

 **VIII Congresso Luso-Afro-Brasileiro de Ciências Sociais**  
**Coimbra 16, 17 e 18 de Setembro de 2004**

Centro de Estudos Sociais, Faculdade de Economia, Universidade de Coimbra  
Colégio de S. Jerónimo, Apartado 3087 · 3001-401 Coimbra, Portugal  
Telef +351 239 85 55 70 Fax + 351 239 85 55 89

**A**  
**QUESTÃO**  
**SOCIAL**

**NO NOVO**  
**MILÉNIO**

email [lusoafrobrasileiro@ces.uc.pt](mailto:lusoafrobrasileiro@ces.uc.pt)  
url <http://www.ces.uc.pt/LAB2004>

## ***Mortalidade na vida activa em Portugal: um estudo longitudinal (1981 a 2001)***

**Pedro Moura Ferreira**  
**Pedro Alcântara da Silva<sup>1</sup>**

### ***Introdução***

Na compreensão das desigualdades perante a saúde e a doença, a profissão assume um papel crucial. Este papel pode ser exercido, quer de forma directa, como acontece no caso das condições de trabalho, quer de forma indirecta, sendo, neste caso, desempenhado por variáveis correlacionadas, como o rendimento ou os níveis de instrução. Em qualquer dos casos, o impacto da condição profissional e das variáveis «estruturais» que lhe estão associadas na morbilidade e na mortalidade da população activa é mediado através da exposição a factores de risco ligados quer às condições de trabalho, quer ao estilo de vida.

---

<sup>1</sup> Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa.

Os efeitos cumulativos que as condições e a organização de trabalho exercem sobre a saúde do indivíduo têm sido essencialmente analisados a partir de duas perspectivas: a primeira, ligada sobretudo à epidemiologia e à medicina do trabalho, procura analisar as consequências negativas das condições objectivas do exercício de determinadas actividades profissionais, em particular na área industrial, privilegiando o estudo dos problemas infra-patológicos, como a dor, o *stress*, a fadiga ou a exposição a factores de risco específicos, que, embora aqui ainda não sejam considerados como fazendo parte da doença, acabam por condicionar, pelo seu carácter cumulativo, um envelhecimento desigual dos indivíduos e até mesmo constituir um prenúncio de patologias graves; a segunda perspectiva tem incidido na relação psicossocial entre o estado de saúde e as condições relativas à organização e ao desempenho no trabalho ou a inserção profissional (desemprego, pobreza, etc.) (Volkoff e Thébaud-Mony, 2000; Locker, 1997).

Nas últimas duas décadas, o funcionamento macroeconómico do mercado de trabalho tem vindo a sofrer profundas mudanças que se reflectem no crescimento da precarização e segurança do emprego e na organização interna do trabalho, designadamente na flexibilização dos tempos de trabalho e na polivalência e rotatividade das tarefas. Estas mudanças vieram dar mais visibilidade às pressões e privações que se experimentam num número crescente de actividades profissionais, tornando-as um elemento cada vez mais obrigatório na análise do impacto que essas actividades exercem sobre a saúde e a doença (Townsend, 1979).

Ainda que a instabilidade laboral também o seja, a divisão entre trabalhadores manuais e não-manuais continua a ser consensualmente considerado o facto mais crítico. Com efeito, continua a sustentar-se que é sobre os trabalhadores manuais especializados e indiferenciados que mais recaem os efeitos das alterações do mercado de trabalho, tendo mesmo aumentado a clivagem entre estes dois grupos e os proprietários, dirigentes e profissionais liberais, bem como os quadros médios e superiores.<sup>2</sup> Embora as relações de causalidade nem sempre sejam lineares, por exemplo, entre a mortalidade e os riscos ligados a uma tarefa ocupacional, a maioria dos estudos aponta para a conclusão de que os trabalhadores menos qualificados são, sempre e de forma cumulativa, os mais afectados por tarefas penosas e perigosas (Volkoff e Thébaud-Mony, 2000).

---

<sup>2</sup> Um dos mais importantes estudos nesta área foi realizado por Whitehead (1987) em Inglaterra.

Associado directamente ao trabalho, o rendimento tem sido igualmente utilizado na análise das desigualdades perante a saúde e a doença, quer na comparação entre grupos dentro de um país, quer entre países. Estudos comparativos internacionais centrados neste tipo de explicação materialista mostraram que não só existe uma relação entre o rendimento e a mortalidade,<sup>3</sup> como essa relação se estende também à morbidade.<sup>4</sup> Estes resultados realçaram o facto de que o impacto do rendimento relativo na mortalidade e na morbidade pode ser mais importante do que o do rendimento absoluto, deslocando a explicação de uma base puramente materialista para uma posição que analisa a saúde a partir do “ambiente psicossocial”. As relações entre factores psicossociais e saúde podem assim ser mais determinantes do que as que existem entre factores materiais e saúde (Wilkinson, 1996; Kawachi e Berkman, 2000). Esta posição não é, contudo, suficientemente consensual a ponto de impedir o surgimento nos últimos anos de interpretações “neo-materialistas” da relação entre desigualdade de rendimento e saúde, que procuram integrar elementos relacionados com o “ambiente psicossocial” (Lynch, 2000).

Outra variável, altamente correlacionada com a ocupação profissional, cujo efeito importa considerar, é a escolaridade enquanto recurso que estrutura as hipóteses de vida, condicionando objectivamente a profissão e o rendimento dos indivíduos economicamente activos. Os níveis de escolaridade mais elevados estão normalmente associados às profissões mais prestigiadas ou especializadas, acontecendo o inverso nas ocupações menos qualificadas e indiferenciadas. O rendimento associado à escolaridade tende a elevar-se segundo o prestígio e a especialização, apesar de, neste campo, existirem excepções que têm a ver com a natureza e o grau de especialização de determinadas funções, e do risco a elas associados.

---

<sup>3</sup> Por exemplo, diferenças da mortalidade entre as classes ocupacionais na Suécia e na Inglaterra e País de Gales foram comparadas por Vagero e Lundeberg (1989) e Leon *et al.*(1992), que concluíram que as diferenças na mortalidade infantil acompanham as desigualdades de rendimento em ambas as sociedades. Na Suécia, a mortalidade infantil é inferior à que existe na sociedade britânica, dado que as desigualdades de rendimento não são tão elevadas. Relação idêntica foi encontrada num estudo comparativo entre nove países industrializados, concluindo que a ordem das desigualdades de rendimento dos diversos países tem correspondência directa com as desigualdades na mortalidade (Kunst e Mackenbach, 1994).

<sup>4</sup> No estudo realizado por Van Doorslaer *et al.* (1996) ficou demonstrado que a variação da auto-avaliação do estado de saúde entre grupos sociais era menor nos países onde existe uma maior igualdade na distribuição de rendimento.

Dada a sua proximidade com o rendimento, a variável educacional acaba por não assumir, no quadro das análises materialistas e psicossociais, a autonomia explicativa que merece. Apesar de revelar por vezes maior capacidade na explicação das desigualdades de mortalidade e morbidade do que o rendimento ou a ocupação, o efeito da escolaridade, quando isolado daquelas, acaba por registar desigualdades muito semelhantes entre a mortalidade e a morbidade dos grupos mais e menos privilegiados (Pappas *et al.*, 1993; Mackenbach, 1993; Lahema *et al.*, 1994).

