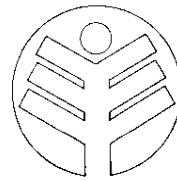


ARQUIVOS
DO INSTITUTO
NACIONAL
DE SAÚDE



VOL. XI 1986

ARQUIVOS
DO INSTITUTO
NACIONAL
DE SAÚDE



VOL. XI | 1986

ARQUIVOS
DO
INSTITUTO
NACIONAL
DE SAÚDE

Director

Aloísio M. Coelho

Subdirector

Laura Ayres

Coordenação

María José Vaz Dias

Armindo R. Filipe

Ilda Martins

**Redacção, Administração
e Propriedade**

Instituto Nacional de Saúde

Avenida Padre Cruz

1699 Lisboa Codex

Portugal

Composição e Impressão

Soc. Astória, Lda.

Regueirão dos Anjos, 70

1197 Lisboa Codex

VOL. 11 1986

O Instituto Nacional de Saúde não se responsabiliza pelas opiniões expressas nos artigos publicados nos ARQUIVOS, que são da exclusiva responsabilidade dos seus autores. A utilização destes trabalhos obriga à identificação da sua origem e autoria.

Depósito Legal N.º 13502/86

ISSN 0870 - 2845

18 NOV. 1987

Índice/Contents

1/Política de saúde para a segunda era da saúde pública

Health policy for the second era of public health

F. A. Gonçalves Ferreira

2/Consumo do tabaco e suas implicações sobre a saúde em Portugal

Tobacco consumption and its health implications in Portugal

L. A. Cayolla da Motta

3/A saúde em Portugal em meados da década de 80. Desigualdades regionais

Health in Portugal in the middle 80s. Regional inequalities

L. A. Cayolla da Motta

4/O colesterol das lipoproteínas de alta densidade (HDL) em crianças e jovens

HDL cholesterol in children and young people

Luís de Lima Faleiro, Maria do Carmo Cavalheiro M. Martins e Maria Odette Rodrigues

5/Intoxicações alimentares por moluscos bivalves com origem em Dinoflagelados tóxicos

Food poisoning by bivalves molluscs due to Dinoflagellates

Estela Sousa Silva

6/Estudo do ácido hipúrico urinário como indicador da exposição a concentrações baixas de tolueno

Hippuric acid urinary excretion as an index of low toluene exposure

Olga Mayan Gonçalves e Maria Amélia Henriques

Política de Saúde para a Segunda Era da Saúde Pública *

As condições tradicionais e em mudança da saúde das populações. O que é preciso empreender para as enfrentar em Portugal

F. A. Gonçalves Ferreira **

- *A saúde é um factor essencial da vida humana e um valor que supera todos os outros ao longo da existência das pessoas na criação de bem-estar, de capacidade de trabalho e de felicidade pessoal.*
- *O conceito de Saúde Pública, por sua vez, tem implícito o juízo básico de que a saúde é melhor do que a doença, e de que devem ser feitos todos os esforços para diminuir a doença e conseguir um melhor estado de saúde dos indivíduos e das comunidades em que vivem.*
- *Os conhecimentos de que se dispõe sobre a constituição, funcionamento e capacidades adaptativas do organismo humano, riscos a que está sujeito nas relações com o ambiente e técnicas médicas utilizáveis para promover a saúde, combater a doença e recuperar os doentes, são hoje superiores aos de qualquer outra época. Resta saber aproveitá-los.*
- *A definição e a instituição duma política de saúde concreta e inovadora, executada com continuidade e eficiência, tornaram-se nos tempos modernos decisão indispensável para que qualquer sociedade possa melhorar o nível de saúde dos seus cidadãos, em conformidade com os conhecimentos disponíveis.*
- *Uma tal política implica a organização de estruturas de serviços de saúde capazes de assegurarem a prestação dos cuidados de saúde convenientes, e não apenas dos desejados pela generalidade da população.*
- *Portugal, em 1971, definiu esse tipo de política e criou uma estrutura adequada de serviços para a executar. Precisa, agora, de fazer funcionar estes serviços, reconduzindo-os à sua genuinidade, entretanto distorcida, e adaptando-os aos novos objectivos de saúde em evolução clara no presente.*
- *A análise da situação geral da saúde e da doença e, especificamente, da situação portuguesa nos seus aspectos essenciais, seguida da apresentação de programas globais julgados indispensáveis para enfrentar os seus múltiplos problemas constituíram a finalidade que tivemos em vista e que a seguir se perspectiva.*

* Texto do trabalho original que obteve o Prémio Ricardo Jorge de Saúde Pública (1986).

** Professor Catedrático Jubilado da Escola Nacional de Saúde Pública.

INTRODUÇÃO

1. A afirmação de Gregg, de que a mesa da vida humana assente ao longo dos tempos em três pernas essenciais: *alimentação, vestuário e habitação* tem agora mais uma: *cuidados de saúde*, corresponde a uma realidade cada dia mais evidente em todo o Mundo. Esta quarta perna adquiriu já tanta importância como as anteriores no funcionamento da sociedade moderna, e deveria completá-las na finalidade de melhorar a saúde.

A expressão *cuidados de saúde* corresponde à criação de meios que prestem aos indivíduos o apoio de que necessitam para assegurarem, no âmbito das suas relações ecológicas, a melhoria do estado de saúde, ou a conservação de um bom nível desta, à custa da diminuição das doenças e da recuperação rápida das pessoas que adoeçam. Sabe-se que a organização e manutenção destes meios não está ao alcance dos indivíduos isolados, porque a sua complexidade e o desejo de equidade crescente de aplicação exigem a intervenção simultânea dos indivíduos, das famílias e das comunidades, ou até da Nação, em que se integram. Trata-se de reunir e pôr a funcionar estruturas e interligações só possíveis com grandes recursos de pessoal, financeiros e investimentos.

Pelo que se pode inferir das experiências ocorridas em vários países e do estado presente dos problemas da saúde, é forçoso reconhecer que os cuidados de saúde prestados às populações são ainda extremamente deficientes. Longe de se terem uniformizado na procura de melhores níveis, diferem enormemente de amplitude, qualidade, eficácia e custos, mas poderão adquirir muito maior capacidade de intervenção do que a assumida presentemente, se vierem a ser aplicados de forma adequada os conhecimentos de que se dispõe — o que se entende tanto em relação às populações evoluídas como atrasadas.

O conjunto de finalidades e de objectivos práticos que se procura, assenta na base de uma política de saúde concreta e esclarecida, que tome em conta as condições existentes e suas causas, os conhecimentos técnico-científicos e administrativos e a experiência de funcionamento de serviços existentes.

Nesta perspectiva, os conceitos de saúde, de cuidados e sistemas de saúde, a evolução da saúde e da doença e a tendência de aumento dos custos dos serviços de saúde dominam as atitu-

des a tomar pelos técnicos e pelos governantes, mas as resoluções tomadas vêm sempre em atraso e, até agora, têm sido de grande ineficácia.

2. Os conceitos de saúde, de cuidados de saúde e saúde pública e de sistemas de saúde

2.1. Na base de concepções empíricas e sociológicas podem separar-se, no presente, cinco grupos de ideias, em grande parte já indissociáveis, que ajudam a compreender o significado da entidade *saúde* na sociedade moderna:

— *Concepção médica*. Compreende:

a) a interpretação dos aspectos clínicos, somáticos e fisiológicos, em que a *saúde* corresponde à integridade funcional do corpo e bem-estar do organismo físico, e à ausência de sinais de anormalidade; e a *doença* é a situação inversa, de altearção deste bem-estar ou equilíbrio funcional orgânico, acompanhada geralmente de sofrimento. A medicina somática baseia-se na exploração do estado físico do organismo de cada indivíduo, pela colheita e interpretação directa dos sintomas e por análises laboratoriais químicas, físico-químicas e funcionais. Não toma em consideração parte importante dos aspectos da saúde mental, da saúde pública e sanidade do ambiente, da medicina preventiva e da medicina social;

b) aspectos de ordem psíquica e social, em grande parte subjectivos, relativos ao bem-estar ou normalidade psíquica e ao equilíbrio do comportamento nas relações entre indivíduos — mais do domínio de disciplinas ainda atrasadas em meios de observação técnico-científica (psicologia, psiquiatria, sociologia) do que das potencialidades já desenvolvidas pela Medicina;

c) aspectos de ordem ecológico-sanitária, envolvendo os riscos nas relações com o meio ambiente e os factores conhecidos de promoção da saúde e de prevenção da doença, que têm as principais áreas de intervenção ao nível do conjunto: indivíduo-família-comunidade, mais do que em cada indivíduo isolado, e constituem fundamentalmente a *saúde pública* ou *saúde comunitária*;

— *Concepção político-legal*. Corresponde à ideia da necessidade duma tutela por parte do Estado, por se considerar a saúde um bem a conseguir para todos e de interesse geral, em que

precisam de ser considerados, mas ultrapassados por medidas jurídicas, os objectivos propriamente do domínio das ciências e das práticas médicas, para a assegurar; daqui, o conceito novo e não muito claro do *direito à saúde*, como desejo útil dos indivíduos de que lhes sejam asseguradas condições favoráveis, e vontade do Estado de intervir, contribuído para a melhoria e valorização social do bem que é a saúde de cada pessoa em forma generalizada e tanto quanto possível igualitária. A saúde aparece, assim, cada dia mais influenciada pela categoria legal do direito dos indivíduos a reivindicá-la, e da obrigação do Estado de desenvolvê-la, em benefício, simultâneo, de cada indivíduo e das comunidades. Neste caminho, algumas definições e medidas de protecção e recuperação da saúde passaram a ser na nossa época incorporadas, em extensão crescentes, nos programas políticos e na legislação de vários países, constituindo bases da política de saúde na política geral do Estado.

— *Concepção económica.* Reconhece e interpreta a importância da saúde de duas formas complementares:

a) no aspecto positivo, pelo benefício do factor humano (maior capacidade, eficácia e gosto de trabalho) nos processos de produção económica, dadas as exigências de número e qualificação profissional de pessoas saudáveis para assegurar a produtividade crescente dos bens necessários às sociedades humanas;

b) no aspecto negativo da doença, pelos prejuízos causados pelo absentismo, redução da capacidade produtiva, despesas com tratamentos nas fases de enfermidade e recuperação e outros custos relacionados. Os políticos, em especial os ministros das Finanças, tendem a subestimar em toda a parte a contribuição que a saúde dá para o desenvolvimento, esquecendo ou cerceando as verbas para as despesas específicas da sua melhoria. Ao mesmo tempo, convém reconhecer que o valor da saúde é dificilmente quantificável em números, o que lhe tira grandemente significado, ou interesse de reflexão, para toda a gente — e não só para políticos, economistas e administrativos, que, de resto, deviam ser os primeiros a conhecer e não subestimar estes problemas. Os resultados positivos da melhoria da saúde, fora dos êxitos espectaculares bem conhecidos da luta contra algumas doenças infecciosas, parasitárias, carenciais e profissionais, só se tornam visíveis depois de anos, e, apenas, se forem aproveitadas para promoverem medidas de progresso. Serão,

então, as gerações futuras, quando construtivas, que vêm a aperceber-se de que o desenvolvimento físico e mental das pessoas é o factor que vence o atraso do progresso das sociedades humanas e as situações de incapacidade, suas causas. Poderia vir a ter grande reflexo o estudo do custo das doenças, simultaneamente para os indivíduos e as comunidades ou a sociedade, pondo assim em relevo o valor da saúde, mas os economistas e os epidemiologistas ainda não se entenderam para o efectuar em termos de uma verdadeira economia da saúde.

— *Concepção social.* Assenta no princípio de que a saúde e a doença não se podem considerar apenas situações estritamente pessoais, dependentes de factores que afectam só os indivíduos, mas problemas de ordem social, em que as relações dos indivíduos com os grupos e as estruturas comunitárias em que se encontram inseridos desempenham sempre papel directo ou coadjuvante no aparecimento da doença ou de perturbações menores da saúde, e igualmente na melhoria desta. Embora a concepção social da saúde não ponha em evidência nenhuma matéria concreta de causa-efeito, sob a forma de factores identificáveis e controláveis, estimula o estudo das relações favoráveis e desfavoráveis entre indivíduos e meio social em que vivem;

— *Concepção idealista.* Definida pela OMS, independentemente doutras conjecturas, na base de que a saúde «é um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade...» e de que «a posse do melhor estado de saúde que se possa atingir constitui um dos direitos fundamentais de todo o ser humano, quaisquer que sejam a sua raça, religião, opiniões políticas, condição social», e que os «governos têm a responsabilidade da saúde dos seus povos», estabelece objectivos que estão ainda longe de se apresentarem acessíveis. Pode ser considerada positiva, se for utilizada para assinalar novas formas de adequação da prática médica clínica e de saúde pública, no caminho da melhoria da capacidade de intervenção dos meios práticos de actuação, em termos de cuidados de saúde completos. Será negativa, se considerar objectivos utópicos, não baseados na realidade das condições existentes e no seu dinamismo de mudanças, ou se organizar meios de intervenção desajustados, sempre desequilibrados, em face dos problemas concretos que exigem e podem ter solução. Até ao presente, a con-

cepção idealista tem prolongado e aumentado mais o número de problemas do que conduzido a resultados positivos, mas continua a desenvolver o estudo e a investigação fundamental em diferentes campos da saúde-doença, o que não pode deixar de vir a ter resultados úteis, ainda que com atrasos e despesas talvez evitáveis. É o caso do programa de «Saúde para todos no ano 2000», cujos fracos resultados e fracassos serão referidos no Capítulo V.

2.2. A partir dos conhecimentos médicos, ecológicos, sociais e técnico-administrativos acumulados, desenvolveu-se a ideia de que a organização de cuidados clínicos e de saúde pública podia ser feita em conjunto e a sua prestação por médicos de clínica geral conduzida como um todo na população. A experiência tem mostrado, porém, que uma tal perspectiva é, para já, irrealista, e que, na prática, as acções médicas características da intervenção *clínica* na doença e as de natureza diferente, características da *saúde pública*, são em grande parte incompatíveis, ou, pelo menos; conduzidas sempre dissociadamente, com grande prioridade para aquelas e negligência destas. A própria natureza dos cuidados o justifica.

— Os *cuidados de saúde* correspondem a um conjunto de actividades médicas efectuadas em dois níveis: o dos *cuidados primários*, conduzidos por médicos com a formação chamada de clínicos gerais e que atendem os doentes em regime de ambulatório, sendo, portanto, procurados por estes; e o dos *cuidados diferenciados*, ou hospitalares, efectuados por especialistas ao nível dos hospitais em regime de internamento dos doentes ou sob sua vigilância. Hoje ninguém põe em dúvida a necessidade e a orgânica própria dos cuidados hospitalares, que é semelhante em todo o Mundo, embora com níveis de eficácia muito diferentes de país para país. Não tanto quanto ao préstimo e eficiência dos cuidados primários, que abrangem diversas modalidades de intervenção, indo da clínica clássica de atendimento voluntário do doente pelo médico procurado em regime livre de consultório, aos regimes de atendimento por acordo, directo ou indirecto, doente-médico e ao regime obrigatório de atendimento do doente em serviços organizados, mediante a inscrição prévia das pessoas na lista de um médico pertencente ao serviço em que virão a ser atendidas quando doentes. Em teoria, os cuidados primários deveriam estender-se muito para além das acções clínicas — uma vez que a Medicina coordenada-

mente com outras intervenções pode prestar grande contributo na luta contra os factores e riscos de muitas doenças, que a clínica é incapaz de dominar, nos estudos epidemiológicos e na educação da população para a implantação de hábitos saudáveis de vida (alimentação, exercício, consumo moderado de bebidas alcoólicas, repúdio do tabaco, drogas e poluição) e higienização. Mas, na prática, os cuidados primários são em toda a parte apenas cuidados de *assistência clínica na doença* — quando as pessoas adoecem e procuram o médico. Tal como estão organizados os cuidados de saúde, não passa de uma fantasia a ideia de que os seus médicos poderão ser *médicos de família*, constituindo uma primeira linha de promotores da saúde, na pessoa de cada um dos seus membros e como unidade básica da comunidade.

— A *saúde pública*, por sua vez, centra todas as actividades disponíveis, médicas e não médicas, na promoção, manutenção e recuperação da saúde — indivíduo-família-comunidade —, considerando os indivíduos indissociáveis do meio em que se encontram e actuando ao nível da família, dos grupos ou locais de trabalho e conjunto da comunidade. Pode ser definida (Winslow, 1923; OMS, 1953):

«A ciência e a arte de prevenir as doenças, de prolongar a vida e melhorar a saúde e a eficiência mental e física dos indivíduos, por meio dos esforços organizados da comunidade tendo em vista o saneamento do meio ambiente, a luta contra as doenças que apresentam importância social, o ensino aos indivíduos das regras da higiene pessoal, a organização de serviços médicos e de enfermagem com a finalidade do diagnóstico precoce e do tratamento preventivo das doenças, assim como pôr em execução as medidas sociais convenientes para assegurar a cada membro da colectividade um nível de vida adequado à manutenção da saúde, por forma que cada indivíduo possa usufruir o seu direito à saúde e à longevidade.»

Acrescente-se que em menos de um século o significado da saúde pública evoluiu do conceito industrialista e estreito do *saneamento do meio físico* para o conceito médico-científico sem limites da *prevenção integral da saúde do homem*, embora no presente ainda muitos médicos lhe atribuam apenas o sentido de higienização do meio ambiente. Por outro lado, a moda de mudanças de designações sem correspondente mudança de intervenções levou a que no presente

os peritos de saúde preferiram chamar *saúde comunitária* ao que é exactamente saúde pública. Implica uma política de responsabilidade pública, em relação ao ambiente material (terra, água, ar, saneamento, alimentos, habitação, vida escolar, trabalho, indústria) e às condições pessoais (idade, sexo, estado civil, profissão-ocupação, educação, cultura, nível social, rendimentos, integração em grupos sociais activos e enquadramento dos idosos e reformados na vida da comunidade). A saúde pública precisa de ser considerada pelas suas características de intervenção, meios de que pode dispor e resultados práticos atingidos e a atingir, em duas fases evolutivas sucessivas, universalmente observadas sem grandes diferenças desde o fim da década de 40, nas populações à medida que evoluem:

a) *Primeira Era da Saúde Pública.* Já ultrapassada em muitos sectores de intervenção nas populações mais evoluídas e ainda importante em Portugal, caracteriza-se por um padrão de morbidade em que dominam totalmente as doenças infecciosas e parasitárias, a falta de higiene e sanidade do meio ambiente, as carências alimentares, as doenças profissionais — que aparecem como as principais causas de morte, condicionando também elevada mortalidade infantil e duração média de vida pouco elevada;

b) *Segunda Era da Saúde Pública.* Em progresso rápido nas populações evoluídas nos últimos 30 anos, é caracterizada pela acentuação de um padrão de doença completamente diferente do anterior, em que muitas das perturbações de saúde dominantes foram sendo reduzidas ou praticamente desapareceram e se desenvolvem novas doenças de vírus e bactérias mal conhecidas, tomando ascendente as doenças crónicas e degenerativas do tipo hipertensão, cárdio-vasculares, cérebro-vasculares, metabólicas (por excessos alimentares ou desequilíbrios nutricionais), tumores malignos, perturbações da saúde mental, suicídios, acidentes rodoviários, tabagismo, alcoolismo, poluição. A redução para níveis muito baixos da mortalidade infantil e da mortalidade geral, o alongamento progressivo da duração média de vida e o planeamento familiar de índole individual e oficial acompanharam-se de grande aumento das queixas de saúde e do recurso à Medicina, das doenças crónico-degenerativas de maior grau de incapacitação do que de mortalidade, atingindo as pessoas sobretudo a partir da fase de adultas, e da falta de protecção que caracterizara a pri-

meira fase da saúde pública em face das doenças então dominantes, enquanto não foram conhecidos os factores causais.

2.3. As intervenções médico-clínicas e de saúde pública têm-se expandido e aperfeiçoado pela organização de serviços aglutinadores, mais ou menos generalizados nas suas actividades ainda irregulares junto das populações, incluídos na designação de *sistemas de saúde*:

— O conceito de sistema de saúde estabeleceu-se na base da satisfação de necessidades das populações e das responsabilidades assumidas por governos, comunidades ou grupos importantes de indivíduos, relativamente às actividades a desenvolver para satisfação progressiva das exigências referidas atrás (2.2.). O aumento destas exigências, criando novos problemas técnico-científicos e administrativos, tem-se acentuado enormemente nas populações evoluídas e tornou-se muito difícil de satisfazer, porque as doenças diminuíram nos aspectos controláveis que correspondem à primeira era da saúde pública, mas agravaram-se proporcionalmente mais nos de alta gravidade que caracterizam a época presente, e têm causas ainda pouco acessíveis às técnicas preventivas de que se dispõe. Em face das experiências desenvolvidas em diversos países, pode-se estabelecer diferença conceptual e prática entre sistemas de saúde em actuação nalguns países;

— *Sistema de saúde.* É um conjunto organizado de serviços e de relações entre instituições, grupos sociais e indivíduos — ao nível nacional, de comunidades ou apenas de grupos de indivíduos — com o fim de tratar os doentes e de melhorar ou manter o estado de saúde dos participantes, e cujo financiamento de carácter individual voluntário ou compulsivo (avença, seguro-doença, seguro-previdência) se baseia numa razão de saúde;

— *Serviço Nacional de Saúde.* No seu sentido real, é o sistema de saúde da responsabilidade estatal, que teoricamente reúne todos os meios possíveis para prestar à população, em conjunto, os cuidados de saúde completos, sem encargos directos para os cidadãos, por serem as despesas cobertas pelas verbas destinadas no Orçamento do Estado a tal fim. É o caso com algumas diferenças do Reino Unido, em que o sistema é completo, mas permite a utilização da medicina pri-

vada por quem o deseje, e da URSS, em que a medicina privada é proibida. Num serviço nacional de saúde está implícito, à partida, o princípio teórico do direito à saúde por parte de todos os cidadãos e o da definição prévia duma política de saúde que abranja as três premissas consideradas básicas: *universalidade, gratuidade e planeamento* das intervenções desejadas e suas prioridades.

2.4. O sistema de saúde é simultaneamente uma *estrutura* e um *processo*, com os seus *inputs* e *outputs* e dispositivos de *análise* do funcionamento.

— *Estrutura*. Compreende a composição, organização e distribuição das diversas partes do conjunto nas suas relações funcionais (interacções) entre instituições, grupos sociais e indivíduos, orientadas para assegurar o tratamento e a recuperação dos doentes e a melhoria das condições de saúde duma população determinada, ao mais alto nível de cuidados e menor custo;

— *Processo*. Conjunto dos actos por que se realiza a prestação de cuidados e o ordenamento das interacções entre as diversas partes do sistema, à medida que este funciona e se aperfeiçoa;

— *Inputs*. Uso dos recursos disponíveis (humanos, financeiros, equipamentos), do estudo do aperfeiçoamento dos serviços, do planeamento, da realização de programas elaborados, das tomadas de decisão e dos controlos institucionais de *feed-back*;

— *Outputs*. Consequências do funcionamento do sistema, incluindo resultados imediatos em relação com a saúde dos indivíduos, mudanças no nível de saúde da população, aparecimento de novos conhecimentos, novas atitudes da população, descobertas e aperfeiçoamentos práticos;

— *Análise do sistema*. Avaliação da possível eficácia, da eficiência e da adequação dos serviços na prestação de cuidados, em termos dos seus objectivos específicos: satisfação de necessidades, princípio de equidade, relação entre nível de saúde e actividades desenvolvidas, efeito concreto do estabelecimento de prioridades e alternativas ou opções dentro do sistema. Para avaliar concretamente um sistema de saúde no seu

funcionamento, devem ser tidas em conta pelo menos as seguintes características:

- a) Aptidão para efectuar as tarefas previstas com a qualidade desejada;
- b) Aptidão para provocar as mudanças de comportamento da população favoráveis à melhoria do seu estado de saúde;
- c) Aptidão para conseguir crescente grau de equidade dos cuidados que presta;
- d) Capacidade para transformar o aumento de *inputs* em aumento proporcional de *outputs*, e de escolher alternativas de obtenção de *outputs* mais favoráveis;
- e) Capacidade para se controlar ou desenvolver actividades úteis na dependência de factores externos variáveis, em extensão não prevista.

3. A evolução actual da saúde e da doença

Todos os aspectos da análise dos resultados das intervenções dos sistemas de saúde e das previsões ou das extrapolações consentidas, quanto às possíveis mudanças nos níveis de saúde das populações, se inserem no conhecimento mais ou menos preciso dos factores causais de doença e dos meios de os combater, e, simultaneamente, de encontrar mudanças de condições favoráveis à saúde. Em termos de economia, demografia e capacidade de desenvolvimento dos sistemas de saúde mais adequados para as condições existentes em cada época, são de considerar dois grupos de influências mais evidentes na evolução da saúde e da doença.

3.1. As interacções desencadeadas pelo *desenvolvimento económico* sobre as estruturas de serviços e nível de saúde da população são cada dia melhor conhecidas e podem ser resumidas em três escalões evolutivos:

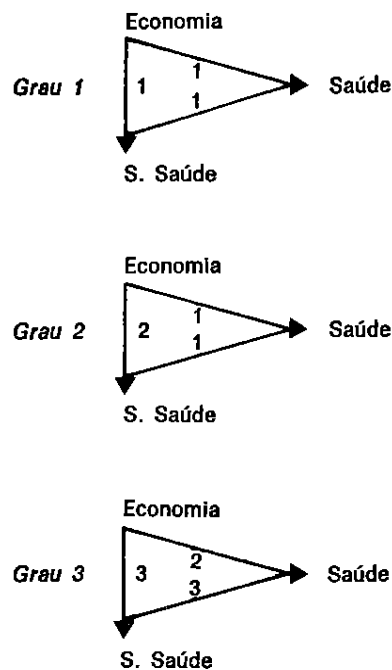
— *Grau 1*. Corresponde à fase de desenvolvimento económico incipiente, que tem ainda pequena influência e praticamente igual sobre serviços de saúde e nível de saúde, por um lado, e sobre o nível de saúde, por intermédio dos serviços de saúde, por outro. É característico das populações atrasadas, com baixa capacidade de trabalho, estruturas deficientes e fraco rendimento per capita, em que a economia não permite a organização de medidas de intervenção adequadas, incluindo a formação de pessoal, nem há

condições de higiene, alimentares e de ambiente favorecedoras da melhoria da saúde da grande maioria da população, que mantém um nível baixo. Os sectores materno-infantil e dos idosos são os mais críticos na população, e o padrão de doença é característico da primeira era da saúde pública;

— *Grau 2.* O efeito do maior desenvolvimento económico exerce-se predominantemente sobre as condições individuais e as infra-estruturas do meio ambiente, favorecendo simultaneamente a organização de alguns serviços e alguma melhoria das condições higiénicas do ambiente, enquanto os serviços de saúde desempenham ainda papel reduzido na elevação do nível geral de saúde, que se mantém em atraso na maioria da população, relativamente aos grupos populacionais mais desenvolvidos, continuando os sectores críticos a ser os atrás indicados. O padrão de doença começa a modificar-se e prenuncia a segunda era da saúde pública;

— *Grau 3.* O grande desenvolvimento económico tem impacto, mais ou menos paralelo, no desenvolvimento de serviços de saúde, mantendo o anterior efeito favorável directo sobre o nível geral de saúde, cuja melhoria passa, agora, a ser essencialmente dependente da actuação dos serviços de saúde. Assiste-se ao progresso acentuando de alguns sectores mais influenciáveis pelas medidas de promoção da saúde, de luta contra a doença e de tratamento e recuperação dos doentes. Mas, ao mesmo tempo, criam-se novas condições de vida com aumento de riscos específicos de saúde, não previstos medicamente, que transferem para a população, relativamente aos grupos populacionais mais diferenciados, as causas de falta de saúde, originando as perturbações leves, médias e de alta gravidade que caracterizam a morbilidade na segunda era da saúde pública.

Exemplificação gráfica dos Graus 1, 2 e 3:



3.2. A perspectiva da saúde e da doença em termos *demográficos* apresenta enorme importância pelas variações ou mudanças que ocorrem nos níveis de saúde ao longo da vida, e consequentes incidências de doenças nos diferentes grupos da população, em relação com a passagem de um para outro dos três graus evolutivos referidos em 3.1. Estas mudanças podem resumir-se na forma de indicadores avaliados quantitativamente, que no fundo são igualmente qualitativos:

— *Aumento da duração da vida humana.* Avaliada pela esperança de vida ao nascimento, está em aumento em todas as populações que entraram na civilização e acompanha o progresso desta. A esperança de vida duplicou, praticamente, nas populações evoluídas desde o começo do século XX (EUA: 40 anos em 1900; cerca de 80 anos em 1985), sendo maior no sexo feminino, com uma diferença para mais de 4-5 anos, mas está também em aumento nas populações atrasadas, graças principalmente ao uso dos novos medicamentos e insecticidas e à baixa acentuada e progressiva da mortalidade infantil. Tem como consequência — bem visível nas populações em que a natalida-

de está a diminuir — o aumento rápido da proporção de pessoas idosas, alterando a estrutura clássica da população em que predominava o grupo etário dos jovens, modificando o padrão da morbidade e agravando problemas sociais e de funcionamento dos serviços de saúde, mal adaptados a estas novas condições;

— *Diminuição da mortalidade geral.* Tem-se caracterizado por baixa continuada, ou com intervalos de estacionamento tendendo para a diminuição, e grandes variações em sectores específicos (diminuição da mortalidade infantil e por doenças infecciosas, carências alimentares, doenças profissionais; aumento da mortalidade por afecções degenerativas cárdio-vasculares e similares, tumores malignos, doenças metabólicas, suicídios e acidentes). A expressão desta tendência tem sido muito clara nas populações à medida que evoluem, e semelhante para todas, com maior acentuação desde o fim da década de 40;

— *Mudanças na morbidade geral.* Estão a traduzir-se — exactamente ao contrário do que seria de prever — por aumento crescente de queixas de falta de saúde ao nível somático e mental em todos os sectores da população, na grande maioria sem substrato patológico sério. Mas as queixas por doenças graves têm aumentado na população mais evoluída, nos grupos etários da segunda metade da vida adulta e na terceira idade. Situações que se acompanham de aumento enorme do recurso a médicos, meios de diagnóstico e de terapêutica muito especializados e de consumo de medicamentos, e que constituem uma característica do problema saúde-doença na nossa época. Paralelamente, tem-se criado uma atitude psicológica e social de gosto e exuberância de divulgação das queixas de saúde pessoais. Dizer que tiveram ou têm doenças importantes ou enigmáticas que dão muito trabalho aos médicos e despesas aos serviços de saúde, incluindo análises laboratoriais, radiografias, provas novas, e que tomam diariamente vários medicamentos caros, é qualquer coisa que no presente, ao contrário do passado, muitas pessoas relatam publicamente, ao que parece não para se lamentarem, mas supondo que se valorizam. E quando lhes comentam tais situações, pondo em evidência que ter saúde e não precisar de tomar medicamentos é que significa atitude digna de elogio, muitas dessas pessoas sentem-se desgostosas e chegam a perguntar: «Mas eu não tenho direito

a estar doente»? Esta espécie de fascínio que resulta, em muito, da crença de que se deve fazer tudo para localizar num órgão a doença ou a simples queixa, porque depois há medicamentos ou terapêutica cirúrgica específica, tornou-se um factor importantíssimo de deseducação popular e de inversão do que deveria ser o funcionamento de um sistema de cuidados de saúde, orientando e regulando o apoio de que as famílias e comunidades precisam, e não se deixando submergir pelas solicitações incontroladas — sempre anárquicas e perturbadoras, além de muito caras.

3.3. A mortalidade e a morbidade continuam a ser as principais medidas — embora negativas — do nível de saúde, fornecendo a mortalidade dados muito mais limitados mas mais precisos. Ainda não se tornou mensurável em termos quantitativos, ou mesmo qualitativos, a *saúde positiva* na vida das pessoas, em que os parâmetros de avaliação seriam a ausência de morbidade, o alongamento da vida e, finalmente, o valor correlacionado da mortalidade por idades. Só com uma estrutura de serviços dotados de capacidade para recolherem, analisarem e utilizarem os dados acabados de pôr em evidência num sentido mais construtivo de trabalho adaptado às necessidades crescentes, será possível melhorar as insuficiências actuais.

4. A tendência para o aumento de custo dos serviços de saúde

Em face da realidade e características das condições observadas, correspondentes a factos que fazem parte de uma cadeia complexa cada dia com mais elos, não é de admirar que o custo dos cuidados de saúde tenha aumentado em proporção acelerada. Mas é mais de admirar que tenha ultrapassado, continuamente, ano a ano, em percentagem, o crescimento económico geral e o rendimento per capita. Os cuidados fornecidos não são, porém, ainda iguais e do mesmo custo para todos (nem nunca virão a sê-lo), embora a tendência seja para diminuir as desigualdades, estando o caminho aberto para fazer beneficiar a maior massa possível da população dos novos meios técnicos e terapêuticos, por maiores facilidades de acesso. O crescimento acelerado das despesas com a saúde é um problema dos anos recentes, e atingiu a maior expressão nos países ricos mais evoluídos. Por exemplo, em 15 anos, na RFA, os custos da saúde passaram de 7 biliões

de dólares (1970) para 37 biliões (1985), isto é, mais de cinco vezes, quando o aumento do rendimento per capita foi de pouco mais de duas vezes. Reconhece-se que tudo está a acontecer em condições idênticas no Mundo, principalmente em resultado da má adaptação dos serviços de saúde às mudanças do padrão de morbilidade e de comportamento social das populações, e dos erros cometidos por toda a parte no seu funcionamento (cobertura deficiente, prioridade dada à doença, má aplicação de investimentos, desperdícios escusados), do que resulta não serem colhidos benefícios na melhoria da saúde proporcionais às despesas feitas.

De resto, os peritos da OMS concordam em que a presente proporção da riqueza já gasta com serviços de saúde nos países desenvolvidos será suficiente para manter padrões actualizados de cuidados, incluindo novos avanços da Medicina, se forem introduzidas mudanças estruturais apropriadas, de acordo com os conhecimentos adquiridos e ainda não aplicados.

Este é também o nosso ponto de vista pessoal e corresponde ao principal objectivo do presente trabalho confirmá-lo para Portugal, pondo em evidência os conhecimentos em que se baseia e as possibilidades existentes.

Mas irão permiti-lo, ou facilitá-lo, o conceito idealista de «saúde para todos no ano 2000», em vez do conceito realista de «serviços de saúde para todos», e a aceitação generalizada de que os países mais evoluídos devem ser imitados nas despesas de saúde que fazem, quando estas ocorrem em consequência de erros que as exageram desnecessariamente?

5. Nesta *Introdução* foram postos em evidência os factos e os problemas que nas últimas dezenas de anos se foram acumulando em consequência das experiências de funcionamento dos serviços prestadores de cuidados de saúde e dos conhecimentos adquiridos sobre novas necessidades estratégicas para enfrentar as mudanças em evolução das características da saúde e da doença.

Nos cinco capítulos seguintes serão analisados os objectivos — em termos de plano estratégico, programas executivos, meios funcionais e investimentos — que Portugal precisa de estabelecer de imediato, para recuperar o atraso crescente em que se deixou cair e evitar novos erros, já previsíveis.

BIBLIOGRAFIA SUMÁRIA

CORREIA DE CAMPOS, A. — SAÚDE: O custo de um valor sem preço. Lisboa. Editora Portuguesa de Livros Técnicos e Científicos, 1983.

GONÇALVES FERREIRA, F. A. — Serviço Nacional de Saúde e cuidados primários de saúde. *Arquivos do Instituto Nacional de Saúde*, 4, 1980, 295-316.

GONÇALVES FERREIRA, F. A. — Moderna Saúde Pública. 5.ª edição. Lisboa, Fundação Calouste Gulbenkian, 1983.

GONÇALVES FERREIRA, F. A. — Saúde, valor com preço. *O Médico*, 111, 1984, 125-130.

GREEN, D. G. — Challenge to the NHS. IEA. London, 1986.
HOLLAND, W. W., et al — Oxford textbook of public health. Vol. 1, 2, 3, 4. Oxford, University Press. 1984-1985.

OLTRA, B.; MIGUEL, J. M. — Sistema sanitario y cambio social. «Papers»; *Revista de Sociologia*, 5, 1976, 55-59.

SOUSA, F. C. — Sistemas de saúde (VI Congresso Nacional de Medicina). *Rev. Ordem dos Médicos*, 7, 1986, 86.

WALTA, G.; VAUGHAN, P. — Politics of health planning. World Health Forum, 7, 1986, 44.

WHO — Targets for health for all. Regional Office for Europe. Copenhagen, 1985.

CAPÍTULO I

A ENTRADA DE PORTUGAL NA SEGUNDA ERA DA SAÚDE PÚBLICA

A SITUAÇÃO DA SAÚDE E DA DOENÇA

1. Tal como os países desenvolvidos, embora com 15-20 anos de atraso e em alguns aspectos da saúde ainda mais (mortalidade infantil, incidência de diversas doenças infecciosas, saneamento), Portugal passou a apresentar mudanças acentuadas do padrão de doença característico da passagem da primeira para a segunda época da saúde pública (*Introdução: 2.2*). E, também, mudança na forma de encarar a luta contra a doença. Durante o período de 20 anos das décadas de 50 e 60, foram construídos no País pequenos hospitais praticamente em todos os concelhos, na suposição de que o tratamento local dos doentes em regime de internamento próximo do seu local de residência era uma medida adequada de política de saúde, ao mesmo tempo que se desenvolveram os serviços médicos da Previdência para trabalhadores do sector secundário e suas famílias, e os serviços de saúde ainda incipientes organizavam campanhas de vacinação contra algumas doenças infecciosas de grande incidência infantil.

Estes meios de intervenção, dependentes de direcções diferentes, foram sempre insuficientes no funcionamento e nos recursos humanos e não chegaram a ser coordenados nem tiveram em conta as perspectivas de mudança que a experiência doutros países anunciava. Como se referirá no Capítulo II, só no começo da década de 70 foram criadas novas estruturas de serviços, delineadas para novas acções. Em termos genéricos, a nossa actuação pautava-se por esquemas pouco evoluídos de tratamento dos doentes e de medidas rudimentares de prevenção de algumas doenças infecciosas de grande incidência ou prevalência, baseados em ideias ou realidades geralmente desfavorecedoras, compreendendo no conjunto:

- a aceitação da responsabilidade individual dos doentes pelo seu tratamento (escolha do médico ou hospital) e encargos financeiros;
- cobertura médica progressiva pela Previdência de grupos profissionais, quase só na doença; algum financiamento estatal para pobres e servidores do Estado;
- campanhas de vacinação infantil gratuita, conduzidas com dificuldades técnicas;
- falta de apoio à família (educativo, vigilância,

triaagem de doentes) e na vida profissional; o mesmo em relação à população escolar;

- medidas especiais de luta contra os vectores (paludismo, em especial), de amplitude crescente embora com meios reduzidos;
- falta de higienização do meio ambiente, com medidas sanitárias escassas, insuficientes para assegurarem condições favoráveis de saúde.

Mas a primeira era da saúde pública, em que se inserem as intervenções indicadas, tinha-se caracterizado nos países evoluídos pela insistência na organização e aperfeiçoamento da luta contra as doenças infecciosas e parasitárias, as doenças por carências alimentares, as faltas de higienização do meio ambiente (água de consumo, alimentos, habitação, saneamento geral, poluição, luta contra os vectores) e dos locais de trabalho, que eram os factores de maior risco e gravidade para a saúde, tanto nas populações urbanas como rurais. Ao mesmo tempo, foram sendo criados meios mais generalizados e eficientes de cuidados curativos na doença, pela estruturação de serviços de saúde de maior amplitude de acção e descoberta de novos medicamentos, vacinas e agentes físicos, e aperfeiçoamento da recuperação. Os benefícios conseguidos foram muito grandes e algumas doenças graves foram mesmo erradicadas em núcleos importantes das populações evoluídas (varíola, raiva, lepra, tétano, paludismo) ou muito diminuídas (sarampo, tosse convulsa, difteria, febre tifóide, tuberculose). A primeira era da saúde pública saldou-se, assim, por uma série de conquistas altamente favoráveis para a saúde das populações, pela luta directa contra os factores conhecidos de doença ou as próprias doenças dominantes, naturalmente em escala muito diferente de uns países para outros.

Aconteceu, porém, que rapidamente aumentaram outras doenças menos conhecidas e com características diferentes de incubação, gravidade, duração e dificuldade de tratamento, para a luta contra as quais as medidas aperfeiçoadas no passado pelos serviços de saúde se revelaram inadequadas ou completamente ineficazes.

Portugal encontrou-se nos anos recentes na situação de manter muitos dos problemas do passado e ter já a acumular-se muitos outros da época presente, estando, portanto, numa fase intermédia, que corresponde ao que chamamos a entrada na *segunda era da saúde pública* — que é uma posição de grande dificuldade pelas responsabilidades que envolve, tanto na necessidade de tentar a recuperação do atraso como de aproveitar o que têm de útil as experiências de outros países pioneiros, por enquanto insuficientemente adequadas.

Sem interromper as medidas anteriores da primeira época da saúde pública, ainda indispensáveis e provavelmente necessárias em escala de rotina limitada por muito tempo, torna-se agora preciso desenvolver esforços diferentes de luta contra os factores que forem sendo identificados como responsáveis pelas perturbações de saúde que se tornaram dominantes — desde as queixas leves, extremamente difundidas e criadoras de mal-estar, às doenças altamente incapacitantes e letais. Além do alastramento de algumas doenças infecciosas, sobretudo de vírus e bactérias, anteriormente desconhecidas ou mal identificadas, para as quais não se dispõe ainda de meios preventivos, aumentaram de incidência a obesidade, diabetes, hipertensão, afecções cárdio-vasculares e cérebro-vasculares (para alguns grupos), particularmente do tipo isquémico e trombótico (aterosclerose), algumas doenças do aparelho digestivo graves (úlcera, calculose biliar, diverticulose, colite, tumores malignos) e respiratórias crónicas (bronquite, asma, enfisema), doenças metabólicas e reumatismais, afecções osteoarticulares, tumores malignos de praticamente todo o organismo, a própria cárie dentária — todas com características de cronicidade associada a degenerescência celular-tecidual — a que vieram juntar-se perturbações da saúde mental, aumento dos acidentes e suicídios e anomalias do comportamento, sobretudo de jovens, com crescente envolvimento do sexo feminino.

2. Na falta de um padrão avaliativo da saúde positiva (*Introdução*: 3.3), é o padrão de doença elaborado a partir dos dados da mortalidade e alguma informação da morbilidade registada, que nos ajuda a conhecer o estado de saúde e doença da população portuguesa, no que se refere às doenças dominantes.

2.1. O padrão português de doença em mudança

Os dados estatísticos da mortalidade resumidos no quadro seguinte ⁽¹⁾:

Óbitos por causas (em % do total dos óbitos)	1960	1970	1980
Doenças infecciosas e parasitárias	6,1	2,6	1,6
Doenças do aparelho circulatório	29,5	35,5	43,5
Tumores malignos	9,3	11,7	15,0
Doenças do aparelho respiratório	10,7	10,6	7,7
Doenças do aparelho digestivo	10,7	7,5	5,5
Acidentes, envenenamentos, violências	4,4	5,5	7,1

mostram que entre 1960 e 1980, dos 6 grupos de óbitos por causas identificadas mais importantes, 3 sofreram baixa acentuada e os três restantes sofreram aumento. Em termos percentuais, a maior baixa verificou-se nos grupos das doenças infecciosas e parasitárias (83,8%), do aparelho digestivo (48,6%) e do aparelho respiratório (28,0%), sabendo-se que neste último grupo a tuberculose representa ainda peso importante. Os maiores aumentos verificaram-se para os tumores (61,5%), acidentes (60,9%) e doenças do aparelho circulatório (47,4%). De 1980 para 1983, a mortalidade por doenças infecciosas e parasitárias diminuiu mais 0,4 pontos, ficando em 1,2%, mas aumentou 2 pontos para as cárdio-vasculares (45,5%), 0,6 pontos para os tumores (15,6%) e 0,8 pontos para os acidentes (7,9%).

Nas doenças cárdio-vasculares, foi a doença isquémica do coração a componente que mais aumentou, seguida dos acidentes cérebro-vasculares, estes de grande incidência nos idosos, enquanto a doença isquémica é predominante na segunda metade da vida adulta. A hipertensão arterial, que aparece muito relacionada com as doenças cárdio-vasculares e acidentes cérebro-vasculares, é um factor de grande peso na patologia da população portuguesa ⁽²⁾.

Importantes têm sido as mudanças na mortalidade infantil, que traduz de forma sensível a saúde durante o primeiro ano de vida. Entre 1970 e 1982 o seu valor baixou continuamente de

59,8‰ para 19,8‰, ou seja uma descida de 68,2 %, mas manteve-se ainda muito acima dos valores da ordem de 7 ‰ dos países mais adiantados. Entrou, entre nós, na casa dos 30, depois da reforma de saúde de 1971, sendo em 1974 de 38,9 ‰ e passou para a casa dos 20, por volta de 1978.

As mudanças apontadas tiveram pouca influência no valor da mortalidade geral da população, que se tem mantido ao longo dos 15 anos últimos com ligeira tendência para diminuir, e pouco inferior a 10 ‰ no conjunto da população.

Os dados estatísticos da morbidade são muito limitados, porque o seu registo não é feito com obrigatoriedade, nem transposto dos serviços de saúde e consultórios médicos para um instituto central de análise (INE ou, talvez com mais razão, INSA), excepto no que diz respeito a algumas doenças infecciosas e profissionais, de resto em moldes extremamente limitados e pouco seguros.

Alguns dados recentes do Inquérito Nacional de Saúde conduzido pelo DEPS na área da Grande Lisboa (3), mostram que as principais causas de consulta ao médico por doença se relacionam com:

	%
Aparelho respiratório	33,5
Aparelho digestivo	13,4
Aparelho circulatório	7,3
Infecções	6,1
Traumatismos	3,8
Perturbações mentais	3,8

correspondendo, certamente, o terço restante a queixas de substrato inespecífico, embora não referidas.

Destas consultas, a clínica geral absorveu 58,6 % e as três especialidades mais solicitadas foram a pediatria (7,8 %), estomatologia (6,8 %) e ginecologia-obstetrícia (4,4 %).

Dados mais pormenorizados recolhidos para o ano de 1978 (4) indicavam que o número de consultas efectuadas ao nível dos Serviços Médico-Sociais da Previdência era da ordem de 21,8 milhões, a que se acrescentavam cerca de 4 milhões, ao nível dos centros de saúde e hospitais.

Das consultas da Previdência, cerca de 76 % foram de clínica geral; e as especialidades mais solicitadas: pediatria, estomatologia, ginecologia e cirurgia.

Um quadro comparativo destes valores e dos de dois padrões correspondentes, respectivamente, a populações atrasadas e populações evoluídas, indicaria que a nossa posição era intermédia:

	Previdência	Padrão pouco evoluído	Padrão evoluído
	%	%	%
Consultas por doença ou tratamento	90,1	95,0	76,0
Clínica geral	75,9	90,0	61,0
Especialidades	14,2	5,0	15,0
Consultas para vigilância da saúde	9,9	5,0	24,0

Desde 1978, o número de consultas aumentou proporcionalmente muito mais do que o correspondente ao aumento da população, calculando-se no presente em cerca de 36 milhões ou mais. Este aumento de 10 milhões, em 7 anos, equivale a 38,5 %, quando o aumento da população não deverá ter ultrapassado 5 %.

Pode-se, portanto, concluir que a população portuguesa procura cada vez mais serviços médicos, o que seguramente indica mudança desfavorável no seu padrão anterior de doença, para além das atitudes de deseducação para a saúde referidas (Introdução, 3.2). Diversas análises o confirmam (6, 7, 8).

2.2. Factores desfavoráveis à saúde em evolução

As doenças infecciosas que são consideradas, justificadamente sob o ponto de vista epidemiológico, perigos do ambiente, constituem percentagem muito alta da morbidade geral, mas apenas 1 % da mortalidade, e destes, cerca de 1/3 são ainda causados por tuberculose. Os dados do Inquérito Serológico Nacional efectuado pelo INSA em 1979-1980 (5), sob plano dos Profs. Laura Ayres e J. M. Soares de Oliveira, vieram mostrar que 19 afecções (bacterianas, virais e parasitárias) estudadas têm disseminação irregular, mas mais ou menos generalizada, desde a infância, na nossa população. E que grandes sectores desta se mantêm susceptíveis; em risco, portanto, de infecção.

A combinação da falta de exercício, progressivamente em aumento sobretudo nas populações

urbanas, com o excesso de calorias de gorduras, proteínas e hidratos de carbono de baixo peso molecular e o abuso de álcool e tabagismo aparecem no presente, em conjunto, como as causas principais de doença somática e psíquica de alguma gravidade, ao mesmo tempo que são responsabilizados por mais de 80 % das mortes totais na população. O alcoolismo é factor importante de instabilidade psíquica, de abaixamento do nível geral de saúde, de patologias variadas e de morte prematura, e mais de 5 % dos portugueses são bebedores em excesso. O fumar é, por sua vez, adjuvante de doenças respiratórias, digestivas, circulatórias e infecciosas, além de ser causa de pelo menos 1 morte entre 10-15 das mortes totais, e está a aumentar entre a juventude, sobretudo raparigas.

O desemprego, por pior alimentação, baixa higiene pessoal, desprezo pela condição física, uso de drogas e intoxicantes menores e libertinagem em maior proporção do que nas pessoas empregadas, contribui para a deterioração da saúde de grupos populacionais heterogéneos de jovens, adultos e idosos.

A situação de atraso na resolução das nossas insuficiências de saneamento do meio ambiente e algum aumento da poluição que se deve prever, não favorecem a melhoria do estado de saúde.

Outro factor desfavorável é a desorientação e desarticulação funcional em aumento dos nossos serviços de saúde, acompanhadas de baixa de rendimento dos seus quadros de pessoal e de contacto directo com as famílias e comunidades.

3. Em termos práticos, Portugal ao entrar na segunda era da saúde pública encontra-se na posição de ter de enfrentar dois grandes grupos de problemas, no que se refere à saúde e à doença. Um, que diz respeito à situação ainda pouco favorável do nível de saúde da sua população dependente de factores de morbilidade e mortalidade já dominados noutros países, a que se estão a acrescentar os novos tipos de patologias em aumento, para os quais não preparámos medidas de luta; de resto, difíceis de estabelecer e muito limitadas nos efeitos que se podem esperar, de acordo com a experiência do último quarto de século em diversas populações. Outro grupo de problemas refere-se à estrutura e qualidade dos meios de intervenção na doença, necessários para atender as solicitações da população e promover o apoio de que esta precisa para melhorar a sua saúde e ajudar os seus elementos a adoecerem menos.

O primeiro grande grupo compreende esquematicamente:

- os problemas ainda por enfrentar ou resolver da primeira era da saúde pública;
- os problemas em evolução característicos da segunda era da saúde pública.

O segundo grande grupo de problemas depende fundamentalmente:

- da aplicação duma política de saúde concreta, que determine o delineamento das medidas de planeamento e execução das actividades a desenvolver em todos os sectores relacionados com a saúde individual e colectiva, incluindo a formação de quadros de pessoal adequadamente preparado para enfrentar as novas tarefas;
- da organização pelo Estado, comunidades e indivíduos, ou seus grupos, de serviços e acções capazes de satisfazerem as necessidades de saúde identificadas.

A este segundo grupo diz respeito o Capítulo II, que se segue.

BIBLIOGRAFIA

- 1 — GONÇALVES FERREIRA, F. A. — Padrão de doença em Portugal e suas tendências. *Arquivos do Instituto Nacional de Saúde*, 5, 1981, 59-64.
- 2 — PEREIRA MIGUEL, J. M. — A epidemiologia da pressão arterial e a lipidémia em amostras da população portuguesa. Dissertação de Doutoramento. Lisboa, 1983.
- 3 — DEPARTAMENTO DE ESTUDOS E PLANEAMENTO DA SAÚDE — Inquérito Nacional de Saúde na Área da Grande Lisboa. DEPS, 1983.
- 4 — Citado em 1.
- 5 — AYRES, L.; SOARES DE OLIVEIRA, J. M. (plan.) e outros — Inquérito serológico nacional. *Arquivos do Instituto Nacional de Saúde*, 8, 1983, 1-111.
- 6 — DIA DO INSA (GONÇALVES FERREIRA) — A saúde da população portuguesa. A análise na segunda era da saúde pública. *Arquivos do Instituto Nacional de Saúde*, 9-10, 1984/1985, 15-36.
- 7 — DIA DO INSA II (LEAL DA COSTA, F.) — Perspectivas actuais da saúde pública em Portugal. *Arquivos do Instituto Nacional de Saúde*, 9-10, 1984/1985, 37-50.
- 8 — DIA DO INSA III (CAYOLLA DA MOTA, L. A.) — A saúde em Portugal nos meados da década de 80. Desigualdades regionais. *Arquivos do Instituto Nacional de Saúde*, 11, 1986.

CAPÍTULO II

UMA POLÍTICA DE SAÚDE EM PORTUGAL SISTEMA E SERVIÇOS DE SAÚDE

1. Portugal procurou definir em 1971 (Decretos-Leis n.ºs 413 e 414/71, de 27 de Setembro) uma política concreta de saúde para o País, aberta para o futuro, e estruturar a rede de serviços e de ligações com outras entidades que deviam assegurar a sua execução — com começo ainda no ano de 1971-1972 (1, 2).

Esta política não só estabelecia os princípios políticos, técnicos e administrativos, as bases da organização e do funcionamento dos serviços considerados necessários e a extensão da cobertura que deveria ser fornecida à população, como definia as medidas complementares de apoio, protecção e defesa da família e dos indivíduos socialmente diminuídos. Procurava-se, assim, e seria possível fazê-lo, dar ao País os meios adequados para enfrentar as condições de saúde-doença então existentes e ir prevenindo os riscos inevitáveis — na parte controlável — da nossa entrada na segunda era da saúde pública.

Em resultado da falta de vontade, inoperância ou ignorância governativa e das pressões médicas no sentido de prevenir mudanças profundas que estavam à vista, assistiu-se, desde 1972, uma vez instalado o esquema e iniciado o seu funcionamento com êxito rápido, a sucessivas intervenções negativas e desencontradas, que se prolongaram até hoje (1986) e conduziram à presente situação de incerteza, ambiguidade e degradação de todo o nosso sistema de saúde (3).

Ao mesmo tempo, o preceito da Constituição de 1976, de organizar um «serviço nacional de saúde», veio inserir-se confusamente na vida política nacional, porque nem os políticos nem a população sabiam bem o que isso fosse, e a grande maioria da classe médica se mostrava desinteressada ou não aceitava com agrado o tipo de responsabilidades que um tal serviço nacional iria implicar.

Daqui, a nossa actual situação de profunda desorientação, gastos enormes e resultados negativos ou insuficientes, conforme os sectores das actividades de saúde, de um extremo ao outro do País, sem excepções. Importa, agora, fazer o que for mais conveniente para a saúde da população e corrigir os erros essenciais, que vão do mau funcionamento, à fraude e à irresponsabilização generalizada, desde o meio rural e local aos grandes centros urbanos.

2. Os princípios e as bases da política de saúde definida em 1971

A reforma da saúde de 1971 associou a política de saúde à da família e considerou-a, bem como ao fomento das actividades, da responsabilidade do Estado, em que era preciso atender ao planeamento e articulação dos programas a executar, à organização e aperfeiçoamento de um sistema de serviços básicos, à importância da iniciativa e das actividades particulares e à cooperação activa das populações, promovendo o interesse destas pela criação, manutenção e progresso dos serviços de saúde locais ajustados às suas necessidades reais.

Dentre os objectivos implícitos nesta política de saúde, são inovações de acentuar:

- o *direito à saúde*, considerado como direito de personalidade e sem discriminação;
- assegurar a cada pessoa o *livre acesso* aos serviços de saúde de que tem necessidade, salvo as restrições impostas pelo limite dos recursos humanos, técnicos e financeiros disponíveis;
- o *planeamento* das actividades e prioridades e a atribuição dos recursos;
- assegurar a *cooperação* de meios adequados na segurança e promoção social dos indivíduos e dos seus agrupamentos naturais e, paralelamente, valer aos seus estados de carência.

As actividades a empreender compreendiam as necessárias para melhorar a saúde da população, pelo apoio directo aos indivíduos, famílias e comunidades:

- a promoção activa da saúde e da prevenção da doença;
- o tratamento rápido dos doentes e a reabilitação;
- a protecção e defesa da família como unidade básica da sociedade e elemento alta-

mente condicionador da saúde e da doença dos seus membros;

— a protecção dos indivíduos física, psíquica ou socialmente diminuídos, do nascimento à terceira idade;

— a coordenação dos recursos a aplicar de imediato e a médio e longo prazo.

Eram consideradas prioritárias as actividades encadeadas de promoção da saúde e de prevenção da doença, a desenvolver pelas novas estruturas de serviços para isso organizadas e trabalhando em contacto directo com a população. Seguiam-se-lhe, com carácter de prioridade paralelas, o atendimento dos doentes e o seu mais rápido tratamento, pelo acompanhamento ao nível familiar das pessoas, aconselhamento e triagem dos necessitados.

No exercício das actividades de saúde, deveria atender-se:

— à natureza unitária da pessoa humana e ao respeito pela sua dignidade, condição social e integridade moral;

— à família, como instituição básica do desenvolvimento integral do homem e primeira responsável pelo acompanhamento e bem-estar dos seus membros e unidade funcional estruturativa da comunidade;

— à coordenação das actividades do sector público com as actividades do sector privado, em especial a prática médica — individual e de grupo —, tendo em atenção o seu espírito e missão tradicionais e os aspectos técnicos e do custo da prestação dos cuidados desejados.

Deste enunciado se deduz que a política de saúde considerada tinha em vista:

— conseguir a melhoria da saúde para todos, isto é, segundo o princípio da equidade (reduzir as diferenças de benefícios usufruídos pelas pessoas no País);

— contribuir para que as pessoas possam adquirir em escala progressiva melhores níveis de bem-estar e de vida económica e social produtiva, no interesse individual, familiar e das novas gerações;

— considerar a promoção e a prevenção da doença num sentido de saúde positiva, entendido como aquisição de maior capacidade física, mental e emocional pelas pessoas no meio em que vivem, maior duração de vida e redução progressiva das queixas de saúde e da utilização de medicamentos;

— obter a cooperação multi-sectorial de todas as entidades relacionadas com a saúde e a doença, particularmente do corpo médico, ao qual deverá ser proporcionada formação geral adequada, bem como de especialidades, o mesmo acontecendo para o outro pessoal de saúde;

— articular a prestação de cuidados gerais de saúde — rotulados no presente de cuidados de saúde primários —, considerados como foco do sistema de saúde na satisfação das necessidades de saúde de cada comunidade, com os cuidados hospitalares e de especialistas para assegurar local e regionalmente um eficaz apoio no tratamento dos doentes;

— desenvolver a participação das pessoas, instituições e comunidades nas actividades de saúde, tanto no que se relaciona com o funcionamento do sistema de saúde e a investigação em saúde, como na consecução dos pré-requisitos fundamentais para a saúde: alimentação adequada, habitação saudável, água potável, saneamento geral, ensino-educação, rendimento acima de um mínimo de segurança, disciplina e paz social, satisfação de ter cu vir a ter com saúde um papel activo na sociedade; o que envolve consciencialização dos deveres pessoais;

— proceder à formação adequada de recursos humanos e ao seu recrutamento coordenado, desde o meio local e conforme o princípio de satisfação das necessidades.

Estavam, assim, equacionadas as bases estruturais e normativas da política de saúde necessária para enfrentar os problemas de saúde e, particularmente, as mudanças previstas na passagem da primeira para a segunda era da saúde pública. Este ponto é considerado definitivo e pensa-se que foi delineado com toda a segurança. O mesmo se conseguiu com a estruturação do

sistema de saúde, que deveria executar as actividades correspondentes e passou a dispor logo de início dos meios técnicos essenciais.

3. O sistema de saúde e a sua orgânica. As carreiras profissionais

Na linha de orientação para uma reforma correcta dos serviços de saúde portugueses, foram tidas em consideração três ordens de factores (4):

- relação entre a capacidade então existente de organizar um novo sistema de saúde, nível de desenvolvimento sócio-económico da população e sua tendência de progresso e o sistema político em mudança com formas de governo favoráveis;
- potencialidade de aplicação prática de técnicas e meios de luta contra as doenças que a Medicina adquiriu ao emergir de arte e ciência individualista, ocupando-se de

poucas pessoas ao mesmo tempo, em ciência social, tendo por objectivo e campo de trabalho toda a população;

- conhecimento do nível diferente de resultados conseguidos na melhoria da saúde pela aplicação mais ou menos rápida e mais ou menos extensa dos novos conhecimentos adquiridos pela via da experiência e da investigação, utilizando estruturas funcionais adequadas e inovadoras na orgânica geral dos serviços.

Simultaneamente, assentou-se na premissa de que o estabelecimento de uma política de saúde ajustada às condições evoluídas médico-sanitárias e demográficas, condicionaria normas administrativas e meios de trabalho modernos e eficientes em cada nível funcional dos serviços.

3.1. O esquema de regionalização e de serviços do sistema em funcionamento, coordenado com o corpo médico e instituições privadas, compreendia:

ESCALÕES DE REGIONALIZAÇÃO

<i>Central</i>	Órgãos centrais de estudo, planeamento, orientação e avaliação nacional
<i>Local</i>	Órgãos executivos e de avaliação local
Região	Inspecção Coordenadora Hospitais Centrais Laboratórios Centrais de Saúde Pública
Distrito	Conselho Coordenador Centro de Saúde Distrital e Autoridades de Saúde Hospitais Distritais Laboratório de Saúde Pública
Concelho	Comissão Coordenadora Centro de Saúde Concelhio e Autoridades de Saúde Hospitais Concelhios
Freguesia	Postos de Saúde

O *esquema funcional* compreendia, em resumo:

<i>Serviços Centrais</i>	Coordenação, planeamento direcção da execução
Secretaria Geral	Coordenação e apoio técnico e administrativo
Gabinete de Estudos de Planeamento	Funções consultivas de estudo e planeamento
Instituto Nacional de Saúde e Escola Nacional de Saúde Pública	Investigação em todos os domínios da saúde. Ensino. Apoio científico ao delineamento do plano de saúde
Direcções-Gerais	Orientação e direcção superior da execução das actividades de saúde
Direcção-Geral de Saúde	Funções gerais de organização da cobertura médico-sanitária do País. Orientação e coordenação das actividades de promoção da saúde e de luta contra a doença. Cuidados médicos de base
Direcção-Geral dos Hospitais	Funções gerais de orientação do funcionamento dos hospitais centrais e distritais. Apoio à Direcção-Geral de Saúde no internamento de doentes
Direcção-Geral da Assistência Social	Funções gerais de apoio à família e aos indivíduos deficientes. Promoção da integração social
<i>Serviços Locais</i>	Execução das normas da política de saúde e de assistência social
Região	Representação das Direcções-Gerais
Inspeção Coordenadora	Coordenação das actividades médico-sanitárias, hospitalares e assistenciais
Distrito	Funções da autoridade de saúde para o conjunto da área distrital
Director de Saúde	Planeamento e direcção da execução e da avaliação das actividades de saúde na área
Centro de Saúde	Execução da cobertura médico-sanitária e laboratorial
Conselho Coordenador	Apoio ao director de saúde, análise e avaliação da situação da saúde no distrito
Concelho	Funções de autoridades de saúde para o conjunto da área do concelho
Delegado de Saúde	Planeamento, execução e avaliação das actividades de saúde na área
Centro de Saúde	Execução da cobertura médico-sanitária e laboratorial na área
Comissão Coordenadora	Apoio ao delegado de saúde em representação das actividades de saúde e assistência do concelho
Freguesia	Execução local das tarefas de apoio à competência do centro de saúde concelho

3.2. Actividades dos centros de saúde

Como unidades orgânicas integradoras das acções de saúde e assistência, as actividades dos centros de saúde compreendiam sectores tecnicamente diferenciados de trabalho — as chamadas valências —, tarefas de apoio directo às famílias e a colheita de dados informativos epidemiológicos e estatísticos.

O centro de saúde concelhio com as extensões dos postos de saúde dele dependentes dispunha duma estrutura vigorosa com capacidade para efectuar a cobertura geral da população adstrita, mediante o funcionamento de serviços interligados, sob a responsabilidade directa da autoridade de saúde, pelas valências de:

- Higiene do meio ambiente, higiene do trabalho e medicina do trabalho;
- Saúde materno-infantil, pré-escolar e escolar;
- Profilaxia das doenças evitáveis, com centros de vacinação permanentes;
- Saúde mental;
- Enfermagem de saúde pública, com visitaçāo domiciliária polivalente;
- Selecção e cuidados médicos elementares na doença, incluindo os domiciliários;
- Educaçāo para a saúde;
- Serviço social;
- Registos estatísticos.

Os hospitais concelhios passaram a ser considerados serviços de apoio dos centros de saúde, para o efeito do diagnóstico, tratamento e internamento de doentes, em relaçaō com a valência de cuidados médicos elementares ou de base.

A direcção do centro de saúde, da responsabilidade da autoridade de saúde, era exercida com o apoio da comissão coordenadora local. E as tarefas laboratoriais, prestadas pelos laboratórios de saúde pública ou privados, mediante acordo, e de triagem dos doentes a partir do centro ou do hospital concelhio obedeciam a normas programadas em conjunto com a autoridade de saúde distrital.

No escalão imediato, o centro de saúde distrital dispunha dos seguintes serviços integrados:

- Higiene do meio ambiente, higiene do trabalho e medicina do trabalho;
- Saúde materno-infantil, pré-escolar e escolar;
- Profilaxia das doenças evitáveis, com centros de vacinação permanentes;
- Profilaxia da cárie dentária; da cegueira; da surdez; do cancro;
- Saúde mental;
- Enfermagem de saúde pública, com visitaçāo domiciliária polivalente;
- Selecção e cuidados médicos, incluindo os domiciliários;
- Educaçāo para a saúde;
- Serviço social;
- Laboratório distrital de saúde pública;
- Registos estatísticos.

Tanto ao nível concelhio como distrital deveriam ser asseguradas regularmente consultas de especialidades, para as quais a populaçāo nāo tivesse acesso fácil em serviços hospitalares ou de clínica privada, podendo ser acrescentadas outras actividades que as necessidades aconselhassem.

Dois grupos de intervenções eram já orientados definitivamente para as novas tarefas de cobertura, em relaçaō com o espectro de patologias da segunda era da saúde pública:

- acompanhamento dos indivíduos desde o nascimento ao longo da vida, pelos sectores interligados da saúde materno-infantil, pré-escolar, escolar, trabalho, vigilância familiar e apoio social;
- a intervençāo das autoridades de saúde em todos os níveis administrativos na direcção das tarefas de promoçāo da saúde e de prevençāo da doença da populaçāo em con-

junto, particularmente na higienização do meio ambiente, dos alimentos e dos locais de trabalho e na luta contra a poluição.

3.3. As carreiras profissionais de saúde

Na concretização da política de saúde estabelecida em 1971, acabada de referir, o Decreto-Lei n.º 414/71, de 27 de Setembro, criou carreiras profissionais para os diversos grupos de pessoal dos serviços de saúde, dentro do princípio de proporcionar, simultaneamente, estímulo e compensação dos esforços exigidos, a desejável justiça nos acessos e o criterioso rigor no recrutamento. Sem eliminar «as iniciativas que, por outras vias, ajudem a encaminhar os serviços para a actuação plena e eficaz», dizia-se que «Frente ao desenvolvimento da ciência e ao progresso das técnicas, as actividades a promover no campo da saúde e da assistência social não se compadecem já com improvisações nem, por isso mesmo, com o preenchimento incondicionado dos cargos. Reclamam-se habilitações apropriadas à diferenciação de tarefas e uma actualização permanente».

As carreiras criadas, e outras que a lei permitia que viessem a ser criadas de acordo com as necessidades, abriam boas perspectivas de trabalho a todos os níveis dos serviços e de aperfeiçoamento destes. O número inicial foi de 12. Alterações posteriores e as distorções ocorridas nos serviços não permitiram que desta parte da política de saúde fossem obtidos bons resultados. Ver Capítulo IV.

BIBLIOGRAFIA

- 1 — MINISTÉRIO DA SAÚDE E ASSISTÊNCIA — Decretos-Leis n.ºs 413 e 414/71; Decretos n.ºs 35, 351 e 396/72. Imprensa Nacional, 1973.
- 2 — GONÇALVES FERREIRA, F. A. — Política de saúde em Portugal. Uma experiência de definição legislativa e de organização de serviços. Lisboa, 1972.
- 3 — GONÇALVES FERREIRA, F.A. — Que querem fazer dos serviços de saúde portugueses? *Notícias Médicas*, 13, 1983, 1112 (1-10) e 1113 (1-8).
- 4 — GONÇALVES FERREIRA, F. A. — Política de saúde e serviço nacional de saúde em Portugal. Lisboa, Granelo, 1975.

CAPÍTULO III

A FORMAÇÃO DOS MÉDICOS PARA A SEGUNDA ERA DA SAÚDE PÚBLICA

ENSINO MÉDICO GERAL E DE SAÚDE PÚBLICA

1. Tem aceitação universal na fase presente da organização da nossa sociedade a premissa de que os médicos são o elemento básico de um serviço de saúde dentro de um sistema que procure satisfazer as necessidades de conjunto da população. E que sem médicos bem preparados e em número adequado não é possível organizar cuidados de saúde satisfatórios.

Verificou-se, já, que o fracasso, até agora, dos programas da OMS de «saúde para todos no ano 2000», em execução no Terceiro Mundo, resulta em grande parte da falta de médicos nesses países e, sobretudo, de médicos com a formação necessária para dar execução coordenada a tais programas nas populações a que se destinam. O mesmo se poderia dizer do fracasso que também se observa nas populações evoluídas, exactamente na luta contra as doenças da segunda era da saúde pública, embora aqui não esteja em causa propriamente a falta de médicos, em número, mas as suas formação e utilização desajustadas das tarefas que é preciso desenvolver.

Embora não se possa pôr em dúvida que a organização de serviços de saúde exige a colaboração com os médicos de muitos outros técnicos e elementos administrativos, a experiência mostra que os médicos são as unidades técnicas chave e, mais do que isso, que é errada e causadora de grandes atrasos no aperfeiçoamento dos serviços e de aumento dos custos a insistência moderna de certos grupos de pressão, de individualidades políticas e dos governantes, de submeterem os serviços de saúde à preponderância logística de administrativos, em vez de preparar médicos para as responsabilidades de direcção a todos os níveis de execução dos programas de saúde e da avaliação dos resultados.

Na sequência das medidas tomadas para enfrentar os problemas portugueses de saúde, referidas no Capítulo II, elaborámos em 1973 ⁽¹⁾ um plano de estudos para a formação ajustada dos médicos: *O ensino da Medicina centrado nas ciências fundamentais e na colectividade*, que aqui se repete com ligeiras alterações.

Com ele se procurava remediar, e continua a procurar, defeitos essenciais do ensino universitário — considerado por toda a parte pouco satis-

fatório, mas mantendo-se ao longo dos anos sem mudanças significativas e, em geral, quando estas aparecem, conduzindo a maior degradação e não a melhoria. É o caso do ficcionismo do aumento da escolaridade, da pulverização dos assuntos estudados, a falta ou má inserção dos alunos desde o início nas actividades concretas de aprendizagem, da falta de responsabilidade a que estes se habituem, pela sua não integração na vida escolar, da concentração do ensino nos aspectos clínicos da doença e não da saúde geral da comunidade — o que entre nós conduz à ideia de que o futuro médico deve preparar-se mais para lidar com os doentes, a troco de dinheiro, do que preparar-se, sim, para ganhar dinheiro ajudando a melhorar a saúde das populações, fazendo diminuir o risco de muitas doenças.

