(ões) certa(s), há que conhecer as escolhas que nos são proporcionadas, sistematiza-las e construir modelos alternativos. Esta sistematização das "escolhas", deve ser o resultado não apenas de um conhecimento claro da história, mas também de um conhecimento profundo das estabilidades da estrutura e da realidade presentes para que, antevendo as mudanças reservadas ao futuro, seja possível trilhar o provável caminho que se segue.

Neste capítulo final decidimos colocar à disposição do leitor os aspetos mais positivos e as oportunidades que sugerem cada um dos vetores descritos de forma mais desenvolvida nos capítulos anteriores do presente livro. À dinâmica demográfica (Capítulo 2) fomos buscar o enquadramento histórico das estruturas etárias, dando a conhecer a população. Neste conhecimento das estruturas populacionais verificamos que Portugal atravessa uma fase de duplo envelhecimento. Mas como chegámos até este ponto? Qual a origem do fenó-

meno? Para responder a esta questão, sabíamos já qual havia sido a evolução das políticas de saúde (Capítulo 1), o modo como estas últimas influenciaram os indicadores demográficos e de saúde passados e igualmente como influenciarão o futuro. Para uma mais precisa antevisão sobre essas tendências evolutivas usámos como preditor do estado de saúde da população, a educação (Capítulos 3 e 4). Esta decisão está, como provámos, escudada em investigações já realizadas em outros países, mas nunca foi objeto de estudo no caso português. Com base nas projeções da evolução previsível da população portuguesa, aferimos (Capítulos 5 e 6) que impacto terão as alterações previstas em termos de perfis populacionais dos residentes em Portugal nas finanças nacionais. Que peso poderá a diminuição de nascimentos e o aumento da esperança média de vida ter nas contas nacionais? Que custos esperar e que respostas políticas serão as mais adequadas?

7.1. Opções metodológicas

Para apoiar a definição de prioridades nas políticas de saúde e para uma visão integrada das várias áreas adequámos a análise PEST, acrónimo de "Política, Económica, Social, Tecnológica", a qual consiste no emprego de um modelo de análise usualmente aplicado à ciência empresarial para desenvolvimento de planos de marketing e de negócio[1]. O PEST proporciona *templates*, que de forma sucinta encorajam o pensamento proactivo e permitem analisar o ambiente externo, com especial foco no futuro e nas mudanças que possam advir para determinada realidade ou universo. Esta abordagem inicial foi sendo ampliada e deu origem a um tipo de análise mais completa, com uma vertente mais desenvolvida, que tomou a designação de PESTEL (acresce Ambiental e Legal) e mais tarde de STEEPLED (Social, Tecnológica, Económica, Ambiental, Política, Legal, Éticos, Demográfica e Reguladora). A adaptação do modelo original à realidade em análise, o sector da saúde, fez com que alterássemos as áreas de Ambiental para Educação e a Reguladora/ Legal para Política.

[1] http://www.strategicmanagementinsight.com/tools/pest-pestel-analysis.html

Para efetuar uma análise PEST robusta e garantir maior abrangência e consistência às conclusões do exercício, pode ser incluída uma consulta a um painel de especialistas sobre a temática em causa, o qual deverá ser o mais alargado quanto possível. Conciliar estas duas características é algo que nos propomos concretizar.

A análise PEST deve seguir os seguintes passos:

a) Identificação do que no modelo original se designa por "negócio", sendo que neste caso optámos pela identificação do nosso propósito, ou seja: definição das prioridades das políticas em saúde;

b) Num segundo ponto, deve ser reunida informação de todos os fatores em análise, que se apresentam na Figura 7.1. e;

c) Por último, devem ser identificados os fatores que podem representar futuras oportunidades ou ameaças. Na nossa abordagem o período em análise, o limite máximo do futuro foi definido como o ano de 2031.

Figura 7.1 Adaptação do Modelo PEST à investigação

FONTE: Elaboração própria

7.2. O Modelo PEST como ferramenta de definição das prioridades das políticas em saúde

7.2.1. Demografia: impacto do envelhecimento

Portugal é atualmente o sexto país mais envelhecido do Mundo (Population Reference Bureau, 2013), com um em cada cinco portugueses a ter mais de sessenta e cinco anos. Em quarenta anos, a população sénior duplicou e a população jovem reduziu-se para metade. Como consequência destas mudanças, Portugal teve que ajustar-se rapidamente a uma sociedade envelhecida, não apenas pelo aumento da esperança de vida, mas, principalmente, pela falta de nascimentos. Com efeito, hoje um português vive em média mais catorze anos que em 1970, mas cada mulher tem em média metade dos filhos que tinha há quarenta anos. Neste contexto, como se sustenta uma sociedade arquitetada no sistema pay-as-you-go, fortemente dependente das estruturas populacionais ativas economicamente, ou melhor, contribuintes líquidos que suportem um Estado Social? (Tabela 7.1.)

Tabela 7.1. Análise do impacto da variável DEMOGRAFIA

DEMOGRAFIA

	Passado 1970/71	Presente 2010/11	Futuro 2030*	Futuro 2061*	Oportunidades	Ameaças
População						
Residentes em Portugal à data dos Censos	8.611.125	10.562.178	9.901.314	10.283.109		Perda população
Mortalidade						
ESH	64	76,7	80		Desafio	Desafio
ESM	70,3	82,6	80		Desafio	Desafio
TBM	10,72	9,06	10,1			
TMI	55,48	2,99				
Natalidade e Fecundidade						
TBN	20,0	9,2	8,2		Desafio	Desafio
ISF	3	1,37	1,5		aumento	
Idade da mãe ao 1º filho	24,3	28,9				
TFG	84,9	40				
Migrações						
TCT (1970/71 e 2001/11)	1,336%	0,199%				
TCN	0,879%	0,316%				
TCM	0,461%	0,181%				
Envelhecimento						
%<15	28,5%	14,9%	13%	14%		Dificuldade
%65+	9,9%	19,6%	27%	22%	Desafio	Desafio
Índice de Juventude	287,34	93,2		64,7		Dificuldade
Índice de Envelhecimento	33,9	130,1	210,8	154,3		Dificuldade
Índice de Renovação da População em Idade Ativa	142,4	103,2		70,0		Dificuldade
Índice de Dependência de Jovens	49,73	22,1	20,9	21,6		Dificuldade
Índice de Dependência de Idosos	13,88	27,2	43,9	33,7		Dificuldade
Índice de Dependência Total	61,0	49,0	64,8	55,6		Dificuldade

FONTE: Elaboração própria

É também, nestes quarenta anos de intensificação do designado "duplo envelhecimento"[2] que cresce a participação dos cidadãos na sociedade e aumenta a laicização da sociedade. Esta última é refletida por um lado no aumento dos casamentos não católicos que, em 1970, representavam treze em cada cem e nos dias de hoje, dois em cada três casamentos. Por outro lado explica igualmente o aumento dos divórcios, que neste mesmo período temporal passam de menos de um divórcio por cada cem casamentos para os atuais de setenta e quatro por cada cem.

Hoje fala-se já no "triplo envelhecimento". Este terceiro fenómeno refere-se ao envelhecimento da idade média da população. Com efeito, a idade média da população portuguesa é de 42 anos, uma subida de treze anos, quando comparada com a idade média de 29 anos registada em 1970.

Mas como evoluirá esta tendência? Nos cenários apresentados no presente livro e confirmado também por outros exercícios semelhantes (Mendes e Rosa, 2012), os investigadores apontam para uma diminuição da população residente no território nacional. Identificamos este fator como uma potencial ameaça. Acreditamos que a perda de quantitativos populacionais possa ter uma repercussão negativa no desenvolvimento económico, com consequências na empregabilidade e no tecido produtivo nacional. Este efeito negativo é potenciado pelo facto pela pressão que o grupo mais idoso exerce, a nível contributivo e no que respeita às opções de investimento das políticas públicas (por exemplo na aposta em saúde infantil ou geriátrica; em creches ou em lares de dia...), sobre a população mais jovem (que será a próxima população ativa). Estima-se que em vinte anos, por cada cem jovens existam duzentos idosos. Recordemos que em 1970 havia trinta e três idosos por cada cem jovens!

A probabilidade deste cenário ocorrer é grande[3]. Sendo assim, há que preparar a sociedade e a estrutura económica para esta realidade e adaptar o modelo de Estado que se pretende ao futuro. Esta diminuição populacional e o agravamento do envelhecimento deverá levar a sociedade civil a questionar que Estado pretende, com que tipo de financiamento, com que peso,

[2] Consultar capítulo 1 e referências bibliográficas aí indicadas para maior aprofundamento sobre esta temática.
[3] Consultar capítulos 3 e 4, bem como as referências bibliográficas aí indicadas para maior aprofundamento sobre esta temática.

que áreas priorizar. Apenas temos como certo que o Estado que conhecemos até agora está desajustado à realidade futura que se avizinha e já dentro de poucos anos!

7.2.2. Educação: como predictor da saúde

O tema da educação surge de seguida, para fazer a ponte entre a tendência futura de aumento da esperança de vida e a qualidade dessa vida extra. Vários autores e investigadores, como Caldwell, em *Education and literacy as factors in health* (1985), partilham da opinião de que a educação é um fator determinante e que pode influenciar positivamente a saúde. Assim, analisámos a evolução da educação nas várias *coortes* da população ao longo século XX e primeira década de XXI. (Tabela 7.2.).

Tabela 7.2. Análise do impacto da variável EDUCAÇÃO

EDUCAÇÃO	[illegible]	Presente 2/2011	Futuro 2/31	Oportunidades	Ameaças
Portugal Total					
Taxa de analfabetismo %	25,7	5,2		Cont. tendência ↘	
Taxa real de escolarização %					
Educação Pré-escolar %	2,40%	83,9		Cont. tendência ↗	
Ensino básico 1º ciclo %	84,3	100			
Ensino básico 2º ciclo %	22,2	93,8			
Ensino básico 3º ciclo %	14,4	89,5			
Ensino secundário %	3,8	71,4		Cont. tendência ↗	
Aprendizagens ao longo da vida % (1998 e 2008)	3,1	6,5		Cont. tendência ↗	
Nº inscritos e diplomados no Ensino Superior (1998/9)					
Nº inscritos	81.080	131.508		Cont. tendência ↗	
Nº de diplomados no Ensino Superior	39.216	87.129		Cont. tendência ↗	
Por Regiões					
Norte					
População com 65+		16,1%	22,3%		Cont. tendência ↗
População com 65+ anos com SE/2.º Ciclo EB		89,5%	67,9%		Cont. tendência ↗
Lisboa					
População com E. Superior		16,0%	23,5%	Cont. tendência ↗	
População com 65+ anos com E. Superior		8,1%	20,1%	Cont. tendência ↗	
Alentejo					
População com População com 65+		23,1%	22,1%		
E. Superior		8,9%	16,1%		
População com 65+ anos com SE/2.º Ciclo EB		92,7%	60,3%		
Algarve					
População 0-14		15,8%	15,9%	Cont. tendência ↗	
População com 65+ anos com E. Superior		4,1%	11,8%		
R.A.A.					
População 0-14		16,3%	15,6%		
População com SE/2.º Ciclo EB		64,6%	51,6%		Região % mais baixa
População com E. Superior		8,1%	13,2%		Região % mais baixa
R.A.M.					
População Feminina		52,7%	52,4%		Região maior desigualdade
População 15-64		69,8%	69,5%		Região mais jovem

FONTE: Elaboração própria

A nível europeu, Portugal continua a possuir um nível muito baixo de escolarização, com uma elevada percentagem da população com quinze e mais anos que não possui qualquer escolarização (cerca de 10 por cento) ou, a que possui, não ultrapassa os seis anos (cerca de 43 por cento). No entanto, a população que não sabe ler nem escrever restringe-se quase exclusivamente aos residentes com mais de 65 anos (73 por cento), o que nos permite encarar o futuro com algum otimismo. Este otimismo reflete-se também nos níveis de conclusão do ensino superior. Os últimos anos foram verdadeiramente surpreendentes. Segundo os relatórios da OCDE (2012), em 1998, apenas 8 por cada cem portugueses com idades compreendidas entre os 25 e 64 anos tinha completado uma licenciatura. Doze anos depois a percentagem duplicara (para 15 por cento), o que representa um ritmo de crescimento anual médio de 5,6 por cento, valor superior à média dos países da OCDE.

No entanto, apesar desta melhoria, Portugal continua no fim da tabela em *exe quo* com Itália e abaixo surge apenas a Turquia (com 13 por cento). Se por um lado este indicador se revela constrangedor num cenário comparado, certo é que no futuro temos um potencial de crescimento considerável. Este fator é deveras importante na presente análise, pois quando valorizado como preditor da saúde[4] apresenta um potencial de ganho na saúde da população idosa, superior aos seus parceiros Europeus, consubstanciando a teoria de crescimento de Solow[5].

Alguma investigação de referência internacional (Joung, et al., 2000) comprovou o pressuposto de que existe uma relação entre educação e saúde. Também em Portugal investigadores (Henriques e Rodrigues, 2010) provaram ser real essa correlação[6]. Assim, no capítulo 3 foram realizadas complexas projeções até 2031, refletindo

[4]Em resultado do estudo de vários autores estrangeiros verificámos que a educação era considerada como um indicador fiável para se conhecer o estado de saúde de determinada população. Investigadores de renome internacional, nomeadamente, Van Immhoff, Mackenbach,Cavelaars, Kunst e Joung, de diferentes nacionalidades, questionaram se a educação seria um bom preditor da saúde futura de um país. A utilização de uma variável indireta para estimar o estado de saúde, surge pelo facto de esta última ser de difícil estimação e projeção havendo, por esse facto, a necessidade de recorrer a uma variável que permitisse de uma forma credível e fiável, estimar o estado de saúde da população global. Consultar capítulo 3, para aprofundamento.

[5]O modelo de Solow prevê que economias cujo nível de desenvolvimento seja maior, menor será a sua taxa de convergência, e à medida que se aproxima do steady state, menor é a intensidade do seu crescimento. Adequando à aprendizagem/ Educação, podemos dizer que em países com maior taxa de conclusão do ensino superior, menor será o seu crescimento anual. E esta intensidade de crescimento vai diminuindo à medida que vão chegando ao ponto ótimo. Para a média da OCDE, a taxa de conclusão do ensino superior, era de 21% (1998) e 30% (2010), o dobro da nacional. Apenas a tecnologia pode melhorar os parâmetros.

[6]O método utilizado foi o modelo de regressão logística para dados binários, e confirmou a relação entre as variáveis (educação e saúde), ou seja, que pessoas com taxas de instrução mais altas, quando comparadas com pessoas com menores níveis de instrução, apresentavam resultados mais satisfatórios no que respeita ao seu estado de saúde.

a combinação entre demografia, educação e saúde. Esta metodologia é inovadora em Portugal e permite dotar o decisor de uma ferramenta credível e sólida.

Espera-se que, mau grado o inevitável intensificar dos níveis de envelhecimento das estruturas etárias da população portuguesa, seja possível contrabalançar o impacto esperado nas despesas da saúde, pois provámos que pessoas com maior instrução se autodeclaram, em média, com melhor saúde que pessoas com níveis de instrução mais baixos ou mesmo não alfabetizadas.

Neste livro, foi possível ainda conhecer um Portugal por regiões (NUTS II). Esta análise complementar é explicada da necessidade de sistematizar as diferenças locais e considerar os diferentes estádios de desenvolvimento social, cultural e educacional, para uma melhor avaliação, por parte do leitor, das potenciais ameaças e oportunidades daí advindas.

Na análise regional, o Alentejo é hoje a região mais envelhecida do país, estimando-se que nos próximos vinte anos continue a sê-lo, juntamente com o Norte. Será necessário aos responsáveis locais adequarem a oferta à procura, no sector dos cuidados de saúde e da assistência. Mas não só. Com efeito, a Região Norte é também uma das regiões com níveis de instrução inferiores à média, o que pode reduzir a vantagem esperada em termos de pressão, a que aludimos em termos médios nacionais. Na Região Autónoma dos Açores, a conjugação de ser a zona com (i) maior taxa de população sem instrução ou com nível baixo de instrução e (ii) com a menor taxa de participação no ensino superior, pode ser também vista como uma potencial ameaça e consequentemente, alvo urgente de políticas de reversão de tendência.

A região que apresenta um panorama mais positivo e que pode aproveitar o facto de a sua população apresentar níveis de instrução superiores à média nacional, é Lisboa.

7.2.3. Saúde: estado de saúde

A saúde aparece neste exercício associada à mortalidade e à morbilidade (Tabela 7.3.). No caso específico da mortalidade, como evidenciado no Capítulo 2, o processo de transição epidemiológica surge quase a par da transição demográfica. Este fenómeno foi caracterizado pela descida significativa dos ní-

veis de mortalidade, associados às doenças infeciosas e gradual prevalência de mortes "evitáveis", como as ocasionadas pela falência do aparelho circulatório (17 por cento em 1970 e 31,8 por cento em 2011). Outro grupo de causas de morte que gradualmente foi conquistando terreno, fruto do envelhecimento etário e do agravar de estilos de vida menos saudáveis, foram os tumores malignos (11,7 por cento 1970 e 23,5 por cento em 2011).

Na morbilidade, se por um lado é possível avançar com projeções fiáveis quanto à correlação entre estado de saúde (auto declarado) e educação, relativamente aos restantes indicadores de saúde, o efeito da escolaridade parece não ser tão evidente, dificultando o exercício de projeção futura de tendência de evolução destes indicadores. No entanto, não quisemos deixar de fora algumas referências evidenciadas no capítulo das projeções.

Tabela 7.3. Análise do impacto da variável SAÚDE

SAÚDE

	Presente 2010/11	Presente 2010/11	Futuro 2017	Oportunidades	Ameaças
Portugal					
MORTALIDADE					
Causas de morte					
Doenças infecciosas e parasitárias	7,8%	n.d.			
Doenças do aparelho circulatório	17,8%	31,8%			
Tumores malignos	11,7%	23,5%			
Doenças do aparelho respiratório	12,0%	11,1%			
Doenças do aparelho digestivo	7,3%	4,4%			
Doenças do aparelho genitoriário	2,3%	3,1%			
Sintomas, sinais, quadros anormais, causas mal definidas	15,3%	8,5%			
Doença pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV)	n.d.	5,6%			
Tuberculose	1,8%	5,2%			
Outras causas por inserção	20,5%	11,6%			
Causas externas	5,8%	4,2%			
Instituições de Saúde					
Número de Médicos	8.156	42.706			
Médicos por 100.000 habitantes	94	408			
Número de Hospitais	624	228			
Número de Centros de Saúde (1999)	389	338			
Número de Enfermeiros	19.080	52.279			
Número de Farmácias	2.118	2.810			
MORBILIDADE					
Estado de Saúde - auto percepção "muito mau", "mau" e "razoável"					
Homens		46,3%	43,7%	Tendência ↘	
Mulheres		58,5%	55,8%	Tendência ↘	
Doenças crónicas					
Homens		66,5%	66,7%	Tendência ↘	
Mulheres		72,1%	72,3%	Tendência ↘	
Incapacidades de longa duração					
Homens		5,7%	5,5%	Tendência ↘	
Mulheres		7,1%	7,8%	Tendência ↘	
Consultas médicas					
Homens		62,1%	62,8%		Tendência ↗
Mulheres		63,7%	62,6%		Tendência ↗
Uso de medicamentos prescritos					
Homens		44,2%	45,2%		Tendência ↗
Mulheres		72,9%	72,1%		
Por Região - Estado de Saúde - auto percepção "muito mau", "mau" e "razoável"					
Norte					
Homens		44,2%	45,1%		Tendência ↗
Mulheres		56,8%	55,3%		
Centro					
Homens		51,1%	53,3%		Tendência ↗
Mulheres		63,3%	63,4%	Tendência ↘	
Lisboa					
Homens		41,9%	39,1%	Tendência ↘	
Mulheres		55,4%	53,2%	Tendência ↘	
Alentejo					
Homens		44,2%	41,8%	Tendência ↘	
Mulheres		62,3%	66,8%	Tendência ↘	
Algarve					
Homens		46,8%	37,8%	Tendência ↘	
Mulheres		62,8%	60,8%		Tendência ↘
R.A.A.					
Homens		28,5%	28,0%	Tendência ↗	
Mulheres		48,8%	51,7%	Tendência ↗	
R.A.M.					
Homens		42,6%	43,7%		Tendência ↘
Mulheres		55,0%	54,8%		Tendência ↘

↗ corrente tendência

FONTE: Elaboração própria

Numa segundo nível de análise de resultados, quando tentamos apurar de diferenças regionais, verifica-se que existe uma diminuição de risco de ter uma ou mais doenças crónicas em indivíduos detentores de grau de Ensino Superior, sobretudo entre as mulheres. De algum modo, com resultado espectável, no indicador de saúde referente à existência de consultas médicas nos últimos três meses, os resultados sugerem que o aumento de escolaridade está associado a uma maior probabilidade de ter consultado um médico. Efetivamente, quanto maior o nível de instrução, maior a capacidade de um indivíduo avaliar o seu estado de saúde e consultar um profissional de saúde de forma preventiva, evitando fazê-lo já em estado de doença avançada, debilitante ou incapacitante.

Um melhor estado de saúde refletir-se-á, à partida, numa menor necessidade de utilização dos serviços de saúde e pode levar, consequentemente, à redução de despesa de saúde.

O efeito do aumento de esperança de vida e dos riscos inerentes de maior incidência de determinadas doenças crónicas e incapacitantes, pode ser, portanto, contrabalançado pelo aumento do nível educacional da população. Assim, se o aumento esperado da longevidade for acompanhado pelo aumento do número de anos vividos com saúde, o envelhecimento pode não vir a traduzir-se, necessariamente, no aumento dos custos em saúde.

7.2.4. Economia: despesas de saúde

Com o desenvolvimento do Estado Social, principalmente após a implantação da democracia, as despesas públicas de saúde aumentaram, fruto do maior envolvimento do Estado na promoção da saúde e do bem-estar da população portuguesa. Este gradual envolvimento reflete-se no incremento do peso da despesa total de saúde no Produto Interno Bruto, que passa de 2,3 por cento em 1972 para 9,7 por cento em 2012, embora a partir do ano de 2000, se entre numa fase de estabilização ou abrandamento, mais evidente após 2010. Esta tendência de abrandamento decorre do facto do governo português, a braços com a crise económica e financeira e com intervenção estrangeira, ter sido obrigado a introduzir medidas de contenção de gastos públicos, afetando as várias funções do Estado, desde a educação, a defesa, a saúde, entre outras.