A escolaridade pode também ter um impacto mais directo no estado de saúde do que o rendimento ou a ocupação. A instrução fornece, por exemplo, informação que permite aos indivíduos equilibrar os hábitos saudáveis com os menos saudáveis, como acontece com a classe média mais escolarizada, que combina o consumo de comida e álcool com actividades de lazer saudáveis (Bury, 1997), criando, assim, uma maior afinidade cultural com o discurso médico e uma maior capacidade para tomar medidas preventivas. A importância da relação entre estas práticas e a educação fica demonstrada quando se assiste hoje em dia nas sociedades ocidentais à adopção por parte das classes desfavorecidas de estilos de vida que foram outrora característicos sobretudo das classes privilegiadas, sem que, no entanto, consigam evitar os efeitos negativos que alguns aspectos desses estilos de vida têm sobre a saúde, quer do ponto de vista preventivo, quer do de tratamento.

Estabelecidos alguns dos efeitos das variáveis estruturais (como o estatuto sócio-profissional, o rendimento ou a escolaridade), importa também ter em conta o papel que os comportamentos e os estilos de vida podem desempenhar na explicação das desigualdades perante a saúde e a doença. A influência destas variáveis tem sido posta em evidência pela chamada “nova saúde pública” que, apesar de ancorada na tradição disciplinar da epidemiologia, procura estabelecer laços com a sociologia e distanciar-se do “paradigma dos factores de risco epidemiológico” inscrito na tradição behaviorista e individualista e alimentada pela psicologia da saúde (Stroebe, 2000). A adopção de um ponto de vista sociológico, permite-lhe desenvolver uma análise de índole ecológica e estudar as condutas individuais tendo por referência a existência de factores supra-individuais desigualmente distribuídos, sejam eles de ordem social ou epidemiológica, que estruturam os hábitos relacionados com a saúde. A ideia de “estilos de vida” não deve ser utilizada de forma não

teórica e implicitamente individualista, como se os estilos de vida determinassem automaticamente a saúde dos indivíduos, afastando do centro da discussão científica e política a importância dos factores estruturais que, afinal, enformam e reproduzem esses mesmos estilos de vida (Macintyre, 2000). Refira-se a este propósito que, em virtude das análises custo-benefício e das medidas que visam controlar a despesa dos Estados com os sistemas de saúde, por um lado, e da aceitação de que o estado de saúde da população depende em grande medida de circunstâncias exteriores aos cuidados médicos, por outro, existe a preocupação crescente de desenvolver estratégias assentes num discurso individualizado de promoção da saúde e de comportamentos que tendam a diminuir o risco associado à doença. Esta importância dada à “responsabilidade individual nos comportamentos saudáveis tem provocado a desvalorização do papel do Estado e das instituições da sociedade civil na protecção contra os riscos a que as pessoas estão sujeitas em determinados contextos, como o desemprego ou o emprego precário, os baixos salários e a baixa escolaridade” (Cabral *et al.*, 2002: 31; Cf. Fassin, *et al.*, 2000).

De acordo com estudos nesta área, existe uma clara interdependência entre as atitudes, os estilos de vida e as desigualdades estruturais, por um lado, e os indicadores de mortalidade e morbidade, por outro (Blaxter, 1990). Os estilos de vida tendem a assumir um estatuto mediador das desigualdades estruturais, traduzindo-as em atitudes e comportamentos quotidianos relacionados com a saúde ou explicitamente direccionados para a prevenção da doença, na medida em que a adopção de hábitos mais saudáveis está condicionada pela posse de recursos estruturais, sejam de índole material, como o rendimento, o alojamento ou a zona de residência, cultural, como a escolaridade, ou ainda psico-social, como a origem social ou a ocupação profissional.

Em suma, a ocupação profissional ocupa uma parte bastante importante das actividades quotidianas, providencia os meios de subsistência e é determinante do estilo de vida e do estatuto social. Devido aos riscos desiguais a que os indivíduos estão expostos nas diferentes ocupações profissionais (condições de trabalho perigosas, ambientes poluídos, exigências físicas, situações de *stress* e emocionalmente desgastantes, etc.), cujos efeitos negativos se vão acumulando ao longo da vida, facilmente se conclui que esses riscos podem afectar a saúde e, no limite, a longevidade dos indivíduos. Mas, por outro lado, a actividade profissional também pode proporcionar

influências positivas no estado de saúde e no aumento da esperança de vida, na medida em que tanto o nível educacional necessário ao desempenho de determinadas actividades, assim como o rendimento e o prestígio associados à ocupação influem na escolha do ambiente onde se vive, induzem redes de sociabilidade, proporcionam diferentes apropriações e usos de recursos materiais e simbólicos, influenciam os hábitos de saúde, o acesso ao sistema de saúde, assim como as atitudes perante a doença, os cuidados de saúde e o funcionamento do sistema de saúde, todos eles susceptíveis de serem factores importantes para uma vida mais saudável e prolongada.

Nesta comunicação, o papel das desigualdades sociais perante a saúde e a doença é posto em evidência através da evolução da mortalidade da população activa portuguesa ao longo de um período de vinte anos. A profissão é um mediador importante da desigualdade social na medida em que determina o lugar que o indivíduo ocupa na sociedade, e porque se relaciona de forma estreita com os riscos a que os indivíduos estão sujeitos, quer devido às condições de trabalho, quer devido ao estilo de vida. Por sua vez, a mortalidade tem sido considerada o indicador mais fiável desde há muito na análise das desigualdades sociais entre países e entre grupos sociais perante a saúde e a doença. A centralidade do uso deste indicador tem essencialmente duas justificações: uma metodológica e outra teórica. Metodologicamente, tem a vantagem de se reportar a um facto inequívoco e que exige uma declaração oficial validada pelo médico, permitindo, assim, estandardizar a causa de morte, facilitando posteriores comparações; teoricamente, concebendo a morte como um processo cumulativo que integra elementos sociais, físicos e psíquicos inscritos no corpo do indivíduo ao longo de uma vida, as diferenças na duração da vida são vistas como um reflexo das desigualdades que atravessam os grupos sociais. A caracterização da distribuição das causas de morte por grupos profissionais tem, assim, por objectivo mostrar como as desigualdades socioeconómicas que atravessam a sociedade se reflectem na mortalidade.

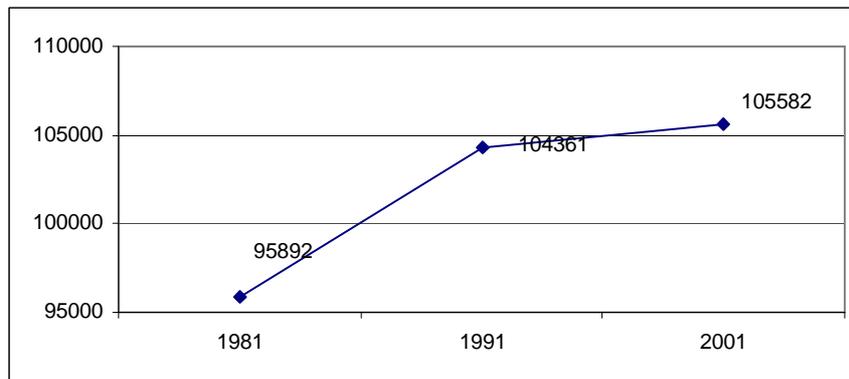
Com base nas *Estatísticas Demográficas* do Instituto Nacional de Estatística (INE) relativas aos óbitos para os anos de 1981, 1991 e 2001, a comunicação começa por comparar, num primeiro momento, a evolução da mortalidade geral com a da população activa, descrevendo, nesta última, o seu perfil etário e de género. Num segundo momento, procede-se à caracterização da mortalidade da população activa por grupos

sócio-profissionais. De seguida, são analisadas as causas de morte. E, por último, evidencia-se a distribuição geográfica.