Há, evidentemente, excepções e mesmo diferenças acentuadas no ensino de escola para escola, entre as escolas médicas nacionais e muito mais entre as estrangeiras — algumas das quais se têm dedicado a experiências parcelares ou no sentido global que aqui acentuamos —, mas a expressão geral pelo que se conhece dos resultados é a indicada. Em nenhuma escola médica actual parece ser feito ensino de graduação completamente orientado para satisfazer as necessidades que as mudanças em evolução dos problemas da saúde-doença exigem.

2. Um plano de estudos médicos para a segunda era da saúde pública

Em termos nacionais, dois pontos de partida do plano de estudos precisam de ser definidos:

— o novo tipo de médicos que é proposto para atingir os objectivos implícitos nas actividades que se considera indispensável desenvolver;

— a previsão do número aproximado de médicos que deverão ser licenciados anualmente, de acordo com as necessidades e a capacidade de formação em boas condições pelas escolas médicas. Estas tarefas incum-

birão aos órgãos centrais de estudo e planeamento da saúde, em colaboração com os órgãos representativos da classe médica.

Outros dois pontos são de considerar no delineamento do esquema:

- a modalidade do ensino — integrado, coordenado, livre — que será mais conveniente ou aplicável com mais êxito por cada uma das escolas, em face das condições existentes e dos meios disponíveis;
- o plano de estudos com um mínimo de uniformidade, tendo em vista o novo tipo de médicos a preparar, no que se refere a duração do curso, fases que deve compreender, distribuição das matérias e actividades pessoais a desenvolver em cada fase e horários — isto é, um currículo bem definido e aperfeiçoável.

Com o ensino integrado total ou parcial, este adaptado a cada fase ou grupo de matérias, procura-se, de acordo com as sugestões da OMS (2):

- a apresentação simultânea das matérias referentes ao mesmo assunto, mas dispersas por disciplinas de estudo diferentes, permitindo a assimilação e a integração mais fácil dos dados a conhecer;
- a apresentação dos factos centrados numa linha de princípios coerente, na extensão em que for definida no plano, uma vez que não pode ser ministrada a totalidade dos conhecimentos disponíveis e estes têm que ser seleccionados;
- a redução ao mínimo das repetições redundantes e das omissões graves;
- o reforço e a melhoria das relações entre os membros dos diversos departamentos ou disciplinas, facilitando o conhecimento dos problemas e o seu confronto.

O ensino coordenado é hoje conduzido ao longo do curso médico em muitas escolas, orientado naturalmente para a formação clínica não de luta contra a doença mas de tratamento de doentes. Na generalidade, pode ser muito melhorado.

O ensino livre mantém as disciplinas independentes e é na prática muito do agrado dos peritores, pela escolha pessoal dos assuntos que

permite. Não serve, porém, o objectivo principal, que é promover uma aprendizagem global de matérias bem conhecidas e intencionalmente seleccionadas.

Compreende-se que o ensino integrado apresente grande interesse nos primeiros anos do curso, quando são ministrados os ensinamentos de carácter geral que procuram informar os estudantes do que é a vida, em termos biológicos, da constituição do organismo humano e dos mecanismos de diferenciação e adaptação ao meio ambiente, que conduzem ao estabelecimento entre homem e ambiente de relações inseparáveis, condicionadoras do estado favorável de saúde ou de riscos de doenças.

A primeira fase do curso beneficiará, pois, enormemente, de ensino integrado, o qual deveria ser continuado ao nível de assuntos interligados, como sejam a patologia e clínica de cada sistema orgânico e as acções de saúde pública no contacto directo com a população.

Os problemas da direcção da docência, da monitorização, do acompanhamento e avaliação da marcha do ensino, dos conselhos de curso — constituídos por docentes e alunos directamente responsáveis de cada curso — e das actividades circum-escolares permanentes a considerar constituem factores de preocupação em todas as escolas, porque têm extrema importância nos resultados do ensino.

Entre nós, tem havido sempre o cuidado de analisar e comentar as condições existentes do ensino médico, no sentido de melhorar a sua eficácia particularmente na formação de clínicos ao nível hospitalar. São muitos os trabalhos publicados a tal respeito, sobretudo recentemente, mas as insuficiências do ensino médico não têm diminuído.

Podem ser considerados modelares e representativos destas intervenções os trabalhos de análise e síntese do Prof. Fernando de Pádua (3), que nos «Problemas do ensino médico» analisa a situação propriamente do ensino médico de licenciatura, e do Prof. Aloísio Coelho (4, 5), que tem desenvolvido o assunto da formação médica e de saúde pública em relação às necessidades dos serviços de saúde na década de 80.

2.1. Plano geral e estudos de graduação

Em substituição da presente formação médica básica, que é considerada insuficiente e enferma de defeitos dificilmente corrigíveis dentro da estru-

tura clássica dos currícula adoptados pelas nossas escolas, apresenta-se um novo esquema.

O curso de Medicina, habilitando para o exercício desta, seria constituído por um período inicial com a duração máxima de 5 anos, correspondente à chamada licenciatura, e um período complementar obrigatório para o exercício médico, de internato geral, com a duração de 15 meses. No total, 6 anos e 3 meses de estudos e prática médica, permitindo que os novos médicos possam iniciar a sua vida profissional no começo de cada ano civil.

Este tempo será repartido por três fases:

— fase inicial de formação básica com a duração de 2 anos;

— fase de estudos médicos para o conhecimento da saúde e da doença com a duração de 3 anos;

— fase de aprendizagem ao nível dos serviços clínicos e de saúde pública, para a responsabilização progressiva individual de tarefas de atendimento e acompanhamento de doentes e de apoio à saúde em contacto directo com a população, com a duração de 15 meses.

2.1.1. Fase inicial de formação básica

Com ela procura-se atingir o objectivo essencial de ministrar os conhecimentos biológicos, bioquímicos, biofísicos e estruturais e funcionais, que permitam compreender a constituição e o funcionamento do organismo humano, as razões e as formas de mudança dos mecanismos normais ao longo da vida e pela intervenção de processos patológicos locais ou generalizados.

Em cada ano haveria cerca de 900 horas destinadas a ensino teórico e prático e 120 horas ocupadas com trabalhos de grupo, sendo sempre 4 horas da parte da manhã (de preferência 8h30-12h30), 5 dias por semana, e as restantes ajustadas à parte da tarde.

No primeiro ano, seriam ministrados os conhecimentos suficientes para a compreensão das estruturas em que assenta a vida, os mecanismos bioquímicos e as funções reguladoras inerentes, o efeito do agrupamento das células em tecidos, e destes em órgãos, aparelhos e sistemas, condicionando o funcionamento geral do organismo hu-

mano. Quatro disciplinas englobariam as matérias seleccionadas:

— *Biologia*. Utilizando a descrição e exemplificação por observação directa, imagens e modelos:

- sinais biológicos essenciais da biologia molecular, material genético;
- componentes e morfologia das estruturas funcionais (vírus, bactérias, células);
- diferenciação das células a partir do ovo e formação de tecidos e órgãos;

— *Bioquímica*. Compreendendo o estudo:

- dos constituintes orgânicos fundamentais, estruturas e arranjos funcionais;
- os enzimas e cinética enzimática, dentro e fora das células;
- do metabolismo e utilização da energia nos processos de transporte e de contractura muscular;
- dos processos essenciais de homeostasia;

— *Biofísica*. Ocupando-se dos fenómenos físicos essenciais das estruturas biológicas que podem ajudar directa ou instrumentalmente a conhecer o seu funcionamento:

- sistemas de controlo biológico e esquemas-tipo dos mecanismos reguladores;
- ampliação experimental e análise instrumental de sinais biológicos importantes;
- relações matemáticas elementares e codificação da informação recolhida;
- programas ajustados de computarização;

— *Anatomofisiologia*. Compreendendo o estudo dos órgãos, aparelhos e sistemas agrupados por funções, nos aspectos embriológico, morfológico (macro e microscópico) e funcionais:

- ósseo e locomotor (sustentação e movimentos corporais);
- pele (protecção e regulação de relações com o ambiente);
- digestivo (digestão e absorção);
- circulatório e respiratório (distribuição e trocas);
- urinário (eliminação de água e restos metabólicos);

- nervoso e dos sentidos (regulação dos outros sistemas e relações externas);
- endócrino (relações internas);
- reprodutor.

Distribuição das disciplinas e tempo atribuído a cada uma:

- *Biologia*. Primeiras 6 semanas, todos os dias, 2 horas/dia (60 horas);
- *Bioquímica*. Primeiras 30 semanas, todos os dias, 2 horas/dia (300 horas);
- *Biofísica*. Primeiras 6 semanas, todos os dias, 2 horas/dia (60 horas);
- *Anatomofisiologia*. Desde a sétima semana, todos os dias, 4 horas/dia (540 horas).

Trabalhos de grupo a desenvolver ao longo do ano escolar e provas de avaliação.

No *segundo ano*, quatro disciplinas fariam a ligação das matérias anteriores (constituição e funcionamento normal do organismo humano) com os factores internos e externos que estão na origem dos processos de perturbação da saúde, pondo em evidência os mecanismos patológicos mais conhecidos:

- *Biopatologia*. Estudo dos factores que originam processos mórbidos comuns ao nível dos órgãos e aparelhos ou do organismo, em geral, esclarecendo as diferenças características do estado de saúde e do estado de doença;
- *Genética Humana*. Com programa adaptado ao ensino da Biopatologia, tendo em vista a transmissão normal e patológica dos factores constitucionais de pais a filhos;
- *Microbiologia*. Englobando os principais grupos de seres vivos causadores de doença no homem (bactérias, vírus, fungos, parasitas);
- *Farmacologia*. Estudo das alterações produzidas no organismo por substâncias nele introduzidas intencionalmente (vacinas, medicamentos, drogas), tanto para proteger a saúde como para dominar a doença.

Distribuição das disciplinas e tempo atribuído a cada uma:

- *Biopatologia*. Primeiras 30 semanas, todos os dias, 2 horas/dia (300 horas);

— *Genética Humana*. Durante 6 semanas, 2 horas/dia, a ajustar com a Biopatologia (60 horas);

— *Microbiologia*. Primeiras 30 semanas, todos os dias, 2 horas/dia (300 horas);

— *Farmacologia*. Depois da sétima semana, todos os dias, 2 horas/dia (240 horas).

Trabalhos de grupo a desenvolver ao longo do ano escolar e provas de avaliação.

2.1.2. Fase de preparação médica para a saúde e a doença

A segunda parte do curso assenta na aprendizagem, durante 3 anos, dos assuntos relacionados com a saúde-doença dos indivíduos e comunidades, compreendendo:

- o conhecimento das principais doenças ou síndromas — médicos, cirúrgicos, de saúde mental — que constituem o padrão de doença dominante na população e permitem a identificação das suas diversas manifestações correntes;
- o conhecimento da orgânica dos serviços de prestação de cuidados de saúde e das intervenções (funcionamento) de apoio, vigilância e atendimento, tanto nos aspectos clínicos de tratamento dos doentes como nos da implementação da saúde pública envolvendo toda a população.

O *primeiro grupo*, relacionado com a doença, é baseado no hospital e compreende o diagnóstico (exame clínico, exames laboratoriais, radiológicos e electrónicos), a terapêutica e a prevenção das sequelas da doença e reabilitação, tanto nos aspectos clínicos e médico-sociais como médico-legais. Os assuntos em estudo distribuem-se por dois sectores:

- *Patologia*. Correspondente ao estudo laboratorial das alterações morfológicas (Anatomia Patológica), bioquímicas e fisiológicas (Análises Clínicas) e outras provas especializadas de observação das perturbações provocadas pela doença;
- *Clínica*. Abrangendo fundamentalmente a aprendizagem da prática geral médica e ci-

rúrgica dentro dos hospitais e nas consultas externas, com acompanhamento dos doentes a partir destas, e medidas médico-legais.

Os programas destes dois sectores levariam à integração ou forte coordenação das respectivas disciplinas em cada ano, tendo em atenção as normas didácticas de semiologia e o conhecimento dos estados mórbidos dominantes na comunidade. As disciplinas clínicas, organizadas nas respectivas *Clínicas* anuais I, II e III, seriam escalonadas de forma a cobrirem os quadros nosológicos mais frequentes e dos mais simples para os mais complexos, apoiadas nos dados da *Patologia*. Este ensino ocuparia a parte da manhã, com o horário atrás indicado.

O *segundo grupo*, designado por sector da *Saúde Pública*, é baseado no centro de saúde e compreende as actividades técnicas e administrativas que dizem respeito:

- ao conhecimento das condições de saúde e de doença existentes nas comunidades e seus factores causais, das diferenças apresentadas pelo padrão da doença nos diversos sectores sócio-profissionais dessas comunidades e da tendência que a morbilidade apresenta para se modificar, em termos de nosologia e incidência e dos reflexos de psicologia social, pela preocupação crescente dos indivíduos com a sua saúde ou com grupos especiais de doenças, independentemente da gravidade destas, e conseqüente recurso aos médicos e serviços organizados de saúde;
- ao conhecimento dos sistemas de saúde e da organização das diversas modalidades de serviços de saúde dentro de cada sistema, aos níveis local, regional e central de execução das grandes tarefas médicas e paramédicas e do seu planeamento prévio, quando existe;
- à aprendizagem prática das intervenções que envolvem a aplicação dos cuidados de saúde completos necessários à população (promoção da saúde, prevenção da doença, tratamento e reabilitação dos doentes), a efectuar pelas equipas de saúde na cobertura médico-sanitária de cada comunidade, em cooperação com os clínicos, e pelo escalão hospitalar de tratamento dos doentes que precisem de cuidados de urgência in-

tensivos ou intermédios, e outros não possíveis, tecnicamente, ao nível daquela cobertura.

Para satisfazer estes objectivos, o ensino da saúde pública compreenderia um certo número de disciplinas identificadas por núcleos de assuntos, distribuídas pelos três anos desta fase do curso médico, com as designações e campos de trabalho seguintes:

— *Administração de Saúde Pública*. Estudo e análise factual de:

- cuidados de saúde, política de saúde e sistemas de saúde;
- organização de serviços de saúde e esquemas de actividades;
- actuação dos serviços de cobertura médico-sanitária e o papel da rede hospitalar;
- o esquema português de serviços de saúde e a interligação dos cuidados individuais, familiares e comunitários: materno-infantis, pré-escolares e escolares, do trabalho, dos idosos e da saúde mental;
- serviços de saúde e previdência ou segurança social;
- aspectos históricos e perspectivas de novos objectivos em saúde;

— *Ecologia e Salubridade do Ambiente*. Compreendendo:

- ecologia humana e sistemas ecológicos fundamentais para a vida e saúde;
- higiene, saneamento, urbanismo e luta contra a poluição;
- patologia geográfica;

— *Demografia*. Ocupando-se de:

- estrutura da população, fertilidade, natalidade, crescimento;
- mortalidade, relações com os grupos etários e a morbilidade conhecida;

— *Epidemiologia e Bioestatística*. Englobando:

- o método epidemiológico e o apoio estatístico de que precisa;
- os esquemas epidemiológicos relativos a doenças infecciosas e parasitárias;

- os esquemas epidemiológicos relativos a doenças crónicas e degenerativas;
- modelos epidemiológicos de transição no panorama das doenças actuais;

— *Sociologia e Economia da Saúde*. Compreendendo:

- relações entre níveis de saúde e condições sócio-económicas;
- nível de vida e acesso aos serviços de saúde;
- custo dos cuidados de saúde (Indivíduos, instituições, Estado);
- estudo do custo das doenças e do valor da saúde.

A distribuição anual das disciplinas e a carga horária atribuída a cada uma levariam ao seguinte enquadramento:

— 1.º ano (3.º ano do curso)

- *Administração de Saúde Pública*. Todo o ano, 2 dias/semana e 2 horas/dia (cerca de 160 horas);
- *Ecologia e Salubridade do Ambiente*. Desde o início, 20 semanas, 2 dias/semana e 2 horas/dia (cerca de 80 horas);
- *Demografia*. Durante 20 semanas, 1 dia/semana e 2 horas/dia (cerca de 40 horas).

Acrescem 120 horas de trabalhos de grupo sob orientação da cadeira de Administração de Saúde Pública, em ligação com as restantes, no centro de saúde.

— 2.º ano (4.º ano do curso)

- *Administração de Saúde Pública*. Como no ano anterior (160 horas);
- *Epidemiologia e Bioestatística*. Todo o ano, 2 dias/semana e 2 horas/dia (cerca de 160 horas);

— 3.º ano (5.º ano do curso)

- *Administração de Saúde Pública*. Como nos anos anteriores (160 horas);
- *Sociologia e Economia da Saúde*. Desde o começo, 2 dias/semana e 2 horas/dia, durante 20 semanas (cerca de 80 horas).

Como foi indicado para o 1.º ano, haverá no 2.º e no 3.º 120 horas de trabalhos de grupo e provas de avaliação. No 3.º ano, cerca de 40 horas serão ainda destinadas à elaboração de uma monografia sobre assuntos de saúde pública em Portugal, individual e à escolha de cada aluno, orientada pela disciplina respectiva.

Durante toda a fase de preparação médica a que se refere 2.1.2, os alunos são levados a integrarem-se disciplinadamente nas tarefas dos serviços a que estiverem adstritos, considerando-se que, embora em fase de aprendizagem, fazem parte das equipas de trabalho. A sua monitorização constituirá parte essencial do acompanhamento dessa aprendizagem. Sem ela pouco se conseguirá.

2.1.3. Fase de Internato Geral

A formação pós-licenciatura, que se segue imediatamente a esta com começo em 1 de Outubro, tem entre nós a designação de *Internato Geral*. A sua duração tem variado entre cerca de 14 meses, quando foi definitivamente estruturado na reforma da saúde de 1971, e os dois anos actuais, mas é o aproveitamento racional do tempo em serviços idóneos que está em causa, e não a duração ligeiramente maior. Consideram-se, aqui, 15 meses, correspondentes a cerca de 2000 horas (30 horas semanais, acrescidas de períodos de 24 horas seguidas de trabalho duas vezes por mês e de 120 horas para trabalhos de grupo e provas de avaliação). O Internato Geral terá provas de avaliação à saída, mas não à entrada. O programa de trabalho será baseado no hospital e no centro de saúde, a partir do ambulatório e das actividades de cobertura médico-sanitária.

Com aproveitamento na avaliação final, os médicos ficam aptos para o exercício da medicina:

- na forma de clínica livre;
- para a entrada e especialização complementar na carreira de saúde pública ou (legislação recente) na carreira de clínica geral;
- para a realização do Internato de Especialidades.

2.2. Internato de Especialidades

É a porta de entrada para a carreira hospitalar e a concessão do título de especialista, podendo este ser concedido pela Ordem dos Médicos (6), independentemente da entrada na carreira hospitalar, em condições sensivelmente paralelas. Tudo está regulamentado por legislação própria. Resta torná-la adequada e eficaz.

3. Estruturas de ensino e número de médicos a formar

Acrescente-se ao já acentuado que sem serviços de ensino básicos, hospitalares e centros de saúde devidamente apetrechados, em funcionamento correcto e dispendo de médicos bem preparados, hierarquicamente responsáveis e trabalhando em tempo completo, de pessoal auxiliar de apoio, de bibliotecas de fácil acesso actualizadas e outras facilidades práticas, a formação de graduação será sempre defeituosa e o próprio internato, desfigurado.

Com o número actual de médicos, cuja reciclagem indispensável levanta problemas, prevê-se que seja suficiente a formação anual de cerca de 300 mais, o que levaria a calcular o número de escolas médicas em 4 (75 licenciados por ano) ou 5 (60 licenciados por ano). O número de 300 médicos é já considerado excessivo pela Ordem dos Médicos, aparentemente com razão, mas durante alguns anos asseguraria o alargamento, que se deve considerar indispensável, dos sectores da saúde pública e da investigação médica, e, eventualmente, da administração ou da clínica livre local.

O ensino de aperfeiçoamento e actualização profissional dos médicos em actividade — a formação continuada — é uma premissa do novo tipo de formação profissional. Portugal pode tornar-se neste campo, rapidamente, pioneiro.

Parece útil lembrar aqui que a preparação dos elementos técnicos de saúde indispensáveis para apoio das actividades médicas terá que ser baseada cada vez mais nas necessidades destas actividades, e que há condições para o fazer.

BIBLIOGRAFIA

- 1 — GONÇALVES FERREIRA, F. A. — O ensino da Medicina centrado nas ciências fundamentais e na colectividade. In: O dilema da saúde e da doença na sociedade actual. *O Médico*, 66, 1973, 683-705; 67: 193-200; 67: 469-475.
- 2 — OMS — Cahiers de Santé Publique. Genève, 1973.
- 3 — PÁDUA, F. — Apreciação do currículo escolar. *Rev. Port. Clin. Terap.*, 9; 1985; 153-158.
- 4 — COELHO, A. M. — Desenvolvimento dos recursos humanos da saúde. *Arquivos do Instituto Nacional de Saúde*, 8; 1982; 37-41.
- 5 — COELHO, A. M. — A pertinência dos actuais programas de ensino em relação às necessidades dos serviços de saúde na década de 80. *Rev. Port. de Saúde Pública*, 1; 1983; 5-10.
- 6 — ORDEM DOS MÉDICOS — Estatuto da Ordem dos Médicos. Lisboa, 1976.

CAPÍTULO IV

UM SISTEMA DE SAÚDE PARA PORTUGAL ESTRUTURA, ORGÂNICA E CUSTOS

1. Conhecida a situação portuguesa presente e as razões dos atrasos, deficiências ou faltas que se observam nos aspectos essenciais de:

- condições de saúde (saúde-doença) dominantes na população rural e urbana;
- perspectivas de evolução das principais doenças em mudança e dos factores causais ou de risco ainda não controlados;
- execução da política nacional de saúde e organização do sistema de saúde e respectivos serviços de intervenção;
- actividades já desenvolvidas pelos serviços de saúde e outras entidades responsáveis pela prestação de cuidados gerais e hospitalares à população;
- formação de médicos e restante pessoal de saúde necessário;

é lógico que se procure reunir os meios possíveis e que a experiência tenha mostrado mais favoráveis, para estruturar um sistema de saúde dotado de capacidade de trabalho e de auto-aperfeiçoamento, que se ajuste aos programas de saúde completos, necessariamente em continuada evolução adaptativa.

Duas alternativas se apresentam: o *serviço nacional de saúde estatal*, já referido anteriormente; um *sistema de saúde misto*, organizado por forma a cobrir toda a população e atender às exigências postas pela segunda era da saúde pública. Afastada a hipótese do serviço nacional de saúde, é o sistema misto que se impõe. Tal sistema implica uma forte componente estatal, simultaneamente orientadora, executiva e avaliadora, em ligação com a componente privada e, eventualmente, uma componente para-estatal para grupos limitados da população.

2. Esclarece-se que a política de saúde e a estrutura básica dos serviços de saúde estabelecidas em 1971, descritas no Capítulo II, satisfazem os requisitos essenciais do sistema de saúde desejável — não só na capacidade de funciona-

mento global para atingir os objectivos programados como do nível moderado dos encargos que implica (custo financeiro).

3. Política de Saúde

Considera-se definida (Decreto-Lei n.º 413/71, de 27 de Setembro) e a restabelecer nas bases atrás esquematizadas (Capítulo II, n.º 2), independentemente das indicações da Constituição Política de 1976 (Artigo 64.º), a revogar.

Ao considerar-se agora um sistema de saúde para o País, convém reafirmar os objectivos que as condições presentes aconselham em relação aos quatro pontos seguintes:

3.1. *Individuos.* Assegurar o direito à saúde pelo cumprimento das disposições legais e por medidas práticas de melhoria da saúde e de luta contra a doença, e por apoio directo de informação e encaminhamento para tratamento rápido dos doentes.

3.2. *Família.* Acompanhamento permanente por medidas de educação, vigilância-orientação e de apoio directo, incluindo planeamento familiar, alimentação, habitação, higiene doméstica e informação sobre a forma de ter acesso útil aos serviços de saúde.

3.3. *Comunidade.* Alargamento das medidas da primeira época da saúde pública e reforço do poder de intervenção das autoridades de saúde na sua área de interesses.

3.4. *Serviços.* Desenvolvimento institucional e alargamento da capacidade técnico-administrativa, formação de pessoal, estudo e investigação dos problemas de saúde, por actividade directa, acordo ou encomenda a outras entidades de índole tecnológica ou científica.

A política de saúde precisa de ser inserida no plano central da política governamental, em ligação com as políticas sectoriais de alimentação, habitação, saneamento e vias de comunicação, educação e família, e orientá-las quanto aos objectivos específicos. Exige, por outro lado, a integração estrutural definida no ponto 4, que se segue.

Mas direito à saúde e deveres individuais para com a saúde são indissolúveis e precisam de ser colocados em igualdade de responsabilidades.

4. Estrutura do Sistema de Saúde

Pelas razões atrás apontadas, um sistema de saúde para sociedades civilizadas, qualquer que seja a sua diferenciação, não pode deixar de assentar num sector estatal. A experiência tem mostrado, porém, que o *sector estatal* não deverá ser único, procurando absorver todas as actividades de saúde. Precisa, sim, de dispor de serviços completos para intervir nas tarefas que as condições de saúde das famílias, das comunidades ou das populações em conjunto exigem, mas, igualmente, tem de estabelecer ligações com as entidades que dispõem de maior capacidade de atendimento e de actuação praticamente mais adequada junto dos indivíduos doentes, quer do *sector privado*, quer do *sector para-estatal*. Um grau elevado de coordenação entre os três sectores torna-se indispensável dentro da política de saúde estabelecida, para maior aproveitamento das potencialidades de intervenção e contenção dos custos. Cinco pontos de ordem técnico-administrativa são de considerar nas acções a desenvolver:

4.1. Prestação de cuidados básicos de saúde pública. Área de intervenção predominante do sector estatal, vai tornar-se progressivamente mais extensa técnica e cientificamente ao nível dos indivíduos, família, grupos e comunidades, e conduzir à coordenação geral da política de saúde. A ampliar, reestruturar e recriar em vários campos de intervenção, pelo aumento de poder executivo das autoridades locais de saúde (ponto 7).

4.2. Prestação de cuidados básicos na doença. De apoio aos doentes não atendidos na área da saúde pública. É área de intervenção estatal, para-estatal e privada, que deverá tornar-se em grande parte da responsabilidade privada, por acordo, sobretudo nos meios urbanos. Mantém íntimas relações com 4.1 e 4.3.

4.3. Prestação de cuidados hospitalares e de especialidades. Especialmente ligada ao internamento na doença, será na maior parte estatal, dada a sua complexidade, mas também privada, em complemento de 4.2, na extensão máxima possível.

4.4. Ensino. Na dependência das Faculdades de Medicina e de instituições de saúde.

4.5. Investigação. A desenvolver nos sectores da Medicina Clínica, Saúde Pública e Tecnologia Médica, por parte dos serviços e ligação às Universidades e outras instituições públicas e privadas, sob a forma de estudos epidemiológicos e de pesquisa operacional e de investigação biomédica e tecnológica (ponto 8).

5. Orgânica do Sistema de Saúde

Portugal dispõe de serviços de saúde com orgânica concebida técnica e administrativamente para se adaptarem às necessidades presentes e futuras, pelo menos a médio prazo. Foram instalados desde o nível local (freguesia, concelho), ao distrital, ou regional, e central, para a cobertura total da população (Capítulo II, 3.1). Será agora preciso fazê-los reverter às bases em que assentaram e de que têm sido progressivamente desviados, e pô-los a funcionar com eficácia. Compreendem postos e centros de saúde, laboratórios de saúde pública, hospitais, instituições de ensino especializado e investigação e serviços centrais técnico-administrativos, de que se resumem as interligações e funcionamento:

5.1. Serviços ao nível do concelho. Em contacto directo com a população, são serviços executivos compreendendo o centro de saúde na sede do concelho e postos de saúde dependentes em freguesias ou grupos de freguesias totalizando cerca de 2500 habitantes. Funcionam de forma integrada na base das valências (sectores de trabalho) da legislação de 1971, restabelecendo as ligações com o hospital concelhio, onde o houver, e o laboratório de saúde pública da área e passando a coordenar as outras actividades de saúde, de forma a constituir uma unidade de saúde sob a direcção da autoridade de saúde (ponto 7);

5.2. Serviços distritais e regionais. Constituídos na sede do distrito por um ou mais centros de saúde (1 para cerca de 100 000-200 000 habitantes) de tipo distrital, um ou mais laboratórios de saúde pública e ligações com outros serviços que venham a formar a unidade de saúde, tal como foi estabelecido pela legislação de 1971. Ao nível das regiões de saúde (grupos de distritos, presentemente em número de 3) funcionarão as Inspecções Coordenadoras (Inspectorado Técnico),

que precisam de ser alargadas e reforçadas nas suas potencialidades de trabalho;

5.3. Hospitais distritais e centrais. Têm distribuição e orgânica satisfatórias, mas precisam de ser reorganizados técnica e administrativamente, em complemento de 5.1 e 5.2. O seu funcionamento constitui exemplo da deterioração dos actuais serviços de saúde, que é urgente remediar — e corrigir definitivamente;

5.4. Serviços centrais. Dois grandes órgãos técnico-administrativos tradicionais devem ser adaptados para superintenderem, respectivamente, em 5.1 e 5.2 (Direcção-Geral de Saúde) e 5.3 (Direcção-Geral dos Hospitais), eliminando outros órgãos centrais entretanto criados e fazendo reverter para aqueles todas as atribuições;

5.5. Serviços de Investigação, Ensino e Planeamento. Representados ao nível central pelo Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge-Escola Nacional de Saúde Pública e pelo Gabinete (agora Departamento) de Estudos e Planeamento, postos a funcionar tal como foram concebidos para se expandirem e realizarem os objectivos dos seus planos de trabalho;

5.6. Hierarquização de actividades. Restabelecimento das interligações funcionais a partir do nível concelho: freguesia, concelho, distrito, pelas autoridades de saúde, mantendo a estrutura técnica da legislação de 1971, com escalões de responsabilidade executiva até ao nível central. Ligações ao nível da freguesia-concelho e distrito com os serviços e entidades privadas, principalmente sob a forma de acordos de prestação de cuidados por médicos clínicos gerais e especialistas, hospitais e laboratórios ou outros serviços de apoio no diagnóstico e tratamento.

6. Formação de pessoal

Deve compreender-se por pessoal de saúde o que tem preparação especial que o habilita a desempenhar funções de saúde, distribuindo-se por três grupos de profissionais: licenciados, técnicos e técnicos auxiliares. Para todos se dispõe hoje de capacidade de ensino potencial, que pode alargar-se rapidamente conforme as necessidades ainda não satisfeitas devidamente ou novas. O caso especial do ensino médico a reformular foi considerado no Capítulo III.

7. Autoridades de Saúde

O facto de se ter deteriorado o papel das autoridades de saúde em Portugal — um pouco à semelhança do que tem acontecido de negativo, inexplicavelmente, no Mundo Ocidental — leva a concluir que a situação no passado chegou a ser, para a época, melhor do que no presente, e tende a agravar-se. Na primeira era da saúde pública havia as autoridades sanitárias, que eram médicos profissionalmente habilitados e com responsabilidades específicas ao nível local (concelho) ou central (Direcção-Geral de Saúde). Dispunham de certo poder nos casos de perigo para a saúde — sobretudo de riscos do ambiente ou epidemias — e em vez de estender e melhorar as suas condições de intervenção utilizando os conhecimentos acumulados na segunda era da saúde pública tem-se feito o contrário, diminuindo proporcionalmente o número e as atribuições. Isto tem decorrido em grande parte da tendência para substituir os médicos como autoridades administrativas ao nível dos centros de decisão («Administrações», «Departamentos», «Conselhos»), em que aparecem administradores não médicos ou, mesmo, não técnicos de saúde, e em que as autoridades médicas deixaram de ter papel deliberativo, limitadas a intervenções de aconselhamento ou de elaboração de pareceres. A passividade ou indiferença da classe médica neste como noutros campos da administração da saúde, mais absorvida com os problemas da clínica e das remunerações do que das estratégias de saúde, tem levado ao aumento da influência da «administração» burocrática de gabinete e ao declínio rápido da vigilância geral da saúde ao nível das populações.

7.1. Num sistema de saúde moderno, de índole humanista-tecnológica-científica e que tome em conta as necessidades da segunda era da saúde pública, repetidamente apontadas neste trabalho, os serviços de saúde da responsabilidade estatal precisam de ser dirigidos por técnicos devidamente preparados, que serão médicos de saúde pública com a categoria e o poder executivo de autoridades de saúde. Disporão de capacidade de intervenção nos sectores:

- *Materno-infantil.* Em ligação com clínicos gerais, pediatras, hospitais, obstetras;
- *Escolar.* Em ligação sobretudo com clínicos gerais e pediatras (até aos 10 anos);

- *Saúde ocupacional*. Em ligação com médicos do trabalho;
- *Saúde mental*. Em ligação com psiquiatras e serviços da especialidade;
- *Terceira idade*. Em ligação com os serviços clínicos, de vigilância familiar e de lares de acolhimento na comunidade;
- *Ambiente*. Todos os aspectos da higiene, saneamento, poluição e luta contra os factores de doença;
- *Administração e política de saúde*. Compreendendo especialmente:

- direcção técnica e administrativa de postos de saúde, centros de saúde, hospitais locais dependentes, incluindo as tarefas novas de computarização;
- educação para a saúde e vigilância permanente ao nível familiar, de grupos e comunidades;
- apoio assistencial na doença e em todos os aspectos da saúde da família;
- acompanhamento epidemiológico contínuo pelo registo da morbilidade;
- elaboração da carta de saúde individual, por etapas, com começo no nascimento e, também, desde já, na idade escolar; contribuição com os dados da morbilidade e da mortalidade local para a elaboração da carta sanitária nacional;
- resolução dos problemas de triagem de doentes a partir da família, em apoio das actividades dos médicos de clínica;
- encadeamento de responsabilidades, desde o posto de saúde, por forma a assegurar a prestação dos cuidados programados e a análise da sua eficiência.

7.2. Para a execução destas tarefas e seu aperfeiçoamento, as autoridades de saúde precisam de dispor de forte poder de intervenção técnica, não discricionário mas legalmente estabelecido e coerente, ajustado às necessidades locais e hierarquizado. Neste sentido as autoridades de saúde sobrepõem-se a todas as outras instituições, incluindo as autarquias, na promoção das medidas de saúde consideradas indispensáveis. Dispõem, para isso, dos seus meios próprios de acção e do apoio das forças de segurança e entidades judiciais. Todas as intervenções consideradas urgentes pelas autoridades de saúde, e devidamente justificadas, devem ter prioridade para efeitos executivos, junto das entidades por elas

responsabilizadas. Um tal conjunto de medidas inovadoras modificará radicalmente a eficácia do sistema de saúde, em face dos problemas da segunda era da saúde pública.

7.3. Calculamos que ao nível local deverá haver uma autoridade de saúde por cada 2000-2500 habitantes, apoiada nas tarefas executivas por um enfermeiro de saúde pública, um técnico auxiliar de saúde e um agente de saúde familiar (auxiliar de saúde pública, na legislação de 1971). O núcleo de trabalho tem a sede num posto de saúde e constitui a unidade básica. Segue-se-lhe, hierarquicamente, o núcleo concelhio, sediado no ou num dos centros de saúde e o núcleo distrital, igualmente sediado no ou num dos centros de saúde da sede do distrito.

8. Planeamento e Investigação

As tarefas do planeamento em saúde encontram-se bem definidas desde 1971, entre nós, tanto na natureza como na extensão, mas a sua aplicação está longe de ser levada a cabo pelos governantes e serviços centrais, com oportunidade e equidade. A investigação, envolvendo a actividade científica de estudo e descoberta, encontra-se em grande atraso nos aspectos da biomedicina e da tecnologia médica (novos medicamentos e instrumentos), mas tem-se desenvolvido no que se refere à medicina clínica e à saúde pública (factores promotores da saúde e factores de risco do ambiente e do comportamento). Também a pesquisa operacional, nos aspectos de estudo dos recursos e da avaliação do uso que se faz deles, se tem desenvolvido, entre nós. Mas Portugal precisa — e pode fazê-lo — de aproveitar melhor os conhecimentos em todos os campos da investigação em saúde, e os seus métodos.

O sucesso de biomedicina em produzir novos e poderosos agentes terapêuticos e tecnológicos tem resultado da procura sistemática da explicação do funcionamento dos mecanismos biológicos e da doença — conduzida em animais, órgãos, células, estruturas celulares e mesmo ao nível molecular por métodos microbiológicos, imunológicos, bioquímicos, fisiológicos, genéticos. Estes métodos envolvem técnicas muito complexas e custos de trabalho, de que iniciamos o uso. O sucesso da epidemiologia em controlar ou eliminar muitas doenças infecciosas tem resultado do levantamento exacto das situações por métodos

próprios, com o apoio do método estatístico, e da descoberta das relações de causa/efeito entre factores de risco e doença. Os novos tipos de doenças de causa multifactorial, que são fundamentalmente do domínio da saúde pública, estão ainda fora deste sucesso de resultados favoráveis, exigindo o alargamento da epidemiologia.

A investigação de saúde pública precisa de considerar que a população é um conjunto de pessoas de todas as idades, distribuídas por dois sexos, vivendo agrupadas em famílias, e que não podem ser separadas do ambiente que as rodeia e dos seus tipos de vida. A saúde de cada elemento da população depende fundamentalmente de quatro grupos de factores: constituição genética (equilíbrio e normalidade de genes e cromossomas); factores do comportamento promotores de saúde; factores favoráveis do ambiente; e factores negativos (desfavoráveis ou de risco) do ambiente, potenciais agentes produtores de doença. Novos métodos epidemiológicos são necessários para o seu estudo. É preciso criá-los e desenvolvê-los.

Portugal dispõe ao nível dos serviços de saúde de instituições com capacidade para alargar as tarefas de planeamento (Departamento de Estudos e Planeamento) e de investigação propriamente dita (Instituto Nacional de Saúde-Escola Nacional de Saúde Pública, serviços hospitalares, serviços centrais especializados), sendo necessário aumentar o número de centros de estudo e de núcleos de trabalho, principalmente para esclarecimento dos problemas de saúde nacionais. Colaboração estreita deve ser estabelecida com as Universidades (particularmente as Faculdades de Medicina) e outras instituições oficiais e particulares interessadas.

9. Encargos financeiros

O sistema de saúde para Portugal, acabado de delinear, será suportado por financiamento público, quanto às despesas dos serviços estatizados e dos acordos com as entidades privadas sob a forma predominante de convenções. Outras despesas serão cobertas por contribuições consignadas no sector para-estatal (alguns sindicatos, serviços autónomos, seguros), de amplitude relativamente modesta no presente, e pelas contribuições individuais directas, umas obrigatórias em complemento do financiamento público do sistema e outras voluntárias, por recurso, fora do

sistema, a médicos e serviços privados. Não se conhece exactamente qual a percentagem das despesas que são suportadas pelo financiamento público — que atinge menos de 4,5 % do PIB (produto interno bruto) —, mas pode admitir-se que possa corresponder a pouco mais de 50 %. O que elevaria as despesas totais com a saúde a cerca de 8 % do PIB. Nas considerações seguintes procura-se avaliar e justificar as despesas públicas que o sistema de saúde delineado para a segunda era da saúde pública em Portugal acarretaria, e as que poderiam ser evitadas por prevenção.

9.1. Cálculos feitos na base dos encargos com pessoal e restantes despesas dos serviços de prestação de cuidados (centros de saúde, laboratórios de saúde pública, hospitais concelhios, distritais e centrais), dos serviços centrais e investimentos — admitindo o funcionamento correcto de todos os serviços — levaram em 1983 à obtenção de um total mínimo de 60 milhões de contos, para a população do Continente, de menos de 10 milhões de habitantes. Considerou-se, então, que as remunerações do pessoal médico deveriam ser fixadas fora do sistema de letras do funcionalismo público, e poderá admitir-se, agora, que isso aconteça para todo o pessoal técnico de saúde. Com um intervalo de 4 anos (1983-1987) a actualização das remunerações e alguns acertos indispensáveis levariam a um aumento de 100 %, enquanto outras despesas de funcionamento e os investimentos (principalmente equipamentos e reparações nos centros de saúde, laboratórios e hospitais) precisariam de um aumento de 200 % ou mais. Não se considera a construção de hospitais. Nestes cálculos estariam envolvidos cerca de 24 000 médicos (4000-5000 médicos de saúde pública; 8000 médicos de clínica; 10 000 médicos hospitalares e especialistas, metade deles dos quadros permanentes; 1000 médicos investigadores, administradores superiores e assessores altamente especializados) com remunerações básicas de 80-180 contos mensais; enfermeiros de saúde pública, gerais e especializados, agentes familiares de saúde e técnicos auxiliares sanitários (1 por 2000-2500 habitantes) com vencimentos de 40-100 contos mensais, todos utilizados fora dos hospitais na prestação de cuidados de saúde gerais; pessoal superior, técnico e administrativo dos laboratórios de saúde pública, hospitais e serviços centrais; despesas complementares de saúde (medicamentos, próteses, etc.); despesas de funcionamento, manutenção e equipamento dos serviços.

Abreviadamente, teríamos por grandes sectores em milhões de contos:

— cuidados básicos, laboratórios de saúde pública, hospitais concelhios	44
— hospitais distritais e centrais gerais e especializados	60
— despesas complementares (medicamentos, próteses, etc.)	40
— serviços centrais (d direcção, planeamento, investigação, ensino)	4
— investimentos	12
Total	160

Este total é inferior ao que está a ser gasto com o sistema presente (180 milhões de contos ou mais), apesar das remunerações aos médicos e outro pessoal técnico serem muito inferiores às aqui sugeridas, assim como as verbas atribuídas a investimentos e as implícitas na correcção do funcionamento dos serviços. Isso resulta, como o temos dito ao longo de anos, da degradação dos serviços à medida que aumenta o financiamento público das despesas mal controladas e escasseiam as verbas atribuídas a investimentos e investigação. Dos 160 milhões de contos referidos caberiam à promoção da saúde, luta contra a doença e investigação de saúde pública (centros de saúde, laboratórios de saúde pública, Departamento de Estudos e Planeamento, Instituto Nacional de Saúde-Escola Nacional de Saúde Pública) cerca de 32 milhões (20 %); a cuidados clínicos gerais 58 milhões de contos (36 %); e a cuidados hospitalares 70 milhões de contos (44 %). Verbas adicionais transitórias serão necessárias para a informatização completa dos serviços de saúde (do centro de saúde ao hospital) e modernização de alguns hospitais por construção de novas unidades, ou mesmo alienação doutras (caso dos HCL) e sua substituição. Este problema está equacionado desde 1971.

9.2. A adequação desejada do sistema implica a nova perspectiva de fazer diminuir progressivamente algumas despesas já evitáveis, por correcção de riscos para a saúde, que a utilização combinada da epidemiologia e da economia da saúde podem facilitar. Numa primeira fase, o objectivo seria a eliminação rápida de 20 % dos riscos presentes em sectores fundamentais, como a nutrição, consumo de álcool e tabaco, poluição urbana e industrial da água, solo e ar, acidentes, sedentarismo, a que corresponde-

riam benefícios em cadeia na melhoria da saúde e em vidas. Estes benefícios, ainda mal avaliados, só para a nutrição poderiam vir a exceder mais de 50 % das despesas previstas em 9.1. A diminuição dos encargos com esta melhoria da saúde não significa que se preveja a redução paralela das despesas com serviços de saúde, pela razão de que estes exigem verbas cada vez maiores à medida que se aperfeiçoam. Significa, sim, que se poderá melhorar acentuadamente a saúde da população, poupando dinheiro que irá ser utilizado na criação de maiores e mais aperfeiçoadas condições de trabalho dos serviços, até que se chegue a um equilíbrio em que planeamento e investigação das necessidades sejam os factores de orientação.

10. A diferença fundamental entre o que poderá ser um sistema de saúde dotado de estruturas organizadas para acções completas paralelas de cuidados de saúde positiva e de tratamento dos doentes e a preponderância total que está a ser dada à doença sem procurar diminuí-la no que é já possível, assenta doutrinária e tecnicamente nas estratégias estabelecidas para o funcionamento e aperfeiçoamento dos serviços, em toda a extensão que corresponde à cobertura de saúde da população — dos indivíduos, famílias, comunidades à sociedade civilizada em evolução que formam.

CAPÍTULO V

ESTRATÉGIAS NA ADAPTAÇÃO DOS SISTEMAS DE SAÚDE

OPÇÕES A CONSIDERAR PARA PORTUGAL

1. Estratégias de política de saúde. A posição da OMS

Os países que entraram já na segunda era da saúde pública têm continuado a orientar os seus sistemas de cuidados de saúde prioritariamente para o tratamento da doença, desde os chamados estados capitalistas, incluindo o Reino Unido com um sistema de tipo serviço nacional de saúde, aos estados comunistas, cujos serviços de saúde mantiveram sempre fraca capacidade de intervenção nos processos de melhoria da saúde positiva da população. Factos que aqui são atribuídos à falta de um sector de saúde pública da responsabilidade de autoridades de saúde convenientemente preparadas e com poder de intervenção. A OMS, por outro lado, assentou em 1978 numa estratégia de saúde, de tipo idealista, centrada num objectivo com a designação de «Saúde para todos no ano 2000», sem que fossem indicadas estruturas de serviços de saúde adequados, e que se destina a países atrasados.

1.1. No presente todas as políticas de saúde estão a ser dominadas pela ideia de fazer diminuir as despesas. Mas são diferentes as tentativas em curso, o que se relaciona com a estrutura predominantemente privada, para-estatal ou estatal dos serviços fundamentais. Tem interesse para Portugal a análise destas tendências, a partir dos países exemplificativos, para evitar mais erros das negativas.

— *EUA e Canadá.* As bases dos sistemas de saúde dos EUA e Canadá foram semelhantes até há três décadas: remuneração dos médicos por acto médico e relações directas médico-doente; hospitais comunitários não lucrativos e hospitais privados lucrativos; financiamento de cuidados de saúde (seguro-doença) por meio duma multiplicidade de seguros privados, uns lucrativos e outros não; pagamentos directos pelo doente ou pelo empresário e reembolso destes pelo seguro; um suporte governamental mínimo de cuidados a pobres. O sistema do Canadá modificou-se depois radicalmente passando a cobrir toda a população, mediante um esquema de seguros completado por subsídios (financiamento público) de cada Estado

e do Governo Central, proporcionais ao número de habitantes de cada Estado. Este sistema foi muito bem aceite, mas criou um aumento de despesas, ano a ano, que os governantes consideraram insuportável e tentam estabilizar. Nos EUA, manteve-se o esquema anterior, mas o Governo Central criou dois sistemas de apoio com financiamento público: *Medicaid*, cobrindo a população pobre (calculada anualmente pelos rendimentos familiares abaixo do nível que serve para definir a pobreza); e *Medicare*, cobrindo a população idosa (acima de 62 anos).

Nos EUA desenvolveram-se, desde longe, outros sistemas privados empresariais com cobertura total em regime de pré-pagamento (Kayser-Permanente, etc.), com pouco êxito, por oposição da classe médica e dificuldade de organização nas comunidades. Recentemente, um renovado tipo de organização — HMO (*Health Maintenance Organization*) apareceu a prestar cuidados médicos completos a custos inferiores. É uma forma de plano de saúde com pré-pagamento, que garante tratamento médico para um determinado pagamento actualizável. As empresas fazem este pagamento por cada empregado que se inscreve numa HMO, e esta, que é privada, só pode fazer lucro se mantiver o trabalhador com saúde por menos despesa do que a contribuição que recebe. Por outro lado, os empregadores deixaram de ser passivos asseguradores de seguros-doença para se envolverem na política de prestação de cuidados médicos, e reconhecendo que o aumento das despesas com médicos e hospitais continuava a crescer anualmente entre 7 e 10 %, com tendência para se agravar à medida que a força do trabalho envelhece, estão a colaborar com as HMOs para manter as pessoas com saúde, contribuindo para a organização de centros de apoio físico e à saúde, do que está já a resultar: menor absentismo, mais alta produtividade e menor recurso aos médicos. Utilizando as HMOs em vez de outros médicos e hospitais, os empregadores poupam 10 % ou mais com cuidados médicos, estando a inscrição nestas unidades a crescer rapidamente — de cerca de 10 milhões de pessoas em 1980 passou para mais de 20 milhões actualmente, e os cálculos levam a pensar que em 1995 metade de todos os americanos estejam inscritos em HMOs.

As economias das HMOs resultam principalmente de manterem os aderentes o menor tempo possível em hospitais, uma vez que o custo médio de 225 dólares por doente/dia num hospital representa mais de 45 % das despesas com cuidados médicos do segurado no sistema. Basta que determinadas análises dos doentes que vão ser hospitalizados sejam feitas antes da entrada (sangue, raios X, etc.) para que seja poupado um dia de internamento, o que pode representar 10 % de economia. Por outro lado, grupos de médicos e hospitais começam a oferecer descontos substanciais para subscrições maciças de utentes por intermédio das HMOs, a maioria das quais não têm fins comerciais lucrativos, fazendo baixar os custos na competição.

Estes novos aspectos da política de saúde nos EUA, de carácter privado, são acompanhados na Europa de tentativas de medidas de contenção das despesas médicas, de carácter estatal ou para-estatal, por serem, aqui, os sistemas destes tipos. Mas nestes países os sistemas continuam a desprezar a promoção da saúde, como objectivo que exige estruturas próprias. Os EUA mantêm em funcionamento uma grande instituição estatal destinada a fazer a investigação em saúde para eliminar a doença — os Institutos Nacionais de Saúde — mas o seu campo de acção é a biomedicina e ciências conexas, e não o estudo da estrutura e orgânica de serviços de saúde para apoio à população na luta contra a doença existente (1, 2).

— *Reino Unido.* O serviço nacional de saúde inglês (National Health Service) tem sofrido repetidas reformas, todas conducentes a aumentar a assistência na doença e, na prática, a diminuir a promoção da saúde e a luta contra as doenças dominantes. A preocupação dos governantes é a economia no funcionamento de vários sectores do serviço, passando a utilizar mais, por acordos, a competitividade de empresas privadas. Mas o monopólio do NHS impede as experiências dos EUA (3, 4, 5).

1.2. OMS. O objectivo de conseguir saúde para todos no ano 2000, estabelecido pela OMS em 1978, assenta na organização de *cuidados de saúde primários*: um conjunto de medidas de baixa tecnologia para prevenir a doença nos países pobres. Nos países ricos não estão previstas mudanças significativas, embora em alguns deles se tenha feito grande propaganda à volta de um *hipotético médico de família*, também chamado *clínico*

geral, que ressuscitaria o médico tradicional do passado nas relações com as famílias, e, como este, preparado para atender os doentes. Nos primeiros 6 anos de execução do projecto da OMS não foram obtidos resultados na diminuição das causas de morte das crianças e das mulheres durante a gravidez e parto, bem como das doenças infecciosas e parasitárias dominantes, que eram a principal finalidade dos cuidados primários na África, Ásia e América Latina. Este fracasso assenta na falta de resolução de 6 problemas de saúde pública (6):

- *Água potável.* No 3.º Mundo cerca de 80 % das doenças infecciosas são disseminadas pela água. Sem abastecimento seguro de água potável e rede de esgotos conexas, não há solução, como aprenderam os países evoluídos neste século;
- *Vacinação.* É o meio mais rápido e barato de fazer diminuir seis doenças infecciosas (poliomielite, sarampo, difteria, tosse convulsa, tétano, tuberculose), que são grandes causas de morte, ao lado da malária e pneumonia, com a diarreia infantil — esta responsável por 1/3 das mortes infantis;
- *Contracepção.* A diminuição dos nascimentos e das gravidezes pelo controlo correspondente é uma medida essencial na vida das famílias e sua saúde;
- *Educação materno-infantil.* Compreendendo essencialmente a alimentação ao peito, melhoria da higiene pessoal e geral, alimentação equilibrada e observação médica;
- *Formação médica.* Sem médicos e outro pessoal de saúde com treino desenvolvido, não se vai longe. Os aprendizes que actuam como trabalhadores de saúde em substituição de médicos nos meios locais são cada dia um fracasso maior;
- *Medicamentos essenciais.* Muitos medicamentos utilizados no 3.º Mundo representam pura perda de dinheiro pela ineficácia e outros podem ser perigosos, causando mais doença do que a que podem curar, sobretudo nas crianças e idosos, quando não há vigilância médica. A OMS elaborou uma lista de 200 mais úteis.

A despeito do entusiasmo com que os cuidados primários foram criados há poucas indicações de que os padrões de saúde tenham melhorado ou venham a criar saúde para todos. Alguns peritos pensam que não se trata só de falta de exe-

cução, mas principalmente de que a sua concepção é errada. É que os cuidados precisam de ser aplicados como um todo, por quem saiba, com orientação, vigilância e progresso de intervenções permanentes, o que só autoridades de saúde preparadas podem promover, de forma que cada intervenção reforce as anteriores em eficiência, simultaneamente na melhoria da saúde positiva e no tratamento rápido dos doentes.

2. Estratégias de luta contra os factores de risco

É muito diferente, conforme os países, a aplicação dos conhecimentos de que se dispõe na luta contra os grandes factores de risco para a saúde, em número de 6:

- *Poluição.* A água, o solo e o ar estão a ser poluídos (ou contaminados) progressivamente mais, à medida que a urbanização produz dejectos e lixos em maior quantidade e a indústria, mais gases e produtos residuais, sem que sejam tomadas medidas de correcção convenientes, na quase totalidade dependentes da engenharia sanitária e intervenção das autoridades de saúde, no sentido de que possam impor o cumprimento da legislação própria. A contaminação da água de bebida e dos alimentos por bactérias e tóxicos tem merecido mais atenção do que a poluição do solo e do ar, em todos os países evoluídos. Mas os perigos já reais ou potenciais do aumento da poluição sobretudo industrial impõem mais vigilância;
- *Alimentação-nutrição.* É dos factores que mais influenciam a saúde ao longo da vida, tendo merecido atenção nos aspectos que vão das carências até à fome e dos excessos individuais, mas ainda pouca nos aspectos dominantes de hoje, do desequilíbrio de nutrientes, que leva por excesso de consumo de alimentos considerados privilegiados à diminuição de consumo doutros alimentos indispensáveis. Consumo excessivo de proteínas, gorduras e açúcar e baixo de cereais, particularmente pão, e vegetais verdes, com horário irregular das refeições e culinária desfavorável ao funcionamento do aparelho digestivo, tudo sem ter em conta o sedentarismo, crescente da vida moderna, conduziram nas últimas dezenas de anos a graves perturbações nutricionais e grande

aumento da morbilidade. Em nenhum país foram até agora organizadas estratégias de luta adequadas;

- *Consumo de álcool.* À utilização excessiva por número crescente de pessoas, sobretudo jovens, de bebidas alcoólicas tradicionais está a juntar-se a de bebidas destiladas, com enormes prejuízos para a saúde e reflexos profundamente negativos na economia e comportamento social. Mas em nenhum país foram até agora organizadas estratégias de luta adequadas;
- *Consumo de tabaco.* Situação negativa muito grave, paralela à do álcool;
- *Habitação.* Constitui importante factor de risco, principalmente nos meios urbanos, não estando a contribuir para a melhoria da saúde, o que se deve ao facto de não se terem desenvolvido estratégias de adequação na base dos novos conhecimentos de que se dispõe. As perturbações da saúde mental, em aumento, resultam do ambiente incompleto desfavorável criado à pessoa humana pela separação do espaço-abrigo dos espaços livres contíguos; e outras perturbações menores da saúde (respiratórias, infecções ligeiras) e do comportamento têm a mesma causa. Em nenhum país do Mundo o problema da habitação foi posto na base da saúde, até agora, mas apenas em aspectos sanitários. Está, no entanto, estudado;
- *Ambiente de trabalho.* Factor de risco importante, o seu estudo apenas em alguns países mais evoluídos ultrapassou a fase sanitária. As relações fisiologia do esforço/saúde positiva, adequação da alimentação, condições de temperatura, oxigenação, luminosidade e movimentos automatizados, para além dos problemas higiénicos e da poluição específica, constituem campos de investigação novos.

3. Estratégias de estudo e investigação na luta contra a doença

A investigação científica e o estudo corrente dos problemas a resolver em cada país no campo da saúde, só raramente constituem objectivos com prioridades definidas, programas concretos e continuidade assegurada até à obtenção de resultados previstos. A experiência adquirida deve-se praticamente apenas a poucos países evoluídos,

em dois campos fundamentais: epidemiologia e biomedicina (7).

3.1. Epidemiologia. O facto da evolução recente da morbidade não ter sido acompanhada dos êxitos conseguidos pela epidemiologia clássica na luta contra as doenças outrora dominantes deve-se a que as novas doenças infecciosas e as crónico-degenerativas e mentais, agora em aumento, são menos acessíveis aos métodos de estudo anteriores e não foram ainda organizadas estratégias seguras de luta, pela criação de meios novos de intervenção. O que se tem feito é o estudo dos dados aparentes relacionados com a extensão e patologia de cada uma das doenças ou síndromas identificados, e não a investigação dos factores etiológicos e inter-relações com as estruturas funcionais do organismo afectadas. Neste sentido, afigura-se que é preciso criar novos métodos epidemiológicos assentes em estruturas de serviços de saúde mais completas do que as dos actuais sistemas de saúde em funcionamento, identificados com as características próprias de cada tipo de nosologia e apoiados nas intervenções, junto da população, do sector de saúde pública adequado. Isto aplica-se no todo, ou em grande parte, às doenças infecciosas recentemente individualizadas, principalmente de vírus, doenças crónicas dependentes de erros e desequilíbrios alimentares, álcool, tabaco, poluição, perturbações mentais, a própria cárie dentária, que continua a ser a doença crónica predominante desde a infância, e acidentes rodoviários, do trabalho e domésticos.

Os casos concretos da hipertensão e outras doenças circulatórias, cancro, perturbações específicas da nutrição, reumatismos e artrites, doenças psiquiátricas, que figuram entre as prioridades estratégicas de estudo em diversos países, incluindo Portugal, têm mostrado a necessidade de aperfeiçoamento dos sistemas de saúde, não apenas na assistência à doença mas na consecução da saúde positiva.

3.2. Biomedicina. As estratégias biomédicas dominadas de há muito pelos aspectos bioquímicos e genéticos da fisiopatologia e farmacologia constituem o sector da investigação em que estão a ser feitos mais progressos, embora os seus resultados sejam lentos e apenas utilizáveis a médio ou longo prazo. Trata-se de investigação fundamental, de descoberta, sem resultados práticos imediatos, mas indispensável para aumentar os conhecimentos sobre as causas da saúde e da

doença. O seu custo muito elevado e as dificuldades que implica este trabalho de investigação obrigam a seleccionar prioritariamente as estratégias biomédicas e, com elas, a desenvolver tarefas cada vez mais especializadas, que as tornam acessíveis apenas a grupos de trabalho altamente preparados, com emprego de tecnologias em constante aperfeiçoamento. O facto da investigação biomédica ser feita quase sem ligação com os serviços de cuidados de saúde mantém-na praticamente isolada em centros com vida autónoma. Mas pode-se prever que novas epidemiologias e a investigação operacional ajudem, com o alargamento da investigação clínica, a estruturar um tipo de sistema de saúde em que a investigação na luta contra a doença seja desenvolvida com conexão das actividades locais até aos centros científicos.

4. Portugal e as opções estratégicas de mudança

Como se conclui, as tentativas desenvolvidas pelos países que enfrentam os problemas da segunda era de saúde pública para estabelecerem estratégias mais construtivas de funcionamento dos serviços de saúde aparecem-nos com orientação e limitações insatisfatórias, por se centrarem no tratamento dos doentes e diminuição dos custos, o que em Portugal poderá ser facilmente superado, se o seu sistema de saúde passar a ser bem aproveitado. Neste sentido, os resultados das experiências dos outros países associados às tentativas de mudança dos serviços de cuidados de saúde, entretanto ocorridas entre nós, constituem pela análise dos seus erros e faltas ensinamentos negativos fundamentais a ter em conta.

Para o caso português, em face das mudanças introduzidas depois da reforma de 1971 na estrutura, orgânica e funcionamento dos serviços de cuidados de saúde, pode-se perguntar se melhorou alguma coisa (8):

- Nas actividades da rede de centros de saúde e postos de saúde e serviços conexos junto da população, para que possam cumprir as responsabilidades que lhes competem e bem especificadas aquando da sua criação?
- Nas intervenções de saúde materno-infantil, pré-escolar, escolar, saúde ocupacional, acompanhamento da terceira idade, que são sectores críticos?
- Nas acções de contacto directo com as fa-

mílias e de apoio às suas necessidades educativas, de informação e de vigilância e acompanhamento?

- Desenvolveram-se ao menos as valências de atendimento directo de doentes?
- Na intervenção das autoridades de saúde para resolução dos problemas do ambiente, luta pelo saneamento e contra a poluição?
- Na diminuição da morbilidade e do recurso aos médicos por doenças evitáveis?
- No estudo (esclarecimento) da epidemiologia local das doenças dominantes nas comunidades?
- No funcionamento dos hospitais e melhoria do seu equipamento e da utilização dos equipamentos sofisticados?
- No funcionamento e humanização dos serviços de urgência?
- Na ligação dos hospitais concelhios com os hospitais distritais e destes com os centrais?
- No restabelecimento da hierarquização funcional dos serviços desde o nível local?
- Na responsabilização das chefias dentro dos serviços?
- Na extensão e eficácia da medicina convencional?
- Na correcção das faltas, fraudes e irregularidades generalizadas e em aumento nos anos recentes dos prestadores de cuidados?
- Na diminuição dos custos exagerados de diversos sectores dos serviços de saúde?
- Na formação dos médicos em face das novas necessidades de intervenção?

Na realidade, para além da deterioração, nada de substancial mudou ou parece estar para mudar nos erros que em cada novo ano têm sido cometidos, nem se criou alguma coisa de útil que possa servir para o futuro. A não ser experiência negativa em dois campos essenciais: administração e prestação corrente de cuidados. Mas tudo pode ser corrigido, uma vez que estamos em condições de fazer funcionar um sistema de saúde já em grande parte estruturado na base duma política de saúde adequada para a implantação das estratégias inovadoras consideradas necessárias.

4.1. Opções estratégicas de política de saúde. Portugal dispõe, portanto, de uma política de saúde bem definida, estabelecida pela reforma de 1971 (Capítulo II, n.º 2), com duas estratégias básicas paralelas: de saúde e de assistência na doença — esta assegurada por medidas directas

de atendimento dos doentes nos serviços, e, fora dos serviços, por acordos com médicos e instituições privadas, ou por iniciativa individual dentro e fora do País, suportando os respectivos custos. O sistema de saúde deverá manter-se, assim, de financiamento público para o grande sector de saúde pública em rápido desenvolvimento nos aspectos da promoção da saúde e da luta contra a doença, e de financiamento público, misto e privado para o sector de tratamento da doença e recuperação. Pequenas opções de ajustamento e aperfeiçoamento terão de ser feitas para cada sector de acordo com a experiência de actuação dos serviços e análise da relação custo/benefício. Em todos estes aspectos é importante o conhecimento de que a população irá crescer apenas ligeiramente — fora de qualquer acontecimento imprevisto, como seja um surto brusco de imigração — com envelhecimento moderado progressivo, pelo que as opções estratégicas precisam de se centrar essencialmente no acerto da administração do conjunto dos serviços (tornados eficientes) e na investigação em saúde pública, clínica e biomedicina dos problemas que mais nos afectam (9, 10).

4.2. Opções na luta contra os factores de risco. Estão relacionadas com grandes objectivos a concretizar no domínio da saúde pública, por intervenção das autoridades de saúde e seus apoios executivos, compreendendo:

- *Poluição.* Escolha das medidas de correcção da poluição já existente, de origem doméstica, urbana e industrial, e impedimento vigoroso da tendência presente para o seu aumento. A vigilância regular da água de bebida e a sua protecção, o saneamento dos cursos de água e do solo, pelo tratamento ou desvio inofensivo dos efluentes, a manutenção da inocuidade da atmosfera exigem a aplicação de medidas permanentes bem conhecidas, que têm de ser impostas e mantidas por autoridades com poder suficiente, como a experiência mostra em todo o Mundo. Só autoridades de saúde poderão ter capacidade e isenção para as fazer aplicar;
- *Alimentação-nutrição.* Todos os seus problemas estão bem estudados em Portugal. Medidas de educação e ensino, desde a infância, foram delineadas e conhecem-se os principais defeitos da nossa alimentação e a tendência para novos erros. Há, por um

lado, excesso de consumo de proteínas e gorduras (sobretudo de origem animal) e de açúcar, e, por outro, consumo insuficiente de leite, vegetais verdes e frutos, ao mesmo tempo que diminui o consumo de pão, ou cereais, alimento insubstituível. Pão e açúcar precisam de ser considerados antagonistas em termos de alimentação racional: a manutenção de consumo elevado de pão é favorável, enquanto o de açúcar é altamente desfavorável. Diminuir o consumo de açúcar, substituindo a importação por produção nacional limitada a quantidade ajustada ao equilíbrio da alimentação e aumentando fortemente o preço para desincentivar o consumo alto, é estratégia de saúde pública essencial. Simultaneamente, há que estabelecer fortes medidas de segurança dos alimentos (11, 12, 13).

— *Consumo de álcool.* Dada a importância do consumo excessivo de álcool em Portugal — mais de 500 000 alcoólicos e cerca de outros tantos bebedores em excesso — dois objectivos se apresentam para tratar seriamente o problema: subtrair a juventude à tentação do álcool; fazer o possível para recuperar os intoxicados. Medidas de educação-informação e ensino são insuficientes, quando as bebidas alcoólicas estão à disposição de toda a gente, desde a infância, e o seu custo é perfeitamente acessível. O problema está bem estudado em Portugal nas bases seguintes: diminuição da produção por regulamentação rigorosa da plantação de vinhas e desvio progressivo de uvas para o fabrico de sumo, no caso do vinho, e restrição da importação de bebidas destiladas e de fabrico de cerveja; restrição do comércio de venda ao público, por limitação das horas de venda de todas as bebidas alcoólicas, apenas a curtos períodos dos dias comuns; diminuição das facilidades de acesso aos locais de venda, com proibição total aos menores de 21 anos; aumento do custo, por introdução de taxas educativas elevadas que dificultem a tendência para o abuso; penalização forte para a embriaguez (14, 15);

— *Consumo de tabaco.* A semelhança doutros países, também em Portugal o consumo de tabaco e a sua extensão à juventude feminina constituem problema gravíssimo de saúde pública. E a experiência está feita de

que por medidas simples de educação-informação e ensino, bem como de psicologia do comportamento, não se conseguem resultados — as pessoas mais bem informadas, como estudantes de medicina e de enfermagem, profissionais cultos e até padres são os que mais fumam e os que começam mais cedo. Só medidas combinadas e radicais podem corrigir este gravíssimo risco para a saúde: diminuição do fabrico, a começar pela importação; aumento do preço por taxa educativa, que numa primeira prioridade se elevaria a 50\$00 por cigarro ou peso equivalente doutras formas de tabaco comercial, e mais, se necessário, em segunda prioridade, de forma a conseguir que a juventude fosse dissuadida de começar a fumar e os fumadores fumassem cada vez menos; proibição de fumar em todos os lugares públicos e oficiais; possível discriminação nos funcionários públicos, a começar pelos da saúde, dando prioridade aos não fumadores. Um objectivo poderia ser o de diminuir rapidamente o consumo de tabaco a 1/3 do actual, e, seguidamente, ano a ano, prosseguir com a diminuição, pondo toda a capacidade possível de intervenção na prevenção ao nível da juventude. A objecção de que as empresas tabaqueiras sofreriam grandes prejuízos é inaceitável, além de que elas são capazes de se organizar comercialmente desenvolvendo outras formas de produção ou negócio (16, 17, 18);

— *Habitação.* Problema fundamental de saúde pública, sobretudo nos meios urbanos e bairros degradados, tanto nos aspectos de saúde-doença como social, está bem estudado em Portugal, mas muito mal considerado em termos de solução. A intervenção das autoridades de saúde torna-se indispensável para a orientar (19);

— *Ambiente de trabalho.* Sector de importância crescente em saúde pública, tem previstos na estrutura dos serviços de saúde portugueses meios de intervenção que não foram ainda postos em actividade, por falta de deliberação e de autoridades de saúde para os desenvolverem. Abrangem os sectores primário, secundário e terciário da economia, ou seja toda a população activa nas condições de trabalho.

4.3. *Opções de estudo e investigação.* Portugal mostrou até agora uma capacidade limitada

de estudo dos seus problemas de saúde e não estabeleceu prioridades para programas e objectivos sectoriais, o que se torna indispensável em face da impossibilidade de conseguir meios de trabalho operacional em todas as áreas. Três preocupações de melhoria da saúde devem começar a relacionar-se prioritariamente: com a *juventude*, incluindo o sector materno-infantil; com as *condições de vida* dos trabalhadores; e com o *equilíbrio da família* em conjunto. A estrutura e a orgânica funcional dos nossos serviços, tal como foi apontada, favoreceria o estabelecimento imediato de medidas de educação e acompanhamento da informação e vigilância da alimentação racional, higiene e comportamento psico-social, por contacto directo regular. E, com elas, acentuar-se-ia a necessidade (e possibilidade) de alargar cientificamente o conhecimento e correcção dos principais factores de risco indicados (4.2) e a investigação:

- *epidemiológica* da morbidade por doenças infecciosas, doenças crónico-degenerativas (circulatórias — vasculares, cardíacas, cerebrais —, cancro nas localizações predominantes, digestivas, respiratórias, metabólicas, reumatismos, artrites), doenças mentais e traumatismos (20, 21, 22, 23);
- *epidemiológica* das perturbações genéticas e dos aspectos genéticos da longevidade (24);
- *epidemiológica* da mortalidade por doenças dominantes e acidentadas;
- *clínica* de casos isolados e em colaboração com a epidemiologia;
- *biomédica*, ou fundamental, particularmente nos domínios da bioquímica, fisiologia, genética e imunologia, que procuram esclarecer os mecanismos da doença;
- de *nutrição*, para melhor conhecimento das funções dos nutrientes e seus equilíbrios quantitativos e qualitativos, influência no condicionamento da saúde e da doença, e situação dos diversos sectores etários da população quanto ao nível mais ou menos satisfatório do seu estado nutricional (25);
- de *economia da saúde*, em ligação com a epidemiologia, para conhecimento do custo da doença, da poupança que poderia já ser conseguida por medidas de luta contra a doença e consequente diminuição desta, e dos benefícios directos resultantes da melhoria da própria saúde, por valorização pessoal, o que modificaria os actuais limites contabilísticos da economia e iria servir de

suporte a medidas de adequação oportuna das actividades dos serviços de saúde (26, 27, 28);

- de *pesquisa operacional*, simultaneamente para o aperfeiçoamento da capacidade de análise e avaliação dos factores (recursos, uso que se faz deles) de funcionamento dos serviços e elaboração de projectos pilotos de estudo em cada um dos grandes sectores de trabalho (saúde pública, cuidados médicos na doença, estudo e investigação) (29);
- de *codificação*, tendo em vista a elaboração do *código de saúde* português de base integradora de conceitos e análise interpretativa, planeado com a reforma de 1971, mas ainda não concretizado (30).