Na generalidade dos países da OCDE, o Estado é considerado como principal financiador das despesas de saúde. No entanto, desde 2000 o financiamento privado tem vindo a conquistar a sua quota de participação, se em 2002, a participação privada era de 29, 2por cento, atualmente este peso aumentou para 37,4por cento. Também a oferta de hospitais e clínicas do sector privado têm aumentado em quantidade mas também em qualidade, fazendo com que as famílias tivessem alterado o seu padrão de consumo de serviços de saúde. Cada vez mais as famílias recorrem ao sector privado quando adoecem.

Se, nos últimos quarenta anos, o investimento público em saúde foi canalizado principalmente para cuidados de saúde primários, para a saúde materno infantil e para a construção de novos equipamentos e infraestruturas, o futuro será bem diferente num cenário de envelhecimento acentuado.

Assim, nas próximas décadas (Tabela 7.4.), assistiremos a uma maior intervenção e participação do sector privado. Se a este facto juntarmos a evidência de que grande parte do investimento público em infraestruturas está atualmente concluído, a situação poderá ser dar ao Estado português uma oportunidade de realocação de recursos, permitindo-lhe também ponderar a sua participação em diferentes áreas adequando o investimento à nova realidade demográfica. Com o envelhecimento e insuficiência de oferta de cuidados e serviços na área, o Estado deve equacionar a melhor forma de investir e proporcionar uma oferta de cuidados a esta população específica, centrando-se nas doenças crónicas, em outras patologias físicas e psicológicas e na medicina preventiva.

Tabela 7.4. Análise do impacto da variável ECONOMIA

Economia

	Passado		Presente		Oportunidades	Ameaças
Despesas do Estado: execução orçamental por algumas funções (milhões de Euros)						
Serviços gerais da Administração Pública	1972	25,0	2011	1752,3		Desafio
Defesa Nacional	1972	69,2	2011	1943,6		Desafio
Educação	1972	22,3	2011	7878,5		Desafio
Saúde	1972	2,8	2011	9171,7		Desafio
Segurança e Acção Social	1972	5,0	2011	11233,2		Desafio
Despesa total em saúde						
Em % do PIB	1972	2,30%	2012	9,70%		Desafio
Milhões de Euros	2001	11.835,6	2011	17.507,7		
Despesa corrente em saúde						
Milhões de Euros			2012	15.628,1		
Taxa de variação			(2012/ 2011)	-6,5%	Desafio	Desafio
Em % do PIB			2012	9,5%		
Despesa corrente em saúde, por prestador						
Hospitais			2011	39,00%		
Prestadores de cuidados de Saúde em ambulatório			2011	32,00%		
Farmácias			2011	19,00%		
Outros Seguros Privados			2011	10,00%		
Taxa de crescimento da despesa corrente (% ano anterior)						
Pública	2001	8%	2012	-9,70%	Desafio	Desafio
Privada	2001	4,70%	2012	2,40%	Oportunidade	
Financiamento da Saúde						
Público (%)	2002	70,60%	2012	62,60%	Oportunidade	
Fontes de Financiamento da administração pública						
Serviço Nacional de Saúde	2000	93,40%	2012	86,20%		
Subsistemas de Saúde Públicos	2000	5,50%	2012	6%		
Outras entid. Da Administração Pública	2000	5,40%	2012	5,60%		
Fundos de Segurança Social	2000	1,70%	2012	2,20%		
Fontes de Financiamento no sector privado						
Subsistemas de Saúde Privados	2000	7,00%		5,00%		
Outros Seguros Privados		4,00%		9%	Oportunidade	
Despesa Privada Familiar		80,00%		85,00%		
Inst. Sem Fins Lucrativos ao serviço das famílias		1,00%		/		
Outras Sociedades		2,00%		1,00%		
Despesa corrente em saúde, por agente financiador						
Serviço Nacional de Saúde	2000	57,00%	2012	54,00%	Oportunidade	
Subsistemas de Saúde Públicos	2000	5,90%	2012	3,70%	Oportunidade	
Outras entid. Da Administração Pública	2000	4,40%	2012	3,00%	Oportunidade	
Fundos de Segurança Social	2000	1,20%	2012	1,40%		
Subsistemas de Saúde Privados	2000	2,20%	2012	1,80%		
Outros Seguros Privados	2000	1,40%	2012	3,20%	Oportunidade	
Despesa Privada Familiar	2000	26,50%	2012	31,70%	Oportunidade	

FONTE: Elaboração própria

Como vimos, o aumento da escolarização da população portuguesa permitirá ao Estado português poupar recursos, pela maior pro atividade na prevenção, na adoção de comportamentos e de estilos de vida saudáveis. É possível que as despesas com consultas aumentem no futuro, mas acreditamos que estas tenderão a ser cada vez mais preventivas, o que indiretamente pode significar uma redução de custos possíveis a nível profilático. Segundo ficou exposto no Capítulo 6, está provado[7] que é nos dois anos antes da morte que o indivíduo mais exige cuidados de saúde, independentemente da idade em que ocorre do óbito. Assim, não será pelo aumento da esperança média de vida que as despesas irão aumentar.

Outro fator que aparece como determinante para a diminuição das despesas em saúde é o progresso tecnológico. Com efeito, este poderá representar no futuro uma poupança. Não obstante, implica no curto e médio prazo um avultado investimento em investigação, inovação e em novos equipamentos, o que representa um esforço adicional para os orçamentos públicos no sector da saúde.

7.2.5 Social: envelhecimento e padrões sociais

Alguns investigadores têm-se empenhado na procura dos fatores determinantes da saúde, para assim sistematizar e organizar propostas de ação e intervenção preventiva. A variável social tem sido relevada como sendo tão ou mais importante que os fatores biológicos ou genéticos. Dentro dos fatores sociais sistematizados, no Capítulo 4, foram apontados os fatores estruturais (sexo, a idade, a escolaridade, o rendimento, a ocupação e o estado civil); os comportamentais (o estilo de vida, como o consumo de tabaco ou álcool, a prática de atividade física ou a alimentação) e por fim os psicossociais (eventos críticos no decorrer da vida, a experiência de stress crónico ou o nível de recursos psicológicos, como a autoestima), considerados relevantes[8] (Tabela 7.5.).

[7] Para maior aprofundamento consultar capítulo 6.
[8] Consultar capítulo 4 e referências bibliográficas aí indicadas para maior aprofundamento sobre esta temática.

O gradual processo de escolarização da população portuguesa permitiu à sociedade, como um todo, evoluir e aumentar a sua consciência face a comportamentos sociais, à parentalidade, à profissão, à saúde, a estilos de vida, a padrões culturais e familiares.

Neste contexto, a escolarização permitirá no futuro consolidar este caminho trilhado. A população idosa, sendo cada vez mais escolarizada, terá um papel mais ativo e relevante na sociedade, nomeadamente na prevenção de doenças, na maior participação no mercado de trabalho até idades mais avançadas, quer pela via tradicional, quer pela reinvenção de novas profissões, em ações de voluntariado e de responsabilidade social e na esfera da transmissão de património cultural. Também serão os idosos a exigir que a sociedade de consumo se adapte a eles com novos produtos e através da oferta de novos serviços direcionados para as suas necessidades especificas.

Tabela 7.5. Análise do impacto da variável SOCIEDADE

SOCIAL					
	Envelhecimento				
	Da população-alvo			Aumento generalizado dos níveis de escolaridade da população portuguesa	
				População idosa mais escolarizada, melhora a qualidade de funcionamento do cérebro, participação e envelhecimento dos cérebros.	
	A família e os seus			Informação mais fiável para monitorizar os hábitos de vida saudáveis, melhores relacionamento e atuação nos cuidados de saúde.	
	Estrutura familiar			Famílias como a estrutura familiar, o envelhecimento ou as crises de envelhecimento não pode ainda estar tanto a educação como a saúde em os hábitos.	
	Atitudes perante a vida		Estatísticas sociais e seu contributo sobre a sociedade como pensamento na vida.	Como pensamento coagindo (apoiado) de contribuição e resulta no futuro ao final da vida.	
	Alteração de expectativas sociais		"Acontecimentos sociais experimentam alterações nos fatores sociais, as perspectivas de as perspectivas de conhecimento acontecem. Foram criadas em casa e fazer o contributo social como o período adiantado grandes modificações.		
	Operação pós-moral				Casos de gênero desafiantes sociais que ambiguam o "saber" sentir as operações através e mínimas.
	Caracterização sociodemográfica	Aproximação sociodemográfica portuguesa mais bem aos níveis gerais europeus no que se refere particular podem ser sentir na inovação, social e produção social.		Dizer exemplos sociais de países mistos, uma sociedade que procura aprender e adequar à realidade portuguesa.	
	Alteração dos padrões de fecundidade	A sociedade tem o nível de fecundidade abaixo de um conjunto de alterações sociais e demográficas consideradas determinantes da fecundidade através do nível de fecundidade não geradas.			Comprometer a renovação de gerações, necessidade carente de jovens. Desestruturação social.
	Diferenças e desigualdade				
	sociais face à saúde	Desigualdades face a saúde heterogéneas de fatores sociais.			
	de gênero face à saúde	Diferenças de gênero face à saúde, estabilidade e resistência.			Necessidade de estudos sobre diferenças de fecundidade e de DMO.
	Coesão Social				
	Fibras de Estrutura Social	Estado Social (SOCIAL) assente nos três pilares: pilares do sistema social europeu: solidariedade solidariedade (Educação), pensões de não ativos (Saúde) e pensões ou seja também (Segurança Social).			
	Benefícios Sociais e Saúde	A prestação de cuidados de saúde e assistência são feitas em sua grande a iniciativa religiosa e responsável. As Misericórdias assim as instituições de apoio à população são situação de maior.	Programas/serviços de acompanhamento social e a partir sentar fazer diferença a saúde como uma saber necessidade. Se acompanhamento regionais e de intervenção permanente.	Mesmo na necessidade, o papel do mercado seria, como parceiro no sistema de saúde, apoio social necessidades, etc.	O Estado como como parceiro!
	Rede Nacional de cuidados continuados			"A necessidade de adaptar a sociedade à rápida alteração da estrutura demográfica da população portuguesa está ainda influenciada a concepção da saúde. Para que mantenham a política de saúde neste período, desgraçadamente o Plano Nacional de Saúde (2004-2010), o Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas e o Programa Nacional de Cuidados Paliativos."	Se a crise económica/financeira piorar nestes meses, o não bloqueio à DMO e melhorar saúde e saúde da população em envelhecimento.

FONTE: Elaboração própria

Nesta sistematização de comportamentos sociais sentimos ainda necessidade de reforçar a importância das desigualdades de género face à saúde. Mulheres e homens apresentam comportamentos antagónicos na mortalidade e na morbilidade. São os homens que morrem mais cedo, mas são as mulheres que são mais doentes (com maior probabilidade de episódios de depressão, desordens psiquiátricas, stress e de todo um conjunto de condições crónicas). Vemos como uma ameaça futura a incapacidade das estruturas de saúde se adequarem a estas diferenças. Será necessário entender e aprofundar esta temática para melhor preparar a sociedade para este ajustamento, uma vez que se prevê um aumento da percentagem de idosas, o qual será superior ao dos idosos.

No respeitante aos fatores psicossociais, algumas sociedades europeias e particularmente a portuguesa, experienciaram uma alteração de expectativas face a estilos de vida projetados para o futuro, os quais em última analise comprometeram o seu bem-estar e qualidade de vida. Um dos seus efeitos mais visíveis consiste no aumento da exposição ao risco de pobreza da população portuguesa (INE, 2012), que é agora de 18,7por cento, sendo o mais elevado desde 2005, acompanhado também pela descida do limiar de pobreza, que se situa agora nos 409 euros mensais (face aos 416 euros no ano anterior). Estes desajustamentos entre expectativas e realidade geram conflitos sociais, familiares e pessoais.

Socialmente a população acaba por estar menos tolerante, intransigente, egoísta e menos capaz de amortecer falhas sociais, políticas e económicas. Com o gradual envelhecimento das estruturas etárias essa incapacidade de ajustamento pode despoletar conflitos geracionais e sociais graves. Os decisores políticos devem ser capazes de suavizar este descontentamento e aproveitar para efetuar mudanças estruturais na despesa pública. Se por um lado há maior descontentamento, também é um facto que há uma maior capacidade de compreender mudanças, que efetivamente sejam promotoras desses ajustamentos.

Historicamente, a prestação de cuidados de saúde e assistência estiveram ligadas à iniciativa religiosa e corporativa, cabendo às Misericórdias e instituições religiosas assegurar a prestação de cuidados aos mais carenciados. Progressivamente os responsáveis locais e o poder central foram olhando para a questão como um sector merecedor de enquadramento legislativo e de intervenção permanente. O Estado reconhece hoje o papel preponderante do terceiro sector e sabe que o futuro deve passar pela cooperação entre Estado, instituições religiosas e de solidariedade. A harmonia social advirá da capacidade de os decisores fazerem uma boa articulação entre entidades.

Acreditamos que se os governos e os empresários forem resilientes e conseguirem reconhecer os pontos de stress social, geracional e cultural, advindos do envelhecimento, sabendo adaptar a economia e a sociedade portuguesa resultantes do "após crise", conseguiremos ter uma sociedade em evolução para um novo ponto de equilíbrio. Esse novo estado de equilíbrio será marcado indubitavelmente pelo envelhecimento da população. Cabe a cada um de nós, enquanto cidadão, fazer escolhas conscientes e adotar estilos de vida saudáveis que permitam esse crescimento.

7.2.6. Político: definição das prioridades das políticas em saúde

O sistema de saúde, tal como o entendemos hoje, resulta da expressão de políticas adotadas ao longo de diversas décadas, evoluindo de uma filosofia de centralidade do cuidar individual à centralidade do cuidar coletivo. Este conhecer do passado e presente encontra-se desenvolvido no capítulo 1, pelo que neste capítulo final faremos apenas uma chamada de atenção para o enquadramento das principais medidas legislativas e políticas na área da saúde, com vista a que possamos apresentar algumas linhas orientadoras para os *decision makers* (Tabela 7.6.). Para esta seleção quanto às principais orientações nas políticas de saúde suportamo-nos no modelo Delphi, que apresentaremos um pouco mais à frente.

O desenvolvimento do sistema de saúde foi pautado por alguns acontecimentos que se constituíram em marcos da sua evolução ao longo de todo o século XX, pautado por profundas transformações sociais, políticas e culturais. Portugal entra no século XX com uma Monarquia Constitucional marcada em 1901 pela designada Reforma de Ricardo Jorge, centrando a sua atenção em medidas de Saúde Pública que procuravam proteger e melhorar a saúde da população pelo controlo sanitário, prevenindo epidemias e investindo no ensino, do qual resulta a criação da Escola de Medicina Tropical de Lisboa.

Tabela 7.6. Análise do impacto da variável POLÍTICA

Período		
Higiene e Ordem e Bem	**Assistência**	**Assistência**
1901	**1933**	**1973**
Reforma Ricardo Jorge: emergência saúde pública; regula serviços de saúde e benefícios públicos	Estado Assistencialista	Criação das Administrações Distritais
1911	Política de Família "o lar português"	**1974**
Criada Direção Geral de Saúde	**1937-1944**	Serviço Médico à periferia
Universidades de Coimbra - Porto e Lisboa	Ordem corporativa - corporativa	**1975**
Criada Direção Geral de Assistência	**1940**	Despacho Arnault (criação do SNS)
Regulação e Junta dos Partidos Médicos	Criada a Subsecretaria de Estado da Assistência Social	**1979**
1914	**1941**	Criação do SNS
Reorganização dos hospitais + criação de hospitais-core de bairro	Reorganização dos serviços de assistência	Serviço Nacional saúde universal, geral e gratuito
Novos hospitais	**1942**	consagração da saúde como direito constitucional
1919	Privatização de funções chave da assistência	**1982**
Criação dos seguros sociais obrigatórios na doença, invalidez, velhice sobrevivência (também seguro social obrigatório e previdência social)	**1944**	Extinção da autonomia financeira e administrativa do SNS
Estado Providência	Estabelecido ao nível da Segurança do regime jurídico da assistência social	**1983**
1925	**1945**	Reformulação dos Centros de Saúde
Ivanhoe Ricardo Jorge	Estado Providência - Trigo Magalhães (assistência paliativa, curativa, correctiva, preventiva e separação de assistência de saúde. Reforma Trigo Magalhães	**1985**
Reforma ensino médico	Criação do Instituto Nacional de assistência aos Tuberculosos, Instituto Maternal, Instituto Assistência a Família)	Introdução de taxas moderadoras
saúde escolar	**1946**	Instituto preventivo da política de saúde e regulação de medicamentos
vacinação	Lei organização hospitalar - Lei de Bases Hospitais	**1989**
Desenvolvimento à vacinação	Foi criada a Federação das caixas de previdência	Lei de bases da saúde
Desenvolvimento de higiene (água, saneamento, circulação de ar, condições de habitação e alimentos)	**1958**	Vacinação universal e gratuita
1930	Criação do Ministério da Saúde e Assistência	**1993**
Reforma dos serviços de saúde públicos	**1961**	Extinção IAHN (regulamentação da Lei de Bases)
1937	Direção geral dos hospitais	Regulamentação das Administrações Regionais de Saúde (ARS)
Regulamento serviços saúde	**1963**	**1990**
	Reformulação da Lei de bases da Política Social e Assistência	Cuidados Continuados (desenvolvimento do Apoio domiciliário integrado (ADI)
	Caixa para Funcionários públicos - ADSE	**1998**
	Anulado em 1965	Sistemas locais de Saúde
	Programa Nacional de Vacinação	Centro de Saúde (7 Direção)
	1969	Unidades locais de Saúde
	Criado escolas Enfermeiro	Níveis de assistência territorial
	Regulamento Geral dos hospitais (carreiras médicas)	**2002**
	1968	Criação de figura de hospitais empresa
	"Inquérito Decoff" serviço de saúde - carreira médicos, criação de hospitais autónomos - centralizar saúde, aumento do nº de médicos	**2003**
	criação de ministério coordenar saúde, previdência e assistência	Criação Entidade Reguladora da Saúde
	1971	Rede cuidados continuados
	Reforma do Congresso Farmácia	**2004**
		7º Plano Nacional de Saúde 2004-2010 e decorrente (Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas e Programa Nacional de Cuidados paliativos
		2005
		Reformulação do RNCC para Rede Cuidados
		Reestruturação dos Cuidados Saúde Primários
		Criação das Unidades Saúde Familiar (USF)
		Entrada em vigor do programa PRACE na Saúde
		2008
		Agrupamento de Centros de Saúde
		Transposição para o Direito interno da FEI 2005
		2009 Reestruturação dos serviços de saúde II
		2010 PEC 2010-2013
		Estimativa do número de unidades de Medicina Física e Reabilitação Públicas e diferenciação das unidades privadas

FONTE: Elaboração própria

Processo	Efeitos	
	Oportunidades	Ameaças
2011		
Memorando Extensível – Programa de Assistência Económica e Financeira	Profissionais de saúde com formação base e no início de vida com maior qualidade	Crise económica e descontrolo relevando de enfermeiros e consequentes programas de execução que implicam restrições no SNS global
PEPMAC	Profissionais de saúde tendo acrescimo em quantidade para responder às necessidades, incluindo médicos	Falta de médicos a nível nacional e consequente falta no SNS
Redução e Controlo rigoroso das despesas do SNS, nomeadamente através da prescrição e facturação electrónica	Unidades de saúde com qualidade	Restrições nas contratações de profissionais de saúde no SNS, implicando sobrefadiga de recursos humanos
Contratação de recursos humanos inferior ao substituído decorrente e consequente da saída e redução dos custos com horários e redução das capacidades	SNS com desenho estrutural com qualidade	Congelação de remuneração governamental
Restrições na Prescrição de Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica	Desenvolvimento de diversos incentivos de saúde e escolas (nomeadamente de imigrantes)	Baixo reconhecimento governamental de novos requisitos
Exceções para os cuidados de saúde primários, PNCCI e apoio aos idosos mas com cláusula representatividade	Organização da sociedade civil emergente	Emergência das instituições sociais civil falta de apoio postal
Actualização das taxas moderadoras e alguns de isenções com aumento considerável e grandes restrições nas isenções	Desenvolvimento de empresas inovadoras por parte do sector privado não atenuante a saúde a população	Desenvolvimento de empresas inovadoras por parte do sector privado não atenuante a saúde a população
Redução/Fusão/agrupamento de unidades de saúde		Emigração/Fuga da população nova
Orçamento de Estado 2012 mantém a lógica de redução e restrições a controlo financeiro mantendo a lógica política de ano 2011 - agravamento das políticas iniciadas em 2011		
2012		
Alteração dos critérios gerais demográficos dos ACES e permitido a alguns de chegar a um número de 200000 utentes (+/- do anterior) realizamos no ano de 4200.		
Aprovação do corte das despesas de orçamento do ministério da saúde, reforçado em suas componentes		
"Novo Espaço de Envelhecimento activo e de solidariedade entre gerações" e consequente programa nacional		
Revisão da segmentação de comparticipação de medicamentos não genéricos e dos regimes de isenção		
Orçamento de Estado 2012 mantém a lógica de redução e restrições a controlo financeiro mantendo a lógica política de ano 2011 com agravamento das políticas de 2012		
2013		
Implementação de medidas de racionalização da redução de despesas com dispositivos médicos nas unidades de saúde		
Preços a praticar pelo SNS às unidades de saúde privadas		
Revisão dos preços dos medicamentos e da comparticipação		
Plano Nacional de Saúde 2012-2016		
Definição dos procedimentos de articulação do Ministério da Saúde e dos estabelecimentos e serviços do SNS com as instituições particulares de solidariedade social e devolução de Misericórdias dos hospitais que actualmente são geridos por estabelecimentos ou serviços do SNS e que anteriormente ao 25 de Abril de 1974 eram geridos pelas misericórdias		
Orçamento de estado para 2014: manter a mesma lógica política		

Na Primeira República, com a Constituição de 1911, a saúde das populações passa a ser um direito cuja obrigação de prestação é da responsabilidade dos governantes. Porém, o modelo continua a estar assente numa base caritativa e religiosa, com uma prestação essencialmente domiciliária, vivendo-se a doença e a morte em casa e em família, destinando-se o internamento aos pobres e indigentes. Poderemos afirmar que foi na segunda e terceira décadas do século XX que o Estado Providência tem a sua origem embrionária, com a fundação do Instituto de Seguros Sociais Obrigatórios e Previdência Geral, destinado à administração e fiscalização dos criados seguros sociais obrigatórios destinados à doença, invalidez, velhice e sobrevivência das classes trabalhadoras. Ainda neste período foram criados os Hospitais Civis de Lisboa e as Faculdades de Medicina de Lisboa e Porto, foi implementada a vacinação obrigatória e a Saúde Pública dedica uma especial atenção às condições e qualidade do abastecimento da água e do saneamento.