### ***Mortalidade na vida activa***

Nos últimos vinte anos do século XX, o número de óbitos em Portugal aumentou em cerca de 10 mil casos, representando um acréscimo relativo de 10,1% em relação ao ano base aqui considerado. Este aumento não foi, no entanto, gradual, tendo-se feito sentir com especial incidência na primeira década, dado que em 1991 o acréscimo já se cifrava em 8,8%, tendo crescido nos últimos 10 anos apenas 1,3%.

Figura 1: Número de óbitos.



Apesar deste aumento significativo da mortalidade no período em análise, o número de óbitos na população activa<sup>5</sup> diminuiu para cerca de metade. Em 1981, os activos representavam 19,4%, do total dos óbitos, decrescendo para 11,6%, em 1991, e para 9,4% dez anos depois. Este decréscimo deve-se sobretudo à contracção etária da população que se encontra empregada. Com efeito, diminuiu o peso dos indivíduos mais velhos, sobretudo de mais de 65 anos, que exercem uma ocupação profissional à data da sua morte. Por exemplo, o grupo mais velho reduz o seu peso para menos de 1/3, ou seja, de 26,4%, em 1981, para 7,1% em 2001.<sup>6</sup> Na base desta tendência encontram-se as mudanças políticas e sociais do Portugal democrático e a consolidação do sistema de reformas e pensões e de outros mecanismos de protecção social proporcionadas pelo

<sup>5</sup> Consideram-se activos os indivíduos com 15 e mais anos que, à data da sua morte, a condição perante o trabalho era a de empregado ou desempregado à procura de primeiro ou de novo emprego.

<sup>6</sup> Devido a este factor a média de idades desce acentuadamente de 53,1 anos em 1981 para 47,9 anos em 1991, mantendo-se depois nos dez anos seguintes (47,2 anos).

Estado-Providência que permitiram progressivamente retirar da condição activa uma parte crescente e muito significativa da população mais idosa.

Outras importantes características podem ainda ser observadas quando se analisa a distribuição dos óbitos na vida activa por idade e género ao longo destes vinte anos. Desde logo, a enorme desproporção existente entre homens e mulheres que se mantém ao longo de todo o período, embora essa diferença tenda a ser gradualmente menor com a taxa de mortalidade das mulheres a subir para mais do dobro (de 6% para 13,7%). Ainda assim, em 2001, 86,3% do total dos óbitos na população activa são homens contra 94% em 1981. Este crescimento da mortalidade feminina está, sem dúvida, articulado com a terciarização das actividades económicas e a crescente feminização do mercado trabalho que se tem vindo a desenvolver em Portugal desde os anos 60, com especial incidência no período pós 25 de Abril (Ferrão, 1996: 169).

A média de idades para cada um dos sexos, apesar da tendência de aproximação ao longo do período, são significativamente diferentes em cada ano, baixando de 53,4 anos nos homens e 49,9 nas mulheres para 47,3 e 46,6 anos respectivamente.<sup>7</sup> Esta diferença etária fica a dever-se ao facto de os homens prolongarem até mais tarde a sua condição de activos.

No que respeita à distribuição etária, verifica-se, por um lado, que as categorias etárias de idade acima de 55 anos tendem, como se disse, a perder peso absoluto e relativo, mas, que, por outro, as categorias mais novas, designadamente entre 25 e 44 anos, reforçam a sua importância numérica. A percentagem de óbitos nestas categorias quase que duplica entre 1981 e 2001. Concretamente, passa de 6,9% para 9,9%, na categoria etária entre 25 e 34 anos, e de 13,3% para 20,7% na categoria seguinte (35-44 anos). A mesma tendência é observada no escalão etário entre 45 e 54 anos, ainda que aqui o reforço percentual não seja acompanhado de um aumento absoluto. Por último, uma referência ao grupo mais novo de menos de 24 anos, cuja tendência é semelhante à dos grupos mais velhos, ou seja, tende a perder importância no conjunto da população activa. Em termos gerais, pode, pois, dizer-se que a tendência de crescimento do número de óbitos na população activa se concentra nas idades intermédias, enquanto a tendência de diminuição aparece nos dois extremos da distribuição etária. Os mais jovens e os mais

---

<sup>7</sup> A média de idades em 1991 era de 48,18 anos nos homens e 45,89 anos nas mulheres.

velhos estão cada vez menos representados ao longo do período em análise, principalmente e de forma acentuada, os que têm mais de 65 anos. Se estes tendem a ser menos pelas razões acima apontadas, a menor incidência dos mais jovens, embora pouco denunciada, pode ficar a dever-se sobretudo à entrada cada vez mais tardia no mercado de trabalho, quer devido ao prolongamento dos percursos escolares, nomeadamente ao nível do ensino universitário, quer devido à intermitência crescente da inserção e da estabilização profissionais.

Quadro 1: Mortalidade na população activa e não activa

	1981 <sup>8</sup>		1991		2001	
	n	%	n	%	n	%
<b>População activa</b>	18249	19,4	12140	11,6	9909	9,4
<b>População não activa</b>	75844	80,6	92221	88,4	95673	90,6
<b>Total</b>	94093	100	104361	100	105582	100

Quadro 2: Mortalidade na população activa por sexo e idade

		1981			1991			2001		
		M	F	Total	M	F	Total	M	F	Total
<b>Dos 15 aos 24 anos</b>	<b>n</b>	1363	82	1445	1005	98	1103	460	55	515
	<b>%L</b>	94,3	5,7	100	91,1	8,9	100	89,3	10,7	100
	<b>%C</b>	7,9	7,4	7,9	9,1	8,8	9,1	5,4	4,1	5,2
<b>Dos 25 aos 34 anos</b>	<b>n</b>	1146	121	1267	1452	161	1613	1147	167	1314
	<b>%L</b>	90,4	9,6	100	90	10	100	87,3	12,7	100
	<b>%C</b>	6,7	11	6,9	13,2	14,4	13,3	13,4	12,3	13,3
<b>Dos 35 aos 44 anos</b>	<b>n</b>	1641	171	1812	1594	233	1827	1747	307	2054
	<b>%L</b>	90,6	9,4	100	87,2	12,8	100	85,1	14,9	100
	<b>%C</b>	9,6	15,5	9,9	14,5	20,8	15	20,4	22,6	20,7
<b>Dos 45 aos 54 anos</b>	<b>n</b>	3404	233	3637	2354	294	2648	2311	475	2786
	<b>%L</b>	93,6	6,4	100	88,9	11,1	100	83	17	100
	<b>%C</b>	19,9	21,2	19,9	21,4	26,3	21,8	27	35	28,1
<b>Dos 55 aos 64 anos</b>	<b>n</b>	4975	304	5279	3342	233	3575	2243	298	2541
	<b>%L</b>	94,2	5,8	100	93,5	6,5	100	88,3	11,7	100
	<b>%C</b>	29	27,6	28,9	30,3	20,8	29,4	26,2	21,9	25,6
<b>Igual ou superior a 65 anos</b>	<b>n</b>	4619	190	4809	1273	101	1374	643	56	699
	<b>%L</b>	96	4	100	92,6	7,4	100	92	8	100
	<b>%C</b>	26,9	17,3	26,4	11,6	9	11,3	7,5	4,1	7,1
<b>Total</b>	<b>n</b>	17148	1101	18249	11020	1120	12140	8551	1358	9909
	<b>%L</b>	94	6	100	90,8	9,2	100	86,3	13,7	100
	<b>%C</b>	100	100	100	100	100	100	100	100	100

<sup>8</sup> Casos perdidos: 1799 (1,8% do total da população).