4.4. Embora sem um plano de opções e de prioridade dentro das opções, Portugal desenvolveu experiências e estudos com resultados que podem ajudar de imediato a promover numa linha construtiva e segura de aperfeiçoamento das grandes estratégias de cobertura da saúde de toda a população portuguesa, de que se especificam:

- a estruturação dos serviços de saúde nos três grandes sectores interligados de *saúde pública, assistência na doença e estudo e investigação*, com o objectivo inovador de criar, em conjunto, um alto nível de saúde positiva na juventude (impedindo os factores de risco específicos e a tendência para comportamentos prejudiciais), o acompanhamento mais eficaz da população adulta e o apoio permanente da educação e vigilância à família, como um todo de componentes que vão do recém-nascido ao idoso. Serviços estes que agora há que fazer funcionar com aproveitamento integral da sua orgânica (Capítulo II) e potencialidades de intervenção (Capítulo IV) junto da população (indivíduos, famílias, comunidades);
- o Projecto Piloto de Saúde Pública (1974), os Estudos de Cardiologia Preventiva do Prof. Pádua e colaboradores, intensificados desde a década de 70, o Inquérito Serológico Nacional (1979), o Inquérito Alimentar Nacional do CEN (1980), o Inquérito Nacional de Saúde (DEPS, 1983), os trabalhos de investigação do Instituto Nacional de Saúde (INSA) e dos seus Centros de Estudo especializados.

Numerosos outros contributos foram trazidos por iniciativa de diversas instituições, técnicos e estudiosos. Portugal pode, assim, entrar num caminho novo de política de saúde, aproveitando o que temos já de positivo e com potencialidade de desenvolvimento, corrigindo os erros enormes cometidos e deixando de copiar outros.

BIBLIOGRAFIA

- 1 — IGLEHART, J. K. — Canada's health care system. *N. Engl. J. Med.*, 3, 1986, 212.
- 2 — LISTER, J. — The politics of medicine in Britain and the United States. *N. Engl. J. Med.*, 3, 1986; 168.
- 3 — ENTHOVEN, A. — Reflections on the management of the national health services. Nuffield Provincial Hospitals Trust. London, 1985.
- 4 — GONÇALVES FERREIRA, F. A. — Serviço Nacional de Saúde Britânico (NHS). *O Médico*, 113, 1985, 232.
- 5 — GREEN, D. G. — Challenge to the NHS. IEA (Hobart Paperback 23). London, 1986.
- 6 — THE ECONOMIST — Primary health care is not curing Africa's ill. May 31, 1986, 97.
- 7 — CAYOLLA DA MOTA, L. A.; GONÇALVES FERREIRA, F. A. — Epidemiologia e estratégias de intervenção na «Segunda Era da Saúde Pública». *O Médico*, 112, 1985, 655.
- 8 — GONÇALVES FERREIRA, F. A. — Que querem fazer dos serviços de saúde Portugueses? (já citado p. 23).
- 9 — DIA DO INSA (GONÇALVES FERREIRA, F. A.) 1984 (já citado p. 17).
- 10 — DIA DO INSA (CAYOLLA DA MOTA, L. A.) 1986 (já citado p. 17).
- 11 — GONÇALVES FERREIRA, F. A. — Nutrição Humana. Fundação Calouste Gulbenkian, Lisboa, 1983.
- 12 — GONÇALVES FERREIRA, F. A.; REGO DE AGUIAR, L. — Ensino da alimentação e nutrição. *Rev. do CEN*, 5(1), 1981, 58/70/83.
- 13 — GONÇALVES FERREIRA, F. A.; AMORIM CRUZ, J. A.; REGO DE AGUIAR, L.; MARTINS, I.; MANO, M. C.; DANTAS, A. — Inquérito alimentar nacional. *Rev. do CEN*, 9(4), 1985, 1-121.
- 14 — GONÇALVES FERREIRA, F. A. — O alcoolismo na segunda era da saúde pública. *Rev. do CEN*, 8(3), 1984, 3-16.
- 15 — OMS — Production et commerce de l'alcool: conséquences pour la Santé Publique. Genève, 1986.
- 16 — CAYOLLA DA MOTA, L. A. — Consumo de tabaco e sua influência sobre a saúde em Portugal. *Arquivos do Instituto Nacional de Saúde*, 11, 1986.
- 17 — PÁDUA, F. (ed.) — Prevenção do tabagismo. Conselho de Prevenção do Tabagismo, 1984.
- 18 — INSTITUTO SUPERIOR DE AGRONOMIA — II Jornadas do Tabagismo, Lisboa, 1985.
- 19 — GONÇALVES FERREIRA, F. A. — Modernas condições de saúde, habitação e urbanismo. *Arquivos do Instituto Nacional de Saúde*, 2, 1973, 31.
- 20 — LEITÃO, A. E. — Estatísticas de saúde. Saúde em números, 1, 1986, 1.
- 21 — CAYOLLA DA MOTA, L. — Mortes prematuras e estratégias de intervenção preventiva. *O Médico*, 11, 1985, 54.
- 22 — SAMPAIO DE FARIA, J. G. — How to integrate mental health in PAC practice — the role of schools of public health. Lisboa, Escola Nacional de Saúde Pública, 1983.
- 23 — SAMPAIO DE FARIA, J. G. — The contribution of psychiatric epidemiology to the development of health services in Portugal. Lisboa, Escola Nacional de Saúde Pública, 1985.
- 24 — GONÇALVES FERREIRA, F. A. — Informação genética, capacidade de desenvolvimento da espécie humana e medicina. *O Médico*, 112, 1985, 957.
- 25 — GONÇALVES FERREIRA, F. A. — Epidemiologia da malnutrição. *Rev. do CEN*, 8(2), 1984, 3.
- 26 — ABEL-SMITH, B. — Funding health for all: is insurance the answer. *World Health Forum*. (WHO), 7(1), 1986, 3.
- 27 — Value for money in health services. London, Heinemann, 1976.
- 28 — WHO — Economic evaluation in the health field. *Statistics*, 38, 1985, 4.
- 29 — NEVES ALMEIDA, F.; GONÇALVES FERREIRA, F. A. — Projecto piloto de saúde pública. In: Política de Saúde e Serviço Nacional de Saúde em Portugal. Lisboa, 1975 (já citado).
- 30 — BARBOSA, P. M. — Esquema básico do Código de Saúde. *Cadernos DEPS* (3), 1985.

Consumo do tabaco e suas implicações sobre a saúde em Portugal *

L. Cayolla da Mota **

«Não pode já existir qualquer dúvida, entre pessoas informadas, que em qualquer país em que o tabaco é (e foi, durante um período de tempo apreciável) uma prática comum, esse hábito constitui uma das principais causas evitáveis de doença, incapacidade e morte prematura.»

Controlling the Smoking Epidemic. Relatório n.º 636 da Série de Relatórios Técnicos da O.M.S., Genève, 1979.

Preâmbulo

A presente publicação foi preparada com base sobretudo em elementos estatísticos nacionais disponíveis e actualizados, ainda que dispersos, requerendo o cálculo de outros e a análise do conjunto, com interpretação das evoluções comparadas dos valores absolutos e relativos que dizem respeito à produção e consumo de tabaco em Portugal e à evolução das taxas de mortalidade de afecções há muito associadas àquele consumo.

Julgou conveniente iniciar-se a publicação por uma primeira parte (Introdução e Resumo da Situação) que incluisse, não só uma breve Introdução genérica e histórica sobre a origem e o crescente consumo do tabaco, no mundo e em Portugal, como também um resumo de tudo aquilo que, a respeito do consumo e das consequências do tabaco no nosso país, se descreve mais pormenorizadamente na segunda e terceira partes

deste trabalho. Nesse sentido, o primeiro capítulo pretende ser «auto-suficiente», ainda que necessariamente limitado em extensão e profundidade.

Os interessados poderão encontrar mais pormenores e comentários adicionais nos capítulos subsequentes em que se trata, com a pormenorização possível, no segundo capítulo, da produção, importação, consumo e custos do tabaco e dos respectivos impostos (bem como da sua contribuição para as receitas do Estado), e, no terceiro, das taxas de mortalidade de algumas das principais afecções a que o tabaco foi associado em estudos epidemiológicos e outros, de base científica. O quarto capítulo será consagrado aos objectivos e métodos de luta contra o tabagismo em Portugal, com destaque para os que já entre nós se iniciaram e para os que preconizamos para reforço da luta anti-tabaco.

Todos os quadros e gráficos estatísticos referidos no texto foram juntos num anexo final, onde, sem interrupções do texto, poderão ser facilmente consultados.

Este despretençioso trabalho de pesquisa e análise de dados estatísticos disponíveis (e só a sua disponibilidade limitou, em muitos aspectos, o âmbito dos assuntos a abordar, analisar e discutir) mais não pretende do que despertar interesses para os estudos complementares que se impõem, a fim, não só de melhor se conhecer a situação do tabagismo entre nós, nos seus múltiplos aspectos quantitativos, psico-sociais e de saúde, como também de se tentarem diversas vias de investigação especializada nos diferentes sectores ligados ao problema, e contribuir para

* Prémio Ricardo Jorge de Saúde Pública (1985)

** Prof. Catedrático (Epidemiologia) da Escola Nacional de Saúde Pública. Assessor do Ministério da Saúde

o reforço das medidas de acção já tomadas, ou a tomar, pelos responsáveis, na luta contra a presente e crescente «epidemia» de tabagismo entre nós.

Dada a convicção, que partilhámos com muitos, incluindo a Organização Mundial de Saúde, que o hábito de fumar constitui a principal causa externa da morbilidade e da mortalidade que é possível evitar por simples vontade humana — dos indivíduos e das comunidades — esperamos que essas acções de intervenção e aqueles estudos complementares se iniciem ou prossigam, no sentido de reduzirmos progressivamente esta grave ameaça à saúde das nossas populações.

1. Introdução, resumo da situação

«... Esta indecente e moda louca,
Fazer a gente chaminé da boca».

Bocage (séc. XIX)

1.1. Breve resumo histórico

1.1.1. Decorreram já mais de 400 anos desde que o tabaco e o seu hábito se introduziram no mundo ocidental, de onde, depois e sobretudo no decurso do último século, se espalharam por todo o mundo, especialmente como tabaco para fumar, sob a forma de cigarros. Os cigarros constituem hoje, de longe, a forma mais utilizada pelos fumadores de tabaco, não só à escala mundial, como particularmente entre nós (1 - 9, 22, 24).

A planta do tabaco, originária das Américas Central e do Sul era usada, até à descoberta destas terras por Colombo e por Álvares Cabral, no termo do século XV, por indígenas daquelas regiões, que a utilizavam principalmente sob a forma de fumo, com fins sobretudo mágicos e, às vezes, medicinais. O seu consumo entre estes indígenas era moderado e estava principalmente ligado a práticas mágico-religiosas.

Foram marítimos, exploradores e missionários espanhóis e portugueses os primeiros que introduziram na Europa a erva do *petum* ou *picieit*, como o tabaco era principalmente conhecido pelos indígenas americanos que já há séculos o utilizavam. Segundo parece, o primeiro europeu que o usou e transportou para a Europa teria sido frei Romano Pane, companheiro de Colombo, que trouxe a primeira planta do tabaco para oferecer ao Imperador Carlos V, em 1518 (29). Todavia, já na primeira metade do século XVI o tabaco chegava em apreciáveis quantidades, sobretudo a Lisboa

e a Sevilha e, a partir de então, espalhou-se pela França, Itália, Inglaterra (onde Sir Walter Raleigh iniciou uma larga importação das suas propriedades da Virgínia em 1680) e, em seguida, pelo resto da Europa, donde passou à África e à Ásia, entre os séculos XVI e XVII.

Na Europa começou por ser conhecido, primeiro em Portugal, por «erva do embaixador» ou «erva de Nicot», dada a popularização que o então embaixador de França em Lisboa, Jean Nicot, lhe deu, usando-o entre nós e enviando-o em 1560 à Rainha de França, Catarina de Médicis, para «tratar» as suas dores de cabeça; e, depois, em Espanha, por «erva de Santa Cruz» ou «erva do Cardeal», em homenagem ao Cardeal de Santa Cruz, nuncio do Papa em Lisboa, que o importava para si e para outros em Portugal e ainda para o Papado e para Itália em geral (29).

1.1.2. Quase simultaneamente com a sua expansão surgem, um pouco por toda a parte, tentativas infrutíferas de certos governantes para proibirem ou limitarem o seu uso. Chegaram a pesar, sobre os fumadores e fornecedores, penas terríveis, como o corte dos narizes, decretado pelo Sha da Pérsia Amurat IV, e até mesmo a pena de morte, como na Turquia com o sultão Mehmet Ali, ou a excomunhão, decretada pelos Papas Urbano VIII (bula de 1625) e Inocêncio XII (bula de 1690) (29)! Tudo em vão, como se sabe: presentemente, mais de 4 milhões de toneladas de tabaco são fumadas anualmente (3 - 5).

Ao reconhecer a expansão do uso do tabaco e a importância das medidas decretadas contra ele, um número crescente de governos, incluindo o de Portugal, cedo decidiram beneficiar de algo que não conseguiram controlar. Foram estabelecidos impostos cada vez mais elevados e finalmente criados monopólios que se têm revelado extremamente rendosos, como em Portugal, conforme mais adiante se documenta, em pormenor. Bastará para já que se diga que de 1880 a 1890 os impostos directos e os emolumentos do tabaco no Reino de Portugal subiram de cerca de 2 000 000 de «reis» para quase 4 000 000 (29) — quantias muito elevadas para a época — e que, nos últimos anos, as receitas do tabaco têm constituído entre cerca de 4 % e 8 % do total das receitas do Estado (ver adiante).

1.1.3. Apesar do aumento sempre crescente do uso do tabaco, não tem faltado quem entre nós o satirize, como o grande poeta Bocage («... Essa indecente e moda louca/Fazer a gente

chaminé de boca...») nem quem o ataque, de resto com fundamentos cada vez melhor alicerçados em factos científicos, sobretudo a partir da década dos 1960, com base nos primeiros resultados de estudos controlados, anatomo-patológicos e sobretudo epidemiológicos. Pedindo escusa de não referir os nomes de tantos críticos e opositores nacionais, entre os quais se contam alguns dos nossos mais ilustres sanitaristas, clínicos, educadores, desportistas e até políticos, não resistimos à tentação de referir, pela sua curiosidade, o autor de um interessante livro publicado em Lisboa em 1890 sobre «O tabaco e o álcool — Estudo médico, económico e jurídico», o Dr. M. V. de Armelim Junior, que termina o seu trabalho com uma crítica bem fundamentada e desenvolvida contra o tabaco e o seu abuso⁽²⁹⁾. É curioso e, pensamos, relevante acrescentar que, de entre as medidas que Armelim Junior preconizava contra o tabagismo, ele insistiu principalmente na importância basilar da *educação*, afirmando textualmente: «é mister pugnar contra a ignorância das inteligências, a indiferença dos ânimos, a fraqueza das vontades, infirmar prejuízos, destruir o maldito espírito da imitação e da moda... ensinar e cumprir deveres... Combater, em suma, a ignorância e a desmoralização: a ignorância, instruindo; a desmoralização, educando»⁽²⁹⁾.

Foi por julgarmos estas palavras, escritas há quase 100 anos, ainda tão apropriadas — e não só em relação ao hábito de fumar, como igualmente a outros hábitos e modos de vida nocivos à saúde dos indivíduos e das comunidades — que não resistimos ao desejo da sua transcrição.

1.1.4. Como já uma vez tivemos a oportunidade de escrever⁽¹³⁾, apesar dos portugueses terem sido, com os espanhóis, dos primeiros a introduzir na Europa a erva do *petum*, no seu conjunto, os portugueses são ainda fumadores moderados em relação à maioria dos países da Europa Ocidental e da América do Norte (Quadro I). Contudo, o hábito de fumar (praticamente apenas cigarros) continua ainda a aumentar entre nós, ao contrário do que nos últimos 10-20 anos se vem verificando em alguns daqueles países em que mais se fumava anteriormente. É o caso do Reino Unido, dos países escandinavos e, sobretudo, dos EUA e do Canadá, que iniciaram e têm mantido uma redução progressiva desse hábito, inicialmente em certos grupos sócio-profissionais (como por exemplo os médicos britânicos, a partir de 1965) e, presentemente, até mesmo no

conjunto da população adulta masculina (como nos EUA, onde, nos últimos 20 anos, a proporção de fumadores correntes passou de mais de 50 % para cerca de 30 %) (4 - 10).

1.2. Resumo sobre o consumo do tabaco em Portugal e sua evolução

Em Portugal só muito recentemente (1983-1984) se realizaram inquérito de base populacional sobre o consumo de tabaco^(22, 24). Com excepção destes últimos, além do estudo do consumo geral, baseado em estatísticas industriais, do comércio e de finanças que realizámos, pela primeira vez, em 1971⁽¹³⁾ e actualizámos recentemente⁽²⁶⁾ — e que nos revela um aumento do consumo per capita e por ano de cerca de 1200 g em 1965 para perto de 1800 g em 1980, isto é um aumento de 50 % em 15 anos (Quadros II-V) — apenas foram realizados inquéritos dispersos, em certos grupos sócio-profissionais limitados, ou em algumas regiões não representativas do conjunto do país. Os resultados desses inquéritos, recentemente resumidos em trabalho de Eduardo de Magalhães e colaboradores do Centro de Estudos de Cardiologia Preventiva (Quadro)⁽²⁴⁾, parecem confirmar o aumento progressivo do consumo de cigarros inicialmente demonstrado (Quadro V) (12, 18, 20, 23, 24) incremento esse especialmente marcado nos meios urbanos e nos grupos sócio-profissionais mais elevados (exactamente ao contrário do que se verifica na Grã-Bretanha e nos E.U.A., por exemplo e ainda que, nestes grupos e no meio urbano, as taxas de aumento anual parecem sobretudo elevadas na população jovem do sexo feminino (12 - 14, 24).

São particularmente preocupantes as prevalências de fumadores entre médicos e enfermeiros, como, por exemplo, as referidas por J. Medeiros e outros em Coimbra: 51,0 % e 46,0 % e 49,3 % e 20,7 %, respectivamente, nos sexos masculino e feminino⁽¹⁸⁾.

Contudo, só nos dois últimos anos foi possível conhecer melhor a prevalência do hábito de fumar em Portugal, por meio dos primeiros inquéritos em amostras representativas da população. O Inquérito Nacional de Saúde do Departamento de Estudos e Planeamento da Saúde, por ora ainda restrito à Área Metropolitana de Lisboa (população total), mostrou que, em 1983, cerca de 41 % dos indivíduos do sexo masculino e de 9 % do feminino fumam habitualmente cigarros (22a - 22b); (Quadros XVI a XX e Gráficos 6 e 7).

O primeiro inquérito em escala verdadeiramente nacional, concebido por Eduardo Magalhães e outros do Centro de Cardiologia Preventiva (sob a direcção do Prof. Fernando Pádua) com o apoio de «Euroexpansão», mostrou que, em 1984, na população portuguesa de 15 e mais anos, eram fumadores habituais 37,3 % dos homens e 10,1 % das mulheres (24); Quadros XV e XXIII.

1.3. Breve comentário à evolução de algumas taxas de mortalidade específica em Portugal

Paralelamente, tem-se verificado igualmente no País um aumento constante das taxas de mortalidade devidas a doenças para cuja etiologia a contribuição do hábito de fumar foi epidemiologicamente comprovada nos últimos 20-30 anos (2, 15, 16, 17, 18, 19, 20), designadamente em relação ao cancro do pulmão e a outros cancros das vias digestivas superiores e respiratórias inferiores, a outros cancros (da bexiga, do rim, do pâncreas), à doença coronária, à aterosclerose e à bronquite crónica e enfisema pulmonar.

Para só referir alguns números das estatísticas disponíveis entre nós (Quadro XXIV a Quadro XXXIX, Gráficos 8 a 20, em anexo), podemos salientar que, entre 1960 e 1982, a taxa de mortalidade por «cancro do pulmão» aumentou de 5,4 para 15,8 ‰, isto é, 193 % (208 % no sexo masculino) — enquanto a do «cancro do estômago», ainda a principal neoplasia maligna em Portugal, só aumentou de 25,3 para 29,5 ‰, isto é, 22 % — (26).

Durante o mesmo período de tempo, a taxa de mortalidade para o «cancro da laringe» subiu de 3,0 para 3,9 ‰, isto é, 30 %, e a do «cancro do esófago» de 3,5 para 4,9 ‰, isto é, 40 %, enquanto que a taxa da mortalidade por «bronquite crónica e enfisema pulmonar» aumentou de 1,8 para 2,8 ‰ ou seja, 40 % (45 % no sexo masculino) (26).

1.4. Resumo da situação em Portugal

Há cerca de 15 anos realizámos, com base nos escassos dados então disponíveis, um estudo à escala nacional sobre o consumo e o custo total do tabaco e sobre certas causas de morte ligadas ao hábito de fumar. Os resultados foram publicados em inglês (13) para apresentação a uma das primeiras Conferências Internacionais sobre o Fumo e Saúde (Londres, 1971). Anos mais tarde

houve necessidade de os actualizar (o que só foi possível até ao ano de 1975) também para uma comunicação que nos fora solicitada para a Conferência Internacional sobre Fumo e Saúde que teve lugar em Estocolmo, em Junho de 1972 (13).

O presente trabalho inclui uma nova actualização daqueles dados sobre consumo e custos do tabaco disponíveis à escala nacional, os quais, pelo menos em relação às estatísticas nacionais sobre produção, consumo, custos e fiscalidade, cobrem já um período de 40 anos. Os dados apurados, relativos à produção, importação, exportação e consumo total do tabaco (por tipos de tabaco), consumo *per capita* (em relação à população total e à população adulta), custos e impostos arrecadados pelo Estado (*), bem como os que dizem respeito a certas taxas de mortalidade específica, são apresentados em quadros e gráficos anexos a este trabalho (Quadros II a XIV e Gráficos 1 a 20).

Pretendeu-se também comparar estes dados, relativos ao consumo total do tabaco em Portugal, com os principais resultados disponíveis sobre consumo *per capita* baseados em:

a) inquéritos restritos de base populacional, designadamente os de M. Goulão (12, 16) M. Conceição Granate (14), J. Pereira Miguel et al. (20, 24), Eduardo Dias (24), J. Medeiros et al. (18, 19), Luis de Oliveira (21) e Paiva de Carvalho et al. (23), todos estes baseados em grupos sócio-profissionais restrictos, de regiões não representativas do conjunto do país; e

b) também nos resultados mais recentes do Inquérito Nacional de Saúde do DEPS, realizado em 1983 na Área Metropolitana de Lisboa (22) * e do primeiro inquérito de base populacional e de âmbito verdadeiramente nacional que conhecemos e que foi orientado por Eduardo Magalhães e outros Colegas do Centro de Estudos de Cardiologia Preventiva, em colaboração com o Conselho Nacional do Tabagismo e a «Euroexpansão» (24) *. Os resultados de todos estes inqué-

(*) Os impostos sobre tabaco arrecadados pelo Estado, subiram de cerca de 140 000 contos, em 1930, para quase 12 000 000 de contos, em 1980 (Quadro XII e Gráfico 5) aumento este deveras impressionante. Durante o mesmo período, estes impostos representaram um contributo da ordem de 5 % a 7 % para a Receita Geral do Estado (Quadro XIII), o que demonstra bem a ainda elevada importância do tabaco como «receita do Estado» em Portugal.

(*) Consultem-se os Quadros XVI a XIX e XXII e os Gráficos 6 e 7.

ritos são resumidos em quadro anexo (Quadro XV), que inclui também os resultados de um inquérito da «Tabaqueira» (23).

Finalmente, aproveitou-se a oportunidade para actualizar as taxas nacionais disponíveis da mortalidade específica por um certo número de doenças epidemiologicamente ligadas ao consumo de cigarros (cancros do pulmão, da laringe e do esófago, doenças cárdio-vasculares, bronquite crónica e enfisema pulmonar) e de que já é possível estudar a evolução nos 20 últimos anos em Portugal (27). Essa evolução é documentada por intermédio de alguns quadros e gráficos, que igualmente se anexam e comprovam, não só o aumento continuado das respectivas taxas específicas de mortalidade, como até a aceleração das taxas anuais de aumento da incidência de algumas daquelas afecções (Quadros XXIV a XXXIX; e Gráficos 8 a 20).

1.5. Controlo do tabagismo em Portugal

Apesar de várias tentativas meritórias mas isoladas que, desde o século XIX, diversas personalidades vieram desenvolvendo entre nós, no sentido de se alertar o público e as autoridades para os riscos do tabaco e para a importância médico-social do problema, só muito mais tarde começaram a surgir resultados concretos, incluindo a criação do Conselho de Prevenção do Tabagismo (Portaria n.º 266/83 de 27/5/83, que regulamentou a Lei n.º 22/82, de 17/8/83) que tem vindo a desenvolver diversas actividades de acção multissetorial (25).

Iniciámos em 1959 as nossas actividades de divulgação dos riscos do tabagismo na Direcção-Geral de Saúde e em diversos «cursos de aperfeiçoamento» e outros. No âmbito da D.G.S. estas actividades só viriam a ter a sua primeira concretização com a Portaria n.º 28 440 de 19/6/68 que proibia, ainda «timidamente», fumar-se em alguns meios de transporte colectivo urbano. Só dez anos depois essa proibição foi tornada extensiva a outros meios de transportes.

Em 1978, por proposta do autor destas linhas, o Conselho Científico-Pedagógico da Escola Nacional de Saúde Pública decidiu que não se deveria mais fumar nas salas de aula e de trabalho da Escola e propôs então ao Secretário de Estado da Saúde que se proibisse o fumo nas enfermarias, consultórios, salas de tratamento e outros locais públicos de todos os estabelecimentos de

Saúde portugueses, o que foi aceite, embora não esteja ainda a ser cumprido como devia.

É de justiça destacar as iniciativas corajosas e notáveis que o Prof. Fernando Pádua e seus colaboradores e outros investigadores, médicos psicólogos e educadores, têm desencadeado e prosseguido, com o apoio, designadamente, da Sociedade Preventiva de Cardiologia, do Centro de Estudos de Cardiologia Preventiva do INSA e de outras associações científicas, educativas, de juventude, etc. O inegável impacto destas actividades já permitiu, pelo menos, sensibilizar, para a importância do problema e para a necessidade do seu controlo, uma parte significativa da população portuguesa e muitas das nossas autoridades — em especial as da saúde e as da educação.

Falta, sem dúvida, fazer ainda muito mais no sentido de melhor se controlar a «epidemia tabágica» no nosso país (13, 15, 16, 26). Contudo, as actividades a empreender exigem melhor conhecimento da situação, não só no que diz respeito às características do consumo, como também no que se refere às suas consequências patológicas (24, 27).

Estes factos justificam que em Portugal prosigam e se aprofundem os estudos sobre o consumo do tabaco iniciados nos anos 60 (12) e 70 (13) que melhor se estude a distribuição do hábito (por sexos, idade, ocupação, grupos sociais, áreas de residência, nível de instrução, etc.), que se intensifiquem os estudos do comportamento psico-social que melhor nos expliquem as motivações em causa (quer no sentido da aquisição, ou da manutenção do hábito, quer no da sua redução ou cessação) e melhor nos orientem sobre novas técnicas, mais eficazes, de educação sanitária. Para além dos trabalhos já realizados neste domínio, cujo mérito se reconhece (e de que apenas os principais são referidos na Bibliografia) importa também conhecer melhor o impacto médico-social das afecções em que o hábito de fumar tabaco tem sido causalmente incriminado, de forma epidemiologicamente indiscutível, a nível mundial (1 - 11, 28).

1.6. Futuro da luta anti-tabágica entre nós

Esperamos que os elementos estatísticos agora divulgados possam, não só servir de ponto de partida para estudos aprofundados nos diversos aspectos relativos ao uso e às consequências do tabaco, como também incentivar outras investigações no domínio do binómio «tabaco-saúde» e

suas influências médicas, económicas e sociais no nosso País. De igual forma, pensamos que as considerações que se seguem sobre a situação actual dos hábitos tabágicos no nosso país e ainda sobre a necessidade de se estudarem e adoptarem medidas mais extensas e eficazes de luta anti-tabágica (adiante referidas), possam contribuir para o reforço e a promoção da luta contra o tabagismo em Portugal.

2. Produção, consumo e custo do tabaco em Portugal

«A indústria de tabaco produz diariamente 2 cigarros por habitante do planeta. A quantidade, só de nicotina, correspondente à produção total desses cigarros, chegaria, se absorvida por via oral, para eliminar, de uma só vez, toda a população do globo.»

W. Kolditz
Hexágono, 6(3) 1979, 1-8

2.1. Estatísticas oficiais

2.1.1. Produção, importação, exportação e consumo total de tabaco (quantidade e custos)

Só a partir da década de 1940 é que é possível dispôr de dados, publicados regularmente pelo Instituto Nacional de Estatística, relativos à produção e consumo de tabaco em Portugal. Todavia, a consulta que recentemente pudemos fazer à publicação do Dr. N. V. de Armelino Junior, atrás referida (29), permitiu-nos conhecer os valores apurados por aquele investigador, em 1890, quanto às quantidades de tabaco importado e aos direitos e emolumentos alfandegários correspondentes na década 1881-1890. Citamo-los a título de curiosidade, visto ser impossível uma comparação correcta com os valores dos últimos 40 anos, recolhidos e publicados com base em critérios diferentes de apuramento:

Anos	Tabaco desmanchado p/ consumo (em Kg)	Direitos e emolumentos (em reis)
1880 - 1881	1 141 831,121	2 000 411\$354
1881 - 1882	1 694 147,223	2 953 104\$053
1882 - 1883	1 832 911,387	3 197 668\$928
1883 - 1884	1 667 789,762	2 914 137\$961
1884 - 1885	2 011 717,559	3 181 942\$892
.....		
1889 - 1890	?	3 754 880\$345

Apesar das limitações destes dados, é evidente que já desde 1880, isto é desde há mais de um século, se pode comprovar, não só o aumento progressivo do consumo de tabaco em Portugal, como também o acréscimo das receitas estatais com o tabaco, que quase duplicaram entre 1880 e 1890.

Esse aumento é sem dúvida melhor documentado a partir de 1940, como se pode comprovar nos Quadros II e XII e Gráficos 1 a 5 (*).

E se é certo que não atingimos ainda os níveis de consumo de muitos países desenvolvidos, ocupando uma posição intermédia à escala mundial (Quadro I) é inegável que o consumo de cigarros p/cabeça tem vindo a aumentar sobretudo nos últimos 15 anos, em que esse aumento superou os 100 % (Quadro VI).

De 1943 (primeiro ano em que foi possível dispor de dados estatísticos seguros) até 1980, a produção total de tabaco em Portugal, medida em toneladas, mais do que triplicou, subindo de 4254 para 13 488 toneladas (Quadro II e VI). Quanto ao valor em escudos, só entre 1960 e 1980, o custo do consumo (só o valor do tabaco, sem impostos) mais do que quintuplicou (Quadro VIII). Trata-se de uma evolução similar à de outros países com nível de desenvolvimento comparável, sendo de salientar a aceleração do aumento anual sobretudo a partir de 1960. O aumento tem-se feito praticamente à custa de cigarros cujo consumo, só nos últimos 15 anos (1965-1980) quase duplicou (Quadro VI).

Nos Quadros II e III é possível apreciar a evolução comparada da produção, das exportações e das importações de tabaco em Portugal. É claramente aparente que após 1975 a produção nacional, até aí insignificante (praticamente reduzida à dos Açores) começou a aumentar progressivamente, o que naturalmente contribuiu também para o aumento das exportações de tabaco produzido em Portugal continental após

(*) Como termo de comparação daqueles números, pode referir-se que, segundo foi afirmado pelo Prof. Fernando Pádua e também pelo Conselho Nacional do Tabagismo, o Estado cobra hoje cerca de 90 000 contos por dia (32 milhões por ano) dos impostos do tabaco, não dispendendo mais de 5 600 contos/ano com a sua prevenção (25) (26).

aquela data, quer em quantidade (Quadro II) quer em valor (Quadro VIII). Entre 1978 e 1980 (último ano a que se referem os dados disponíveis) verificou-se, aparentemente, uma ligeira quebra do consumo pela população total (Quadro IV) acompanhada por um aumento das exportações (Quadro VIII). Informações recolhidas recentemente, durante as II Jornadas do Tabaco (Março de 1985) parecem apontar para uma certa «estabilização» da produção e sobretudo do consumo interno nos últimos 3-4 anos.

Os «custos do tabaco», isto é da produção do tabaco em Portugal, sem inclusão dos impostos que sobre ele incidem e são diversos, têm vindo igualmente a aumentar de forma apreciável (Quadro VIII). Os valores deste último Quadro não foram contudo corrigidos quanto à inflação (preços correntes). Essa correcção, feita em relação aos preços de 1984, permitiu-nos calcular os mesmos valores em «preços constantes» (Quadro IX).

Surpreendentemente estes últimos valores parecem mostrar que os custos de produção e até de consumo se têm vindo a reduzir em valores relativos, pelo que parece poder afirmar-se que a preços constantes o tabaco custava em 1980 relativamente menos do que em 1960 (Quadro IX). Pensamos que o assunto merece estudos adicionais e aprofundados por técnicos especializados na matéria (economistas).

Em Portugal a produção e o consumo de tabaco para cigarros, desde que nos foi possível dispôr de estatísticas oficiais discriminadas, excederam sempre largamente os de outros tipos de tabaco (Quadros III e IV e Gráfico 3) mostrando claramente a continuada preferência dos portugueses para o cigarro. Trata-se dum tipo de tabaco para fumar que se tem revelado, em todo o mundo e de forma consistente, como a «mais perigosa» e «indesejável», visto ser o que aparece sempre mais fortemente associado aos excessos de morbidade e mortalidade entre fumadores. Estes excessos foram comprovados por cerca de cem inquéritos epidemiológicos, iniciados na década de 1950, sobretudo em relação à incidência de neoplasias malignas das vias respiratórias inferiores e digestivas superiores, da bexiga, do rim e do pâncreas, às doenças obstrutivas crónicas broncopulmonares não malignas, à doença coronária, à aterosclerose e outras afecções vasculares e à morbo-mortalidade peri-natal (1 - 11, 28).

Os dados disponíveis permitem-nos assim afirmar, como já anteriormente disséramos (13, 15, 27)

que «o aumento da população e do consumo geral do tabaco em Portugal é praticamente devido aos cigarros, cuja produção e consumo excedem anualmente 90 % da produção e consumo totais, e que este padrão de consumo é o que tem piores implicações para a saúde dos fumadores portugueses».

Esta preferência resulta ainda mais clara quando se estuda a evolução do consumo total de tabaco por cabeça no nosso país (Quadros III, IV e V e Gráficos 3 e 4).

Quer o consumo *per capita* relativo à população total, quer o valor mais correcto, calculado com base na população adulta (15 e mais anos), mostram que, nos últimos 15-20 anos, enquanto o consumo de charutos e cigarrilhas se mostrou praticamente estacionário, a um nível muito baixo, o do tabaco picado e o do rapé vêm diminuindo até níveis praticamente insignificantes; é só o consumo de cigarros que revela um aumento anual praticamente constante (Quadros IV a VI e Gráfico 4). Assim, por exemplo, enquanto em 1965 foram consumidos 1142 gramas de tabaco para cigarros (correspondentes a cerca de 1142 cigarros) por habitante de 15 e mais anos, este valor subira em 1980 para 1782 gramas (Quadro V) (*). Trata-se de um aumento de pelo menos 50 % em 15 anos. Todavia, porque estes números se baseiam na população adulta total e não apenas na população adulta de fumadores (de que adiante se fala), o aumento real por fumador foi sem dúvida superior.

Esta evolução do consumo tem, pelos motivos acima apontados, uma implicação particularmente desfavorável sobre a saúde da população portuguesa, como, de resto, algumas das nossas taxas de mortalidade específica parecem comprovar (ver adiante).

2.1.2. Impostos sobre o tabaco

Em Portugal o Estado arrecada tradicionalmente uma quantia apreciável em impostos diversos sobre o tabaco. Tais impostos são essencialmente os que incidem sobre a produção (pagos, portanto, pelos importadores e, nos últimos anos, também

(*) Este último valor corresponde a mais do que 1782 cigarros por ano e por cabeça, visto que, segundo informações prestadas no decurso das II Jornadas do Tabaco, Maio de 1985, os cigarros mais modernos, mercê de modificações do tipo de papel, de tabaco, etc. pesam, em média, menos do que os de 1965.

pelos produtores nacionais), sobre a manufactura (indústrias do tabaco) e sobre o consumo (pagos pelo fumador).

Em estudo anteriormente feito, com base em estatísticas fiscais nacionais e divulgado há alguns anos⁽¹³⁾, foi possível demonstrar que, no período de quarenta anos que decorreu entre 1930 e 1969, o total de impostos arrecadados pelo Estado se elevou de 140 253 mil escudos para 1 055 257 mil escudos (Quadro XII e Gráfico 5), isto é, um aumento de 752,4 % a preços correntes, durante um período em que a taxa anual de inflação foi geralmente reduzida. Nos Quadros XI e XIV indicam-se, não só como se repartiram percentualmente os impostos cobrados pelo Estado, como também a sua contribuição relativa para as Receitas Gerais do Estado. Esta contribuição tem sido apreciável, durante aqueles 40 anos, variando entre cerca de 4 % e cerca de 8 % do total das receitas, o que é considerável (Quadro XIV).

Dados apurados mais recentemente, em relação à última década (1970-1980), que forçoso foi recolher de forma um pouco diferente, dadas as alterações que entretanto se verificaram, não só no tipo e até na «designação» dos impostos, como também na forma de recolha, registo e publicação de dados, mostram (Quadro XII) que:

a) por um lado, se verifica um aumento muito apreciável dos impostos totais sobre o tabaco em Portugal, que, só na última década, subiram de 1 157 274 mil para 12 527 350 mil escudos, isto é, quase 12 vezes mais, a «preços correntes»;

b) corrigindo estes valores para «preços constantes», com base nos valores de 1984, o aumento observado ainda é muito apreciável (Quadro XIII): de facto, entre 1960 e 1980 os impostos quase triplicaram em valor real (preços constantes);

c) a maior parte desses impostos é paga pelo consumidor (76,5 %, em 1970; 95,9 % em 1980), tendo-se vindo a reduzir, de maneira apreciável, a percentagem correspondente a direitos alfandegários (de 22,4 % em 1970 para apenas 3,7 % em 1980).

Se esta última tendência é «positiva», o aumento do consumo por cabeça (ou mesmo a sua aparente estabilização à volta de 1980) comprova que a queda da importação (em si mesma muito desejável, pela poupança de divisas) foi compensada por um aumento correspondente da produção nacional.

Finalmente, retomando a análise da contribuição dos impostos do tabaco para as Receitas

Públicas, foi possível comprovar (Quadro XIV) que, de 1970 para 1980, essa contribuição subiu de 5,4 % para 6,5 %. Parece-nos, de facto, uma percentagem apreciável e eticamente pouco aceitável, visto provir dos gastos com um hábito indiscutivelmente prejudicial à saúde.

2.2. Inquéritos (de base populacional) ao consumo

Procuraram resumir-se no Quadro XV os resultados principais dos inquéritos de base populacional que conhecemos sobre o consumo do tabaco em Portugal, admitindo contudo a existência de outros de que não tivemos conhecimento até agora. Os elementos constantes desse quadro foram recolhidos, na sua grande maioria, de um trabalho recentemente apresentado por Eduardo de Magalhães e colaboradoras, do Centro de Estudos de Cardiologia Preventiva, às II Jornadas do Tabaco⁽²⁴⁾ e completados por nós.

2.2.1. Inquéritos em grupos seleccionados da população

Na sua maioria, os inquéritos realizados e ali resumidos foram efectuados desde 1965, em grupos seleccionados da população, geralmente estudantes, profissionais de saúde, ou grupos populacionais urbanos e rurais dispersos submetidos a alguns estudos médico-sociais, como é o caso da maioria dos inquéritos planeados e realizados pelo Prof. Fernando de Pádua e seus colaboradores, designadamente os do Centro de Estudos de Cardiologia Preventiva. Em todos estes casos tratou-se sempre de grupos seleccionados e, portanto, não representativos da população portuguesa, ou mesmo de uma região administrativa (distrito, concelho) ou sequer da totalidade de um grupo sócio-profissional bem determinado — o que, todavia, não lhes retira o seu interesse.

Embora na sua maioria se trate de estudos transversais (*cross-seccional* ou de prevalência) que não foram repetidos, anos depois, nas mesmas populações, na opinião de um trabalho de revisão recentemente apresentado às II Jornadas do Tabaco, mostram, no seu conjunto: que o hábito tem vindo a aumentar na população portuguesa, que é consistentemente mais elevado no sexo masculino, em que parece esboçar-se uma tendência para a estabilização (talvez mesmo para uma certa redução nos últimos 3-4 anos, da ordem

dos 0,5 %) acompanhada de um aumento (da ordem dos 4 %) no sexo feminino (sobretudo nas jovens), que é mais elevado nos meios urbanos e que parece aumentar com o nível sócio-económico (e cultural, provavelmente!) (24). Esta última característica é típica dos países menos desenvolvidos, verificando-se precisamente o contrário nos países mais desenvolvidos onde, como nos EUA por exemplo, nos últimos 15-20 anos, a frequência de hábito se tem vindo a reduzir com a subida do nível sócio-económico (Quadro XXII e Gráfico 21) (1, 4, 5, 10).

Trata-se de uma característica de facto «desanimadora», pois nos demonstra que, em Portugal, aqueles que tinham a obrigação de estar melhor informados e dar o exemplo são os que mais fumam. E são especialmente inquietantes, como sintoma e exemplo negativos, as elevadas percentagens de fumadores demonstradas entre profissionais de saúde. É, por exemplo, o caso dos médicos de Coimbra, em que, no ano de 1980 fumavam 51 % dos médicos e 46 % das médicas (com consumos médios diários de 19 e 15 cigarros, respectivamente); quanto aos enfermeiros da mesma cidade fumavam 49,3 % dos do sexo masculino e 20,7 % do feminino (com consumos médios de 19,3 e 14,6 cigarros, respectivamente) (18, 19).

Igualmente os estudos de Luís de Oliveira, Paiva de Carvalho e colaboradores, também em Coimbra, revelam percentagens muito elevadas — e até crescentes, de 1979 para 1984 — entre profissionais de saúde, como os médicos pneumotisiologistas (22). Percentagens igualmente muito elevadas, atingindo quase 60 % no sexo masculino e 40 % no feminino, têm-se registado em estudantes universitários, incluindo estudantes de Medicina (23)! Entre nós parece que é sobretudo a capacidade económica, mais do que o grau da cultura, que condiciona positivamente a frequência do hábito tabágico — exactamente ao contrário do que nos últimos anos se tem verificado em países como o Reino Unido, os EUA, o Canadá e os Países Escandinavos, por exemplo (consulte-se o Quadro XXII, a título de exemplo) (4, 8, 10).

Para além disto, a maioria dos inquéritos, feitos a partir de 1965, tem vindo a mostrar que o início do primeiro contacto com o cigarro e a instalação do hábito se fazem em idades cada vez mais baixas (12, 14, 24), o que, como se sabe, aumenta o risco de algumas das mais graves consequências do hábito de fumar, designadamente o cancro do pulmão (1 - 11).

Todos estes inquéritos, como, de resto, os realizados em amostras significativas da população, comentados a seguir, mostraram que os hábitos tabágicos entre nós se restringem, praticamente, ao consumo de cigarros.

2.2.2. Inquéritos em amostras representativas da população

Só a partir de 1983 se iniciaram entre nós os inquéritos de base populacional em amostras representativas da população, que há muito preconizávamos e que promovemos no DEPS a partir de 1980 (22b).

A) Inquérito Nacional de Saúde (Área Metropolitana de Lisboa)

Assim, em 1983, J. Martinho Falcão e colaboradores divulgam as primeiras estatísticas referentes ao hábito de fumar apuradas por intermédio do Inquérito Nacional de Saúde (INS) do Departamento de Estudos e Planeamento da Saúde, que tínhamos concebido em 1980. Tais resultados referem-se, por ora, à chamada «Área Metropolitana de Lisboa» (que abrange os concelhos de Lisboa, Loures, Oeiras, Amadora, Caxias, Sintra, Mafra, Torres Vedras, Sobral de Mte. Agraço, Arruda dos Vinhos, Alenquer, V. F. de Xira, Benavente, Montijo, Moita, Barreiro, Seixal, Almada, Sesimbra, Setúbal e Palmela), e dizem respeito à respectiva população total (22).

Este inquérito, realizado em 1983 a uma amostra representativa da população (total) correspondente, mostrou que eram fumadores «correntes» 40,9 % dos indivíduos do sexo masculino e 8,7 % do sexo feminino (24,2 % no total), situando-se em 16,6 % e 2,4 % respectivamente a percentagem dos ex-fumadores (Quadro XVI). Segundo o mesmo inquérito, o número médio de cigarros fumados por dia era, em 1983 e naquela área, 21,4 e 14,2 respectivamente (Quadro XVII e Gráfico 6) e, para todos os efeitos práticos, só o cigarro contava como hábito tabágico, sendo praticamente inexistente o consumo de charuto ou cachimbo (só 1,5 % dos fumadores): Quadro XIX. Quanto ao consumo médio, a maioria dos fumadores fumava entre 11 a 20 cigarros por dia, enquanto a das fumadoras fumava entre 1 a 10; todavia, 26,9 % dos homens fumadores e 11 % das mulheres fumadoras podem ser classificados como «grandes fumadores» (mais de 20 cigarros

por dia), sendo respectivamente de 3,5 % e 0,8 % as percentagens dos que fumam mais de 40 cigarros por dia (Quadro XVII). Ainda o mesmo estudo do INS apurou que, entre os fumadores, 30,2 % dos indivíduos do sexo masculino e 7,8 % dos do feminino tinham iniciado o seu hábito antes dos 15 anos de idade, e que 4,8 % dos rapazes tinham mesmo começado a fumar entre os 5 e os 9 anos de idade (Quadro XVIII e Gráfico 7), o que é sem dúvida um sinal alarmante, pelas razões acima apontadas. O mesmo INS mostrou que, de uma maneira geral, a percentagem de fumadores, em qualquer dos sexos, aumentava com o aumento da escolaridade (Quadro XX), o que constitui igualmente um achado aparentemente paradoxal, visto uma maior e «melhor» capacidade de informação sobre os perigos do tabaco se acompanhar aparentemente de um aumento do consumo de cigarros. Finalmente, as profissões que reuniam proporções mais elevadas de fumadores, segundo o INS de 1983, eram as seguintes: «patrões e gerentes», «comerciantes», «profissões liberais», «trabalhadores especializados» e «empregados de serviços e de comércio»⁽²²⁾ — distribuição esta que é também oposta à presentemente verificada em países como os EUA, o Canadá e o R. U., em que essas profissões, sobretudo as «liberais», são aquelas em que se verificam as mais baixas proporções de fumadores^(1-4, 9-10). A propósito, é curioso acrescentar que um inquérito particular da responsabilidade da «Tabaqueira», respeitante também a 1983, revela que as percentagens mais elevadas de fumadores em Portugal se verificam nos grupos sócio-profissionais mais elevados^(23, 24) (consulte-se Quadro XXI).

B) Inquérito de Âmbito Nacional à População Adulta Portuguesa

O ano passado (1984) foi possível finalmente realizar, sob os auspícios do Centro de Estudos de Cardiologia Preventiva do INSA (Dr. Eduardo de Magalhães e colaboradores) em colaboração com a «Euroexpansão» e com o «Conselho de prevenção do Tabagismo», o primeiro inquérito de âmbito nacional, baseado numa amostra representativa da população adulta portuguesa (de 15 e mais anos de idade), segundo o método de sondagem à opinião pública tipo «Omnibus»⁽²⁴⁾. Segundo os resultados, divulgados por ora apenas em comunicação apresentada às II Jornadas do Tabaco⁽²⁴⁾ a percentagem de fumadores na popu-

lação adulta portuguesa em 1984 era de 22,6 %, correspondendo aos sexos *masculino e feminino*, respectivamente, as percentagens de 37,3 % e 10,1 % (Quadro XXIII). Estes valores não se afastam muito dos apurados pelo INS na Área Metropolitana de Lisboa, sendo de esperar que nesta última, por compreender uma maior proporção da população urbana do que o conjunto do país, as percentagens de fumadores fossem um pouco mais elevadas — o que, contudo, apenas se verifica no *sexo masculino*: 40,9 % em vez de 37,3 %.

Surpreende, por isso, um pouco, que se passe o contrário com o *sexo feminino* (8,7 % e 10,1 %), embora a diferença não seja grande; mas, por outro lado, convém lembrar que, enquanto a amostra do INS se baseou na totalidade da população (todas as idades) o inquérito do CCEP baseou-se apenas na população adulta (15 e mais anos)⁽²⁴⁾. Este facto, aliado às observações que diversas investigadoras vêm fazendo quanto a um aparente aumento da frequência do hábito nas mulheres no decurso dos últimos anos, poderá explicar a pequena diferença acima referida.

Quanto à distribuição por *classes sócio-económicas* (*) as percentagens de fumadores do sexo masculino distribuem-se, segundo este último inquérito nacional da «Euroexpansão», da seguinte forma⁽²⁴⁾:

a) na classe «alta»	41,9 %
b) » » «média superior»	29,7 %
c) » » «média inferior»	17,4 %
d) » » «baixa»	14,8 %

Trata-se de resultados que estão aproximadamente de acordo com os obtidos pelo I.N.S. na «Área Metropolitana de Lisboa», do D.E.P.S., que nos confirmam este facto curioso e sem dúvida «negativo» em relação às nossas classes economicamente mais favorecidas: que em Portugal os homens da classe «alta» (*) fumam 2 a 3 vezes mais do que os da classe «baixa» (*).

A fim de não alongarmos estes comentários não acrescentaremos outros quadros ou valores estatísticos apurados durante este último inquérito, remetendo os interessados ao trabalho original⁽²⁴⁾. Apenas acrescentaremos que, de uma maneira geral, os resultados apurados confirmam

(*) Classificação da responsabilidade dos autores do inquérito em referência⁽²⁴⁾. Acrescenta-se, por curiosidade, que resultados equiparáveis foram obtidos pela «Tabaqueira» em inquérito de 1983⁽²³⁾.

os do INS quanto à preferência quase exclusiva por cigarros, ao número médio de cigarros por isso, às idades de início do hábito e à distribuição dos fumadores correntes por grupos etários, áreas gerais de residência (urbana/rural), grupo sócio-económico, grau de instrução, etc. (22, 24).

O inquérito do CECF, dadas as características com que foi concebido, teve o mérito de ter sido realizado de forma rápida (todo o trabalho foi efectuado em cerca de 2 meses) e pouco dispendiosa. Ele serviu ainda para apurar o grau de conhecimento existente, entre a nossa população, da legislação anti-tabágica em vigor em Portugal, o qual foi considerado «aceitável», ainda que com assimetrias regionais e sócio-económicas marcadas que, como dizem os autores do trabalho, «podem justificar intervenções específicas nas regiões do interior» (24), bem como nos grupos mais vulneráveis e pior informados. Finalmente, foi também possível apurar que, de uma maneira geral, a população portuguesa aceita bem o alargamento da proibição de fumar a outros locais de atendimento, diversões e transportes públicos (além dos já contemplados na lei) e ainda em museus, bibliotecas e outros locais fechados frequentados pelo público (24).

Analisando os resultados destes inquéritos de base populacional e os de outros inquéritos realizados em populações e grupo sócio-profissionais seleccionados, bem como a evolução dos valores relativos ao consumo *per capita* que coligimos e foram anteriormente referidos, não é possível negar o aumento progressivo do número de fumadores em Portugal, sobretudo no decurso dos últimos 15-20 anos. Curiosamente, enquanto entre nós o número de fumadores (e fumadoras!) vem aumentando desde então, atingindo presentemente os 40 % no sexo masculino (e os 10 % no feminino), durante o mesmo período de tempo outros países, como os EUA, o Canadá, a Austrália e o Reino Unido, por exemplo, conseguiram registar uma redução apreciável do consumo, praticamente restrita ao sexo masculino. Assim, por exemplo, no R. U. segundo o *UK General Household Survey*, entre 1964 e 1982 a percentagem de fumadores do sexo masculino, presentemente situada em 38 %, reduziu-se de 25 %, com um decréscimo muito mais modesto, nas mulheres de que fumam 30 % (7). Mais impressionante é o decréscimo verificado, durante período equivalente, nos EUA, onde as percentagens de fumadores caiu de um pouco mais de 50 % para um pouco menos de 30 % (queda de 40 %) enquanto a de fumadoras

subiu de cerca de 28 % para 30 % aproximadamente (1, 2, 10, 28).

Como em muitos outros aspectos de desenvolvimento e de educação, a nossa actual posição é desfavorável e revela atraso em relação a países mais progressivos. Piores ainda são as tendências negativas reveladas pelos últimos inquéritos, de que se destacam o aumento da frequência do hábito sobretudo nos grupos sócio-económicos e profissionais mais elevados (exactamente ao contrário do que se verifica, nos últimos anos, nos países desenvolvidos acima apontados) e o número crescente de mulheres (sobretudo jovens) fumadoras entre nós.

3. Evolução recente de algumas taxas de mortalidade específica (relativas a doenças relacionadas com o hábito tabágico)

«O estilo de vida das populações tem tanta influência sobre o seu estado de saúde como o sistema existente de cuidados médicos... É preciso (por isso) modificar o estilo de vida... e é indispensável modificar o comportamento pelo que diz respeito a hábitos nocivos de saúde como o hábito de fumar.»

Ubell (1973)

São hoje bem conhecidos e já nem se discutem a nível científico as associações do hábito de fumar tabaco e algumas doenças e respectiva mortalidade, de que se destacam as neoplasias malignas das vias respiratórias inferiores (sobretudo o «cancro do pulmão», mas também o da laringe) e das vias digestivas superiores (sobretudo os cancros do esófago, língua, boca e lábios) e algumas outras (da bexiga, rins, pâncreas, etc.), as doenças crónicas obstrutivas não malignas das vias respiratórias inferiores (bronquite coronária, enfisema pulmonar), certas doenças cárdio-vasculares (nomeadamente a doença coronária e a aterosclerose, as doenças cérebro-vasculares, as doenças obstrutivas das artérias periféricas e outras), a morbilidade fetal e neo-natal, etc. Uma bibliografia extensíssima cobre estas associações com especial destaque para os estudos epidemiológicos e para os resultados positivos de estratégias apropriadas de intervenção, baseadas na remoção do tabaco. Dada a sua extensão, apenas citaremos aqui algumas das principais, que resumem a maioria das investigações realizadas sobre tabaco e doença/saúde: (1 a 11, 26, 29). Ainda recentemente, tivemos a oportunidade de apresentar às II Jornadas do Tabaco uma pormenorizada revisão de conjunto, actualizada sobre o assunto e documentada com numerosos quadros, tabelas e gráficos em que se procuraram resumir os últimos dados estatísticos conhecidos, à escala mundial, sobre a relação «tabaco e saúde» (26). A fim de se evitar sobrecarregar este trabalho com tais elementos estatísticos toma-se a liberdade de sugerir aos interessados uma consulta a essa comunicação.

Infelizmente não dispõe o nosso país de estatísticas suficientes, nem suficientemente pormenorizadas, para estudarmos convenientemente a evolução das taxas de mortalidade registadas em

Portugal por todas aquelas doenças; e as que existem cobrem apenas os últimos 15-20 anos, o que, como se compreende, não é suficiente para estudos de evolução cronológica prolongada, como é desejável, sobretudo nas doenças em que, como aquelas que nos ocupam na relação «tabaco/saúde», o período da indução ou latência é muito prolongado. E, como se sabe, nem sequer existem ainda entre nós estatísticas de morbilidade à escala nacional. Só daqui a alguns anos, com o alargamento e o aperfeiçoamento do Inquérito Nacional de Saúde e a melhoria das estatísticas dos clínicos gerais, dos serviços de cuidados de saúde primários e dos serviços hospitalares e outros, podemos passar a dispor de dados sobre a morbilidade devida àquelas afecções e sua evolução e discriminação por sexos, idade, regiões, ocupação, nível sócio-cultural, etc.

Nestas circunstâncias, vimo-nos forçados a recorrer, neste trabalho, apenas às estatísticas de mortalidade disponíveis, com todas as suas limitações (em valor, grau de segurança, grau de pormenorização, etc.). Além destes e dos seus outros conhecidos inconvenientes e restrições, não nos devemos também esquecer que a percentagem de óbitos imputada a «causas desconhecidas e senilidade» é ainda da ordem dos 13 % do total em 1982, sendo superior a 20 % em 1965, data a partir da qual passámos a dispor de estatísticas de mortalidade por algumas das doenças associadas ao hábito de fumar tabaco. Finalmente, recorda-se ainda que, no decurso dos últimos 10 ou 15 anos a que se referem as estatísticas de mortalidade acima referidas, foi mudada, por 3 vezes, a Classificação Internacional das Doenças, da OMS (7.ª, 8.ª e 9.ª Revisão da OMS, adoptadas em Portugal, respectivamente, em 1960, 1971 e 1982) o que veio inevitavelmente afectar a uniformidade de critérios de apreciação

cronológica e portanto a coerência de estudos da evolução de taxas de mortalidade daquelas doenças — particularmente no vasto sector das doenças cárdio-vasculares, no qual se verificaram as maiores alterações de critérios e regras de classificação. É indispensável ter sempre presente estas limitações ao analisarmos e comentarmos os dados estatísticos disponíveis, que referimos a seguir.

Limitados pelas estatísticas disponíveis da mortalidade e sua forma de apuramento e tabulação, iremos considerar apenas, de entre as principais afecções epidemiologicamente associadas ao consumo do tabaco⁽¹⁻¹¹⁾, os dados de mortalidade referentes ao *cancro do pulmão*, ao *cancro do esófago*, ao *cancro da laringe*, às *doenças do coração* (no seu conjunto e às *doenças isquémicas do coração*), às *doenças cérebro-vasculares* e à *bronquite, enfisema e outras doenças obstrutivas crónicas das vias respiratórias inferiores*. Embora o grau da associação entre o uso do tabaco e estas afecções, ou grupos de afecções, e os riscos relativos respectivos sejam variáveis (são máximos, como se sabe, em relação ao *cancro do pulmão*), decidimos recolher, tratar e analisar os dados disponíveis de mortalidade das causas acima referidas, registadas em Portugal nos anos de 1960, 1965, 1970, 1975, 1980 e 1982, por sexos e grandes grupos etários mais relevantes (15-34, 35-64 e 65 e mais anos).

Quanto ao «*cancro do pulmão*» (*carcinoma primitivo da traqueia, dos brônquios e do pulmão*) a taxa de mortalidade específica em Portugal subiu durante os 22 anos que decorreram de 1960 a 1982, de 5,4 para 15,8 por 100 000 habitantes e particularmente nos indivíduos de 65 e mais anos, durante o mesmo período de tempo. Nos elementos estatísticos, em anexo (Quadro XXIV e Gráfico 8), podem apreciar-se a evolução daquelas taxas e as diferenças verificadas em cada sexo e grupo etário considerados, observando-se que o aumento proporcionalmente maior ocorreu no grupo etário de 65 anos e mais, sobretudo no sexo masculino (Quadro XXXII e Gráfico). Ainda num outro (Quadro XL), estudou-se a evolução da percentagem desta causa de morte em Portugal, em relação ao total de óbitos, verificando-se o seu aumento sistemático desde 1960, em ambos os sexos (embora mais acentuado no masculino) e, sobretudo, no grupo 35-64 anos, isto é nos adultos em «idade média de vida», em que a mortalidade por *cancro do pulmão* é proporcionalmente mais elevada.

Julgámos que teria algum interesse comprar estas taxas e sua evolução com as respeitantes ao *cancro do estômago*, por se tratar da neoplasia por enquanto mais frequente em Portugal. Os resultados apurados (nos Quadros XXV e XXXIII) mostram que apesar das taxas específicas de mortalidade por *cancro do estômago* serem de facto mais elevadas do que as do *cancro do pulmão*, o seu aumento percentual durante o período considerado (1960-1982) foi consistentemente menor do que as por *cancro do pulmão*. Assim, por exemplo, enquanto estas aumentaram de quase 193 % (208 % no sexo masculino) de 1960 para 1982, as devidas ao *cancro do estômago* apenas subiram de 16 % (22 % no sexo masculino), tendo-se verificado mesmo, no decurso do período, o declínio das taxas de alguns grupos etários, como por exemplo, no grupo 35-64 anos (Quadro XXV). Em nossa opinião, estes dados, que devemos interpretar com todas as reservas feitas anteriormente, parecem confirmar que entre nós já se esboça a evolução há anos verificada em países mais desenvolvidos, isto é o decréscimo progressivo do aumento das taxas de *cancro do estômago* (que provavelmente se acentuará até ao início do seu declínio, como se verificou na maioria dos países da Europa Ocidental e da América do Norte) acompanhado do progressivo acréscimo das taxas de aumento dos coeficientes de mortalidade por *cancro do pulmão*.

Quanto ao *cancro do esófago*, cuja ocorrência, como a do *cancro do pulmão*, aumenta igualmente com o aumento do consumo do tabaco — em particular em associação com a ingestão regular de bebidas alcoólicas —⁽¹⁻¹¹⁾, durante os últimos 12 anos as taxas específicas de mortalidade por 100 000 habitantes subiram de 3,5 para 4,9 (de 5,4 para 7,2 no sexo masculino), isto é, aumentos da ordem dos 40 % (Quadro XVI e Gráficos 11 e 12).

No caso do *cancro da laringe* os aumentos verificados, no decurso do mesmo período de tempo, foram mais discretos: de 3,0 para 3,9 (de 5,7 para 7,3 no sexo masculino), isto é da ordem dos 30 % (Quadros XXVI e XXXIV e Gráficos 13 e 14). Tanto neste caso, como no *cancro do esófago*, são naturalmente menores, do que no *cancro do pulmão*, as percentagens dos respectivos óbitos, em relação à totalidade dos óbitos.

Não consideramos esclarecedores os valores da mortalidade específica apurados para as *doenças isquémicas do coração* e para o *conjunto das doenças cardíacas* (Quadros XXVIII e XXIX e Grá-

ficos 15 e 16), dado o facto das listas de causa de morte de CID da OMS e as respectivas regras de classificação terem sido alteradas três vezes durante o período: a 7.ª Revisão da CID vigorou até 1970, a partir de 1971 usou-se a 8.ª e após 1981 inclusivé os óbitos passaram a ser codificados pela 9.ª Revisão internacional. Não havendo correspondência entre algumas rubricas que contribuem para as causas acima indicadas, torna-se arriscado fazer comentários aos números disponíveis, bem como às percentagens e taxas específicas, que contudo calculámos. No intuito de reduzir estas causas de erro, procurou apurar-se a evolução do conjunto das doenças cardíacas, apesar de, ainda assim, não haver correspondência perfeita entre a 7.ª, a 8.ª e a 9.ª Revisão do CID. Segundo os dados calculados ter-se-ia verificado de 1960 para 1982 uma ligeira redução da respectiva mortalidade específica, da ordem dos 10 % no conjunto (Quadro XXXVII e Gráfico 16). Embora se tenha comprovado uma redução desta mortalidade num certo número de países desenvolvidos, como os EUA e o Canadá (*), sentimos natural relutância em aceitar a realidade das nossas taxas, dadas as razões acima invocadas, tanto mais que, entre nós e ao contrário do que se vem verificando naqueles países, o hábito de fumar tem estado a aumentar desde 1960 — como anteriormente se comprovou. Apesar disso não quisémos deixar de apurar e tratar os números disponíveis que aqui se deixam à apreciação dos interessados (ver Quadros e Gráficos do Anexo), embora se insista na cautela com que devem ser considerados.

No decurso do período em questão não sofreram alterações equiparáveis as taxas referentes à rubrica *doenças cérebro-vasculares*, motivo por que, apesar de não estarem tão fortemente associadas ao uso do tabaco como as doenças isquémicas do coração — embora esteja comprovado um certo aumento de risco entre os fumadores (1·11) — se apuraram e trataram os dados respeitantes à mortalidade respectiva (Quadro XXX e Gráfico 8). Como se verifica por consulta a estes elementos, tanto as taxas de mortalidade específica como o incremento anual dessas taxas aumentaram no país de 1960 para 1982, verificando-se os maiores aumentos percentuais no sexo feminino, sobretudo no grupo 15-34 anos (Quadro XXXVII).

(*) Quanto à evolução da percentagem de fumadores nos EUA, veja-se o Gráfico 21.

Finalmente, quanto à mortalidade por *doenças crónicas obstrutivas das vias respiratórias inferiores* (*bronquite, bronquiectásias, enfisema pulmonar*), durante o período considerado verificaram-se igualmente aumentos das respectivas taxas específicas de mortalidade, os quais foram ligeiramente superiores no sexo masculino, (45 % de aumento em comparação com 33 % feminino), verificando-se os valores absolutos mais elevados também no sexo masculino (Quadros XXX e XXXIX e Gráficos 19 e 20).

Embora, pelos motivos acima mencionados, as taxas de mortalidade específica das doenças seleccionadas e respectiva evolução devam ser consideradas com naturais cautelas e constituam dados estatísticos Insuficientes na sua maioria, com excepção das doenças cardíacas (cujos critérios de classificação se modificaram três vezes durante o período considerado, com sérias restrições para a interpretação da evolução registada nas estatísticas de mortalidade) elas revelam um agravamento crescente durante os últimos 25 anos. Não é naturalmente possível nem legítimo, num estudo desta natureza (inquérito de tipo «transversal» ou *cross-sectional*), imputar tais aumentos ao correspondente aumento do consumo de tabaco entre nós durante o mesmo período e que se vinha registando mesmo desde há algumas décadas antes. Há, contudo, semelhança com a evolução verificada em outros países, nos quais estudos epidemiológicos analíticos (retrospectivos e prospectivos) vieram implicar o fumo de tabaco como um dos mais importantes factores de risco da morbilidade e mortalidade devidas àquelas afecções (1·11). Os aumentos verificados entre nós são sobretudo impressionantes no que respeita ao «cancro do pulmão», cujo risco relativo em fumadores, como foi comprovado epidemiologicamente, é o mais elevado de todos que se conhece entre os fumadores (1·11, 28).

Será desejável que estudos epidemiológicos complementares possam vir a ser realizados entre nós a fim de melhor se esclarecerem esta e outras associações, não só da mortalidade como também da morbilidade associadas ao fumo de tabaco. E conviria poder comprovar-se que, entre nós, como já foi demonstrado noutros países, se os riscos principais do fumar tabaco são exibidos pelos fumadores, existem também riscos detectáveis mesmo entre os não-fumadores sujeitos à inalação do fumo «passivo» ou «secundário».

Igualmente interessaria averiguar as relações entre o hábito de fumar durante a gravidez e a

amamentação e a mortalidade fetal e neo-natal, a morbilidade infantil e juvenil e o grau de desenvolvimento físico e mental das crianças filhas de fumadores. Tais estudos parecem-nos especialmente indicados entre nós dada a evolução, que atrás comprovámos, do aumento crescente do número de mulheres fumadoras em Portugal — sobretudo jovens.

Seja como for, os dados nacionais presentemente disponíveis, apresentados sob a forma de quadros e gráficos em anexo, apesar da sua pobreza e das suas limitações, mostram, na generalidade, durante as últimas décadas, um aumento que segue e acompanha, como seria de esperar, o do consumo de tabaco em Portugal.

4. Objectivos da luta anti-tabágica. Controlo e prevenção do tabagismo em Portugal

«O controlo do consumo de cigarros poderia contribuir, mais do que qualquer outra medida preventiva, para melhorar o estado de saúde e para o aumento da esperança de vida da população.»

M. Kunz

Hexágono, 6(3) 1979. 1-8

O assunto já foi inicialmente abordado na 1.ª parte (pontos n.ºs 1.4 e 1.6). Como então se afirmou, a situação actual impõe que, para além das medidas já tomadas entre nós para controlo deste hábito nocivo para a saúde dos portugueses, se reforcem os métodos de luta e profilaxia existentes e se estudem outros porventura mais eficazes.

Até há muito pouco tempo as medidas visando o esclarecimento da opinião pública sobre os riscos do tabaco e as acções empreendidas para o seu controlo foram escassas, dispersas e, em regra, descoordenadas. Além das actividades meritórias de um certo número de personalidades nacionais (sobretudo nos domínios da saúde, da educação e dos desportos) que, desde há anos, têm promovido e orientado campanhas e programas de luta contra o hábito tabágico, baseados principalmente em acções de educação sanitária, há a destacar a promulgação de alguma legislação relativa à proibição gradual de fumar em casas de espectáculos e transportes públicos (Decreto-lei n.º 42 661 de 20/11/59 e Portarias n.ºs 23 440 de 19/6/68 e 212/78 e 357/78, respectivamente de 18/4 e 11/7/78).

Só após a aprovação da Lei n.º 22/82, de 17 de Agosto, e sua regulamentação pelo Decreto-lei n.º 226/83, de 27 de Maio, completado pela Portaria n.º 747/83 de 2 de Julho, foi possível, pela criação do Conselho de Prevenção do Tabagismo, coordenar e incrementar as medidas de luta anti-tabágica.

O programa de acção deste Conselho, aprovado em 21 de Janeiro de 1984 pelo Ministro da Qualidade de Vida, visa essencialmente três objectivos:

- a) reduzir os efeitos nocivos do tabaco junto das populações;
- b) defender os direitos dos não-fumadores; e

c) fomentar o aparecimento de uma geração de não fumadores através de medidas educativas, legislativas e de investigação ⁽²⁵⁾.

As medidas que o referido Conselho tem concebido e as actividades que já pôs em prática têm sido meritórias e tido algum impacto sobre alguns grupos sócio-profissionais — isto apesar das limitações administrativas, financeiras e outras com que tem lutado e que têm dificultado a realização integral dos seus planos de acção. Não é, de resto, naturalmente possível conseguir resultados apreciáveis, num domínio tão difícil de controlar como este, só com dois escassos anos de actividade. Acentua-se ainda que dificuldades recentes e totalmente alheias à vontade daquele Conselho têm limitado ultimamente a extensão e a profundidade das medidas planeadas e que, se não forem rapidamente ultrapassados, podem comprometer seriamente o objectivo que a Lei n.º 22/82 parecia visar.

Em nosso entender impõe-se dotar o Conselho de todos os meios (políticos, administrativos, técnicos e financeiros) indispensáveis à prossecução das suas finalidades.

Como contributo para as actividades de controlo e prevenção que podem e devem ser considerados num Plano Nacional de Luta contra o Tabagismo, permitimo-nos indicar os objectivos específicos e ordenar uma lista de medidas de acção que submetemos à atenção dos interessados e dos responsáveis e que foi elaborada de acordo com uma ordem que, apesar de discutível, procurou englobar todas as acções possíveis no domínio da luta anti-tabaco.

Os objectivos a atingir na Luta Anti-Tabágica em Portugal são, em nossa opinião, os que a seguir se apontam e têm por fim reduzir progressivamente o hábito no sentido do seu controlo, proteger os não-fumadores do fumo «passivo» e

levar os indivíduos, principalmente os jovens, a não se iniciarem no hábito de fumar.

A. Objectivos da luta anti-tabágica

1. Reduzir o consumo do tabaco nos fumadores, levando-os, se possível, à abstenção — em especial no que diz respeito aos fumadores em alto risco — e prestando-lhe o necessário apoio clínico, psicológico e social;
2. Aconselhar formas e maneiras menos nocivas de fumar àqueles que não consigam abandonar ou reduzir o hábito;
3. Procurar que os jovens não se iniciem no hábito de fumar;
4. Defender os não-fumadores do fumo de tabaco «secundário» produzido pelos fumadores.