A implantação do Estado Novo trouxe profundas alterações de índole doutrinária e processual ao modo como o papel do governo central no âmbito da saúde da população (Tabela 7.7.). Entendia Salazar que o Estado não se devia substituir às Instituições, marcando uma posição de afastamento quanto a uma intervenção mais participada. Durante várias décadas continuou vigente um modelo assistencialista de base caritativa, dirigido aos mais pobres, que vai subsistir em paralelo com um modelo cooperativista incentivado pelo próprio Estado, o qual mantém um papel fiscalizador e uma função supletiva.

Figura 7.7. Principal Legislação no sector da Saúde (1926-1971)

Estado Novo						
Lei 1998/44 15 Maio Estatuto da Assistência Social	Dec-Lei 35108/45 7 Nov "Reforma de Trigo Negreiros"	Lei 2011/46 2 Abril Organização Hospitalar	Lei 2120/63 19 Julho Estatuto Saúde e Assistência	Dec-Lei 589/71 6 Nov "Reforma de Gonçalves Ferreira"	Dec-Lei 411/71 27 Setembro Orgânica dos serviços com base na Lei 2120/63	Dec-Lei 417/71 27 Setembro Carreiras profissionais do Ministério da Saúde e Assistência

FONTE: Elaboração própria, com base na Legislação apresentada no Capítulo 1.

Este período histórico fica marcado ao nível das políticas de Saúde por dois momentos: a Reforma de Trigo Negreiros em 1945 e a reforma de Gonçalves Ferreira em 1971. Na primeira é introduzido um modelo assistencial subdividido em ações curativas-paliativas, construtivas e preventivas, no qual o Estado teria uma função orientadora, cooperadora e fiscalizadora, tendo sido criados para o efeito vários Institutos, mantendo-se ainda assim uma assistência de base privada, com os hospitais construídos pelo Estado a serem geridos por entidades privadas, em particular pelas Misericórdias que tinham um papel de destaque na assistência. Paralelamente, o Estado tinha um discurso promotor do corporativismo, autorizando a criação de Caixas de Previdência, que *per si* assumiam, sem qualquer participação do Estado, a garantia da proteção dos seus beneficiários.

Já no final do Estado Novo a Reforma de Gonçalves Ferreira constituir-se-ia num marco dos cuidados de saúde, sendo a sua existência que mais tarde permitiria a criação do Serviço Nacional de Saúde. Podendo-se ler no Diploma o reconhecimento do direito das populações ao acesso de cuidados de saúde, atribuindo ao Estado um papel mais interventor pela criação de Centros e Postos de Saúde, estruturas de proximidade com funções preventivas, continuando porém, a prestação de cuidados a ser garantida por instituições privadas.

A 25 de Abril de 1974 deu-se o grande momento de viragem política, cultural e social e as decisões no campo da Saúde acompanham essas mudanças. A Constituição da República Portuguesa de 1976 reconhece o direito à saúde como um direito universal, concretizado através de um sistema nacional de saúde universal, geral e gratuito. Em 1978, com a publicação do "Despacho Arnaut" é dado o primeiro passo para a criação do Serviço Nacional de Saúde, que se concretizará logo no ano seguinte, em 1979. Este serviço nacional, baseado na igualdade de direitos, tem nos cuidados de saúde primários o seu pilar estruturante para oferecer cuidados de proximidade à população. Acresce que os cuidados de saúde praticados localmente aumentam gradualmente a sua abrangência, não ficando apenas no exercício de uma medicina curativa (Tabela 7.8.).

Tabela 7.8. Principal Legislação no sector da Saúde (1976-2009)

I Gov Constitucional (1976/1978 Mário Soares)	• Decreto Regulamentar 12/77 de 7 Fevereiro • Dec-Lei 17/77 12 Janeiro
V Gov Constitucional (1979/1980 Maria Lurdes Pintassilgo)	• Lei 56/79 de 15 Setembro Serviço Nacional de Saúde • Dec Lei 519-02/79 29 Dezembro
VIII Gov Constitucional (1981/1983 Pinto Balsemão)	• Dec-Lei 254/82 • Despacho Normativo 97/83 22 Abril
XI Gov Constitucional (1987/1991 Cavaco Silva)	• Lei 48/90 de 24 Agosto Lei de Bases da Saúde
XII Gov Constitucional (1991-1995, Cavaco Silva)	• Dec Lei 11/93 de 15 Janeiro Estatuto do Serviço Nacional de Saúde
XIII Gov Constitucional (1995/1999 António Guterres)	• Dec Lei 117/98 de 5 de Maio Regime Remuneratório Especial
XIV Gov Constitucional (1999-2002, António Guterres)	• Dec-Lei 157/99 10 Maio
XV Gov Constitucional (2002-2004, Durão Barroso	• Dec-Lei 60/2003 1 Abril revoga Dec-Lei157/99 e o Despacho Normativo 97/83
XVII Gov Constitucional (2005-2009, José Sócrates)	•Resolução Conselho de Ministros 157/2005 12 Out •Dec- Lei 88/2005 •Dec- Lei 298/2007 23 Agosto •Lei 15/2007 10 Agosto •Dec-Lei 28/2008 de 22 Fevereiro

FONTE: Elaboração própria, com base na Legislação apresentada no Capítulo 1.

Este é o momento da mudança de paradigma, passando-se de uma supletiva participação do Estado, onde os serviços de saúde se centravam em redor do sector privado, para um Estado mais presente, que assumia o papel principal na prestação direta de cuidados O sector privado passa a ter uma participação complementar. Este será o modelo que irá influenciar positivamente os indicadores de saúde da população portuguesa.

Anos mais tarde, na década de 90 do século XX, a aprovação do Estatuto do Serviço Nacional de Saúde veio regulamentar a Lei de Bases da Saúde e defender a regionalização da administração de serviços, concretizada na criação das Administrações Regionais de Saúde. Estas estruturas foram dotadas com a competência de adequar a política de saúde a cada região. Nesta altura já se promovia a integração dos cuidados de Saúde Primários e dos cuidados hospitalares em Unidades de Saúde, as quais passariam a assumir mais tarde a designação de Unidades Locais de Saúde, e o modelo retomado nas reorganizações verificadas no início do século XXI.

Norteado pelos princípios constitucionais são promovidas no final do século XX medidas que pretendem racionalizar a utilização dos recursos, mas mantendo a preocupação na promoção da saúde e na continuidade da prestação de cuidados, as quais se traduziram em modelos organizacionais e de gestão que procuravam agrupar unidades prestadoras: Sistemas Locais de Saúde; Unidades Locais de Saúde; Centros Hospitalares.

O anterior percurso abre caminho à permeabilidade do Estado ao sector privado, que retoma no início do seculo XXI a participação de entidades privadas na prestação de cuidados hospitalares, através de parcerias público-privadas. De salientar ainda a aprovação em 2002 de um novo regime de gestão hospitalar. Referimo-nos aos Hospitais-empresa, que se mantém até à atualidade. Mas outros modelos foram surgindo e ganhando espaço no sector da saúde, cobrindo lacunas a que os serviços do Estado não conseguiam responder. Foi o caso 1) do Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia, cujos privados foram chamados a colaborar para que fosse possível garantir os tempos máximos de resposta; 2) da Rede Nacional de Cuidados Integrados, assumida na sua maioria pelo sector privado, no qual o sector social viu uma janela de oportunidade para o seu desenvolvimento, assumindo maioritariamente as respostas da Rede; 3) Transportes não Urgentes de Doentes os quais são assumidos na íntegra por privados, sejam pelas Corporações de Bombeiros ou por empresas privadas de transportes de doentes; e 4) a continuação da realização de hemodiálise aos insuficientes renais na sua grande maioria pelo sector privado.

De referir a criação sucessiva de organismos com a função de gestão integradora, de fiscalização e regulação.

Os Cuidados de Saúde Primários em 2006 representam uma viragem organizacional. Foram criados os Agrupamentos de Centros de Saúde e as Unidades de Saúde Familiar (USF), constituídas por equipas auto organizadas de médicos, enfermeiros e administrativos. As USF são dotadas de autonomia organizativa, auto reguladas, sujeitas a processo de contratualização de indicadores de desempenho e podem receber incentivos financeiros por desempenho. Este modelo foi considerado positivo pelos profissionais e utentes, mas veio criar desequilíbrios nas restantes unidades, esvaziando-as por vezes de recursos humanos essenciais à prestação de cuidados da restante população não abrangida pelas USFs, levan-

do mesmo ao encerramento de outras unidades de saúde e acentuando por desse modo as desigualdades no acesso entre os utentes. O modelo causou grande insatisfação entre os profissionais que, desenvolvendo atividades similares mas pertencendo a unidades que não USF, não podem receber incentivos financeiros.

Com efeito, até ao início do século XXI, a participação do Estado e a tomada de decisão política não registaram um percurso linear. Não obstante, os serviços de saúde difundiram-se a nível territorial, nomeadamente os que prestam cuidados continuados, cuidados paliativos e cuidados de reabilitação, embora estes últimos com pouca expressão. Os recursos humanos da saúde foram-se também desenvolvendo, em termos de quantidade e sobretudo em termos de qualidade, nomeadamente no que à formação diz respeito. A implementação da rede de emergência médica, a criação do INEM e a introdução do número europeu de emergência médica 112 constituíram também marcos importantes. Programas da Administração Central do Estado, como o PRACE[9] e os posteriores PECs[10], tiveram influência direta sobre o Serviço Nacional de Saúde (SNS), imprimindo-lhes reestruturações, fusões e encerramentos de serviços, designadamente ao nível dos cuidados de saúde primários, com vista a assegurar uma melhor rentabilidade e articulação de serviços, sem que os utentes dos mesmos fossem afetados ou reduzidos os seus direitos de acesso a cuidados de saúde.

Estes diferentes níveis de evolução garantiram uma alteração positiva nos indicadores demográficos e de saúde, que nas últimas décadas têm continuadamente melhorado. Dois dos melhores exemplos dessa evolução podem ser observamos nos níveis de mortalidade infantil e da esperança média de vida da população portuguesa, os quais registam variações positivas muito acentuadas e contínuas desde o século passado, embora acentuadas desde os anos 70.

A crise económica nacional, que culmina em 2011 na assinatura do Memorando de Entendimento e o consequente PREMAC[11], influenciou os posteriores Orçamentos do Estado (OE) e gerou medidas de contenção orçamental que tiveram grande impacto nos serviços do Ministério da Saúde, nomeadamente no

[9] Programa de Reestruturação da Administração Central do Estado
[10] Pacto de Estabilidade e Crescimento
[11] Relatório final do plano de redução e melhoria da administração Central

relativo ao funcionamento do Serviço Nacional de Saúde. Esta conjuntura política e económica menos favorável também se retratou noutros sectores relacionados com o acesso dos portugueses a cuidados de Saúde. Vejam-se apenas alguns exemplos: a) as taxas moderadoras, que sofreram aumentos significativos e viram as suas isenções revistas e limitadas; b) os custos dos transportes de doentes que sofreram medidas restritivas, designadamente ao nível das isenções; e c) a comparticipação dos medicamentos, apontando a necessidade de aumentar o consumo de medicamentos genéricos.

Não obstante, a agenda e o discurso político continuam a sublinhar o investimento primordial nos cuidados de saúde primários e na RNCCI[12] dando enfase aos cuidados de saúde para os idosos, embora com a devida subordinação à contenção imposta pela conjuntura económica e financeira.

7.2.7. Opções metodológicas

As reflexões que aqui apresentamos fundamentam-se na investigação realizada ao longo do projeto e foram consubstanciadas pelo conjunto de peritos consultados, na interação do modelo Delphi[13].

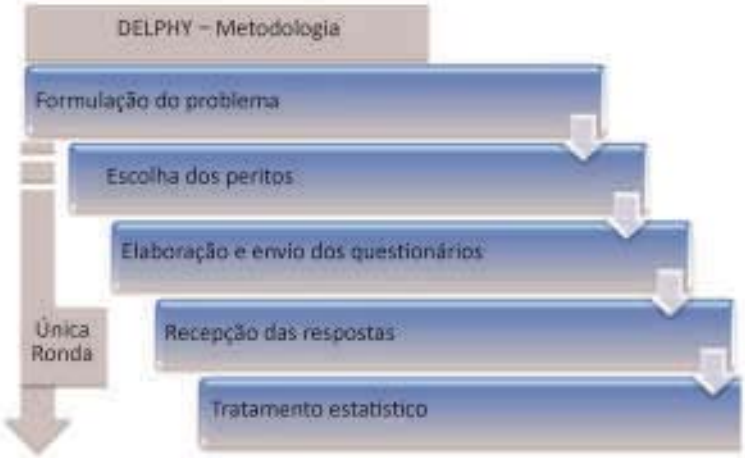
Das políticas, das medidas e das ações fazem parte intervenientes políticos, académicos, e profissionais que as influenciam, definem e concretizam. Para perceber o ponto de vista destes atores relativamente aos serviços de saúde na sua relação com o envelhecimento etário e com o nível de instrução dos portugueses, esta última uma dos reconhecidos determinantes de saúde, recorremos ao exercício Delphi. Desejávamos partilhar a opinião de um painel de peritos portugueses de diferentes sectores e formações no que se refere à adaptação das respostas aos desafios suscitados pela alteração incontornável das características demográficas da população, o que permitiria em simultâneo validar algumas das conclusões previamente obtidas no decurso da investigação realizada pelos autores do livro.

[12] Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados.
[13] Este exercício foi realizado no âmbito da Dissertação de Doutoramento em Ciência Política, área de especialização em Políticas Públicas (Faculdade de Ciências Sociais e Humanas – NOVA de Lisboa), de LEÃO, Carla, 2014, Envelhecimento, saúde e educação em Portugal. Práticas e Desafios, em fase de conclusão.

O início da utilização do método Delphi data dos anos 50, mas só a partir da década seguinte se generalizou a sua aplicação[14]. Desde então tem sido adaptado e utilizado, essencialmente no âmbito da prospetiva, mas disseminou-se pelas diferentes áreas do conhecimento, mantendo a generalidade das características originais. É um instrumento de investigação, alicerçado num processo iterativo e dinâmico de recolha e análise dos pareceres de um painel de peritos, sobre uma questão ou fenómeno cujo conhecimento é incerto e/ou lacunar (Skulmoski, et al., 2007, p. 5). Tem como objetivo dar apoio à tomada de decisão, neste caso concreto sobre políticas de saúde. O método assenta em vários princípios incontornáveis: 1) utilizar um painel de especialistas; 2) garantir o anonimato das respostas; 3) não implicar a confrontação pessoal dos peritos, o que garante maior liberdade nas respostas; 4) ter como instrumento de trabalho um questionário anónimo, de forma a impedir o "efeito de líder"; 5) a possibilidade de serem realizadas várias rondas de inquéritos para tentar atingir alguma convergência ou consenso de respostas, quando possível; 6) apelar à intuição e posicionamento dos participantes face à questão em debate; 7) ser interativo, uma vez que organiza a partilha das respostas entre os participantes nas sucessivas rondas (se necessárias); 8) apresentar resultados qualitativos com a elaboração de relatórios e conclusões; 9) apresentar resultados quantitativos resultantes do tratamento estatístico das respostas. O inquérito tem sempre como grande objetivo presumir, para os anos subsequentes, as alterações mais relevantes que se irão gerar no fenómeno em análise. A **Figura 7.2.** sistematiza as fases que seguimos para a implementação deste exercício.

[14]Em grego Delphoi. Remete para o Oráculo de Delfos, presidido pelo deus Apolo. A cidade de Delfos era o centro do mundo helénico, local sagrado da Antiguidade e Apolo era o deus da sabedoria e a imagem da verdade. Ao deus colocavam-se questões, cujas respostas eram consideradas verdades absolutas (Gracht, 2008, pp. 21-22; Gracht, 2012, p. 1525). Nos anos 50 do século XX o termo adquiriu uma nova dimensão, na sequência do estudo elaborado pela RAND Corporation na esfera da segurança nacional e intitulado Project Delphi.

Figura 7.2. Etapas do exercício aplicado



Fonte: Elaboração própria.

A aplicação do método Delphi foi considerada como sendo a ideal no contexto atual e futuro de aumento da população com 65 e mais anos e especificamente com 80 e mais anos, que constituem a população que mais utiliza os serviços de saúde, que detêm necessidades específicas de saúde, que na sua maioria vivem sós, que são maioritariamente pouco instruídos, sendo que o apoio informal conferido por familiares tendencialmente está a diminuir. A este quadro somam-se as diferenças territoriais relativas ao envelhecimento e à oferta de serviços de saúde e a produção atual de políticas de saúde restritivas, que colocam um grau elevado de incertezas relativas ao futuro no que respeita à manutenção da linha orientadora da política nacional ou á necessidade de seguir um outro rumo. Acrescentamos outro indicador de incerteza, o fator grau de instrução da população idosa, considerando que este vai aumentar num horizonte temporal próximo e é consensualmente considerado como um determinante de saúde que influencia positivamente o estado de saúde dos indivíduos, podendo eventualmente diminuir o atual problema do SNS relativo á sua sustentabilidade. Neste contexto, embora a investigação realizada no âmbito do Projeto AgHeP nos tenha dado algumas respostas e auxiliado ao processo de desenhar linhas orientadoras com potencial interesse para a tomada de decisão política, consideramos impor-

tante questionar um painel heterogéneo de personalidades com conhecimento das áreas intervenientes que contribuíssem para confirmar, infirmar e ambos os casos enriquecer as conclusões obtidas.

O questionário enviado pretendia responder às seguintes questões orientadoras:

1) Que ajustamentos devem ser feitos nos serviços de saúde à medida que a população portuguesa envelhece?

2) Poderá a melhoria dos níveis educacionais da população portuguesa contribuir para mitigar a pressão esperada nos gastos de saúde nos próximos anos?

3) Poderão os resultados obtidos nos exercícios prospetivos ajudar os decisores políticos a encontrar respostas adequadas a nível nacional e também local?

Perante este objetivo selecionamos o painel de personalidades com funções políticas explícitas e personalidades destacadas das organizações estatais com ação direta sobre o sistema de saúde, profissionais de saúde, académicos e representantes dos serviços privados e sociais da saúde. Para permitir uma maior abrangência das diferentes áreas considerámos nove categorias: Ex Ministros da Saúde; Ministros; Secretários de Estado; Organismos públicos com funções na saúde; Ordens e Associações de profissionais de saúde; Conselhos Técnicos hospitalares; Organismos de utilidade pública com ação sobre a saúde; Académicos; Especialistas.

A escolha do painel de peritos passou por uma fase de seleção na qual os elementos da equipa de investigação, de acordo com o seu conhecimento na área, colocaram os que consideravam ser os mais acertados para cada uma das categorias, sem prejuízo de existirem outras personalidades de relevância idêntica. Assim o painel final está identificado na Tabela 7.9.: seis ex-Ministros da Saúde; dois Ministros; três Secretários de Estado; oito representantes de organismos públicos com funções na saúde; oito representantes de Ordens e Associações de profissionais de saúde; cinco representantes de Conselhos Técnicos hospitalares de hospitais que conferem a cobertura nacional em termos de cuidados de saúde especializados; três representantes de Organismos de utilidade pública com ação sobre no sector da saúde; cinco académicos; quatro outros especialistas.