### ***Mortalidade e ocupação sócio-profissional***

As desigualdades sociais perante a mortalidade e a morbilidade são conhecidas e estão amplamente documentadas internacionalmente.<sup>9</sup> Apesar da ampla difusão dos cuidados de saúde públicos associada à implementação do *welfare state*, que representaram um conjunto de medidas políticas com vista à redução das desigualdades sociais perante a saúde, e dos altos níveis de investimento no sistema de saúde nos países ocidentais, a investigação que tem sido produzida continua a demonstrar persistentemente as assimetrias entre grupos sociais, originando um certo sentimento de fatalismo junto dos responsáveis políticos e profissionais de saúde (Cabral, 2002).

A utilização da ocupação sócio-profissional como variável de caracterização social no estudo das desigualdades perante a saúde e a doença, como acontece na presente comunicação, fundamenta-se na ideia de esta ser um “*indicador de substituição*” capaz de dar conta de várias dimensões que estruturam as desigualdades entre os indivíduos e grupos sociais (Chenu, 2000: 102). Isto é, que agrega um conjunto de características que estão contidas noutras variáveis a partir das quais os indivíduos e grupos podem ser classificados e hierarquizados (rendimento, escolaridade, prestígio social da ocupação, habitação, nível de inserção em redes sociais), permitindo medir os capitais ou recursos que detêm nas mais variadas dimensões do social, relevantes para a explicação das desigualdades entre indivíduos e grupos perante a saúde e a doença. Estas variáveis reportam-se assim a capitais ou recursos de cariz estrutural que determinam as “hipótese de saúde” (*health chances*) dos indivíduos e grupos (Jones, 1994:18-20).

Uma das razões mais importantes para analisar as diferenças na mortalidade tendo como base as ocupações profissionais deve-se assim ao facto de estas poderem ser assumidas como um bom indicador do estatuto social dos indivíduos e das desigualdades

---

<sup>9</sup> O relatório Black publicado em 1980 foi o estudo de maior relevo que marcou praticamente todos os debates sobre as desigualdades perante a saúde na Europa nas últimas décadas. Os seus resultados foram inequívocos e demonstraram que, para todas as causas de morte, praticamente, a relação entre a classe social e a mortalidade era inversa no grupo dos 15 aos 64 anos (Townsend e Davidson, 1982). Mais tarde o relatório Black foi actualizado por Whitehead (1987). Os resultados encontrados reforçaram e alargaram o diagnóstico, na medida em que apontaram para um aumento nas desigualdades entre os grupos sociais, tanto ao nível da mortalidade, em que a taxa das classes ocupacionais inferiores apresentava um ritmo de declínio inferior à das classes ocupacionais superiores, assim como da morbilidade (em particular no grupo com mais de 65 anos). Em Portugal, o impacto das desigualdades sociais na saúde foi tratado por Mielck e Giraldes (1993) e por Giraldes (1996).

sócio-económicas de uma sociedade, permitindo assim identificar de forma aproximada as causas socialmente estruturadas da mortalidade.

Em Portugal, a mortalidade na população activa sofre importantes alterações no período em análise em termos da sua composição sócio-profissional.<sup>10</sup> Enquanto que a taxa de mortalidade na classe dos *proprietários, dirigentes e profissionais liberais* e dos *executantes não manuais* pouco se altera entre 1981 e 2001, crescendo, respectivamente, de 6,2% para 8,2% e de 14,9% para 18,7%, o número relativo de óbitos triplica nas categorias profissionais dos *quadros médios e superiores* e dos *trabalhadores manuais não especializados* (de 4,6% para 12,2%, e de 2,4% para 7,3%). Apesar destas tendências significativas, o dado mais saliente é a diminuição do peso do número de óbitos dos trabalhadores manuais especializados na população activa que passam de 71,9%, em 1981, para 53,6% em 2001, ainda que continuem a ser a classe com maior representação. Estas tendências resultam sobretudo de uma população mais escolarizada e da modernização e recomposição do perfil das actividades económicas associadas ao crescimento do sector terciário e à diminuição do peso das actividades ligadas à agricultura e à indústria.

Quadro 3: Mortalidade por ocupação sócio-profissional na população activa

Ocupação sócio-profissional	1981		1991		2001	
	n	%	n	%	n	%
<b>Proprietários, dirigentes e profissionais liberais</b>	1113	6,2	863	7,2	787	8,2
<b>Quadros médios e superiores</b>	838	4,6	1311	10,9	1162	12,2
<b>Executantes não manuais</b>	2684	14,9	2079	17,2	1789	18,7
<b>Trabalhadores manuais especializados</b>	12967	71,9	7220	59,8	5127	53,6
<b>Trabalhadores manuais não especializados</b>	433	2,4	592	4,9	695	7,3
<b>Total</b>	18035	100	12065	100	9560	100

Do ponto de vista da distribuição do género, a mortalidade feminina tem, em 1981, uma incidência mais significativa nos *quadros médios e superiores* e nos *executantes não manuais*, enquanto os óbitos masculinos estão sobretudo presentes na classe dos *trabalhadores manuais especializados*. Em 2001, estas tendências mantêm-se,

<sup>10</sup> A grelha sócio-profissional usada é uma adaptação da classificação britânica do *Registrar General's Classification of Occupations*, originalmente composta por seis categorias ocupacionais que aqui foram reduzidas a cinco. A grelha original tem as seguintes categorias: profissionais; profissões intermédias; ocupações não-manuais especializadas; ocupações manuais especializadas; ocupações parcialmente diferenciadas; ocupações indiferenciadas.

embora as mulheres assumam mais peso em todas as ocupações sócio-profissionais, com especial incidência na categoria dos *trabalhadores manuais não especializados*.