As principais medidas de intervenção que julgamos mais apropriadas e necessárias para, entre nós, se atingirem aqueles objectivos são as que a seguir se discriminam:

B. Desenvolvimento das medidas de acção preventiva para reduzir os riscos do tabaco

1. Educação Sanitária das Populações

- 1.1. Sobretudo junto dos jovens (com início nas famílias e no Ensino Primário!) (*) e dos indivíduos em alto risco (ex.: grandes fumadores com queixas bronco-pulmonares e/ou cardíacas, alterações do E.C.G., dislipidémias, sobretudo nos homens de 35-64 anos; mulheres de mais de 35 anos tomando medicamentos anti-concepcionais).
- 1.2. Junto dos grupos sócio-profissionais mais relevantes sob o ponto de vista educacional.

Com a colaboração particular dos serviços de saúde, dos professores e outros educadores, dos meios de comunicação social (imprensa,

rádio, TV, etc.) e dos «ídolos públicos» (desportistas, artistas musicais e outros, políticos).

2. *Conseguir o exemplo e apoio dos médicos e trabalhadores de saúde, professores e educadores, desportistas, «ídolos públicos» e outros indivíduos particularmente relevantes* — acção exemplificante e educativa persistente sobre a comunidade, visando sobretudo os jovens.

3. *Proibição (progressiva e reforçada *) de:*

3.1. Fazer a propaganda do tabaco (começando pela TV e rádio, jornais desportivos e para a juventude, estádios e salas de espectáculo, cartazes de parede, revistas, jornais, etc.).

3.2. Máquinas de venda automática de tabaco (sobretudo perto das escolas, cinemas, teatros, etc.).

3.3. Venda de tabaco a menores.

3.4. Fumar num número crescente de lugares públicos, tais como:

3.4.1. Meios de transporte colectivos (casos especiais de camionetas, comboios, aviões).

3.4.2. Hospitais, consultórios, salas de espera e outros locais públicos dos serviços de saúde.

3.4.3. Quaisquer locais de trabalho (especialmente se confinados, mal ventilados e/ou com produção de poeiras, fumos ou vapores).

3.4.4. Salas de espectáculos e de diversão colectivas (cinemas, teatros, circos, etc.).

3.4.5. Salas de conferências e reuniões, de exposições, museus, etc.

3.4.6. Repartições públicas.

3.4.7. Refeitórios, salas colectivas de jantar, salas de repouso, etc. (com redução progressiva das áreas em que se pode fumar).

3.4.8. De uma maneira geral, todos os locais confinados e/ou com ventilação deficiente.

3.5. Venda ao público de cigarros com taxas de nicotina e alcatrão de tabaco superior

(*) O objectivo principal será sempre o de convencer os jovens a não começarem a fumar, ou abandonar rapidamente o hábito, com a finalidade de se vir a conseguir uma primeira geração de não fumadores, até ao ano 2000.

(*) Algumas das proibições abaixo discriminadas já foram consignadas na nossa legislação (ver acima). Mas torna-se indispensável, não só alargá-las como aqui se indica, como também impô-las com o maior rigor, o que ainda se não verifica.

res a um nível «máximo permissível» a definir pelos serviços de saúde, com base em normas recomendadas internacionalmente.

4. *Imposição de:*

- 4.1. Avisos bem claros de «perigos» e «riscos para a saúde», nos envólucros de tabaco.
- 4.2. Indicação bem visível, nas embalagens de tabaco, da concentração (por grama) de nicotina, alcatrão do tabaco e outros produtos tóxicos.
- 4.3. Informação sobre formas menos perigosas de fumar (uso de filtro, não inalar, fumar devagar, não conservar o cigarro na boca entre as fumaças, não reacender cigarros apagados, não fumar até ao fim).
- 4.4. Informação sobre os riscos que se faz correr aos fumadores «passivos» e o direito destes à sua protecção, em casa e nos locais de trabalho, repouso ou diversão.

5. *Aumento progressivo dos impostos sobre o tabaco:*

- 5.1. Incluindo especialmente sobre os cigarros (e «aliviando» talvez os dos charutos e do tabaco para cachimbo, que se têm revelado menos nocivos).
- 5.2. E subindo com a concentração de produtos nocivos (nicotina, alcatrão e acroleínas presentes no tabaco).

Para além dos impostos já cobrados pelo Estado deveria considerar-se a inclusão de uma taxa adicional (de até 20-30 escudos por cigarro, por exemplo) que deveria ser totalmente utilizada para programas de educação (contra o tabagismo e outros) e de saúde.

De qualquer forma deveria ser assegurado que grande parte dos impostos cobrados pelo Estado com o tabaco (segundo o Prof. F. Pádua, cerca de 32 milhões de contos por ano, ou 90 000 contos por dia) fosse encaminhada para os serviços de saúde a fim de contribuir para a prevenção, tratamento e recuperação das vítimas do tabagismo (*). Uma verba adicional

(*) Enquanto o Estado gasta presentemente apenas cerca de 5600 contos por ano com a prevenção do tabagismo, cobra cerca de 32 milhões de contos de impostos do tabaco por ano (informação do Dr. Manuel Barão, do Conselho de Prevenção do Tabagismo).

por cigarro, charuto, etc. deveria ser ainda cobrada, como acima se disse, para fins educativos.

6. *Defesa da saúde e dos direitos dos não fumadores:*

Sobretudo pelos métodos acima referidos sob o n.º 3 (principalmente 3.4.).

7. *Medidas de apoio aos fumadores que queiram deixar de fumar*

- 7.1. Por apoio técnico aos médicos assistentes dispostos a colaborar em programas de desabituação tabágica.
- 7.2. Por intermédio de clínicas e métodos de desintoxicação tabágica.
- 7.3. Por outros métodos apropriados e já bem conhecidos e avaliados.
- 7.4. Pela investigação de novos métodos mais eficazes e eficientes da desabituação tabágica.

8. *Atribuição de louvores, prémios e outras regalias aos não fumadores:*

Como, por exemplo: prémios mais baixos de seguros de vida, de seguros de trabalho e até de seguro de automóvel, aos não fumadores; acesso aos melhores lugares nos restaurantes, salas de espectáculos, meios de transporte colectivo, etc.

9. *Prosseguimento da Investigação Científica, designadamente no sentido de:*

- 9.1. Continuar a aprofundar os estudos da influência do tabaco sobre a saúde (física e psíquica dos indivíduos).
- 9.2. Estudar melhor os mecanismos de comportamento e das motivações que contribuem para se começar a fumar, se manter a habitação e se reduzir ou se suspender o hábito de fumar tabaco.
- 9.3. Estudar novos métodos de deshabitação.
- 9.4. Estudar, em pormenor, os custos económicos do tabagismo, entrando em linha de conta com as suas consequências sobre a saúde (incapacidade, morbilidade precoce).

- 9.5. Estudar, em colaboração com profissionais da agricultura, biologia, indústria, economia e outros:
 - 9.5.1. Tipos de tabaco menos ricos em nicotina e alcatrão de tabaco.
 - 9.5.2. Substitutos, menos nocivos, do tabaco.
 - 9.5.3. Melhores envólucros (ex.: tipos mais permeáveis de papel, que reduzam a concentração de monóxido de carbono), filtros mais eficazes, etc.
 - 9.5.4. Culturas vegetais alternativas às do tabaco, se possível com interesse nutritivo e com rendimento aproximado do da cultura do tabaco.
 - 9.5.5. Outras investigações relevantes.
10. *Outras medidas a estudar* (especialmente apropriadas ao nosso país e suas diferentes regiões, comunidades e grupos sócio-profissionais).

Trata-se naturalmente de uma esquematização pessoal que se oferece à consulta e apreciação dos responsáveis. Pensamos que o conjunto das medidas sugeridas possa contribuir, ainda que de forma modesta, para a elaboração, pelo órgão coordenador nacional (o Conselho de Prevenção do Tabagismo) de um plano de acção — o Plano Nacional de Luta contra o Tabagismo, a que acima nos referimos. Esperamos ainda que a lista contenha também sugestões que possam ser aproveitadas para a concepção e realização de investigações complementares que possam contribuir para um melhor conhecimento da situação, das características e da evolução do hábito entre nós, da composição dos tabacos, dos modos de fumar, das motivações (para se fumar e para se deixar de fumar), dos métodos da desabituacão tabágica e mesmo de uma mais eficaz educação sanitária da nossa população.

5. Conclusões e recomendações

«Podemos hoje actuar com eficácia no campo da Saúde Pública e, porque podemos, devemos actuar imediatamente.»

L. Cayolla da Motta

V Jornadas da Economia da Saúde

Lisboa, Maio de 1985

As características do tabagismo, sua evolução e suas conseqüências sobre a saúde em Portugal, bem como as orientações que nos parecem mais aconselháveis para a elaboração e aplicação de um programa nacional de luta contra o tabagismo, foram tratadas com alguma pormenorização, respectivamente, no primeiro capítulo (Cap. 1), que incluiu o Resumo da Situação e o Controlo do Tabagismo em Portugal, e no capítulo anterior (Cap. 4), sobre os Objectivos e Futuro da Luta Anti-Tabágica e ainda sobre as Medidas de Controlo e Prevenção que se propõem em Portugal. Nestas circunstâncias, ao concluir este trabalho, limitamo-nos a resumir a situação actual e a fazer algumas recomendações quanto à necessidade de se conceberem e prosseguirem investigações sobre o problema e, sobretudo, de se planejar e pôr em prática um verdadeiro Programa Nacional de Controlo e Prevenção do Tabagismo.

5.1. Situação actual em Portugal

Os dados que se recolheram, analisaram e aqui se apresentam, ainda que incompletos sob os pontos de vista quantitativo e qualitativo, por ausência de maior pormenorização e disponibilidade estatística, parecem-nos contudo suficientes para documentar:

- a) o aumento inegável do consumo do tabaco (e, sobretudo, de cigarros) na população portuguesa;
- b) os seus custos económicos directos, que vêm subindo a nível acelerado;
- c) o aumento, verdadeiramente espectacular nos últimos anos, das verbas que o Estado arrecada anualmente a partir dos diversos impostos que incidem sobre o tabaco (mas que podem bem ser inferiores aos custos

das suas conseqüências sobre a saúde pública); e ainda

- d) a subida correspondente das taxas de mortalidade de algumas das principais causas de morte que têm sido sistematicamente associadas ao fumo de tabaco (1, 2, 7, 11).

Os Quadros e Gráficos anexos mostram, de forma clara, não só esses aumentos, sobretudo nos últimos 20 anos, como também a aceleração das taxas anuais de aumento dos indicadores específicos de algumas das causas de morte acima referidas.

Se não atingimos ainda os níveis de consumo e as taxas de mortalidade específica de países mais desenvolvidos, para lá caminhamos seguramente, excepto se conseguirmos conceber, aplicar e manter, com persistência, medidas de luta anti-tabágica apropriadas ao nosso meio. E se o consumo global do tabaco entre nós ainda é inferior ao desses países, apesar da percentagem de homens que fumam em Portugal (cerca de 40 %) (24) ser já superior à, por exemplo, dos E.U.A. (cerca de 30 %) (4, 10), o facto deve-se, principalmente ao número ainda relativamente baixo de mulheres que fumam regularmente entre nós (cerca de 10 %) — embora os dados disponíveis mostrem que, em meio urbano, o aumento da percentagem de fumadoras, sobretudo entre as jovens, parece revelar taxas de aumento crescente (12, 14, 18, 20, 21, 23, 24).

Julgamos especialmente preocupantes os elevados níveis de consumo de tabaco na população masculina, sobretudo porque, ao contrário do que seria lógico e ocorre nos E.U.A., Canadá e outros países informados e evoluídos, a frequência do tabagismo entre nós sobe com o nível económico e cultural (19, 22, 24). São particularmente desanimadoras as percentagens de fumadores referentes a profissionais de saúde (médicos, enfermeiros)

que, com base nos estudos parcelares realizados, rondam ou ultrapassam mesmo os 50 % no sexo masculino e os 40 % no sexo feminino (18, 19).

5.2. Recomendações

A situação actual impõe que, para além das medidas já tomadas entre nós — de que se destacam, por um lado e a título pontual, o papel «pioneiro» da Direcção-Geral de Saúde, do INSA e da Escola Nacional de Saúde Pública na determinação governamental de se proibir o fumo de tabaco em estabelecimentos de saúde (15) e, por outro lado, a título geral e, espera-se, de grande impacto, a criação, em 1983, do Conselho (Nacional) de Prevenção do Tabagismo (25) — se reforcem as medidas já aprovadas e se estudem e apliquem ainda outras que se julguem especialmente apropriadas para a redução, controlo e prevenção do tabagismo entre a população portuguesa.

5.3. Conclusão

Contamos que o contributo, embora modesto, que aqui se apresentou possa servir para despertar e reforçar a necessária consciencialização dos indivíduos e das comunidades, bem como dos profissionais relevantes (médicos e outros educadores, psicólogos, sociólogos, etc.) e ainda das autoridades governativas para a importância e a gravidade deste problema em Portugal. Impõe-se, na verdade, intensificar e aperfeiçoar medidas apropriadas de educação para a saúde e estudar e pôr em prática outras medidas de intervenção que, como acima se indicou, são precisas para a progressiva redução em Portugal de um hábito que tem sido justamente considerado o «inimigo n.º 1» evitável da saúde pública (26).

Como tivemos recentemente ocasião de afirmar (27), com os dados já hoje disponíveis sobre este importante problema de saúde pública podemos neste caso, como acima se indicou, actuar com eficácia; e, porque podemos, *devemos* actuar imediatamente.

Agradecimentos

Agradece-se à Dra. Maria Luísa Sequeira, Chefe da Divisão de Estatística do Departamento de Estudos e Planeamento da Saúde, bem como aos

técnicos do seu Serviço, em especial à Sra. D. Maria Clara Pereira Francisco, o apoio dado à colheita de dados básicos de estatística, designadamente ao nível do Instituto Nacional de Estatística e do Ministério das Finanças.

Agradece-se igualmente à Sra. D. Maria Virgínia Pinto, secretária da Cadeira de Epidemiologia da Escola Nacional de Saúde Pública, sem cuja colaboração devotada não teria sido possível dactilografar este texto e preparar os numerosos Quadros estatísticos a tempo de apresentar este trabalho no prazo indicado.

Também se agradece a colaboração do Sr. Isidro Heitor da E.N.S.P. que colaborou na preparação da maioria dos gráficos do anexo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS PRINCIPAIS (*)

- 1 — U.S.A. Office of Smoking and Health. Diversos n.ºs do «Smoking and Health Bulletin» desde o início da sua publicação. U.S. Dep. of Health and Human Services, 1964-1984.
- 2 — U.S. Dept. of Health Education and Welfare — «The Health Consequences of Smoking». U.S. Publ. Health Service, Centre for Disease Control, Atlanta, Ga., U.S.A.; 1975.
- 3 — World Health Organization. «Smoking and its effects on health». Report of a W.H.O. Expert Committee. *World Health Org.* — Technical Report Series, n.º 568, 1975.
- 4 — U.S. Dep. of Health, Education and Welfare. «The Smoking Digest» (1977); U.S. Publ. Health Serv. — *National Institutes of Health*, Bethesda, Md., E.U.A., 1977.
- 5 — U.S. Dep. of Health and Welfare — «Smoking and Health. A Report of the Surgeon General». U.S. Publ. Health Services, *DHEW Publication* no (PHS) 79-50066; Washington, 1979.
(Nota: existem desde 1964 outros Relatórios anuais do «U.S. Surgeon General», mas este, de 1979, é o mais completo e importante de todos).
- 6 — U.S. Centre for Disease Control, Highlights of the Surgeon General's Report on Smoking and Health» *C.D.C. Weekly Morb. and Mort. Rep.* (1979) (28) (n.º 1): 1.
- 7 — World Health Organization — «The effects of smoking on health». W.H.O., *Weekly Epid. Rep.* (1979), 54 (n.º 24) 185; 15/06/79.

(*) A ordem numérica seguida na listagem destas referências bibliográficas segue, aproximada, a ordem por que são inicialmente indicadas no texto, pela 1.ª vez. Desde já se pede excusa para uma outra excepção a este critério que já não houve oportunidade de corrigir antes da apresentação do trabalho.

- 8 — RAMSTROM, M. L. (editor) — «The Smoking Epidemic. A matter of worldwide concern». Proceedings of the 4th World Conference on Smoking & Health, Stockholm, 1979; **Almqvist & Wiksell Int.**, Estocolmo, 1980.
- 9 — U.S. Centre for Disease Control — «Smoking and Cancer». **C.D.C. Weekly Morb. and Mort. Rep.** (1982), 31 (n.º 7): 77.
- 10 — U.S. Dep. of Health and Human Services. «The Health Consequences of Smoking: Cardiovascular Diseases». A Report of the Surgeon General, Publ. Health Serv. (1983), **Office on Smoking and Health**, Rockville, Md. E.U.A., 1983.
- 11 — U.S.A. Dep. of Health and Human Services. «A Bibliography on Smoking and Health — 1983». **Office on Smoking and Health**, Rockville, Md., EUA; 1983.
- 12 — GOULÃO, J. M. C. — «Tabagismo: resultado de um inquérito». **Coimbra Médica**: 1.ª parte: (1969) 16 (n.º 9): 1045; 2.ª parte: (1979) 17 (n.º 1): 65; 3.ª parte (1979), 17 (n.º 2): 143.
- 13 — CAYOLLA DA MOTTA, L. — «Tobacco consumption and its health implication in Portugal», **Anais Esc. Nac. Saúde Pública e Med. Tropical**, 6 (1-4) 1972, 143.
- 14 — GRANATE, Maria da Conceição B. — «Hábitos tabágicos em adolescentes do sexo feminino». **J. Sociol. Cien. Med. de Lisboa** 136 (8) 1973, 523.
- 15 — CAYOLLA DA MOTTA, L. — «Informação ao Conselho Pedagógico e Científico da Escola Nacional de Saúde Pública, no sentido da preparação de uma proposta a apresentar ao Secretário de Estado da Saúde, a fim de se restringir o hábito de fumar nos estabelecimentos de saúde» (1978), Actas do Conselho Científico e Pedagógico da E.N.S.P., 23/03/78.
- 16 — GOULÃO, J. M. C. et al. — «Tabagismo e prevenção das doenças do aparelho cárdio-vascular», **Jornal do Médico** 101 (1982) 1979, 409.
- 17 — CALDEIRA, Arlindo — «Introdução e divulgação do uso do tabaco em Portugal». **Estetoscópio** 3 (9) 1981, 10.
- 18 — MEDEIROS, J. et al. — «Inquérito aos hábitos tabágicos dos médicos do Hospital da Universidade de Coimbra». **Coimbra Médica** 3 (3) 1982, 255.
- 19 — MEDEIROS, J. et al. — «Tabagismo entre os elementos de enfermagem do Hospital da Universidade de Coimbra». **Coimbra Médica** 3 (5) 1982, 341.
- 20 — MIGUEL, J. Pereira — «Epidemiologia da pressão arterial e da lipidémia em amostras da população portuguesa». Dissertação de Doutoramento, Faculdade de Medicina de Lisboa, 1983.
- 21 — OLIVEIRA, Luísa de — «Tabaco e aparelho respiratório. O tabagismo em Portugal». Actas das VIII Jornadas de actualização de pneumologia dos Hospitais da Universidade de Coimbra: Ambiente e Pulmão, (1984), 22-23/6/84.
- 22 — FALCÃO, J. Marinho et al. — Do «Inquérito Nacional de Saúde», do Dep. de Est. e Planeamento da Saúde, cita dos por:
- a) «Inquérito Nacional de Saúde» do Dept. de Estudos e Planeamento da Saúde», Série D, vol. II, n.º 6, Julho de 1984.
- b) CAYOLLA DA MOTTA, L. — «Inquérito Nacional de Saúde: Alguns dados agrupados (1983)». **O Médico** 111 (1719) 1984, 620.
- 23 — PAIVA DE CARVALHO et al. — «Tabagismo e Juventude escolar» (1985). Comunicação apresentada às II Jornadas do Tabaco, I.S.A., Lisboa, 14/3/85. Em publicação.
- 24 — MAGALHÃES, E. et al. — «Hábitos Tabágicos e conhecimento da legislação anti-tabágica em amostras da população portuguesa» (Centro de Estudos de Cardiologia Preventiva) (1985). Comunicação apresentada às II Jornadas do Tabaco, I.S.A., Lisboa, 14/3/85. Em publicação.
- 25 — BARÃO DA CUNHA, M. — «A posição do Conselho de Prevenção do Tabagismo face à questão do Tabagismo» (1985). Comunicação apresentada às II Jornadas do Tabaco, I.S.A., Lisboa, 14/3/85. Em publicação.
- 26 — CAYOLLA DA MOTTA, L. — «O Tabaco e a Saúde» (1985). Comunicação apresentada às II Jornadas do Tabaco, Instituto Superior de Agronomia, Lisboa, 14/3/85. Em publicação.
- 27 — CAYOLLA DA MOTTA, L. — «O consumo do tabaco em Portugal nas últimas décadas e algumas das suas implicações sobre a mortalidade portuguesa». Comunicação preparada para apresentar às V Jornadas da Economia da Saúde, Lisboa, Maio de 1985. Em publicação.
- 28 — U.S. Dep. of Health and Human Services — «Promoting Health/Preventing Diseases: objectives for the nation», Washington, D.C. (1980). **U.S. Pub. Health Office, Dep. Health and Human Services**, 1980.
- 29 — ARMELIN Júnior, M. V. de — «O Tabaco e o Alcool. Estudo Médico Económico e Jurídico (Antropologia e Educação)», (1980). Lisboa, Tipografia Universal, 1980.

QUADRO I

CONSUMO DE CIGARROS MANUFACTURADOS POR CABEÇA

110 PAÍSES DO MUNDO — ANO DE 1982

1	Cyprus	3,117	56	Jordan	867
2	Greece	2,927	57	Algeria	861
3	Cuba	2,857	58	Belize	850
4	Canada	2,797	59	Chile	847
5	United States	2,678	60	Nicaragua	846
6	Spain	2,658	61	Albania	786
7	Japan	2,636	62	Barbados	785
8	Hungary	2,570	63	Tunisia	768
9	Poland	2,517	64	Korea-North	713
10	Bulgaria	2,472	65	Guyana	656
11	Australia	2,340	66	Jamaica	650
12	Yugoslavia	2,323	67	Dominican Republic	614
13	New Zeland	2,305	68	Thailand	606
14	Switzerland	2,171	69	Panama	595
15	Austria	2,111	70	Indonesia	577
16	Belgium - Luxembourg	2,055	71	Iraq	574
17	Singapore	1,961	72	Honduras	563
18	Hong Kong	1,957	73	Norway	556
19	Lebanon	1,926	74	Morocco	537
20	Germany-West	1,867	75	Congo	531
21	Italy	1,854	76	Paraguay	521
22	United Kingdom	1,818	77	El Salvador	508
23	Czechoslovakia	1,812	78	Ecuador	508
24	Germany-East	1,796	79	Senegal	448
25	Ireland	1,778	80	Vietnam	424
26	Korea-South	1,747	81	Ivory Coast	422
27	Union of Soviet Socialist Republics	1,715	82	Sierra Leone	419
28	Lybia	1,688	83	Pakistan	396
29	Israel	1,656	84	Angola	375
30	Netherlands	1,652	85	Iran	364
31	Denmark	1,636	86	Sri Lanka	341
32	France	1,608	87	Guatemala	325
33	Romania	1,593	88	Zimbabwe	319
34	Sweden	1,543	89	Haiti	316
35	Taiwan	1,531	90	Kenya	283
36	Portugal	1,428	91	Zambia	223
37	Philippines	1,371	92	Mozambique	221
38	Trinidad and Tobago	1,318	93	Ghana	218
39	Turkey	1,305	94	Peru	216
40	Uruguay	1,241	95	Laos	209
41	Malasia	1,222	96	Bolivia	206
42	Mauritius	1,215	97	Malawi	197
43	Finland	1,148	98	Tanzania	181
44	Argentina	1,136	99	Cameroon	175
45	Venezuela	1,089	100	Bangladesh	170
46	Brazil	1,051	101	Uganda	146
47	Syria	1,049	102	India	141
48	South Yemen	1,038	103	Zaire	129
49	South Africa	1,002	104	Cape Verde	117
50	Fiji	986	105	Nigeria	98
51	Surinam	975	106	Nepal	93
52	Peoples Republic of China	900	107	Burma	71
53	Colombia	873	108	Ethiopia	48
54	Egypt	872	109	Sudan	37
55	Costa Rica	868	110	Guinea	17

Fonte: C.D.C. Week Morb. and Mort. Rep. (1984) : 33, n.º 22 : 320

QUADRO II

PORTUGAL (Continente e Ilhas)

PRODUÇÃO, IMPORTAÇÃO, EXPORTAÇÃO E CONSUMO
DE TABACO — 1943 - 1980

(Toneladas)

Anos	Produção	Importação	Exportação	Consumo total
1943	4 254	136	7	4 386
1950	5 238	58	6	5 290
1955	5 772	53	16	5 809
1960	7 035	101	32	7 104
1965	8 097	152	91	8 158
1969	9 164	198	137	9 225
1970	9 330	238	142	9 425
1975	12 498	211	227	12 482
1978	13 805	60	289	13 576
1980	13 488	89	295	13 282

Fonte: INE (Anuários Est. 1943 a 1980)

QUADRO III

TIPOS DE TABACO

(Toneladas)

Anos	Exportação			Importação			Consumo			
	Charutos Cigarros	Cigarros	Picado	Charutos Cigarri- lhas	Cigarros	Picado	Charutos Cigarri- lhas	Cigarros	Picado	Repé
1960										
1965	1	89	37	37	93	22	45	7 488	596	29
1970	0,2	140,6	1,6	34,1	190,3	13,3	38,9	8 973,7	394,7	18
1975	0,3	224,6	1,7	20,0	178,0	12,8	35,7	12 186,4	240,1	20
1978	—	288,2	0,7	11,1	40,9	7,7	13,1	13 335,7	206	21
1980	0,4	294,6	—	10,9	66,8	11,6	12,5	13 053,2	190,6	26

Fonte: Est. Comércio Externo, INE
Est. Industriais, INE

QUADRO IV

PORTUGAL (Continente e Ilhas)

CONSUMO DE TABACO PER CAPITA

TOTAL DA POPULAÇÃO — 1965 - 1980

(Gramas)

Anos	Charutos e cigarrilhas	Cigarros	Picado	Rapé	Total consumo p/ capita
1965	4,9	810,9	65,3	4,4	883,4
1970	4,5	1042,1	45,8	2,1	1094,6
1975	3,7	1265,1	24,9	2,1	1295,8
1978	1,3	1356,7	21,0	2,1	1381,1
1980	1,3	1327,5	19,4	2,6	1350,8

QUADRO V

CONSUMO DA POPULAÇÃO COM 15 E + ANOS — 1965 - 1980

(Gramas)

Anos	Charutos e cigarrilhas	Cigarros	Picado	Rapé	Total consumo p/ capita
1965	7,9	1142,4	90,9	4,4	1244,7
1970	6,3	1456,9	64,1	2,9	1530,3
1975	5,5	1877,1	37,0	3,1	1922,7
1978	1,6	1645,0	25,4	2,6	1674,6
1980	1,7	1782,2	26,0	3,6	1813,5

Fonte: Est. Industriais, INE
 Est. Comércio Externo, INE
 Censo das Pop. 1960, 1970, 1981, INE
 Estimativas das Populações, INE

QUADRO VI

PORTUGAL (Continente e Ilhas)
CONSUMO DE TABACO (RESUMO) — 1943 - 1980

Anos	Consumo total de tabaco				Consumo per capita (População de 15 e + anos)	
	Total de tabaco		Cigarros		Só cigarros	
	Valor (a)	% de aumento	Valor (a)	% de aumento	Número (b)	% de aumento
1943	4 386	100	—	—	—	—
1950	5 290	120,6	—	—	—	—
1960	7 104	161,9	—	—	—	—
1965	8 158	186,0	7 488	100	810,9	100
1970	9 425	214,9	8 974	119,8	1 457	179,7
1975	12 483	284,6	12 186	162,7	1 877	231,5
1980	13 282	302,8	13 053	174,3	1 782	219,8

(a) Em toneladas.

(b) Em gramas.

Fonte: I.N.E. (Anuários Estatísticos e Estatísticas Demográficas)

QUADRO VII

PORTUGAL (Continente e Ilhas)
CUSTOS DA EXPORTAÇÃO, IMPORTAÇÃO E PRODUÇÃO
DOS DIVERSOS TIPOS DE TABACO

(1000 escudos)

Anos	Exportação			Importação			Produção				
	Charut. e cigar- rilhas	Cigarros	Picado	Charut. e cigar- rilhas	Cigarros	Picado	Charut.	Cigar- rilhas	Cigarros	Picado	Rapé
1960	—	—	—	—	—	—	1 021	824	1 118 027	95 934	5 220
1965	213	8 138	109	8 160	9 082	1 073	423	1 729	1 147 083	73 296	1 740
1970	58	13 344	158	7 448	16 572	939	338	1 077	1 480 497	48 996	1 370
1975	32	23 121	193	6 870	24 490	1 641	217	3 210	2 378 549	42 135	1 864
1978	—	49 901	102	8 028	12 322	2 147	359	3 130	4 021 642	44 068	3 009
1980	166	95 620	2	6 758	31 387	4 094	837	3 373	5 641 160	62 821	5 298

Fonte: Est. Industriais, INE
Est. Comércio Externo, INE

QUADRO VIII

PORTUGAL (Continente e Ilhas)
CUSTOS DA PRODUÇÃO, IMPORTAÇÃO, EXPORTAÇÃO
E CONSUMO DE TABACO — 1960 - 1980

(a preços correntes)

(1000 escudos) (a)

Anos	Total produção	Total importação	Total exportação	Total consumo
1960	1 017 026	10 963	2 878	1 025 084
1965	1 224 273	18 315	8 460	1 234 128
1970	1 532 278	24 959	13 560	1 543 677
1975	2 425 975	33 001	23 346	2 435 630
1978	4 072 208	22 497	50 003	4 044 702
1980	5 713 489	42 239	95 788	5 659 940

Fonte: Est. Industriais, INE

Est. Comércio Externo, INE

(a) Em 31/12/84: 1000 escudos equivalente a cerca de USD \$5.88.

QUADRO IX

PORTUGAL (Continente e Ilhas)
CUSTOS DA PRODUÇÃO, IMPORTAÇÃO, EXPORTAÇÃO
E CONSUMO DE TABACO — 1960 - 1980

A preços constantes (preços de 1984)

(1000 escudos) (a)

Anos	Produção	Importação	Exportação	Consumo
1960	18 800 953	202 664	53 203	18 949 915
1965	19 949 323	298 440	137 854	20 109 909
1970	19 328 335	314 836	171 047	19 472 123
1975	15 373 111	209 123	147 941	15 434 294
1978	14 048 331	77 610	172 501	13 953 437
1980	13 613 315	100 641	228 231	13 485 747

Fonte: Est. Industriais, INE

Est. Comércio Externo, INE

(a) Em 31/12/84: 1000 escudos equivalente a cerca de USD \$5.88.

QUADRO X

PORTUGAL (Continente e Ilhas)
CUSTOS DO CONSUMO DE TABACO P/ CAPITA
TOTAL DA POPULAÇÃO (1000 escudos)

Anos	Charutos e cigarrilhas	Cigarros	Picado	Rapé	Total consumo p/ capita
1965	1,1	124,3	8,0	0,2	133,6
1970	1,0	172,3	5,8	0,2	179,3
1975	1,1	247,1	4,5	0,2	252,8
1978	1,2	405,3	4,7	0,3	411,5
1980	1,1	567,2	6,8	0,5	575,6

CONSUMO DA POPULAÇÃO DE 15 E + ANOS (1000 escudos)

Anos	Charutos e cigarrilhas	Cigarros	Picado	Rapé	Total consumo p/ capita
1965	1,5	175,2	11,3	0,3	188,3
1970	1,4	240,9	8,1	0,2	250,6
1975	1,6	366,6	6,7	0,3	375,2
1978	1,4	491,4	5,7	0,4	498,9
1980	1,5	761,4	9,1	0,7	772,7

Fonte: Estatísticas Industriais e Comércio Externo, INE
Censo da Pop. 1960, 1970, 1981; Estimativas da Pop., INE

QUADRO XI

PORTUGAL (Continente e Ilhas)

COMPONENTES DOS IMPOSTOS SOBRE O TABACO EM PORTUGAL

SUA EVOLUÇÃO DE 1970 A 1980

(1000 escudos)

Tipo de impostos	1970	1975	1978	1980
Imposto de consumo	885 178,0 76,5 %	2 634 013,0 86,7 %	6 361 874,1 92,8 %	12 010 570,1 95,9 %
Contribuição Industrial	19 916,6 1,1 %	6 882,4 0,2 %	18 225,6 0,3 %	54 564,4 0,4 %
Direitos alfandegários	259 179,7 22,4 %	397 000,0 13,1 %	478 491,0 6,9 %	462 216,0 3,7 %
Total	1 157 274,3 100,0 %	3 037 896,2 100,0 %	6 858 590,7 100,0 %	12 527 350,5 100,0 %

Fonte: CGE

INE — Est. Contribuições e Impostos

MF — D.G. Alfândegas

QUADRO XII

IMPOSTOS SOBRE O TABACO E RECEITAS DO ESTADO — 1930 - 1969 E 1970 - 1980

(a preços correntes)

(1000 escudos)

Anos	Direitos Alfandegários		Contribuição Industrial (Manufac. do tabaco)		Imposto de consumo		Totalidade de impostos	
	Valor	%	Valor	%	Valor	%	Valor	% (a)
1930	103 960	78,2	25 736	19,4	3 332	2,4	140 253	100
1940	101 288	71,2	37 130	26,1	3 941	2,7	142 358	101,5
1950	243 460	65,5	118 313	31,8	9 717	2,7	371 491	264,9
1960	297 559	53,3	249 499	44,7	11 138	5,0	558 193	398,0
1965	234 349	30,9	512 241	67,8	12 093	1,3	758 783	541,0
1969	215 241	21,3	816 216	77,3	13 800	1,4	1 055 257	752,4
1970							1 157 274	825,1
1975	A partir de 1970 verificaram-se alterações na designação e forma de recolha destes impostos, pelo que apenas se indica o seu total.						3 037 896	2166,0
1980							12 527 350	8932,0

Fonte: I.N.E. (Anuários Estatísticos, etc., 1930-1980)

D.G. Alfândegas, 1984

D.G. Contribuições e Impostos, 1984

(a) N.B. — Estes aumentos não têm significado comparativo, por se tratar de «preços correntes». Veja no quadro seguinte calculado com base em «preços constantes».

QUADRO XIII

PORTUGAL (Continente e Ilhas)
IMPOSTOS TOTAIS SOBRE
O TABACO
A preços constantes
 (preços de 1984)

(em 1000 escudos)

Anos	Impostos (a)
1960	10 318 871
1965	12 364 242
1969	13 934 309
1970	14 597 990
1975	19 250 781
1978	—
1980	29 848 491

(a) A preços constantes (preços de 1984).
 Fonte: D.G. Alfândegas, 1984; D.G. Contribuições e Impostos, 1984

QUADRO XIV

CONTRIBUIÇÃO DOS IMPOSTOS
SOBRE O TABACO PARA A RECEITA GERAL
DO ESTADO — 1940 - 1969
 (1000 escudos)

Anos	Receita Geral do Estado	Impostos sobre o tabaco (Totalidade)	Porcentagem
1940	2 223 441	142 358	6,4
1950	4 825 519	371 491	7,7
1960	9 590 421	558 193	5,8
1965	15 173 471	758 783	5,0
1969	24 631 283	1 055 257	4,3
1970	21 294 560,8	1 157 274,3	5,4
1975	46 752 317,1	3 037 896,2	6,5
1980	192 868 033,9	12 527 350,5	6,5

Fonte: M.F.P. — Conta Geral do Estado

QUADRO XV
 RESULTADOS DE ALGUNS INQUÉRITOS SOBRE HÁBITOS TABÁGICOS
 A POPULAÇÃO PORTUGUESA (a) — 1965 - 1984
 I) INQUÉRITOS A GRUPOS SELECIONADOS

Inquéritos (autores)	População	Ano	Número		Porcentagem de fumadores		Cigarros/dia (Média)	
			Masc.	Fem.	Masc.	Fem.	Masc.	Fem.
M. Goulão et al. (12) (16)	Estudantes Univers. (Coimbra)	1965	412	97	53,3	10,3	20,5	(b)
	Estudantes Univers. (Coimbra)	1979	189	114	58,6	39,5	—	
	Estud. Ens. Secundár. (Sta. Comba)	1980	117	147	20,6	16,4	13,6	7,1
M.ª Conceição Granate (14)	Pop. Port. Áreas Selec. (H ₂ /CECP)	1975						
Pereira Miguel (20) (24)	Meio Urbano		479	466	52,6	6,2	15,5	(b)
	Meio Rural		539	576	34,7	5,7	5,5	(b)
Pereira Miguel J. S. Caiado (20) (24)	Musgueira — Norte	1975	566	735	48,4	3,3	15,5	(b)
		
Eduardo Dias et al. (24)	Musgueira — Sul (RCV - CEPC)	1977						
Eduardo Dias et al. (24)	Musgueira Norte-Sul (ICM - CEPC)	1980	346	365	45,7	0,5	15,5	(b)
J. Medeiros et al. (18) (19)	Médicos — Coimbra	1980	253	111	51,0	46,0	19,0	15,0
	Enfermeiros — Coimbra	1980	138	213	49,3	20,7	19,3	14,6
Luis de Oliveira (21)	Áreas rurais/fabris diversas no centro do País	(c)	4559		29,1 - 50,7	0 - 3,4		
	Alunos liceais, Coimbra	1983/84	2053		35,0	20,7		
	Alunos univers., Coimbra	1983/84	606		34,8	26,4		(c)
Paiva de Carvalho et al. (23)	Estudantes, Coimbra (estudo prospectivo)	1979 1980	2106		57,2 58,5	10,3 39,5		
	Méd. Serv. Pneumologia, (Hosp. Coimbra (H.U.C.))	1984	32		57,1	36,4		

(Continua)

QUADRO XV
(Continuação)

II) INQUÉRITOS EM AMOSTRAS REPRESENTATIVAS

Inquéritos (autores)	População	Ano	Número		Porcentagem de fumadores		Cigarros/dia (Média)	
			Masc.	Fem.	Masc.	Fem.	Masc.	Fem.
J. Marinho Falcão et al. (22)	Inquérito Nacional de Saúde do DEPS (Só área Metropolitana de Lisboa Todas as idades)	1983	3112	3363	40,9	8,7	21,4	14,2
Eduardo de Magalhães et al. (24)	Inquérito de âmbito nacional da CEPC, c/ apoio da «Euroexpansão», População adulta (15 e mais anos)	1984	445	595	37,3	10,1	15,5 (b)	5,5 (b)
Tabaqueira E.P. (21)	Segundo trabalho do Dr. L. Oliveira	(c)	(c)	(c)	38,1	9,4		

(a) Os elementos deste quadro, na sua grande maioria, são provenientes do Quadro VII do trabalho «Hábitos tabágicos e conhecimentos da legislação anti-tabágica em amostras da população portuguesa», de Eduardo de Magalhães et al., apresentado às II Jornadas do Tabaco, ISA, Lisboa, 12-14/03/85 e também do trabalho «Tabaco e Aparelho Respiratório. O Tabagismo em Portugal», de Luis de Oliveira, apresentado às VIII Jornadas de Actualização de Pneumologia, Coimbra, 22-23/06/84. Note-se que a inclusão de inquéritos realizados não é exaustiva, tendo ficado alguns por referir (consultar (21) e (24)).

(b) Centros de classe modal, segundo indicação do Quadro acima referido.
(c) Informação não disponível.

QUADRO XVI

**CONSUMO DO TABACO EM PORTUGAL SEGUNDO
O «INQUÉRITO NACIONAL DE SAÚDE» (a) — 1983 (b)
A. FUMADORES E NÃO FUMADORES POR SEXOS
(em percentagens)**

Sexo	Classificação	Fumadores	Ex-fumadores	Nunca fumadores	N.S., S.I.
Masculino		40,9	16,6	42,3	0,3
Feminino		8,9	2,7	88,1	0,5
Total		24,2	9,4	66,1	0,4

(a) Referente apenas aos concelhos da «Grande Lisboa»: Área Metropolitana de Lisboa.

(b) 30/12/84.

B. TIPO DE TABACO CONSUMIDO: 97,9 % dos Homens e 100 % de Mulheres só consomem **cigarros**.

Fonte: DEPS/INS, II, n.º 6, 1984.

QUADRO XVII

**PORTUGAL (Continente e Ilhas)
INQUÉRITO NACIONAL DE SAÚDE
CONSUMO MÉDIO DIÁRIO DE CIGARROS POR FUMADOR E POR SEXOS
ÁREA METROPOLITANA DE LISBOA — 1983**

Sexo	N.º de pessoas	Número de cigarros por dia						N.S. S.I.	Média de cigarros por fumador
		1 - 10	11 - 20	21 - 30	31 - 40	41 - 60	60 +		
		%	%	%	%	%	%		
M	1236	23,2	47,8	11,1	12,3	3,2	0,3	2,1	21,4
F	286	51,1	36,3	6,3	3,9	0,4	0,4	2,8	14,2
Total	1522	28,5	45,5	10,2	10,7	2,6	0,3	2,2	20,1

Fonte: INS/83; DEPS

QUADRO XVIII

PORTUGAL (Continente e Ilhas)

INQUÉRITO NACIONAL DE SAÚDE

ÁREA METROPOLITANA DE LISBOA — 1983

IDADE DO INÍCIO DO CONSUMO DE TABACO POR SEXOS

(Actuais fumadores)

(Percentagens)

Sexo	Idade	5 - 9	10 - 14	15 - 19	20 - 24	25 - 29	30 - 34	35 - 39	40 +	N.S. e S.I.	Total
	Início										
Masculino		4,8	25,4	45,4	16,1	2,1	1,2	1,2	1,2	2,7	100,0
Feminino		—	7,8	51,9	23,4	7,8	3,9	—	1,3	3,9	100,0
Total		3,9	22,1	46,6	17,5	3,2	1,7	1,0	1,2	2,9	100,0

QUADRO XIX ←

TIPO DE CONSUMO DE TABACO — ACTUAIS FUMADORES

(População com 10 ou mais anos)

(Percentagens)

	Só cigarros	Só cachimbo	Cigarros e cachimbo	Só charuto	Subtotal	N.S. e S.I.	Total
Masculino	77,9	0,6	0,6	0,3	0,6	—	100,0
Feminino	100,0	—	—	—	—	—	100,0
Total	98,3	0,5	0,5	0,2	0,5	—	100,0

QUADRO XX

ÁREA METROPOLITANA DE LISBOA

DISTRIBUIÇÃO DE FUMADORES SEGUNDO GRAU DE ESCOLARIDADE — 1983

(em percentagens)

Escolaridade	Hábito	Situação actual		Ex-fuma- dores	Nunca fuma- dores	N.S.	S.I.	Total
		Fuma- dores	N/ fuma- dores					
N/ lê nem escreve		11,9	88,1	7,9	92,1			12,0
Só lê e escreve		16,7	83,3	9,5	90,5			12,0
Freq. Ens. Básico		3,0	97,0	3,1	95,3		1,6	3,9
4.ª classe		23,3	76,7	14,3	85,4	0,2		37,2
4.ª classe e Ens. Profis.		55,6	44,4	50,0	50,0			1,1
6.ª classe		31,7	68,3	9,0	91,0			13,5
6.ª classe e Ens. Profis.		23,8	76,2	31,3	68,8			1,2
9.º ano		31,8	68,2	15,9	83,2		0,9	9,3
12.º ano — Propedeut.		41,9	58,1	25,0	75,0			3,7
Ensino Médio		44,0	56,0	28,6	71,4			1,5
Freq. Ens. Superior		34,8	68,2	6,7	93,3			1,3
Ensino Superior		51,1	48,9	27,3	72,7			2,7
N.S.		—	100,0	—	50,0		50,0	0,1
S.I.		22,2	—	—	71,4		28,6	0,5
Total		24,4	75,6	12,6	86,9	0,1	0,4	100,0

55,1 %

4,0 %

QUADRO XXI

PORTUGAL

INQUÉRITO SOBRE O CONSUMO DE TABACO

Profissões	% de fumadores
Quadros superiores e médios	40,4
Funcionários administrativos	48,8
Comerciantes	26,4
Oper. especializados	25,3
Oper. indeferenciados	26,2
Domésticas	4,1
Estudantes	25,8

Fonte: Tabaqueira, E.P. — 1983

QUADRO XXII

**INQUÉRITO DE SAÚDE NOS E.U.A.
RELAÇÃO ENTRE O NÍVEL SÓCIO-ECONÓMICO E O SEXO
E O HÁBITO DE FUMAR — E.U.A., 1975**

Classes Sócio- Económicas	Nível de Rendimento Familiar Anual	Percentagem de Fumadores	
		Sexo Masculino	Sexo Feminino
1.º	U.S. \$20 000 e mais	35,0 %	34,0 %
2.º	U.S. \$10 000 - \$19 000	39,1 %	31,4 %
3.º	menos de U.S. \$10 000	43,6 %	27,3 %

Fonte: «The Health Consequences of Smoking: Cardiovascular Disease, U.S. Dept. of Health and Human Services, Office of Smoking and Health, Rockville, Md. 1983

QUADRO XXIII

**PORTUGAL (Continente e Ilhas)
FREQUÊNCIA DOS HÁBITOS TABÁGICOS EM AMOSTRA
REPRESENTATIVA DA POPULAÇÃO PORTUGUESA,
SEGUNDO O SEXO
POPULAÇÃO ADULTA (15 E MAIS ANOS) — 1984**

Características	Sexo	Sexo	Sexo	Total
	Masculino	Feminino	Feminino	
Número	445	595		1040
Fumadores (%)	37,3 %	10,1 %		22,6 %
Ex-fumadores (%)	25,7 %	6,6 %		15,4 %
N.º cigarros/dia (moda)	11 - 20	1 - 10		11 - 20
Conhecimento de leis anti-tabágicas (%)	68 %	57 %		62 %

Fonte: E. Magalhães et al., «Hábitos tabágicos e conhecimento da legislação anti-tabágica em amostra da população portuguesa». Comunicação nas II Jornadas sobre o Tabaco, I.S.A., Lisboa, 14/03/85.

QUADRO XXIV

PORTUGAL (Continente e Ilhas)
 TAXAS DE MORTALIDADE ESPECÍFICA POR 100 000 HABITANTES, POR GRANDES GRUPOS ETÁRIOS E SEXOS
 EVOLUÇÃO DE 1960 A 1982

Anos	CANCRO DO PULMÃO (TRAQUEIA, BRÔNQUIOS E PULMÃO) (a)																			
	Todas as idades					15 - 34					35 - 64					65 e +				
	T	M	F	T	M	T	M	F	T	M	T	M	F	T	M	T	M	F	T	M
1960	5,4	8,4	2,6	7,5	12,1	3,6	0,4	0,5	0,3	9,2	15,1	4,1	28,9	53,5	12,8					
1965	6,4	10,7	2,5	9,0	15,5	3,4	0,3	0,4	0,2	10,4	18,6	3,0	35,1	66,4	14,5					
1970	9,2	15,2	3,7	12,8	21,9	5,0	0,3	0,4	0,2	14,2	23,8	5,8	44,0	88,1	14,6					
1975	10,7	17,6	4,6	14,9	25,2	6,2	0,5	0,4	0,6	16,3	29,2	5,4	53,5	101,0	22,6					
1980	14,5	24,8	5,2	17,3	34,4	7,5	0,4	0,7	0,2	19,9	37,3	7,3	76,8	148,7	27,2					
1982	15,8	25,9	6,4	21,2	35,5	8,4	1,0	1,3	0,7	20,2	35,1	7,0	76,8	146,7	29,0					

(a) 1960/70 — A50; 1975 — A51; 1980/82 — 101

QUADRO XXV

Anos	CANCRO DO ESTÓMAGO (a)																			
	Todas as idades					15 - 34					35 - 64					65 e +				
	T	M	F	T	M	T	M	F	T	M	T	M	F	T	M	T	M	F	T	M
1960	25,3	29,9	21,0	35,6	43,3	29,0	0,8	0,8	0,8	36,7	48,1	26,7	167,4	222,4	131,3					
1965	29,8	33,8	26,2	42,0	49,1	35,9	1,1	0,9	1,2	38,8	50,3	28,7	201,0	254,0	166,8					
1970	32,7	39,3	26,7	45,7	56,5	36,4	1,9	2,2	1,7	39,2	52,9	27,2	194,7	258,3	152,3					
1975	30,5	38,2	23,6	42,3	54,7	31,8	1,0	1,2	0,7	36,0	51,9	22,8	187,3	262,1	138,6					
1980	29,4	37,0	22,6	41,9	51,4	32,8	1,2	1,2	1,3	34,0	50,6	26,0	175,1	239,2	130,8					
1982	29,5	36,4	23,1	39,6	49,9	30,4	2,5	2,9	2,3	28,5	40,2	18,2	168,5	232,9	124,4					

(a) 1960/70 — A46; 1975 — A47; 1980/82 — 091

86

QUADRO XXVI
 PORTUGAL (Continente e ilhas)
 TAXAS DE MORTALIDADE ESPECÍFICA POR 100 000 HABITANTES, POR GRANDES GRUPOS ETÁRIOS E SEXOS
 EVOLUÇÃO DE 1960 A 1982

Anos	CANCRO DO ESÓFAGO (a)																	
	Todas as idades				15 anos e +				15 - 34				35 - 64				65 e +	
	T	M	F	T	M	F	T	M	F	T	M	F	T	M	F	T	M	F
1960	3,5	5,4	1,8	4,9	7,7	2,5	0,1	0,3	0,07	5,7	9,6	2,3	20,5	34,2	11,2			
1965	3,7	5,5	2,0	5,2	7,9	2,4	0,07	0,08	0,07	5,7	9,3	2,1	21,5	33,5	13,6			
1970	4,1	5,7	2,7	5,8	8,3	3,7	0,1	—	0,1	5,6	8,9	2,6	23,3	34,3	16,0			
1975	4,3	6,5	2,4	6,0	9,3	3,2	0,1	0,1	—	5,4	9,1	2,2	25,9	43,7	14,2			
1980	4,6	6,9	2,6	6,6	9,6	3,7	—	0,1	—	5,9	10,3	3,1	26,2	42,2	15,1			
1982	4,9	7,2	2,7	6,5	9,8	3,6	—	—	—	5,6	10,2	1,5	26,2	40,1	16,7			

(a) 1960/70 — A45; 1975 — A46; 1980/82 — 090

QUADRO XXVII

Anos	CANCRO DA LARINGE (a)																	
	Todas as idades				15 anos e +				15 - 34				35 - 64				65 e +	
	T	M	F	T	M	F	T	M	F	T	M	F	T	M	F	T	M	F
1960	3,0	5,7	0,6	4,3	8,2	0,8	0,1	0,2	—	5,7	11,0	0,9	14,8	32,8	3,0			
1965	3,0	5,5	0,5	4,2	8,1	0,7	0,07	0,2	—	4,6	9,3	0,5	17,0	36,7	3,9			
1970	3,4	6,5	0,5	4,7	9,4	0,7	—	—	—	6,0	11,9	0,8	13,8	31,6	2,0			
1975	2,7	5,1	0,5	3,7	7,3	0,7	0,1	0,1	0,1	4,1	8,2	0,7	13,3	30,1	2,3			
1980	3,5	6,5	0,8	5,0	9,0	1,1	0,1	0,1	0,1	5,4	11,3	0,9	16,6	34,2	4,4			
1982	3,9	7,3	0,8	5,2	9,9	1,0	0,1	0,3	—	5,7	11,3	0,7	17,2	36,7	4,0			

(a) 1960/70 — A49; 1975 — A50 1980/82 — 100

QUADRO XXVIII

PORTUGAL (Continente e Ilhas)
 TAXAS DE MORTALIDADE ESPECÍFICA POR 100 000 HABITANTES, POR GRANDES GRUPOS ETÁRIOS E SEXOS
 EVOLUÇÃO DE 1960 A 1982

Anos	DOENÇAS ISQUÊMICAS DO CORAÇÃO (a)																							
	15 anos e +						15 - 34						35 - 64						65 e +					
	T	M	F	T	M	F	T	M	F	T	M	F	T	M	F	T	M	F						
1960	97,4	95,6	100,2	134,4	137,8	137,0	1,8	2,4	1,3	43,0	83,1	61,8	976,6	1038,2	921,3									
1965	116,4	117,3	115,6	164,0	169,8	158,9	0,6	0,8	0,4	43,0	96,5	68,3	1117,9	1230,8	1068,6									
1970	135,1	140,8	129,9	188,9	202,5	177,2	0,5	1,0	—	76,6	111,4	46,0	1126,5	1269,3	1031,6									
1975	82,6	97,0	69,8	114,6	139,0	94,1	2,3	3,0	1,7	68,3	106,9	36,0	605,0	760,3	503,8									
1980	80,5	97,8	64,9	114,5	135,9	94,4	3,0	4,6	1,5	61,6	105,3	33,0	576,1	722,0	475,4									
1982	78,6	91,6	66,4	105,5	125,5	87,6	3,1	4,6	1,5	56,7	89,7	27,3	514,3	633,8	432,7									

(a) 1960/70 — A81 1975 — A83; 1980/82 — 27

QUADRO XXIX

Anos	DOENÇAS DO CORAÇÃO (a)																							
	15 anos e +						15 - 34						35 - 64						65 e +					
	T	M	F	T	M	F	T	M	F	T	M	F	T	M	F	T	M	F						
1960	157,7	149,8	165,0	221,4	215,8	226,3	11,7	10,7	12,7	116,4	143,5	92,6	1453,7	1524,4	1407,4									
1965	151,3	151,7	151,0	212,1	219,2	205,9	9,3	9,6	9,0	111,7	140,6	86,5	1319,8	1641,0	1112,1									
1970	164,3	168,3	160,8	228,8	241,0	218,4	8,1	9,1	7,2	109,3	146,9	76,1	1286,7	1426,3	1193,9									
1975	154,5	166,8	143,5	213,0	237,7	192,1	7,7	9,6	5,8	115,8	167,6	72,6	1150,5	1342,0	1025,7									
1980	138,6	152,9	125,8	196,7	211,6	182,6	6,8	9,1	4,6	90,6	142,9	60,9	1004,0	1186,9	921,9									
1982	144,0	154,0	134,6	192,6	210,4	176,7	7,0	9,3	4,8	85,7	127,1	48,8	986,8	1135,5	885,2									

(a) 1960/70 — A80 - A83; 1975 — A81 - A84; 1980/82 — 27 + 28 + 260

QUADRO XXX

PORTUGAL (Continente e ilhas)
TAXAS DE MORTALIDADE ESPECÍFICA POR 100 000 HABITANTES, POR GRANDES GRUPOS ETÁRIOS E SEXOS
EVOLUÇÃO DE 1960 A 1982

Anos	DOENÇAS CÉREBRO-VASCULARES (a)														
	15 anos e +				15 - 34				35 - 64				65 e +		
	T	M	F	T	M	F	T	M	F	T	M	F	T	M	F
1960	139,4	128,4	149,6	196,7	186,0	206,1	1,7	2,0	1,4	83,3	94,6	73,4	1407,6	1487,3	1355,3
1965	156,9	146,4	166,4	220,8	212,3	228,1	1,2	1,7	0,8	83,7	98,5	70,7	1528,7	1641,7	1455,6
1970	200,2	184,5	214,5	279,7	265,1	292,3	1,6	2,2	1,1	99,8	120,7	81,4	1715,0	1763,7	1682,7
1975	224,5	214,6	233,4	311,1	307,2	314,4	2,3	2,1	2,6	114,2	145,7	87,8	1888,6	2041,6	1788,9
1980	236,8	221,2	250,8	336,5	306,7	364,5	3,4	3,9	2,8	89,8	118,7	83,8	1985,6	1985,1	1941,7
1982	233,6	216,6	294,4	313,2	296,1	328,6	4,1	5,0	3,1	80,2	101,9	60,9	1795,4	1822,7	1735,9

(a) 1960/70 — A70; 1975 — A85; 1980/82 — 29

QUADRO XXXI

Anos	BRONQUITE, ENFISEMA E ASMA (a)														
	15 anos e +				15 - 34				35 - 64				65 e +		
	T	M	F	T	M	F	T	M	F	T	M	F	T	M	F
1960	18,9	23,5	14,4	26,0	33,6	19,4	0,6	0,6	0,6	15,5	23,5	8,6	167,1	238,5	120,3
1965	24,0	29,7	18,2	33,5	43,1	25,2	1,1	0,3	1,3	20,7	30,3	12,0	199,0	282,4	144,3
1970	25,4	33,6	18,0	35,4	48,2	24,5	0,6	0,4	0,7	19,5	29,6	10,6	192,1	289,0	127,7
1975	29,4	40,2	19,7	38,5	54,6	24,9	1,3	1,7	0,9	21,6	34,5	10,7	206,2	325,0	128,7
1980	27,1	37,3	17,8	37,8	51,1	25,2	1,8	2,4	1,3	16,1	27,2	8,9	200,3	310,2	124,4
1982	26,0	34,0	18,6	34,6	46,1	24,3	1,9	2,4	1,4	15,5	23,6	8,4	175,2	262,0	115,9

(a) 1960/70 — A93; 1975 — A93; 1980/82 — 323 + 324 + 325

QUADRO XXXII
 PORTUGAL (Continente e Ilhas)
 EVOLUÇÃO DAS TAXAS DE MORTALIDADE — 1960 - 1982
 (1960 = 100 %)

Anos	CANCRO DO PULMÃO													
	Todas as idades				15 - 34				35 - 64				65 e +	
	T	M	F	T	T	M	F	T	T	M	F	T	M	F
1960	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
1965	118,5	127,4	96,2	120,0	128,1	128,1	94,4	75,0	60,0	66,7	66,7	113,0	123,2	73,2
1970	170,4	181,0	142,3	170,7	180,9	180,9	138,9	75,0	80,0	66,7	66,7	154,3	157,6	141,5
1975	198,1	209,5	176,9	198,7	208,3	208,3	172,2	125,0	80,0	200,0	200,0	177,2	193,4	131,7
1980	268,5	295,2	200,0	230,7	284,3	284,3	208,3	100,0	140,0	66,7	66,7	216,3	247,0	178,0
1982	292,6	308,3	246,2	282,7	293,4	293,4	233,3	250,0	260,0	233,3	233,3	219,6	232,5	170,7

QUADRO XXXIII

Anos	CANCRO DO ESTÓMAGO													
	Todas as idades				15 - 34				35 - 64				65 e +	
	T	M	F	T	T	M	F	T	T	M	F	T	M	F
1960	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
1965	117,8	113,0	124,8	118,0	130,5	130,5	123,8	137,5	112,5	150,0	150,0	105,7	104,6	107,5
1970	129,2	131,4	127,1	128,4	130,5	130,5	125,5	237,5	275,0	212,5	212,5	106,8	110,0	101,9
1975	120,6	127,8	112,4	118,8	126,3	126,3	109,7	125,0	150,0	87,5	87,5	98,1	107,9	85,4
1980	116,2	123,7	107,6	117,7	118,7	118,7	113,1	150,0	150,0	162,5	162,5	92,6	105,2	97,4
1982	116,6	121,7	110,0	111,2	115,2	115,2	104,8	312,5	362,5	287,5	287,5	77,7	83,6	68,2

QUADRO XXXIV

PORTUGAL (Continente e Ilhas)
EVOLUÇÃO DAS TAXAS DE MORTALIDADE — 1960 - 1982
(1960 = 100 %).

Anos	CANCRO DO ESÓFAGO																							
	Todas as idades						15 - 34						35 - 64						65 e +					
	T	M	F	T	M	F	T	M	F	T	M	F	T	M	F	T	M	F						
1960	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0						
1965	105,7	101,9	111,1	106,1	102,6	96,0	70,0	26,7	100,0	100,0	100,0	96,9	91,3	104,9	98,0	121,4								
1970	117,1	105,6	150,0	118,4	107,8	148,0	100,0	—	142,9	98,2	92,7	94,8	95,7	126,4	127,8	142,9								
1975	122,9	120,4	133,3	122,4	120,8	128,0	100,0	33,3	—	94,7	94,8	95,7	126,4	127,8	126,8									
1980	131,4	127,8	144,4	134,7	124,7	148,0	—	33,3	—	103,5	107,3	134,8	127,8	123,4	134,8									
1982	140,0	133,3	150,0	132,7	127,3	144,0	—	—	—	98,2	106,3	65,2	127,8	117,3	149,1									

QUADRO XXXV

Anos	CANCRO DA LARINGE																							
	Todas as idades						15 - 34						35 - 64						65 e +					
	T	M	F	T	M	F	T	M	F	T	M	F	T	M	F	T	M	F						
1960	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0						
1965	100,0	96,5	83,3	97,7	98,8	87,5	70,0	100,0	—	80,7	84,5	55,6	114,9	130,0										
1970	113,3	114,0	83,3	109,3	114,6	87,5	—	—	—	105,3	108,2	88,9	93,2	96,3	66,7									
1975	90,0	89,5	83,3	86,0	89,0	87,5	100,0	50,0	0,1	71,9	74,5	77,8	89,9	91,8	76,7									
1980	116,7	114,0	133,3	116,3	109,8	137,5	100,0	50,0	0,1	94,7	102,7	100,0	112,2	104,3	146,7									
1982	130,0	128,1	133,3	120,9	120,7	125,0	100,0	150,0	—	100,0	102,7	77,8	116,2	111,9	133,3									

QUADRO XXXVI
 PORTUGAL (Continente e Ilhas)
 EVOLUÇÃO DAS TAXAS DE MORTALIDADE — 1960 - 1982
 (1960 = 100 %)

Anos	DOENÇAS ISQUÊMICAS DO CORAÇÃO														
	15 anos e +				15 - 34				35 - 64				65 e +		
	T	M	F	T	M	F	T	M	F	T	M	F	T	M	F
1960	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
1965	119,5	122,7	115,4	122,0	123,2	116,0	33,3	33,3	30,8	100,0	116,1	110,5	114,5	118,5	116,0
1970	138,7	147,3	129,6	140,6	147,0	129,3	27,8	41,7	—	178,1	134,1	74,4	115,3	122,3	112,0
1975	84,8	101,5	69,7	85,3	100,9	68,7	127,8	125,0	130,8	158,8	128,6	58,3	61,9	73,2	54,7
1980	82,6	102,3	64,8	85,2	98,6	68,9	166,7	191,7	115,4	143,3	126,7	53,4	59,0	69,5	51,6
1982	80,7	95,8	66,3	78,5	91,1	63,9	172,2	191,7	115,4	131,9	107,9	44,2	52,7	61,0	47,0

QUADRO XXXVII

Anos	DOENÇAS DO CORAÇÃO														
	15 anos e +				15 - 34				35 - 64				65 e +		
	T	M	F	T	M	F	T	M	F	T	M	F	T	M	F
1960	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
1965	95,9	101,3	91,5	95,8	101,6	91,0	79,5	89,7	70,9	96,0	98,0	93,4	90,8	107,6	79,0
1970	104,2	112,3	97,5	103,3	111,7	96,5	69,2	85,0	56,7	93,9	102,4	82,2	88,5	93,6	84,8
1975	97,9	111,3	86,9	96,2	110,1	84,9	65,8	89,7	45,7	99,5	116,8	78,4	79,1	88,0	72,9
1980	87,9	102,1	76,2	88,8	98,1	80,7	58,1	85,0	36,2	77,8	99,6	65,8	69,1	77,9	65,5
1982	91,3	102,8	81,6	87,0	97,5	78,1	59,8	86,9	37,8	73,6	88,6	52,7	67,9	74,5	62,9

QUADRO XXXVIII

PORTUGAL (Continente e Ilhas)

EVOLUÇÃO DAS TAXAS DE MORTALIDADE — 1960 - 1984

(1960 = 100 %)

Anos	DOENÇAS CÉREBRO-VASCULARES														
	Todas as idades			15 anos e +			15 - 34			35 - 64			65 e +		
	T	M	F	T	M	F	T	M	F	T	M	F	T	M	F
1960	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
1965	112,5	114,0	111,2	112,3	114,1	110,7	70,6	85,0	57,1	100,5	104,1	96,3	108,6	110,4	107,4
1970	143,6	143,7	143,4	142,2	142,5	141,8	94,1	110,0	78,6	119,8	127,6	110,9	121,8	118,6	124,2
1975	161,0	167,1	156,0	158,2	165,2	152,5	135,3	105,0	185,7	137,1	154,0	119,6	134,2	137,3	132,0
1980	169,9	172,3	167,6	171,1	164,9	176,9	200,0	195,0	200,0	107,8	125,5	114,2	141,1	133,5	143,3
1982	167,6	168,7	166,7	159,2	159,2	159,4	241,2	250,0	221,4	96,3	107,7	83,0	127,6	122,6	128,1

QUADRO XXXIX

Anos	BRONQUITE, ENFISEMA E ASMA														
	Todas as idades			15 anos e +			15 - 34			35 - 64			65 e +		
	T	M	F	T	M	F	T	M	F	T	M	F	T	M	F
1960	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
1965	127,0	126,4	126,4	128,8	128,3	129,9	183,3	50,0	216,7	133,5	128,9	139,5	119,1	118,4	120,0
1970	134,4	143,0	125,0	136,2	143,5	126,3	100,0	66,7	116,7	125,8	126,0	123,3	115,0	121,2	106,2
1975	155,6	171,1	136,8	148,1	162,5	128,4	216,7	283,3	150,0	139,4	146,8	124,4	123,4	136,3	107,0
1980	143,4	158,7	123,6	145,4	152,1	129,9	300,0	400,0	216,7	103,9	115,7	103,5	119,9	130,1	103,4
1982	137,6	144,7	129,2	133,1	137,2	125,3	316,7	400,0	233,3	100,0	100,4	97,7	104,8	109,9	96,3

QUADRO XI
 PORTUGAL (Continente e Ilhas)
 PERCENTAGEM EM RELAÇÃO AO TOTAL DOS ÓBITOS, NO TOTAL, POR SEXOS E GRUPOS ETÁRIOS
 EVOLUÇÃO DE 1960 A 1982

Anos	CANCRO DO PULMÃO (TRAQUEIA, BRÔNQUIOS E PULMÃO)																
	Todas as idades				15 - 34				35 - 64				65 e +				
	T	M	F	T	M	F	T	M	F	T	M	F	T	M	F		
1960	0,5	0,7	0,3	0,7	1,0	0,3	0,3	0,2	0,2	0,3	0,3	1,3	1,6	0,8	0,4	0,7	0,2
1965	0,6	1,0	0,3	0,8	1,2	0,3	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	1,5	2,0	0,6	0,5	0,9	0,2
1970	0,9	1,3	0,4	1,0	1,6	0,4	0,3	0,2	0,2	0,3	0,3	2,0	2,5	1,2	0,7	1,2	0,2
1975	1,1	1,6	0,5	1,2	1,7	0,5	0,4	0,2	0,2	0,9	0,9	2,2	2,8	1,2	0,8	1,3	0,4
1980	1,5	2,4	0,6	1,3	2,5	0,6	0,4	0,4	0,4	0,3	0,3	3,0	3,9	1,4	1,2	2,1	0,5
1982	1,7	2,5	0,7	1,8	2,7	0,8	0,8	0,7	0,7	0,2	0,2	3,3	4,1	1,7	1,3	2,2	0,6

QUADRO XLI

Anos	CANCRO DO ESTÔMAGO																
	Todas as idades				15 - 34				35 - 64				65 e +				
	T	M	F	T	M	F	T	M	F	T	M	F	T	M	F		
1960	2,4	2,6	2,1	3,1	3,6	2,7	0,5	0,4	0,4	0,7	0,7	5,2	5,2	5,1	2,5	3,0	2,1
1965	2,9	3,0	2,7	3,6	3,8	3,3	0,9	0,6	0,6	1,4	1,4	5,4	5,2	5,7	3,0	3,3	2,7
1970	3,0	3,4	2,6	3,5	4,0	3,0	1,6	1,2	1,2	2,2	2,2	5,6	5,6	5,6	2,9	3,5	2,4
1975	3,0	3,4	2,6	3,3	3,8	2,8	0,8	0,6	0,6	1,1	1,1	4,9	5,0	4,9	2,9	3,5	2,4
1980	3,1	3,5	2,6	3,3	3,8	2,7	1,1	0,7	0,7	2,0	2,0	5,2	5,3	5,1	2,8	3,3	2,3
1982	3,1	3,6	2,7	3,3	3,8	2,8	1,9	1,5	1,5	3,2	3,2	4,6	4,7	4,5	3,0	3,6	2,4