Tabela 7.9. Painel de peritos participantes no exercício

	Nº	Nome	Background Institucional
Ex Ministros da Saúde	1	António Arnaut	Ministro dos Assuntos Sociais II Governo Constitucional
	2	Luís Filipe da Conceição Pereira	Ministro da Saúde dos XV e XVI Governos Constitucionais
	3	António Correia de Campos	Ministro da Saúde dos XIV e XVII Governos Constitucionais
	4	Ana Jorge	Ministra da Saúde do XVII e XVIII Governos Constitucionais
	5	Maria de Belém Roseira	Ministra da Saúde do XIII Governo Constitucional
	6	Leonor Beleza	Ministro da Saúde do X e XI Governos Constitucionais
Ministros	7	Paulo Macedo	Ministro da Saúde do XIX Governo Constitucional
	8	Pedro Mota Soares	Ministro da Solidariedade e da Segurança Social do XIX Governo Constitucional
Secretários de Estado	9	Manuel Ferreira Teixeira	Secretário de Estado da Saúde do XIX Governo Constitucional
	10	Fernando Leal da Costa	Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde do XIX Governo Constitucional
	11	Agostinho Branquinho	Secretário de Estado da Solidariedade e da Segurança Social do XIX Governo Constitucional
Organismos públicos com funções na saúde	12	Francisco George	Diretor-Geral da Saúde
	13	Catarina Sena	Subdiretora-Geral da Saúde
	14	Graça Freitas	Subdiretora-Geral da Saúde
	15	Maria João Quintela	Direção Geral da Saúde - Chefe de Divisão de Saúde no Ciclo de Vida e em Ambientes Específicos
	16	João carvalho das Neves	Presidente da Administração Central do Sistema de Saúde, I. P
	17	Jorge Simões	Presidente da Entidade Reguladora da Saúde

	Nº	Nome	Background Institucional
	18	Margarida França	Presidente da Sociedade Portuguesa para a Qualidade na Saúde
	19	Aura Duarte	Conselho Nacional de Saúde Mental
Ordens e Associações de profissionais de saúde	20	José Manuel Silva	Bastonário da Ordem dos Médicos
	21	Germano Couto	Bastonário da Ordem dos Enfermeiros
	22	Carlos Maurício Barbosa	Bastonário da Ordem dos Farmacêuticos
	23	Telmo Baptista	Bastonário da Ordem dos Psicólogos
	24	Isabel Maria Sander de Souza Guerra	Presidente da Associação Portuguesa de Fisioterapeutas
	25	Elizabete Roldão	Presidente da Associação Portuguesa de Terapia Ocupacional
	26	Catarina Olim	Presidente da Associação Portuguesa de Terapeutas da Fala
	27	Fernanda Perpétua Rodrigues	Presidente da Associação dos Profissionais de Serviço Social
Técnicos	28	Fernando Ribeiro	Presidente do Conselho Técnico do Centro Hospitalar Lisboa Norte
	29	António Galhardo Carvalhal	Conselho Técnico do Centro Hospitalar Lisboa Central
	30	Pedro Pessa Santos	Presidente do Conselho Técnico do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra
	31	Filomena Oliveira	Presidente do Conselho Técnico do Centro Hospitalar do Porto
	32	Dulce Mendonça	Presidente do Conselho Técnico do Hospital de São João do Porto
Organismos de utilidade pública com acção sobre a saúde	33	Pedro Santana Lopes	Provedor da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa
	34	Isabel Vaz	Presidente da Comissão Executiva do Grupo Espírito Santo Saúde
	35	Salvador Maria Guimarães José de Mello	Presidente do Conselho de Administração da José de Mello Saúde

	Nº	Nome	Background Institucional
Académicos	36	Maria João Valente Rosa	Professor Auxiliar da Faculdade de Ciências Sociais e Humanas – NOVA de Lisboa
	37	Maria Luís Rocha Pinto	Professora Associada da Secção Autónoma de Ciências Sociais, Jurídicas e Políticas - Universidade de Aveiro
	38	Maria Filomena Mendes	Professora Associada na Universidade de Évora. Presidente da Direcção da Associação Portuguesa de Demografia
	39	Pedro Pita Barros	Professor Catedrático da Nova School of Business and Economics – NOVA de Lisboa
	40	Alberto Holly	Professor Adjunto da Nova School of Business and Economics – NOVA de Lisboa
Especialistas	41	Constantino Sakellarides	Director da Escola Nacional de Saúde Pública - NOVA de Lisboa Presidente da Associação Portuguesa de Promoção para a Saúde PúblicaPresidente eleito da Associação Europeia de Saúde Pública
	42	Manuel Villaverde Cabral	Director do Instituto do Envelhecimento Investigador Coordenador Jubilado do Instituto de Ciências Sociais
	43	Luís Ferreira Marquês	Colaborou nas diversas reorganizações dos Centros de Saúde. Integrou a Missão para os Cuidados de Saúde Primários
	44	Vítor Borges Ramos	Professor convidado da Escola Nacional de Saúde Pública – NOVA de Lisboa Integra a equipa de assessoria ao coordenador da Missão para os Cuidados de Saúde Primários

Fonte: Elaboração própria

O questionário compreendia 55 questões, das quais 26 respondem essencialmente à primeira; 18 essencialmente à segunda; e 11 respondem essencialmente à terceira questão[15]. Foram recebidas dezanove respostas do total de quarenta e quatro inquiridos. Destes dezanove peritos quatro são representantes do grupo político; dez representam os profissionais de saúde; quatro são académicos; e um é representante dos serviços privados e sociais da saúde. As respostas dadas não apresentaram desvios significativos, sendo estatisticamente possível aferir a tendência da resposta, se tendencialmente positiva ou negativa. Por esta razão consideramos que não seria pertinente efetuar uma segunda ronda, terminando o processo metodológico com o tratamento estatístico das respostas e na compilação das observações efetuadas pelos peritos.

[15] Salvaguardamos a utilização da palavra "essencialmente", uma vez que algumas questões colocadas no questionário abrangem mais do que uma das questões orientadoras estipuladas.

7.2.8. Linhas de orientação Estratégica

Uma estratégia de definição das prioridades das políticas de saúde, em Portugal, para 2030 engloba em nosso entender três vetores: 1) Características populacionais, 2) Níveis educacionais da população idosa e 3) Proteção da Saúde. Vejamos de seguida cada um deles.

Características populacionais

O envelhecimento da população é um fenómeno global a todos os países, não é exclusivo nem de Portugal, nem das sociedades mais desenvolvidas. Deve ser encarado como um facto e não como uma fatalidade. O decisor será confrontado com informações dissonantes e contraditórias, mas no limite caber-lhe-á a formação construtiva de opinião e a decisão fundamentada. Neste ponto relevaremos resumidamente os pontos a reter:

- Triplo envelhecimento: envelhecimento no topo, pelo aumento da esperança média de vida; envelhecimento na base, pela diminuição dos nascimentos e por último aumento da idade média da população. Esta trilogia permanecerá e intensificar-se-á no futuro.
- Envelhecimento dos grupos funcionais mais avançados: o envelhecimento será mais acentuado no grupo com 80 e mais anos. Estes idosos seniores apresentam uma "exigência" de cuidados de saúde e sociais superiores aos idosos juniores (65-79 anos).
- Alteração das estruturas familiares: reduções significativas na dimensão dos núcleos familiares. Hoje são raras as famílias multigeracionais. Como reflexo desta mudança encontramos dois tipos de realidades na velhice:
    - Envelhecimento na companhia de outro idoso: os dados têm mostrado que são cada vez mais os agregados constituídos apenas por dois idosos;
    - Envelhecimento solitário: associada a uma baixa natalidade e a dinâmicas familiares, que coloca os idosos a viverem cada vez mais sós.
- Envelhecimento por género: os homens apresentam uma esperança de vida inferior à das mulheres, pelo que o envelhecimento nas idades mais avançadas ocorre essencialmente no feminino, tendência que continuará vigente.

• Envelhecimento assimétrico do País: o processo de envelhecimento não se processa uniformemente, nem em ritmo nem em forma. As assimetrias regionais e locais são sustentadas pelos desenhos populacionais decorrentes dos movimentos migratórios. O Norte é diferente do Sul e o interior é diferente do litoral.

As comunidades locais têm particularidades que não poderão ser alvo de padronização centralizada. No ato da tomada de decisão, o desafio passará por reinventar e recrear as melhores e mais adequadas respostas, pela exigência de satisfazer necessidades específicas, para as quais devem estar alinhadas respostas organizacionais do sector da saúde, e social.

Níveis educacionais da população idosa

O aumento dos níveis educacionais da população idosa ficou bem evidenciado e corroborado na investigação aqui produzida a sua tendência de evolução futura. Também na consulta aos peritos a educação é considerada como um indicador relativamente importante em termos de vetor para o estado de saúde, influenciando a sua perceção e gestão do binómio saúde/doença e claramente favorecendo os indivíduos mais instruídos.

Da maior instrução decorre também a maior exigência e consciência dos seus direitos. De acordo com as opiniões dos especialistas é provável que o maior nível de instrução facilite a intervenção dos profissionais de saúde, por via da facilidade na compreensão e comunicação relativa às dimensões prevenção e tratamento. Assim é provável que estes indivíduos utilizem com mais ponderação e de forma mais direcionada os serviços de saúde.

Não ficou claro, da apreciação resultante dos inquiridos se a combinação de população mais idosa e mais instruída seria um fator que contribuisse para a utilização mais sustentável e para a sustentabilidade económica do Serviço Nacional de Saúde. Existe ainda a clara noção de que o aumento do nível de instrução adestre os idosos de capacidades facilitadoras das novas tecnologias, tais como a telemedicina, e que com isto, possa induzir à diminuição do afluxo aos serviços de saúde. Fatores a reter:

• Diminuição do analfabetismo: foi evidenciado como uma oportunidade futura.

• Aumento da escolarização: escolarização formal e ao longo da vida. Tendência que será ainda mais evidenciada no fruto.

• Estado de saúde da população: será em geral melhor fruto de uma maior escolarização da população.

• As doenças crónicas e incapacitantes: serão menores em populações de regiões com níveis de escolarização mais elevados.

Também neste caso as assimetrias regionais são evidentes. Apresentámos no estudo pormenorizadamente a forma como cada região vai sentir o impacto dos níveis de instrução na sua saúde (no estado de saúde, nas doenças incapacitantes, crónicas, recorrência a consultas e medicação). Deve o decisor aquando da sua tomada de decisão ter em linha de conta esta desigualdade territorial.

Proteção da Saúde

O Estado cumpre a sua função de garantir às populações o direito à saúde através do Serviço Nacional de Saúde, proporcionando cuidados de primeira linha através dos cuidados de saúde primários e cuidados diferenciados pelas respostas hospitalares, assim como cuidados continuados, paliativos e de reabilitação.

Neste ponto, suportámos a nossa análise na opinião decorrente do painel de especialistas, consultado. Foi consensual a opinião de que os serviços de saúde não respondem satisfatoriamente às necessidades das populações, por apresentarem uma desadequação da oferta face às características e necessidades específicas dos idosos de cada região. Os atuais serviços não têm em conta a assimetria do território, o perfil do utilizador e a oferta de serviços, não conferindo, deste modo, um acesso igualitário e equitativo, com o principal prejuízo dos mais velhos. Mas mesmo entre este grupo existem diferenças: os que residem em regiões rurais, no interior do país estão eventualmente mais desprotegidos, por não verem tão facilmente as suas necessidades em cuidados de saúde satisfeitas, ao contrário dos que residem em meio urbano onde os serviços lhes dão uma razoável resposta.

No futuro, os serviços de saúde devem estar sujeitos a um planeamento que tenha em conta o desenho territorial das populações, desenvolvendo estratégias que facilitem o acesso das pessoas à saúde, seja pelo desejável serviço de proximidade ou por uma rede de transportes eficiente que facilite o acesso das pessoas aos serviços.

- *Cuidados de saúde primários*

Dos serviços de saúde do SNS, os Cuidados de Saúde Primários assumem, uma posição indiscutivelmente primordial na qualidade de vida das pessoas idosas pela promoção e vigilância da saúde.

Mais uma vez a territorialidade faz a diferença com uma resposta favorável por parte dos Cuidados de Saúde Primários em meio urbano, contrariamente ao verificado em contexto rural, onde ainda não foi conseguida uma uniformidade na cobertura do território nacional.

A unanimidade dos inquiridos aponta para o premente investimento técnico e humano nos Cuidados de Saúde Primários, que permita ocupar a centralidade do cuidar. Deve-lhes ser reconhecida e valorizada a sua competência técnica e científica, colocando-os efetivamente na posição de cuidados de primeira linha, pilares do Serviço Nacional de Saúde. Estes serviços devem estar próximos das populações e com uma acessibilidade que permita à comunidade manter uma relação de confiança com serviços e profissionais, gerando um sentimento de segurança.

Assim, em termos futuros, parece fundamental o investimento em cuidados de saúde primários, processo menos dispendioso e que acrescentaria um maior valor à prestação de serviços de saúde, contribuiria para a melhoria da qualidade de vida dos cidadãos e para aumentar a sua perceção de segurança. Este investimento teria expressão na melhor gestão dos recursos ao nível dos cuidados diferenciados, prevenindo internamentos desnecessários cujo custo de atividade assistente é bastante superior. Sugerem-se os seguintes pontos prioritários de intervenção:

- *Rede hospitalar*

A rede hospitalar é considerada mais satisfatória na avaliação do painel, embora seja apontada a existência de falhas no acesso a consultas e cuidados diferenciados, em especial aos residentes de regiões rurais e interiores do país.

Na falta de recursos e para aproximação dos serviços, poderiam à laia de exemplo, serem adotados protocolos universais menos dependentes das chefias

médicas, dando autonomia a outros profissionais para a prática de uma atividade assistencial e para o desenvolvimento de um sistema de telemedicina, contribuindo para a integração das pessoas no sistema de saúde.

- *Respostas Integradas*

O sector da saúde e o sector social respondem, regra geral, cada um *per si* às necessidades da população utente, podendo em muitos casos trabalhar de forma articulada. Especificamente no que se refere aos cuidados continuados, paliativos e de reabilitação, foi criada a RNCCI com os seus diversos tipos de Unidades. Mas esta rede não abrange a totalidade do País, embora procure colmatar a necessidade de respostas intermédias entre a hospitalização, e o domicílio. Porém, em termos de respostas, a RNCCI, seja em contexto mais rural ou mais urbano não responde eficazmente às necessidades da população, sendo muito deficiente ao nível dos cuidados paliativos.

A localização dos equipamentos apresenta uma assimetria regional que coloca questões de proximidade à zona de residência dos doentes, empurrando-os muitas vezes para Unidades cuja distância da sua zona de residência os deixa descontextualizados, inseguros, colocando-os numa situação de fragilidade pelo isolamento social a que ficam sujeitos.

Nas respostas das RNCCI está prevista a existência de Equipas de Cuidados Continuados Domiciliários, as quais prestam face a determinados critérios clínicos, nomeadamente a necessidade de reabilitação, uma atividade assistencial domiciliária. Porém esta traduz-se em prestações essencialmente no âmbito da saúde, não estando prevista a integração de cuidados que respondam às necessidades básicas.

Apontamos para que, em linha, com os cuidados de saúde primários deve manter-se a aposta em apetrechar o território nacional com unidades da RNCCI, em particular as de cuidados paliativos, bem como o investimento determinado na criação de outras tipologias de respostas, nomeadamente as de abrangência domiciliária, cuja prestação integre cuidados médicos, de reabilitação e sociais respondendo também desta forma à satisfação das necessidades básicas, podendo ser desenvolvido e adequado o anterior modelo das ADI (Apoio Domiciliário Integrado).

- **Respostas Sociais**

No apoio aos mais velhos, a proteção não se esgota nos cuidados de saúde, é fundamental a existência de respostas de âmbito social que em complementaridade sustentem a segurança dos sujeitos.

Atualmente são disponibilizados dois tipos de resposta, uma na vertente do internamento com um carácter mais institucionalizante e uma na vertente domiciliária que embora aparente uma maior flexibilidade e adequação às necessidades ainda se revela bastante tipificada na sua prestação, não respondendo na íntegra às necessidades dos mais velhos e da sua rede de suporte.

Estas respostas sociais tradicionais têm nos serviços de internamento e de apoio domiciliário uma permeabilidade no território nacional. Propomos que ambas as vertentes reformulem abordagens e metodologias, mas gostaríamos de frisar que seria especialmente importante repensar na vertente domiciliária, para que a intervenção permitisse não apenas adequar continuamente e de forma diferenciada os serviços às necessidades básicas dos indivíduos, apoiando efetivamente as estruturas de suporte, mas também desenvolvesse respostas domiciliárias que minimizassem o isolamento e a solidão.

- **Qualificação dos Recursos Humanos**

Aponta-se como um dos fatores de assimetrias regionais, na oferta de saúde, a iniquidade decorrente da falta de recursos humanos, em particular de médicos, que tem vindo a condicionar o funcionamento e desenvolvimento dos serviços. Esta situação tem levado ao encerramento de várias unidades assistenciais do interior do país, nomeadamente de Centros de Saúde, e a sua concentração ao nível das sedes de concelho, cuja dispersão geográfica e fraca rede de transportes acentua o problema do acesso.

É ainda de sublinhar a importância de os profissionais reforçarem o conhecimento científico, com grande incidência área da geriatria, em particular os que desenvolvem a sua atividade nos cuidados de saúde primários. Considera-se igualmente fundamental que os profissionais de saúde melhorem a comunicação na relação com o doente e a família, preparando os profissionais para a nova realidade.

Em suma, enfrentar no futuro a questão do envelhecimento da população, o qual inclui o individual envelhecimento dos indivíduos, não é matéria fácil. Obriga a um exercício de recriação holística em matéria de respostas coletivas, numa vertente mais social e de assistência, que deverá ser oferecida a par da tradicional prestação de cuidados de saúde. Os serviços e respetivas valências devem ter em conta as novas características do idoso do futuro, distintas das atuais, e devem ser suficientemente flexíveis para assegurar a prestação diferenciada de cuidados de acordo com os perfis regionais diferenciados. Essa necessidade obriga a que seja abandonada a clássica prestação padronizada, para que se consiga obter pela elasticidade da oferta a resposta mais adequada ao desafio da garantia do direito à igualdade no acesso à saúde, sem que as características regionais, do território e do local se tornem elementos diferenciadores ou uma ameaça para as populações.

No processo de repensar a linha orientação estratégica no sector da saúde é fundamental ter presente que:

- reorganização dos serviços de saúde e o seu consequente encerramento, manutenção ou abertura deveriam ter em consideração um planeamento de base populacional, pressupondo o conhecimento efetivo dos utentes, das suas necessidades, das estruturas de suporte (nomeadamente as redes informais de cuidadores de base familiar ou de vizinhança, a rede de transportes, acessibilidade e acessos), garantindo desse modo a sua adequabilidade às exigências cada vez mais diferenciadas das pessoas e dos lugares.

- Face ao previsto aumento de patologias incapacitantes, as unidades de reabilitação existentes no país são suficientes. As respostas não passam tanto pela edificação de novas unidades, mas sim pelo seu desenvolvimento em estruturas já existentes (nomeadamente nos Centros de Saúde através das suas equipas domiciliárias, desde que dotadas de recursos especializados).

- As respostas de âmbito social impõem uma reorganização do tipo de oferta mais adequada ao perfil localmente diferenciado do utilizador, mudando para isso o paradigma do seu modelo.

- A importância de atribuir maior destaque aos estudos e planeamento de base local como instrumentos de apoio à tomada de decisão, cuja análise regional permite tomar decisões próximas das realidades locais.

No reconhecimento das assimetrias, o futuro passa por integrar soluções diversificadas, que respondam simultaneamente à diversas realidade de quotidiano local e regional, às comunidades e aos indivíduos.

Por fim, tendo em consideração a conjuntura nacional atual, concluímos ao longo dos diferentes capítulos apresentados, que é urgente repensar as políticas de saúde centrando-as nas populações, em detrimento da questão estritamente economicista, para que seja possível manter os níveis de excelência que alcançámos até ao final da primeira década dos anos 2000.

Acreditamos que é fundamental criar mecanismos de controlo que obriguem à implementação efetiva da Constituição, da Lei de Bases da Saúde e da legislação, nomeadamente no que respeita às competências e regras de funcionamento dos serviços de saúde, das taxas moderadoras, do transporte não urgente de doentes, da rede nacional de emergência médica e da política do medicamento. Também não deve ser esquecida a implementação dos Planos Nacionais de Saúde, planos e programas decorrentes, e concretizadas as medidas propostas pela OMS e pela EU.

Será premente, ainda, apostar na qualificação dos recursos humanos, nomeadamente na formação académica exigida para exercer as funções, à formação contínua e aos conteúdos funcionais de cada profissão.

Uma política pensada com base nas especificidades reais da população, das características do território e do perfil epidemiológico, a efetiva implementação legislativa, baseada na transparência e no assumir das responsabilidades por parte das instituições e dos profissionais, contribuirá de forma positiva para a sustentabilidade económica e financeira do sistema de saúde e para alcançar padrões de excelência de saúde e qualidade de vida para todos os Portugueses.

Bibliografia e Referências

Introdução

Adams, J. M. e White, M., 2004. Biological Ageing. A fundamental, biological link between socio–economic status and health? *European Journal of Public Health*, 14 (3), pp. 331-4.

Caselli, G., Vallant, J. e Wunsch, G., 2006. *Histoire des Idées et Politiques des Populations*. Paris: INED.

Durand, M. F., Martin, B., Placidi, D. e Tornquist-Chesnier, M., 2008. *Atlas de la mondialisation 2008. Comprendre l'espace mondial contemporain*. Paris: Sciences Po.

European Commission, 2012. The 2012 Ageing Report: Economic and budgetary projections for the 27 EU Member States (2010-2060). European Economy, 2/2012.

Glenn, J. C., Gordon, T. J. e Florescu, E., 2008. *State of the Future*. Washington: Millennium Project.

Huisman, M., Kunst, A. E., Andersen, O., Bopp, M., Borgan, J. K., Borrell, C., Costa, G., Deboosere, P., Desplanques, G., Donkin, A., Gadeyne, S., Minder, C., Regidor, E., Spadea, T., Valkonen, T. e Mackenback, J. P., 2004. Socioeconomic inequalities in mortality among elderly people in 11 European populations. *Journal Epidemiological Community Health*, 58, pp. 468-75.

Koivusalo, M., Wyss, K. e Santana, P., 2007. Effects of decentralization and recentralization on equity dimensions of health systems. In: R. B. Saltman, V. Bankauskaite e K.Vrangbæk, eds. *Decentralization in Health Care*. European Observatory on Health Systems and Policies Series. Glasgow: Bell & Bain Ltd. pp. 189-205.

Kunst, A.E., Bos, V., Lahelma, E., Bartley, M., Lissau, I., Regidor, E., Mielck, A., Cardano, M., Dalstra, J. AA, Geurts, , J. J. M., Helmert, U., Lennartsson, C., Ramm, J., Spadea, T., Willibald, J. S. e Mackenbach, J. P., 2004. Trends in Socioeconomic inequalities in self-assessed health in 10 European countries. *International Journal of Epidemiology*, 34, pp. 295-305.

Mackenbach, J., 2006. Health inequalities: Europe in profile. Independent Expert Report.

Nogueira, H., Santana, P. e Santos, R., 2006. Impacts of social and material environment on health perception. Regional Responses to Global Changes a view from the Antipodes. IGU, Brisbane: Proceedings.

Paquy, L., 2004. European Social Protection Systems in Perspective. European Issues

Santana, P., Vaz, A. e Fachada, M., 2003. Measuring health inequalities in Portugal in 90's. In: *Poverty, Food & Health in Welfare. Current issues, future perspectives*. Lisboa.

Santos, P. S., et al., 2006. *Indicadores e Metas do Plano Nacional de Saúde*. Lisboa: Alto Comissariado da Saúde, Ministério da Saúde.

Capítulo 1

Alves, J. F., 2010. Saúde e Fraternidade – A saúde na I República. In: Garnel, M. R. L., ed. Corpo: *Estado, medicina e sociedade no tempo da I República*. Lisboa: CNCCR/INCM.

Arnaut, A., Mendes, M. e Guerra, M., 1979. *SNS: uma aposta no futuro*. Lisboa: Perspectivas e realidades.

Arnaut, A., 2009. Serviço Nacional de Saúde *(SNS). 30 Anos de Resistência*. Coimbra: Coimbra Editora.

Arnaldo, S., 1981. *Evolução da política de saúde em Portugal depois da Guerra de 1939-45 e suas consequências*. Lisboa: Arquivos do Instituto Nacional de Saúde.