No domínio das diferenças etárias importa referir que a relação entre a “morte prematura” (antes dos 65 anos) e a “classe ocupacional”, muitas vezes utilizada também como sinónimo de “classe social”, pode ser observada nestes vinte anos de análise, com especial incidência abaixo da idade de 44 anos. Quer pela natureza das actividades profissionais (por exemplo, o risco associado e o desgaste físico), quer pelas características sócio-culturais e de estilo de vida que lhe são específicas, os estratos sócio-profissionais mais baixos na hierarquia social tendem a ter nas idades mais jovens uma taxa de mortalidade superior à do grupo sócio-profissional mais elevado: em 1981, até à idade de 44 anos, faleceram cerca de um quarto dos *trabalhadores manuais especializados e não especializados* (24,2% e 26,8% respectivamente), contra 13,2% de óbitos no grupo dos *proprietários, dirigentes e profissionais liberais*. A mesma tendência mantém-se em 2001, embora com alterações substanciais das percentagens devido à forte redução da população mais velha, designadamente acima de 65 anos (a taxa de mortalidade abaixo de 45 anos dos *trabalhadores manuais especializados* e dos *trabalhadores manuais não especializados* é, respectivamente, de 42,2% e 37,3%, contra 21,4% dos *proprietários, dirigentes e profissionais laborais*).

Ainda do ponto de vista da caracterização etária, a distribuição das médias por ocupação permite verificar que as desigualdades perante a mortalidade não estão delimitadas às diferenças entre os grupos sociais economicamente mais desfavorecidos e mais favorecidos, mas que acompanham os vários níveis da hierarquia social. Se, em 1981, esta tendência não está muito evidenciada, dado que a média das idades das classes ocupacionais se sobrepõe em alguns casos à hierarquização das mesmas (os *quadros médios e superiores* e os *trabalhadores manuais* morrem em média com cerca de 54 anos, enquanto que os *executantes não manuais*<sup>11</sup> e os *trabalhadores manuais não especializados* morrem com cerca de 51 anos), destacando-se o facto de os *proprietários, dirigentes e profissionais liberais* falecerem bastante mais tarde (58 anos) que as restantes

---

<sup>11</sup> Ao longo dos vinte anos de análise, a média etária da mortalidade do grupo dos *executantes não manuais* é sempre inferior à dos *trabalhadores manuais especializados*, e mesmo dos *trabalhadores manuais não especializados* (1981 e 2001), o que pode ser explicado pelo facto de esta categoria abranger muitas profissões precárias e de baixo estatuto sócio-económico (por exemplo, empregados de escritório, recepcionistas, pessoal dos serviços directos e particulares, segurança, etc.).

categorias, em 1991 e 2001, a relação entre a idade e a hierarquia social torna-se mais clara: à medida que se sobe na hierarquia social e de estatuto sócio-profissional a média de idades tende também a aumentar, variando numa amplitude de 44,5 e 52,2 anos em 1991, e de 46,2 e 52,8 anos em 2001. No entanto, apesar desta associação linear entre a idade média de mortalidade e a hierarquização ocupacional, a diferença do número de anos entre os dois grupos mais e menos favorecidos sócio-economicamente não sofre alterações, mantendo-se estabilizada em cerca de sete anos. Ou seja, durante este período não se registam progressos significativos na redução da desigualdade perante a morte em termos da diminuição do fosso entre os mais ricos e os mais pobres. Para autores como Wilkinson (1996) ou de Aiach (2000), as desigualdades aqui encontradas são claramente uma violação do “direito à saúde”. Segundo estes autores, o “direito à saúde” significa que, no caso de os grupos económica e socialmente privilegiados apresentarem melhores performances nos indicadores de mortalidade e morbilidade, existe a obrigação, por parte do poder público, de encurtar ou eliminar as distâncias. Assim, “existe uma ausência de justiça entre os homens e mulheres de um país onde não existe igualdade perante a saúde, porque a morte prematura dos mais pobres e a morte retardada dos mais ricos são a prova tangível e irrefutável de desigualdade, não apenas perante a morte, mas sobretudo perante o conjunto de elementos que entram na génese de determinantes do carácter mais ou menos precoce da morte dos diferentes grupos sociais hierarquizados” (Aiach, 2000: 84-5 citado em Cabral *et al.*, 2002: 34).

### ***Causas de morte na vida activa***

A chamada “transição epidemiológica”, iniciada em Portugal em meados da década de 50, está definitivamente consolidada nos anos 80, embora com algumas décadas de atraso em relação aos países europeus mais desenvolvidos. Até essa altura, a distribuição das principais causas de morte não conheceu alterações significativas, ainda que a diminuição progressiva das taxas de mortalidade fosse uma realidade desde o início do século (Bandeira, 1996). Apesar do recuo relativo, as doenças infecciosas e parasitárias marcavam o panorama da mortalidade, respondendo por cerca de um terço dos óbitos. Até ao início da década de 80, a “transição epidemiológica” alterou de forma radical a distribuição das causas de morte, colocando em primeiro plano as doenças cérebro-

vasculares e os tumores malignos em detrimento das doenças infecciosas e parasitárias, que se tornaram praticamente inexistentes (Ferrão, 1996: 169-171).

Assim sendo, ainda que aqui apenas se tenha em conta a mortalidade na população activa, as doenças referentes ao aparelho circulatório são a principal causa de morte<sup>12</sup> (30,7%) em 1981. Na segunda posição, surgem, com pesos idênticos, as lesões traumáticas e envenenamentos, com 21,1%, e os tumores malignos (neoplasmas), com 20,5%. Na terceira posição surgem, com um peso ainda expressivo, um conjunto de doenças referentes às doenças do aparelho digestivo (9,3%) e do aparelho respiratório (5,9%).

Nos vinte anos seguintes, esta distribuição tende a registar algumas alterações na ordem de importância das principais causas de morte. Assim, em 2001, o peso dos tumores malignos cresce para 20,1%, enquanto as doenças do aparelho circulatório diminuem para cerca de metade (17,9%). Esta diminuição acentuada explica-se sobretudo pela crescente ausência de activos com mais de 65 anos, como já referido. Mas também importa considerar a hipótese de terem igualmente contribuído para esse decréscimo algumas mudanças nos estilos de vida, alimentadas pela crescente informação sobre saúde, que a expansão do sistema público de saúde universal veio facilitar, nomeadamente no que se refere a um maior acompanhamento médico e à realização de rastreios, assim como a aplicação de melhores e mais eficazes técnicas biomédicas nesta área. Quanto às doenças do aparelho digestivo e respiratório, verifica-se que também decrescem gradualmente para 6,2% e 3,5%, respectivamente.

Paralelamente, e contrariando as tendências anteriores, assiste-se a um recrudescimento das doenças infecciosas e parasitárias, enquanto causa de morte, que sobem de 1,7% para 6,8% na população activa ao longo do período de vinte anos<sup>13</sup>. Este crescimento está directamente relacionado com o surgimento na década de 80 do Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH) como causa de morte,<sup>14</sup> que passa a constar a partir

---

<sup>12</sup> Para a classificação das causas de morte foi utilizada a lista de categorias de três dígitos da Classificação Internacional de Doenças em Português (OMS - 9ª Revisão).

<sup>13</sup> No entanto, se atendermos ao total de óbitos na população portuguesa, esta causa de morte não sofre alterações muito significativas: em 1981, somava 1,3%, descendo para 1%, em 1991, e voltando a subir, em 2001, para 2%.

<sup>14</sup> O primeiro caso de morte por VIH em Portugal foi detectado em 1983. Em 1991 a percentagem de óbitos por VIH já somava 21,3% (227 casos) do total das causas de morte por doenças infecciosas, ascendendo depois a 48,2% (996) em 2001.

desta altura nas estatísticas oficiais, Em 2001, esta causa de morte está sobretudo representada nos adultos em idade activa; em particular, nos homens com idades compreendidas entre 25 e 44 anos e, profissionalmente, nos trabalhadores manuais especializados da região de Lisboa e Vale do Tejo. Em 1981, dado que essa doença está ausente, a mortalidade por doenças infecciosas e parasitárias era sobretudo uma causa de morte da população mais velha (a partir dos 45 anos) com ocupações não especializadas.