Gráficos

GRÁFICO 1
PORTUGAL (Continente e Ilhas)
CONSUMO TOTAL DE TABACO
TODOS OS TIPOS DE TABACO

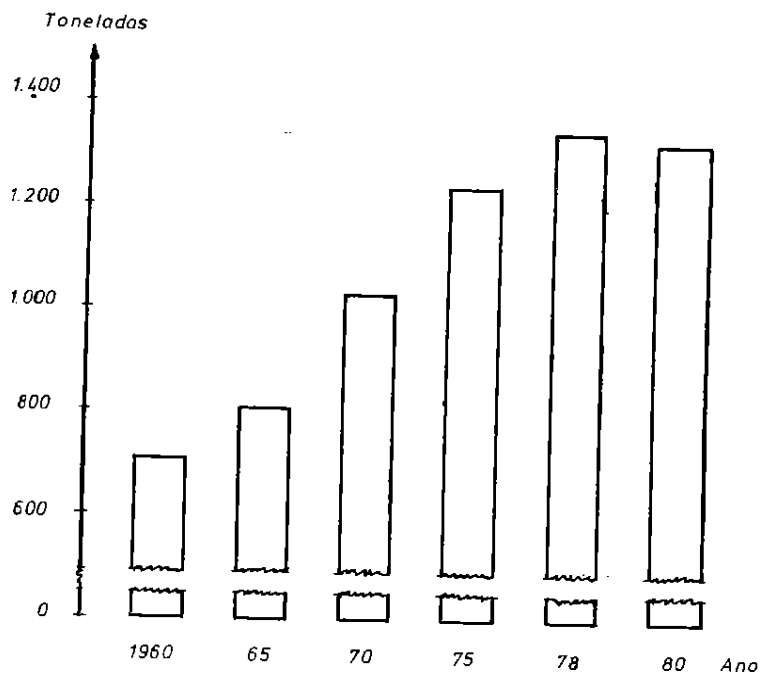


GRÁFICO 2
PORTUGAL (Continente e Ilhas)
CONSUMO TOTAL DE TABACO

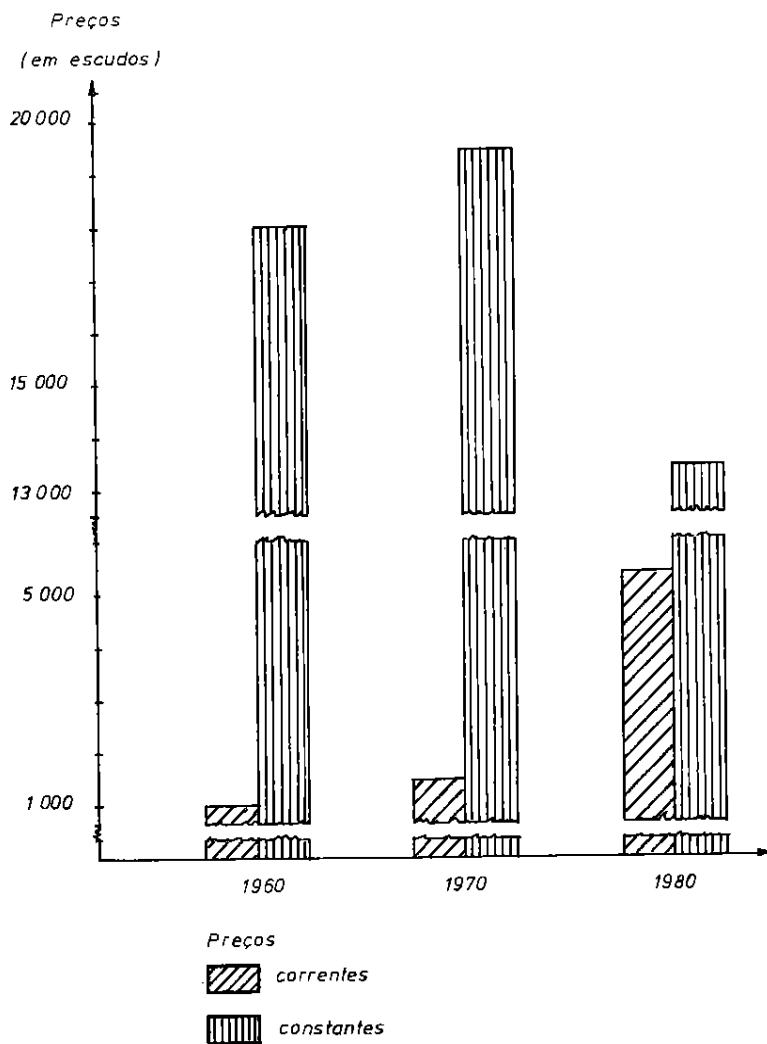


GRÁFICO 3
PORTUGAL (Continente e ilhas)
PRODUÇÃO DE TABACO SEGUNDO O SEU TIPO

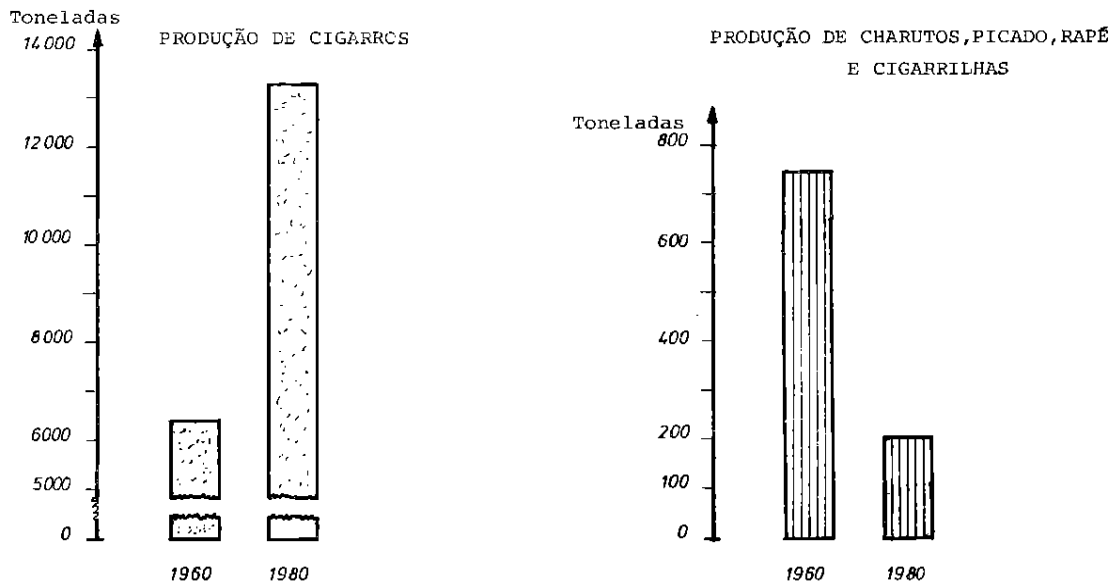


GRÁFICO 4

PORTUGAL (Continente e Ilhas)

CONSUMO DE TABACO PER CAPITA, POPULAÇÃO ADULTA (15 E MAIS ANOS)

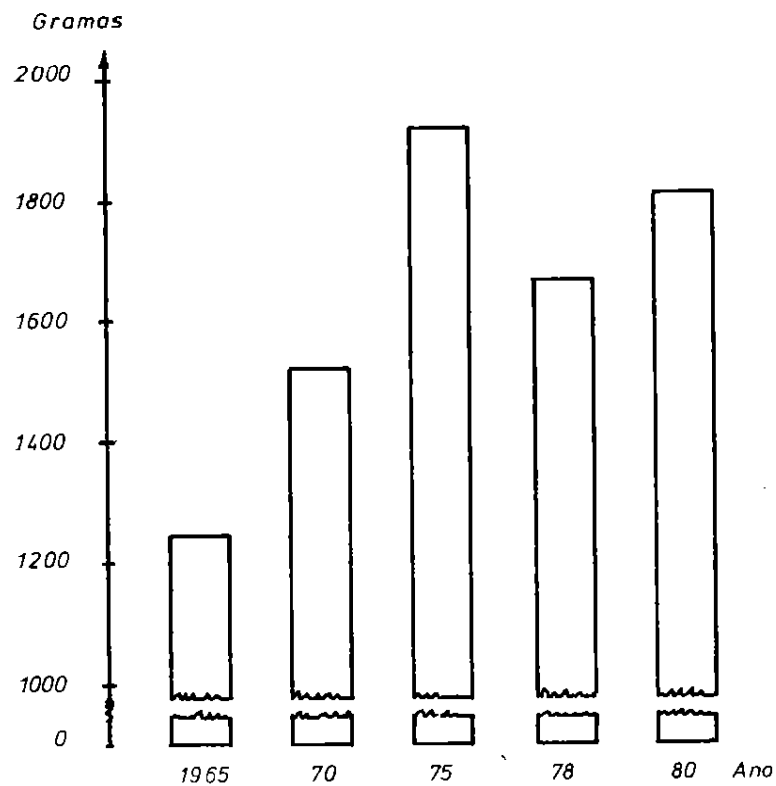


GRÁFICO 5
PORTUGAL (Continente e Ilhas)
TOTAL DE IMPOSTOS SOBRE O TABACO E SUA EVOLUÇÃO

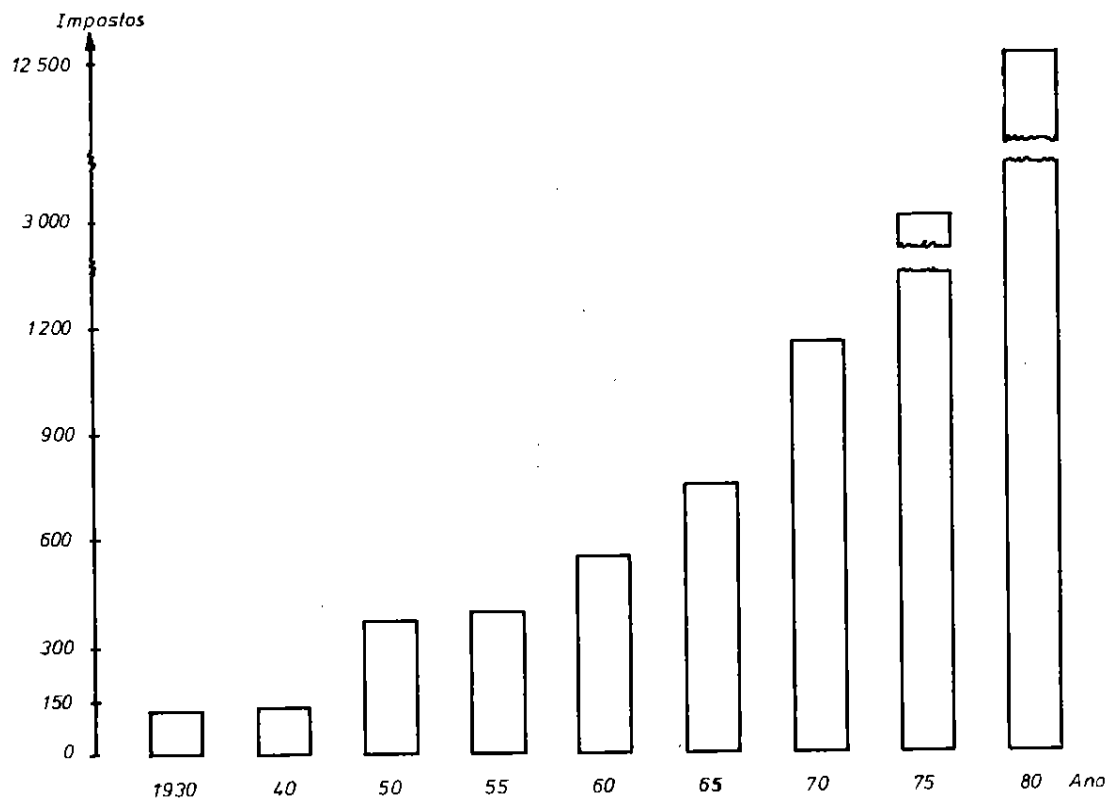


GRÁFICO 6

PORTUGAL (Continente e Ilhas)
INQUÉRITO NACIONAL DE SAÚDE, 1983
CONSUMO MÉDIO DIÁRIO DE CIGARROS
ACTUAIS FUMADORES POR SEXOS, IDADES E SUAS PERCENTAGENS

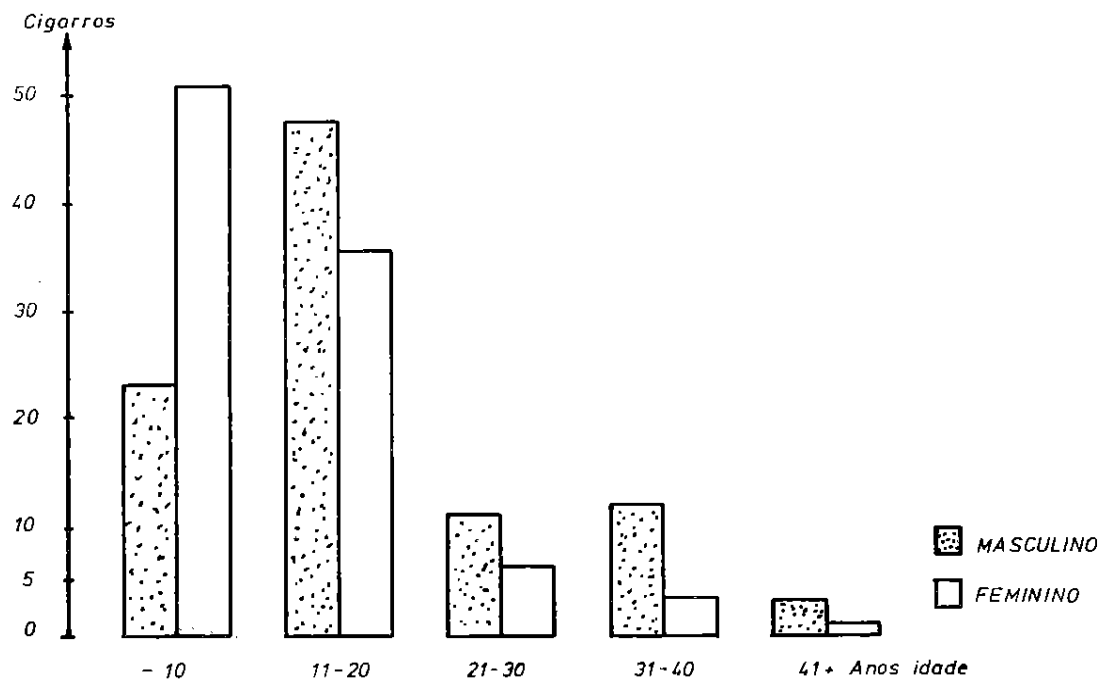


GRÁFICO 7
PORTUGAL (Continente e Ilhas)
CONSUMO DO TABACO EM PORTUGAL
INQUÉRITO NACIONAL DE SAÚDE, 1983
IDADE DO INÍCIO DO CONSUMO DE TABACO (ACTUAIS FUMADORES)

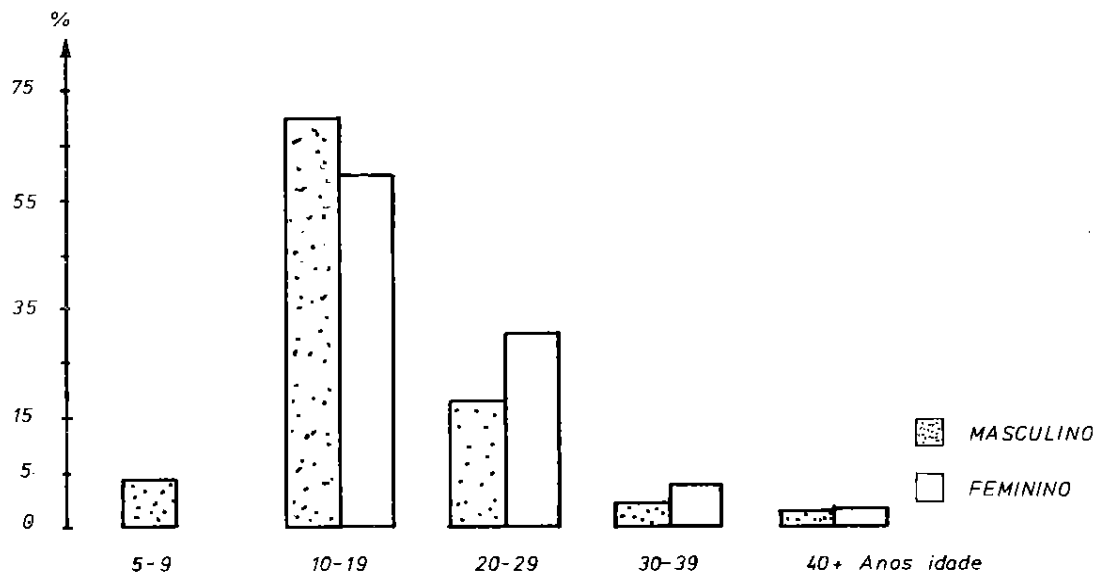


GRÁFICO 8

PORTUGAL (Continente e Ilhas)
TAXAS DE MORTALIDADE ESPECÍFICA POR 100 000 HABITANTES
POR GRANDES GRUPOS ETÁRIOS E SEXOS
EVOLUÇÃO DE 1960 A 1982

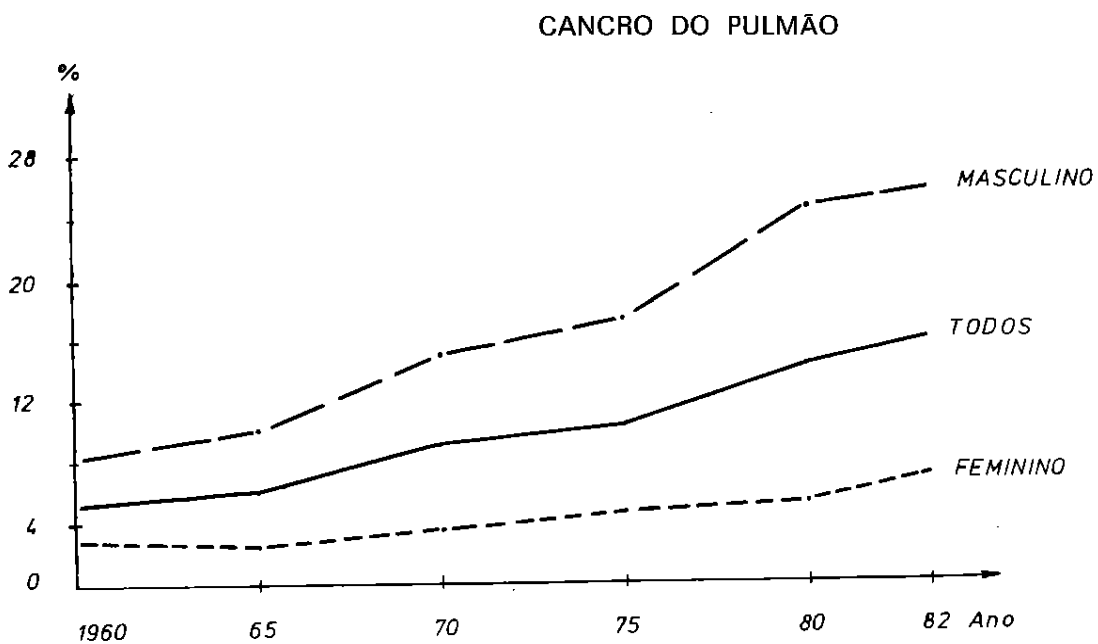


GRAFICO 9
PORTUGAL (Continente e Ilhas)
TAXAS DE MORTALIDADE ESPECÍFICA POR 100 000 HABITANTES
POR GRANDES GRUPOS ETÁRIOS E SEXOS

CANCRO DO PULMÃO

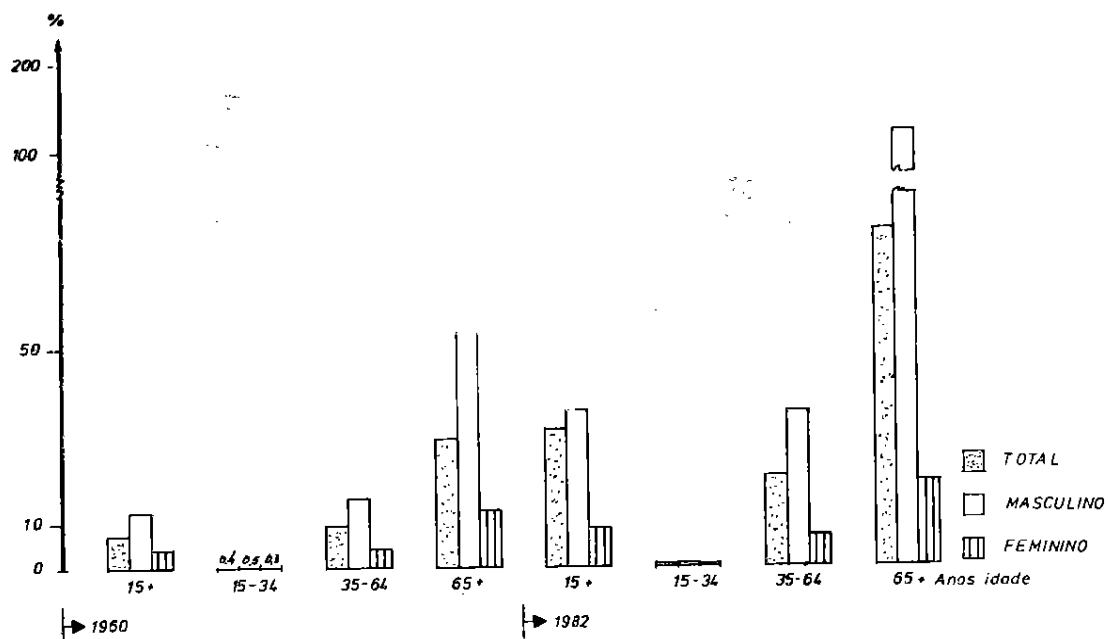


GRÁFICO 10

PORTUGAL (Continente e Ilhas)
TAXAS DE MORTALIDADE ESPECÍFICA POR 100 000 HABITANTES
POR GRANDES GRUPOS ETÁRIOS E SEXOS

CANCRO DO ESTÔMAGO

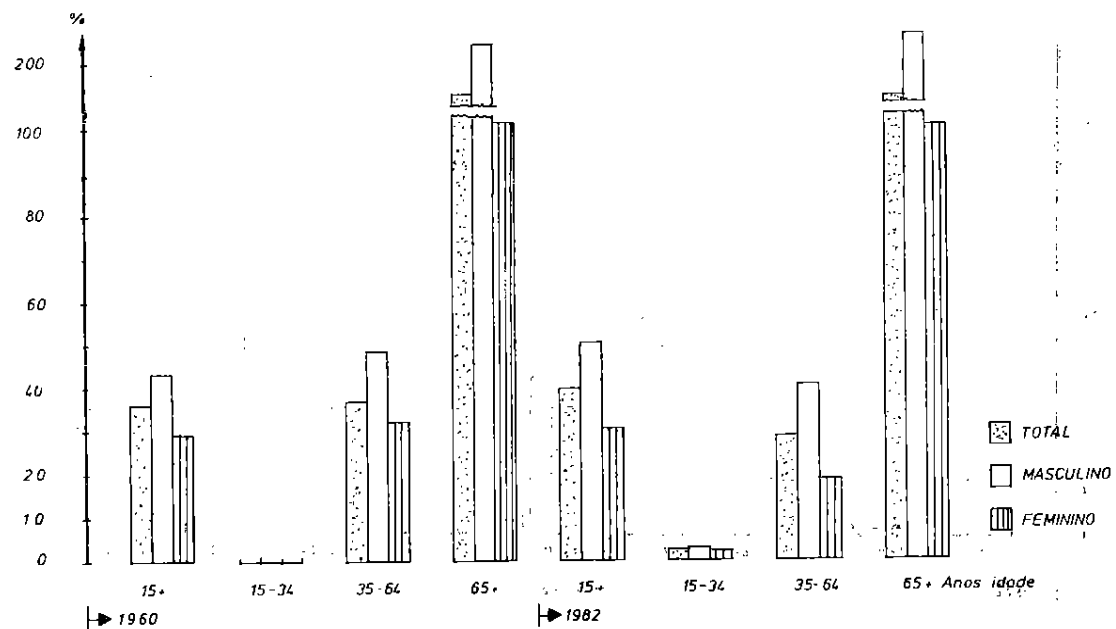


GRÁFICO 11
PORTUGAL (Continente e Ilhas)
TAXAS DE MORTALIDADE ESPECÍFICA POR 100 000 HABITANTES
POR GRANDES GRUPOS ETÁRIOS E SEXOS
EVOLUÇÃO DE 1960 A 1982

CANCRO DO ESÓFAGO

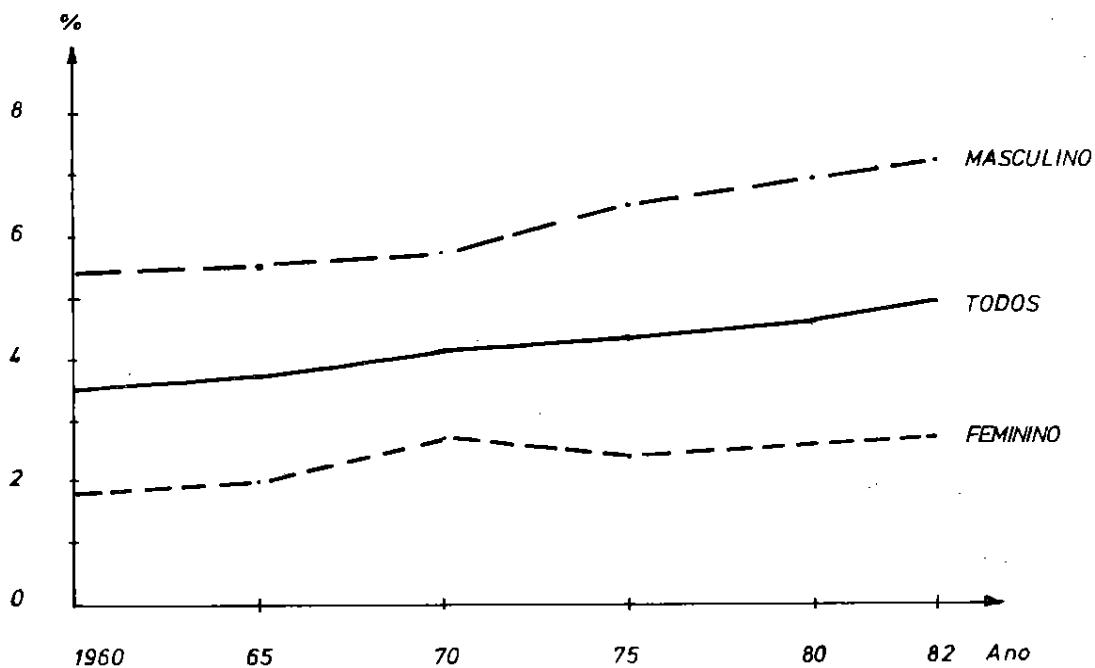


GRÁFICO 12

PORTUGAL (Continente e Ilhas)
TAXAS DE MORTALIDADE ESPECÍFICA POR 100 000 HABITANTES
POR GRANDES GRUPOS ETÁRIOS E SEXOS

CANCRO DO ESÓFAGO

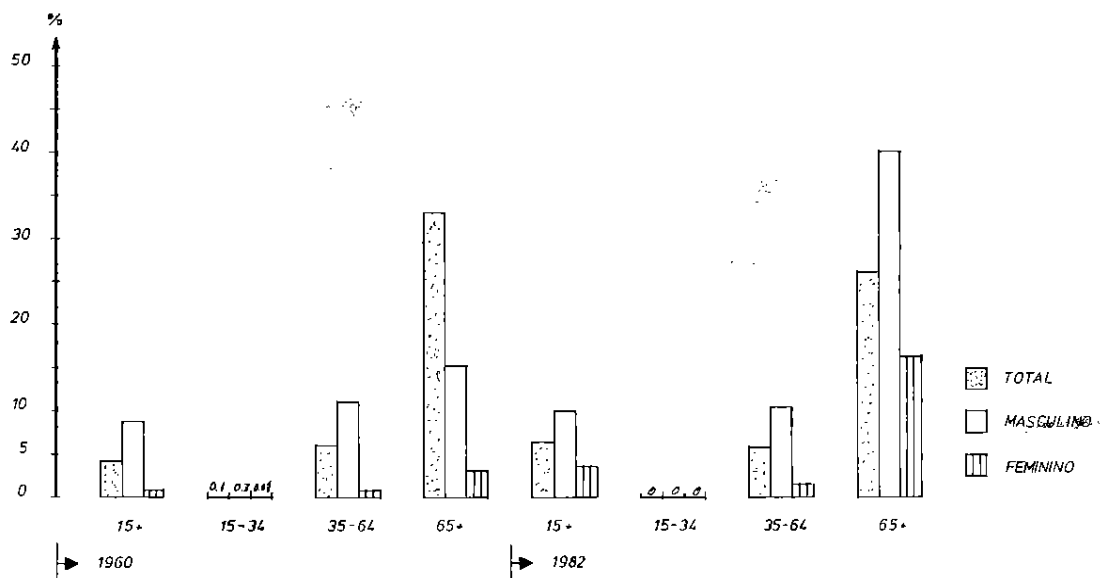


GRÁFICO 13
PORTUGAL (Continente e Ilhas)
TAXAS DE MORTALIDADE ESPECÍFICA POR 100 000 HABITANTES
POR GRANDES GRUPOS ETÁRIOS E SEXOS

CANCRO DA LARINGE

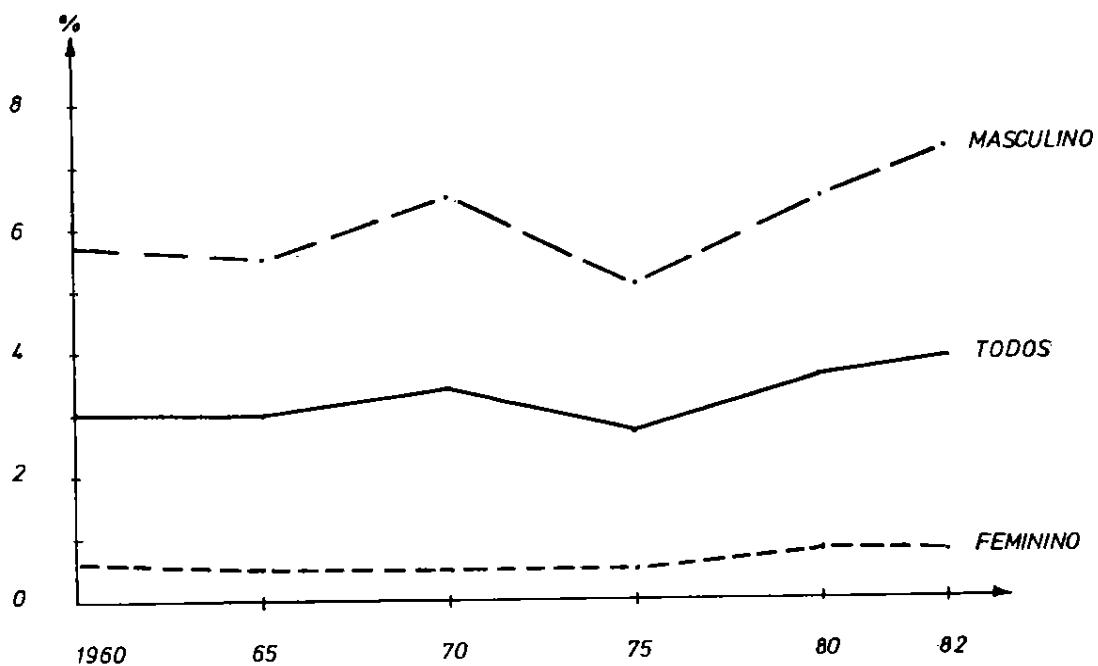


GRÁFICO 14
PORTUGAL (Continente e Ilhas)
TAXAS DE MORTALIDADE ESPECÍFICA POR 100 000 HABITANTES
POR GRANDES GRUPOS ETÁRIOS E SEXOS

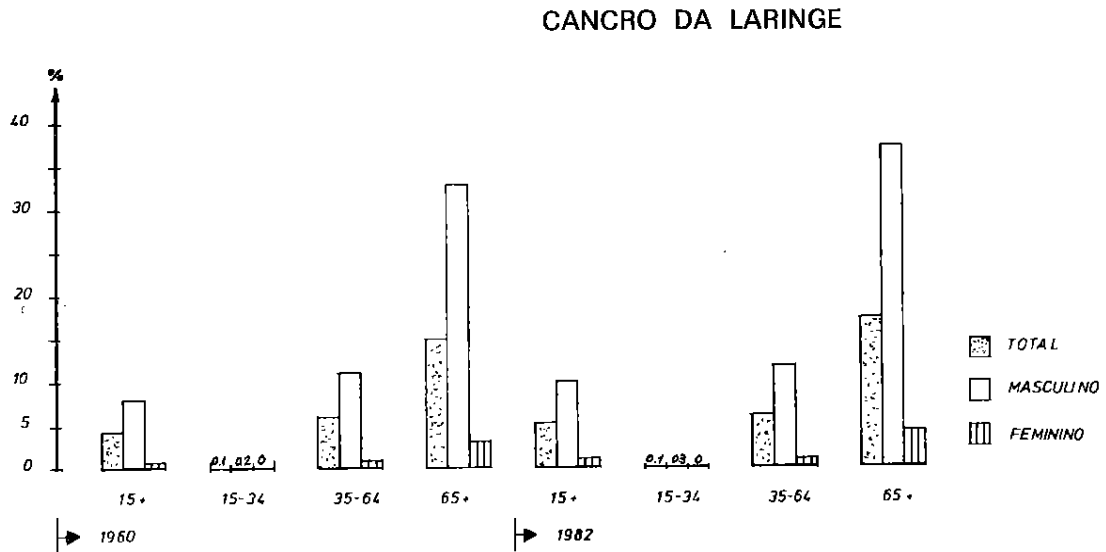


GRÁFICO 15
PORTUGAL (Continente e Ilhas)
TAXAS DE MORTALIDADE ESPECÍFICA POR 100 000 HABITANTES
POR GRANDES GRUPOS ETÁRIOS E SEXOS

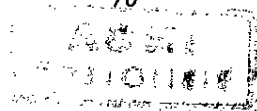
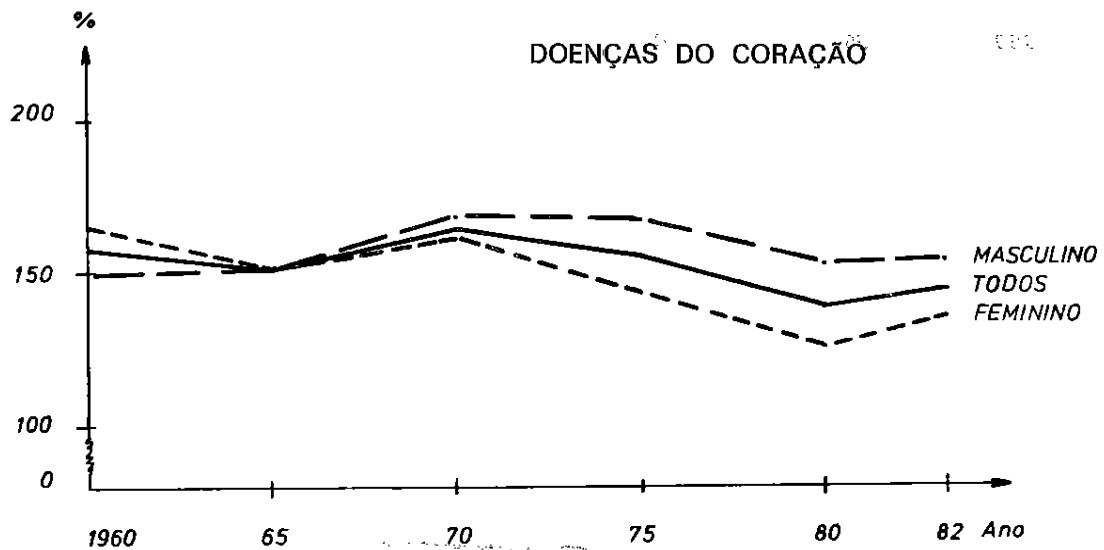


GRÁFICO 16
PORTUGAL (Continente e Ilhas)
TAXAS DE MORTALIDADE ESPECÍFICA POR 100 000 HABITANTES
POR GRANDES GRUPOS ETÁRIOS E SEXOS

DOENÇAS DO CORAÇÃO

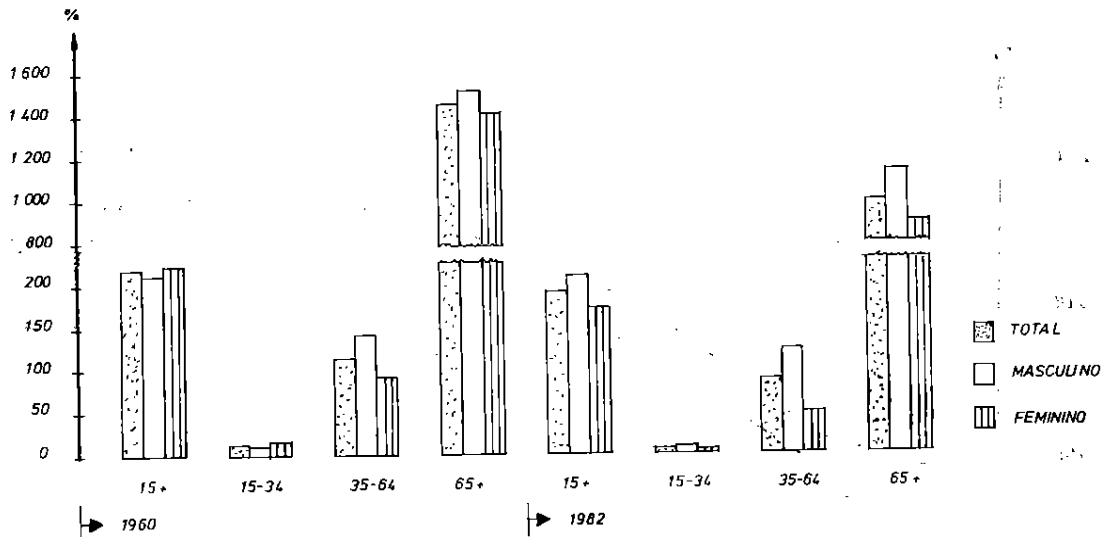


GRÁFICO 17
PORTUGAL (Continente e Ilhas)
TAXAS DE MORTALIDADE ESPECÍFICA POR 100 000 HABITANTES
POR GRANDES GRUPOS ETÁRIOS E SEXOS

DOENÇAS CÉREBRO-VASCULARES

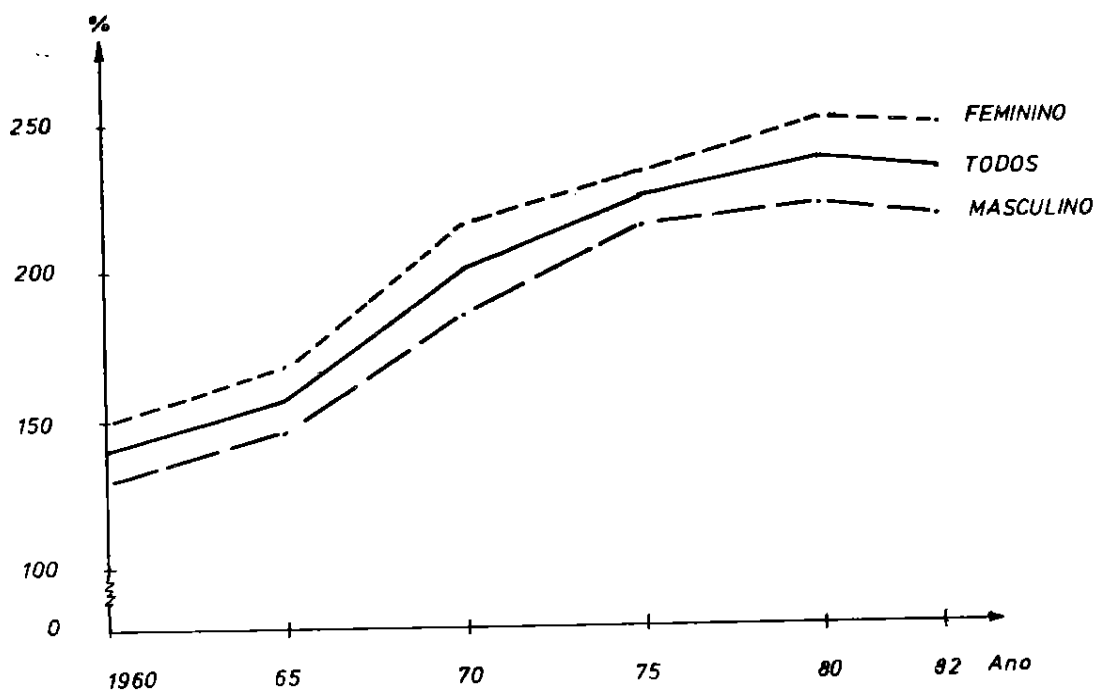


GRÁFICO 18
PORTUGAL (Continente e Ilhas)
TAXAS DE MORTALIDADE ESPECÍFICA POR 100 000 HABITANTES
POR GRANDES GRUPOS ETÁRIOS E SEXOS

DOENÇAS CÉREBRO-VASCULARES

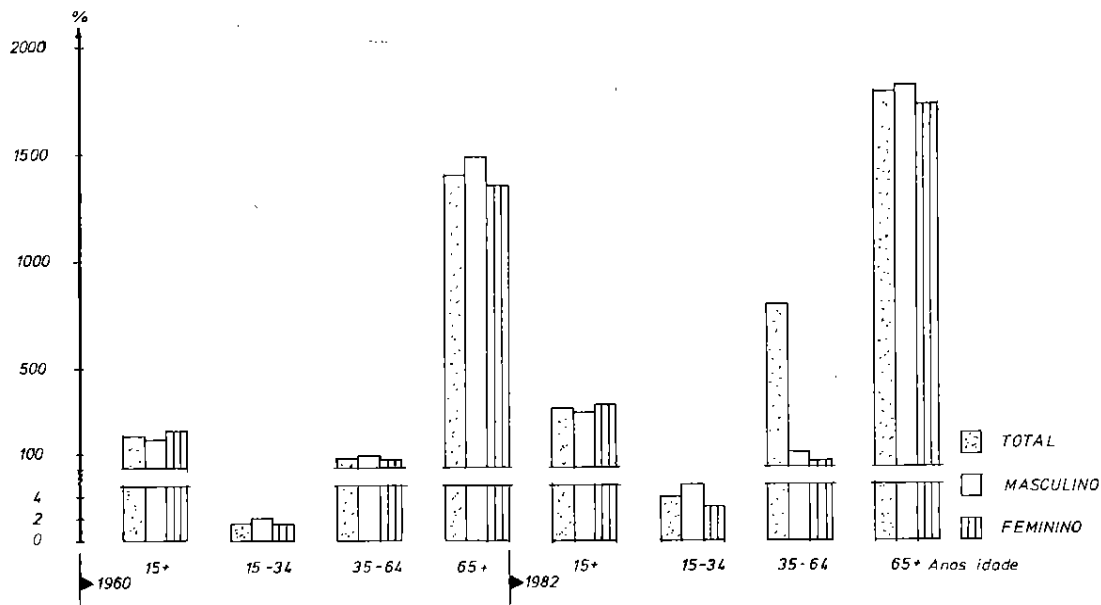


GRÁFICO 19

PORTUGAL (Continente e Ilhas)
TAXAS DE MORTALIDADE ESPECÍFICA POR 100 000 HABITANTES
POR GRANDES GRUPOS ETÁRIOS E SEXOS

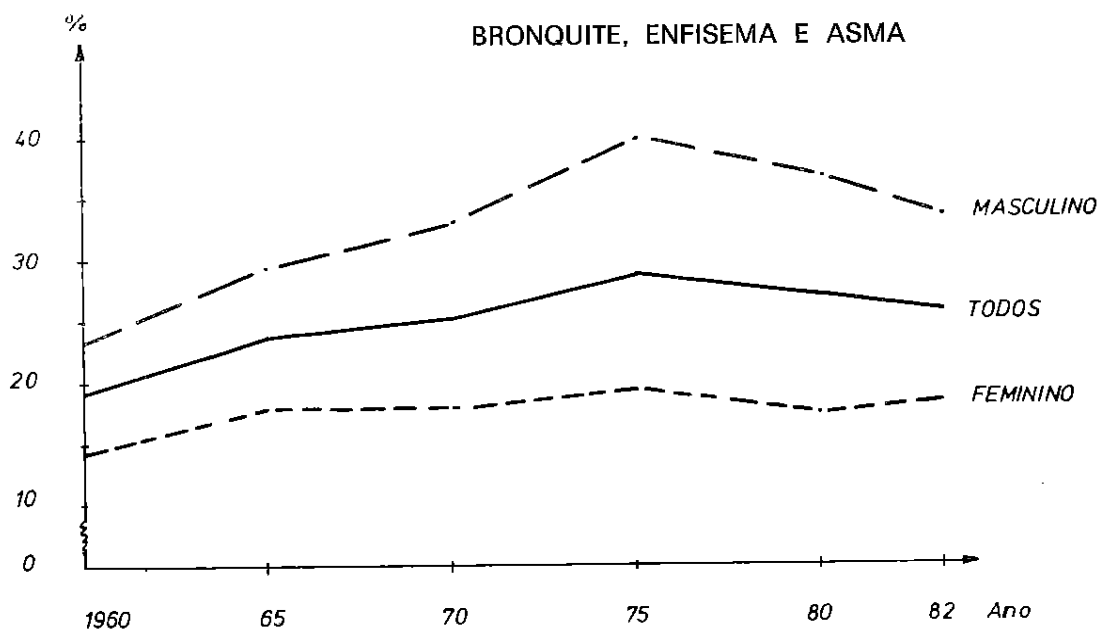


GRÁFICO 20

PORTUGAL (Continente e Ilhas)
TAXAS DE MORTALIDADE ESPECÍFICA POR 100 000 HABITANTES
POR GRANDES GRUPOS ETÁRIOS E SEXOS

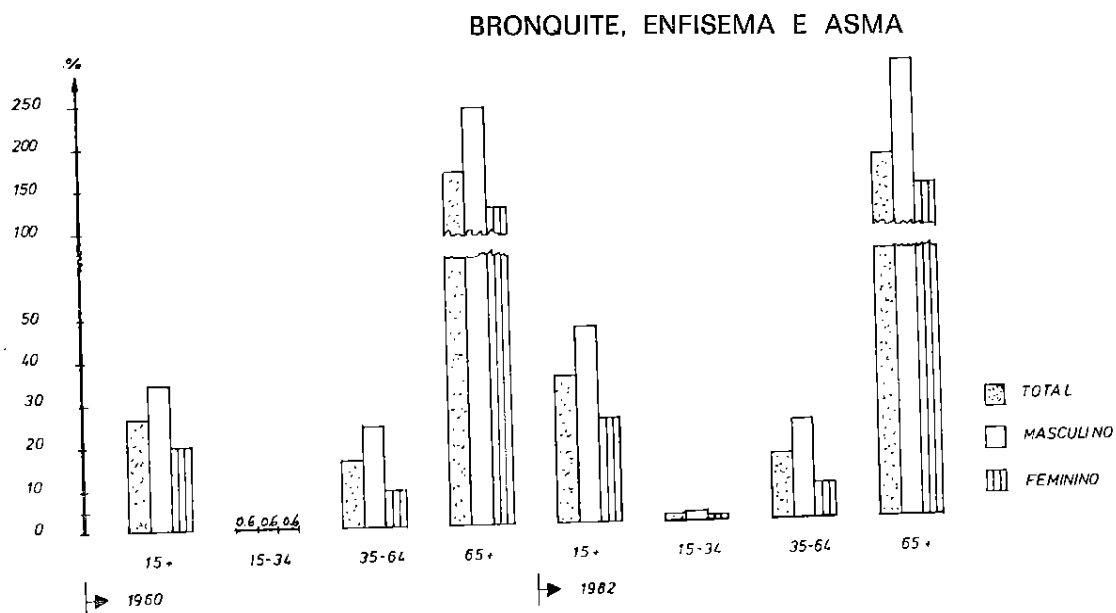
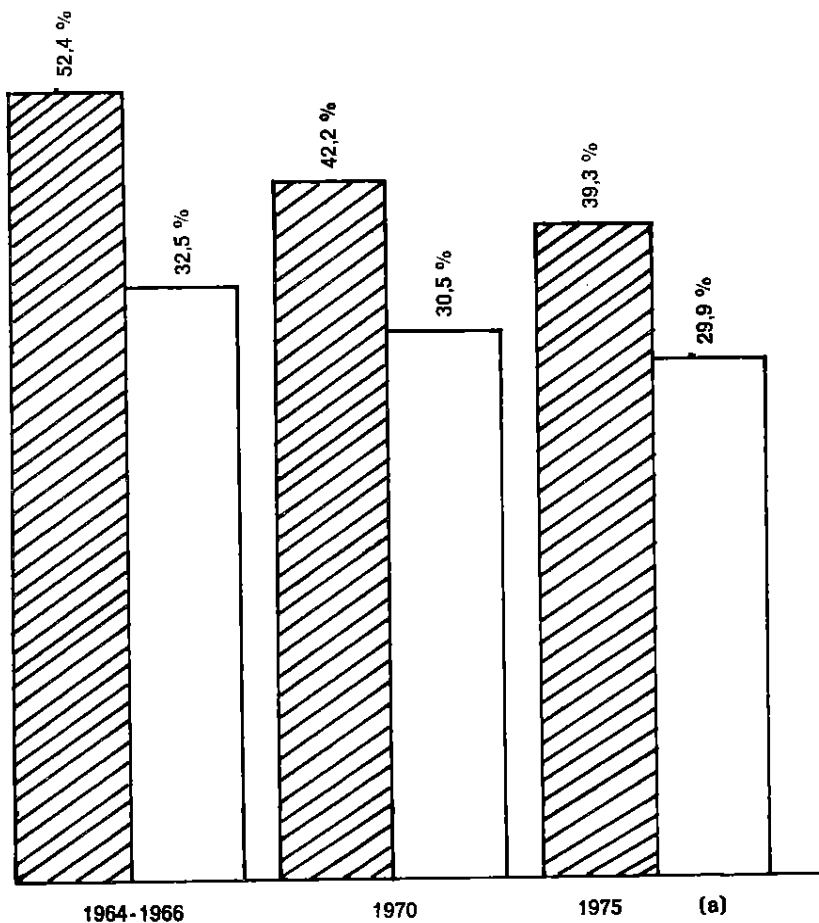




GRÁFICO 21
FUMADORES DE CIGARROS: UMA MINORIA EM DECLÍNIO
E.U.A., 1964-1975



Percentagem de fumadores em cada categoria considerada.

Legenda:

-  Sexo masculino (21 anos e mais)
-  Sexo feminino (21 anos e mais)

(a) Em 1989 a percentagem de fumadores do sexo masculino baixará para 32,6 %, pelo que se pode afirmar que presentemente 2/3 da população masculina dos EUA não fuma cigarros (em 1983, a proporção de fumadores do sexo masculino era de cerca de 40 % e de 37 %, respectivamente na Área Metropolitana de Lisboa e em Portugal).

•The Smoking Digest•, U.S. Public Health Service, 1977.

A Saúde em Portugal em meados da década de 80

Desigualdades regionais

*L. Cayolla da Mota **

1. Introdução

1.1. Saudações

Antes de iniciar o assunto que me propus abordar no Dia do INSA do ano de 1986, por amável convite do seu Director, desejaria começar por saudar o Prof. Aloísio Coelho e a Prof. Laura Ayres, Director e Subdirector desta ilustre e prestimosa instituição. Apresento também as minhas saudações a todos aqueles que aceitaram o convite para, uma vez mais, celebrarem, com os responsáveis desta casa, o dia, especialmente concebido pelo antigo Director do Instituto, para apreciação e discussão dos problemas de saúde em Portugal, e que hoje aqui se encontram nesta sala.

Neste Dia do INSA as minhas saudações à Direcção do Instituto são naturalmente extensivas a todos os seus colaboradores, a todos os que trabalham ou trabalharam nesta grande casa e que tanto têm contribuído, não só para o seu prestígio, como também para o reforço da saúde nacional. Desejo particularmente salientar, nesta saudação genérica, a figura ímpar do Sr. Professor

Gonçalves Ferreira. Foi ele quem, de facto, concebeu a estrutura actual, perfeitamente adaptada às necessidades actuais e futuras do país, no domínio da saúde, de um Instituto Nacional de Saúde na transição dos séculos XX para o XXI. Foi ele que reuniu os meios humanos e financeiros e outros necessários à construção e equipamento do INSA. Foi ele ainda soube delinear e organizar os seus departamentos e serviços, inspirar os seus técnicos e administrativos e tudo pôr a funcionar num momento particularmente difícil da vida nacional. A ele se devem a filosofia de pensamento e de acção da segunda era da Saúde Pública e a criação de uma escola de investigação e de avaliação de actividades de saúde que perdurarão muito para além do período da sua direcção efectiva.

Estas palavras, que sei irem contra a sua proverbial modéstia, são especialmente devidas no dia em que, desde 1984, se festeja oficialmente e regularmente a instituição por que foi responsável, que reorganizou e que engrandeceu durante tantos anos.

Sei, como todos que me escutam, que o INSA não é a única das criações do Prof. Gonçalves Ferreira — figura excepcional que dominou e ainda hoje domina, pelo seu prestígio científico e moral, o sector da nossa saúde pública, desde pelo menos os anos 50. Para só referir algumas das suas principais actividades neste campo, basta recordar: o papel fundamental, mesmo ímpar, que vem desempenhando no sector da Alimentação e Nutrição nacional; a reforma basilar dos serviços de saúde a que procedeu em 1971, ano em que, pela primeira vez entre nós, se estruturaram e regulamentaram carreiras profissionais de saúde; a contribuição excepcional que quis dar à prepa-

* Prof. Catedrático de Epidemiologia e Presidente do Conselho da Escola Nacional de Saúde Pública

ração da Lei do Serviço Nacional de Saúde em 1976; a criação do INSA e da Escola Nacional de Saúde Pública e o reforço e aperfeiçoamento dos seus cursos e respectivos profissionais; a investigação científica incessante que prossegue desde há anos; e a publicação de obras do maior valor e diversidade, desde livros básicos de texto (como a «Moderna Saúde Pública» — que já vai na 5.ª edição! e é ainda hoje a «bíblia» dos estudiosos do assunto) até livros sobre política de saúde e política nacional, que têm deixado marca indelével na vida científica, intelectual e até política do país. E, o que é raro entre nós, esta actividade intensa e multifacetada, não se reduz nem amortece quando o limite de idade impôs ao Prof. Gonçalves Ferreira o seu afastamento oficial do INSA e da ENSP — os quais, de resto, têm podido sempre contar com a sua grande experiência e a sua colaboração e apoio, muito generoso. Pelo contrário, desde então, o Prof. Gonçalves Ferreira desdobra-se em actividades as mais diversas, sempre motivado pelo seu sentido de bem-fazer e de melhorar a saúde e a sorte dos portugueses. Ele constitui verdadeiramente um exemplo para todos nós.

Nestas circunstâncias, facilmente se compreende o natural sentido de responsabilidade com que aceitei o convite para falar a uma audiência tão vasta e tão sofisticada, no mesmo local e sobre o mesmo tema que, há dois anos apenas, o Prof. Gonçalves Ferreira aqui abordou, de forma magistral. Esta responsabilidade é ainda acentuada pelo facto de outro professor de muito mérito, o Prof. Leal da Costa, da Faculdade de Medicina de Lisboa (cuja morte prematura todos nós profundamente lamentamos), ter aqui apresentado também um trabalho de valor no Dia do INSA de 1985, igualmente sob o tema geral «A Saúde em Portugal», como indica o regulamento desta comemoração.

1.2. Comentários preliminares sobre o tema do Dia do INSA

1.2.1. Tema a abordar

Como disse, os regulamentos indicam que este vasto assunto, «a Saúde em Portugal», deve constituir o tema do primeiro trabalho a apresentar publicamente no Dia do INSA, para ser em seguida comentado por especialistas e pelos participantes. Todavia, é evidente que no decurso dos últimos dois anos o panorama da saúde nacio-

nal não se pode ter modificado significativamente; e todos sabemos que, sob o ponto de vista da organização e funcionamento de serviços, não se verificaram alterações nem, infelizmente, benefícios apreciáveis.

Assim, que dizer hoje, aqui? Sobretudo o que dizer hoje, quanto às características e aos problemas de saúde do povo português, desde o início da década de 80, que não tenha sido já abordado e sintetizado, de forma magistral, pelo Prof. Gonçalves Ferreira e completado, há um ano apenas, pelo malgrado e saudoso Prof. Leal da Costa?

Apesar da resposta ser difícil, do desafio ser grande (ainda que estimulante) aceitei o convite honroso que o Prof. Aloísio Coelho há meses me dirigiu. É, embora limitado no âmbito do assunto que poderei abordar, não desejando apenas repetir o que já aqui foi dito — e certamente com muito maior brilho pelos colegas que me precederam — decidi considerar um aspecto parcial do problema que, naturalmente por falta de tempo, não foi tratado nas duas exposições anteriores. Refiro-me às diferenças, ou às desigualdades, regionais, por vezes gritantes, dos indicadores de certos problemas de saúde.

Diferenças que, ainda hoje, em meados da década de 80 a apenas a 14 anos do ano 2000, continuam a caracterizar um pequeno país, como o nosso, que desde há cerca de 10 anos se encontra reduzido a uma pequena parcela territorial, no extremo ocidental da Península Ibérica — um país que apenas dispõe de cerca de 91 000 km² de território e perto de 10 milhões de habitantes.

É certo que não são apenas estas desigualdades regionais no domínio da saúde que nos caracterizam e inferiorizam, apesar de termos tão pouco território e de sermos tão poucos, à escala mundial. Outras diferenças existem ainda, entre nós, no domínio da saúde (como em outros, naturalmente) talvez mais gritante e mais injustas — como as que ainda separam os pobres dos ricos e os menos cultos dos mais educados, quanto ao grau de saúde, ao acesso aos cuidados médicos e à qualidade de atendimento, de intervenção e dos cuidados prestados — diferenças que importa progressivamente atenuar, até à sua eliminação.

Para o tema de hoje, escolhi apenas o das diferenças regionais (geográficas), que se, de algum modo, conseguimos atenuar, aqui e ali, ainda hoje se mantêm, particularmente em certas áreas, como quando há 40 anos iniciei as minhas actividades profissionais.

Estas, como as outras diferenças, constituem um desafio importante à nossa imaginação, à nossa capacidade de inovação, de trabalho, de dedicação, de avaliação. Elas representam algo que não está bem, que já não devia existir ou, pelo menos, não de forma tão vincada. Elas impõem-nos lutar no sentido da sua progressiva redução — e, isto, muito rapidamente e com eficácia, se o *slogan* da OMS «Saúde para todos no Ano 2000», que oficialmente subscrevemos e por aí papagueamos (muitas vezes sem pensar exactamente no que isto significa) é para ser cumprido em relação a este país.

1.2.2. Esquema da palestra

As palavras que me proponho dirigir à assistência e os indicadores que, a propósito, tenciono referir ou projectar, procurarão seguir uma certa ordem, obedecer a um esquema geral que penso dever explicar em breves palavras.

Após uma introdução genérica inevitável, embora breve, sobre os principais indicadores disponíveis que caracterizam, nas suas linhas gerais, a saúde da população portuguesa, ou antes as suas faltas de saúde, no ano de 1984 ou 1985 (as características de 1986 ainda não estão disponíveis), abordarei imediatamente o problema das diferenças regionais ou geográficas. É evidente que, neste campo, terei de limitar-me aos indicadores disponíveis a nível regional (por ora o distrital), o que inevitavelmente me forçará a eliminar, do estudo comparativo que pretendo fazer, alguns problemas em relação aos quais não existem dados disponíveis a nível distrital. Acrescento, desde já, que na comunicação de hoje não tenciono abordar quaisquer comparações entre Portugal e outros países. Isso, não só já foi feito nas duas comunicações anteriores — sobretudo na do Prof. Gonçalves Ferreira, de forma que considero exemplar, pela sua concisão e clareza — como também porque nos dois últimos anos as diferenças existentes e então apontadas se mantêm, se é que não se agravaram. De qualquer forma, penso que vale a pena voltar ao assunto, mas só daqui a 4-5 anos, pelo menos, a fim de se comprovar se nos aproximamos, ou se continuamos a afastar-nos, por exemplo, da Europa Comunitária a que passámos a pertencer.

Ao considerar as diferenças regionais possíveis, se o tempo me chegar, tenciono comentar, além dos indicadores comuns ou clássicos (saúde da população e actuação dos serviços), também

os resultados de estudos recentemente concluídos sobre a distribuição geográfica de certas doenças crónico-degenerativas em Portugal, com especial ênfase para o cancro, que nos últimos 15 anos continua a ocupar o 2.º lugar entre as principais causas de morte «prematura». O estudo da distribuição e das diferenças geográficas (distritais) de diversos tipos de neoplasias malignas, baseado em indicadores padronizados e relativo ao triénio 1980-1982 (Atlas do Cancro) constitui o primeiro trabalho português que conhecemos sobre a distribuição geográfica padronizada de um grupo importante de doenças crónico-degenerativas que caracterizam o quadro nosológico actual.

Finalmente, farei um resumo destas e outras características das desigualdades regionais perante a saúde em Portugal. Procurarei tirar as conclusões que me parecem justificadas e ainda apontar em que sentido e como se deverá actuar para reduzir tais diferenças e melhorar por igual a saúde da população portuguesa.

1.2.3. Limitações de carácter estatístico

Antes de entrarmos decididamente no assunto, julgo indispensável salientar as principais limitações que encontrei na recolha de elementos estatísticos*. Não só os dados disponíveis são, quase que exclusivamente, indicadores do tipo que designo por «negativo», reflectindo, em vez da «saúde», antes as consequências da falta de saúde (quase exclusivamente por intermédio da sua consequência mais grave e final: a mortalidade), ou «indirectos» (como os relativos ao movimento rendimento dos serviços de saúde), como também me vi confrontado com limitações apreciáveis quanto à disponibilidade a nível distrital de muitos dos elementos estatísticos pretendidos.

Isto impôs-me naturalmente uma restrição apreciável quanto ao âmbito da análise que pretendia fazer.

Esperemos que dentro de cerca de 2-3 anos o panorama seja mais animador e permita análises mais precisas e profundas. O Inquérito Nacional de Saúde, que inicialmente concebi e para o

(*) É de justiça referir a indispensável colaboração que me foi prestada pelo Serv. de Estatística da Saúde (Dr.ª M. Luísa Sequeira), do DEPS (Dr. L. Magão) na recolha e apresentação tabular de um grande número de dados estatísticos, traduzidos em muitos dos quadros incluídos em Anexo.

qual consegui, em 1980, no âmbito do então Gabinete de Estudos e Planeamento, a anuência dos primeiros apoios técnicos e financeiros, foi estruturado pelo DEPS e, depois de ter coberto, em 1983/84, a Área Metropolitana de Lisboa, vai finalmente tornar-se extensivo a todo o país (Continente) em 1987. Isto leva-nos a pensar que a partir de 1988 poderemos passar finalmente a dispôr de dados do maior interesse referentes à incapacidade (por doença — morbilidade — acidentes ou outra alteração do estado de saúde), à procura dos serviços e seu custo e à satisfação das queixas no domínio da saúde. Estou certo que dentro de 2-3 anos, os convidados a falar no Dia do INSA poderão, enfim, basear as suas comunicações na morbilidade, na incapacidade, na procura, nos gastos e na satisfação das necessidades da saúde da população portuguesa. Parece-me desnecessário salientar a importância do facto e sublinhar o interesse que o INS deve merecer a todos os que pretendam estudar pelos problemas e pela política da saúde entre nós.

O outro tipo de limitações para o qual me permito chamar a atenção de todos os que me escutam é o das análises dos elementos estatísticos a referir e sobretudo o do seu significado, valor e grau de generalização.

Estas precauções são-nos impostas, não só pela falta e, por vezes, por uma qualidade deficiente dos dados disponíveis (cuja fiabilidade não é sempre idêntica de região para região), como também pelo facto de muitos dos indicadores a utilizar não estarem ainda disponíveis a níveis suficientemente desagregados (geográfico, etário, sexual, ocupacional, económico ou social) para consentirem generalizações demasiado vastas e seguras.

Finalmente, uma explicação que considero essencial dar de antemão. Uma vez que o objectivo da comunicação de hoje é sobretudo o de apreciação das diferenças regionais, isto é geográficas (com base nos distritos) e que a evolução cronológica dos principais indicadores no decurso dos últimos anos foi, ainda há pouco tempo, exposta e comentada pelo Prof. Gonçalves Ferreira, os elementos estatísticos que irei apresentar e discutir hoje, aqui, dizem respeito *apenas a um ano*: em geral o último em relação ao qual foi possível dispor de dados definitivos e seguros. Embora, neste momento, já existam dados referentes a 1985, na altura em que esta comunicação foi preparada a maioria disponível refira-se a 1984. Será portanto este (1984) o ano habitual de referência

dos quadros e dos comentários que se seguem. Apesar disso, penso que, dadas as limitações e outras circunstâncias acima referidas, podemos considerar que a situação que a seguir se pretende resumir pode bem retratar (com as restrições que salientei) a «saúde dos portugueses em meados da década de 80».

Trata-se, é certo, na maior parte dos valores a apresentar, de um estudo tipo «prevalência», como que um «instantâneo» das características de saúde e dos serviços de saúde entre 1980 e 1989. E todos sabemos que tais estudos têm, entre outros inconvenientes, o de mostrar, para cada indicador, apenas o valor estatístico ocasional, daquele ano, não entrando em linha de conta com as variações anuais correntes.

Isto impõe uma limitação importante ao estudo das desigualdades regionais, impedindo generalizações e conclusões apressadas. Contudo, nas circunstâncias e dado o tempo disponível, a apresentação e o estudo da evolução cronológica dos valores estatísticos por distrito tornava-se impossível para uma exposição de uma hora e seria certamente fastidiosa.

Foi por isso que decidi limitar-me, em regra, aos valores distritais de 1984. A evolução cronológica disponível, relativa a estes valores, ou já foi apresentada no âmbito das comemorações deste dia (pelo Prof. Gonçalves Ferreira) ou é facilmente acessível por consulta às publicações relevantes do INE, do DEPS e da DGCSP. O conhecimento que julgo ter dessa evolução permitirme-á — espero — salientar, quando necessário, as tendências principais, bem como as cautelas imprescindíveis a ter em conta na interpretação dos valores distritais referentes apenas a um ano.

2. Caracterização geral da «Saúde em Portugal» em meados da década de 80

Tomando como ponto de referência um ano (1984) que praticamente divide ao meio a década de 1980-1989, procurarei sintetizar algumas características conhecidas da *população portuguesa* por intermédio de um certo número de *indicadores correntes*. O objectivo essencial é o de caracterizar essa população quanto à sua *situação de saúde*, o que, como se sabe e atrás salientei, só pode ser feito por indicadores de carácter «negativo» (ex. mortalidade) ou indirecto (movimento dos serviços de saúde, por exemplo). Todavia, como anteriormente fez o Prof. Gonçalves Ferreira, apresentarei ainda *alguns outros indicadores*,

de índole *demográfica, económica e social*, pois como bem sabemos, a saúde, ou a sua falta, são resultantes de múltiplos factores, não só de carácter biológico como também de carácter sócio-económico ou cultural e outros. Em todos os casos, sempre que for possível, indicarei as diferenças regionais (distritais) — quando não todas, pelo menos os seus valores extremos — visto as «*diferenças regionais*» constituírem precisamente o tema escolhido para o Dia do INSA em 1986.

2.1. Indicadores de carácter sobretudo demográfico

Começarei por referir alguns números respeitantes à *população*. Trata-se de dados demográficos que nos indicam quantos somos e como nos distribuímos no território nacional, bem como algumas das suas características gerais.

A) No Quadro I (*) indicam-se as *últimas estimativas do INE*, quanto à *população residente*, em 31/12/84, discriminada, para cada um dos distritos do Continente e para as *Regiões Autónomas dos Açores e Madeira*, por sexos e grandes grupos etários, segundo o critério internacionalmente adoptado pela OMS e a ONU: jovens (15 < anos) adultos (15-64) e idosos (65 +).

No Quadro II referem-se as respectivas *densidades da população*.

Como se pode verificar, a população do Continente, em meados da década, não atinge 10 milhões de habitantes (valor escassamente ultrapassado se lhe juntarmos os Açores e Madeira) sendo muito variáveis os quantitativos distritais, bem como as respectivas distribuições etárias. Não se verificaram diferenças significativas a este respeito desde que o Prof. Gonçalves Ferreira mostrou e comentou os valores respeitantes à composição demográfica da nossa população, pelo que não repetirei o que então foi dito e, quanto à distribuição etária, se pode resumir dizendo que a nossa é *uma população intermédia, com tendência para o envelhecimento* (os indivíduos de mais de 65 anos já constituem cerca de 12 % da população total), mais marcado nos meios rurais e sobretudo nos distritos do interior (quase 19 % em Castelo Branco).

B) Como expliquei na Introdução, não farei referência a outros aspectos de grande interesse de-

demográfico (como a evolução verificada nas últimas décadas, movimentos migratórios, saldo fisiológico, distribuição por famílias, por grupos de actividade económica, etc.) perfeitamente tratados na exposição de 1984. Apenas assinalo as grandes diferenças de *densidade populacional por distrito* (Quadro II): se no Continente ela é de 108 indivíduos por Km² (110 contando com as Regiões Autónomas), oscilava, em meados da década, entre valores baixos, da ordem dos 18 aos 35 (Beja, Évora, Portalegre, Castelo Branco e Guarda) e valores elevados, da ordem dos 700 e mais (Porto e Lisboa). Como seria de esperar as densidades mais elevadas encontram-nos nos distritos da capital e do litoral norte, situando-se os mais despovoados no interior, sobretudo no interior sul.

C) Em meados da década a maior parte da população portuguesa (56,5 %) continuava a residir em zonas rurais. A sua *distribuição distrital por zonas urbanas, semi-urbanas e rurais*, segundo a classificação do INE, pode ver-se no Quadro III. Os distritos com *mais acentuada «ruralidade»* são os de Viana do Castelo (92,1 %), Viseu (89,64 %), Vila Real (69,74 %), Braga (83,9 %) e ainda Bragança, Guarda e Leiria (todas com 80,24 %). Os valores baixos correspondem aos distritos de Lisboa (19,8 %), Setúbal (27,9 %) e, já mais perto da média nacional, Évora (52,6 %) e Porto (52,9 %).

D) Em 1984, segundo informação colhida junto do Banco de Portugal, a *população civil com emprego* distribuía-se segundo os três grandes sectores da *actividade económica* da seguinte forma: cerca de 1/4 no *sector primário*, um pouco mais de 1/3 no *secundário* e a restante (41 %) no *sector terciário ou de serviços* (Quadro IV). Em relação aos valores apresentados pelo Prof. Gonçalves Ferreira há 2 anos e referentes a 1980, verifica-se, curiosamente, um aumento (de 19,1 para 24,5 %) da população ocupada no sector primário, à custa apenas do sector secundário, aparentemente.

Se estudarmos o mesmo fenómeno por *distritos* (Quadro V) verifica-se que aqueles em que a proporção da população dedicada às *actividades primárias* (agricultura, pecuária e pesca) é mais elevada, são os de Vila Real (52,8 %), Bragança (51,4 %) e Viseu (50,0 %), enquanto que é mais baixa, naturalmente, nos de Lisboa (4,2 %), Porto (7,6 %) e Setúbal (9,4 %).

E) Embora os indicadores dos dois seguintes quadros (VI e VII) sejam apresentados ainda em relação com *características demográficas básicas*,

(*) Este, como todos os restantes quadros, gráficos e outras figuras encontram-se juntos num Anexo ao presente texto.

eles também têm valor *sanitário*, especialmente os que dizem respeito à mortalidade proporcional, pelo que se lhes voltará a fazer referência mais adiante.

F) No Quadro VI apontam-se os valores *nacional e distritais das taxas demográficas* que caracterizam a *dinâmica populacional*, calculados, como sempre, em relação a meados da década. A *taxa de natalidade*, 14,1 %, era então já inferior à que o Prof. Gonçalves Ferreira apontava em 1981, enquanto a de *mortalidade geral* também descera para 9,6 %. Quanto à *natalidade*, os valores *distritais* oscilavam entre cerca de 11 %, em Portalegre e Castelo Branco, e 18 a 19 % em Braga e nos Açores. Pelo que diz respeito à *taxa de fecundidade*, de 57,6 %, para o país, ela foi mais baixa em Lisboa, Setúbal, Santarém e Coimbra (47,9, 49,0, 52,7 e 54,5 %, respectivamente) e mais elevada nos Açores e nos distritos de Braga e Viseu (89,8, 71,6 e 67,8 %, respectivamente). Pelo que diz respeito à *mortalidade geral* as taxas mais baixas foram as dos distritos de Braga, Porto, Aveiro e Lisboa (7,4, 7,9, 8,2 e 8,9 %), influenciadas, como as taxas de natalidade, pela composição etária das populações *distritais*. O *saldo fisiológico* (1983/84) foi negativo só para os distritos de Castelo Branco, Portalegre e Beja, continuando à cabeça, no sentido positivo, o do Porto.

G) Um outro indicador, concebido por Swaroop e Uemura como «*indicador global*» das *características demográficas e sanitárias das populações* (percentagem de óbitos de 50 e mais anos) foi calculado em relação aos diversos distritos do país, constando da antepenúltima coluna do Quadro VII, respeitante à *mortalidade proporcional por grandes grupos etários*, em 1984.

Esse indicador, que é da ordem dos 87 % para o conjunto do país, atinge os valores mais elevados (e, portanto, de «melhor» significado *demo-sanitário*) nos distritos de Portalegre, Évora e Beja (92,0, 91,7 e 91,5 %) isto é naqueles em que é mais elevada a proporção de pessoas idosas; e os valores mais baixos nos de Braga, Porto, Aveiro e Setúbal (83,4, 85,0 e 85,2 %).

H) Quanto à *proporção de óbitos de menos de 5 anos* (3 % em 1984 para conjunto do país), indicador este que tem significado contrário ao do anterior, os valores mais altos, isto é piores, encontram-se nos distritos de Braga, Vila Real e Porto (5,2, 4,7 e 4,7 %) e os mais baixos nos de Portalegre, Santarém, Beja e Guarda (1,7, 1,8, 1,8 e 1,9 %), devendo contudo atender-se, aqui também, à composição etária *distrital*.