Barbosa, P. M., 1972. *Política Nacional De Saúde*. Lisboa: Arquivos Do Instituto Nacional De Saúde.

Barreto, A., 1995. Portugal na periferia do centro: mudança social, 1960 a 1995. *Análise Social*, 30 (134).

Barreto, A., 2005. Mudança social em Portugal, 1960-2000. In: A. C. Pinto, ed. *Portugal contemporâneo*. Lisboa: Dom Quixote.

Barros, P. P., 2007. *Análises da saúde*. Lisboa: Minerva.

Barros, P. P., 1999. *As políticas de Saúde em Portugal nos últimos 25 anos: evolução da prestação na década 1987 – 1996*. [Internet] [Consultado a 20 Dezembro de 2012].

Campos, A.C., 1987. O Welfare State – Perspectivas da sua evolução em Portugal no plano da Saúde. In: SEDES. *Que política de Saúde para Portugal?* Lisboa: SEDES.

Campos, A. C., 1983. *Saúde: o custo de um valor sem preço*. Lisboa: EPLTC.

Campos, A. C., 2008. *Reformas da saúde: o fio condutor*. Coimbra: Almedina.

Campos, A. C. e Sampaio, A., 1980. Serviços de Saúde em Portugal: Uma Reflexão Crítica. *O Médico*.

Campos, A. C. e Simões, J., 2011. *O percurso da saúde: Portugal na Europa*. Coleção olhares sobre a saúde. Coimbra: Almedina.

Carreira, H. M., 1996. *O Estado e a Saúde*. Cadernos do Público nº 2. Lisboa: Jornal O Público.

Constituição da República Portuguesa, 1911.

Constituição da República Portuguesa,1933.

Constituição da República Portuguesa, 1976.

Correia, F. S., 1954. *Portugal na História da Medicina Social*. Lisboa: Edições Imprensa Médica.

Correia, F. S., 1960. A vida. A obra. *O estilo. As lições e o prestígio de Ricardo Jorge*. Lisboa: Edição do Instituto Superior de Higiene Dr. Ricardo Jorge.

Costa, R. M. P., 2009. *O poder médico no Estado Novo (1945-1974)*. Porto: U. Porto editorial.

Direcção-Geral de Saúde, 2013. *Plano Nacional de Saúde 2012-2016*. Disponível em: <http://pns.dgs.pt/pns-versao-completa/> [Consultado em 1 Julho de 2013].

Esteves, A. e Pizarro, N., 2008. *O Tratado de Lisboa*. Lisboa: Edições Cosmos.

Ferreira, C., 1957. *Assistência social portuguesa: apontamentos para a sua história, seus princípios e sua organização*. Hospitais Portugueses.

Ferreira, F. A., 1975. *Política de saúde e Serviço Nacional de Saúde em Portugal*. Lisboa: Gratelo.

Ferreirinho, P., Conceição, C., Biscaia, A. R., Fronteira, I. e Antunes, A. R., 2006. Sixty years of reform in the Portuguese health system: what is the situation with regard to decentralisation? Disponível em: <http://www.ago.pt/attachments/098_hcr_2006.pdf>. [Consultado em 2 de Setembro de 2013].

Garnel, M. R. L., 2010. Médicos e saúde pública no Parlamento republicano. In: P. T. Almeida e F. Catroga, eds. *Res Publica: cidadania e representação política em Portugal*. Lisboa: BNP.

Gonçalves, F., 1990. História da Saúde e dos Serviços de Saúde. Lisboa: Edição da Fundação Calouste Gulbenkian.

Gonçalves, S., 2011. Cuidados Contínuados Integrados. In: J. Simões, ed. *Trinta anos do Serviço Nacional De Saúde. Um Percurso Comentado*. Coimbra: Almedina.

Governo de Portugal, 2011. *Tradução do conteúdo do Memorando de Entendimento sobre as Condicionalidades de Política Económica*. Disponível em: <http://www.portugal.gov.pt/media/371372/mou_pt_20110517.pdf> [Consultado em 2 de Fevereiro de 2012].

Governo de Portugal, 2012. *Ano Europeu do Envelhecimento Ativo e da Solidariedade entre Gerações*. Programa de acção, 2012 | Portugal. Disponível em: <http://www.igfse.pt/upload/docs/2012/Programa%20A%C3%A7aoAnoEuropeu2012.pdf> [Consultado em 3 de Fevereiro 2013].

Guerra, J. P. M., 1958. A Política da Saúde. *Boletim de Assistência social*, Ano 16, nº 133 e 134.

Guerra, M., 1969. Saúde, educação e ciência. Três notas programáticas. *Revista Brotéria*, 89 (12).

Guillén, A., Álvarez, S. e Silva, P. A., 2003. Redesigning the Spanish and Portuguese Welfare States: The Impact of Accession into the European Union. *South European Society and Politics*, 8.

Hespanha, P., 2000. *Entre o Estado e o Mercado: As fragilidades das Instituições de Protecção Social em Portugal*. Lisboa: Quarteto.

Leão, C., 2008. *Mobilidade do Fisioterapeuta na União Europeia. O Caso Português*. Tese de Mestrado em CPRI. Departamento de Estudos Políticos da Faculdade de Ciências Sociais e Humanas, Universidade Nova de Lisboa.

Lopes, O. G., 1987. Planeamento em saúde, para a história da evolução das estruturas de saúde em Portugal. *Revista Crítica de Ciências Sociais*, (23).

Ministério da Saúde, s.d.. *História do Serviço Nacional de Saúde*. Portal da Saúde. Disponível em: <http://www.min-saude.pt/portal/conteudos/a%2Bsaude%2Bem%2Bportugal/servico%2Bnacional%2Bde%2Bsaude/historia%2Bdo%2Bsns/historiadosns.htm.>[Consultado em 10 de Março de 2011].

Ministério da Saúde, 2010. *OMS avalia Plano Nacional de Saúde 2004-2010*. Portal da Saúde Disponível em: <http://www.min-saude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/noticias/arquivo/2010/3/oms+pns.htm> [Consultado em 3 de Maio de 2013].

Novais, J. R., 2011. Constituição e SNS. In: J. Simões, ed. *Trinta Anos Do Serviço Nacional De Saúde*. Coimbra: Almedina.

Pereira, M. H., 1999. As origens do Estado Providência em Portugal: as novas fronteiras entre público e privado. *Ler História*, (37).

Pereirinha, J. A. e Nunes, F., 2006. Política social em Portugal e a Europa, 20 anos depois. In: A. Romão, ed. *A Economia portuguesa – 20 anos após a adesão*. Coimbra: Almedina.

Pierson, P., 2006. Coping with permanent austerity. In: P. Pierson, ed. The new politics of the Welfare. Oxford: Oxford University Press.

Pierson, P., 2006 [2001]. The New Politics of the Welfare State. In: P. Pierson e F. Castles, ed. *The Welfare State Reader*. Cambridge: CU.

Ramos, R., 1994. A Segunda Fundação. In: J. Mattoso, ed. *História de Portugal*. Lisboa: Editorial Estampa.

Reis, A., 1990. *Portugal Contemporâneo*. Lisboa: Publicações Alfa.

Reis, V. P., 2009. O sistema de saúde português: donde vimos, para onde vamos. In: P. P. Barros e J. Simões, eds. *Livro de Homenagem a Augusto Mantas*. Lisboa: APES.

Rodrigues, F., 2002. Assistência social: uma política reticente em tempo de globalização. In: P. Hespanha e G. Carapinheiro, eds. *Risco social e incerteza: pode o Estado recuar mais?* Porto: Edições Afrontamento.

Rodrigues, T. F., 1993. As estruturas populacionais. In: J. Mattoso, ed. *História de Portugal*. Lisboa: Círculo de Leitores, Lda. e Autores.

Rosas, F., 1994. O Estado Novo. In: J. Mattoso, ed. *História de Portugal*. Lisboa: Editorial Estampa.

Sampaio, A., 1981. *Evolução da política de saúde em Portugal depois da Guerra de 1939-45 e suas consequências*. Lisboa: Arquivos do Instituto Nacional de Saúde.

Sampaio, A., 1972. Discurso proferido pelo Dr. Arnaldo Sampaio no acto de posse como Director-geral de Saúde. *O Médico*, 54 (1098).

Santana, P., 2011. Os ganhos em Saúde e no acesso aos serviços de Saúde: avaliação das últimas três décadas. In: J. Simões, ed. *Trinta anos do Serviço Nacional de Saúde. Um percurso comentado*. Coimbra: Almedina.

Santos, B. S., 1987. Estado, sociedade, políticas sociais: o caso da política de saúde. *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 23.

Santos, C. F., 1996. Assistência social. In: F. Rosas e J. M. B Brito, ed. *Dicionário da História do Estado Novo*. Lisboa: Círculo de Leitores.

Schmitter, P. C., 1999. *Portugal: do Autoritarismo à Democracia*. Lisboa: ICS.

Silva, P. A., 2002. O Modelo de Welfare da Europa do Sul – Reflexões sobre a utilidade do conceito. *Revista Sociologia, Problemas e Práticas*, 38, pp. 25-59.

Simões, J. e Lourenço, O. D., 1999. As políticas públicas de Saúde nos últimos 25 anos. In: Livro de Homenagem a Augusto Mantas. Lisboa: APES.

Simões, J. 2009. *Retrato Político da Saúde. Dependência do Percurso e Inovação em Saúde*. Coimbra: Almedina.

União Europeia, 2007. *Tratado de Lisboa. Jornal Oficial da União Europeia*, C 306. Disponível em:

<http://eur-lex.europa.eu/legal-content/PT/TXT/PDF/?uri=OJ:C:2007:306:FULL&from=EN> [Consultado em 2 Setembro de 2012].

Legislação

Diário da República, 1911. *Decreto com força de Lei de 9 de Fevereiro de 1911*, Ministério do Interior. Disponível em: <http://www.dre.pt/pdf1s%5C1911%5C02%5C03300%5C04850486.pdf> [Consultado em 3 de Setembro de 2013].

Diário da República, 1911. *Decreto de 25 de Maio de 1911*, Governo Provisório da República, Ministério do Interior. Disponível em: <http://dre.pt/pdfgratis/1911/05/12200.pdf> [Consultado em 3 de Setembro de 2013].

Diário da República, 1914. *Decreto nº 1137 de 3 de Dezembro de 1914*, Ministério do Interior - Direcção Geral de Assistência. Disponível em: <https://dre.pt/pdf1sdip/1914/12/22600/13541355.pdf> [Consultado em 3 de Setembro de 2013].

Diário da República, 1919. *Decreto nº 5727 de 10 de Maio de 1919*, Ministério das Colónias – Direcção Geral Militar. Disponível em: <https://dre.pt/pdf1sdip/1919/05/09811/11431145.pdf> [Consultado em 3 de Setembro de 2013].

Diário da República, 1919. *Decreto nº 5636 de 10 de Maio de 1919*, Ministério do Trabalho. Disponível em: <https://dre.pt/pdf1sdip/1919/05/09808/10251034.pdf> [Consultado em 3 de Setembro de 2013].

Diário da República, 1919. *Decreto nº 5637 de 10 de Maio de 1919*, Ministério do Trabalho. Disponível em: <https://dre.pt/pdf1sdip/1919/05/09808/10341039.pdf> [Consultado em 3 de Setembro de 2013].

Diário da República, 1919. *Decreto nº 5638 de 10 de Maio de 1919*, Ministério do Trabalho. Disponível em: <https://dre.pt/pdf1sdip/1919/05/09808/10391044.pdf >[Consultado em 4 de Setembro de 2013].

Diário da República, 1919. *Decreto nº 5639 de 10 de Maio de 1919*, Ministério do Trabalho. Disponível em: < http://www.dre.pt/pdf1s/1919/05/09808/10441047.pdf> [Consultado em 7 de Setembro de 2013].

Diário da República, 1919. *Decreto nº 5640 de 10 de Maio de 1919*, Ministério do Trabalho. Disponível em: <https://dre.pt/pdf1sdip/1919/05/09808/10471060.pdf> [Consultado em 7 de Setembro de 2013]

Diário da República, 1926. *Decreto nº 12477 de 12 de Outubro de 1926*, Ministério da Instrução Pública - Direcção Geral de Saúde. Disponível em:

< http://dre.pt/pdfgratis/1926/10/22700.pdf > [Consultado em 7 de Setembro de 2013].

Diário da República, 1927. *Decreto nº 13166 de 28 de Janeiro de 1927*, Ministério da Instrução Pública – Direcção Geral de Saúde. Disponível em: <https://dre.pt/pdf1sdip/1927/02/03400/02370241.pdf > [Consultado em 7 de Setembro de 2013]

Diário da República, 1926. *Decreto nº 12477 de 12 de Outubro de 1926*, Ministério da Instrução Pública – Direcção Geral de Saúde. Disponível em:

<http://dre.pt/pdfgratis/1926/10/22700.pdf >[Consultado em 8 de Setembro de 2013].

Diário da República, 1941. *Decreto-Lei nº 31666 de 22 de Novembro de 1941*, Ministério do Interior – Secretaria Geral. Disponível em: <https://dre.pt/pdf1sdip/1941/11/27302/11341137.pdf > [Consultado em 2 de Outubro de 2013].

Diário da República, 1942. *Decreto-Lei nº 31913 de 12 de Março de 1942*, Ministério do Interior – Secretaria Geral. Disponível em: <https://dre.pt/pdf1sdip/1942/03/05800/02280230.pdf > [Consultado em 2 de Outubro de 2013].

Diário da República, 1944. *Lei nº 1998 de 15 de Maio de 1944*, Ministério do Interior. Disponível em: <https://dre.pt/pdf1sdip/1944/05/10200/04330437.pdf> [Consultado em 2 de Outubro de 2013].

Diário da República, 1945. *Decreto-Lei nº 35108 de 7 de Novembro de 1945*, Ministério do Interior – Sub-Secretariado de Estado da Assistência Social. Disponível em: <https://dre.pt/pdf1sdip/1945/11/24700/08990922.pdf> [Consultado em 2 de Outubro de 2013].

Diário da República, 1946. *Lei nº 2011 de 2 de Abril de 1946*, Presidência da República – Secretaria. Disponível em: <https://dre.pt/pdf1sdip/1946/04/07000/02010204.pdf> [Consultado em 2 de Outubro de 2013].

Diário da República, 1946. *Decreto-Lei nº 35611 de 25 de Abril de 1946*, Presidência do Conselho – Subsecretariado de Estado das Corporações e Previdência Social. Disponível em: <https://dre.pt/pdf1sdip/1946/04/08900/03010304.pdf> [Consultado em 2 de Outubro de 2013].

Diário da República, 1963. *Decreto-Lei nº 45002 de 27 de Abril de 1963*, Ministério das Finanças –Gabinete do Ministro. Disponível em: <https://dre.pt/pdf1sdip/1963/04/10000/04290431.pdf> [Consultado em 2 de Outubro de 2013].

Diário da República, 1963. *Lei nº 2120 de 19 de Julho de 1963*, Presidência da República. Disponível em: <https://dre.pt/pdf1sdip/1963/07/16900/09690973.pdf > [Consultado em 2 de Outubro de 2013].

Diário da República, 1965. *Decreto-Lei nº 46668 de 24 de Novembro de 1965*, Ministério da Saúde e Assistência. Disponível em: <http://dre.pt/pdf1sdip/1965/11/26700/15311532.pdf > [Consultado em 3 de Abril de 2011] .

Diário da República, 1968. *Decreto-Lei nº 48357 de 27 de Abril de 1968*, Ministério da Saúde e Assistência. Disponível em: <https://dre.pt/pdf1sdip/1968/04/10100/05990612.pdf> [Consultado em 3 de Abril de 2011] .

Diário da República, 1968. *Decreto-Lei nº 48358, de 27 de Abril de 1968*, Ministério da Saúde e Assistência. Disponível em: <https://dre.pt/pdf1sdip/1968/04/10100/06120626.pdf> [Consultado em 3 de Abril de 2011] .

Diário da República, 1971. *Decreto-Lei nº 413/71 de 27 de Setembro*, Ministério da Saúde e Assistência. Disponível em: < http://dre.pt/pdf1sdip/1971/09/22800/14061434.pdf> [Consultado em 10 de Março de 2011] .

Diário da República, 1973. *Decreto-Lei nº 584/73, de 6 de Novembro*. Presidência do Conselho. Disponível em: < http://www.dre.pt/pdf1s/1973/11/25901/00010001.pdf> [Consultado em 20 de Dezembro de 2012].

Diário da República, 1974. *Decreto-Lei nº 203/74, de 15 de maio*, Junta de Salvação Nacional. Disponível em: <http://dre.pt/pdf1sdip/1974/05/11300/06230627.pdf > [Consultado em 20 de Dezembro de 2012].

Diário da República, 1974. *Decreto-Lei nº 589/74, de 6 de novembro*, Ministério dos Assuntos Sociais. Disponível em: <http://dre.pt/pdf1sdip/1974/11/25800/13381339.pdf> [Consultado em 20 de Dezembro de 2012].

Diário da República, 1974. *Decreto-Lei nº 704/74, de 7 de dezembro*, Ministério dos Assuntos Sociais. Disponível em: <https://dre.pt/pdf1sdip/1974/12/28501/00050006.pdf> [Consultado em 1 de Dezembro de 2012].

Diário da República, 1975. *Decreto-Lei nº 488/75, de 4 de setembro*, Ministério dos Assuntos Sociais. Disponível em:< http://dre.pt/pdf1sdip/1975/09/20400/13051306.pdf> [Consultado em 3 de Março de 2012].

Diário da República, 1975. *Decreto-Lei nº 618/75, de 11 de novembro*, Ministério dos Assuntos Sociais. Disponível em: <https://dre.pt/pdf1sdip/1975/11/26100/17881788.pdf> [Consultado em 10 de Dezembro de 2012].

Diário da República, 1977. *Decreto-Lei nº 17/77 de 12 de janeiro*, Ministério dos Assuntos Sociais. Disponível em: <http://www.dre.pt/pdf1s/1977/01/00900/00580060.pdf> [Consultado em 2 de Outubro de 2013].

Diário da República, 1979. *Lei nº 56/79, de 15 de setembro*, Assembleia da República. Disponível em: <http://dre.pt/pdf1sdip/1979/09/21400/23572363.pdf > [Consultado em 2 de Dezembro de 2009].

Diário da República, 1982. *Decreto-Lei nº 357/82 de 6 de Setembro*, Ministério dos Assuntos Sociais. Disponível em: <http://dre.pt/pdf1sdip/1982/09/20600/26452645.pdf >[Consultado em 3 de Março de 2012].

Diário da República, 1982. *Decreto-Lei nº 310/82 de 3 de agosto*, Ministério das Finanças e do Plano, dos Assuntos Sociais e da Reforma Administrativa. Disponível em: <http://dre.pt/pdf1sdip/1982/08/17700/22832298.pdf >[Consultado em 4 de Março de 2012].

Diário da República, 1983. *Despacho Normativo nº 97/83 de 22 de Abril*, Ministério dos Assuntos Sociais - Secretaria de Estado da Saúde – Gabinete do Secretário de Estado. Disponível em: <https://dre.pt/pdf1sdip/1983/04/09300/14391453.pdf> [Consultado em 5 de Setembro 2010].

Diário da República, 1983. *Decreto-Lei nº 344-A/83 de 25 de julho*, Presidência do Conselho de Ministros. Disponível em: <http://dre.pt/pdf1sdip/1983/07/16901/00010007.pdf> [Consultado em 5 de Setembro 2010].

Diário da República, 1984. *Decreto-Lei nº 74-C/84 de 2 de Março*, Presidência do Conselho de Ministros e Ministérios das Finanças e do Plano e da Saúde. Disponível em: <https://dre.pt/pdf1sdip/1984/03/05302/00050022.pdf> [Consultado em 5 de Janeiro 2012].

Diário da República, 1984. *Decreto-Lei nº 103-A/84 de 30 de Março*, Presidência do Conselho de Ministros e Ministérios das Finanças e do Plano, da Saúde, da Indústria e Energia e do Comércio e Turismo. Suplemento disponível em: <https://dre.pt/pdf1sdip/1984/03/07601/00010010.pdf>; 2º Suplemento disponível em: <https://dre.pt/pdf1sdip/1984/03/07602/00170026.pdf > [Consultado em 10 de Janeiro 2012].

Diário da República, 1984. *Decreto-Lei nº 68/84 de 27 de Fevereiro*, Presidência do Conselho de Ministros e Ministérios das Finanças e do Plano e da Saúde. Disponível em: <http://dre.pt/pdf1sdip/1984/02/04900/06540656.pdf> [Consultado em 10 de Janeiro de 2012].

Diário da República, 1985. *Decreto-Lei nº 384-B/85 de 30 de Setembro*, Ministério da Saúde. Disponível em: <https://dre.pt/pdf1sdip/1985/09/22502/00050009.pdf> [Consultado em 10 de Janeiro 2012].

Diário da República, 1986. *Decreto-Lei nº 57/86 de 20 de Março*, Ministério da Saúde. Disponível em: <http://dre.pt/pdf1sdip/1986/03/06600/06690671.pdf> [Consultado em 10 de Janeiro 2012].

Diário da República, 1988. *Decreto-Lei nº 19/88 de 21 de Janeiro*, Ministério da Saúde. Disponível em: <https://dre.pt/pdf1sdip/1988/01/01703/00200023.pdf> [Consultado em 10 de Janeiro 2012].

Diário da República, 1988. *Decreto Regulamentar 3/88 de 22 de Janeiro de 1988*, Ministério da Saúde. Disponível em: <http://www.dre.pt/pdf1s/1988/01/01801/00020011.pdf> [Consultado em 10 de Janeiro 2012].

Diário da República, 1990. *Lei nº 48/90 de 24 de Agosto*, Assembleia da República. Disponível em: <http://dre.pt/pdf1sdip/1990/08/19500/34523459.pdf > [Consultado em 10 de Janeiro 2012].

Diário da República, 1991. *Decreto-Lei nº 437/91 de 8 de novembro*, Ministério da Saúde. Disponível em: <https://dre.pt/pdf1sdip/1991/11/257A00/57235741.pdf> [Consultado em 10 de Setembro de 2012].

Diário da República, 1992. *Decreto-Lei nº 54/92 de 11 de Abril*, Ministério da Saúde. Disponível em: <http://dre.pt/pdf1sdip/1992/04/086A00/17251726.pdf > [Consultado em 20 de Abril de 2011].