Os óbitos causados pelas lesões traumáticas e envenenamentos, particularmente relevantes quando a análise recai sobre a população activa, sobem na primeira década para 25,7%, decrescendo novamente para os 20,3% em 2001. Apesar do valor ser idêntico de há vinte anos atrás, este tende hoje a ser qualitativamente diferente, dado que a mortalidade causada por acidentes de viação decrescem cerca de 7% em 20 anos e os suicídios aumentam perto de 5%.<sup>15</sup>

Quadro 4: Causas de morte por ano na população activa.

Causas de morte	1981		1991		2001	
	n	%	n	%	n	%
Doenças infecciosas e parasitárias	305	1,7	310	2,6	671	6,8
Tumores [neoplasmas]	3736	20,5	2861	23,6	2885	29,1
Doenças das glândulas endócrinas, da nutrição e do metabolismo e transtornos imunitários	228	1,2	192	1,6	129	1,3
Doenças do sangue e dos órgãos hematopoéticos	43	0,2	21	0,2	14	0,1
Transtornos mentais	138	0,8	65	0,5	41	0,4
Doenças do sistema nervoso e dos órgãos dos sentidos	171	0,9	116	1	79	0,8
Doenças do aparelho circulatório	5594	30,7	2685	22,1	1776	17,9
Doenças do aparelho respiratório	1079	5,9	453	3,7	343	3,5
Doenças do aparelho digestivo	1701	9,3	903	7,4	616	6,2
Doenças do aparelho geniturinário	228	1,2	82	0,7	40	0,4
Complicações da gravidez, do parto e do puerpério	7	0	3	0	4	0
Doenças da pele e do tecido celular subcutâneo	2	0	1	0	4	0
Doenças do sistema osteo-muscular e do tecido conjuntivo	45	0,2	30	0,2	27	0,3
Síntomas, sinais e afecções mal definidas	1055	5,8	1304	10,7	1266	12,8

<sup>15</sup> Em 1981, as causas de morte com mais representatividade dentro desta categoria eram os acidentes de trânsito de veículos a motor 51,3% (2011), os suicídios e lesões auto-infligidas 8,8% (345) e as quedas accidentais 7,7% (303); em 2001 os primeiros decrescem para 43,9% (884) e os restantes sobem para 14,1% (284) e 6,4% (129), respectivamente.

Lesões traumáticas e envenenamentos	3917	21,5	3114	25,7	2014	20,3
Total	18249	100	12140	100	9909	100

Dadas as alterações na estrutura epidemiológica e a reconfiguração demográfica na população activa, com a diminuição de indivíduos com mais de 65 anos e o aumento da presença feminina, o padrão das causas de morte tende também ele a reconfigurar-se ao longo dos vinte anos. Os óbitos causados pelas doenças relacionadas com o aparelho circulatório eram, em 1981 e 1991, mais comuns entre os homens (31% e 22,8% respectivamente para cada ano), tendo evoluído na década seguinte no sentido de uma convergência entre os sexos, passando a ser uma causa de morte igualmente comum entre homens e mulheres (18,1% e 16,8%), enquanto a mortalidade provocada por tumores malignos passa a ter uma maior representatividade feminina (de 33,7% em 1981 para 46,8% em 2001), embora já fosse, em termos relativos, mais comum nas mulheres.

Quanto à distribuição etária, a incidência de óbitos causados por doenças do aparelho circulatório e tumores é sobretudo comum a partir da idade de 45 anos, ao longo do período analisado (em particular, nos indivíduos de idade igual ou superior a 65 anos, na primeira causa de morte, e entre 55 e 64 anos na segunda). Dada a alteração, anteriormente referida, da ordem de distribuição das causas de morte e a diminuição da população activa de mais de 65 anos, a representatividade das doenças do aparelho circulatório decresceu, muito especialmente nesse grupo etário, dado que, em 1981, cerca de metade do total de óbitos nos mais idosos era causado por este tipo de doenças (diminui de 49% para 31,8%), enquanto os óbitos causados por tumores passaram a assumir uma importância crescente a partir da meia-idade: entre 1981 e 2001 verifica-se um aumento de cerca de 14% nos três grupos etários mais velhos.

Para além desta segmentação etária, nas causas de morte da população activa tende a perdurar uma certa especialização de acordo com as diferentes ocupações sócio-profissionais. Os óbitos relacionados com as doenças do aparelho circulatório continuam a ser, em termos relativos, mais característicos no grupo dos *proprietários, dirigentes e profissionais liberais* e nos *quadros médios e superiores*, embora sejam os que mais tenham diminuído (de 38,3% e 36,5% em 1981 para 25% e 21,9% em 2001 respectivamente). Os *trabalhadores manuais especializados* morrem também cada vez menos deste tipo de doenças, diminuindo para cerca de metade em vinte anos (de 30,5%

para 16,1%), sucedendo o mesmo com os *executantes não manuais* e os *trabalhadores manuais não especializados*, embora de forma bastante menos acentuada (de 28,4% e 24% para 18,4% e 18,4%, respectivamente) e provocando um maior nivelamento entre os diferentes tipos de ocupações. Ao contrário, o impacto das causas de morte por tumores malignos continua a ser cada vez mais pronunciado: é nos grupos com estatuto sócio-profissional mais elevado que mais se diagnostica esta causa de óbito, em particular no grupo dos *quadros médios e superiores* onde mais subiu entre 1981 e 2001 (de 29,5% para 41,4%, enquanto que os *proprietários, dirigentes e profissionais liberais* sobem de 25% para 33,5%). Os *trabalhadores manuais especializados e não especializados* continuam a ser os que menos morrem por este motivo e os que menos viram crescer entre si esta causa de morte (de 18,3% para 24,8% e 20,6% para 25,5% respectivamente).

Quanto aos óbitos causados por doenças do aparelho digestivo e respiratório, não se registam alterações sócio-demográficas significativas ao longo do período analisado: mais comuns, em termos relativos, nos escalões sócio-económicos mais baixos e entre os homens com idades compreendidas entre 35 e 64 anos na primeira causa de morte e de mais de 65 anos na segunda.

No que se refere às causas de morte devido a lesões traumáticas e envenenamentos, constata-se que estas são sempre mais comuns entre os homens e que afectam sobretudo os mais jovens, decaindo ao longo da idade, mas, ainda assim, com elevada representatividade até aos 44 anos, embora com tendência para diminuir gradualmente durante o período analisado. São significativamente mais comuns entre os *trabalhadores manuais especializados e não especializados* (particularmente, em 1991, nestes últimos).