Terminada esta apreciação, necessariamente superficial, de algumas características demográficas fundamentais da população portuguesa, friza-se que quando, mais adiante, referirmos os principais *indicadores de saúde* disponíveis, teremos de voltar a lembrar alguns índices demográficos nomeadamente os relativos à *mortalidade proporcional*.

2.2. Indicadores de carácter sócio-económico e cultural

2.2.1. Indicadores de carácter cultural

Quanto a características da população que podemos designar por «*culturais*» limitamo-nos a fazer uma breve menção da *taxa de alfabetização* no país. O quadro seguinte (Quadro VIII) resume a situação no começo da década e demonstramos, uma vez mais, as marcadas diferenças regionais que caracterizam o país. Se a taxa de alfabetização no Continente ainda excede 18 % (quase 2 portugueses em cada 10 adultos não sabem ler nem escrever) esta proporção, que é de 11 % no distrito de Lisboa, de 15 % no do Porto e de 16 % no de Setúbal, sobe a 32 % nos distritos de Castelo Branco e de Portalegre (1 em 3!) e excede os 35 % no de Beja.

2.2.2. Indicadores económicos e sócio-económicos

Pensamos valer a pena e ter algum interesse a referência, ainda que breve e superficial, a *alguns indicadores gerais de carácter económico e social da nossa população* em meados da década.

A) Os que dizem respeito à *distribuição da população activa por sectores* já foram anteriormente referidos (Quadro IV e V) e mostramos que Portugal ainda não atingiu aquilo que o Prof. Gonçalves Ferreira designa «*padrão industrial*» e mantém uma população agrícola proporcionalmente superior mesmo à da URSS.

B) A *taxa de desemprego*, ainda segundo o Banco de Portugal, era no 2.º trimestre de 1985, de 10,2 %, elevando-se praticamente a 15 % no sexo feminino (Quadro VIII). Não nos foi possível dispor deste indicador por distritos.

C) Quanto aos *Produtos Nacional e Interno Brutos* a preços do mercado, eles constam do Quadro X e dizem respeito aos dois últimos anos. Baixaram ambos de 1983 para 1984 e os respectivos valores *per capita* são os mais baixos da Europa Ocidental, não atingindo metade dos da vizinha Es-

panha. Também não foi possível dispor destes indicadores por distritos, mas podemos comentar, os *rendimentos, poder de compra e consumo por distritos*, que nos demonstram, uma vez mais, gritantes diferenças regionais — neste caso no sector económico.

D) Julgo por isso valer a pena mencionar, de forma resumida, os resultados de um recente Inquérito sobre o «Índice do Poder de Compra Regional» (IPCR), realizado pela «Celgec», já em 1986, a que se referiu o Diário de Notícias de 30 de Junho último, no seu suplemento sobre Economia.

Esses resultados podem resumir-se nos três mapas-cartogramas anexos (Fig. 1, 2 e 3) em que são indicados, em relação a cada distrito e aos Açores e Madeira, por meio de valores numéricos (índices), respectivamente, o «poder de compra», o «índice de rendimento» e o «índice de consumo».

O indicador do poder de compra (IPC) basea-se simultaneamente num «indicador demográfico» (que entra em linha de conta com os efectivos populacionais, por distritos), no «índice de venda a retalho» e no «índice de rendimento», oscila entre um mínimo de 0,8 para o distrito de Bragança e um máximo de 38,0 para o de Lisboa (Figura 1). Segundo os autores o IPC é sobretudo um *indicador do poder de compra potencial*: $IPC = IPCP$. Os valores obtidos mostram bem como o IPCP é mais elevado no litoral, sobretudo nos distritos de Lisboa (38,0), Porto (16,9), Setúbal (6,0), Aveiro (5,1), Braga (4,5) e Coimbra (3,5). Os valores mais baixos correspondem aos distritos de Bragança (0,8) Guarda (1,1), Beja, Portalegre e Vila Real (1,3), Viana do Castelo (1,4) e Castelo Branco (1,5) e nos Açores (1,5) e Madeira (1,8). É evidente que metade do «poder de compra potencial» (PCP) do país está concentrada nas áreas da Grande Lisboa (que inclui Setúbal), Grande Porto e Grande Coimbra (que inclui Aveiro). Mais de metade do PCP localiza-se em Lisboa e na sua cintura industrial, o que quer dizer que, *potencialmente*, a população da capital é cerca de 3 vezes «mais rica» do que a média nacional. Pelo contrário, as populações dos distritos de Bragança, Vila Real e Guarda são as «mais pobres» e o seu PCP fica bastante aquém da média nacional. Note-se, todavia, que, segundo o mesmo estudo, entre 1984 e 1986 mesmo as populações da Grande Lisboa e do Grande Porto sofreram alguma redução do seu poder de compra.

Quanto à apreciação por concelhos, o PCP nacional distribui-se de forma ainda mais des-

igual a nível distrital: 25 % no de Lisboa, 7,6 % no do Porto, 2,7 % no de Loures, 2,1 % em Sintra e 2 % em Cascais e, igualmente, em Vila Nova de Gaia, 1,8 % em Coimbra, 1,6 % em Oeiras e em Matosinhos, 1,5 % em Almada, 1,3 % na Amadora e no Funchal, etc. ... e por aí fora até ao concelho do Corvo, nos Açores, que com 0,001 % ocupa a última posição quanto ao poder de compra potencial em Portugal no ano de 1986. Em 11 concelhos apenas, dos 305 do país, se concentra metade do poder de compra, embora aí só viva menos de 1/3 (28 %) da população total. Se considerarmos apenas os distritos de Lisboa e Porto, com cerca de 38 % da população, vemos que eles detêm um pouco mais de 50 % do poder de compra; enquanto que aos 9 distritos (ou regiões) mais pobres do país, com mais de 1/5 da população total, apenas correspondem 8,9 % do poder de compra.

Quanto ao *índice de rendimento* (IR), que tem em conta, entre outros factores, o consumo de energia, os impostos de selo, profissional, de sisa e complementar, o número de telefones e o de veículos a motor, reflecte, melhor do que PCP, o *poder de compra efectivo* (PCE) das populações. Consultando o mapa respectivo (Figura 2), verifica-se que, em 1986, ele varia entre um máximo de 45,3 para o distrito de Lisboa e um mínimo de 0,3 para o distrito de Faro (presumo que não entraram em linha de conta com os turistas estrangeiros!). Mais de 63 % do poder de compra nacional verifica-se nos distritos de Lisboa e do Porto. Estes dois distritos mais os de Braga, Aveiro, Coimbra e Setúbal detêm quase 80 % do poder de compra total (nacional). O estudo em referência desceu ao nível concelhio e é assim possível apontar os concelhos em que se comprova a ocorrência de 50 % do poder de compra: Lisboa, Loures, Sintra, Cascais, Almada, Amadora, Coimbra, Porto, Vila Nova de Gaia e Matosinhos. Isto é, apenas 11 dos 300 e tal concelhos do país, todos situados no litoral, entre o Tejo e o Douro, detêm cerca de metade do poder de compra nacional.

Como o estudo dá valores diferentes, sobretudo para os distritos com mais baixos poderes de compra (ex. Bragança, segundo o PCP e Faro segundo o PCE ou IR), como apreciar aqueles em que as populações são realmente «mais pobres», ou se comportam como tal? Segundo os autores do estudo em questão, recorrendo a um terceiro indicador, o «*índice de consumo*» (IC), cujos resultados constam de um mapa-cartograma (Figura 3).

Se considerarmos que a média nacional do consumo é igual à unidade (IC = 1), vemos, de acordo com esse mapa, como se escalonam os nossos distritos: desde o de Lisboa, com o valor 2 (consumo duplo da média nacional) até Bragança e Vila Real (ambos com IC = 0,5) seguidos de Viana do Castelo, Braga, Viseu, Guarda e Castelo Branco (todos com IC = 0,6). A menor «riqueza» por habitante, traduzida em poder de consumo, corresponde portanto à região Norte-Interior.

Os cálculos feitos permitiram ainda determinar os valores do IC para algumas cidades (concelhos), designadamente: Lisboa (IC = 3), Porto (IC = 2,2) e Coimbra (IC = 1,2). A «riqueza» por habitante apreciada por esta forma é tripla da média nacional na cidade de Lisboa e dupla na do Porto.

E) Segundo o Banco de Portugal a taxa de inflação, que fora de 29,3 % em 1984, baixou para 19,3 % em 1985 (Quadro XI).

F) Referindo ainda, um pouco ao acaso, *alguns outros indicadores de tipo sócio-económico*, podemos acrescentar que, em 1984, quer *as despesas públicas em saúde*, quer *as despesas em educação*, não chegaram, cada uma, a 4 % do Produto Bruto, que o *consumo de energia por habitante e por ano* não ultrapassou o equivalente a 1,24 toneladas de petróleo por ano, que o *consumo de proteínas por habitante e por dia* foi de 42 gramas e que o *número de telefones e de televisores por 1000 habitantes* foi, respectivamente, de 166 e de 149, apenas (Quadro VII A). Não nos foi possível obter a discriminação destes indicadores a nível distrital.

2.2.3. Indicadores relativos à alimentação

Existem contudo, a nível distrital, importantes *indicadores* sobre a *alimentação/nutrição* dos portugueses, colhidos durante o Inquérito Nacional da Nutrição concebido e conduzido pelo Prof. Gonçalves Ferreira em 1980 e continuado e explorado pelos seus colaboradores do Centro de Estudos de Nutrição do INSA. Todavia, tomámos a decisão de não referirmos em pormenor, nem mesmo projectarmos, esses indicadores, já disponíveis em publicações do CEN, a fim de não alongarmos excessivamente esta comunicação. Apenas acrescentaremos que, neste importante sector da saúde, como em outros, «se verificam grandes diferenças quanto ao tipo de alimentação e, dentro de cada um, entre a população rural e a urbana, tanto pelo peso médio dos alimentos

consumidos, como pela quantidade de alguns deles» (consulte-se o vol. 9, n.º 4 da Rev. do CEN, Out.-Dez. 85).

A) O *valor total de calorias* da população portuguesa (2436) é *alto e desequilibrado* no que respeita às proporções correspondentes a *hidratos de carbono* (consumo baixo), *gorduras* (consumo muito alto) e *proteínas* (consumo alto). As *proteínas* compreendem quantidade excessiva da fracção animal (Quadro XI A). São ainda *características da nossa alimentação os valores elevados* do consumo do *sal* e de *açúcar* e os *valores baixos* quanto ao consumo da *Vitamina B₂*, de *cálcio* e de *fibra*, o que, como acentuam os autores do I.N.N. «apresenta riscos de várias ordens, que podem explicar boa parte da patologia crónica da nossa população». A *população rural* é sobretudo carenciada em fibra, cálcio e vitamina C, enquanto que a *urbana* é sobretudo carenciada em fibra, ferro e vitamina B₂. Em ambos, os consumos de gorduras, sobretudo das de origem animal, é considerado excessivo. Em relação a praticamente todos os alimentos e nutrientes existem *diferenças regionais importantes*, notáveis sobretudo por se tratar de um pequeno país. Adiante referem-se, brevemente, a título de curiosidade, alguns exemplos dessas *assimetrias regionais de alimentação do povo português* (apenas no que diz respeito ao Continente, visto o Inquérito de Nutrição não ter abrangido as Regiões Autónomas).

As *populações urbanas* têm características alimentares mais próximas entre si do que as *rurais*, sobressaindo, para *aquelas*, o maior consumo de leite, lacticínios, carne e fruta, e, para *estas*, o de pão, batata e azeite. Quanto ao *leite*, por exemplo, os distritos de Beja, Évora, Lisboa, Portalegre, Santarém e Setúbal *têm consumo muito superior à média* do Continente, aproximando-se mesmo do valor recomendado (0,3-0,5 l/h./d.), enquanto que os de Braga, Bragança, Viana do Castelo e Vila Real *têm consumo apreciavelmente abaixo da média nacional*. É assaz semelhante a distribuição geográfica relativa ao consumo de *carne*. Em todos os distritos, com excepção de Faro e Setúbal, o consumo de carne é superior ao do peixe. Os maiores consumo de *pão* verificaram-se nos distritos de Bragança e Vila Real e os menores em Castelo Branco, Coimbra, Évora, Faro e Lisboa. O consumo de *leguminosas secas* foi superior à média em Bragança, Portalegre e Viseu e muito inferior em Aveiro e Évora. Os consumos mais elevados de *batata* verificaram-se nos distri-

tos de Bragança, Castelo Branco, Guarda e Vila Real e os mais baixos nos de Beja e Évora. Quanto ao *azeite*, os maiores consumos verificaram-se em Aveiro, Beja, Bragança, Évora, Guarda, Portalegre e Setúbal e os menores em Braga, Faro, Viana do Castelo e Viseu.

Ainda *alguns exemplos extremos* quanto ao consumo familiar médio de alimentos (gr/dia/pessoa): *leite e iogurte*—Portalegre com 330,5 gr e Bragança com 106,6; *queijo*—Portalegre com 44,1 e Faro com 3,3; *carne*—Portalegre com 207,1 e Braga com 82,6; *peixe*—Faro com 197,7 e Guarda com 39,1; *margarina*—Setúbal com 16,1 e Viana do Castelo com 2,4; *azeite*—Bragança com 53,0 e Braga com 9,6; *açúcar*—Bragança com 66,7 e Faro com 15,4; *produtos hortícolas*—Santarém com 344,5 e Vila Real com 98,3; *fruta*—Leiria com 356,8 e Viana do Castelo com 60,9. É de assinalar que o *distrito de Bragança* é aquele que consome menos leite e mais açúcar por habitante. No seu conjunto, a *população rural* e os *distritos menos urbanizados* consome ainda pouco leite e laticínios e pouca fruta e usa menos carne, mas mais pão, batata e azeite. Podíamos continuar citando diferenças regionais, mas não o faremos nesta comunicação, remetendo os interessados para a leitura dos trabalhos publicados pelo CEN.

B) Ao terminarmos estes comentários baseados nos resultados do último Inquérito Nacional de Nutrição, permitimo-nos, para terminar, acrescentar mais algumas considerações só sobre os consumos verdadeiramente excessivos de dois «condimentos», o *açúcar* e o *sal*, que a nossa população presentemente usa em quantidades muito elevadas, sem dúvida prejudiciais à sua saúde e naturalmente responsáveis, em grande parte, por certas características particulares da nossa morbidade e mortalidade, a que adiante faremos referência.

Estudos recentes, que procuraram apurar o consumo total de açúcar por cabeça na nossa população, os quais entraram portanto em linha de conta, não só com o que é apurado nos inquéritos alimentares baseados em consumos domésticos, como também com o açúcar ingerido fora do lar, designadamente em cafés e chás, bolos e outros doces, que os portugueses tanto apreciam e largamente usam e abusam, apontam para um consumo médio de 81 gramas por dia e por cabeça. Esta quantia excede o quádruplo do que os nutricionistas, designadamente os da OMS, hoje recomendam (20 gr/d/p).

Quando a OMS presentemente recomenda um consumo médio de 3 a 5 gr de *cloreto de sódio* por cabeça, os portugueses consumiam ainda, em meados da presente década, 3 a 4 vezes mais sal, contando com as diversas contribuições apuradas.

Somos portanto «campeões europeus» no consumo, não só de *sal (cloreto de sódio)* como também de *açúcar (glicose)*, algo de que nos não devemos vangloriar, bem antes pelo contrário, porque os nossos consumos, não só excedem, em ambos os casos, cerca do quádruplo do valor nutricionalmente recomendado, como também impõem um excesso de despesas (no caso do açúcar, despesas gastas no exterior) que bem poderiam ser aproveitadas para melhorar a saúde da população, em vez de constituírem, como presentemente sucede, importantes factores de risco de uma vasta gama de morbidade, incapacidade e mortalidade prematura.

C) Um breve palavras apenas sobre o consumo de *bebidas alcoólicas*. No seu conjunto vinho (bebidas destiladas, cerveja) elas representam 247 calorias, ou seja 96 % do total das calorias provenientes de bebidas, as quais, no total, aumentam em 10,6 % o número de calorias diárias. No Continente, em 1980, o consumo de bebidas alcoólicas por habitante e por dia era de 236,6 ml de *vinho* (correspondendo a cerca de 21,29 gr de etanol), 11,25 gr de *bebidas destiladas* (equivalente a 11,25 gr de etanol) e 9,1 ml de *cerveja* (correspondentes a 0,34 gr de etanol)—o que corresponde a um consumo de cerca de 33 gr de *etanol* por habitante e por dia, valor indubitavelmente elevado, um dos mais altos da Europa e do mundo. Este consumo revela contudo *marcadas* diferenças regionais e ainda entre as *populações urbana e rural*, com valores mais elevados para estas últimas. Quanto às *diferenças distritais principais* apenas assinalamos aqui que foi no distrito de Viana do Castelo que se verificou o maior valor calórico fornecido pelas *bebidas alcoólicas* (772,3 calorias) e que foi no de Portalegre que este valor foi menor (43,6 cal.), seguido do de Beja (55,3 cal.). Quanto ao consumo de *vinho* (236,6 ml por habitante e por dia) ele foi maior nos distritos de Vila Real (446,1 ml), Viana do Castelo (497,1 ml) e Braga (335,0 ml) e menor nos de Portalegre, Beja e Évora (respectivamente com 39,6, 68,7 e 72,8 ml/h./d.). Quanto a *bebidas destiladas* (28,4 ml/h./d. no Continente) os consumos mais elevados verificaram-se nos distritos de Viana do Castelo (157,2 ml/h./d.), Aveiro

(132,3 ml) e Porto (65,9 ml) e os mais baixos nos de Bragança (0,2 ml), Leiria (0,6 ml) e Braga (0,9 ml). É de destacar o elevadíssimo consumo de bebidas alcoólicas na população urbana do distrito de Santarém, que alcança o valor verdadeiramente anormal de 214 ml/h./d.! Finalmente no que respeita a *cerveja* (consumo médio no Continente: 9,1 ml/h./d.), os consumos maiores verificaram-se nos distritos de Santarém (22,2 ml), Setúbal (19,4 ml) e Coimbra (18,0 ml) e os menores em Vila Real (2,9 ml), Braga (3,4 ml) e Portalegre (4,3 ml). De uma maneira geral, podemos dizer que o consumo de bebidas alcoólicas e, particularmente, de vinho (que constitui o seu mais importante componente) é mais elevado na zona norte do país, atingindo valores máximos nos distritos de Vila Real e Viana do Castelo, onde as quantidades de consumo de etanol por habitante e por dia são das mais altas que se podem encontrar nas diferentes zonas geográficas dos países da Europa Ocidental. Isto deve constituir motivo de justificada preocupação — dada a sua inegável correlação com as taxas de mortalidade por certas doenças (cirrose hepática, cancro das vias aero-digestivas superiores) e acidentes (de tráfego e de trabalho), que naqueles mesmos distritos atingem também alguns dos mais elevados valores nacionais.

2.2.4. Indicadores relativos a hábitos de saúde

A) Acabámos, a propósito da alimentação, de referir os consumos de álcool através da ingestão de bebidas alcoólicas e assinalar as assimetrias nacionais.

Dados os níveis elevados de consumo das bebidas alcoólicas entre nós e a importância e gravidade que o alcoolismo e suas consequências representam para a população portuguesa, julgamos justificada a citação de mais alguns valores relativos a esse consumo e suas consequências patológicas e sociais. Segundo um estudo recente de Aires Gameiro, apresentado nas III Jornadas de Psiquiatria João de Deus, Maio de 1986, cerca de 6 % da nossa população bebe demais e é, ou corre sérios riscos de se tornar alcoólica, o que nos coloca na 2.ª posição mundial de consumo de álcool *per capita* e na 3.ª posição quanto à taxa de alcoólicos (após a Itália e a França) — embora, quanto a cirrose hepática, já ocupemos a 1.ª posição na Europa.

Outros estudos mais recentes dão-nos já a primazia quanto a alcoolismo e cirrose na Europa.

Assim, segundo esses estudos, cerca de 6 % da população portuguesa pode ser considerada como alcoólica. Sofrem-lhe as consequências sociais e económicas, não só os próprios, como os seus familiares mais próximos, cujo total se estima em cerca de 2 milhões de indivíduos, isto é, cerca de 1/5 da população. Isto já sem contar com os bebedores excessivos, isto é os que bebem diariamente, em média, mais do que 0,5-(0,6) l de vinho (ou o equivalente em conteúdo alcoólico) por dia.

Os maiores consumos registam-se no grupo etário 35-44 anos. Quanto ao papel do alcoolismo na génese de acidentes, os nossos especialistas incriminam-no como causa de 10 % a 30 % dos acidentes de trabalho e de pelo menos 40 % dos acidentes de tráfego. Segundo a Direcção Geral de Viação, 70 % dos automobilistas controlados, na ausência de qualquer acidente ou infracção, conduzem com taxas de alcoolémia superiores ao máximo permitido por lei (0,5 g/l) e 23 % apresentam elevados valores de alcoolémia — isto é, mais de 1 condutor em cada 5 conduz nas nossas estradas e ruas sob apreciável influência de álcool. Registam-se contudo, aqui igualmente, importantes diferenças regionais. A título de exemplo e baseado em resultados apresentados naquelas Jornadas, enquanto que na Grande Lisboa só cerca de 5 % dos entrevistados declaram beber às refeições e fora delas, esta proporção sobe a perto de 38 % no Norte do país. Finalmente, quanto à proporção de alcoólicos, os valores mais elevados (mais de 5 % da população) situam-se nos distritos de Vila Real, Viseu e Guarda; seguindo-se os de Castelo Branco, Leiria, Santarém, Lisboa, Setúbal e Évora (de 2,5 % a 4,9 % da população); encontrando-se os valores mais baixos no Sul do país (Fig. 4).

Comprovamos assim, uma vez mais, as posições desfavoráveis do Norte e do Centro Interior, em particular a do distrito de Vila Real, que parece incluir grande parte dos piores indicadores, directos e indirectos, de saúde e sociais do país.

B) O tempo disponível e até a falta de dados fiáveis a nível nacional, não me permite falar em outros hábitos e modos de vida relacionados com a saúde dos indivíduos e das populações.

Contudo apenas uma brevíssima menção sobre o tabagismo, cuja frequência parece estar em aumento entre nós, sobretudo entre os jovens e particularmente no sexo feminino. Os únicos inquéritos de base populacional já disponíveis permitem-nos dizer que, presentemente, cerca de 40 % dos homens e 10 % das mulheres são já

fumadores correntes entre nós. Existem já dados pormenorizados quanto à Grande Lisboa. Espera-se que o alargamento do Inquérito Nacional de Saúde a todo o país no próximo ano nos venha a permitir conhecer bem os consumos individuais de tabaco entre os portugueses, a partir de 1988.

2.2.5. Indicadores relativos às condições de habitação

Se, por outro lado, estudarmos os indicadores disponíveis quanto a *condições de alojamento*, destacando destas as de maior *interesse sanitário*, com base no II Recenseamento Geral da Habitação (1981), verificamos que essas condições ainda deixam muito a desejar em Portugal, sendo a posição de alguns distritos, especialmente os de Beja, Bragança, Castelo Branco, Guarda, Portalegre e Viseu particularmente desfavorável (Quadro XII).

Para salientar apenas alguns aspectos, basta que se diga que a *percentagem de alojamentos com água no domicílio* era de 45 % em Viseu, de 48 % em Vila Real, de 51 % em Bragança e de 52 % na Guarda; enquanto que os *alojamentos com água, banho e electricidade* só atingiam 27 % e 28 % do total em Braga e Vila Real, 29 % em Bragança e 32 % em Viseu, subindo a 71 % no Porto, a 84 % em Setúbal e a 90 % em Lisboa. Quanto a *recolha municipal de lixos domésticos*, de que beneficiam cerca de 70 % dos alojamentos do Continente, enquanto esta percentagem se aproxima dos 98 % em Lisboa, ela baixa a 29 % em Vila Real e a apenas 26 % em Castelo Branco. Nesta, como em outras características, que têm indiscutível relação com a saúde das populações, continuam a ser grandes, mesmo gritantes, as diferenças regionais num país de reduzidas dimensões.

2.2.6. Quantificação e distribuição da «pobreza» em Portugal

Finalmente, antes de passarmos à apreciação dos indicadores de saúde propriamente ditos e dos serviços de saúde e seu movimento, seja-me permitida uma referência breve aos resultados de um estudo notável que Alfredo Bruto da Costa e colaboradores acabam de publicar sobre «A pobreza em Portugal».

A «pobreza», situação complexa de causa multifactorial, tem, sem dúvida, relações com a saúde. Basta recordarmo-nos da célebre frase de

Edwin Chadwick, o «pai político» dos serviços de saúde pública na Inglaterra do séc. XIX («quanto mais pobre mais pobre mais doente, quanto mais doente mais pobre»), para lembrar como estes dois fenómenos se inter-influenciam. E porque é pela primeira vez possível entre nós dispor de elementos estatísticos sobre a «pobreza» («relativa» e «absoluta») no nosso país, tal como é definida na publicação acima referida, julgamos apropriado fazer-lhe uma referência, ainda que muito breve, nesta comunicação.

Segundo aquele estudo, a *percentagem de famílias em situação de «pobreza relativa»* (com 75 % do rendimento médio das famílias do IRDF 80/81) era, em Portugal, de 48 %, mas subia a 72,4 % no Norte Interior e a 64,4 % no Norte Litoral e no Centro Interior. Quanto às *percentagens da «pobreza absoluta»* (rendimentos básicos mínimos) elas eram, respectivamente, de 35 % para o país, de 56 %, de 47 % e de 48 % respectivamente para as regiões do Norte Interior, Norte Litoral e Centro Interior (Quadro XII).

O *Inquérito Directo à Pobreza realizado em 1985*, em amostra representativa das unidades familiares do Continente, pelos mesmos autores, demonstra, entre muitos outros factos preocupantes, que quanto às famílias consideradas «pobres», 80 % pioraram quanto à sua alimentação, de 1981 para 1985; 36 % das famílias não dispõem de água canalizada, 29 % de retrete, 29 % de esgoto ou fosse séptica, 44 % de lavatório fixo, 53 % de sistema de banho ou duche fixo, 2 % de cozinha e 9 % não tem água corrente nem electricidade. Uma em cada 10 crianças e um em cada 10 indivíduos de mais de 65 anos vive em alojamentos que não dispõem de água canalizada nem electricidade; 94 % das famílias não dispõem de pelo menos um dos equipamentos domésticos correntes.

Ainda mais alguns dados do IDP, relativos aos componentes das famílias consideradas pobres e que mostram bem a sua posição desfavorável no domínio da saúde: 26 % das grávidas não receberam qualquer assistência profissional durante a gravidez e o parto, 36 % tiveram o parto em casa e 34 % têm familiares doentes. Para terminar e a título de curiosidade, mas pateticamente significativo, 46 % não sabem o que é a Assembleia da República, 18 % não conhecem o nome do Presidente da República e 11 % nem sequer conhecem a Junta de Freguesia em que vivem.

Ao terminar estas referências, escolhidas um pouco ao acaso dos resultados do estudo acima

referido, que retrata um *problema nacional grave*, com íntimas relações com a *saúde da população*, que não pode nem deve ser ignorado, mas precisa ser combatido por todos nós, saliento que todos os indicadores da «pobreza», incluindo aquilo que Bruto da Costa e colaboradores designaram por «pobreza herdada», são sistematicamente mais elevadas nas Regiões Norte e Centro Interior do país.

Como vemos, neste domínio, como em outros que atrás abordamos, bem como nos que iremos considerar a seguir, verificam-se no país importantes diferenças regionais que se mantêm persistentemente desde há muitos anos, desde há gerações. Podemos dizer, como a propósito de pobreza, que muitas das nossas desigualdades (demográficas, sanitárias, económicas, sociais e culturais) se herdaram em Portugal.

2.3. Indicadores gerais da saúde

Consideremos agora alguns *indicadores da saúde correntes* e vejamos as suas principais variações regionais (distritais) no ano de 1984, isto é a meio da década de 1980-89. A propósito, penso ser curioso recordar que há precisamente 13 anos, a convite do Prof. Gonçalves Ferreira, em Novembro de 1983, durante um encontro científico sobre «O papel dos Institutos Nacionais de Saúde na política de saúde», organizado para festejar o início do funcionamento das novas instalações do INSA, proferi aqui, nesta mesma sala, uma palestra precisamente sobre *a situação da saúde da população portuguesa*, com especial ênfase quanto às doenças evitáveis. O trabalho foi publicado nos Arquivos do INSA e, relendo-o, constatei que, embora se tenham verificado algumas evoluções desde então, em geral num sentido de melhoria, no que se refere às doenças transmissíveis, à mortalidade infantil e à cobertura médica da população, o *quadro nosológico geral de há 13 anos* ainda se mantém e as *desigualdades regionais* persistem.

Treze anos de evolução e de progressos científicos e tecnológicos que os acompanharam, a Revolução de 25 de Abril de 1974, a modificação estrutural do sistema político, com todas as suas consequências sócio-económicas, a criação do Serviço Nacional de Saúde, o aumento constante do número de profissionais (sobretudo médicos), a revisão e beneficiação das carreiras profissionais, a extensão dos centros de saúde, etc., parece terem sido impotentes, até agora, para nos

fazer ultrapassar por completo o *quadro da saúde que então designei por «misto»*. «Misto», por nele coexistirem problemas básicos da Primeira Era da Saúde Pública (basta recordarmos os números sobre o saneamento do meio e as condições das habitações, acima referidas, bem como a frequência já indesculpável de certas doenças transmissíveis e da nutrição) com problemas de saúde dos países desenvolvidos, que até se acentuaram (acidentes, cancro, doenças cardio-vasculares, doenças mentais, hábitos prejudiciais à saúde — como o tabaco, o álcool, as drogas — cirrose hepática, doenças do trabalho, consequências diversas do stress das civilizações modernas) e ainda outros, já típicos da Segunda Era da Saúde Pública. Para além da persistência deste *quadro misto e complexo*, especialmente difícil de combater, mantém-se igualmente, apesar de todos aqueles progressos e da «vontade política» tantas vezes declarada, ainda que pouco eficaz, as *grandes diferenças regionais* que constituem o nosso tema de hoje.

Porque seria impossível abordar aqui todos os aspectos que caracterizam presentemente a situação da saúde da nossa população, limitar-me-ei a referir alguns dos mais correntes e significativos.

2.3.1. Indicadores correntes do estado geral de saúde da população

A) Os mais simples e menos «sofisticados» podem ser lidos nos Quadros VI e VII, que incluem, respectivamente, *a taxa de mortalidade geral por 1000 habitantes e as taxas de mortalidade proporcional abaixo dos 5 anos e acima dos 50 e dos 65, por distritos* (Quadro VII), que já foram anteriormente comentadas, pelo que nos dispensamos de referir e discutir aqui. Apenas acentuamos as *diferenças regionais*, dependentes, sobretudo quanto à mortalidade geral, da composição etária distrital, cuja variabilidade foi também já referida na (Quadro I).

O quadro seguinte (Quadro XIII) resume o valor de *alguns dos indicadores (indirectos) de saúde mais correntes*, para cada um dos distritos do Continente e para as Regiões Autónomas dos Açores e Madeira, no ano de 1984. Eles compreendem as *taxas de mortalidade infantil, neo-natal, peri-natal, pósneonatal e materna*, todas relacionadas com os riscos da gravidez, parto, nascimento e primeira infância. Trata-se, como se sabe, de indicadores sensíveis que, embora de

cálculo simples, traduzem bastante bem, não só o *estado geral da saúde* de alguns dos sectores mais vulneráveis da população, como também, de forma diferente consoante o indicador em causa, a *situação e outras características sócio-económico e culturais* (caso da mortalidade infantil, sobretudo) e a *extensão, actuação e qualidade dos serviços de saúde* (caso da mortalidade peri-natal, por exemplo).

Em todos estes indicadores basilares da saúde vamos encontrar *desigualdades regionais*, por vezes ainda marcadas — «inaceitáveis» diria mesmo — em meados da presente década. Assim, por exemplo, para uma *taxa geral de mortalidade infantil* que se situa um pouco abaixo dos 17‰, encontramos na Madeira e nos distritos de Castelo Branco e do Porto valores de 20‰, superiores a 21‰ nos Açores e em Bragança e superiores mesmo a 26‰ no distrito de Vila Real; enquanto que os valores mais baixos, registados nos distritos de Coimbra, Leiria e Santarém, se situam todos abaixo de 13‰.

Os dois distritos mais desfavorecidos são Vila Real e Bragança, mas todas as zonas vizinhas têm valores superiores à média nacional. Como recentemente foi afirmado em reunião do Conselho da Europa sobre «regiões-problema da Europa» (documento SEM-ORG (86) de Setembro deste ano) «Vila Real constitui um problema particular: não só mantém persistentemente a taxa de mortalidade infantil mais elevada de Portugal, como é também o distrito de mais baixo nível de declínio da mortalidade infantil nas últimas décadas» (enquanto que de 1970 a 1980 o declínio da M.I. foi de cerca de 14% em Bragança, mal atingiu os 7% em Vila Real).

De acordo com uma nova abordagem do estudo da mortalidade infantil, proposto pela Divisão de Demografia do Conselho da Europa, em que se contrastaram, por países ou regiões, os valores respectivos da *mortalidade infantil* e da *mortalidade geral feminina do grupo 5-45 anos*, não só Portugal aparece, na Europa Ocidental, como um dos que em relação àqueles valores (mortalidade infantil/mortalidade feminina 5-45 anos) a sua posição é mais elevada, como também, no nosso país, é ainda o distrito de Vila Real aquele que tem os valores mais elevados daquele índice. Esta relação positiva comprova que os elementos negativos que influenciam desfavoravelmente a mortalidade infantil têm igualmente efeitos negativos sobre a mortalidade adulta. Entre esses factores podem-se referir, por exemplo, as más con-

dições de habitação, o baixo nível de educação, o nível dos serviços de saúde e a pobreza, a que já fizemos mais detida referência. Os distritos do país em que são mais elevados os valores da relação mortalidade infantil/mortalidade feminina (5-45 anos) são, não só Vila Real e Bragança, como também Braga, Porto e Viseu.

São, como era de esperar, assaz correspondentes as variações distritais das *taxas de mortalidade neo-natal e peri-natal*. Quanto à *primeira* os distritos em que se registam os valores mais elevados são os de Bragança, Porto, Vila Real e os Açores, correspondendo os mais baixos aos de Leiria, Santarém, Coimbra e Évora. As taxas mais elevadas da *mortalidade peri-natal* correspondem às dos distritos de Castelo Branco, Vila Real e à Madeira e as mais reduzidas às dos distritos de Beja, Leiria, Faro e Santarém.

A *mortalidade materna* tem vindo a reduzir-se de forma apreciável nos últimos dez anos, mas em 1984 a respectiva taxa era, nos Açores e no distrito de Castelo Branco, ainda dupla da média nacional.

No seu conjunto, os *principais indicadores demo-sanitários* dos Quadros VI, VII e XIII, mostram, com notável concordância, que as *piores posições* no Continente costumam concentrar-se no Norte e Centro Interiores do país. E a sua associação com os valores mais elevados de outros indicadores do foro sanitário, sócio-económico e cultural é inegável, como facilmente se comprova pelos indicadores constantes do esquema sobre a «Relação Ambiente/Saúde Infantil» (Fig. 5) que me foi gentilmente cedido pela Prof. Maria Fernanda Navarro, com base em investigações que conduziu e apresentou no seu curso para Professor Extraordinário da ENSP. Os elementos coligidos pela Prof. Fernanda Navarro mostram bem como se *agravam concomitantemente*, em relação às médias nacionais, nos distritos da Guarda, Bragança e Vila Real, os valores da *mortalidade infantil, das condições sanitárias das habitações, da natalidade, do analfabetismo, das taxas de repetição escolar no 2.º e no 4.º ano e até do peso e altura das crianças* abrangidas no estudo em questão.

B) Quanto à *esperança de vida à nascença* ela foi calculada, separadamente, para *cada sexo* e para a *população total* e é apresentada com base nos valores de 1980 e de 1979/82 no quadro seguinte, que permite ainda comparar os valores correspondentes a cada *distrito* (Quadro XIV). Apreciando exclusivamente os valores mais re-

centes (1979-1982) verifica-se que as crianças nascidas durante este período tinham probabilidade de viver até aos 69,1 anos, tratando-se de rapazes, ou até aos 75,4 anos, no caso de raparigas. Estes os valores nacionais; porque o exame por distritos mostra-nos que a esperança média de vida no sexo masculino antigia 71,6 em Évora, 71,0 em Portalegre, 70,3 em Setúbal e quase 70 em Beja, Leiria e Lisboa, baixando para 66,0 nos Açores e na Madeira e 68,2 em Viseu; enquanto no sexo feminino os valores mais elevados se situavam acima de 77 ou mesmo 78 nos distritos de Beja, Castelo Branco, Coimbra, Faro, Lisboa, Portalegre, Santarém e Setúbal e os mais baixos, de novo, nos Açores e Madeira e nos distritos de Bragança e Vila Real (entre 73 e 74 anos). Não é de estranhar que em indicador deste tipo as diferenças regionais, todavia inegáveis, não sejam tão marcadas como nos anteriores.

C) Consideramos em seguida *alguns indicadores respeitantes às principais causas de morte re-*

gistadas em Portugal em meados da década. Não se ignora o valor limitado e completamente negativo — e, portanto, indirecto — da mortalidade; mas enquanto não for possível dispor dos resultados do Inquérito Nacional de Saúde (1987/88), atrás referido, e na ausência de estatísticas fiáveis de morbilidade à escala nacional, teremos de nos contentar com aqueles que nos traduzem a consequência final das doenças e violências (acidentais ou propositadas) mais graves sofridas pela nossa população.

1) Num primeiro quadro (Q. XV) são resumidos as *principais 16 causas de morte registadas em Portugal em meados da presente década*. Elas foram agrupadas consoante a ordem e a forma por que a OMS e um número crescente de países costumam utilizar para análises desta natureza. Com base na lista da CID-9.^a Revisão Internacional da OMS para efeitos da tabulação, as causas seleccionadas foram as seguintes:

**N.º DA LISTA TABULAR DA C.I.D. — 9.ª REV. DA O.M.S.
Doenças e causas de morte**

01 - 07	— Doenças transmissíveis (infecciosas e parasitárias)
08 - 14	— Tumores malignos (incluindo leucemias)
25 - 30	— Doenças cardio-vasculares (*)
25-260-27-28	— Doenças do coração
29	— Doenças cérebro-vasculares
30	— Outras doenças do aparelho circulatório (inclui aterosclerose)
31 - 32	— Doenças do aparelho respiratório
44	— Malformações congénitas
45	— Afecções originadas no período peri-natal
46	— Senilidade e causas desconhecidas
181	— Diabetes
321 - 322	— Pneumonia e gripe
323 - 325	— Bronquite crónica, bronquiectasias e outras doenças pulmonares crónicas obstrutivas
347	— Cirrose hepática e doença crónica do fígado
E 47 - E 53	— Acidentes (de viação e outros)
E 54 - E 55	— Suicídio e Homicídio

(*) Esta engloba as três seguintes.

**PRINCIPAIS GRUPOS DE CAUSAS DA MORTE SEGUNDO
A «LISTA PARA TABULAÇÃO» DA CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL
DE DOENÇAS — 9.ª REVISÃO**

(Adoptada na presente Comunicação)

Números da Lista Tabular da C.I.D. - 9 (*)	Causas ou grupo de causas de morte
01 - 07	Doenças transmissíveis infecciosas e parasitárias
08 - 14	Tumores e outras Doenças Malignas
181	Diabetes
25 - 30	Doenças Cardio-vasculares
25, 260, 27, 28	Doenças do Coração
29	Doenças Cérebro-vasculares
30	Outras doenças do Aparelho Circulatório (inclui Aterosclerose)
31, 32	Doenças do Aparelho Respiratório
321, 322	Pneumonia e Gripe
323 - 325	Bronquite Crónica, Bronquiectasias e outras doenças pulmonares crónicas obstrutivas
347	Cirrose Hepática e Doença Crónica do Fígado
44	Malformações Congénitas
45	Afecções originadas no período peri-natal
46	Senilidade e causas mal defin. ou desconhecidas
E 47 - E 53	Acidentes (de viação e outros)
E 54 - E 55	Suicídio e Homicídio

(*) Alguns dos «números» (rubricas) desta coluna correspondem a «grupos de causas» que incluem, por vezes, algumas causas mais restritas que aparecem nesta mesma lista e nos quadros estatísticos que se lhe seguem (Quadros XV a XXXVI) isoladamente. Não é portanto correcto adicionar, nesses quadros, os respectivos valores.

No Quadro XV são apresentados, em relação a estas causas de morte, seleccionadas pela sua frequência e importância e pela ordem correspondente por que são referidas nas estatísticas de outros países (como os EUA) e internacionais, não só os *valores absolutos* registados em 1984, como também as respectivas *razões de mortalidade proporcional* (percentagem em relação ao total de óbitos) e as *taxas de mortalidade específica por 100 000 habitantes*. Os cálculos foram feitos separadamente por *cada sexo*, dada a conhecida diferenciação sexual de algumas causas de morte. Finalmente, além dos cálculos feitos em relação à *totalidade do país* (Portugal) e que são os que se apresentam no Quadro XV, cálculos idênticos foram feitos, separadamente, para *cada um dos distritos do Continente* (Quadros XVI a XXXIII), para o *Continente* (Quadro XXXIV) e para as *Regiões Autónomas da Madeira e Açores* (Qua-

dro XXXV e XXXVI). Estes quadros, que não tenho tempo de projectar, estão incluídos no Anexo desta comunicação, a fim de permitir, aos interessados, um estudo pormenorizado das variações e desigualdades regionais relativas às principais causas de morte registadas no país em meados desta década.

Eles permitem apreciar em relação a *cada uma das causas de morte consideradas*, em cada *sexo*, não só o seu *contributo proporcional* para a mortalidade total (*razões de mortalidade proporcional*), como também o respectivo *risco de morte* (*taxas de mortalidade específica por 100 000 habitantes*).

Tomaria demasiado tempo e seria fastidioso comentar os valores e as diferenças regionais observadas em relação a cada um dos 16 grupos de causas de morte consideradas neste estudo, não só em relação à população total, como tam-

bém por cada sexo, entrando em linha de conta com todas as divisões geográficas que adoptámos (22 quadros, no total). Assim, permitindo contudo a apreciação posterior e análise pelos interessados, por consulta a estes 22 quadros do Anexo (Quadros XV e XXXVI), aqui não farei mais do que comentar a importância relativa daquelas causas de morte no país, em meados da presente década, e referir apenas *algumas das principais diferenças regionais (distritais)* que lhes dizem respeito.

a) Assim, voltando ao Quadro XV e considerando em primeiro lugar a *mortalidade proporcional*, podemos verificar que, das causas de morte consideradas, a maior proporção de óbitos ocorridos em 1984 foi devida a «*acidente vascular cerebral*», causa de morte de 1 português em cada 4 (e mesmo de 1 em cada 3 mulheres). Considerando a totalidade de óbitos por *doenças cardíovasculares* (25-30 da CID-9) podemos afirmar que lhe foram imputados 44 % dos óbitos totais e 49 % (quase metade) dos óbitos ocorridos no sexo feminino. Se considerarmos apenas as *doenças cardíacas* (25, 26, 27 e 28 da CID-9) vemos que estas foram responsáveis por 16,3 % dos óbitos (16,2 % no sexo masculino e 16,5 % no feminino), enquanto que as *doenças malignas* foram causa de 16,1 % dos óbitos (17,1 % entre os homens e 15,1 % entre as mulheres). Por outro lado, 7,0 % dos óbitos (7,9 % no sexo masculino e 6,0 % no feminino) foram devidos a *doenças respiratórias* (31 e 32 da CID-9), enquanto 6,5 % foram causadas por *violências*, involuntárias (*acidentes*-5,3 %) ou voluntárias (*suicídios e homicídios* — 1,2 %), proporção esta que sobe a 9,1 % no sexo masculino. Em meados da presente década ainda se mantém muito elevada (12,3 %) a *percentagem de óbitos atribuídos à «senilidade» e a «causas desconhecidas ou mal esclarecidas»*, indicador típico de uma deficiente cobertura clínica da população, que em Portugal atinge os valores mais elevados de toda a Europa.

b) Se considerarmos, ainda no Quadro XV, as *taxas específicas de mortalidade*, que exprimem, ao contrário das razões anteriores, verdadeiras probabilidades, isto é, «*riscos*» de morrer, e têm, por isso mesmo, maior valor epidemiológico, verificamos que as *causas de morte principais em Portugal*, no decurso de 1984, foram as seguintes:

1) *doenças cérebro-vasculares*, com quase 240 óbitos por 100 000 habitantes (260 ‰ no sexo feminino);

2) *doenças do coração* (na sua maior parte, enfarte das coronárias) com perto de 157 óbitos por 100 000 hab. (169 ‰ no sexo masculino);

3) *neoplasias e outras doenças malignas*, que vitimaram 155 hab. por cada 100 000 portugueses (179 ‰ no sexo masculino);

4) *causas mal esclarecidas* (incluindo «senilidade») ou *ignoradas da mortalidade* (a) — 119 por 100 000 (129 ‰ no sexo feminino);

5) *acidentes* (de que a grande maioria por acidentes de viação) — 51 por 100 000 hab. (77 ‰ no sexo masculino);

6) *cirrose hepática* — 30 óbitos por 100 000 (45 ‰ no sexo masculino);

7) *bronquite crónica, asma brônquica, enfise- ma pulmonar e outras doenças obstrutivas crónicas das vias respiratórias* — 27 por 100 000 (37 ‰ no sexo masculino);

8) *pneumonia* (incluindo broncopneumonia) e *gripe* — 26 por 100 000 (28 ‰ no sexo masculino);

9) *aterosclerose* — 25 por 100 000 (taxas quase idênticas em ambos os sexos);

10) *diabetes* — 14 por 100 000 (15 ‰ no sexo feminino);

11) *mortes violentas intencionais (suicídio e homicídio)* — 12 por 100 000 (17 ‰ no sexo masculino);

12) *afecções peri-natais* (b) — 11 por 100 000 (14 ‰ no sexo masculino);

13) *doenças transmissíveis* — cerca de 10 por 100 000 (quase 14 ‰ no sexo masculino);

14) *malformações congénitas* (b) — cerca de 6 por 100 000 (cerca de 4 ‰ no sexo masculino).

Se ignorarmos, como devemos nesta apreciação, as «causas desconhecidas e a senilidade verificamos que entre as *cinco principais causas (riscos)* de morte no nosso país, em meados da presente década, se situam:

1) o vasto grupo das *doenças cardíovasculares*, destacando-se em primeiro lugar, como característica «típica» de mortalidade portuguesa e que a distingue dos restantes países europeus, as «*doenças cérebro-vasculares*»;

Em relação a esta listagem salienta-se que:

a) Na realidade, este grupo impreciso, que ainda representa, em meados da década de 80, 12,3 % da totalidade dos óbitos ocorridos em Portugal (quase 15 % no sexo feminino) não deve ser considerado como uma «causa» ou «grupo de causas», como as restantes.

b) Estas duas últimas «causas» só devem ser registadas como «causa básica de morte» antes do 1.º aniversário.

2) as *neoplasias malignas* (de que a do *estômago* continua a ser ainda a principal, ao contrário do que se verifica em toda a Europa Ocidental (com excepção de S. Marino).

3) os *acidentes* (sobretudo os de *tráfego*);

4) a *cirrose hepática*;

5) a *bronquite crónica*, o *enfisema pulmonar* e *outras doenças pulmonares obstrutivas crónicas*.

c) Estas *cinco grandes causas* que, com excepção das doenças *cérebro-vasculares*, são relativamente mais frequentes no sexo masculino (esta diferença é sobretudo marcada nos acidentes, cirrose hepática, tumores malignos e bronquite crónica) continuam hoje, como há 13 anos, quando tive ocasião de, nesta mesma sala, apresentar e discutir a mortalidade portuguesa, a *caracterizar a nossa mortalidade específica*.

De facto esta hierarquização das principais causas de morte tem-se mantido por muitos anos.

E, apesar das grandes alterações políticas, económicas, sociais, sanitárias e até culturais experimentadas pelo país nas últimas décadas, este padrão continua a *tipificar a mortalidade nacional*.

Apesar de diversos investigadores se terem debruçado sobre o caso e estudado as possíveis razões deste quadro singular, não existem ainda respostas claras e incóntroversas que nos expliquem por que é que em Portugal, ao contrário do que se passa na Itália, na Jugoslávia, na Grécia e até na vizinha Espanha, se morre mais por acidentes vasculares cerebrais do que por afecções cardíacas; por que é que a mortalidade específica por cancro do estômago, que só entre 1960 e 1970 aumentou de 16 %, continua ainda a subir (embora a ritmo mais lento) enquanto já há muito desceu e continua a descer em todos os restantes países europeus; por que motivo os acidentes de tráfego são relativamente mais importantes como causa de morte do que nos outros países da Europa; nem por que motivo ou motivos é que num país que reclama o seu clima agradável e a sua temperatura amena a mortalidade por doenças bronco-pulmonares obstrutivas crónicas é nitidamente superior à de países, como os escandinavos e outros da Europa do Norte, de clima certamente mais inóspito. Cremos que as razões destas e de outras diferenças, não só da *mortalidade* como certamente da *morbilidade* e da *incapacidade*, em geral, se encontram no meio exterior, no ambiente (sobretudo na alimentação) e no modo e hábitos de viver. E estudos há que apontam para alguns factores exógenos provavel-

mente responsáveis, tais como os excessos do consumo de sal e de bebidas alcoólicas, bem como as deficientes condições de higiene da habitação e o baixo nível económico e cultural, a que já atrás aludimos.

2) Todavia, a discussão das causas prováveis deste padrão de mortalidade não constitui o objectivo principal desta comunicação. E porque o tema é o das «desigualdades regionais», procurei salientar a seguir, em relação apenas a *algumas das principais causas de morte*, as *diferenças regionais mais marcadas*, que com base nos quadros estatísticos em anexo (Quadro XVI a XXXVI) é possível reconhecer, em meados da presente década. São desigualdades que teimosamente se matêm desde há anos, como se uma «maldição», que não temos conseguido (ou querido?) quebrar, há muito se tivesse abatido e para «sempre» marcado certas áreas do país.

Assim, por exemplo, se 12 % dos nossos compatriotas vão ainda hoje a *enterrar sem diagnóstico quanto à causa de morte*, esta proporção, que é inferior a 5 % no distrito de Lisboa, sobe a 15 % em Faro e a 16 % em Viseu e Açores, a 20 % em Bragança, a 23 % na Guarda e em Castelo Branco e a 25 % em Vila Real. Neste «malfadado» distrito (perdoi-se-me a expressão, mas ele ocorre-nos quando se considera a maioria dos seus indicadores, não só de saúde e sanitários, como sócio-económicos e culturais) mais de 1/4 dos óbitos é classificado como «de causa desconhecida», o que é, pelo menos, um triste reflexo negativo do baixo nível de assistência clínica no distrito, apesar dos progressos científicos e tecnológicos das últimas décadas, da criação do Serviço Nacional de Saúde, das carreiras médicas, do serviço médico à periferia, dos nossos clínicos gerais e até mesmo... dos importantes programas de cooperação com a Noruega e com os EUA, que privilegiaram sempre aquela região.

Por outro lado, se considerarmos os óbitos devidos a *afecções cérebro-vasculares*, cuja taxa é cerca de 240 ‰ no conjunto do país, verificamos que enquanto esta taxa é de apenas 173 no distrito de Setúbal, de 200 no do Porto e de 207 no de Lisboa, sobe a 295 no distrito de Faro e a 309 nas Beiras e sobretudo no Alentejo, onde atinge os valores aproximados de 277, 296 e 401 ‰ nos distritos de Beja, Évora e Portalegre, respectivamente.

Quanto à *mortalidade por doenças cardíacas* (taxa de 157 ‰ para o país) ela oscila entre os extremos de 106 ‰ no distrito de Braga (e

166 ‰ nos Açores) e 271 ‰ no distrito de Beja. Ainda aqui o Alentejo e o sul do país, bem como a capital, revelam valores superiores à média nacional.

Se estudarmos a *mortalidade específica por acidentes*, que em 1984 foi de 51 ‰ (uma das mais elevadas da Europa) verificamos que, no mesmo ano, se registaram em Portugal valores tão afastados como 79 ‰, no distrito de Faro, e 31 ‰ no do Porto.

Não querendo sobrecarregar esta exposição com a análise distrital de todas as principais causas de morte acima referidas, não podemos deixar de fazer uma referência especial à *mortalidade por cirrose hepática*, que, sempre no mesmo ano, vitimou 30 em cada 100 000 portugueses. Esta taxa, contudo, atingiu, no mesmo ano, por um lado, o valor de 53 ‰ no distrito de Vila Real (e 43 ‰ na Guarda) e, por outro, os valores de 16 ‰, 17 ‰ e 18 ‰ nos três distritos alentejanos (Beja, Évora e Portalegre).

Quanto à *mortalidade por bronquite crónica e outras doenças obstructivas crónicas das vias respiratórias* (27 ‰ no país) os valores extremos em 1984 foram de 58 ‰ em Viana do Castelo e de 14 ‰ apenas em Setúbal. A *mortalidade por suicídio e homicídio* (12 ‰) oscilou entre um máximo de 30 ‰ (Beja) e um mínimo de 4 ‰ (Braga). Por outro lado, a *mortalidade por doenças infecciosas*, embora apreciavelmente reduzida em relação aos últimos 10-15 anos (menos de 10 ‰ em 1984) ainda registou valores tão díspares como 18 ‰ (Portalegre) e 5 ‰ (Évora).

Poderíamos continuar, analisando as *diversas causas de morte* certos de encontrar *diferenças regionais*, por vezes apreciáveis, como algumas das que acabámos de apontar. Mas não queremos abusar da paciência dos que nos escutam e que, estou certo, conhecem bem estas diferenças regionais, que, em regra, reflectem sobretudo os níveis sócio-económicos, culturais, de alimentação, de habitação, de cuidados médicos distritais. Vila Real é um dos distritos que pode apresentar-se como exemplo do que acaba de dizer-se.

3) Todavia, algumas diferenças regionais poderão ser devidas a outras razões, mais complexas, ainda que na sua maioria de explicação exógena/ambiental, como é o caso das *doenças crónico-degenerativas*, designadamente o das *neoplasias malignas*. Aqui existem certamente outras explicações, que importa procurar. Assim, a título de exemplo «diferente» e ainda pela sua

importância, faremos uma referência particular às *diferenças regionais da mortalidade devida a tumores malignos* em Portugal.

Se estudarmos a distribuição regional da *mortalidade por neoplasias malignas* (taxa nacional 155 ‰ em 1984) imediatamente comprovamos a existência de importantes diferenças regionais — não só quanto ao total dos tumores malignos, como também e principalmente em relação a certas localizações. Quanto ao total das neoplasias são os distritos de Lisboa (com 181 ‰) e ainda os do Alentejo (com 216 ‰ no de Beja) que ocupam os primeiros lugares, ocorrendo as taxas mais baixas nos distritos de Braga (111 ‰) e Vila Real (118 ‰). É claro que neste caso, como nas outras causas de morte aqui consideradas, embora de forma particularmente marcada no que respeita às neoplasias malignas, têm grande influência nos valores referidos, não só as variações anuais ocasionais (que se decidiu não considerar nesta comunicação) como sobretudo a composição etária das populações. De facto, só um estudo de taxas padronizadas permite uma comparação distrital válida. Contudo, dada a limitação natural de tempo para abordar o assunto e porque já se chamou a atenção para estas limitações, decidimos começar por referir alguns exemplos das diferenças regionais encontradas apenas com base nas taxas específicas simples, não corrigidas.

Todavia, porque acabámos recentemente, no DEPS, de concluir o primeiro *Atlas Português da Mortalidade por Cancro* (*), baseado, como não podia deixar de ser, em *valores padronizados quanto à idade e por sexos*, é-nos possível, pelo menos neste domínio, apresentar a título de exemplo, alguns *indicadores distritais padronizados* (neste caso, «razões de mortalidade padronizadas», pelo método indirecto (**)) que, não só foram calculados em relação a um triénio (1980-1982), desta forma atenuando as variações anuais ocasionais, como permitem ainda a comparação distrital correcta da mortalidade por diversos tipos de neoplasias malignas, independentemente da distribuição etárias das populações dos nossos 18 distritos e 2 Regiões Autónomas.

Não nos é possível mostrar os quadros e mapas cartogramas (mais de 40) que preparámos para cerca de 20 «diagnósticos» diferentes (loca-

(*) Em publicação pelo DEPS, que patrocinou esta investigação sobre a distribuição distrital do Cancro em Portugal, realizada por L. Cayolla da Motta e J. M. Falcão em 1985/86.

(**) Em inglês, «S.M.R.»: Standardized mortality ratios.

lizações) de cancro em Portugal, no início da presente década. A título ilustrativo e por curiosidade mostrarei apenas alguns que revelam, de forma mais clara, as marcadas *diferenças regionais da mortalidade* (e, naturalmente, da *incidência*) de certos tipos de neoplasias malignas entre nós (Fig. 6 e 7 e diapositivos):

- Total de tumores malignos (01-14, lista tab. CID-9) passar diap. e comentar
- Tumor maligno no esófago (090, lista tab. CID-9) passar diap. e comentar
- Tumor maligno no estômago (091, lista tab. CID-9) passar diap. e comentar
- Tumor maligno no cólon (093, lista tab. CID-9) passar diap. e comentar
- Tumor maligno no pâncreas (096, lista tab. CID-9) passar diap. e comentar
- Tumor maligno da laringe (100, lista tab. CID-9) passar diap. e comentar
- Tumor maligno dos brônquios e pulmões (101, lista tab. CID-9) passar diap. e comentar
- Tumor maligno da mama feminina (113, lista tab. CID-9) passar diap. e comentar
- Tumor maligno do útero (120, lista tab. CID-9) passar diap. e comentar
- Tumor maligno da bexiga e vias urin. (126, lista tab. CID-9) passar diap. e comentar
- Leucemias (todos os tipos) (141, lista tab. CID-9) passar diap. e comentar

Resumindo e simplificando grosseiramente estes e outros resultados obtidos com base nas «razões padronizadas de mortalidade» por distritos para o triénio 1980/82 (*) podemos dizer que:

a) Nos distritos e regiões mais urbanizadas, industrializadas e desenvolvidas do país registam-se os valores mais elevados da *mortalidade por cancros da boca e faringe, dos brônquios e pulmão, do cólon, do fígado, do pâncreas, da mama, do colo do útero, da próstata, dos ossos, do encéfalo, da doença de Hodgkin e das leucemias*. A mortalidade total por neoplasias malignas segue o mesmo padrão, verificando-se os valores ajustados mais elevados nos distritos de Lisboa e Setúbal e os mais baixos nos de Castelo Branco.

b) Nos distritos e regiões do país, menos urbanizadas e desenvolvidas, sobretudo ao norte do

rio Douro e na Beira Alto, registam-se os valores mais altos dos *cancros do estômago e do esófago*. Este último é igualmente muito frequente na ilha da Madeira.

c) Nas regiões do litoral, com excepção dos distritos de Lisboa e Setúbal, verificam-se os valores mais elevados da mortalidade por *cancros da laringe e dos ossos*.

d) Nas regiões ao sul do Tejo verificam-se, com algumas excepções, os valores mais altos da mortalidade por *doença de Hodgkin* (a leucemia, pelo contrário, não revela qualquer distribuição regional particular).

e) Finalmente, nas ilhas atlânticas das Regiões Autónomas encontram-se valores elevados, superiores às médias nacionais, dos tumores malignos seguintes:

1. Nos Açores: *dos brônquios e pulmão, do colo do útero, do ovário, da próstata e dos ossos*;
2. Na Madeira: *do esófago, principalmente, e, de forma menos acentuada, dos ossos e da pele*.

Antes de terminarmos estas considerações sobre as desigualdades regionais de certas causas de morte, julgamos apropriado uma referência a uma publicação dos Serviços de Informação da Saúde de DGCS, que pela primeira vez, que sabemos, divulgou *taxas padronizadas* (ajustada à idade e por sexos, pelo método directo) de mortalidade geral e por algumas causas (doenças do aparelho circulatório, doenças cerebro-vasculares, doenças isquémicas do coração, tumores malignos e doenças e afecções mal definidas) em relação ao ano de 1984.

4) Não queremos sobrecarregar esta comunicação com os quadros respectivos, que os interessados poderão consultar nas referidas publicações da DGCS (*), mas, dado o seu interesse, por terem maior valor comparativo do que as taxas não ajustadas que atrás referimos e comentámos, permitimo-nos fazer aqui algumas breves citações:

Assim, por exemplo, quanto à taxa ajustada à idade da mortalidade geral por 100 000 habitantes (936,5 por todo o país) ela oscilou, em 1984 entre 1056 nos Açores e 1050 em Vila Real, por um lado, e 877 em Setúbal e 866 em Faro, por outro. Quanto à taxa ajustada de mortalidade por 100 000 no grupo de menos de 1 ano, os valores mais eleva-

(*) Cumpre-nos salientar que nem todas as diferenças registadas são estatisticamente significativas. Os Interessados deverão consultar os quadros do Atlas do Cancro em Portugal (1980/82), em publicação pelo DEPS.

(*) «Risco de morrer em Portugal, 1984» I e II partes, Serv. Inf. de Saúde, DGCS, 1986.

dos ocorrem no distrito de Vila Real (2630) e Bragança (2167) e nos Açores (2138) e os mais baixos nos distritos de Leiria (1230) e de Coimbra (1237).

No que respeita às *taxas ajustadas de mortalidade pelas doenças cérebro-vasculares por 100 000* (226 no país) os valores mais altos verificaram-se nos distritos de Viseu (256), Porto (255), Braga (253) e Vila Real (249), enquanto que os mais baixos ocorreram nos distritos da Guarda (195), Beja (192) e Castelo Branco (189). Tem interesse comparar estas diferenças e a hierarquização distrital baseada em valores ajustados à composição etária de cada distrito, com as decorrentes das taxas não ajustadas a que atrás fizemos referência (p. 102). Enquanto que segundo esta forma simplificada de apreciação os distritos mais penalizados pareciam ser os do Alentejo e os «melhores» Setúbal, Porto e Lisboa, pode verificar-se que uma comparação de taxas padronizadas coloca em pior posição (valores mais elevados) os do norte (de Viseu e Bragança), figurando um distrito alentejano, o de Beja, numa posição «favorável».

Quanto às *mortalidades por doenças isquémicas do coração* (27, lista tab. CID-9) as taxas distritais ajustadas à idade (82 ‰ em Portugal) variaram, sempre em 1984, entre um máximo de 129 nos Açores, com 113 em Lisboa e 109 em Beja, e um mínimo de 46 em Bragança (com valores oscilando entre 51 e 54 em Viana do Castelo, Coimbra e Castelo Branco). Ainda aqui, como se poderá comprovar, a hierarquização e os valores extremos distritais são diferentes se a apreciação é feita com base apenas em taxas não ajustadas à idade.

Seja-me permitido voltar, uma vez mais, à *mortalidade por neoplasias malignas*, já anteriormente apreciadas, quer sob o ponto de vista das taxas não ajustadas da mortalidade, quer com base em razões de mortalidade padronizadas (por idades e sexos). Gostaríamos apenas de acrescentar que, utilizando, como o fizeram os Serviços de Estatística de Saúde de DGCS, o critério das taxas padronizadas segundo o método directo (usando como base a população-padrão europeia) os valores distritais mais elevados, em relação ao total de neoplasias, correspondem aos mesmos distritos que individualizámos por meio das razões de mortalidade padronizada, isto é, aos distritos de Lisboa, Setúbal e Porto enquanto que os mais baixos correspondem aos de Castelo Branco, Viseu, Bragança e Vila Real.

O que é inegável é que, com base num ou noutro critério de apreciação, sempre se verificam no nosso pequeno país *diferenças regionais apreciáveis da mortalidade e, sem dúvida, também de morbilidade*.

Tem finalmente interesse referir e comparar as *taxas padronizadas de mortalidade por 100 000* atribuídas em 1984, às *causas desconhecidas* (incluindo a senilidade). Enquanto que, com base em *taxas não ajustadas*, os valores mais elevados se verificavam nos distritos de Vila Real, Castelo Branco e Guarda e os mais baixos nos de Lisboa e Setúbal; com base em *taxas ajustadas* à idade os valores cimeiros ocorrem nos distritos de Vila Real (256 ‰) Madeira (226), Castelo Branco (190) e Guarda (182) e os mais baixos nos Açores (21) e nos distritos de Lisboa (44), Setúbal (77) e Beja (86). Em relação a esta «causa» de morte, que indirectamente traduz o nível de assistência clínica no país, não se verificam as discrepâncias de posição quanto às duas formas de apreciação da mortalidade, ao contrário do que ocorre, por exemplo, com as afecções cérebro-vasculares e o cancro, como acima se viu.

Na realidade, quanto à imprecisão da certificação da causa de morte, o *distrito de Vila Real* continua a ocupar a pior posição do país, seja qual for o critério de apreciação.

Esta situação de Vila Real, em relação à esmagadora maioria dos indicadores de saúde (indirectos, regra geral) pode ser confirmada até por observações locais e casuais, como a de um jovem investigador de saúde pública que ainda há pouco tempo verificou e pôde documentar que, numa região interior daquele distrito, o tempo médio entre o diagnóstico clínico do cancro e a morte não excedia 6 meses.

D) Pensamos vir a propósito destes comentários sobre as *principais causas de morte* e, portanto sobre *alguns dos mais importantes problemas de saúde pública de Portugal* em meados da presente década, referir que efectuámos recentemente uma análise da mortalidade por causas e sua evolução nos últimos 10-12 anos com base num critério diferente do clássico. Trata-se da *apreciação das causas de morte em termos de «anos de vida potencial perdidos» antes do 65.º aniversário*. A metodologia seguida foi descrita em trabalho que recentemente publicámos, por intermédio do DEPS, e os resultados obtidos constam de diversos quadros que mostram, não só o número de anos potenciais perdidos, em cada sexo e no total da popu-

lação por causas principais, como também a evolução dessa «mortalidade precoce» desde o início da década de 70 até meados da década de 80. O estudo inclui também a comparação hierárquica das principais causas de morte de Portugal com as dos EUA, apreciadas com base nesse novo critério — comprovando-se, curiosamente, que não existem grandes diferenças, em 1983, quanto à respectiva ordem hierárquica.

Não pretendo sobrecarregar esta comunicação com aqueles resultados, permitindo-nos apenas mostrar aqui um único quadro (Quadro XXXVI A) que resume quais as 10 principais causas de morte em Portugal, em meados da presente década, conforme são apreciadas com base no critério clássico (taxas específicas de mortalidade por 100 000 habitantes) e no critério de «mortes prematuras» (anos de vida potencial perdidos entre o 1.º e o 65.º aniversário).

É curioso verificar como a ordem hierárquica daquelas causas se modifica conforme o critério utilizado na sua apreciação. Para só mencionar as 6 primeiras, no ano de 1983, eles ordenam-se, por forma decrescente de frequência, em relação à população total (sexos masculino e feminino) como segue:

É, por exemplo, o caso dos «acidentes» que, embora figurando em 4.º lugar quando a mortalidade específica é apreciada com base em taxas por 100 000 habitantes, passa a ocupar um 1.º lugar muito destacado quando se aprecia a mortalidade com base no número de anos de vida perdidos entre o 1.º e o 65.º aniversários. Só os acidentes causaram em 1983 a perda de mais 47 000 anos de vida potencial do que as neoplasias malignas, segunda causa de morte precoce. Por outro lado, os óbitos «precoces» devidos a afecções cérebro-vasculares, principal causa de morte entre nós, só ocupam a 4.ª posição, pois foram responsáveis por menos 96 000 óbitos precoces do que os acidentes, que vitimam muito mais indivíduos jovens do que as afecções cérebro-vasculares.

A propósito dos acidentes e do papel preponderante que desempenham na mortalidade precoce e na redução da esperança de vida acima do 1.º aniversário entre nós, cumpre-nos salientar que, na sua grande maioria, eles são *acidentes de tráfego*. Portugal ocupa infelizmente a primeira posição europeia no que diz respeito, não só à mortalidade, como também à incidência da morbilidade e da incapacidade atribuíveis aos acidentes de circulação. Segundo a Prevenção Rodo-

Com base em taxas de mortalidade específica por 100 000 habitantes	Com base no n.º de anos de vida potencial perdidos (1 - 64 anos)
Doenças cérebro-vasculares (243,1 % 000)	Acidentes (todos os acidentes) (125 473 anos)
Doenças do Coração (155,2 % 000)	Tumores malignos (38 796 anos)
Tumores malignos (148,9 % 000)	Doenças do coração (38 796 anos)
Acidentes (todos os acidentes) (55,8 % 000)	Doenças cérebro-vasculares (26 471 anos)
Cirrose hepática (32,0 % 000)	Cirrose hepática (25 050 anos)
Bronquite crónica (26,9 % 000)	Suicídios e homicídios (21 408 anos)

Verifica-se assim que entre as causas principalmente responsáveis pela mortalidade «precoce» e que deveriam, por isso mesmo, merecer particular atenção no que respeita à sua prevenção (primária e secundária, sobretudo) se salientam, teoricamente pelo menos, algumas daquelas mais vulneráveis às medidas de intervenção de carácter preventivo.

viária Portuguesa, presentemente a frequência relativa dos acidentes de tráfego em Portugal é de 3,5 a 4 vezes superior à da Suécia — e já foi 7 vezes superior, visto se ter reduzida, a partir de 1979, mantendo embora níveis muito elevados, demasiado elevados, precisamente por poderem ser em grande parte evitáveis, se todas as medidas preventivas fossem tomadas. O número de

acidentes de viação realmente ocorridos (os fatais e os outros) é consideravelmente superior ao número dos oficialmente registados: por exemplo, ainda segundo a Prevenção Rodoviária, em 1980, enquanto a Polícia de Viação e Trânsito assinalava cerca de 54 000 acidentes de viação, as companhias de seguros registavam perto de 270 000, isto é, 5 vezes mais.

Quanto aos óbitos realmente devidos a acidentes, presume-se que excedam em cerca de 1/4 a 1/3 aqueles que são certificados e oficialmente publicados como tal (Dr. Vasconcelos Marques — comunicação pessoal).

Por outro lado, é conhecida a «concentração» dos acidentes num número relativamente restrito de condutores (por exemplo, um quarto dos nossos automobilistas sofre mais de metade dos acidentes de viação automóvel, sabendo as companhias de seguros que 1/4 dos condutores sofrem pelo menos 1 acidente por ano) o que realça o importante papel que os factores individuais (humanos), desempenham na génese dos acidentes de tráfego.

Podemos em resumo afirmar que, em meados da década de 80, as *mortes violentas (acidentes, suicídios e homicídios)* e a *cirrose hepática*, isto é, mortes teoricamente evitáveis na sua maioria, foram responsáveis pela perda de quase 172 000 anos de vida perdidos antes do 65.º aniversário, o que corresponde a mais de 54 % da totalidade de anos de vida perdidos em consequência de seis principais causas de morte em Portugal. E este cálculo baseia-se em números certamente inferiores aos reais, como acima se indicou.

Estas são também as principais causas de morte prematura em países desenvolvidos, como é por exemplo o caso dos EUA. Este facto, quanto a nós, mais uma vez comprova que, no momento presente, sofremos as consequências dos piores de dois mundos: *problemas de países em desenvolvimento*, como, os atrás referidos, de altas taxas de mortalidade infantil e peri-natal e por doenças transmissíveis, ainda muito elevadas para um país europeu, e *problemas típicos de países desenvolvidos*, como as altas taxas por mortes violentas, neoplasias malignas e cirrose hepática, por exemplo. Mantemo-nos assim, no domínio da saúde — e não só — numa *situação mista*, em fase de transição, que se vem prolongando desde há pelo menos 20 anos e cujas pesadas consequências sociais e económicas em vez de se esbaterem parecem pesar cada vez mais sobre a população portuguesa.