Diário da República, 1993. *Decreto-Lei nº 11/93 de 15 de Janeiro*, Ministério da Saúde. Disponível em: <http://dre.pt/pdf1sdip/1993/01/012A00/01290134.pdf> [Consultado em 10 de Maio de 2010].

Diário da República, 1993. *Decreto-Lei nº 10/93 de 15 de Janeiro*, Ministério da Saúde. Disponível em: <http://www.dre.pt/pdf1s/1993/01/012A00/01260129.pdf> [Consultado em 10 de Maio de 2010].

Diário da República, 1993. *Decreto-Lei nº 335/93 de 29 de Setembro*, Ministério da Saúde. Disponível em: <https://dre.pt/pdf1sdip/1993/09/229A00/54605466.pdf> [Consultado em 10 de Janeiro 2012].

Diário da República, 1995. *Decreto-lei nº 198/95 de 29 de Julho*, Ministério da Saúde. Disponível em: <http://dre.pt/pdf1sdip/1995/07/174A00/48754879.pdf> [Consultado em 5 de Março de 2010].

Diário da República, 1997. *Despacho Normativo nº 46/97 de 8 de Agosto*, Ministério da Saúde. Disponível em: <https://dre.pt/pdf1sdip/1997/08/182B00/41374138.pdf> [Consultado em 5 de Março 2010].

Diário da República,1998. *Decreto-lei nº 104/98 de 21 de Abril*, Ministério da Saúde. Disponível em: <http://dre.pt/pdf1s/1998/04/093A00/17391757.pdf> [Consultado em 10 de Setembro de 2012].

Diário da República, 1998. *Decreto-Lei nº 117/98 de 5 de Maio*, Ministério da Saúde. Disponível em: <https://dre.pt/pdf1sdip/1998/05/103A00/19911995.pdf> [Consultado em 10 de Setembro de 2010].

Diário da República, 1998. *Decreto-Lei nº 151/98 de 5 de Junho*, Ministério da Saúde. Disponível em:< http://www.dre.pt/pdf1s/1998/06/130A00/25622569.pdf> [Consultado em 6 de Janeiro de 2010].Diário da República, 1998. Resolução do Conselho de Ministros nº 140/98 de 4 de dezembro, Conselho de Ministros. Disponível em: <http://dre.pt/pdf1sdip/1998/12/280B00/66926696.pdf> [Consultado em 5 de Janeiro de 2011].

Diário da República, 1999. *Decreto-Lei nº 286/99 de 27 de Julho*, Ministério da Saúde. Disponível em: <http://dre.pt/pdf1sdip/1999/07/173A00/46904695.pdf> [Consultado em 5 de Janeiro de 2010].

Diário da República, 1999. *Decreto-Lei nº 156/99 de 10 de Maio*, Ministério da Saúde. Disponível em: <http://dre.pt/pdf1sdip/1999/05/108A00/24212424.pdf> [Consultado em 5 de Janeiro de 2010].

Diário da República, 1999. *Despacho Normativo nº 61/99 de 12 de Novembro*, Ministério da Saúde. Disponível em: <http://www.dre.pt/pdfgratis/1999/11/264B00.pdf> [Consultado em 10 de Março 2010].

Diário da República, 1999. *Decreto-Lei nº 286/99 de 27 de Abril*, Ministério da Saúde. Disponível em: <http://dre.pt/pdf1sdip/1999/07/173A00/46904695.pdf> [Consultado em 6 de Janeiro de 2010].

Diário da República, 1999. *Portaria 288/99 de 27 de Abril*, Presidência do Conselho de Ministros e Ministérios das Finanças e da Saúde. Disponível em: <https://dre.pt/pdf1sdip/1999/04/098B00/22582261.pdf> [Consultado em 6 de Janeiro de 2010].

Diário da República, 1999. *Decreto-Lei nº 157/99 de 10 de Maio*, Ministério da Saúde. Disponível em: <http://dre.pt/pdf1sdip/1999/05/108A00/24242435.pdf> [Consultado em 6 de Janeiro de 2010].

Diário da República, 1999. *Decreto-Lei nº 207/99 de 9 de Junho*, Ministério da Saúde. Disponível em: <http://www.dre.pt/pdf1s/1999/06/133A00/32583265.pdf> [Consultado em 6 Janeiro de 2011].

Diário da República, 1999. *Decreto-Lei nº 284/99 de 26 de Julho*, Ministério da Saúde. Disponível em: <http://dre.pt/pdf1sdip/1999/07/172A00/46834687.pdf> [Consultado em 6 de Janeiro de 2010].

Diário da República, 1999. *Decreto-Lei nº 320/99 de 11 de Agosto*, Ministério da Saúde. Disponível em: < http://www.dre.pt/pdf1s/1999/08/186A00/52485251.pdf > [Consultado em 10 de Janeiro de 2010].

Diário da República, 1999. *Decreto-Lei nº 374/99 de 18 de Setembro*, Ministério da Saúde. Disponível em: <http://dre.pt/pdf1sdip/1999/09/219A00/64896493.pdf > [Consultado em 10 de Janeiro de 2010].

Diário da República, 2000. *Decreto-Lei nº 68/2000 de 26 de Abril*. Ministério da Saúde. Disponível em: <http://www.dre.pt/pdf1s/2000/04/097A00/17281729.pdf> [Consultado em 10 de Janeiro de 2010].

Diário da República, 2000. *Decreto-Lei nº 204/2000 de 1 de Setembro*, Ministério da Saúde. Disponível em: <http://www.dre.pt/pdf1s/2000/09/202A00/45994605.pdf> [Consultado em 10 de Janeiro de 2010].

Diário da República, 2000. *Decreto-Lei nº 205/2000 de 1 de Setembro de 2000*, Ministério da Saúde. Disponível em: <https://dre.pt/pdf1sdip/2000/09/202A00/46054610.pdf> [Consultado em 10 de Janeiro de 2010].

Diário da República, 2000. *Decreto-Lei nº 206/2000 de 1 de Setembro*, Ministério da Saúde. Disponível em: <https://dre.pt/pdf1sdip/2000/09/202A00/46114611.pdf> [Consultado em 10 de Janeiro de 2010].

Diário da República, 2001. *Resolução do Conselho de Ministros 162/2001 de 16 de Novembro*, Presidência do Conselho de Ministros. Disponível em: <https://dre.pt/pdf1sdip/2001/11/266B00/73387339.pdf> [Consultado em 2 de Outubro de 2009].

Diário da República, 2008. *Decreto-Lei nº 107/2008 de 25 de Junho*. Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior. Disponível em: <http://www.dges.mctes.pt/NR/rdonlyres/AE6762DF-1DBF-40C0-8194-E-3FAA9516D79/2366/DL107_2008.pdf> [Consultado em 10 de Outubro de 2010].

Diário da República, 2002. *Lei nº 27/2002 de 8 de novembro*, Assembleia da República. Disponível em: < http://dre.pt/pdf1sdip/2002/11/258A00/71507154.pdf> [Consultado em 10 de Janeiro de 2010].

Diário da República, 2002. *Decretos-Lei nº 272/2002 a 281/2002 de 9 de Dezembro*, Ministério da Saúde. Disponíveis em: <http://www.dre.pt/pdfgratis/2002/12/284A00.pdf> [Consultado em 10 de Janeiro de 2010].

Diário da República, 2002. *Decretos-Lei nº 282/2002 a 292 /2002 de 10 de Dezembro de 2002*, Ministério da Saúde. Disponíveis em: <http://www.dre.pt/pdfgratis/2002/12/285A00.pdf> [Consultado em 10 de Janeiro de 2010].

Diário da República, 2003. *Decreto-Lei nº 60/2003 de 1 de Abril*, Ministério da Saúde. Disponível em: <http://dre.pt/pdf1sdip/2003/04/077A00/21182127.pdf>[Consultado em 6 de Março de 2010].

Diário da República, 2003. *Decreto-Lei nº 281/2003 de 8 de novembro de 2003*, Ministério da Saúde. Disponível em: <http://dre.pt/pdf1sdip/2003/11/259A00/74927499.pdf> [Consultado em 5 de Novembro de 2009].

Diário da República, 2003. *Decreto-Lei nº 309/2003 de 10 de Dezembro*, Ministério da Saúde. Disponível em: <http://dre.pt/pdf1sdip/2003/12/284A00/83298338.pdf> [Consultado em 10 de Dezembro de 2009].

Diário da República, 2005. *Resolução do Conselho de Ministros nº 84/2005 de 27 de abril*, Presidência do Conselho de Ministros. Disponível em: <http://dre.pt/pdf1sdip/2005/04/081B00/32003201.pdf>[Consultado em 10 Dezembro de 2009].

Diário da República, 2005. *Decreto-Lei nº 88/2005 de 3 de Junho*, Ministério da Saúde. Disponível em: <http://dre.pt/pdf1sdip/2005/06/107A00/36063606.pdf>[Consultado em 1 de Fevereiro de 2011].

Ministério da Saúde, Direção-Geral da Saúde, 2004. Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas, *Circular Normativa nº 13/DGCG de 2 de Julho*. Disponível em: <http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/1C6DFF0E-9E74-4DED-94A9-F7EA0B3760AA/0/I006346.pdf> [Consultado em 10 de Outubro 2009].

Ministério da Saúde, Direcção-Geral de Saúde, 2004. Programa Nacional de Cuidados Paliativos, *Despacho Ministerial de 15 de Junho*. Disponível em: <http://www.aped-dor.com/up/APED-Compilacao/LEGISLACAO/DGS/PROGRAMAS%20NACIONAIS/DGS-ProgramaNacionalCuidadosPaliativos-2004.pdf > [Consultado em 10 de Dezembro de 2009].

Ministério da Saúde, Direcção-Geral de Saúde, 2004. *Circular Normativa nº 14/DGCG de 13 de Julho*. Disponível em: <http://www.hsm.min-saude.pt/contents/pdfs/cuidados_continuados_integrados/Programa%20Nacional%20de%20Cuidados%20Paliativos.pdf > [Consultado em 10 de Dezembro de 2009].

Diário da República, 2005. *Decreto-Lei nº 129/2005 de 11 de Agosto*, Ministério da Saúde. Disponível em: <http://www.dre.pt/pdf1s/2005/08/154A00/46314636.pdf> [Consultado em 5 de Maio de 2011].

Diário da República, 2005. *Decreto-Lei nº 134/2005 de 16 de Agosto*, Ministério da Saúde. Disponível em: <http://www.dre.pt/pdf1s/2005/08/156A00/47634765.pdf> [Consultado em 5 de Setembro de 2010].

Diário da República, 2005. *Decreto-Lei nº 233/2005 de 29 de Dezembro*, Ministério da Saúde. Disponível em: <http://www.dre.pt/pdf1s/2005/12/249A00/73237333.pdf> [Consultado em 10 de Setembro de 2010].

Diário da República, 2006. *Despacho Normativo nº 9/2006 de 16 de Fevereiro*, Ministério da Saúde. Disponível em: <http://dre.pt/pdf1sdip/2006/02/034B00/12561258.pdf> [Consultado em 10 de Outubro de 2010].

Diário da República, 2006. *Decreto-Lei nº 74/2006 de 24 de Março*, Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior. Disponível em: <http://www.dre.pt/pdf1s/2006/03/060A00/22422257.pdf>[Consultado em 10 de Janeiro de 2010].

Diário da República, 2006. *Despacho Normativo nº 30/2006 de 31 de Março*, Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social. Disponível em: <https://dre.pt/pdf1sdip/2006/05/088B00/32593259.pdf> [Consultado em 5 de Novembro de 2013].

Diário da República, 2006. *Resolução do Conselho de Ministros nº39/2006 de 21 de Abril*, Presidência do Conselho de Ministros. Disponível em: <https://dre.pt/pdf1sdip/2006/04/079B00/28342866.pdf> [Consultado em 5 de Novembro de 2013].

Diário da República, 2006. *Decreto-Lei nº 101/2006 de 6 de Junho de 2006*, Ministério da Saúde. Disponível em: <http://dre.pt/pdf1s/2006/06/109A00/38563865.pdf> [Consultado em 10 de Outubro de 2010].

Diário da República, 2006. *Decreto-Lei nº 200/2006 de 25 de Outubro*, Ministério das Finanças e da Administração Pública. Disponível em: <https://dre.pt/pdf1sdip/2006/10/20600/73897393.pdf > [Consultado em Maio de 2010]

Diário da República, 2006. *Decreto-Lei nº 212/2006 de 27 de Outubro*, Ministério da Saúde. Disponível em: <http://dre.pt/pdf1sdip/2006/10/20800/75177525.pdf> [Consultado em 5 de Maio de 2010].

Diário da República, *Despacho nº 7495/2006 de 14 de Março*, Ministério da Saúde - Gabinete do Ministro. Disponível em: <http://dre.pt/pdf2sdip/2006/04/067000000/0503705039.pdf > [Consultado em 10 de Janeiro de 2010].

Diário da República, 2007. *Despacho nº 727/2007 de 15 de Janeiro*, Ministério da Saúde - Gabinete do Ministro. Disponível em: <https://dre.pt/pdf2sdip/2007/01/010000000/0112301124.pdf> [Consultado em 3 de Março de 2011].

Diário da República, 2007. *Decreto-Lei nº 50-A/2007 de 28 de Fevereiro*, Ministério da Saúde. Disponível em: <http://dre.pt/pdf1sdip/2007/02/04202/00260029.pdf> [Consultado em 5 de Fevereiro de 2012] .

Diário da República, 2007. *Decreto-Lei nº 252/2007 de 5 de Julho*, Ministério da Saúde. Disponível em: <http://dre.pt/pdf1sdip/2007/07/12800/43464347.pdf >[Consultado em 5 de Maio de 2011] .

Diário da República, 2007. *Decreto-Lei nº 326/2007 de 28 de Setembro*, Ministério da Saúde. Disponível em: <http://dre.pt/pdf1sdip/2007/09/18800/0699606998.pdf> [Consultado em 10 de Fevereiro de 2012].

Diário da República, 2007. *Despacho nº 24101/2007 de 22 de Outubro*, Ministério da Saúde. Disponível em: <http://www.dre.pt/pdf2s/2007/10/203000000/3041930419.pdf> [Consultado em 10 de Fevereiro de 2011].

Diário da República, 2008. *Portaria nº 45/2008 de 15 de Janeiro de 2008*, Ministério da Saúde. Disponível em: <https://dre.pt/pdf1sdip/2008/01/01000/0052600536.pdf> [Consultado em 10 de Março de 2011].

Diário da República, 2008. *Aviso nº 12/2008 de 23 de Janeiro*, Ministério dos Negócios Estrangeiros. Disponível em: <http://dre.pt/pdf1sdip/2008/01/01600/0063800687.pdf> [Consultado em 7 de Fevereiro de 2011].

Diário da República, 2008. *Despacho nº 5414/2008 de 28 de Janeiro*, Ministério da Saúde – Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde. Disponível em: <http://www.dre.pt/pdf2s/2008/02/042000000/0808308085.pdf> [Consultado em 8 de Abril de 2012].

Diário da República, 2008. *Decreto-Lei nº 23/2008 de 8 de Fevereiro de 2008*, Ministério da Saúde. Disponível em: <http://dre.pt/pdf1sdip/2008/02/02800/0094600947.pdf> [Consultado em 7 de Fevereiro de 2012].

Diário da República, 2008. *Decreto-Lei nº 28/2008 de 22 de Fevereiro*, Ministério da Saúde. Disponível em: <http://dre.pt/pdf1sdip/2008/02/03800/0118201189.pdf> [Consultado em 7 de Fevereiro de 2012].

Diário da República, 2008. *Resolução do Conselho de Ministros nº 49/2008 de 6 de Março*, Presidência do Conselho de Ministros. Disponível em: <http://dre.pt/pdf1sdip/2008/03/04700/0139501409.pdf >[Consultado em 10 de Maio de 2013].

Diário da República, 2008 *Portaria nº 615/2008 de 11 de Julho*, Ministério da Saúde. Disponível em: <http://dre.pt/pdf1sdip/2008/07/13300/0440804414.pdf > [Consultado em 8 de Abril de 2012] .

Diário da República, 2008. *Decreto-Lei nº 180/2008 de 26 de Agosto*, Ministério da Saúde. Disponível em: <http://dre.pt/pdf1sdip/2008/08/16400/0599906000.pdf > [Consultado em 10 de Janeiro de 2012].

Diário da República, 2008. *Decreto-Lei nº 183/2008 de 4 de Setembro*, Ministério da Saúde. Disponível em: <http://dre.pt/pdf1sdip/2008/09/17100/0622506233.pdf> [Consultado em 5 de Janeiro de 2012].

Diário da República, 2008. *Portaria nº 1529/2008 de 26 de Dezembro*, Ministério da Saúde. Disponível em: <http://dre.pt/pdf1sdip/2008/12/24900/0904009044.pdf>[Consultado em 5 de Janeiro de 2012].

Diário da República, 2009. *Portaria nº 275/2009 de 18 de Março*, Presidência do Conselho de Ministros e Ministérios das Finanças e da Administração Pública e da Saúde. Disponível em: <http://dre.pt/pdf1sdip/2009/03/05400/0172701728.pdf> [Consultado em 10 Maio de 2012].

Diário da República, 2009. *Decreto-Lei nº 81/2009 de 2 de Abril*, Ministério da Saúde. Disponível em: <http://dre.pt/pdf1sdip/2009/04/06500/0205802062.pdf >[Consultado em 10 Junho de 2013].

Diário da República, 2009. *Despacho nº 14223/2009 de 24 de Junho*, Ministério da Saúde - Gabinete da Ministra. Disponível em: <https://dre.pt/pdf2sdip/2009/06/120000000/2466724669.pdf> [Consultado em 5 de Julho de 2013].

Diário da República, 2009. *Despacho nº 18846/2009 de 14 de Agosto*, Ministério da Saúde - Gabinete do Secretário de Estado da Saúde. Disponível em: <https://dre.pt/pdf2sdip/2009/08/157000000/3314333143.pdf> [Consultado em 6 Agosto de 2012].

Diário da República, 2010. *Decreto-Lei nº 19/2010 de 22 de Março*, Ministério da Saúde. Disponível em: <https://dre.pt/pdf1sdip/2010/03/05600/0090000906.pdf > [Consultado em 5 de Novembro de 2013].

Diário da República, 2010. *Despacho nº 10760/2010 de 29 de Junho*, Ministérios das Finanças e da Administração Pública e da Saúde. Disponível em: <http://dre.pt/pdf2sdip/2010/06/124000000/3545035450.pdf >[Consultado em 6 de Junho de 2013].

Diário da República, 2010. *Portaria nº 455-A/2010 de 30 de Junho*, Ministérios da Economia, da Inovação e do Desenvolvimento e da Saúde. Disponível em: <https://dre.pt/pdf1sdip/2010/06/12502/0001600018.pdf> [Consultado em 6 de Junho de 2013].

Diário da República, 2010. *Portaria nº 1319/2010 de 28 de Dezembro*, Ministério da Saúde. Disponível em: <https://dre.pt/pdf1sdip/2010/12/25000/0596305964.pdf> [Consultado em 6 de Junho de 2013].

Diário da República, 2010. *Despacho nº 19264/2010 de 29 de Dezembro*, Ministério da Saúde. Gabinete do Secretário de Estado da Saúde. Disponível em: <https://dre.pt/pdf2sdip/2010/12/251000000/6304963049.pdf> [Consultada em 10 de Janeiro de 2012].

Diário da República, 2011. *Despacho nº 3020/2011 de 11 de Fevereiro*, Ministérios do Trabalho e da Solidariedade Social e da Saúde. Disponível em:
<https://dre.pt/pdf2sdip/2011/02/030000000/0776107762.pdf> [Consultado em 10 Janeiro de 2012].

Diário da República, 2011. *Decreto-Lei nº 93/2011 de 27 de Julho*, Ministério da Saúde. Disponível em: <http://dre.pt/pdf1sdip/2011/07/14300/0407104071.pdf >[Consultado em 10 de Janeiro de 2013].

Diário da República, 2011. *Despacho nº 10428/2011 de 18 de Agosto de 2011*, Ministério da Saúde – Gabinete do Secretário de Estado da Saúde. Disponível em: <http://www.dre.pt/pdf2s/2011/08/158000000/3387033871.pdf> [Consultado em 10 de Janeiro de 2013].

Diário da República, 2011. *Despacho nº 10429/2011 de 18 de Agosto*, Ministério da Saúde – Gabinete do Secretário de Estado da Saúde. Disponível em: <https://dre.pt/pdf2sdip/2011/08/158000000/3387133871.pdf> [Consultado em 10 de Janeiro de 2013].

Diário da República, 2011. *Despacho nº 10430/2011 de 18 de Agosto*, Ministério da Saúde – Gabinete do Secretário de Estado da Saúde. Disponível em: <https://dre.pt/pdf2sdip/2011/08/158000000/3387133871.pdf> [Consultado em 10 de Janeiro de 2013].

Diário da República, 2011. *Despacho nº 12083/2011 de 15 de Setembro*, Ministérios das Finanças e da Saúde. Disponível em: <https://dre.pt/pdf2sdip/2011/09/178000000/3720537205.pdf> [Consultado em 10 de Janeiro de 2013].

Diário da República, 2011. *Despacho nº 12950/2011 de 28 de Setembro*, Ministério da Saúde - Gabinete do Secretário de Estado da Saúde. Disponível em: <https://dre.pt/pdf2sdip/2011/09/187000000/3863738637.pdf> [Consultado em 10 de Janeiro de 2013].

Diário da República, 2011. *Decreto-Lei nº 113/2011 de 29 de Novembro*, Ministério da Saúde. Disponível em: <https://dre.pt/pdf1sdip/2011/11/22900/0510805110.pdf> [Consultado em 10 de Janeiro de 2013].

Diário da República, 2011. *Resolução do Conselho de Ministros nº 61/2011 de 22 de Dezembro*, Presidência do Conselho de Ministros. Disponível em: <https://dre.pt/pdf1sdip/2011/12/24400/0539105393.pdf> [Consultado em 10 de Janeiro de 2013].

Diário da República, 2012. *Decreto-Lei nº 34/2012 de 14 de Fevereiro*, Ministério da Saúde. Disponível em: <https://dre.pt/pdf1sdip/2011/12/24900/0549105498.pdf> [Consultado em 10 de Janeiro de 2013].