Em suma, os indivíduos com estatuto sócio-profissional mais elevado (os *proprietários, dirigentes e profissionais liberais* juntamente com os *quadros médios e superiores*), morrem mais tardiamente e sobretudo de doenças do aparelho circulatório e de tumores malignos (juntamente com os *executantes não manuais* nesta última causa de morte), enquanto os *trabalhadores manuais, especializados e não especializados*, tendem a morrer mais cedo, muito devido a lesões traumáticas e envenenamentos que ocorrem em idades mais jovens; em idades mais avançadas verifica-se ainda uma sobrerrepresentação nas restantes principais causas de morte (doenças do aparelho

digestivo e respiratório) comparativamente com os outros grupos sócio-profissionais. Constatase, assim, que, não obstante a evolução das condições sócio-económicas que se fez sentir nos últimos vinte anos em Portugal, e a criação de um Serviço Nacional de Saúde Público, as desigualdades perante a morte continuam a perdurar de forma marcada, como é demonstrado pela especialização das causas de morte por grupos sócio-profissionais e etários.

### ***Distribuição geográfica***

Geograficamente, ao longo dos 20 anos, a distribuição da mortalidade não regista alterações muito significativas. Apesar de tudo, pode observar-se o reforço relativo do número de óbitos da população activa da região Norte (de 30%, em 1981, para 33,4% em 2001) e a diminuição do peso percentual da região Centro, assim como do Alentejo e dos Açores, embora nestes dois últimos de forma menos expressiva (passou de 18,9%, 5,2% e 3,4%, em 1981, para 14,8%, 4,1% e 2,7%, em 2001, respectivamente). A posição das restantes regiões, e em particular de Lisboa e Vale do Tejo, permanece praticamente inalterada.

Em termos da distribuição das causas de morte, verifica-se não apenas que essa distribuição não é a mesma em todas as regiões, como também varia ao longo do período de análise. Constatase que tem existido uma maior incidência, em termos relativos, de óbitos provocados por doenças do aparelho circulatório nas ilhas (Açores e Madeira) e Algarve (42,2%, 37% e 35,6% em 1981 e 29%, 25,3% e 24,6% em 2001). Neste grupo encontrava-se também o Alentejo em 1981, com 33,8%, que viu esta causa de morte diminuir acentuadamente em vinte anos (região onde mais diminuiu), trocando, em 2001, de lugar com a região de Lisboa e Vale do Tejo (19,6%). É também nesta região que, juntamente com a região Norte a partir de 1991 (25% em 1991 e 30,6% em 2001), se verifica existir uma maior mortalidade causada por tumores malignos (25,1% em 1981 e 31,4% em 2001).

As causas de morte provocadas por doenças do aparelho digestivo são, em 1981, mais comuns no Centro e Norte de Portugal (10,2% e 10% respectivamente), passando nas duas décadas seguintes a ocorrerem mais nas ilhas, sobretudo na Madeira, onde têm

vindo sempre a subir contrariando a tendência geral (12,7%, em 2001, que equivale a mais do dobro da média nacional, enquanto nos Açores somam 7,4%).

Os óbitos resultado de doenças do aparelho respiratório são, em 2001, também mais comuns na Madeira (7,8%), embora tenham decrescido relativamente a 1981 (8,5%). Neste ano, esta causa de morte estava igualmente mais representada nos Açores (10,4%) e na região Norte (6,9%).

Por fim, os óbitos que não foram causados por doenças específicas declaradas, isto é, provocadas por lesões traumáticas e envenenamentos, tendem a ocorrer sobretudo no sul de Portugal, em particular no Alentejo e no Algarve, com especial incidência a partir de 1991, e depois desta data na zona Centro (37%, 29% e 25,1% respectivamente em 2001). Em 1981, estas regiões do país eram também as que mais declaravam esta causa de morte, embora em ordem diversa: 26,7% no Alentejo, 25,9% no Centro e 23,6% no Algarve.

Do ponto de vista da distribuição geográfica é também importante considerar a evolução registada em termos da hospitalização da morte. Graças à implantação do serviço público de saúde e da crescente evolução da oferta dos cuidados de saúde (instalações, equipamentos e principais categorias profissionais médicas), apesar das assimetrias conhecidas quer nas comparações inter-regionais quer internacionais (Cf. Cabral, 2003; Cabral, 2002), a morte, como é expectável numa sociedade moderna, tende cada vez mais a institucionalizar-se através da hospitalização. Assim, não surpreende que ao longo do período em análise, com especial incidência no final da primeira década (1991), a percentagem dos óbitos ocorridos no domicílio tenha descido para menos de metade (de 40,8% em 1981 para 18,9% em 2001), e que, inversamente, tenham subido as mortes declaradas em estabelecimentos hospitalares (de 48,6% em 1981 para 61,3% em 2001). Apesar de não existir informação específica sobre o significado da categoria “noutros locais”, e dada a importância que assume em 2001 (19,8%), pode presumir-se que aqui estejam contidas ocorrências de óbitos noutras instalações de saúde (centros de saúde, postos de socorro, etc.), além das mortes na via pública.

Quadro 5: Mortalidade na população activa por região (NUTS II)

Região	1981	1991	2001
Centro	3443	2035	1464
Lisboa e Vale do Tejo	6382	4364	3528
Alentejo	945	581	403
Algarve	5746	3884	3500
	18,9	16,8	14,8
	35	35,9	35,6
	9,2	8,5	8,4
	40	31,8	33,4

<b>Açores</b>	616	3,4	412	3,4	269	2,7
<b>Madeira</b>	638	3,5	511	4,2	434	4,4
<b>Total</b>	18249	100	12140	100	9909	100

Quadro 6: Local da morte na população activa

Local da morte	1981		1991		2001	
	n	%	n	%	n	%
<b>Domicílio</b>	7441	40,8	2830	23,3	1870	18,9
<b>Estabelecimento hospitalar</b>	8863	48,6	7367	60,7	6078	61,3
<b>Noutros locais</b>	1945	10,7	1943	16	1961	19,8
<b>Total</b>	18249	100	12140	100	9909	100

Observando por região, verifica-se que no início da década de oitenta a declaração do óbito no domicílio ocorria maioritariamente e com especial incidência no Norte e Centro do país, enquanto nas restantes regiões o hospital era já o local onde a morte era declarada, em particular em Lisboa e Vale do Tejo e Madeira. A mesma tendência mantém-se ao fim de 20 anos, juntando-se a região dos Açores a este último grupo, embora, em todas as regiões, se verifique já a prevalência dos estabelecimentos hospitalares. O crescimento da hospitalização ocorreu, assim, sobretudo no Norte, Centro e região autónoma dos Açores.

### **Conclusão**

Com a consolidação da democracia e as mudanças sociais, culturais, políticas e económicas a ela associada, as características sócio-demográficas da mortalidade na população activa em Portugal alteram-se significativamente. Os óbitos passam a concentrar-se nas idades intermédias, uma vez que os mais jovens e, sobretudo os mais idosos, estão cada vez mais excluídos da população activa. Esta evolução fica a dever-se por um lado, ao desenvolvimento de um sistema de reformas e pensões e de outros mecanismos de protecção social proporcionadas pelo Estado-Providência que retiram da condição de activa os que têm mais de 65 anos e, por outro, à democratização do acesso ao ensino e à intermitência crescente da inserção e da estabilização profissionais que atrasam a entrada dos mais jovens no mercado de trabalho. Estes factores são os

principais responsáveis para que se assista a uma diminuição para cerca de metade do peso da mortalidade na população activa no total dos óbitos na população portuguesa, ainda que a mortalidade tenha aumentado no período analisado. Além destas alterações etárias, uma aproximação gradual entre homens e mulheres pode também ser observada, estando o crescimento da mortalidade feminina relacionado com a terciarização das actividades económicas e a feminização do mercado de trabalho, ainda que persista uma enorme diferença na mortalidade entre os sexos.