2.3.2. Indicadores de Recursos e de Serviços de Saúde

Farei agora algumas referências a indicadores de recursos no sector da saúde, procurando demonstrar que, aqui também, existem marcadas diferenças regionais.

a) Profissionais de saúde

Começando pelo *peçoal de saúde*, a sua *distribuição distrital*, em meados da década, no que diz respeito a *médicos e enfermeiros*, consta do Quadro XXXVI, em que se indica também o número de *camas hospitalares* (excepto as de psiquiatria) por *distritos*. Trata-se de n.º absolutos, (Fig. 8) pelo que só os quadros seguintes (Quadros XXXVIII e XXXIX) nos permitem a comparação distrital feita com base, respectivamente, no *número de habitantes por profissional de saúde* (Quadro XXXVIII) e no *número de profissionais por habitante* (Quadro XXXIX).

Como se pode ver, no Quadro XXXVIII, pelo que respeita aos médicos, estes valores oscilam entre um mínimo (maior número de profissionais) de 166 habitantes por médico, no distrito de Coimbra e um máximo (menor número de profissionais disponíveis) de quase 1500 habitantes/médico, no distrito de Vila Real. Quanto ao pessoal de enfermagem os valores relativos vão de 244 habitantes por enfermeiro no distrito de Coimbra a 878 no de Viana do Castelo.

Se, por outro lado, observarmos o fenómeno (distribuição distrital de recursos humanos) com base no *indicador «profissional por 100 000 habitantes»* (Quadro XXXIX) verificamos que:

a) no que respeita a *médicos*, o seu número varia entre um mínimo de 67 ‰ em Vila Real e um máximo de 587 ‰ em Coimbra (474 ‰ em Lisboa);

b) no que se refere a *enfermeiros*, os valores oscilam entre 110 ‰ em Viseu e 409 ‰ em Coimbra (260 ‰ em Lisboa);

c) quanto ao número de *farmacêuticos*, ele varia entre 24 ‰ em Vila Real e 90 ‰ em Lisboa;

d) no que diz respeito a *dentistas*, a variação situa-se entre 1 ‰ em Bragança e na Guarda e 10 ‰ em Lisboa.

Este último quadro inclui também o *número de camas hospitalares por 100 000 habitantes*. O menor valor situa-se no distrito de Leiria, com 101

camas %₀₀₀ e o mais elevado no de Coimbra, com 420 %₀₀₀ (296 %₀₀₀ em Lisboa). É realmente menor a amplitude da variação no que respeita a camas hospitalares do que a que se refere a profissionais de saúde — o que, pensamos, é ainda outro sinal negativo, não só das nossas necessidades no campo da saúde como também das grandes desigualdades regionais que entre nós persistentemente se mantêm.

A) O quadro seguinte (Quadro XL) mostra-nos, com mais detalhe, a *distribuição distrital relativa dos médicos*, com especificação quanto às *principais carreiras*. (Note-se que não se devem adicionar estes números, dados os casos de «dupla entrada», isto é, de acumulação de «especificidades» que ainda se verifica, pelo que cada coluna deverá ser considerada independentemente). Uma observação deste quadro revela-nos, não só quanto aos *especialistas*, como também aos *clínicos gerais*, é o distrito de Bragança o que se encontra em pior (mais desfavorecida) situação, isto é, com maior número de habitantes por profissional; enquanto Lisboa, Porto e sobretudo Coimbra mostram, como seria de esperar, a «melhor» — se é que podemos equacionar melhor com o que é claramente um excesso de médicos. Com cerca de 220 habitantes por clínico geral e de 800 por especialista, o distrito de Coimbra está seguramente super-lotado, enquanto que a situação nos distritos de Bragança, Vila Real, Viseu, Guarda e Castelo Branco é claramente deficitária.

Em resumo, podemos afirmar que no nosso país existem presentemente 23 000 médicos só no Continente, ou seja uma proporção, muito razoável em qualquer país desenvolvido, de mais de 400 habitantes por médico. Estes médicos, que continuam a ser obrigatoriamente acolhidos na função pública, com garantia de acesso às carreiras existentes, distribuem-se todavia, apesar dos esforços e tentativas (débeis, convenhamos) administrativas e políticas, a concentrar-se nas cidades universitárias de Lisboa, Porto e Coimbra, onde trabalham oficialmente cerca de 80 % dos nossos clínicos e outros médicos. Não admira portanto que em certas regiões situadas, de resto, a escassos 200 quilómetros daquelas cidades, a proporção de habitantes por médico suba a cerca de 1100 como nos distritos de Beja, Braga, Castelo Branco e até Santarém, e se aproxima de 1500 nos distritos mais «remotos» de Bragança, Viana do Castelo e Vila Real.

Talvez mais triste do que estes números é o facto de, após se ter criado a figura e depois a

carreira do «clínico geral» e de, entre 1980 e 1984, quase 4300 médicos terem passado a funcionar com esta categoria, ligados aos centros de saúde, o antigo regime de postos clínicos das Caixas de Previdência, em que o médico era obrigado a ver pelo menos 12 doentes em 2 horas, ter sido substituído por outro «tão liberal», como disse recentemente o Prof. Correia de Campos que, «em cada período de quatro horas cada médico não vê mais do que 8 doentes». Isto explica, por si só, a baixa de produtividade a que aquele investigador se referiu e documentou em comunicação às VI Jornadas da Economia da Saúde (Valência, Maio de 1986) e a que nós próprios faremos de novo referência mais adiante. A propósito dos jovens clínicos gerais, que vieram beneficiar das últimas reformas e reorganização dos serviços e das carreiras, haveria ainda que realçar, entre outras atitudes que me parecem representar a antítese do que deve ser um verdadeiro generalista, como os do Reino Unido, Holanda ou Bélgica, a sua relutância, quase sistemática em fazer visitas domiciliárias — consideradas hoje fundamentais, não só quanto à eficácia e eficiência, como também quanto à humanização de um serviço de saúde moderno.

A estes factos e a estes números, que quantificam negativamente a implementação de uma política de recursos humanos, que parece reunir as características mais negativas de um sistema de Estado com as de um sistema liberal, haveria que acrescentar a baixa da qualidade e, sobretudo, a das relações humanas, mais difíceis de comprovar, mas que todos nós, sobretudo os que têm de recorrer aos serviços oficiais bem conhecem, e de que o povo largamente se queixa.

B) No que diz respeito a *enfermeiros*, cujo número total, ao contrário do dos médicos, não se pode considerar, no seu conjunto, ainda satisfatório, também se verificam importantes diferenças, como vimos atrás.

C) O quadro seguinte (Quadro XLI) indica-nos o *número de habitantes por outras importantes categorias do pessoal de saúde, por distritos*, sempre em meados da presente década. As diferenças regionais continuam a ser marcantes. Assim, por exemplo, o *número de habitantes por parteira* é de mais de 31 000 no distrito de Bragança, de 37 000 no do Porto e de 51 000 no de Setúbal. (É claro que o deficit de Setúbal, mesmo junto ao distrito de Lisboa, ou o do distrito do Porto, não terão certamente o mesmo significado do que o do distrito de Bragança, tão longe (o mais longe

possível!) dos grandes centros urbanos e hospitalares do país). Curiosamente os distritos com menos número de habitantes por parteira são os de Vila Real, Castelo Branco, Braga e Leiria.

Quanto ao *peçoal dos serviços complementares de diagnóstico e terapêutica*, os distritos em melhor posição eram, como seria de esperar, o de Lisboa (com menos de 1500 habitantes por profissional deste sector), de Coimbra (com quase 1600) e do Porto (já com 3400); enquanto que as piores posições se situam nos distritos de Leiria (quase 10 000), Viana do Castelo e Viseu (ambos com mais de 8200) e Aveiro (com 7700).

No que respeita a *peçoal do serviço social* havia 249 200 habitantes por profissional em Braga, 187 000 em Bragança, 184 000 em Beja e 142 000 em Vila Real, enquanto que estes valores baixavam a 55 700 no distrito de Faro, a 33 000 nos de Castelo Branco e Viana do Castelo e apenas a 12 600 no de Lisboa.

b) Recursos materiais (Serviços de Saúde) e Movimento dos Serviços

Debruçando-nos agora sobre alguns indicadores de recursos/equipamentos, vemos que as desigualdades regionais se mantêm.

A) Considerando, em primeiro lugar, os *Serviços de Cuidados de Saúde Primários*, podemos ver, no Quadro XLII, em relação a cada distrito, o número de *centros de saúde* existentes e respectivas *extensões (postos)*, bem como o número *total de consultas* em 1984. Mesmo entrando em linha de conta com as respectivas populações, é aparente que o movimento, medido pelo *total da procura (consultas)*, não foi equiparável, sendo geralmente menor nos distritos no interior do país.

Este movimento é pormenorizado no quadro seguinte (Quadro XLIII) que, entre outros números instrutivos, nos revela de imediato que nos distritos de Beja e de Bragança não se verificou, durante todo o ano de 1984, qualquer *consulta de estomatologia* nos respectivos centros de saúde. São também aparentemente baixos os *movimentos de saúde materna e planeamento familiar* em distritos como os de Beja, Bragança, Castelo Branco, Évora e Portalegre.

Mais elucidativos são os indicadores do quadro seguinte (Quadro XLIV) em que, sempre em relação a 1984, se indicam as *percentagens de cobertura de grávidas e de crianças de menos de 1 ano de idade pelas consultas respectivas dos serviços de cuidados de saúde primários (cen-*

tros de saúde e extensões) de cada um dos distritos do Continente. As mais baixas *coberturas de grávidas* verificaram-se (com exclusão dos de Lisboa, Porto e Coimbra, onde se situam os hospitais e maternidades centrais, bem como do de Setúbal, que recorre a Lisboa) nos distritos de Aveiro e Viseu (cerca de 29 %) e as mais altas nos de Vila Real, Viana do Castelo, Beja e Bragança (entre 38 % e quase 59 %). Os valores respeitantes à *cobertura da criança de menos de 1 ano* são muito pouco fiáveis por se basearem em valores sub estimados da natalidade — o que levou ao cálculo de percentagens superiores a 100 % em alguns distritos.

O número de *vacinações profiláticas, por doença e por distrito*, é dado no Quadro XLV. Embora se trate de *números absolutos* é aparente que não se vacina «por igual» nos diversos distritos do país, estando quase sempre em pior situação os distritos do interior.

B) Voltando-nos agora para os *Cuidados Especializados*, de entre os poucos dados estatísticos disponíveis referentes a 1984, começamos por mostrar no Quadro XLVI, o número e tipo dos *hospitais centrais, distritais e «concelhios» por cada distrito do Continente*. O mesmo quadro inclui o número *total de camas hospitalares por tipo de hospital e por distrito*. Já atrás tínhamos visto (Quadro XXXIX) que o número de camas hospitalares por habitante oscilava, naquele ano, entre um máximo de 420 por 100 000 habitantes no distrito de Coimbra, quase 300 %₀₀₀ no de Lisboa e 260 %₀₀₀ no do Porto e um mínimo de 101 %₀₀₀ em Leiria, 115 %₀₀₀ em Setúbal, 123 %₀₀₀ em Viana do Castelo, 163 %₀₀₀ em Aveiro e Braga e 172 %₀₀₀ na Guarda.

1) No Quadro XLVII resume-se o *movimento dos hospitais centrais gerais* de Portugal, no ano de 1984. O número de *consultas, de urgências e de dias de internamento* é referido a 1000 habitantes da área que cada um desses hospitais serve. São em regra mais elevados os indicadores respeitantes aos hospitais centrais de Coimbra e mais baixos os do Porto.

2) O quadro seguinte (Quadro XLVIII) inclui os *mesmos indicadores (consultas, urgências e dias de internamento, por 1000 habitantes)* em relação com os *hospitais distritais gerais*. São claramente aparentes, aqui também, as *diferenças regionais*. Assim, por exemplo, o número de *consultas* é máximo nos distritos do Alentejo (325 %₀₀₀ em Portalegre é o valor mais elevado) e mínimo nos distritos onde se situam, naturalmente, hospitais

centrais (26 ‰ no Porto, 28 ‰ em Lisboa, 69 ‰ em Coimbra). Descontando estes três distritos, as *urgências* variam entre 362 ‰ em Santarém e 131 ‰ na Guarda. Quanto ao número de *dias de internamentos por 1000 habitantes* nos hospitais distritais gerais oscilou, em 1984, sempre sem contar com os distritos que possuem hospitais centrais e Setúbal, entre 583 ‰ no distrito de Castelo Branco e 196 ‰ em Leiria.

No quadro seguinte (Quadro XLIX) referem-se alguns *indicadores de rendimento dos hospitais gerais, centrais e distritais, por distrito*. Os hospitais distritais aparecem subdivididos em «distritais propriamente ditos» e «antigos hospitais concelhios». Quanto aos *centrais* os melhores indicadores são os de Coimbra, com 94,2 de *altas por 1000 habitantes*, uma *taxa de ocupação* de 85 % e uma *demora média* de 13,2 dias, que nos de Lisboa é de quase 17 dias. Nos *hospitais distritais*, com excepção dos distritos de Lisboa, Porto, Coimbra e Setúbal, os valores das *altas* são aproximados, assim como as *taxas de ocupação*, geralmente elevadas e, portanto, satisfatórias. Contudo, a *demora média*, de apenas 7,3 dias no distrito de Leiria, sobe até 11,5 no de Faro.

3) Como era de esperar, são maiores as diferenças entre os mesmos indicadores no que respeita aos *outros hospitais distritais, ex-concelhios*; assim, por exemplo, os valores das *altas* por 1000 habitantes oscilam entre 1,7 ‰ nos do distrito de Braga e 15,3 ‰ nos de Aveiro; a *demora média* varia de 7,1 dias nos de Bragança e 17,1 ‰ nos de Castelo Branco; enquanto que a *taxa de ocupação* vai desde 26 ‰ apenas no distrito de Beja, até 78 ‰ no de Bragança. De uma maneira geral, os indicadores de rendimento destes últimos hospitais são piores do que os dos verdadeiros hospitais distritais.

C) São escassos os *indicadores* que conseguimos reunir respeitante ao número de recursos dos *serviços de saúde mental*, bem como ao respectivo *movimento e rendimento*. Eles resumem-se nos três quadros seguintes (Quadro L a LII).

O primeiro destes quadros refere o nome de todos os *serviços de saúde mental* existentes em 1984: os 6 *hospitais psiquiátricos*, os 20 *centros de saúde mental*, a *Colónia Psiquiátrica de Montachique* e a *Colónia de Arnes*. Em relação a cada um destes estabelecimentos são indicados os valores correspondentes relativos à *lotação*, *número de internamentos*, *dias de internamento*, *demora média* e *taxa de ocupação*. Esta última, que é elevada, aproximadamente de cerca de

100 %, em alguns hospitais psiquiátricos centrais, atinge só 65 % no Lorrão e valores ainda mais baixos em alguns centros de saúde mental distritais, como, por exemplo, só 25 % no de Vila Nova de Gaia e 3 % no de Braga. A *demora média* revela grandes diferenças: de 29 dias no Hospital Magalhães de Lemos a 476 dias no C.S.M. de Évora e 1832 no C.S.M. de Setúbal — valor este verdadeiramente preocupante. O mesmo quadro inclui ainda números referentes aos respectivos «*hospitais de dia*» e *movimento dos serviços ambulatoriais* dos estabelecimentos acima referidos. Os interessados poderão comprovar, por consulta a este quadro, as diferenças que, aqui também, se encontram.

O quadro seguinte (Quadro LI), menos carregado e de mais fácil consulta, resume, por distritos, o número de *camas*, de *consultas*, de *urgências*, de *personal profissional (médicos e enfermeiros)* e os principais *indicadores de rendimento*. As diferenças distritais, relativas a estes valores, são enormes. Para referir apenas alguns exemplos: pode citar-se que o número de *médicos especialistas*, que é de 103 em Lisboa, 81 no Porto e 24 em Coimbra vai descendo até 1 nos distritos de Bragança e de Leiria, não existindo qualquer psiquiatra residente no distrito da Guarda. São igualmente flagrantes as diferenças respeitantes a *personal de enfermagem especializado*: enquanto há 417 em Lisboa, só existem 4 nos distritos de Beja, Évora e Santarém e nenhum no da Guarda. Já acima se falou nas *demoras médias*, que vão de um mínimo de 6,1 dias no distrito de Braga a um máximo de 1832 dias no de Setúbal; bem como nas *taxas de ocupação*, que vão de 2,3 % em Braga até 87,8 % no Porto. Todavia, consideramos estes valores respeitantes ao movimento dos estabelecimentos psiquiátricos pouco fiável, como nos comprova a indicação de *taxas superiores a 100 %*. Seja como for, parece inegável, aqui como em outros sectores de saúde, a existência de *marcadas diferenças regionais*.

O último destes três quadros relativos a *recursos e movimento dos serviços de saúde mental* (Quadro LII) indica-nos os *valores relativos* de alguns dos números anteriores referidos. Assim, o número de *consultas externas de psiquiatria/saúde mental por 1000 habitantes* oscilou, em 1984, entre 2 ‰ no distrito de Vila Real e 23 ‰ no do Porto. Quanto aos *dias de internamento*, subiram de cerca de 1 ‰ em Braga até 592 ‰ em Coimbra, sendo a média do Continente de 144 dias por 1000 habitantes. Foi mais aproximado o

número de *altas por 1000 habitantes*, mas há valores muito baixos, como o do distrito de Setúbal onde foi de 1 por 100 000 habitantes. Verificaram-se igualmente diferenças marcadas quanto aos valores distritais de *urgências por 1000 habitantes*: de 0,11‰ em Santarém a 7,08‰ no Porto. Salienta-se, contudo, a pouca fiabilidade dos elementos estatísticos em que se basearam estes indicadores, como de resto já acima se dissera e nos foi repetido pelos serviços de estatísticas junto dos quais colhemos estes dados. (Serviço de Estatística da Saúde do DEPS).

D) Sem a preocupação de sermos exaustivos, recolhemos ainda alguns dados estatísticos respeitantes a *elementos complementares de diagnóstico* no ano de 1984. Eles estão resumidos no quadro seguinte (Quadro LIII) que inclui, em relação a cada distrito do Continente, o *número de análises clínicas, radiografias, E.C.G., e outros exames*, bem como o *respectivo valor relativo a 1000 habitantes*. Aqui também se comprovam *diferenças distritais*, por vezes marcadas. Assim, por exemplo, quanto às *análises clínicas*, enquanto se realizaram 4307‰ no distrito de Lisboa, correspondentes certamente a diversas análises por indivíduo analisado) no de Bragança apenas se efectuaram 587‰. No que respeita aos *ECG* só pouco mais de 5‰ se fizeram neste distrito de Bragança e cerca de 22‰ nos de Viana do Castelo e de Viseu, enquanto no de Lisboa se efectuaram quase 157‰ no de Coimbra, isto é, 30 vezes mais por habitante do que no distrito de Bragança. Das *radiografias* foi também, como era de esperar, o distrito de Lisboa que mostrou um valor relativo mais elevado: 424 por 1000 habitantes, verificando-se os valores mais baixos nos distritos da Guarda (97‰), Bragança (118‰), Faro (128‰) e Viseu (132‰).

Considerados *em conjunto* (todos os elementos complementares de diagnóstico) e relacionados com a população do Continente eles atingiram, em 1984, o valor médio de 2602‰, sendo máximo o respeitante ao distrito de Lisboa, com 4940 exames por 1000 habitantes, e mínimo o de Bragança, com apenas 713 exames por 1000 (isto é, cerca de 7 vezes menos do que no distrito de Lisboa). São também muito baixos os indicadores dos distritos de Viseu, Guarda, Vila Real e Viana do Castelo. Neste domínio, como em tantos outros anteriormente considerados, são sempre estes cinco últimos distritos a ocupar as piores posições, situando-se a uma tal distância do distrito melhor situado (geralmente, embora nem

sempre, o de Lisboa) que parece tratar-se de serviços, populações ou países distintos.

E) Pensou-se que teria algum interesse estudar também, sempre em relação ao mesmo ano, o *movimento distrital de próteses (dentárias e outras), ortóteses e outros dispositivos de compensação* (sobretudo *óculos*). Os dados constam do quadro seguinte (Quadro LIV) e incluem, como no anterior, *valores absolutos e relativos*, estes últimos respeitantes a 1000 habitantes. Quanto às *próteses dentárias* (as mais frequentes de todas as próteses) foram realizadas, pelos serviços de saúde, apenas cerca de 10 por 1000 habitantes, em 1984; este indicador atingiu o valor de quase 15‰ no distrito de Lisboa mas não chegou a 2‰ no distrito de Castelo Branco. Quanto aos *óculos* distribuídos pelos serviços de saúde, eles beneficiaram 98 indivíduos em cada mil no distrito de Évora e apenas 5 por 1000 no da Guarda. Um exame mesmo superficial do quadro acima referido confirma-nos, uma vez mais, as grandes diferenças regionais da doença e dos serviços de saúde e do seu movimento no nosso país.

c) Recursos financeiros

Para terminar esta referência a alguns recursos do domínio da saúde, faremos uma menção rápida e certamente não elaborada dos *principais recursos financeiros*. Eles encontram-se resumidos no Quadro LV, que procura sintetizar os *gastos públicos em saúde* no decurso de 1984, ano que, como dissemos na Introdução, foi escolhido para exemplificar a situação em meados da presente década. O quadro mostra-nos, entre outras coisas que, nesse ano, os *gastos do sector público de saúde*, representando menos de 4% do produto Nacional Bruto (3,77%) excederam o o orçamento previsto em cerca de 6000 contos e que os *gastos efectuados* corresponderam a apenas 1031 escudos por habitante.

A) A *distribuição percentual dos gastos* conforme os *grandes grupos de serviços* foi a seguinte:

- a) Administrações Regionais de Saúde (Cuidados de Saúde Primários) — 50,3 %
- b) Hospitais (Cuidados Especializados) — 47,5 %
- c) Serviços Centrais com autonomia (INSA, ENSP, etc.) — 1,3 %
- d) Outros serviços e diversos — 0,9 %

Quanto à *distribuição dos gastos por tipos de despesas*, vemos que mais de 50 % foram para pagar *salários de pessoal*, 31 % foram *transferências para o sector privado* e perto de 18 % se despenderam só em *medicamentos*, três rubricas que, pelo seu elevado quantitativo, caracterizam o nosso sector da saúde, isto é o «Serviço Nacional de Saúde», na presente década:

a) Pessoal	50,7 %
b) Consumos e outros encargos	18,6 %
c) Transferências para o sector privado	30,6 %
d) Medicamentos	17,5 %

Quanto a *investimentos*, o mesmo quadro revela-nos que a maior parte (71,3 %) foram feitos em construções e equipamentos do sector hospitalar.

B) É infelizmente impossível, por falta de dados completos e seguros, dar uma imagem de como estes investimentos e aqueles gastos se distribuírem a *nível regional* (distrital), o que lamenta, visto constituir objectivo desta comunicação demonstrar a existência de diferenças regionais e comentá-las. Contudo, conseguimos, com o apoio de dados recolhidos e divulgados pelo DEPS e pela DGFS, elaborar ainda mais alguns quadros sobre o assunto (Quadros LXVI e LXVII).

O primeiro indica-nos de que ordem foram e como se distribuíram os *investimentos do PIDDAC* em 1984, por *distritos*, com separação dos que

foram da responsabilidade das construções hospitalares dos que foram feitos directamente pelo Ministério da Saúde. De entre os distritos mais beneficiados, (Coimbra, Santarém, Lisboa e Braga) salienta-se o de Coimbra que, só por si, inclui, além dos quase 57 000 contos «correntes», mais 1 549 806 contos só para o Novo Hospital de Coimbra. Os distritos do Alentejo, Castelo Branco e Viseu, foram aqueles em que o PIDDAC menos investiu no ano de 1984 (o valor mínimo, de 22 431 contos, verificou-se no distrito de Viseu).

Quanto aos *gastos com a saúde, por distritos*, eles podem apreciar-se no Quadro LVII preparado pelo Dept. de Gestão Financeira dos Serviços de Saúde. A análise do quadro mostra-nos, entre outras coisas, que a maior capitação da gestão das ARS se verificou no distrito de Évora (8 574\$00), seguida das dos de Setúbal (8 328\$00), Lisboa (8 167\$00) e Leiria (8 134\$00), enquanto que as menores capitações se distribuíram pelos distritos habitualmente mais desfavorecidos, segundo a maioria dos indicadores de saúde: Bragança (4 735\$00), Viseu (5 132\$00), Vila Real (5 133\$00) e Braga (5 377\$00). Segundo o DGFSS a elevada capitação de gastos no distrito de Évora é habitual, tendo maior peso as capitações de «serviços próprios» e de «farmácia» (ocupando Évora a 2.ª posição nacional no que respeita a gestos com farmácia). A título de curiosidade, apontam-se, em relação a algumas rubricas daquele quadro, as posições mais altas e mais baixas quanto a *gastos com a saúde*:

PORTUGAL, 1984

Despesas com:	Posição mais alta	Posição mais baixa
a) analistas	Setúbal (500\$00)	Bragança (65\$00) (isto é 7,7 vezes menos)
b) reembolsos	Beja (413\$00)	Porto (43\$00) (quase 10 vezes menos)
c) fornecedores diversos	Lisboa (420\$00)	Bragança (8\$00) (quase 10 vezes menos)
d) farmácias	C. Branco (3384\$00)	Bragança (1339\$00)
e) serv. próprios	Portalegre (4043\$00)	Braga (1926\$00)

CUSTOS MÉDIOS		PORTUGAL, 1984			(em escudos)
Distritos	Análises	Radio- grafias	Trata- mentos MFR	Embala- gens de Medicam.	Electro- cardio- gramas
Aveiro	229\$	1077\$	147\$	308\$	447\$
Castelo Branco	186\$	993\$	186\$	628\$	561\$
Coimbra	191\$	925\$	104\$	340\$	398\$
Évora	246\$	1139\$	258\$	376\$	539\$
Lisboa	149\$	758\$	134\$	357\$	349\$
Potralegre	188\$	804\$	614\$	322\$	452\$
Porto	368\$	1639\$	3948\$	342\$	880\$
Santarém	186\$	894\$	151\$	351\$	466\$
Setúbal	226\$	1135\$	162\$	428\$	418\$
Média de todos os Distritos	198\$	937\$	159\$	352\$	441\$

Em resumo, podemos dizer que os distritos do Norte do país e ainda os dos Açores, Viseu e Guarda gastaram, *per capita*, menos do que a média nacional. Todos os outros gastaram mais, situando-se, por ordem crescente de gastos por cabeça: Setúbal, Lisboa, Leiria, Santarém, Portalegre e Évora.

Tem muito interesse ver também como se posicionam *alguns distritos* em relação com os *custos médios por análise, embalagem de medicamentos, etc.* Ainda com base em dados colhidos e tratados pela DGFSS, resumem-se a seguir alguns desses valores em relação a 1984.

Como se diz no último relatório da DGFSS são especialmente estranhos os casos (*despesas por cabeça* de certos gastos em saúde distritais) de C. Branco, Évora, Porto e Setúbal e «valerá a pena averiguar o que (ali) se passa». Acrescentaríamos nós, com absoluta concordância com o que se propõe, que, uma vez mais, se comprovam as desigualdades regionais, não só em investimentos como também em gastos.

Em último lugar desejaríamos pedir a vossa atenção para um último quadro (Quadro LVIII), elaborado também pela DGFSS em relação a 1984, em que se indicam, distrito a distrito, as *capitações de encargos com o Serviço Nacional de Saúde*, designadamente quanto aos *serviços hospitalares* e aos *cuidados de saúde primários* (que incluem as actividades de saúde pública) e no *total*. As capitações mais elevadas, quanto a *despesas totais*, verificaram-se nos distritos de Lisboa (17 252\$00), Coimbra (16 018\$00), Portalegre

(14 438\$00) e Évora (14 402\$00), enquanto as mais baixas ocorreram, como seria de esperar, nos distritos de Viseu (9 253\$00), Bragança (9 297\$00), Viana do Castelo (9 477\$00) e Braga (9 800\$00).

Quanto às *capitações hospitalares*, as mais elevadas, bem como as mais baixas, corresponderam, de uma maneira geral, aos mesmos distritos acima referidos. Pelo que diz respeito às *capitações relativas aos gastos em cuidados de saúde primários*, os distritos mais «gastadores» foram os de Évora (8 570\$00), Setúbal (8 328\$00), Lisboa (8 165\$00), Leiria (8 134\$00), Beja (7 420\$00) e Coimbra (7 152\$00), enquanto que aqueles em que se gastou menos foram os de Bragança (4 401\$00), Vila Real (5 131\$00), Viseu (5 132\$00), Braga (5 377\$00) e Viana do Castelo (5 547\$00).

3. Conclusões

Os números e indicadores que anteriormente se referiram procuram caracterizar o «quadro geral da saúde» do país, no seu conjunto complexo do estado de saúde da população e dos recursos (humanos, materiais e financeiros) disponíveis para a sua melhoria e a do melhor rendimento dos serviços de saúde nacionais, em meados da presente década.

Para além de caracterizarem uma situação de «saúde em transição», que foi aqui muito melhor analisada e resumida pelo Prof. Gonçalves Ferrei-

ra há dois anos e que, curiosamente, ainda não difere muito da situação que, nesta mesma sala, aqui apreciei e discuti há 13 anos, os indicadores que hoje referi, demonstram também as grandes diferenças que, nestes sector — como noutros, de resto — ainda hoje separam os portugueses. Diferenças que nos separam em muitos aspectos e circunstâncias, desde o nível económico e cultural até à área de residência — isto é, aquela que hoje aqui pretendemos tratar: a das diferenças de base geográfica ou regional.

De facto, como vimos, importantes diferenças separam ainda os nossos distritos, pequenas regiões de um pequeno país; em que a saúde da população e a eficácia e a eficiência dos serviços de saúde, considerando os recursos disponíveis e o que já se gasta no sector da saúde, bem podiam, não só ser melhores, como também mais homogéneos quanto ao número, nível e eficácia das suas intervenções.

Quinze anos após uma das mais importantes reformas dos serviços de saúde (a de 1971) e quase 8 anos depois da aprovação da lei de bases do Serviço Nacional de Saúde, depois de um esforço inegável e de um grande reforço de recursos humanos e financeiro, depois da aplicação de programas de cooperação com a OMS, o Concelho da Europa, os EUA, a Noruega e outros mais, após diversas reformulações e beneficiações das carreiras profissionais, incluindo a necessária e desejada criação da dos clínicos gerais, não parece termos conseguido, em termos significativos, um melhor funcionamento dos serviços, uma melhoria inegável do estado de saúde da população, nem a distribuição equitativa destes bens entre os portugueses.

Para só falar nas desigualdades regionais ou geográficas, tema desta comunicação, acabámos de mostrar que, se algumas se vão atenuando, lentamente, outras se mantêm, tão afastadas nos anos 80, como nos anos 70, 60 ou 50. Para referir apenas um dos distritos em que tais diferenças se mantêm com uma persistência que, como há pouco disse, lembra uma maldição, basta citar o de Vila Real, em que, em certos aspectos de saúde, as diferenças que o separam dos distritos mais favorecidos parecem até, por vezes, ter aumentado. Mas não é só Vila Real; também os distritos de Bragança e da Guarda, de uma maneira geral todo o Norte e Centro Norte (Beira Alta) mantêm teimosamente, apesar de tudo o que se tem estudado, dito, recomendado, financiado, feito e reforçado, as diferenças que pare-

cem isolá-las da Europa Ocidental em que politicamente já nos integrámos.

Podemos concluir que qualquer coisa, ou muitas coisas, estão mal, e desde há bastante tempo, em Portugal no sector da saúde? A resposta parece-me, infelizmente, só poder ser afirmativa.

A situação da saúde da população, bem como a organização e as condições de eficácia e de eficiência dos nossos serviços de saúde, para já não falar da quase completa falta de controle de qualidade e de humanização dos serviços, bem como as grandes diferenças que continuam a distinguir, entre nós, regiões, comunidades e indivíduos, impõem uma revisão do sistema.

Penso que não será possível uma reorganização e uma melhoria eficaz do sistema actual sem que se reveja seriamente a política de saúde, não só quanto à orgânica e funcionamento do sistema, como também quanto ao próprio sistema. Sistema esse que, para a época política foi provavelmente bem concebido nas suas intenções e nas suas linhas gerais, mas que na prática tem vindo a ser mal aplicado e que, sem dúvida, podia funcionar melhor, visto ser opinião quase unânime que não satisfaz os respectivos profissionais, nem — o que é pior — os utentes.

Julgo que podemos aproveitar a oportunidade que o nosso encontro de hoje nos oferece para começarmos a discutir estes problemas. Por que motivo e de que forma é que o S.N.S. e as numerosas reformas que se lhe seguiram não têm correspondido às expectativas? Que correcções devem ser introduzidas para que passe a ser melhor gerido, mais harmónico, socialmente mais justo, mais eficaz, mais eficiente, com mais qualidade e mais humano?

Haverá soluções alternativas, totais ou parciais? Não tenho a presunção de julgar que conheço essas soluções, mas poderíamos, talvez, discuti-las hoje aqui, em conjunto, neste dia consagrado à saúde nacional. E, se me permitem que avance apenas um exemplo de alternativas possíveis a discutir, citarei um dos paradigmas dos chamados «sistemas de manutenção da saúde» que têm surgido e continuam a surgir um pouco por todo o mundo ocidental: o sistema Kayser-Permanente, a que o Prof. Gonçalves Ferreira consagrou, aqui há uns 15 anos, um estudo de grande interesse, publicado nos Arquivos do INSA.

Outro problema que podíamos também apreciar e discutir é o da avaliação (termo que prefiro ao do controlo) do movimento e da qualidade dos

serviços médicos e de saúde. O actual director desta casa, o Prof. Aloísio Coelho, teve oportunidade, também há alguns anos, de comigo se debruçar sobre o assunto e de publicar em trabalho oportuno, com recomendações práticas — que, como não é raro entre nós, não despertou aparentemente qualquer interesse na classe médica, nem na classe política.

Finalmente lembro a necessidade, cada vez maior, de apoiarmos e prosseguirmos a investigação, não apenas no domínio bio-médico, mas também, e talvez sobretudo, no domínio do que se designa por investigação em serviços de saúde (*health service research*), com especial apoio da epidemiologia, da demografia, da bioestatística, das ciências sociais e do estudo de sistemas.

O que penso não deveremos fazer é aceitar a presente situação do nosso sistema de saúde, nem o estado geral e as desigualdades de saúde da nossa população na Europa Ocidental e a escassos 14 anos do ano 2000.

Não podemos ignorar as diferenças gritantes que neste domínio ainda separam tantos portugueses. Não podemos aceitar a má organização, a falta de planeamento a médio e longo prazo, a gestão deficiente e o baixo nível de qualidade dos serviços e dos actos prestados. Não podemos deixar de lutar pela humanização dos serviços e pela dignificação, não só dos profissionais como também dos utentes e sobretudo dos doentes e de todos aqueles que, por qualquer motivo, de carácter preventivo, curativo ou de recuperação e apoio médico-social, alguma vez precisaram dos serviços de saúde.

Agradecimentos

Agradeço reconhecidamente o apoio estatístico prestado pelo Departamento de Estudos e Planeamento (Director, Dr. L. C. Magão), nomeadamente à Chefe de Divisão de Estatística da Saúde, Dr.^a Maria Luísa Sequeira, e às Técnicas Maria Clara Francisco e Isabel Cruz, que tornaram possível a recolha e tabulação de elementos estatísticos de muitos dos quadros estatísticos que se seguem.

Aquele Departamento teve também a gentileza de me permitir a utilização de alguns cartogramas coloridos referentes à distribuição geográfica das neoplasias malignas em Portugal Continental (razões padronizadas de mortalidade, 1980/82) do primeiro «Atlas do Cancro em Portugal, 1980/82» (L. Cayolla da Motta, J. Marinho Falcão e F. Ramos) que aquele Departamento tem em publicação.

Finalmente, embora naturalmente não em último lugar, quero expressar o meu apreço e reconhecimento à Sra. D. Maria Virgínia Pinto, da Escola Nacional de Saúde Pública que, com a sua particular capacidade e habitual paciência, preparou os textos dactilografados e os quadros e figuras concebidos pelo autor, bem como as transparências respectivas.

Quadros

QUADRO I
 PORTUGAL
 POPULAÇÃO EM 31-12-84
 (Milhares)

Distritos	HM			H			M					
	Total	< 15	15 - 64	65 +	Total	< 15	15 - 64	65 +	Total	< 15	15 - 64	65 +
Aveiro	648,8	165,2	417,4	66,2	314,4	84,9	203,0	26,6	334,4	80,3	214,4	39,6
Beja	184,0	36,6	115,6	31,8	91,8	18,8	58,8	14,1	92,2	17,8	56,8	17,7
Braga	747,7	219,4	463,5	64,7	363,0	112,3	224,8	26,1	384,7	107,1	238,7	38,6
Bragança	186,9	42,9	117,2	27,0	363,0	22,3	59,3	12,3	93,0	20,6	57,9	14,7
C. Branco	230,3	43,8	143,4	42,9	111,4	22,6	70,1	18,7	118,9	21,2	73,3	24,2
Coimbra	444,7	97,0	238,8	64,0	210,8	49,6	135,5	25,7	233,9	47,4	146,3	38,3
Évora	178,3	35,8	114,8	27,8	87,0	18,3	56,0	12,6	91,3	17,5	58,8	15,2
Faro	334,6	68,9	210,5	55,1	164,7	35,3	105,2	24,1	169,9	33,6	105,3	31,0
Guarda	202,4	42,1	123,8	36,6	97,7	21,4	60,5	15,9	104,7	20,7	63,3	20,7
Leiria	432,5	99,1	280,9	52,8	211,7	50,8	138,3	22,7	220,8	48,3	142,6	30,1
Lisboa	2 113,4	480,0	1423,6	230,2	1003,2	234,6	683,5	85,3	1110,2	225,4	740,1	144,9
Portalegre	140,5	26,2	86,9	26,3	68,6	13,4	43,4	11,7	71,9	12,8	43,5	14,6
Porto	1 629,4	423,6	1062,7	143,2	786,3	217,1	515,2	54,1	843,1	206,5	547,5	89,1
Santarém	480,0	94,9	296,9	68,2	222,4	48,9	144,7	28,7	237,6	46,0	152,2	39,5
Setúbal	723,0	170,6	484,5	67,7	354,6	86,8	239,2	28,6	368,4	83,8	245,3	39,1
V. Castelo	263,5	65,1	160,6	37,5	120,9	33,3	73,1	14,7	142,6	31,8	87,5	22,8
V. Real	266,0	67,8	166,2	31,9	131,5	35,0	82,9	13,7	134,5	32,8	83,3	18,2
Viseu	427,4	108,5	259,3	59,7	207,1	56,0	126,3	25,0	220,3	52,5	133,0	34,7
Continente	9 613,4	2 267,6	6 212,3	1 133,5	4 641,0	1 161,3	3 019,1	460,5	4 972,4	1 106,3	3 193,2	673,0
Açores	250,7	70,6	145,7	34,4	124,0	36,1	73,1	14,7	126,7	34,5	72,6	19,7
Madeira	264,8	71,8	159,9	32,9	122,3	36,8	72,4	13,1	142,5	35,0	87,5	19,8
Portugal	10 128,9	2 410,2	6 517,9	1 200,7	4 887,3	1 234,2	3 164,7	488,3	5 241,6	1 176,0	3 353,2	712,4

Fonte: INE, Centro de Estudos Demográficos

QUADRO II
PORTUGAL
SUPERFÍCIE E DENSIDADE POPULACIONAL
POR DISTRITOS — 1984

Distritos	Superfície (Km²)	Densidade populacional 1984 (Hab./Km²)
Aveiro	2 808	231
Beja	10 225	18
Braga	2 673	280
Bragança	6 608	28
C. Branco	6 675	35
Coimbra	3 947	113
Évora	7 393	24
Faro	4 960	67
Guarda	5 518	37
Leiria	3 515	123
Lisboa	2 761	765
Portalegre	6 061	23
Porto	2 395	680
Santarém	6 747	68
Setúbal	5 064	143
V. Castelo	2 255	117
Vila Real	4 328	61
Viseu	5 007	85
Continente	88 944	108
Açores	2 247	112
Madeira	794	334
Portugal	91 985	110

Fonte: INE, Anuário Estatístico
Centro de Estudos Demográficos

QUADRO III
PORTUGAL
% POPULAÇÃO URBANA E RURAL
POR DISTRITO — 1981

Distritos	Centros urbanos	Centros semi-urbanos	Zonas rurais
Aveiro	9,3	14,1	76,6
Beja	10,4	25,0	64,6
Braga	13,4	2,7	83,9
Bragança	9,0	10,8	80,2
C. Branco	18,4	6,8	74,8
Coimbra	20,0	4,7	75,3
Évora	19,3	28,1	52,6
Faro	24,1	16,5	59,4
Guarda	6,8	13,0	80,2
Leiria	10,5	9,3	80,2
Lisboa	64,7	15,5	19,8
Portalegre	19,6	19,0	61,4
Porto	35,1	12,0	52,9
Santarém	9,8	26,4	63,8
Setúbal	50,6	21,5	27,9
V. Castelo	5,9	2,0	92,1
Vila Real	5,2	3,1	87,7
Viseu	4,7	5,7	89,6
Continente	30,5	13,0	56,5

Fonte: INE, Censos 81

QUADRO IV
PORTUGAL
POPULAÇÃO ACTIVA CIVIL C/ EMPREGO
P/ SECTOR DE ACTIVIDADE
Continente, 1984 (%)

S. Primário	S. Secundário	S. Terciário
24,5	34,6	40,9

Fonte: Banco de Portugal

QUADRO V
PORTUGAL
% DA POPULAÇÃO ACTIVA POR RAMOS DE ACTIVIDADE POR DISTRITOS
Continente, 1981

Distritos	Agricultura, silvicultura, caça e pesca	Indústrias extractivas	Indústrias transfor- madoras	Electrici- dade, gás e água	Constru- ções e obras públicas	Comércio, bancos, seguros, operações s/ Imóveis	Transpor- tes, arma- zéns e comunica- ções	Outros serviços
Aveiro	19,4	0,5	42,5	0,3	10,7	9,3	2,5	14,8
Beja	41,9	1,6	7,0	0,6	13,8	11,5	3,1	20,5
Braga	18,5	0,3	41,1	0,6	14,7	8,2	2,1	14,5
Bragança	5,14	0,8	5,4	1,1	12,1	7,4	3,2	18,6
C. Branco	31,8	1,3	22,3	0,5	12,5	10,1	3,7	17,8
Coimbra	24,9	0,4	19,4	1,0	13,2	11,7	4,8	24,6
Évora	34,4	4,0	13,9	0,6	9,6	12,8	3,3	21,4
Faro	24,7	0,3	11,0	0,5	16,2	24,2	4,9	18,2
Guarda	43,6	0,4	16,7	0,9	12,1	8,7	2,8	14,7
Leiria	27,1	0,3	29,8	0,4	12,1	11,2	3,4	15,7
Lisboa	4,2	0,1	23,7	0,9	8,2	19,0	8,0	35,9
Portalegre	35,7	0,5	13,0	0,9	10,7	11,3	4,2	23,7
Porto	7,6	0,6	39,0	0,8	11,5	13,7	4,4	22,4
Santarém	26,5	0,3	22,6	0,8	13,0	11,5	5,7	19,6
Setúbal	9,4	0,3	33,1	1,1	10,9	14,5	7,6	23,1
V. Castelo	46,4	0,3	12,1	0,5	16,3	8,1	2,4	13,9
Vila Real	52,8	1,4	6,2	1,0	11,3	7,2	3,1	17,0
Viseu	50,0	0,6	9,9	0,5	13,4	8,5	2,8	14,3
Continente	18,9	0,5	26,9	0,8	11,4	13,3	5,0	23,2

Fonte: INE. Censos da População, 1981

QUADRO VI
PORTUGAL
TAXAS DEMOGRÁFICAS PRINCIPAIS POR DISTRITOS
Continente, 1984

Distritos	Taxa natalidade 1984 (%)	Taxa fecundidade 1984 (%)	Taxa mortalidade 1984 (%)	Saldo fisiológico (83-84)
Aveiro	15,4	60,9	8,8	4 273
Beja	12,2	58,2	13,2	- 187
Braga	18,1	71,6	7,4	7 993
Bragança	13,1	59,7	11,0	394
C. Branco	11,5	53,5	13,5	- 476
Coimbra	12,7	53,5	11,2	660
Évora	12,3	54,9	11,7	95
Faro	12,9	59,0	11,4	508
Guarda	13,0	60,2	12,8	40
Leiria	13,7	57,0	10,2	1 529
Lisboa	12,3	47,9	8,9	7 165
Portalegre	11,4	54,3	14,1	- 385
Porto	15,7	60,0	7,9	12 690
Santarém	12,2	52,7	11,3	389
Setúbal	12,5	49,0	7,4	3 716
V. Castelo	14,2	58,6	11,1	801
Vila Real	14,6	64,1	10,6	1 047
Viseu	15,3	67,8	11,1	1 770
Continente	13,9	56,6	9,5	42 022
Açores	19,4	89,8	11,7	1 943
Madeira	16,7	66,0	9,8	1 839
Portugal	14,1	57,6	9,6	45 578

Fonte: INE, Nados Vivos e Estimativas da População Óbitos 1984

QUADRO VII
PORTUGAL
MORTALIDADE PROPORCIONAL POR DISTRITOS
Continente, 1984

Distritos	Total óbitos V.A.	< 5 anos		50 E +		65 E +	
		V.A.	%	V.A.	%	V.A.	%
Aveiro	5 735	206	3,6	4 876	85,0	3 950	68,9
Beja	2 432	43	1,8	2 226	91,5	1 892	77,8
Braga	5 515	288	5,2	4 601	83,4	3 744	67,9
Bragança	2 052	70	3,4	1 812	88,3	1 504	73,3
C. Branco	3 116	69	2,2	2 799	89,8	2 372	76,1
Coimbra	4 999	95	1,9	4 462	89,3	3 761	75,2
Évora	2 090	36	1,7	1 917	91,7	1 619	77,5
Faro	3 822	85	2,2	3 428	89,7	2 854	74,7
Guarda	2 598	50	1,9	2 351	90,5	1 985	76,4
Leiria	4 408	101	2,3	3 874	87,9	3 097	70,3
Lisboa	18 784	452	2,4	16 454	87,6	12 927	68,8
Portalegre	1 980	34	1,7	1 822	92,0	1 569	79,2
Porto	12 879	610	4,7	10 807	83,9	8 494	66,0
Santarém	5 201	95	1,8	4 635	89,1	3 842	73,9
Setúbal	5 323	156	2,9	4 537	85,2	3 500	65,8
V. Castelo	2 929	81	2,8	2 596	88,6	2 156	73,6
Vila Real	2 832	132	4,7	2 415	85,3	1 962	69,3
Viseu	4 764	135	2,8	4 223	88,6	3 573	75,0
Continente	91 459	2 738	3,0	79 835	87,3	64 801	70,9
Açores	2 922	128	4,4	2 528	86,5	2 071	70,9
Madeira	2 594	119	4,6	2 165	83,5	1 737	67,0
Portugal	97 227	2 998	3,1	84 677	87,1	68 690	70,7

Fonte: INE, Estatísticas Demográficas

QUADRO VII-A

PORTUGAL — Continente
ALGUNS OUTROS INDICADORES SOCIO-ECONÓMICOS

Taxa de analfabetismo	18,3 %
Despesas públicas em educação (em % do PIB)	3,6 %
Proteínas animais (Gr./hab./Dia) (a)	42 gr.
Consumo de energia por habitante (b)	1,24 tons. (c)
Telefones (1000 hab.) (b)	166
Televisão (1000 hab.) (a)	149

(a) 1982.

(b) 1983.

(c) Corresponde às necessidades de energia primária convertidas em toneiadas de petróleo.

QUADRO VIII

PORTUGAL
ANALFABETISMO POR DISTRITOS
Continente, 1981

Distritos	Taxa de analfabetismo 1981
Aveiro	15,34
Beja	35,09
Braga	17,68
Bragança	27,05
C. Branco	31,79
Coimbra	20,50
Évora	28,26
Faro	25,88
Guarda	26,41
Leiria	22,50
Lisboa	11,11
Portalegre	32,12
Porto	15,18
Santarém	23,42
Setúbal	16,46
V. Castelo	22,85
Vila Real	24,69
Viseu	24,04
Continente	18,34

Fonte: INE, Censo de 1981

QUADRO IX
PORTUGAL
TAXA DE DESEMPREGO,
2.º TRIMESTRE 1985

Continente
 (Sentido lato)

HM	10,2
H	6,8
M	14,9

Fonte: Banco de Portugal

QUADRO X
PORTUGAL
PRODUTOS INTERNO E NACIONAL BRUTO
(Total e por cabeça)

Produtos a preços correntes	Anos e preços do mercado	
	1983 Preços correntes	1984 Preços correntes
PIB a preços de mercado	2.279.2	2.804.2
PNB a preços de mercado	2.159.0	2.627.2

Fonte: Banco de Portugal

QUADRO X-A
PORTUGAL
PRODUTOS INTERNO E NACIONAL BRUTO
(Total e por cabeça)

Produtos a preços do mercado	A preços correntes		
	1983 Preços correntes	1984 Preços correntes	
PIB	dólares per capita	\$2156,5	\$2008,3
	escudos per capita	238,9	294,0
PNB	dólares per capita	\$2047,3	\$1867,6
	escudos per capita	226,8	273,4

Fonte: Banco de Portugal

NOTA: 1 dólar em 1983 = 110\$78
 1 dólar em 1984 = 146\$39

QUADRO XI
PORTUGAL
TAXA DE INFLAÇÃO
Continente

1984	1985
29,3	19,3

Fonte: Banco de Portugal

QUADRO XI-A

PORTUGAL — Continente

INQUÉRITO ALIMENTAR NACIONAL — 1980

(Resumo geral, por alguns grandes grupos de Alimentos, Nutrientes e Bebidas)

Consumo diário por habitante

Calorias totais (sem bebidas alcoólicas) —	2436 cal.
Hidratos de carbono —	336,4 gm — 1300 cal. (53 % das cal. totais)
Proteínas totais —	78,1 gr — 312 cal. (13 % das cal. totais)
Proteínas animais —	42,0 gr — 168 cal. (7 % das cal. totais)
Proteínas vegetais —	36,0 gr — 144 cal. (6 % das cal. totais)
Gorduras totais —	91,2 gr — 821 cal. (34 % das cal. totais)
Gorduras animais —	31,6 gr — 276 cal. (12 % das cal. totais)
Gorduras vegetais —	60,6 gr — 545 cal. (22 % das cal. totais)
Celulose (fibra) —	7,1 gr
Fruta —	167,6 gr
Leite e iogurte —	203,8 gr
Queijo —	12,0 gr
Vitamina A e caroteno —	7573 U.I.
Vitamina B ₁ —	1898 µg
Vitamina B ₂ —	1216 µg
Vitamina C —	104,7 mg
Cálcio —	701,5 mg
Ferro —	13,0 mg

Bebidas não alcoólicas:

Refrigerantes —	14,5 ml
Sumos de frutas —	12,3 ml

Bebidas alcoólicas:

Vinho —	236,6 ml, ou seja 21,29 gm de etanol
Cerveja —	9,1 ml, ou seja 0,34 gm de etanol
Bebidas destiladas —	28,4 ml, ou seja 11,25 gm de etanol

Total de bebidas alcoólicas
(em gramas por etanol) — 33,88 gr de etanol

Fonte: C.E.N., 1985 (ver Revista CEN, vol. 9, n.º 4, Out.-Dez., 1985)

Nota 1 — Os componentes das diferentes linhas do quadro supra, não devem ser adicionadas, visto alguns estarem contidos ou fazerem parte de outros e serem diferentes das unidades de medida.

Nota 2 — Segundo o CEN a contribuição ideal de cada um dos três grandes grupos de nutrientes para as calorias totais deve ser de 64 % de hidratos de carbono, 11 % de proteínas e 25 % de gorduras, sendo desejável que só 1/3 das proteínas e 40 % das gorduras sejam de origem animal.

Verifica-se que, em 1980, a população portuguesa consumia demasiadas proteínas e gorduras, sobretudo as de origem animal e poucos hidratos de carbono (e pouca fibra) em relação às proporções convenientes.

QUADRO XII
PORTUGAL
CARACTERÍSTICAS SANITÁRIAS DA HABITAÇÃO, POR DISTRITOS
 Continente, 1981

Distritos	% alojam. c/ electri- cidade	% alojam. c/ água no domicílio	% alojam. c/ esgotos	% alojam. c/ banho ou duche	% alojam. c/ água, electricidade e banho	% alojam. c/ recolha de lixo
Aveiro	96,3	68,8	89,7	56,2	55,9	71,1
Beja	67,7	46,8	43,3	27,6	26,7	76,4
Braga	89,8	62,9	88,1	48,4	47,9	32,1
Bragança	85,0	51,1	38,3	29,2	28,5	26,1
C. Branco	74,7	57,4	53,7	39,0	44,4	55,7
Coimbra	91,5	64,6	66,9	50,3	57,7	55,5
Évora	86,3	68,4	56,9	44,2	43,1	78,5
Faro	73,1	64,7	66,5	52,7	50,1	78,1
Guarda	83,6	51,5	45,1	33,0	32,1	50,6
Leiria	91,3	67,0	73,4	56,9	56,0	56,0
Lisboa	97,4	92,2	94,1	83,6	89,6	97,5
Portalegre	78,8	69,0	59,5	39,6	37,9	82,2
Porto	96,3	74,7	90,4	58,9	71,4	73,0
Santarém	85,3	64,9	70,2	52,4	50,7	73,6
Setúbal	91,0	88,5	88,4	79,4	83,7	92,9
V. Castelo	85,0	58,3	76,1	45,3	44,3	23,7
Vila Real	80,3	47,9	46,4	28,6	27,6	28,6
Viseu	81,1	45,3	58,0	32,9	31,9	34,3
Continente	90,0	72,0	78,2	58,6	62,2	69,7

Fonte: INE, II Recenseamento da Habitação, 1981

QUADRO XIII
PORTUGAL
ALGUNS INDICADORES DE SAÚDE CORRENTES — 1984

Distritos	Taxa mort. infantil (‰)	Taxa mort. neonatal (‰)	Taxa mort. perinatal (‰)	Taxa mort. pos-neonatal (‰)	Taxa mort. espec. 1-4 anos (‰/1000)	Taxa mort. materna (‰)
Aveiro	17,7	12,0	19,9	5,7	72,3	0,1
Beja	15,6	10,7	14,2	4,9	88,9	0,9
Braga	17,1	11,9	21,8	5,2	105,8	0,1
Bragança	21,7	13,5	17,5	8,2	170,0	—
C. Branco	20,1	12,1	23,2	8,0	150,9	0,4
Coimbra	12,4	9,0	17,3	3,4	105,5	0,2
Évora	14,7	9,2	13,7	5,5	44,9	—
Faro	15,2	10,6	16,0	4,6	110,5	—
Guarda	13,3	9,5	18,0	3,8	145,6	—
Leiria	12,3	7,8	14,4	4,6	114,8	0,3
Lisboa	14,5	9,5	16,4	5,0	71,9	0,2
Portalegre	15,1	11,9	21,1	3,1	156,3	—
Porto	19,7	14,2	21,7	5,5	103,9	0,3
Santarém	12,7	8,8	16,0	3,9	105,7	0,7
Setúbal	13,8	9,7	17,4	4,1	79,5	—
V. Castelo	15,6	11,3	19,9	4,3	147,4	—
Vila Real	26,3	16,2	24,2	10,1	189,9	—
Viseu	15,8	10,1	19,8	5,7	121,2	—
Continente	16,4	11,2	18,9	5,2	101,5	0,1
Açores	21,4	14,0	21,8	7,4	132,6	0,4
Madeira	19,9	11,3	22,7	8,6	180,2	—
Portugal	16,7	11,3	19,2	5,4	104,7	0,2

Fonte: INE, Estatísticas Demográficas
 Estatísticas da Saúde

QUADRO XIV
PORTUGAL
ESPERANÇA DE VIDA À NASCENÇA POR DISTRITOS
1980 - 1982

(Anos)

Distritos	1980			1979/82		
	HM	H	M	HM	H	M
Aveiro	72,63	68,99	76,15	72,64	69,00	76,16
Beja	73,65	69,92	78,01	73,66	69,83	77,99
Braga	72,38	69,04	35,54	72,39	69,05	75,54
Bragança	71,59	68,74	74,69	71,60	68,74	74,70
C. Branco	74,01	69,98	78,20	74,02	70,00	78,21
Coimbra	73,49	69,56	77,29	73,50	69,58	77,29
Évora	74,57	71,65	77,66	74,57	71,66	77,66
Faro	73,71	69,57	78,30	73,71	69,58	78,30
Guarda	72,42	68,33	76,61	74,43	68,34	76,61
Leiria	72,36	68,53	76,41	72,37	69,55	76,41
Lisboa	73,48	69,53	77,18	73,49	69,54	77,18
Portalegre	74,26	71,01	77,67	74,26	71,02	77,66
Porto	72,50	68,60	76,15	72,51	68,62	76,15
Santarém	73,15	68,99	77,53	73,16	69,00	77,53
Setúbal	74,05	70,25	78,08	74,05	70,25	78,09
V. Castelo	72,82	68,86	76,26	72,83	68,87	76,26
Vila Real	70,19	66,28	74,34	70,19	66,29	74,35
Viseu	72,14	68,21	76,05	72,15	68,22	76,06
Continente	73,05	69,26	76,83	73,06	69,27	76,93
Açores	69,52	66,03	73,20	69,53	66,05	73,21
Madeira	70,62	66,02	74,88	70,63	66,04	74,88
Portugal	72,90	69,10	76,68	72,91	69,11	75,84

Fonte: INE, Centro de Estudos Demográficos

QUADRO XIV-A
PORTUGAL
ESPERANÇA DE VIDA — 1980

	HM	H	M
1.º aniversário	73,57	69,86	77,23
65 - 69 anos (*)	16,29	14,34	17,93

(*) Só há informação neste grupo etário e não aos 65 anos.

QUADRO XV
PORTUGAL
PRINCIPAIS CAUSAS DE MORTE — 1984

Causas de morte	V. A.			Mort. proporcion.			T. mort. especific.		
	HM	H	M	HM	H	M	HM	H	M
01 - 07	978	661	317	1,0	1,3	0,7	9,7	13,6	6,1
08 - 14	15 654	8 687	6 967	16,1	17,1	15,1	155,2	178,5	133,4
181	1 368	569	799	1,4	1,1	1,7	13,6	11,7	15,3
25 - 30	42 884	20 196	22 688	44,2	39,8	49,1	425,0	415,0	434,4
25 - 260, 27, 28	15 811	8 203	7 608	16,3	16,2	16,5	156,7	168,6	145,7
29	24 201	10 632	13 569	25,0	20,9	29,4	239,9	218,5	259,8
30	2 540	1 213	1 327	2,6	2,4	2,9	25,2	24,9	25,4
31, 32	6 789	4 030	2 759	7,0	7,9	6,0	67,3	82,8	52,8
321, 322	2 604	1 368	1 236	2,7	2,7	2,7	25,8	28,1	23,7
323 - 325	2 732	1 805	927	2,8	3,6	2,0	27,1	37,1	17,8
347	3 037	2 172	865	3,1	4,3	1,9	30,1	44,6	16,6
44	633	360	273	0,7	0,7	0,6	6,3	7,4	5,2
45	1 151	691	460	1,2	1,4	1,0	11,4	14,2	8,8
46	11 955	5 200	6 755	12,3	10,2	14,6	118,5	106,9	129,3
E 47 - E 53	5 130	3 752	1 378	5,3	7,4	3,0	50,9	77,1	26,4
E 54 - E 55	1 195	839	356	1,2	1,7	0,8	11,8	17,2	6,8

QUADROS XVI A XXXVI

A ordem das linhas correspondentes a **Causas de Morte** destes quadros não é idêntica à do QUADRO XV, isto é, não seguem exactamente a ordem numérica da CID-9, mas sim a da maioria dos quadros deste tipo publicados pelo C.D.C. do Serviço de Saúde dos E.U.A.

QUADROS XVI A XXXVI

A ordem das linhas correspondentes a **Causas de Morte** destes quadros não é idêntica à do QUADRO XV, isto é, não seguem exactamente a ordem numérica da CID-9.

QUADRO XVI
AVEIRO — 1984

Causas de morte	V. A.			Mort. proporcion.			T. mort. especif.		
	HM	H	M	HM	H	M	HM	H	M
01 - 07	41	24	17	0,7	0,8	0,6	6,4	7,7	5,1
08 - 14	835	467	368	14,6	16,1	13,0	129,5	149,6	110,6
25 - 30	2399	1094	1305	41,8	37,6	46,2	372,1	350,4	392,4
25, 260, 27, 28	945	482	463	16,5	16,6	16,4	146,6	154,4	139,2
29	1347	560	787	23,5	19,3	27,9	208,9	179,4	236,6
46	828	306	522	14,4	10,5	18,5	128,4	98,0	157,0
31, 32	433	251	182	7,6	8,6	6,5	67,2	80,4	54,7
321, 322	142	70	72	2,5	2,4	2,6	22,0	22,4	21,7
323 - 325	195	122	73	3,4	4,2	2,6	30,2	39,1	22,0
347	235	142	93	4,1	4,9	3,3	36,5	45,5	28,0
44	47	29	18	0,8	1,0	0,6	7,3	9,3	5,4
45	87	49	38	1,5	1,7	1,3	13,5	15,7	11,4
E 47 - E 53	353	276	77	6,2	9,5	2,7	54,8	88,4	23,2
E 54 - E 55	42	26	16	0,7	0,9	0,6	6,5	8,3	4,8
181	69	35	34	1,2	1,2	1,2	10,7	11,2	10,2
30	84	41	43	1,5	1,4	1,5	13,0	13,1	12,9

Fonte: INE, Óbitos 84

QUADRO XVII
BEJA — 1984

Causas de morte	V. A.			Mort. proporcional.			T. mort. especif.		
	HM	H	M	HM	H	M	HM	H	M
01 - 07	23	19	4	1,0	1,4	0,4	12,5	20,6	4,3
08 - 14	400	260	140	16,5	18,8	13,4	216,5	282,0	151,2
25 - 30	1129	596	533	16,5	18,8	13,4	216,5	282,0	151,2
25, 260, 27, 28	500	270	230	20,6	19,5	22,0	270,6	292,8	248,4
29	545	282	263	22,4	20,3	25,2	294,9	305,9	284,0
46	243	97	146	10,0	7,0	14,0	131,5	105,2	157,7
31, 32	152	98	54	6,3	7,1	5,2	82,3	106,3	58,3
321, 322	38	16	22	1,6	1,2	2,1	20,6	17,4	23,8
323 - 325	65	50	15	2,7	3,6	1,4	35,2	54,2	16,2
347	30	29	1	1,2	2,1	0,1	16,2	31,5	1,1
44	5	3	2	0,2	0,2	0,2	2,7	3,3	2,2
45	19	15	4	0,8	1,1	0,4	10,3	16,3	4,3
E 47 - E 53	126	93	33	5,2	6,7	3,2	68,2	100,9	35,6
E 54 - E 55	55	37	18	2,3	2,7	1,7	29,8	40,1	19,4
181	47	22	25	1,9	1,6	2,4	25,4	23,9	27,0
30	75	39	36	3,1	2,8	3,4	40,6	42,3	38,9

Fonte: INE, Óbitos 84

QUADRO XVIII
BRAGA — 1984

Causas de morte	V. A.			Mort. proporçlon.			T. mort. especif.		
	HM	H	M	HM	H	M	HM	H	M
01 - 07	49	30	19	0,9	1,0	0,7	6,6	8,3	5,0
08 - 14	827	485	342	15,0	16,8	13,0	111,4	134,7	89,4
25 - 30	2369	1083	1286	43,0	37,5	48,9	319,1	300,8	336,3
25, 260, 27, 28	794	405	389	14,4	14,0	14,8	106,9	112,5	101,7
29	1480	634	846	26,8	22,0	32,2	199,3	176,1	221,2
46	710	303	407	12,9	10,5	15,5	95,6	84,1	106,4
31, 32	494	290	204	9,0	10,1	7,8	66,5	80,5	53,4
321, 322	181	94	87	3,3	3,3	3,3	24,4	26,1	22,8
323 - 325	227	151	76	4,1	5,2	2,9	30,6	41,9	19,9
347	216	139	77	3,9	4,8	2,9	29,1	38,6	20,1
44	50	30	20	0,9	1,0	0,8	6,7	8,3	5,2
45	120	75	45	2,2	2,6	1,7	16,2	20,8	11,8
E 47 - E 53	277	216	61	5,0	7,5	2,3	37,3	60,0	16,0
E 54 - E 55	30	23	7	0,5	0,8	0,3	4,0	6,4	1,8
181	51	23	28	0,9	0,8	1,1	6,9	6,4	7,3
30	79	39	40	1,4	1,4	1,5	10,6	10,8	10,5

Fonte: INE, Óbitos 84

QUADRO XIX
BRAGANÇA — 1984

Causas de morte	V. A.			Mort. proporcion.			T. mort. especif.		
	HM	H	M	HM	H	M	HM	H	M
01 - 07	22	14	8	1,1	1,2	0,9	11,8	14,9	8,6
08 - 14	276	158	118	13,5	13,7	13,1	147,8	168,6	126,8
25 - 30	813	433	380	39,6	37,6	42,2	435,2	462,1	408,2
25, 260, 27, 28	264	152	112	12,9	13,2	12,4	141,3	162,2	120,3
29	518	265	253	25,2	23,0	28,1	277,3	282,8	271,8
46	399	182	217	19,4	15,8	24,1	213,6	194,2	233,1
31, 32	163	95	68	7,9	8,3	7,6	87,3	101,4	73,0
321, 322	57	24	33	2,8	2,1	3,7	30,5	25,6	35,5
323 - 325	75	52	23	3,7	4,5	2,6	40,2	55,5	24,7
347	60	40	20	2,9	3,5	2,2	32,1	42,7	21,5
44	17	8	9	0,8	0,7	1,0	9,1	8,5	9,7
45	21	19	2	1,0	1,7	0,2	11,2	20,3	2,2
E 47 - E 53	89	72	17	4,3	6,3	1,9	47,6	76,8	18,3
E 54 - E 55	29	20	9	1,4	1,7	1,0	15,5	21,3	9,7
181	15	7	8	0,7	0,6	0,9	8,0	7,5	8,6
30	24	13	11	1,2	1,1	1,2	12,9	13,9	11,8

Fonte: INE, Óbitos 84

QUADRO XX
CASTELO BRANCO — 1984

Causas de morte	V. A.			Mort. proporcion.			T. mort. especif.		
	HM	H	M	HM	H	M	HM	H	M
01 - 07	29	20	9	0,9	1,2	0,6	12,6	17,9	7,5
08 - 14	377	197	180	12,1	11,5	12,9	163,1	176,4	150,8
25 - 30	1274	664	610	40,9	38,6	43,7	551,3	594,5	510,9
25, 260, 27, 28	470	247	223	15,1	14,4	16,0	203,4	221,1	186,8
29	715	372	343	23,0	21,6	24,6	309,4	333,0	287,3
46	705	316	389	22,6	18,4	27,9	305,1	282,9	325,8
31, 32	206	138	68	6,6	8,0	4,9	89,1	123,6	57,0
321, 322	57	30	27	1,8	1,8	1,9	24,7	26,9	22,6
323 - 325	86	61	25	2,8	3,6	1,8	37,2	54,6	20,9
347	89	74	15	2,9	4,3	1,1	38,5	66,3	12,6
44	20	13	7	0,6	0,8	0,5	8,7	11,6	5,9
45	24	15	9	0,8	0,9	0,6	10,4	13,4	7,5
E 47 - E 53	143	117	26	4,6	6,8	1,9	61,9	104,7	21,8
E 54 - E 55	32	27	5	1,0	1,6	0,4	13,9	24,2	4,2
181	31	11	20	1,0	0,6	1,4	13,4	9,9	16,8
30	83	43	40	2,7	2,5	2,9	35,9	38,5	33,5

Fonte : INE, Óbitos 84

QUADRO XXI
COIMBRA — 1984

Causas de morte	V. A.			Mort. proporcion.			T. mort. especif.		
	HM	H	M	HM	H	M	HM	H	M
01 - 07	46	28	18	0,9	1,1	0,7	10,3	13,3	7,7
08 - 14	740	388	352	14,8	15,4	14,2	166,8	184,6	150,8
25 - 30	2290	1091	1199	45,8	43,3	48,4	516,1	519,0	513,5
25, 260, 27, 28	789	417	372	15,8	16,6	15,0	177,8	198,4	159,3
29	1394	621	773	27,9	24,6	31,2	314,2	295,4	331,1
46	686	244	442	13,7	9,7	17,8	154,6	116,1	189,3
31, 32	312	183	129	6,2	7,3	5,2	70,3	87,1	55,3
321, 322	99	47	52	2,0	1,9	2,1	22,3	22,4	22,3
323 - 325	129	90	39	2,6	3,6	1,6	29,1	42,8	16,7
347	140	96	44	2,8	3,8	1,8	31,6	45,7	18,8
44	20	12	8	0,4	0,5	0,3	4,5	5,7	3,4
45	40	25	15	0,8	1,0	0,6	9,0	11,9	6,4
E 47 - E 53	299	215	84	6,0	8,5	3,4	67,4	102,3	35,0
E 54 - E 55	56	39	17	1,1	1,6	0,7	12,6	18,6	7,3
181	65	27	38	1,3	1,1	1,5	14,7	12,8	16,3
30	98	49	49	2,0	1,9	2,0	22,1	23,3	21,0

Fonte: INE, Óbitos 84

QUADRO XXII
ÉVORA — 1984

Causas de morte	V. A.			Mort. proporçlon.			T. mort. especif.		
	HM	H	M	HM	H	M	HM	H	M
01 - 07	10	7	3	0,5	0,6	0,3	5,6	8,0	3,3
08 - 14	325	180	145	15,6	15,6	15,5	181,8	206,4	158,3
25 - 30	936	498	438	44,8	43,2	46,7	523,5	571,1	478,2
25, 260, 27, 28	327	189	138	15,7	16,4	14,7	182,9	216,7	150,7
29	530	263	267	25,4	22,8	28,5	296,4	301,6	291,5
46	337	150	187	15,1	13,0	19,9	188,5	172,0	204,2
31, 32	121	79	42	5,8	6,9	4,5	67,7	90,6	45,9
321, 322	60	35	25	2,9	3,0	2,7	33,6	40,1	27,3
323 - 325	37	30	7	1,8	2,6	0,8	20,7	34,4	7,6
347	31	21	10	1,5	1,8	1,1	17,3	24,1	10,9
44	7	4	3	0,3	0,4	0,3	3,9	4,6	3,3
45	20	10	10	1,0	0,9	1,1	11,2	11,5	10,9
E 47 - E 53	96	71	25	4,6	6,2	2,7	53,7	81,4	27,3
E 54 - E 55	44	32	12	2,1	2,8	1,3	24,6	36,7	13,1
181	26	16	10	1,2	1,4	1,1	14,5	13,4	10,9
30	68	38	30	3,3	3,3	3,2	38,0	43,6	32,8