Diário da República, 2012. *Decreto-Lei nº 46/2012 de 24 de Fevereiro*, Ministério da Saúde. Disponível em: <https://dre.pt/pdf1sdip/2012/02/04000/0088400890.pdf> [Consultado em 10 de Janeiro de 2013]

Diário da República, 2012. *Portaria nº 67/2012 de 21 de Março*, Ministério da Solidariedade e da Segurança Social. Disponível em: <https://dre.pt/pdf1sdip/2012/03/05800/0132401329.pdf> [Consultado em 10 de Janeiro de 2013].

Diário da República, 2012. *Portaria nº 142-A/2012 de 15 de Maio de 2012*, Ministérios da Administração Interna e da Saúde. Disponível em: <https://dre.pt/pdf1sdip/2012/05/09401/0000200003.pdf> [Consultado em 10 de Janeiro de 2013].

Diário da República, 2012. *Portaria nº 142-B/2012 de 15 de Maio*, Ministérios da Saúde. Disponível em: <https://dre.pt/pdf1sdip/2012/05/09401/0000300006.pdf> [Consultado em 9 de Janeiro de 2013].

Diário da República, 2012. *Portaria nº 158/2012 de 22 de Maio*, Ministérios das Finanças e da Saúde. Disponível em: <https://dre.pt/pdf1sdip/2012/05/09900/0266802672.pdf> [Consultado em 9 de Janeiro de 2013].

Diário da República, 2012. *Declaração de Retificação nº 36/2012 de 13 de Julho*, Presidência do Conselho de Ministros – Secretaria-Geral. Disponível em: <http://www.dre.pt/pdf1s/2012/07/13500/0365703664.pdf> [Consultado em 9 de Janeiro de 2013].

Diário da República, 2012. *Decreto-Lei nº 253/2012 de 27 de Novembro*, Ministério da Saúde. Disponível em: <https://dre.pt/pdf1sdip/2012/11/22900/0675706767.pdf > [Consultado em 9 de Janeiro de 2013].

Diário da República, 2012. *Portaria nº 394-A/2012 de 29 de Novembro*, Presidência do Conselho de Ministros e Ministérios das Finanças e da Saúde. Disponível em: <https://dre.pt/pdf1sdip/2012/11/23101/0000200005.pdf > [Consultado em 9 de Janeiro de 2013].

Diário da República, 2013. *Portaria nº 38/2013 de 30 de Janeiro*, Ministério da Solidariedade e da Segurança Social. Disponível em: <https://dre.pt/pdf1sdip/2013/01/02100/0060500608.pdf> [Consultado em 6 de Novembro de 2013].

Diário da República, 2013. *Despacho nº 2061-C/2013 de 1 de Fevereiro*, Ministério da Saúde - Gabinete do Secretário de Estado da Saúde. Disponível em: <https://dre.pt/pdf2sdip/2013/02/024000001/0000200003.pdf> [Consultado em 6 de Novembro de 2013].

Diário da República, 2013. *Portaria nº 168/2013 de 30 de Abril*, Ministério da Saúde. Disponível em: <https://dre.pt/pdf1sdip/2013/04/08300/0263402635.pdf> [Consultado em 10 de Fevereiro de 2014].

Diário da República, 2013. *Decreto-Lei nº137/2013 de 7 de Outubro*, Ministério da Saúde. Disponível em: <https://dre.pt/pdf1sdip/2013/10/19300/0605006061.pdf> [Consultado em 10 de Fevereiro de 2014].

Diário da República, 2013. *Decreto-Lei nº 138/2013 de 9 de Outubro*, Ministério da Saúde. Disponível em: <https://dre.pt/pdf1sdip/2013/10/19500/0606806071.pdf > [Consultado em 10 de Fevereiro de 2014].

Diário da República, 2013. *Portaria nº 335-A/2013 de 15 de Novembro*, Ministério da Saúde. Disponível em: <https://dre.pt/pdf1sdip/2013/11/22202/0000400004.pdf> [Consultado em 10 Fevereiro de 2014].

Diário da República, 2013. *Lei nº 83-C/2013 de 31 de Dezembro*, Assembleia da República. Disponível em: <https://dre.pt/pdf1s/2013/12/25301/0005800295.pdf> [Consultado em 6 de Agosto de 2012].

Parlamento Europeu e o Conselho da União Europeia, 2011. *Decisão nº 940/2011/UE do Parlamento Europeu e do Conselho de 14 de Setembro de 2011* sobre o Ano Europeu do Envelhecimento Activo e da Solidariedade entre as Gerações. Disponível em: <http://www.igfse.pt/upload/docs/2011/Decis%C3%A3o%20n%C2%BA%20940-2011.pdf> [Consultado em 9 de Janeiro de 2013].

Capítulo 2

Baganha, M. I. e Marques, J. C., 2001. População. In: N. Valério, ed. *Estatísticas Históricas Portuguesa*. Lisboa: INE. pp. 33-126.

Bandeira, M. L.,1996. *Demografia e Modernidade. Família e Transição Demográfica em Portugal*. Lisboa: Imprensa Nacional-Casa da Moeda.

Canudas-Romo, V., Glei, D., Gómez-Redondo, R., Coelho, E. e Boe, C., 2008. Mortality changes in the Iberian Peninsula in the last decades of the twentieth century. *Population-E*, 63 (2), pp. 319-344.

Fernandes, A. A., 2007. Determinantes da mortalidade da longevidade: Portugal numa perspectiva europeia (EU-15, 1991-2001). *Análise Social*, 42 (183), pp. 419-443.

Fernandes, A. A., Moreira, M. J. e Rodrigues, T., 2004. Transição demográfica e transição epidemiológica. *Forum Sociológico*, 11/12 (2), pp.75-104.

González, E. R., Mestre, J. B. e Benavides, F. G., 1996. La transición sanitaria. Una revisión conceptual. *Boletín de la Asociación de Demografía Histórico*, 14 (1), pp.117-144.

Henriques, F.C. e Rodrigues, T., 2008. O Século XX: a transição. In: T. Rodrigues, ed. *História da População Portuguesa*. Lisboa: Afrontamento.pp. 417-513.

INE, 2014. Destaque de 10 de julho – População residente em Portugal com tendência para diminuição e envelhecimento. Disponível em: <http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=218629052&DESTAQUESmodo=2> [Consultado em 10 de Julho de 2013].

Meslé, F. e Vallin, J., 2002. La transition sanitaire: tendances et perspectives. In: G. Caselli, J. Vallin e G. Wunsch ,eds. *Démographie: analyse et synthèse – Les determinants de la mortalité*. Paris: INED. pp.439-461.

Morais, G., 2002. *Causas de Morte no Século xx: A Transição da Mortalidade e Estruturas de Causa de Morte em Portugal Continental*. Lisboa: Edições Colibri.

Moreira, M. J. G., 2010. Environmental Changes and Social Vulnerability in an Ageing Society: Portugal in the Transition from the 20th to the 21st Centuries. *Hygiene Internationalis*, 9 (1),pp. 397 – 409.

Moreira, M. J. G. e Rodrigues, T., 2010. Os modelos de mortalidade em Portugal. *Ler História*, 49, pp. 145-169.

Moreira, M. J. G, Alves, H. e Fernandes, O. 2010. Tipologias Regionais do Envelhecimento da População Portuguesa (1900-2005). O envelhecimento no topo. Comunicação apresentada na sessão "Vejez y envejecimiento en la Península Ibérica desde una perspectiva comparada (siglos XVIII-XX)", no *IX Congresso da ADEH*. São Miguel, Açores, Portugal, 16 a 19 de Junho de 2010.

Nazareth, J.M., 1979. *O envelhecimento da população portuguesa*. Lisboa: Presença.

Nazareth, J.M., 1982. *Explosão Demográfica e Planeamento Familiar*. Lisboa: Presença.

Nazareth, J.M., 2009. *Crescer e envelhecer. Constrangimentos e oportunidades do envelhecimento demográfico*. Lisboa: Presença.

Oeppen, J. e Vaupel, J.W., 2002. Broken limits to life expectancy. *Science*, 296, pp. 1029 -1031.

Oliveira, I. T., 2010. Mortalidade: Compressão, Deslocamento e Causas de Morte (Portugal 1950-2005). *Revista de Estudos Demográficos*, 48, pp. 35-62.

Oliveira, I. T. e Mendes, M. F., 2010. A diferença de esperança de vida entre homens e mulheres: Portugal de 1940 a 2007. *Análise Social*, 45 (194),pp. 115-139.

Oliveira, M. M., Afonso, A., e Filipe, P., 1994. Perfil da mortalidade por causas de morte para os distritos de Portugal. In *Actas do XII congresso da Sociedade Portuguesa de Estatística*, Évora.

Omran, A. R., 2005. The Epidemiologic Transition: a theory of the epidemiology of population change. The *Milbank Quarterly*, 83(4), pp. 731–57 (Reprinted from *The Milbank Memorial Fund Quarterly*, 49 (4), Pt. 1, 1971(pp. 509–38). Style and usage are unchanged).

Pereira, L.N. e Chorão, L.R., 2009. Avaliação da qualidade de vida e bem-estar. In T. Rodrigues, J. T. Lopes, L. Baptista e M. J. G. Moreira, eds. *Regionalidade Demográfica e Diversidade Social*. Porto: Afrontamento. pp.129-151.

Redondo, R. G., ed., 2010. *Salud, Demografía y Sociedade en la población anciana*. Madrid: Alianza Editorial.

Remoaldo, P. C. A., 2002. *Desigualdades territoriais e sociais subjacentes à mortalidade infantil em Portugal*. Textos Universitários de Ciências Sociais e Humanas. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Ribeiro, F. e Mendes, M. F., 2013. O contributo das diferentes causas de morte para a diferença na esperança de vida entre Portugal e Espanha. Comunicação apresentada no *X Congresso da ADEH*. Albacete, Espanha, 18 A 21 de Junho de 2013.

Rodrigues, I. R. C., 2012. *A população portuguesa por nível de escolaridade, sexo e grupo etário: uma análise prospetiva para 2001-2031*. Tese de Mestrado em Bioestatística. Universidade de Lisboa.

Rodrigues, T., ed., 2008. *História da População Portuguesa*. Lisboa: Afrontamento.

Rodrigues, T., Alves, H. e Fernandes, O. 2010. Tipologias Regionais do Envelhecimento da População Portuguesa (1900- 2005). O envelhecimento na base, comunicação apresentada na sessão "Vejez y envejecimiento en la Peninsula Ibérica desde una perspectiva comparada (siglos XVIII-XX)", no *IX Congresso da ADEH*. São Miguel, Açores, Portugal, 16 a 19 de Junho de 2010.

Rodrigues, T. e Moreira, M. J. G., 2009. Realidades Demográficas. In T. Rodrigues, J. T. Lopes, L. Baptista e M. J. G. Moreira, eds. *Regionalidade Demográfica e Diversidade Social*. Porto: Afrontamento. pp. 77-110.

Rosa, M. J. V., 2012. *O Envelhecimento da Sociedade Portuguesa*. Colecção Ensaios da Fundação Francisco Manuel dos Santos. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.

Rosa, M. J. V. e Chitas, P., 2010. *Portugal: Os Números*. Lisboa: FFMS.

Rosa, M. J. V., Seabra, H. e Santos, T., 2004. *Contributos dos "Imigrantes" na Demografia Portuguesa: O papel dos populações de nacionalidade estrangeira*. Lisboa: Alto Comissariado para a Imigração e Minorias Étnicas (ACIME).

Santana, P., 2000. Ageing in Portugal: regional iniquities in health and health care. *Social Science and Medicine*, 50, pp.1025-1036.

Santana, P., 2002. Poverty, social exclusion and Health. *Social Science and Medicine*, 55, pp.132-145.

Santana, P., 2005. *Geografias da Saúde e do Desenvolvimento. Evolução e Tendências em Portugal*. Coimbra: Almedina.

Santana, P., Vaz, A. e Fachada, M., 2004. Estado de saúde dos Portugueses, uma perspectiva espacial. *Revista de Estudos Demográficos*, 36, pp. 5-28.

Vallin, J. e Meslé, F., 2004. Convergences and divergences in mortality. A new approach to health transition. *Demographic Research, Special Collection*, 2(2), pp. 12-44.

Vaupel, J. W., 2010. Biodemography of human aging. *Nature*, 464(7288), pp.536-542.

Veiga, T. R., Moreira, M. J. G. e Fernandes, A. A., 2004. Social changes and better health conditions of the Portuguese population 1974-2000. *Hygiena Internationalis*, 4 (4), pp. 255-275.

EUROSTAT: http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/eurostat/home/

INE – Instituto Nacional de Estatística: http://www.ine.pt/

PORDATA: http://www.pordata.pt/

Capítulo 3

Ahuja, V. e Filmer, D., 1995. *Educational attainments in developing countries: new estimates and projections disaggregated by gender*. Policy Research Working Paper Series 1489. Disponível em: <http://elibrary. worldbank.org/content/workingpaper/10.1596/1813-9450-1489> [Consultado em 15 de Junho de 2012].

Alho, J. e Keilman, N., 2010. On future household structure. *Journal of the Royal Statistical Society*, 173, pp. 117-143.

Barro, R.J. e Lee, J., 1993. *International Comparisons of Educational Attainment*. NBER Working Papers 4349. National Bureau of Economic Research, Inc. Disponível em; < http: //www. nber . org/papers/w4349. pdf ?new _window=1> [Consultado em 15 de Junho de 2012].

Barro, R.J. e Lee, J., 2000. *International Data on Educational Attainment Updates and Implications*. NBER Working Papers 7911. National Bureau of Economic Research, Inc. Disponível em: <http://www.economics.harvard.edu /faculty/barro/ files/p_ jwha.pdf> [Consultado em 15 de Junho de 2012].

Barros, P. P., 2003. Estilos de vida e estado de saúde: uma estimativa da função de produção de saúde. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 3, pp. 7-17.

Cannan, E., 1895. The Probability of Cessation of the Growth of Population in England and Wales during the Next Century. *The Economic Journal*, 5, pp. 505–15.

Carrilho, M. J., 2005. Metodologias de cálculo das projecções demográficas: aplicação em Portugal. *Revista de Estudos Demográficos*, 37 (1), pp. 5–24. Disponível em: <http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=378782&PUBLICACOESmodo=2>[Consultado em 20 de Setembro de 2012].

Clark, S.J. e Sharrow, D.J., 2011. *Contemporary Model Life Tables for Developed Countries: An Application of Model-based Clustering*. Working Paper 107. Center for Statistics and the Social Sciences. University of Washington, Seattle. Disponível em: <http: / / www. csss. washington. edu / Papers / wp107.pdf.> [Consultado em 15 de Junho de 2012].

Cox, D.R. e Miller, H.D., 1965. *The theory of stochastic processes*. Wiley publications in statistics. New York: J. Wiley and Sons.

Denton, M., Prus, S. e Walters, V., 2004. Gender differences in health: a Canadian study of the psychosocial, structural and behavioural determinants of health. *Social Science & Medicine*, 58, pp. 2585 – 2600.

Dustmann, C. e Glitz, A., 2011. *Migration and Education*. Norface Discussion Paper Series 2011011. Norface Research Programme on Migration, Department of Economics, University College London. Disponível em: <http: //www.norface-migration.org/publ_uploads/NDP_11_11.pdf.> [Consultado em 17 de Junho de 2012].

Fernandes, A. A., 2007. Determinantes da mortalidade e da longevidade: Portugal numa perspectiva europeia (UE15, 1991-2001). *Análise Social*, 42 (183), pp. 419-443.

GEPE, 2012. *Sistema Educativo – Apresentação do Sistema Educativo Português*. Gabinete de Estatística e Planeamento da Educação, Ministério da Educação. Disponível em: <http://www.gepe.min-edu.pt/np4/9.html> [Consultado em 6 de Março de 2012].

Goujon, A. e Wils, A., 1996. *The Importance of Education in Future Population. Global Trends and Case Studies on Cape Verde, Sudan, and Tunisia*. Working Paper WP-96-138. International Institute for Applied Systems Analysis. Laxenburg, Austria. Disponível em: <http://www.iiasa.ac.at/ Admin / PUB/Documents/WP-96-138.pdf> [Consultado em 6 de Março de 2012].

Goujon, A., Alkitkat, H., Lutz, W. e Prommer, I., 2007. *Population and Human Capital Growth in Egypt: Projections for Governorates to 2051*. Interim Report IR-07-010. International Institute for Applied Systems Analysis. Laxenburg, Austria. Disponível em: <http://www.iiasa.ac.at/Research/POP/pdes/egypt/docs/IR-07-010.pdf> [Consultado em 6 de Março de 2012].

Goujon, A., 2008. Report on projections by level of education (Future human capital: Estimates and projections of education transition probabilities). Deliverable D3 in Work Package 1. Bridging the micro-macro gap in population forecasting -MicMac Project. Vienna Institute of Demography, Austrian Academy of Sciences. Disponível em: <http://www.nidi.nl/Content/NIDI/output/micmac/micmac-d3.pdf> [Consultado em 6 de Março de 2012].

Gustavsson, S., 2006. *Education and Postponement of Maternity. Economic Analyses for Industrialized Countries*. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers and Springer. DOI: 10.1007/1-4020-4716-9.

Henriques, F.C., Rodrigues, T.F. e Martins, M.F.O., 2009. Ageing, Education and Health in Portugal: Prospective from the 19th to the 21st Century. *Hygiea Internationalis*, 8 (1), pp. 81-96. Disponível em: <http : / / www. ep. liu.se/ej/hygiea/v8/i1/a5/hygiea09v8i1a5.pdf>[Consultado em 8 de Março de 2012].

Henriques, F.C. e Rodrigues, T.F., 2010. Essay on Ageing and Health projections in Portugal. Item 3 – Challenges and use of population projections. *Joint Eurostat/UNECE Work Session on Demographic Projections*. Lisboa, Portugal, 28-30 April 2010. Statistical Office of the European Union (EUROSTAT).

Huisman, M., Kunst, A.E. e Mackenbach, J.P., 2003. Socioeconomic inequalities in morbidity among the elderly; a European overview. *Social Science & Medicine*, 57, pp. 861-873.

Instituto Nacional de Estatística, IP, ed., 2009. *Projecções de população residente em Portugal 2008-2060*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística, IP.

Instituto Nacional de Estatística, IP, 2012. Censos 2011 *Resultados Definitivos – Portugal*. Disponível em: <http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=73212469&PUBLICACOEStema=55466&PUBLICACOESmodo=2&xlang=en.> [Consultado em 10 de Março de 2012].

Imhoff, E. e Keilman, N., 1991. Lipro 2.0: an application of a dynamic demographic projection model to household structure in the Netherlands. Lipro 2.0. Swets & Zeitlinger. ISBN: 9789026512414. Disponível em: <http:/ / nidi . nl/Content/NIDI/output/lipro/nidicbgs-publ-23.pdf>[Consultado em 8 de Março de 2012].

Jejeebhoy, S. J., 1995. *Women's Education, Autonomy and Reproductive Behaviour: Experience from Developing Countries*. Oxford: Clarendon Press.

Joung, I.M.A., Kunst, A.E., Imhoff, E. e Mackenback, J.P., 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, pp. 955-963.

KC, S., Skirbekk, V., Barakat, B., Goujon, A., Sanderson, W. e Lutz, W., 2010. Projection of populations by level of educational attainment, age, and sex for 120 countries for 2005-2050. *Demographic Research*, 22 (15), pp. 383-472.

Leslie, P.H., 1945. On the use of matrices in certain population mathematics. *Biometrika*, 33, pp. 183-212.

Lutz, W., 1999. Demographic dimensions in forecasting: Adding education to age and sex. In: W. Lutz, ed. Frontiers of Population Forecasting. Supplement to Volume 24, 1998, *Population and Development Review*. New York: The Population Council. pp. 42-58.

Lutz, W. e Goujon, A., 2001.The World's Changing Human Capital Stock: Multi-State Population Projections by Educational Attainment. Population and Development Review, 27 (2), pp. 323-39. ISSN: 00987921. Disponível em: <http://www.jstor.org/stable/2695213 >[Consultado em 8 de Março de 2012].

Lutz, W., Goujon, A. e Wils, A., 2005. *Forecasting Human Capital: Using Demographic Multi-State Methods by Age, Sex, and education to Show the Long-Term Effects of Investments in Education*. Working Paper WP-07-03. Washington DC: Education Policy and Data Center, Academy for Educational Development. Disponível em: <http: / / paa2005.princeton.edu / download. aspx?submissionId=50235. >[Consultado em 20 de Março de 2012].

Lutz, W. e KC, S., 2010. Dimensions of global population projections: what do we know about future population trends and structures? *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*, 365, pp. 2779-2791. doi: 10.1098/rstb.2010.0133.

Ministério da Educação, 2012. Legislação sobre Educação. Disponível em: <http://legislacao.min-edu.pt/np4/133> [Consultado em 2 de Fevereiro de 2012].

Ministério da Educação, n.d. *Programa Educação 2015*. Disponível em: <http://www.drelvt.min-edu.pt/alunos/programa-educacao-2015.pdf> [Consultado em 2 de Agosto de 2012]

Müller, D., 2007. *Processos estocásticos e aplicações*. Colecção Económicas II Série, nº 3. Coimbra: Almedina.

Nehru, V., Swanson, E. e Dubey, A., 1995. A new database on human capital stock in developing and industrial countries: Sources, methodology, and results. *Journal of Development Economics*, 46 (2), pp. 379-401. Disponível em: <http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/ IW3P / IB / 1993 / 04 / 01 / 000009265_3961004114011 / Rendered / PDF / multi_page.pdf. >[Consultado em 20 de Março de 2012].

OCDE, 2001. *Organization for Economic Co-operation and Development*. Glossary of Statistical Terms - Population Projections. Disponível em: < http://stats.oecd.org/glossary/detail.asp?ID=2088>[Consultado em 20 de Março de 2012].

Oliveira, I.T., 2009. Fertility Differentials and Educational Attainment in Portugal: A Non-Linear Relationship. *Canadian Studies in Population*, 36 (3-4), pp. 347-362. Disponível em: <http : / / www . canpopsoc . org / journal / 2009 / CSPv36n3-4p347.pdf >[Consultado em 20 de Março de 2012].