Devido a esta recomposição do perfil das actividades económicas e do aumento dos níveis de escolaridade da população, a análise das diferenças na mortalidade tendo como base as ocupações sócio-profissionais revelou também importantes alterações. Com o crescimento do sector terciário e a diminuição do peso das actividades ligadas à agricultura e à indústria, o volume de óbitos dos trabalhadores manuais especializados na população activa diminui acentuadamente, enquanto a mortalidade das categorias ocupacionais dos quadros médios e superiores triplica.

Dadas as alterações na estrutura epidemiológica e a reconfiguração demográfica na população activa descrita, o padrão das causas de morte reconfigura-se gradualmente. A mortalidade provocada por tumores malignos aumenta enquanto que as doenças do aparelho circulatório diminuem para cerca de metade; o peso dos óbitos devido a lesões traumáticas e envenenamentos não registam alterações muito significativas ao fim de vinte anos.

Apesar da evolução nas condições sócio-económicas da população e da existência de um Serviço Nacional de Saúde público, as desigualdades perante a morte continuam a ser marcantes, como é demonstrado pela especialização das causas de morte por grupos sócio-profissionais e etários. Os activos com estatuto sócio-profissional mais elevado morrem mais tardiamente de doenças do aparelho circulatório e de tumores malignos em particular, enquanto os trabalhadores manuais, especializados e não especializados, tendem a morrer mais cedo, muito devido a lesões traumáticas e envenenamentos que ocorrem em idades mais jovens. As assimetrias não só continuam a existir de forma marcante como o fosso em termos do número médio de anos entre os grupos mais e menos e privilegiados social e economicamente permanece constante ao longo do período analisado, levando a concluir que durante este período não se registam grandes

progressos na redução da desigualdade perante a mortalidade entre os mais ricos e os mais pobres.

Por fim, em termos geográficos, o número de óbitos não regista alterações muito significativas em cada região, embora a distribuição das causas de morte não seja a mesma em todas as regiões e não se mantenha constante ao longo do período de análise. Graças ao crescente acesso e maior cobertura geográfica dos serviços de saúde, a morte hospitaliza-se, decrescendo muito significativamente a percentagem dos óbitos ocorridos no domicílio.

***Bibliografia citada:***

Aiach, P. (2000), “De la mesure des inégalités: enjeux sociopolitiques et théoriques”, in A.Leclerc, *et al.* (dir.), *Les Inégalités Sociales de Santé*, Paris: INSERM/La Decouverte.

Bandeira, M. L. (1996), *Demografia e modernidade: família e transição demográfica em Portugal*, Lisboa, Imprensa Nacional Casa da Moeda.

Blaxter, M. (1990), *Health and Lifestyles*, Londres: Tavistock/Routledge.

Bury, M. (1997), *Health and Illness in a Changing Society*, Londres: Routledge.

Cabral, M. V., P. Alcântara da Silva e H. Mendes (2002), *Saúde e Doença em Portugal Portugal - Inquérito aos Comportamentos e Atitudes da População Portuguesa Perante o Sistema Nacional de Saúde*, Lisboa: ICS.

Cabral, M. V. (2003), “Saúde e incapacidades” in *Portugal Social 1991-2001*, Lisboa: INE

Chenu, A. (2000), “Le repérage de la situation sociale” in Annette Leclerc, *et al.* (dir.), *Les Inégalités Sociales de Santé*, Paris: INSERM/La Decouverte.

Fassin, D. *et al.* (2000), “Introduction: connaître et comprendre les inégalités sociales de santé”, in A.Leclerc, *et al.* (dir.), *Les Inégalités Sociales de Santé*, Paris: INSERM/La Decouverte.

Ferrão, J. (1996), “Três décadas de consolidação do Portugal demográfico moderno” in Barreto, A. (org.), *A situação social em Portugal, 1960-1995*, Lisboa: INE.

Giraldes, M. R. (1996), *Desigualdades sócioeconómicas e seu impacte na saúde*, Lisboa: Editorial Estampa.

Jones, L.J. (1994), *The Social Context of Health and Health Work*, Londres: Macmillan.

Kawachi, I., e L. Berkman (2000), “Cohésion sociale et santé”, in A.Leclerc, *et al.* (dir.), *Les Inégalités Sociales de Santé*, Paris: INSERM/La Decouverte.

Kunst, A.E. e J.P. Mackenbach (1994), “The size of mortality differences associated with educational level in nine industrialized countries”, *American Journal of Public Health*, 84, pp.932-937.

Lahema E., *et al.* (1994), “Comparison of inequality in health: evidence from national surveys in Finland, Norway and Sweden”, *Social Science and Medicine*, 38, pp.517-524.

Leon, D.A., *et al.* (1992), “Social class differences in infant mortality in Sweden: a comparison with England and Wales”, *British Medical Journal*, 305, pp.687-691.

Locker, D. (1997), “Prevention and health promotion”, in G.Scrambler (ed.), *Sociology as Applied to Medicine*, Londres: W.B.Saunders.

Lynch, J. (2000), “Income Inequality and Health: Expanding the Debate”, *Social Science and Medicine*, 51, pp.1001-1005.

Mackenbach, J.P. *et al.* (1994), “A prospective cohort study investigating the explanation of socio-economic inequalities in health in the Netherlands”, *Social Science & Medicine*, 38, pp.299-308.

Marmot, M. (1996), “The social pattern of health and disease”, in D.Blane, E.Brunner e R.Wilkinson (eds.), *Health and Social Organization. Towards a Health Policy for the 21<sup>st</sup> Century*, Londres: Routledge.

Macintyre, S. (2000), “The Black Report and beyond: what are the issues?”, *Social Science and Medicine*, 44, pp.723-745.

Mielck, A. e M. R. Giraldes (Ed) (1993), *Inequalities in health and health care. Review of selected publications from 18 Western European Countries*, Waxman.

Pappas, G. *et al.* (1993), “The increasing disparity in mortality between socioeconomic groups in the United States, 1960 and 1986”, *New England Journal of Medicine*, 329, pp.103-109.

Stroebe, W. (2000), *Social Psychology and Health*, Buckingham: Open University Press.

Townsend, P. (1979), *Poverty in the United Kingdom*, Harmondsworth: Penguin.

Townsend, P. e N. Davidson (1982), *Inequalities in Health. The Black Report*, Harmondsworth: Penguin.

Vagero, D., e O. Lundberg (1989), “Health inequalities in Britain and Sweden”, *Lancet*, 2, pp.35-36.

Van Doorslaer, J. *et al.* (1996), “Socioeconomical inequalities in health: some international comparisons”, *Journal of Health Economics*, 38, pp.517-524.

Volkof, S., e A. Thébaud-Mony (2000), “Santé au travail: l’inégalité des parcours”, in A. Leclerc, *et al.* (dir.), *Les Inégalités Sociales de Santé*, Paris: INSERM/La Découverte.

Wilkinson, R.G. (1996), *Unhealthy Societies. The Afflictions of Inequality*, Londres: Routledge.

Whitehead, M. (1987), *The Health Divide*, Londres: Health Education Council.