O'Neill, B. C., Balk, D., Brickman, M. e Ezra, M., 2001. A Guide to Global Population Projections. *Demographic Research*, 4 (8), pp. 203-288. DOI: 10.4054/DemRes.2001.4.8.

Organização de Estados Ibero-Americanos para a Educação, a Ciência e a Cultura, 2008. Metas Educativas 2021: A Educação que queremos para a geração dos Bicentenários. Disponível em: < http://www.oei.es/metas2021/metas2021_portugues.pdf> [Consultado em 10 de Agosto de 2012]

Schoen, R., 2006. Population Models With Constant Rates. In: *Dynamic Population Models*. The Springer Series on Demographic Methods and Population Analysis. Netherlands: Springer. pp. 1-26. ISBN: 978-1-4020-5230-9.

Psacharopoulos, G. e Arriagada, A.M., 1992. *The Educational Composition of the Labor Force: An International Update*. PHREE background paper series. World Bank.

UE, 2009. EF 2020. Conclusões do Conselho de 12 de Maio de 2009 sobre um quadro estratégico para a cooperação europeia no domínio da educação e da formação («EF 2020»). Jornal Oficial da União Europeia C 119 de 28.5.2009. Disponível em: < http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:C:2009:119:0002:0010:PT:PDF> [Consultado em 10 de Março de 2012].

Vintém, J. M., 2008a. Inquéritos Nacionais de Saúde: auto-percepção do estado de saúde: uma análise em torno da questão de género e da escolaridade. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 26 (2), pp. 5-16.

Vintém, J. M., 2008b. *Diferenças de género e desigualdades sociais na saúde e doença em Portugal*. Tese de Mestrado. Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa. Portugal.

Vintém, J. M., Guerreiro, M. D. e Carvalho, H., 2008. Desigualdades de género e sociais na saúde e doença em Portugal – Uma análise do Módulo "Saúde" do European Social Survey-2004. *VI Congresso Português de Sociologia. Mundos Sociais. Saberes e Práticas*. NOVA de Lisboa, Faculdade de Ciências Sociais e Humanas, 25 a 28 de Junho de 2008, Número de série: 325.

UN, 2011a. Trends in International Migrant Stock: Migrants by Age and Sex. United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. Disponível em: <http://esa.un.org/MigAge/index.asp?panel=1>[Consultado em 10 de Março de 2012].

UN, 2011b. World Population Prospects: The 2010 Revision, Highlights and Advance Tables .United Nations Department of Economic and Social Affairs Population Division. Disponível em: <http : / / esa . un . org / wpp / Documentation / publications.htm>[Consultado em 10 de Março de 2012].

Wils, A., 2007. Window on the Future: 2025 -Projections of Education Attainment and Its Impact. Washington, DC: Education Policy and Data Center. Disponível em: <http://epdc.org/policyanalysis/static/WindowOnTheFuture2025. pdf. >[Consultado em 8 de Março de 2012].

Willekens, F., 2006. Description of the multistate projection model (Multistate model for biographic analysis and projection). Deliverable D1 in Work Package 1. Bridging the micro-macro gap in population forecasting -MicMac Pro-ject. Netherlands Interdisciplinary Demographic Institute. The Hague, The Netherlands. Disponível em: <http://www.nidi.nl/Content/NIDI/output/micmac/ micmac-d1.pdf. > [Consultado em 8 de Março de 2012].

Legislação

Diário da República, 2009. *Lei nº 85/2009, de 27 de Agosto*. Assembleia da República. Disponível em: <http://dre.pt/pdf1s/2009/08/16600/0563505636.pdf>[Consultado em 10 de Agosto de 2012]

Diário da República, 2010. *Resolução do Conselho de Ministros nº 44/2010 de 14 de Junho*. Presidência do Conselho de Ministros. Disponível em: <http://dre.pt/pdf1sdip/2010/06/11300/0199701998.pdf> [Consultado em 10 de Agosto de 2012]

Diário da República, 2005. *Despacho Normativo nº 1/2005, de 5 de Janeiro*, Ministério da Educação. Disponível em: <http://www.gave.min-edu.pt/np3content/?newsId=31&fileName=despacho_normativo_1_2005.pdf>[Consultado em 10 de Agosto de 2012]

Diário da República, 2010. Despacho normativo nº 29/2010 de 14 de Dezembro. Ministério da Educação. Disponível em: <http://dre.pt/pdf2s/2010/12/240000000/6035060351.pdf> [Consultado em 10 de Agosto de 2012]

Capítulo 4

Albert, C. e Davia, M. A., 2007. *Understanding the Effect of Education on Health across European Countries*. Papeles de trabajo del Instituto de Estudios Fiscales. Serie economía, ISSN 1578-0252,(6), pp. 3-36.

Bambra, C., Pope, D., Swami, V., Stanistreet, D., Roskam, A., Kunst, A. e Scott-Samuel, A., 2009. Gender, health inequalities and welfare state regimes: a cross-national study of 13 European countries. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 63, pp. 38–44. doi:10.1136/jech.2007.070292.

Brunello, G., Fort, M., Schneeweis, N., e Winter-Ebmer, R., 2011. *The Causal Effect of Education on Health: What is the Role of Health Behaviors?* IZA Discussion Paper No. 5944, Bonn, Germany.

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 Western European countries. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 52, pp. 219-27.

Cutler, D.M., e Lleras-Muney, A., 2006. *Education and Health: Evaluating Theories and Evidence*. National Bureau of Economic Research Working Paper No. 12352, Cambridge, MA, USA.

Crimmins, E. M. e Beltrán-Sánchez, H., 2011. Mortality and Morbidity Trends: Is There Compression of Morbidity? *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 66B (1), pp. 75-86 (first published online December 6, 2010 doi:10.1093/geronb/gbq088).

Denton, M., Prus, S. e Walters, V., 2004. Gender differences in health: a Canadian study of the psychosocial,structural and behavioural determinants of health. *Social Science & Medicine*, 58, pp. 2585–2600.

European Commission, 2012. The 2012 Ageing Report: Economic and budgetary projections for the 27 EU Member States (2010-2060). European Economy, 2/2012.

Franks, P., Gold, M. R. e Fiscella, K., 2003. Sociodemographics, self-rated health, and mortality in the US. *Soc Sci Med*. 56(12), pp. 2505-14.

Franks, P., Gold, M. R. e Fiscella, K., 2009. Sociodemographics, self-rated health, and mortalityin the US. *Social Science & Medicine*, 56, pp. 2505–2514.

Fries, J. F., 1980. Aging, Natural Death, and the Compression of Morbidity. *New England Journal of Medicine*, 303, pp. 130–35.

Fries, J. F., 1989. The compression of morbidity: near or far? *Milbank Quarterly*, 67 (2), pp. 208–232.

Gruenberg, E. M., 1977. The failures of success. *The Milbank Memorial Fund Quarterly: Health and Society*, 55 (1), pp. 3-24.

Hair, J.F., Anderson, R. E., Tatham, R. L., e Black, W. C., 1998. *Multivariate Data Analysis*. Upper Saddle River, New Jersey: Prentice Hall.

Hammond, C., 2002. What is it about education that makes us healthy? Exploring the education–health connection. *International Journal of Lifelong Education*, 21 (6), pp. 551–571.

Henriques, F.C. e Rodrigues, T.F., 2010. Essay on Ageing and Health projections in Portugal. Item 3 – Challenges and use of population projections. *Joint Eurostat/UNECE Work Session on Demographic Projections*. Lisboa, Portugal, 28-30 April 2010. Statistical Office of the European Union (EUROSTAT).

Hosmer, D.W. e Lemeshow, S., 2004. *Applied Logistic Regression*. New Jersey: John Wiley & Sons.

Huisman, M., Kunst, A.E., e Mackenbach, J.P., 2003. Socioeconomic inequalities in morbidity among the elderly; a European overview. *Social Science & Medicine*, 57, pp. 861–873.

Instituto Nacional de Estatística, I.P e Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, I.P., 2009. Inquérito Nacional de Saúde: 2005-2006. Lisboa-Portugal.

Joung, I.M.A., Kunst, A.E., Imhoff, E. e Mackenback, J.P., 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, pp. 955-963.

Karmakar, S. D. e Breslin, F. C., 2008. The role of educational level and job characteristics on the health of young adults. *Social Science & Medicine*, 66, pp. 2011 -2022.

Manton, K. G., 1982. Changing concepts of morbidity and mortality in the elderly population. *The Milbank Memorial Fund Quarterly: Health and Society*, 60(2), pp.183-244.

Mackenbach, J.P, Martikainen, P., Looman, C.W. N., Dalstra, J. A. A., Kunst, A. E. , Lahelma, E. e members of the SEdHA working group, 2005.The shape of the relationship between income and self-assessed health: an international study. *International Journal of Epidemiology*, 34, pp. 286–293. doi:10.1093/ije/dyh338.

Ministério da Saúde, Departamento de Estudos e Planeamento da Saúde, 1997. Inquérito Nacional de Saúde - dados gerais: Continente — 1995/1996. Lisboa, Portugal.

Ministério da Saúde, Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge/Observatório Nacional de Saúde, 2001. Inquérito Nacional de Saúde: Continente — 1998/1999. Lisboa, Portugal.

OECD, 2011. Health Reform: Meeting the Challenge of Ageing and Multiple Morbidities. OECD Publishing.

Olshansky, S.J., 2012. *Leadership: The Elders. In: Global Population Ageing: Peril or Promise?* PGDA Working Papers. Program on the Global Demography of Aging, 8, pp. 42–45.

Olshansky, S. J., Rudberg, M. A., Carnes, B. A., Cassel, C. K. e Brody, J. A., 1991. Trading off longer life for worsening health: The expansion of morbidity hypothesis. *Journal of Aging and Health*, 3, pp. 194–216.

Orfila, F., Ferrer, M., Lamarca, R. e Alonso, J., 2000. Evolution of self-rated health status in the elderly: Cross-sectional vs. longitudinal estimates. *Journal of Clinical Epidemiology*, 53, pp. 563-570.

Rechel, B., Doyle, Y., Grundy, E. e McKee, M., 2009. *How can health systems respond to population ageing?* Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe.

Vintém, J. M., 2008. Inquéritos Nacionais de Saúde: auto-percepção do estado de saúde: uma análise em torno da questão de género e da escolaridade. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 26 (2), pp. 5-16.

Verbrugge, L. M., 1984. Longer Life but Worsening Health? Trends in Health and Mortality of Middle-Aged and Older Persons. *The Milbank Memorial Fund Quarterly: Health and Society*, 62, pp. 475-519.

World Health Organization, 2002. Active Ageing: A Policy Framework. Noncommunicable Disease Prevention and Health Promotion. Ageing and Life Course. Disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_NMH_NPH_02.8.pdf> [Consultado em 15 de Julho de 2012]

Capítulo5

OECD, 2013. Health at a Glance 2013: OECD Indicators. OECD Publishing.

Morgan, D. e Astolfi, R., 2013. *Health Spending Growth at Zero: Which Countries, Which Sectors Are Most Affected?* OECD Health Working Papers, No. 60. OECD Publishing. doi: 10.1787/5k4dd1st95xv-en.

Barros, P. P., 2014. *Economia da Saúde – Conceitos e comportamentos*. Coimbra: Almedina.

Gerdtham, U.G., Jönsson, B., MacFarlan, M. e Oxley, H., 1998. The determinants of health expenditure in the OECD countries: apooled data analysis. In: P. Zweifel, ed. Health, *The Medical Profession, and Regulation*. Boston: Kluwer Academic Publishers, pp. 113-134.

Gerdtham, U.G., Sogaard, J., Andersson, F. e Jönsson, B., 1992. An econometric analysis of health care expenditure: A cross-section study of the OECD countries. *Journal of Health Economics*, 11 (1), pp.63-84.

Capítulo 6

Barros, P. P., 2013. *Pela Sua Saúde*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.

Breyer, F. e Felder, S., 2006. Life expectancy and health care expenditures: a new calculation for Germany using the costs of dying. *Health Policy*, 75, pp.178–86.

Breyer, F., Costa-Font, J. e Felder, S., 2010. Ageing, health, and health care. *Oxford Review of Economic Policy*, 26, pp.674–90.

Carreira da Silva, F., 2013. *O Futuro do Estado Social*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.

Carrion-i-Silvestre, J. L., 2005. Health care expenditure and GDP: are they broken stationary? *Journal of Health Economics*, 24, pp. 839–54.

Christensen, K., Doblhammer, G., Rau, R. and Vaupel, J. W., 2009. Ageing populations: the challenges ahead. *The Lancet*, 374, pp. 1196-208.

Costa-Font, J. e Pons-Novell, J., 2007. Public health expenditure and spatial interactions in a decentralized national health system. *Health Economics*, 16, pp. 291–306.

Di Matteo, L., 2005. The macro determinants of health expenditure in the United States and Canada: assessing the impact of income, age distribution and time. *Health Policy*, 71, pp. 23 – 42.

Estevens, J. e Leão, C., 2012. Idosos e Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados: assimetrias ou proporcionalidades regionais. Em: Associação Portuguesa de Demografia, *Livro de Resumos IV Congresso Português de Demografia*, Lisboa, Portugal.

European Commission, 2012. The 2012 Ageing Report: Economic and budgetary projections for the EU27 Member States (2010-2060). European Economy 2/2012.

Galor, O., 2004. *The Demographic Transition and the Emergence of Sustained Economic Growth*. Minerva Center for Economic Growth Working Paper No. 4-04.

Gray, A., 2004. *Estimating the Impact of Ageing Populations on Future Health Expenditures*. Public lecture to the National Institute of Economics and Business and the National Institute of Health and Human Science. Canberra, Austrália, 4 November.

Hogan, C., Lunney, J., Gabel, J. e Lynn, J., 2001. 'Medicare Beneficiaries' Cost of care in the last year of life. *Health Affairs*, 20, pp. 188-95.

Lubitz, J. e Riley, G., 1993. Trends in Medicare payments in the Last Year of Life. *New England Journal of Medicine*, 328, pp. 1092-6.

Marques, S., 2010. *Discriminação da Terceira Idade*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.

Martin, J. J., González, M. P. e Garcia, M. D., 2011. Review of the literature on the determinants of healthcare expenditure. *Applied Economics*, 43, pp. 19-46.

Martins, J. O. e Maisonneuve, C., 2006. The drivers of public expenditure on health and long-term care: an integrated approach. *OECD Economic Studies*, 43, pp. 115-54.

Medeiros, J. e Schwierz, C., 2013. *Estimating the drivers and projecting long-term public health expenditure in the European Union: Baumol's «cost disease» revisited*. European Commission, Economic Papers 507.

Michel, J. P. e Robine, J.M., 2004. A 'New' General Theory of Population Ageing. *The Geneva Papers on Risk and Insurance*, 29(4), pp. 667 – 78.

OECD, 2013. Health at a Glance 2013: OECD Indicators. OECD Publishing.

OECD, 2006. *Projecting OECD health and long-term care expenditures: what are the main drivers?* OECD Department Working Papers No. 477.

Productivity Commission, 2005. Economic Implications of an Ageing Australia. Research Report, Canberra.

Przywara, B. e Costello, D., 2008. *Health-Care Expenditure Projections: Results, Policy Conclusions and Recommendations for Future Work*. European Commission.

Rosa, M. J. V., 2012. *O Envelhecimento da Sociedade Portuguesa*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.

Rosa, M. J. V. e Chitas, P., 2010. *Portugal: os Números*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.

Shang, B. e Goldman, D., 2007. Does Age or Life-expectancy Better Predict Health Care Expenditures? *Health Economics*, 17 (4), pp. 487-501.

Silva, F., 2013. *O Futuro do Estado Social*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.

Werblow, A., Felder, S. e Zweifel, P., 2007. Population ageing and health care expenditure: a school of 'red herrings'? *Health Economics*, 16, pp. 1109–26.

Westerhout, E. e Pellikaan, F.,2005. *Can We Afford to Live Longer in Better Health?* European Network of Economic Policy Research Institutes, ENEPRI Research Report No. 10.

Zweifel, P., Felder, S. e Meiers, M., 1999. Ageing of population and health care expenditure: a red herring? *Health Economics*, 8, pp. 485–96.

EUROSTAT: http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/eurostat/home/

INE – Instituto Nacional de Estatística: http://www.ine.pt/

OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico: http://www.oecd.org/

OMS – Organização Mundial da Saúde: http://www.who.int/en/

PORDATA: http://www.pordata.pt/

Capítulo 7

Caldwell, J. C. e Caldwell, P., 1985. Education and literacy as factors in health. In: S. B. Halstead, J. A. Walsh e K. S. Warren, eds. Good health at low cost. New York: The Rockefeller Foundation. pp.181-5.

Constituição da República Portuguesa, 1976.

Dalkey, N., 1967. *Delphi*. Santa Mónica, California: The RAND Corporation.

Ferreira, S. S. e Rodrigues, T. F., 2013. *A Península Ibérica – Novas Migrações e Contextos Securitários (1990-2030)*. IPRI Working Paper.

Gracht, H. A., 2008. *The Future of Logistics: Scenarios for 2025*. Wiesbaden: Betriebswirtschaftlicher Verlag Dr. Th. Gabler.

Gracht, H. A., 2012. Consensus Measurement in Delphi Studies. Review and Implications for the Future Quality Assurance. *Tecnhological Forecasting and Social Change*, 79, pp. 1525-1536.

Governo de Portugal, 2011. Plano de Redução e Melhoria da Administração Central. Ministério das Finanças. Disponível em: <http://www.portugal.gov.pt/pt/os-ministerios/ministerio-das-financas/documentos-oficiais/20110915-premac.aspx> [Consultado em 10 de Janeiro de 2012]

Governo de Portugal, 2011. Plano de Redução e Melhoria da Administração Central PREMAC. Relatório final de aplicação do Plano de Redução e Melhoria da Administração Central, Governo de Portugal-Secretário de Estado da Administração Pública. Disponível em: <http://www.portugal.gov.pt/media/782284/20121128-PREMAC-Balanco-Final.pdf> [Consultado em 10 de Janeiro de 2012].

Henriques, F.C. e Rodrigues, T.F., 2010. Essay on Ageing and Health projections in Portugal. Item 3 – Challenges and use of population projections. *Joint Eurostat/UNECE Work Session on Demographic Projections*. Lisboa, Portugal, 28-30 April 2010. Statistical Office of the European Union (EUROSTAT).

Instituto Nacional de Estatística, 2012. *Inquérito às Condições de Vida e Rendimento (2012)*. Lisboa: INE.

Joung, I.M.A., Kunst, A.E., Imhoff, E., e Mackenback, J.P., 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, pp. 955-963.

Mendes, M. F. e Rosa, M. J. V., 2012. *Projeções 2030 e o futuro*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.

OECD, 2012. Education at a Glance 2012: OECD Indicators. OECD Publishing.

Population Reference Bureau, 2013. World Population Data Sheet. Disponível em: < http://www.prb.org/pdf13/2013-population-data-sheet_eng.pdf> [Consultado em 10 de Março de 2013].

Programa de Reestruturação da Administração Central do Estado, 2006. Disponível em: <http://www.cnel.gov.pt/document/Modelo_PRACE_MAR06.pdf> [Consultado em 10 de Março de 2013].

Rowe, G. e Wright, G., 1999. The Delphi Technique as a Forecasting Tool: Issues and Analysis. *International Journal of Forecasting*, 15, pp. 353-375.

Skulmoski, G.J., Hartman, F. T. e Krahn, J., 2007. The Delphi Method for Graduate Research. *Journal of Information Technology Education*, 6, pp. 1-21. Disponível em: <http://www.fepto.eu/storage/files/articole/Delphi%20method%20for%20Graduiate%20research.pdf> [Consultado em 15 Março de 2011].

Legislação:

Diário da República, 2006. *Resolução do Conselho de Ministros nº 39/2006 de 21 de Abril*, Presidência do Conselho de Ministros. Disponível em: <https://dre.pt/pdf1sdip/2006/04/079800/28342866.pdf > [Consultado em 15 Novembro de 2013].

Diário da República, 2010. *Decreto-Lei nº 137/2010 de 28 de Dezembro*, Ministério das Finanças e da Administração Pública. Disponível em: <https://dre.pt/pdf1sdip/2010/12/25000/0594005943.pdf> [Consultado em 10 de Junho de 2013].

Diário da República, 2011. *Decreto-Lei nº 124/2011 de 29 de dezembro*, Ministérios da Saúde. Disponível em: <https://dre.pt/pdf1sdip/2011/12/24900/0549105498.pdf > [Consultado em 15 de Janeiro de 2013]

O envelhecimento demográfico é hoje uma questão global. Vive-se mais tempo e com mais saúde. Os avanços cientificos tendem a reduzir o grau médio de dependência e de incapacidade, o que supõe um futuro mais positivo. O problema reside na diminuição do ratio entre população jovem e idosa, uma vez que o aumento do número de idosos pode gerar um acréscimo nos custos com cuidados de saúde, bem como os inerentes às despesas com pensões, num contexto regressivo da força ativa necessária para assegurar os respetivos pagamentos.

Que ajustamento deve ser feito em termos das opções politicas e das práticas de saúde, à medida que a população envelhece? Pode o acréscimo dos niveis educacionais dos futuros idosos portugueses influenciar o cenário possivel de falta de sustentabilidade dos sistemas de proteção social? Como poderá a previsão do estado de saúde ajudar os decisores políticos a encontrar respostas adequadas a nivel nacional, considerando também a diversidade de situações em termos regionais?

O desafio abraçado pelos autores desta obra foi o de encontrar respostas para estas questões. Ao longo de sete capitulos seguimos uma abordagem que comtempla e articula três propósitos. Realizar uma abordagem holística do fenómeno do envelhecimento demográfico em Portugal, identificar os vetores que irão determinar o futuro estado de saúde dos Portugueses e as implicações de caráter económico e médico dai decorrentes e, por último, deixar alguns apontamentos de caráter estratégico, que, esperamos, possam ser de utilidade no apoio à toamda de decisão politica no sector da saúde em Portugal.

Apoios:

FCT Fundação para a Ciência e a Tecnologia

COMPETE

QREN

Este trabalho é financiado por Fundos FEDER através do Programa Operacional Factores de Competitividade – COMPETE e por Fundos Nacionais através da FCT – Fundação para a Ciência e a Tecnologia no âmbito do projeto «PTDC/CS – DEM/109967/2009».