Fonte: INE, Óbitos 84

QUADRO XXIII
FARO — 1984

Causas de morte	V. A.			Mort. proporcion.			T. mort. especif.		
	HM	H	M	HM	H	M	HM	H	M
01 - 07	38	29	9	1,0	1,4	0,5	11,4	17,7	5,3
08 - 14	594	337	257	15,5	15,9	15,1	178,4	205,7	152,0
25 - 30	1621	814	807	42,4	38,4	47,4	486,9	497,0	477,2
25, 260, 27, 28	528	291	237	13,8	13,7	13,9	158,6	177,7	140,2
29	984	470	514	25,8	22,2	30,2	295,6	286,9	304,0
46	582	278	304	15,3	13,1	17,9	174,8	169,7	179,8
31, 32	188	117	71	4,9	5,5	4,2	56,5	71,4	42,0
321, 322	74	44	30	1,9	2,1	1,8	22,2	26,9	17,7
323 - 325	68	45	23	1,8	2,1	1,4	20,4	27,5	13,6
347	69	59	10	1,8	2,8	0,6	20,7	36,0	5,9
44	23	12	11	0,6	0,6	0,7	6,9	7,3	6,5
45	25	15	10	0,7	0,7	0,6	7,5	9,2	5,9
E 47 - E 53	259	190	69	6,8	9,0	4,1	77,8	116,0	40,8
E 54 - E 55	90	71	19	2,4	3,4	1,1	27,0	43,4	11,2
181	54	29	25	1,4	1,4	1,5	16,2	17,7	14,8
30	95	49	46	2,5	2,3	2,7	28,5	29,9	27,2

Fonte: INE, Óbitos 84

QUADRO XXIV
GUARDA — 1984

Causas de morte	V. A.			Mort. proporcion.			T. mort. especif.		
	HM	H	M	HM	H	M	HM	H	M
01 - 07	16	13	3	0,6	0,9	0,3	7,9	13,3	2,9
08 - 14	362	193	169	13,9	13,8	14,1	178,3	197,1	160,8
25 - 30	1061	532	529	40,8	38,1	44,1	522,7	543,4	503,3
25, 260, 27, 28	370	199	171	14,2	14,2	14,2	182,3	203,3	162,7
29	628	298	330	24,2	21,3	27,5	309,4	304,4	314,0
46	604	275	329	23,3	19,7	27,4	297,5	280,9	313,0
31, 32	136	89	47	5,2	6,4	3,9	67,0	90,9	44,7
321, 322	52	32	20	2,0	2,3	1,7	25,6	32,7	19,0
323 - 325	52	32	20	2,0	2,3	1,7	25,6	32,7	19,0
347	87	68	19	3,4	4,9	1,6	42,9	69,5	18,1
44	8	6	2	0,3	0,4	0,2	3,9	6,1	1,9
45	22	14	8	0,9	1,0	0,7	10,8	14,3	7,6
E 47 - E 53	119	86	33	4,6	6,2	2,8	58,6	87,8	31,4
E 54 - E 55	15	13	2	0,6	0,9	0,2	7,4	13,3	1,9
181	20	8	12	0,8	0,6	1,0	9,9	8,2	11,4
30	51	28	23	2,0	2,0	1,9	25,1	28,6	21,9

Fonte: INE, Óbitos 84

QUADRO XXV
LEIRIA — 1984

Causas de morte	V. A.			Mort. proporcion.			T. mort. especif.		
	HM	H	M	HM	H	M	HM	H	M
01 - 07	25	19	6	0,6	0,8	0,3	5,8	9,0	2,7
08 - 14	636	353	283	14,4	14,9	13,8	147,6	167,5	128,6
25 - 30	1951	937	1014	44,3	39,7	49,6	452,8	444,5	460,7
25, 260, 27, 28	569	306	263	12,9	13,0	12,9	132,1	145,2	119,5
29	1257	557	700	28,5	23,6	34,2	291,7	264,2	318,0
46	565	244	321	12,8	10,3	15,7	131,1	115,8	145,8
31, 32	228	149	79	5,2	6,3	3,9	52,9	70,7	35,9
321, 322	72	46	26	1,6	2,0	1,3	16,7	21,8	11,8
323 - 325	89	63	26	2,0	2,7	1,3	20,7	29,9	11,8
347	179	126	53	4,1	5,3	2,6	41,5	59,8	24,1
44	27	14	13	0,6	0,6	0,6	6,3	6,6	5,9
45	31	20	11	0,7	0,9	0,5	7,2	9,5	5,0
E 47 - E 53	327	251	76	7,4	10,6	3,7	75,9	119,1	34,5
E 54 - E 55	74	49	25	1,7	2,1	1,2	17,2	23,2	11,4
181	72	32	40	1,6	1,4	2,0	16,7	15,2	18,2
30	117	69	48	2,7	2,9	2,4	27,2	32,7	21,8

Fonte: INE, Óbitos 84

QUADRO XXVI
LISBOA — 1984

Causas de morte	V. A.			Mort. proporcion.			T. mort. especif.		
	HM	H	M	HM	H	M	HM	H	M
01 - 07	211	148	63	1,1	1,5	0,7	10,0	14,8	5,7
08 - 14	3807	2058	1749	20,3	21,3	19,2	180,6	205,5	158,1
25 - 30	8947	4076	4871	47,6	42,2	53,3	424,5	407,0	440,3
25, 260, 27, 28	3568	1873	1695	19,0	19,4	18,6	169,3	187,0	153,2
29	4381	1763	2618	23,3	18,3	28,7	207,9	176,0	236,6
46	908	384	524	4,8	4,0	5,7	43,1	38,3	47,4
31, 32	1281	722	559	6,8	7,5	6,1	60,8	72,1	50,5
321, 322	590	321	269	3,1	3,3	3,0	28,0	32,1	24,3
323 - 325	413	267	146	2,2	2,8	1,6	19,6	26,7	13,2
347	605	472	133	3,2	4,9	1,5	28,7	47,1	12,0
44	111	56	55	0,6	0,6	0,6	5,3	5,6	5,0
45	167	93	74	0,9	1,0	0,8	7,9	9,3	6,7
E 47 - E 53	1032	680	352	5,5	7,1	3,9	49,0	67,9	31,8
E 54 - E 55	289	200	89	1,5	2,1	1,0	13,7	19,9	8,0
181	264	101	163	1,4	1,1	1,8	12,5	10,1	14,7
30	919	408	511	4,9	4,2	5,6	43,6	40,7	46,2

Fonte: INE, Óbitos 84

QUADRO XXVII
PORTALEGRE — 1984

Causas de morte	V. A.			Mort. proporcion.			T. mort. especif.		
	HM	H	M	HM	H	M	HM	H	M
01 - 07	26	16	10	1,3	1,5	1,1	18,4	23,3	13,9
08 - 14	293	169	124	14,8	16,3	13,2	207,8	245,6	171,8
25 - 30	953	480	473	48,1	46,3	50,2	675,9	697,7	655,1
25, 260, 27, 28	343	190	153	17,3	18,3	16,2	243,3	276,2	211,9
29	565	266	299	28,5	25,7	31,7	400,7	386,6	414,1
46	233	94	139	11,8	9,1	14,7	165,3	136,6	192,5
31, 32	113	59	54	5,7	5,7	5,7	80,1	85,8	74,8
321, 322	45	18	27	2,3	1,7	2,9	31,9	26,2	37,4
323 - 325	43	31	12	2,2	3,0	1,3	30,5	45,1	16,6
347	25	22	3	1,3	2,1	0,3	17,7	31,9	4,2
44	6	5	1	0,3	0,5	0,1	4,3	7,3	1,4
45	17	12	5	0,9	1,2	0,5	12,1	17,4	6,9
E 47 - E 53	90	59	31	4,6	5,7	3,3	63,8	85,8	42,9
E 54 - E 55	41	24	17	2,1	2,3	1,8	29,1	34,9	23,6
181	33	13	20	1,7	1,3	2,1	23,4	18,9	27,7
30	40	22	18	2,0	2,1	1,9	28,4	32,0	24,9

Fonte: INE, Óbitos 84

QUADRO XXVIII
PORTO — 1984

Causas de morte	V. A.			Mort. proporcion.			T. mort. especif.		
	HM	H	M	HM	H	M	HM	H	M
01 - 07	184	130	54	1,4	2,0	0,9	11,4	16,6	6,4
08 - 14	2202	1210	992	17,1	18,6	15,6	135,9	154,8	118,3
25 - 30	5520	2401	3119	42,9	36,8	49,1	340,6	307,1	371,8
25, 260, 27, 28	2034	986	1048	15,8	15,1	16,5	125,5	126,1	124,9
29	3264	1306	1958	25,3	20,0	30,8	201,4	167,1	233,4
46	1331	654	677	10,3	10,0	10,7	82,1	83,7	80,7
31, 32	1206	702	504	9,4	10,8	7,9	74,4	89,8	60,1
321, 322	527	261	266	4,1	4,0	4,2	32,5	33,4	31,7
323 - 325	517	331	186	4,0	5,1	2,9	31,9	42,3	22,2
347	425	267	158	3,3	4,1	2,5	26,2	34,2	18,8
44	114	65	49	0,9	1,0	0,8	7,0	8,3	5,8
45	273	159	114	2,1	2,4	1,8	16,9	20,3	13,6
E 47 - E 53	505	360	145	3,9	5,5	2,3	31,2	46,1	17,3
E 54 - E 55	75	55	20	0,6	0,8	0,3	4,6	7,0	2,4
181	208	74	134	1,6	1,1	2,1	12,8	9,5	16,0
30	163	86	77	1,3	1,3	1,2	10,1	11,0	9,2

Fonte: INE, Óbitos 84

QUADRO XXIX
SANTARÉM — 1984

Causas de morte	V. A.			Mort. proporcion.			T. mort. especif.		
	HM	H	M	HM	H	M	HM	H	M
01 - 07	44	28	16	0,9	1,0	0,7	9,6	12,6	6,7
08 - 14	779	428	351	15,0	15,2	14,7	169,6	192,9	147,9
25 - 30	2236	1095	1141	43,0	38,9	47,8	486,9	493,5	480,8
25, 260, 27, 28	766	386	380	14,7	13,7	15,9	166,8	174,0	160,1
29	1328	648	680	25,5	23,0	28,5	289,2	292,0	286,6
46	764	323	441	14,7	11,5	18,5	166,4	145,6	185,8
31, 32	290	186	104	5,6	6,6	4,4	63,2	83,8	43,8
321, 322	104	61	43	2,0	2,2	1,8	22,7	27,5	18,1
323 - 325	99	71	28	1,9	2,5	1,2	21,6	32,0	11,8
347	165	134	31	3,2	4,8	1,3	35,9	60,4	13,1
44	25	17	8	0,5	0,6	0,3	5,4	7,7	3,4
45	33	20	13	0,6	0,7	0,5	7,2	9,0	5,5
E 47 - E 53	317	249	68	6,1	8,9	2,9	69,0	112,2	28,7
E 54 - E 55	100	69	31	1,9	2,5	1,3	21,8	31,1	13,1
181	62	30	32	1,2	1,1	1,3	13,5	13,5	13,5
30	128	54	74	2,5	1,9	3,1	27,9	24,3	31,2

Fonte: INE, Óbitos 84

QUADRO XXX
SETÚBAL — 1984

Causas de morte	V. A.			Mort. proporcion.			T. mort. especif.		
	HM	H	M	HM	H	M	HM	H	M
01 - 07	50	40	10	0,9	1,4	0,4	7,0	11,4	2,8
08 - 14	1015	582	433	19,1	19,9	18,1	142,4	166,3	119,3
25 - 30	2356	1112	1244	44,3	38,0	52,0	330,5	317,8	342,8
25, 260, 27, 28	897	465	432	16,9	15,9	18,1	125,8	132,9	119,0
29	1235	545	690	23,2	18,6	28,8	173,3	155,8	190,1
46	455	231	224	8,6	7,9	9,4	63,8	66,0	61,7
31, 32	309	197	112	5,8	6,7	4,7	43,4	56,3	30,9
321, 322	114	62	52	2,1	2,1	2,2	16,0	17,7	14,3
323 - 325	100	79	21	1,9	2,7	0,9	14,0	22,6	5,8
347	155	129	26	2,9	4,4	1,1	21,8	36,9	7,2
44	31	19	12	0,6	0,7	0,5	4,4	5,4	3,3
45	59	35	24	1,1	1,2	1,0	8,3	10,0	6,6
E 47 - E 53	340	259	81	6,4	8,8	3,4	47,7	74,0	22,3
E 54 - E 55	104	67	37	2,0	2,3	1,6	14,6	19,2	10,2
181	103	45	58	1,9	1,5	2,4	14,5	12,9	16,0
30	204	93	111	3,8	3,2	4,6	28,6	26,6	30,6

Fonte: INE, Óbitos 84

QUADRO XXXI
VIANA DO CASTELO — 1984

Causas de morte	V. A.			Mort. proporcion.			T. mort. especif.		
	HM	H	M	HM	H	M	HM	H	M
01 - 07	23	14	9	0,8	1,0	0,6	8,8	11,7	6,3
08 - 14	432	223	209	14,8	16,2	13,4	164,5	185,5	146,8
25 - 30	1333	537	796	45,5	39,1	51,2	507,6	446,8	559,0
25, 260, 27, 28	473	229	244	16,2	16,7	15,7	180,1	190,5	171,4
29	761	269	492	26,0	19,6	31,6	289,8	223,8	345,5
46	401	152	249	13,7	11,1	16,0	152,7	126,5	174,9
31, 32	241	137	104	8,3	9,9	6,7	91,8	114,0	73,0
321, 322	62	37	25	2,1	2,7	1,6	23,6	30,8	17,6
323 - 325	152	81	71	5,2	5,9	4,6	57,9	67,4	49,9
347	72	45	27	2,5	3,3	1,7	27,4	37,4	19,0
44	18	8	10	0,6	0,6	0,6	6,9	6,7	7,0
45	31	17	14	1,1	1,2	0,9	11,8	14,1	9,8
E 47 - E 53	151	114	37	5,2	8,3	2,4	57,5	94,8	26,0
E 54 - E 55	22	13	9	0,8	1,0	0,6	8,4	10,8	6,3
181	45	25	20	1,5	1,8	1,3	17,1	20,8	14,0
30	92	36	56	3,1	2,6	3,6	35,0	30,0	39,3

Fonte: INE, Óbitos 84

QUADRO XXXII
VILA REAL — 1984

Causas de morte	Mort. proporcion.			V. A.			T. mort. especif.		
	HM	H	M	HM	H	M	HM	H	M
01 - 07	25	15	10	0,9	1,0	0,8	9,4	11,4	7,4
08 - 14	313	181	132	11,1	11,6	10,4	117,7	137,8	98,1
25 - 30	1043	543	500	36,8	34,9	39,2	392,1	413,2	371,5
25, 260, 27, 28	317	173	144	11,2	11,1	11,3	119,2	131,7	107,0
29	700	353	347	24,7	22,7	27,2	263,2	268,7	257,8
46	705	338	367	24,9	21,7	28,8	265,0	257,2	272,7
31, 32	220	135	85	7,8	8,7	6,7	82,7	102,7	63,2
321, 322	74	37	34	2,6	2,4	2,7	27,8	28,2	25,3
323 - 325	96	60	36	3,4	3,9	2,8	36,1	45,7	26,8
347	141	100	41	5,0	6,4	3,2	53,0	76,1	30,5
44	23	15	8	0,8	1,0	0,6	8,7	11,4	5,9
45	42	25	17	1,5	1,6	1,3	15,8	19,0	12,6
E 47 - E 53	116	88	28	4,1	5,7	2,2	43,6	67,0	20,8
E 54 - E 55	20	14	6	0,7	0,9	0,5	7,5	10,7	4,5
181	23	10	13	0,8	0,6	1,0	8,7	7,6	9,7
30	24	16	8	0,9	1,0	0,6	9,0	12,2	5,9

Fonte: INE, Óbitos 84

QUADRO XXXIII
 VISEU — 1984

Causas de morte	V. A.			Mort. proporcion.			T. mort. especif.		
	HM	H	M	HM	H	M	HM	H	M
01 - 07	47	27	20	1,0	1,1	0,9	11,0	13,1	9,1
08 - 14	657	368	289	13,8	15,3	12,2	153,8	178,0	131,0
25 - 30	2190	1001	1189	46,0	41,7	50,3	512,5	484,3	539,0
25, 260, 27, 28	775	362	413	16,3	15,1	17,5	181,4	175,1	187,2
29	1343	601	742	28,2	25,1	31,4	314,3	290,8	336,4
46	750	317	433	15,7	13,2	18,3	175,5	153,4	196,3
31, 32	268	158	110	5,6	6,6	4,7	62,7	76,4	49,9
321, 322	119	67	52	2,5	2,8	2,2	27,9	32,4	23,6
323 - 325	95	60	35	2,0	2,5	1,5	22,2	29,0	15,9
347	188	117	71	4,0	4,9	3,0	44,0	56,6	32,2
44	24	15	9	0,5	0,6	0,4	5,6	7,3	4,1
45	44	27	17	0,9	1,1	0,7	10,3	13,1	7,7
E 47 - E 53	231	164	67	4,9	6,8	2,8	54,1	79,3	30,4
E 54 - E 55	46	34	12	1,0	1,4	0,5	10,8	16,5	5,4
181	48	20	28	1,0	0,8	1,2	11,2	9,7	12,7
30	59	30	29	1,2	1,3	1,2	13,8	14,5	13,2

Fonte: INE, Óbitos 84

QUADRO XXXIV
CONTINENTE — 1984

Causas de morte	V. A.			Mort. proporcion.			T. mort. especif.		
	HM	H	M	HM	H	M	HM	H	M
01 - 07	905	619	286	1,0	1,3	0,7	9,5	13,4	5,8
08 - 14	14 892	8 257	6 635	16,3	17,2	15,2	155,5	178,7	133,9
25 - 30	40 421	18 987	21 434	44,2	39,7	49,0	422,1	410,8	432,6
25, 260, 27, 28	14 729	7 622	7 107	16,1	15,9	16,2	153,8	164,9	143,4
29	22 975	10 073	12 902	25,1	21,0	29,5	239,9	217,9	260,4
46	11 206	4 888	6 318	12,3	10,2	14,4	117,0	105,8	127,5
31, 32	6 361	3 785	2 756	7,0	7,9	5,9	66,4	81,9	52,0
321, 322	2 467	1 302	1 165	2,7	2,7	2,7	25,8	28,2	23,5
323 - 325	2 538	1 676	862	2,8	3,5	2,0	26,5	36,3	17,4
347	2 912	2 080	832	3,2	4,3	1,9	29,4	45,0	16,8
44	576	331	245	0,6	0,7	0,6	6,0	7,2	4,9
45	1 075	645	430	1,2	1,4	1,0	11,2	14,0	8,7
E 47 - E 53	4 870	3 560	1 310	5,3	7,4	3,0	50,9	77,0	26,4
E 54 - E 55	1 164	813	351	1,3	1,7	0,8	12,2	17,6	7,1
181	1 236	528	708	1,4	1,1	1,6	12,9	11,4	14,3
30	2 403	1 153	1 250	2,6	2,4	2,9	25,1	25,0	25,2

Fonte: INE, Óbitos 84

QUADRO XXXV
AÇORES — 1984

Causas de morte	V. A.			Mort. proporcion.			T. mort. especif.		
	HM	H	M	HM	H	M	HM	H	M
01 - 07	40	21	19	1,4	1,4	1,4	16,0	17,0	15,1
08 - 14	402	251	151	13,8	16,3	11,0	161,1	203,4	119,7
25 - 30	1393	697	696	47,7	45,1	50,5	558,1	564,8	551,5
25, 260, 27, 28	644	361	283	22,0	23,4	20,5	258,0	292,5	224,3
29	625	283	342	21,4	18,3	24,8	250,4	229,3	271,0
46	329	120	209	11,3	7,8	15,2	131,8	97,3	165,6
31, 32	217	133	84	7,4	8,6	6,1	86,9	107,8	66,6
321, 322	60	25	35	2,1	1,6	2,5	24,0	20,3	27,7
323 - 325	122	89	33	4,2	5,8	2,4	48,9	72,1	26,2
347	76	57	19	2,6	3,7	1,4	30,5	46,2	15,1
44	36	20	16	1,2	1,3	1,2	14,4	16,2	12,7
45	39	19	20	1,3	1,2	1,5	15,6	15,4	15,9
E 47 - E 53	120	86	34	4,1	5,6	2,5	48,1	69,7	26,9
E 54 - E 55	15	14	1	0,5	0,9	0,1	6,0	11,4	0,8
181	82	28	54	2,8	1,8	3,9	32,9	22,7	42,8
30	109	45	64	3,7	2,9	4,6	43,7	36,5	50,7

Fonte: INE, Óbitos 84

QUADRO XXXVI
MADEIRA — 1984

Causas de morte	V. A.			Mort. proporcion.			T. mort. especif.		
	HM	H	M	HM	H	M	HM	H	M
01 - 07	33	21	12	1,3	1,6	1,0	12,5	17,3	8,5
08 - 14	360	179	181	13,9	13,5	14,3	136,8	147,5	127,7
25 - 30	1070	512	558	41,3	38,5	44,1	406,7	421,8	393,8
25, 260, 27, 28	438	220	218	16,9	16,6	17,2	166,5	181,2	153,9
29	601	276	325	23,2	20,8	25,7	228,4	227,4	229,4
46	420	192	228	16,2	14,5	18,0	159,6	158,2	160,9
31, 32	211	112	99	8,1	8,4	7,8	80,2	92,3	69,9
321, 322	77	41	36	3,0	3,1	2,9	29,3	33,8	25,4
323 - 325	72	40	32	2,8	3,0	2,5	27,4	33,0	22,6
347	49	35	14	1,9	2,6	1,1	18,6	28,8	9,9
44	21	9	12	0,8	0,7	1,0	8,0	7,4	8,5
45	37	27	10	1,4	2,0	0,8	14,1	22,2	7,1
E 47 - E 53	140	106	34	5,4	8,0	2,7	53,2	87,3	24,0
E 54 - E 55	16	12	4	0,6	0,9	0,3	6,1	9,9	2,8
181	50	13	37	1,9	1,0	2,9	19,0	10,7	26,1
30	28	15	13	1,1	1,1	1,0	10,6	12,4	9,2

Fonte: INE, Óbitos 84

QUADRO XXXVI-A

PORTUGAL

PRINCIPAIS CAUSAS DE MORTE EM PORTUGAL

SEGUNDO DOIS CRITÉRIOS DE APRECIÇÃO (a, b)

1983

Posição	Taxas específicas de mortalidade (p/ 100 000 habitantes) (a)	Anos de vida potencial perdidos (1-64 anos) (b)
1.ª	Doenças Cérebro-Vasculares (243,1 ^o /0000)	Acidentes (125 473 anos)
2.ª	Doenças do Coração (155,2 ^o /0000)	Tumores Malignos (78 643 anos)
3.ª	Tumores Malignos (148,5 ^o /0000)	Doenças do Coração (38 696 anos)
4.ª	Acidentes (55,8 ^o /0000)	Doenças Cérebro-Vasculares (26 471 anos)
5.ª	Cirrose Hepática (33,0 ^o /0000)	Cirrose Hepática (25 050 anos)
6.ª	Bronquite Crónica (26,9 ^o /0000)	Suicídios e Homicídios (21 408 anos)
7.ª	Pneumonia e Gripe (25,4 ^o /0000)	Pneumonia e Gripe (11 841 anos)
8.ª	Doenças Transmissíveis (18,2 ^o /0000)	Doenças Transmissíveis (40 720 anos)
9.ª	Diabetes (12,9 ^o /0000)	Bronquite Crónica (7158 anos)
10.ª	Suicídios e Homicídios (12,5 ^o /0000)	Diabetes (3799 anos)

Óbitos por causas desconhecidas e senilidade — 12,6% do total (31 279 anos).

QUADRO XXXVII

PORTUGAL
NÚMERO DE MÉDICOS, DE ENFERMEIROS E DE CAMAS
HOSPITALARES POR DISTRITO
Continente, 1984 a 1985

Distritos	N.º médicos (1985)	N.º enfermeiros (1985)	N.º camas hospitalares (1984)
Aveiro	757	786	1 059
Beja	168	255	385
Braga	632	1 106	1 212
Bragança	124	288	402
C. Branco	220	448	652
Coimbra	2 609	1 821	1 867
Évora	180	360	420
Faro	463	529	620
Guarda	154	291	349
Leiria	390	509	437
Lisboa	10 022	5 486	6 256
Portalegre	155	292	334
Porto	4 889	3 698	4 203
Santarém	452	631	541
Setúbal	1 046	950	831
V. Castelo	187	299	323
Vila Real	176	393	514
Viseu	316	469	742
Continente	22 940	18 611	21 147

Fonte: Ordem dos Médicos, 1985
 Departamento Recursos Humanos
 Departamento Gestão Financeira
 Direcção-Geral dos Cuidados de Saúde Primários

QUADRO XXXVIII

PORTUGAL

**N.º DE HABITANTES POR MÉDICO
E POR ENFERMEIRO POR DISTRITO**

Continente, 1984

Distritos	Número de habitantes por	
	Médico	Enfermeiro
Aveiro	812	828
Beja	1129	725
Braga	1038	671
Bragança	1437	649
C. Branco	1070	516
Coimbra	166	244
Évora	1007	497
Faro	757	629
Guarda	1273	698
Leiria	1063	847
Lisboa	209	384
Portalegre	926	483
Porto	304	438
Santarém	1093	728
Setúbal	717	750
V. Castelo	1330	878
Vila Real	1486	677
Viseu	1352	911
Continente	406	515

QUADRO XXXIX

PORTUGAL

NÚMERO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE E DE CAMAS HOSPITALARES POR DISTRITO

Continente, 1984

(índice (100 000 hab.))

Distritos	Cama hosp./Hab.	Médico/Hab.	Enferm./Hab.	Farmac./Hab.	Dentista/Hab.
Aveiro	163	117	121	30	3
Beja	209	91	139	31	3
Braga	163	84	148	27	2
Bragança	216	66	154	30	1
C. Branco	283	95	194	39	3
Coimbra	420	587	409	86	5
Évora	236	101	202	38	3
Faro	186	138	158	31	6
Guarda	172	77	144	37	1
Leiria	101	91	118	35	3
Lisboa	296	474	260	90	10
Portalegre	237	110	208	33	4
Porto	258	300	227	56	2
Santarém	118	99	138	41	4
Setúbal	115	145	132	28	5
V. Castelo	123	71	114	27	3
Vila Real	193	67	148	24	3
Viseu	174	74	110	34	2
Continente	220	239	194	52	4

Fonte: INE, Estimativas da População, 1984
Estatísticas da Saúde, 1984

QUADRO XL

PORTUGAL

**NÚMERO DE HABITANTES POR MÉDICOS, CONFORME
A CARREIRA RESPECTIVA POR DISTRITOS**

Continente, 1984

Distritos	Clínica geral (1985)	Hospitalares	Saúde pública	Especialistas (1985)
Aveiro	1 253	6 007	36 044	4 915
Beja	1 363	5 750	20 444	5 576
Braga	1 501	4 887	46 731	5 982
Bragança	2 077	8 126	26 700	10 383
C. Branco	1 486	5 356	57 575	4 265
Coimbra	223	1 098	15 882	827
Évora	716	4 458	19 811	5 403
Faro	987	4 584	14 548	3 127
Guarda	1 715	8 800	18 400	5 470
Leiria	1 461	6 758	21 625	5 545
Lisboa	305	1 433	54 189	695
Portalegre	1 222	3 903	15 611	3 513
Porto	499	1 779	62 669	1 122
Santarém	1 303	5 897	20 000	4 424
Setúbal	830	6 287	34 429	4 757
V. Castelo	1 063	7 750	20 269	8 234
Vila Real	1 773	7 389	38 000	10 231
Viseu	1 710	6 476	22 495	7 632
Continente	577	2 584	31 832	1 587

Fonte: Ordem dos Médicos
INE, Estimativas da População
Ministério da Saúde

QUADRO XLI

PORTUGAL

NÚMERO DE HABITANTES POR OUTRAS CATEGORIAS
DE PESSOAL DE SAÚDE POR DISTRITOS

Contínente, 1984

Hab./Pessoal Saúde

Distritos	Partelras (31/12/84)	Pessoal serv. Comp. diag. terapêutico (3/1/85)	Auxiliares sanitários (1984)	Serviço social (31/12/84)
Aveiro	40 550	7 724	27 033	81 100
Beja	92 000	4 842	9 684	184 000
Braga	11 683	6 988	373 850	249 233
Bragança	31 150	5 192	10 994	186 900
C. Branco	9 596	5 483	16 450	32 900
Coimbra	19 335	1 583	22 235	111 175
Évora	7 752	3 302	10 488	89 150
Faro	18 589	4 290	19 682	55 767
Guarda	14 457	6 529	12 650	101 200
Leiria	12 014	9 830	28 833	86 500
Lisboa	8 880	1 464	54 190	12 656
Portalegre	10 036	3 697	7 025	70 250
Porto	37 032	3 409	52 561	33 946
Santarém	15 862	4 381	18 400	92 000
Setúbal	51 643	4 409	36 150	80 333
V. Castelo	16 469	8 234	18 821	32 938
Vila Real	10 640	6 488	16 625	142 467
Viseu	22 495	8 219	13 356	—
Contínente	15 381	3 052	26 853	34 211

Fonte: D. G. R. Humanos
INE, Estatísticas da Saúde
Estimativas da População

QUADRO XLII

PORTUGAL

CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

CENTROS DE SAÚDE E SUAS EXTENSÕES E TOTAL
DE CONSULTAS POR DISTRITOS

Continente, 1984

Distritos	N.º Centros de Saúde	N.º de extensões	Consultas (Total)
Aveiro	20	118	1 155 388
Beja	14	63	313 944
Braga	13	99	1 206 607
Bragança	12	117	187 919
C. Branco	11	79	347 682
Coimbra	17	102	795 709
Évora	14	90	323 985
Faro	16	55	570 029
Guarda	14	52	273 249
Leiria	16	79	1 012 844
Lisboa	42	189	4 492 507
Portalegre	16	73	295 080
Porto	27	163	2 745 001
Santarém	21	70	9 058 114
Setúbal	13	102	1 287 111
V. Castelo	10	55	346 340
Vila Real	14	67	384 179
Viseu	24	60	470 463
Continente	314	1 633	17 066 151

Fonte: Direcção-Geral dos Cuidados de Saúde Primários



QUADRO XLIII
PORTUGAL
CENTROS DE SAÚDE
CONSULTAS POR DISTRITOS — 1984

Distritos	Saúde Materna	Planeam. Familiar	Saúde Infantil	Estomatologia	Clínica Geral	Especialidades	Total Geral
Aveiro	13 927	13 906	60 900	18 021	1 006 743	41 891	1 155 388
Beja	5 591	3 378	22 987	—	281 415	573	313 944
Braga	25 533	6 986	62 819	10 444	1 066 881	33 944	1 206 607
Bragança	4 961	1 482	15 470	—	162 292	3 714	187 919
C. Branco	5 679	3 404	27 543	7 286	300 112	3 658	347 682
Coimbra	6 032	6 447	39 395	36 969	626 324	80 542	795 709
Évora	2 341	5 809	13 472	11 775	281 358	9 230	323 985
Faro	12 599	6 511	37 663	1 365	474 836	37 055	570 029
Guarda	4 830	1 346	20 085	4 219	239 018	3 751	273 249
Leiria	14 624	12 343	52 196	20 009	855 715	57 957	1 012 844
Lisboa	13 200	21 907	52 916	183 159	3 095 671	1 125 654	4 492 507
Portalegre	3 674	3 198	10 805	3 957	267 193	6 253	295 080
Porto	24 248	31 884	93 784	108 938	2 101 785	384 362	2 745 001
Santarém	5 018	3 458	25 588	19 495	743 436	61 119	858 114
Setúbal	10 268	12 857	44 933	56 603	787 200	375 250	1 287 111
V. Castelo	10 588	8 616	44 138	3 453	250 967	28 578	346 340
Vila Real	7 636	7 970	29 317	1 849	326 274	11 133	384 179
Viseu	10 521	6 150	39 445	16 094	390 088	8 165	470 463
Continente	181 270	157 652	693 156	503 636	13 257 308	2 272 829	17 066 151

Fonte: Direcção-Geral dos Cuidados de Saúde Primários

QUADRO XLIV
PORTUGAL
CENTROS DE SAÚDE
ALGUNS INDICADORES DE COBERTURA,
NOS CENTROS DE SAÚDE (%) — 1984

Distritos	Grávidas	Crianças < 1 ano
Aveiro	28,3	78,6
Beja	45,9	104,5 (1)
Braga	38,5	48,3
Bragança	58,2	100,5 (1)
C. Branco	40,1	123,8 (1)
Coimbra	17,8	76,0
Évora	23,0	75,4
Faro	50,2	81,6
Guarda	23,5	42,8
Leiria	41,6	117,1
Lisboa	10,2	19,5
Portalegre	46,1	89,5
Porto	23,7	45,7
Santarém	15,4	27,8
Setúbal	20,2	70,5
V. Castelo	49,7	134,9 (1)
Vila Real	37,6	98,2
Viseu	28,4	60,4
Continente	26,7	59,1

Fonte: Direcção-Geral dos Cuidados de Saúde Primários
INE, Nados-Vivos e Partos, 1984

QUADRO XLV

PORTUGAL

CENTROS DE SAÚDE

NÚMERO DE INOCULAÇÕES EFECTUADAS, POR TIPO DE VACINAS, POR DISTRITOS — 1983

Distritos	Fólio	Cólera	Tifóide e Paratífóide	Sarampo	Variola	Tripla	Difteria	Tétano	BCG
Aveiro	60 475	383	13	6 392	303	39 877	54 928	100 179	16 654
Beja	12 381	1	—	1 762	—	9 786	13 642	25 571	4 365
Braga	84 937	492	2	10 018	218	60 588	91 378	166 900	15 802
Bragança	14 364	6	—	1 672	111	10 072	14 012	25 340	1 587
C. Branco	16 811	28	—	1 212	28	11 090	14 544	27 406	4 292
Coimbra	37 824	253	3	3 799	157	24 493	34 802	74 773	16 193
Évora	18 981	45	641	2 416	6	14 693	20 002	40 088	2 674
Faro	27 483	142	1	2 000	20	18 313	26 420	47 501	7 311
Guarda	16 382	15	—	1 957	15	12 732	16 681	32 758	3 072
Leiria	37 954	320	2	4 897	226	25 505	33 132	67 193	11 933
Lisboa	237 650	6 329	1 432	28 167	2 441	162 179	217 301	369 372	41 130
Portalegre	8 569	21	—	1 263	—	7 112	9 338	20 380	3 226
Porto	191 870	4 593	163	19 480	2 506	133 725	191 332	321 467	36 709
Santarém	36 492	251	—	4 074	51	26 843	36 231	73 956	12 647
Setúbal	86 099	505	13	7 333	334	59 904	82 754	142 622	9 296
V. Castelo	24 231	—	—	2 736	—	21 177	25 539	44 436	5 167
Vila Real	28 879	—	—	2 380	—	19 497	28 535	54 322	7 174
Viseu	34 760	117	—	3 059	88	29 183	40 149	73 078	9 224
Continente	976 142	13 493	2 270	104 617	6 504	686 769	950 720	1 707 402	208 546

Fonte: Direcção-Geral dos Cuidados de Saúde Primários

QUADRO XLVI

PORTUGAL
HOSPITAIS (CENTRAIS, DISTRITAIS E OUTROS) POR DISTRITOS — 1984

Distritos	Centrais		Distritais		Especializados		Distritais (ex-concelhios)	
	N.º camas		N.º camas		N.º camas		N.º camas	
Aveiro			2	585			5	474
Beja			1	310			1	75
Braga			4	1 118			1	94
Bragança			2	379			1	23
C. Branco			2	535			1	117
Coimbra	2	1 777	1	188			1	90
Évora			1	420				
Faro			2	459	1	100	1	61
Guarda			1	349				
Leiria			2	275				
Lisboa	5	5 121	3	514	3	621		
Portalegre			2	334				
Porto	3	2 886	2	336	3	450	5	531
Santarém			4	541				
Setúbal			3	431	1	180	2	220
V. Castelo			1	241			1	82
Vila Real			2	403			1	111
Viseu			2	678			1	64
Continente	10	9 784	60	10 200	8	1 351	23	2 104

Fonte : Departamento Gestão Financeira

QUADRO XLVII
PORTUGAL
HOSPITAIS CENTRAIS GERAIS
MOVIMENTO POR 1000 HABITANTES — 1984

Hospitais	Cons. externas	Urgências	Dias intern.
Lisboa	447,1	317,8	736,2
H. C. Lisboa	222,9	184,3	403,6
H. Santa Maria	129,8	129,8	202,3
H. Egas Moniz	65,9	—	73,6
H. Pulido Valente	19,6	3,7	62,6
H. Santa Cruz	8,8	—	13,0
Porto	315,6	368,4	540,1
H. S. João	111,8	163,6	269,2
H. Santo António	177,6	105,3	148,5
C. H. V. Nova Gaia	26,3	99,6	122,4
Coimbra	580,7	333,9	1243,1
H. Univ. Coimbra	380,5	146,8	824,7
C. H. Coimbra	200,3	187,1	418,5
Total	410,1	339,2	713,7

Fonte: D.G.F.S. Saúde
H. Santa Cruz
INE, Estimativas da População, 1984

QUADRO XLVIII

PORTUGAL

HOSPITAIS DISTRITAIS

MOVIMENTO POR 100 000 HABITANTES — 1984

Hosp. Distritais Gerais (84)

Distritos	Consultas externas (1000 hab.)	Urgências (1000 hab.)	Dias internamento (1000 hab.)
Aveiro	101,66	238,84	252,04
Beja	166,83	310,10	516,38
Braga	113,75	359,62	400,69
Bragança	128,80	256,23	531,56
C. Branco	150,77	327,98	582,54
Coimbra	69,01	94,41	116,03
Évora	238,59	245,61	514,82
Faro	111,18	323,17	431,13
Guarda	66,42	131,05	512,36
Leiria	72,61	193,84	196,38
Lisboa	28,12	115,60	64,62
Portalegre	325,38	292,16	591,11
Porto	26,64	86,52	51,77
Santarém	151,54	362,24	345,97
Setúbal	89,79	305,25	153,80
V. Castelo	122,25	240,15	242,88
Vila Real	97,29	257,13	372,54
Viseu	115,00	215,61	406,48
Continente	81,79	202,44	226,67

Fonte: Departamento Gestão Financeira

QUADRO XLIX

PORTUGAL
HOSPITAIS GERAIS, DISTRITAIS, ESPECIALIZADOS, CONCELHIOS
Índices de rendimento (1984)

Distritos	H. Centrais			H. Distritais			H. Especializ.			H. Dist. (ex-concelhios)		
	Alta hosp. (1)	Dem. média (2)	% ocup. (3)	Alta hosp. (1)	Dem. média (2)	% ocup. (3)	Alta hosp. (1)	Dem. média (2)	% ocup. (3)	Alta hosp. (1)	Dem. média (2)	% ocup. (3)
Aveiro				30,5	8,3	76,6				15,3	8,3	47,9
Beja				45,8	11,3	84,0				4,1	9,6	26,3
Braga				47,6	8,4	73,4				1,7	9,5	35,9
Bragança				59,8	8,9	71,8				4,9	7,1	78,0
C. Branco				59,6	9,8	68,7				6,4	17,1	59,2
Coimbra	94,2	13,2	86,2	14,7	7,9	77,2				4,3	11,9	69,9
Évora				49,2	10,5	59,7				—	—	—
Faro				37,6	11,5	86,1				5,4	8,0	64,9
Guarda				41,2	12,4	81,2				—	—	—
Leiria				26,8	7,3	84,6				5,6	16,1	65,5
Lisboa	4,3	16,9	83,2	6,6	9,7	72,8				—	—	—
Portalegre				61,2	9,7	68,1				—	—	—
Porto	37,4	14,4	83,5	6,5	7,9	68,8				7,8	8,9	58,4
Santarém				33,6	10,3	80,6				—	—	—
Setúbal				16,1	9,6	70,7				4,8	11,8	51,5
V. Castelo				28,6	8,5	72,7				3,6	13,4	42,2
Vila Real				40,7	9,2	67,4				13,8	8,4	76,4
Viseu				49,7	8,2	70,2				3,9	9,0	65,4
Continente	20,2	15,4	72,9	24,6	9,2	73,7				4,6	9,9	57,3

Fonte: Departamento Gestão Financeira
(1) Altas hospitalares por 1000 habitantes.
(2) Demora média, em dias.
(3) Percentagem de ocupação das camas.

QUADRO I
PORTUGAL
SERVIÇOS DA PSIQUIATRIA E SAÚDE MENTAL
1984 — MOVIMENTO ASSISTENCIAL

	I N T E R N A M E N T O										HOSPIT. DE				AMBULATORIO		
	Lotação	Exist. 1/1	Entradas	Saídos	Exist. 31/12	Dias Intern.	D.M.	T.O.	DIA	Con-sultas	Urgên-cias	Outros exames					
H. Conde Ferreira	630 a)	542	2 189	2 213	518	229 950	104	100.0	16	11 074	5 986	0					
H. Júlio de Matos	1 029 b)	837	1 340	1 361	816	264 811	195	70.5	0	25 734	1 987	18 211					
H. Lorrão	330	216	490	477	229	78 515	165	65.2	0	2 401	58	0					
H. Magalhães Lemos	184 c)	170	1 772	1 786	156	52 883	29	78.4	156	7 758	5 565	138					
H. Miguel Bombarda	720 d)	711	1 254	1 275	690	251 301	197	95.6	0	15 200	4 566	4 643					
H. Sobral Cid	375 e)	322	1 561	1 568	315	139 545	89	102.0	0	5 515	1 331	10 930					
Sub-Total	3 288	2 798	8 606	8 680	2 724	1 016 805	117	85.2	172	67 682	19 493	33 922					
CSM Aveiro	84	61	535	535	61	27 941	52	91.1	12	10 334	1 199	1 247					
CSM Beja	0	0	0	0	0	0	—	—	0	2 647	0	0					
CSM Braga	93	93	127	127	93	775	6	2.3	0	12 979	0	0					
CSM Bragança	55	33	246	234	45	16 928	72	84.3	0	1 422	0	0					
CSM Cast. Branco	100	62	96	95	63	22 674	239	62.1	0	1 945	0	0					
CSM Covilhã	50	14	210	214	10	7 645	36	41.9	0	1 109	0	0					
CSM Évora	80	69	54	53	70	25 233	476	86.4	0	3 918	0	12					
CSM Faro	61	61	264	268	57	19 510	73	87.6	0	6 149	0	0					
CSM Inf. Coimbra	50	19	15	25	9	5 813	233	31.9	0	14 99	0	110					
CSM Inf. Lisboa	0	0	0	0	0	0	—	—	0	4 256	0	4 873					
CSM Inf. Juv. Porto	25	18	79	77	20	7 410	96	81.2	282	10 839	0	3 444					
CSM Leiria	150	116	203	195	124	31 367	161	57.3	0	3 276	1 035	265					
CSM Penafiel	84	70	75	72	73	26 412	367	86.1	0	1 401	0	0					
CSM Portalegre	172	99	111	115	95	18 383	160	29.3	0	2 541	0	0					
CSM Santarém	0	0	0	0	0	0	—	—	36	5 943	51	0					
CSM Setúbal	50	50	7	12	45	21 985	1 832	120.5	22	4 490	0	0					
CSM Viana Castelo	240	190	336	350	176	69 073	197	78.9	0	7 797	0	0					
CSM V. N. Gaia	89	15	350	336	29	8 078	24	24.9	111	6 402	0	0					
CSM Vila Real	0	0	0	0	0	0	—	—	3	541	0	0					
CSM Viseu	170	47	534	528	53	22 259	42	35.9	0	2 593	0	0					
C. Psi. Montachique	26	16	6	4	18	6 205 f)	1 551	65.4	17	421	0	0					
C. Arnes	139	109	49	48	110	39 606	825	78.1	0	0	0	0					
Sub-Total	1 718	1 142	3 297	3 288	1 151	377 297	115	60.2	483	92 502	2 285	11 944					
Total	4 986	3 940	11 903	11 968	3 875	1 394 102	116	76.6	655	160 184	21 778	45 866					

Outros exames : psicoterapias, testes psicológicos, reduções.

a) lotação oficial : 722 camas

b) lotação oficial : 1421 camas

c) lotação oficial : 250 camas

d) lotação oficial : 823 camas

e) lotação oficial : 735 camas (técnica 592)

f) valor estimado

QUADRO LI
PORTUGAL
RECURSOS, MOVIMENTO E RENDIMENTO
SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL — 1984

Distritos	Total de camas (1984)	N.º de consultas (1984)	N.º de urgências (1984)	Médicos (Psiqu. + Psico) 1985	Enferm. 1985	Ind. rendim.	
						Dem. média	% ocupação
Aveiro	84	10 334	1 199	5	10	52,2	91,1
Beja	—	2 647	—	2	4	—	—
Braga	93	12 979	—	6	18	6,1	2,3
Bragança	55	1 422	—	1	8	72,3	84,3
C. Branco	150	3 054	—	3	16	141,7	55,4
Coimbra	894	9 415	1 389	24	233	124,4	80,7
Évora	80	3 918	—	2	4	476,1	86,4
Faro	61	6 149	—	5	12	72,8	87,6
Guarda	—	—	—	—	—	—	—
Leiria	150	3 276	1 035	1	27	160,9	57,3
Lisboa	1 775	45 611	6 553	103	417	197,8	80,6
Portalegre	172	2 541	—	3	13	159,9	29,3
Porto	1 012	37 474	11 551	81	272	72,4	87,8
Santarém	—	5 943	51	3	4	—	—
Setúbal	50	4 490	—	4	7	1832,1	120,5
V. Castelo	240	7 797	—	3	30	197,4	78,9
Vila Real	—	541	—	2	9	—	—
Viseu	170	2 593	—	2	26	42,2	35,9
Continente	4 986	160 184	21 778	250	1 100	116,5	76,6

Fonte : D.R.H.S.
 Departamento Gestão Financeira

QUADRO LII

PORTUGAL

MOVIMENTO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL
POR DISTRITOS — VALORES RELATIVOS — 1984

Distritos	Consultas externas (1000 hab.)	Dias Internamento (1000 hab.)	Altas (1000 hab.)	Urgências (1000 hab.)
Aveiro	16,92	43,06	0,82	1,84
Beja	14,38	—	—	—
Braga	17,35	1,03	0,16	—
Bragança	7,60	90,57	1,25	—
C. Branco	13,26	131,65	1,34	—
Coimbra	2,01	592,48	4,76	3,12
Évora	21,97	141,51	0,29	—
Faro	18,37	58,30	0,80	—
Guarda	—	—	—	—
Leiria	7,57	72,52	0,45	2,39
Lisboa	21,58	247,14	1,24	3,10
Portalegre	18,08	130,83	0,81	—
Porto	23,99	199,17	2,75	7,08
Santarém	12,91	—	—	0,11
Setúbal	6,21	30,40	0,01	—
V. Castelo	29,59	262,13	1,32	—
Vila Real	2,03	—	—	—
Viseu	6,06	52,08	1,23	—
Continente	16,66	145,01	1,24	2,26

QUADRO LIII
PORTUGAL
ELEMENTOS COMPLEMENTARES DE DIAGNÓSTICO — 1984

Distritos	Análises		Electrocardiogramas		Radiografias		Outros		TOTAL	
	V. A.	% hab.	V. A.	% hab.	V. A.	% hab.	V. A.	% hab.	V. A.	% hab.
Aveiro	1 236 702	1 906,1	18 908	29,1	112 172	172,9	25 100	38,7	1 392 882	2 146,9
Beja	272 698	1 482,1	8 289	45,1	58 025	315,4	8 994	48,9	348 006	1 891,3
Braga	1 393 162	1 863,3	25 476	34,1	162 850	217,8	12 077	16,2	1 593 565	2 131,3
Bragança	109 749	587,2	1 005	5,4	22 076	118,1	407	2,2	133 237	712,9
C. Branco	382 586	1 661,3	9 490	41,2	44 415	192,9	43 995	191,0	480 486	2 086,4
Coimbra	823 421	1 851,6	66 518	149,6	88 343	198,7	10 599	24,1	988 981	2 223,9
Evora	256 917	1 440,9	5 645	31,7	29 334	164,5	2 004	11,2	293 900	1 648,4
Faro	461 051	1 377,9	12 166	36,4	42 706	127,6	6 059	18,1	521 982	1 560,0
Guarda	227 186	1 122,5	7 209	35,6	19 597	96,8	5 343	26,4	259 335	1 281,3
Leiria	1 080 573	2 498,4	24 241	56,1	125 870	291,0	5 702	13,2	1 236 386	2 858,7
Lisboa	9 101 775	4 306,7	331 762	156,9	895 538	423,7	110 017	52,1	10 439 092	4 939,5
Portalegre	234 895	1 671,9	8 556	60,9	19 165	136,4	442	3,2	263 058	1 872,3
Porto	1 954 023	1 199,2	61 935	38,0	232 447	142,7	11 434	7,0	2 259 839	1 386,9
Santarém	1 176 346	2 557,3	28 831	62,7	150 202	326,5	11 622	25,3	1 367 001	2 971,7
Setúbal	1 823 060	2 521,5	53 557	74,1	242 470	335,4	33 289	46,0	2 152 376	2 970,0
V. Castelo	369 894	1 403,8	5 894	22,4	42 284	160,5	11 823	44,9	429 895	1 631,5
Vila Real	289 086	1 086,8	9 978	37,5	42 693	160,5	1 332	5,0	343 089	1 289,8
Viseu	434 421	1 016,4	9 900	23,2	56 449	132,1	8 618	20,2	509 388	1 191,8
Continente	21 627 545	2 249,7	689 360	71,7	2 386 636	248,3	308 957	32,1	25 012 498	2 601,8

Fonte: Direcção-Geral dos Cuidados de Saúde Primários
 INE, Estimativas da População

QUADRO LIV
PORTUGAL — 1984

Distritos	Próteses				Dispos. compensação				Ortóteses	
	Dentárias		Outras		Óculos		Outros			
	V. A.	% hab.	V. A.	% hab.	V. A.	% hab.	V. A.	% hab.	V. A.	% hab.
Aveiro	8 961	13,8	173	0,3	25 126	38,7	792	1,2	201	0,3
Beja	2 314	12,6	63	0,3	10 465	56,9	1 864	10,1	313	1,7
Braga	6 922	9,3	106	0,1	21 264	28,4	3 130	4,2	226	0,3
Bragança	1 087	5,8	25	0,1	4 280	22,9	236	1,3	56	0,3
C. Branco	368	1,6	2	0,01	2 209	9,6	2	0,01	44	0,2
Coimbra	4 911	11,0	148	0,3	11 033	24,8	315	0,7	197	0,4
Évora	1 238	6,9	91	0,5	17 453	97,9	640	3,6	65	0,4
Faro	927	2,8	93	0,3	7 683	23,0	248	0,7	62	0,2
Guarda	996	4,9	21	0,1	1 080	5,3	1 217	6,0	92	0,5
Leiria	8 793	20,3	127	0,3	19 347	44,7	715	1,7	219	0,5
Lisboa	30 948	14,6	407	0,2	88 514	41,9	63 222	29,9	5 828	2,8
Portalegre	975	6,9	45	0,3	5 460	38,9	258	1,8	927	6,6
Porto	5 878	3,6	19	0,01	34 913	21,4	192	0,1	—	—
Santarém	3 841	8,4	94	0,2	17 554	38,2	609	1,3	177	0,4
Setúbal	7 512	10,4	166	0,2	25 127	34,8	1 721	2,4	402	0,6
V. Castelo	2 677	10,2	33	0,1	8 471	32,2	424	1,6	61	0,2
Vila Real	1 004	3,8	39	0,3	5 076	19,1	201	0,8	83	0,3
Viseu	3 265	7,6	110	0,3	11 429	26,7	335	0,8	194	0,5
Continente	92 617	9,6	1 762	0,2	316 484	32,9	76 121	7,9	9 147	1,0

Fonte: Direcção-Geral dos Cuidados de Saúde Primários
INE, Estimativas da População

QUADRO LV
PORTUGAL
GASTOS EM SAÚDE — 1984

Gastos em saúde	1000 Esc.		Por tipo de serviços	1000 Esc.	%
Gastos do sector público em relação ao PNB (%)	3,77		Serviços Centrais c/ auton.	1 341,0	1,3
Orçamento (10 ³ Esc.)	93 867,0		Admin. Regionais de Saúde	49 816,0	50,3
Gastos efectuados (10 ³ Esc.)	99 083,0		Hospitais	47 067,0	47,5
Gastos efectuados/hab. (Esc.)	1,031.00 (1)		Outros serviços diversos	859,0	0,9
			Total	99 083,0	100,0
Investimento	1000 Esc.	%	Por tipo de despesas	1000 Esc.	%
PIDDAC (M.S.)	867,4	13,9	Pessoal	50 193,0	50,7
PIDDAC (D.G.C.H.) (2)	4 439,1	71,3	Consumos	18 455,0	18,6
Fundos próprios	924,0	14,8	Outros encargos		
			Transferências para o sector privado	30 310,0	30,6
			Medicamentos	17 299,0	17,5
Total	6 230,5	100,0	Total	99 083,0	100,0

(1) Em escudos.

(2) Inclui N. H. Coimbra.

QUADRO LVI

PORTUGAL
INVESTIMENTO (PIDDAC) REALIZADO EM 1984, POR DISTRITOS

Distrito	Investimento Construções Hospitalares	Investimento Ministério da Saúde	Total
Aveiro	170 439	20 893	191 332
Beja	6 302	74 592	80 894
Braga	418 950	28 450	447 400
Bragança	96 513	10 400	106 913
Castelo Branco	32 638	23 355	55 993
Coimbra	56 628	55 869	112 497
(HUC)	1 549 806	—	1 549 806
Évora	11 004	20 731	31 735
Faro	20 303	22 460	42 763
Guarda	21 764	10 400	32 164
Leiria	157 690	25 650	183 340
Lisboa	209 266 10 000 (*)	177 614	386 880 10 000 (*)
Portalegre	6 318	14 547	20 865
Porto	5 865	73 129	78 994
Santarém	469 877	31 131	501 008
Setúbal	233 458	28 548	262 006
Viana do Castelo	136 588	21 500	158 088
Vila Real	257 166	43 200	300 366
Viseu	1 931	20 500	22 431

(*) ENSP

Fonte: DEPS — Divisão de Programação e Controlo
Direcção-Geral das Construções Hospitalares

QUADRO LVII

PORTUGAL
ADMINISTRAÇÕES REGIONAIS DE SAÚDE
GASTOS POR UTENTE DO S.N.S. — 1984

Valores em escudos

A.R.S.	População	Análises	Radiog.	Reemb. utentes	Fornec. diversos	Hospital. privada	Farmácias	Serviços próprios	Total
Aveiro	501 997	564	240	195	516	9 *	2 269	2 155 *	5 931
Beja	145 669	348	123 *	413 *	527	56	2 248	3 705 *	7 420
Braga	577 446	442	268	228	355 *	159	1 996	1 926 *	5 377 *
Bragança	146 416	219 *	65 *	225	156 *	8 *	1 339 *	2 720	4 732 *
C. Branco	181 526	392	242	178	677	189	3 384 *	2 337	7 403
Coimbra	346 617	455	235	73 *	492	33	2 430	3 444	7 152
Évora	140 440	449	237	263 *	642	156	3 132 *	3 691 *	8 570 *
Faro	259 216	471	272	254 *	471	47	2 267	3 178	6 963
Guarda	159 115	300 *	103 *	59 *	378	92	2 247	3 616 *	6 799
Leiria	336 159	618 *	319 *	254 *	979 *	251 *	2 694	3 016	8 134 *
Lisboa	1 646 433	822 *	412 *	196 *	1 154 *	420 *	2 726 *	2 435	8 165 *
Portalegre	110 559	399	139 *	307 *	523	53	2 559	4 043 *	8 028
Porto	1 262 464	569	301	43 *	638	40	2 272	2 217 *	6 080
Santarém	358 570	609 *	374 *	252	1 021 *	223 *	2 727 *	2 892	8 101
Setúbal	549 807	749 *	500 *	177	1 100 *	344 *	2 358	3 096	8 328 *
V. Castelo	204 683	300 *	205	134	416	18	1 950 *	2 522	5 547
Vila Real	208 418	266 *	205	118	270 *	14 *	1 615 *	2 643	5 131 *
Viseu	334 665	351	227	114 *	286 *	12 *	1 864 *	2 275 *	5 132 *
Total	7 470 200	572	308	170	726	176	2 387	2 611	6 952

* Valores mais baixos.

• Valores mais elevados.

Nota: As diferenças nos somatórios resultam de arredondamentos.

QUADRO LVIII

PORTUGAL

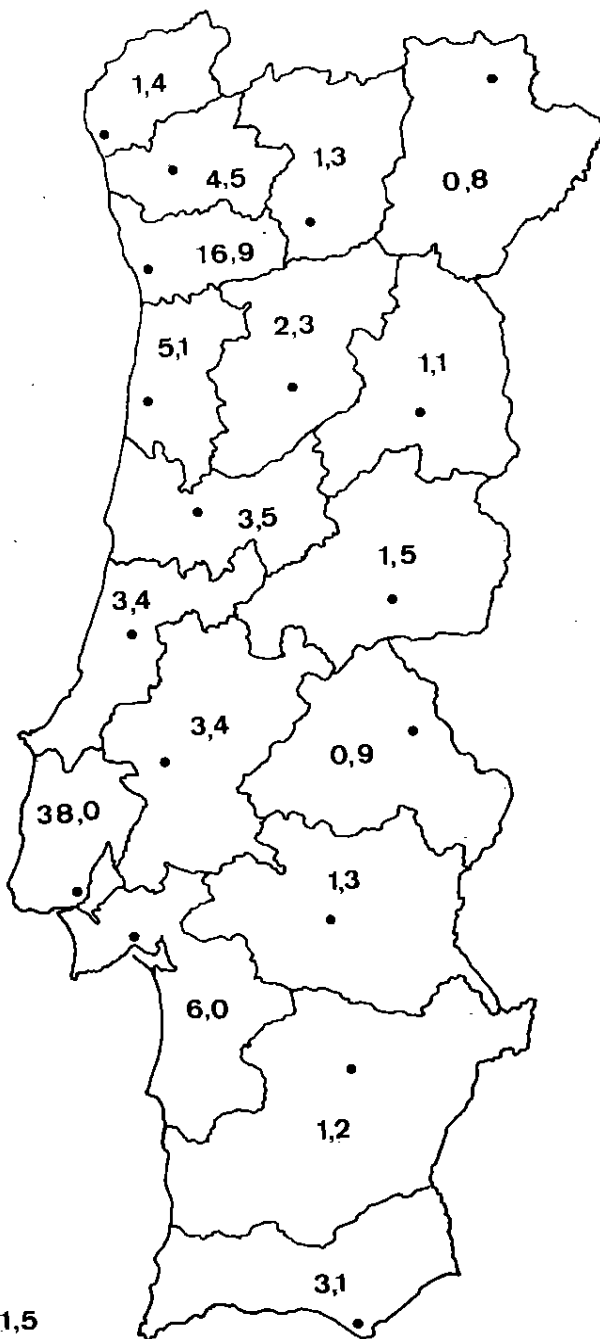
CAPITAÇÕES DOS ENCARGOS DO S.N.S. POR DISTRITOS — 1984

Distritos	População	Capitações	Capitações	Capitações
		Hospitais	Cuidados de Saúde Primários	
		(\$)	(\$)	(\$)
Aveiro	501 997	5 037	5 931	11 132
Beja	145 669	4 817	7 420	12 401
Braga	577 446	4 259 *	5 377 *	9 800 *
Bragança	146 416	4 401 *	4 732 *	9 297 *
Castelo Branco	181 526	6 303	7 403	13 870
Coimbra	346 617	8 702	7 152	16 018
Évora	140 440	5 668	8 570	14 402
Faro	259 216	4 943	6 963	12 070
Guarda	159 115	4 933	6 799	11 896
Leiria	336 159	4 997	8 134	13 295
Lisboa	1 646 433	8 923	8 165	17 252
Portalegre	110 559	6 946	8 028	14 438
Porto	1 262 464	6 046	6 080	12 290
Santarém	358 570	4 542	8 101	12 807
Setúbal	549 807	5 346	8 328	13 838
Viana do Castelo	204 683	3 766 *	5 547	9 477 *
Vila Real	208 418	5 098	5 131 *	10 393
Viseu	334 665	3 957 *	5 132 *	9 253 *
Total	7 470 200	6 127	6 952	13 243

Figuras

FIGURA 1

PODER DE COMPRA POR DISTRITOS
Indicador do poder de compra potencial



AÇORES 1,5
MADEIRA 1,8

FIGURA 2
ÍNDICE DE RENDIMENTO POR DISTRITOS
Indicador do poder de compra «efectivo»

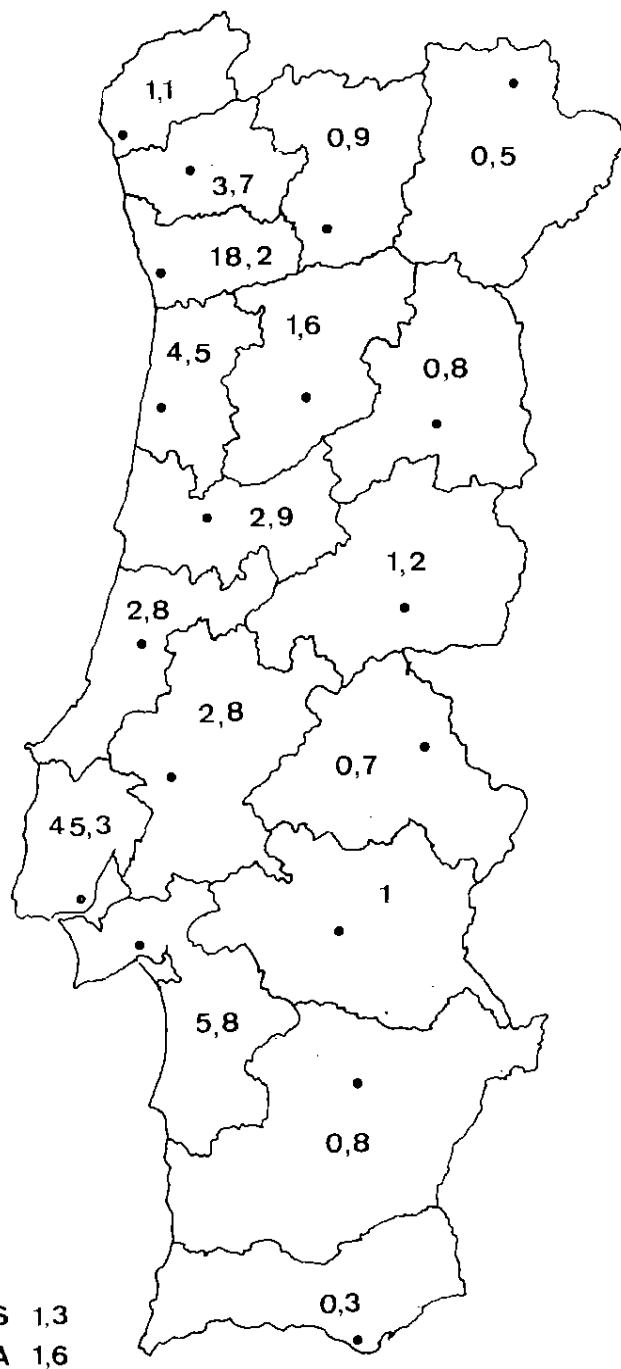


FIGURA 3
ÍNDICE DE CONSUMO (média nacional = 1)
Indicador aproximado da riqueza por habitante

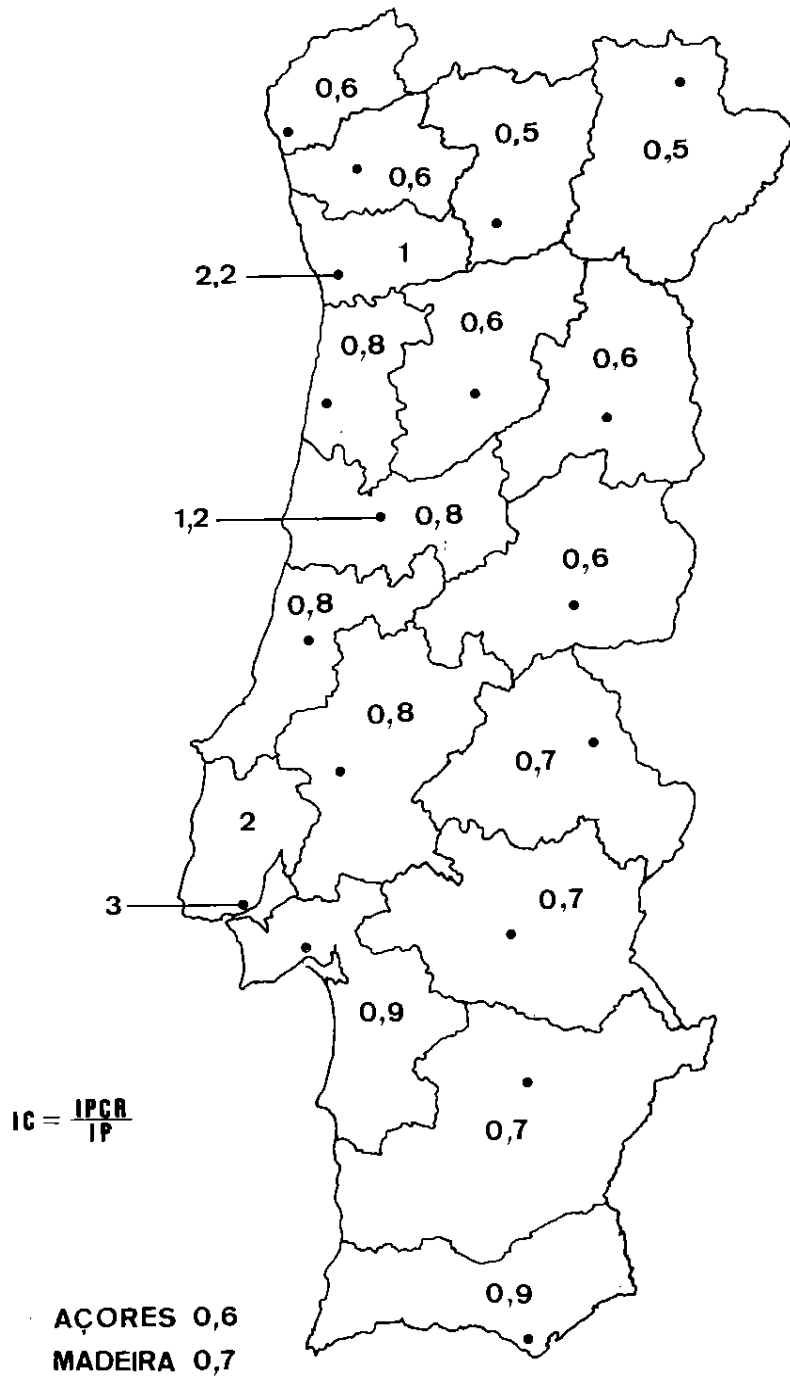


FIGURA 5
 RELAÇÃO AMBIENTE E SAÚDE DAS CRIANÇAS

H A B I T A Ç Ã O		ANALFABETISMO	NATALIDADE	MORT. INFANTIL	PESO E ALTURA	REPETÊNCIAS		
C/ ÁGUA CANALIZADA	C/ W.C.					C/ BANHO	2.º A.	4.º A.
58,3	63,5	47,4	18,3	13,99	16,38	\bar{X}	41	28
MEDIDAS NACIONAIS %								
38,9	29,2	22,2	27,0	13,11	21,67	< \bar{X}	44	30
BRAGANÇA								
35,8	31,3	23,0	26,4	12,96	13,27	< \bar{X}	45	33
GUARDA								
35,8	34,6	21,3	24,7	14,58	26,30	< \bar{X}	50	37
VILA REAL								

FIGURA 6
TUMORES MALIGNOS (Todas as localizações)
(08 - 14 da Lista Tabular da C.I.D.- 9)
RAZÕES PADRONIZADAS DE MORTALIDADE (1980 - 1982)

SEXO MASCULINO

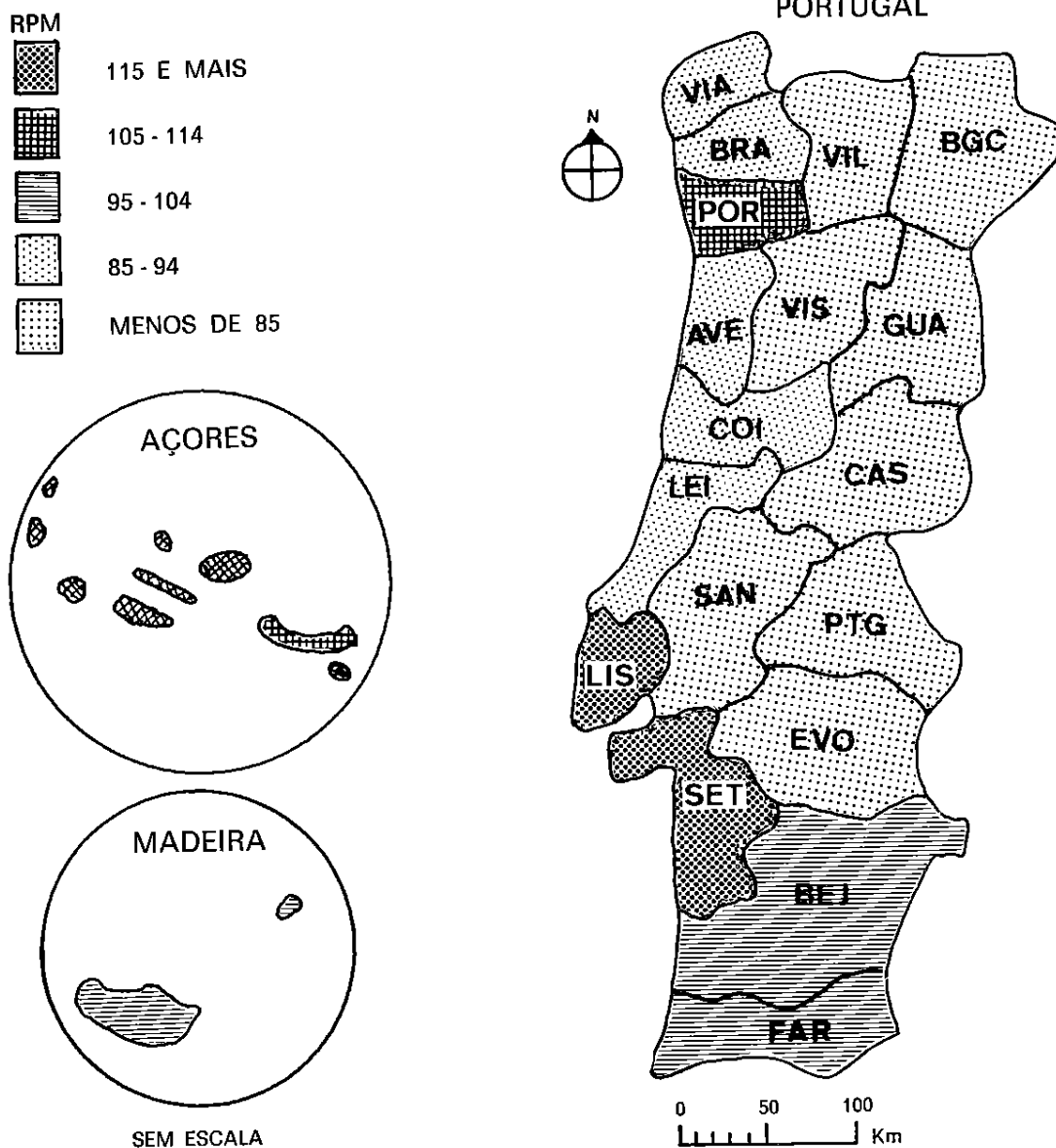
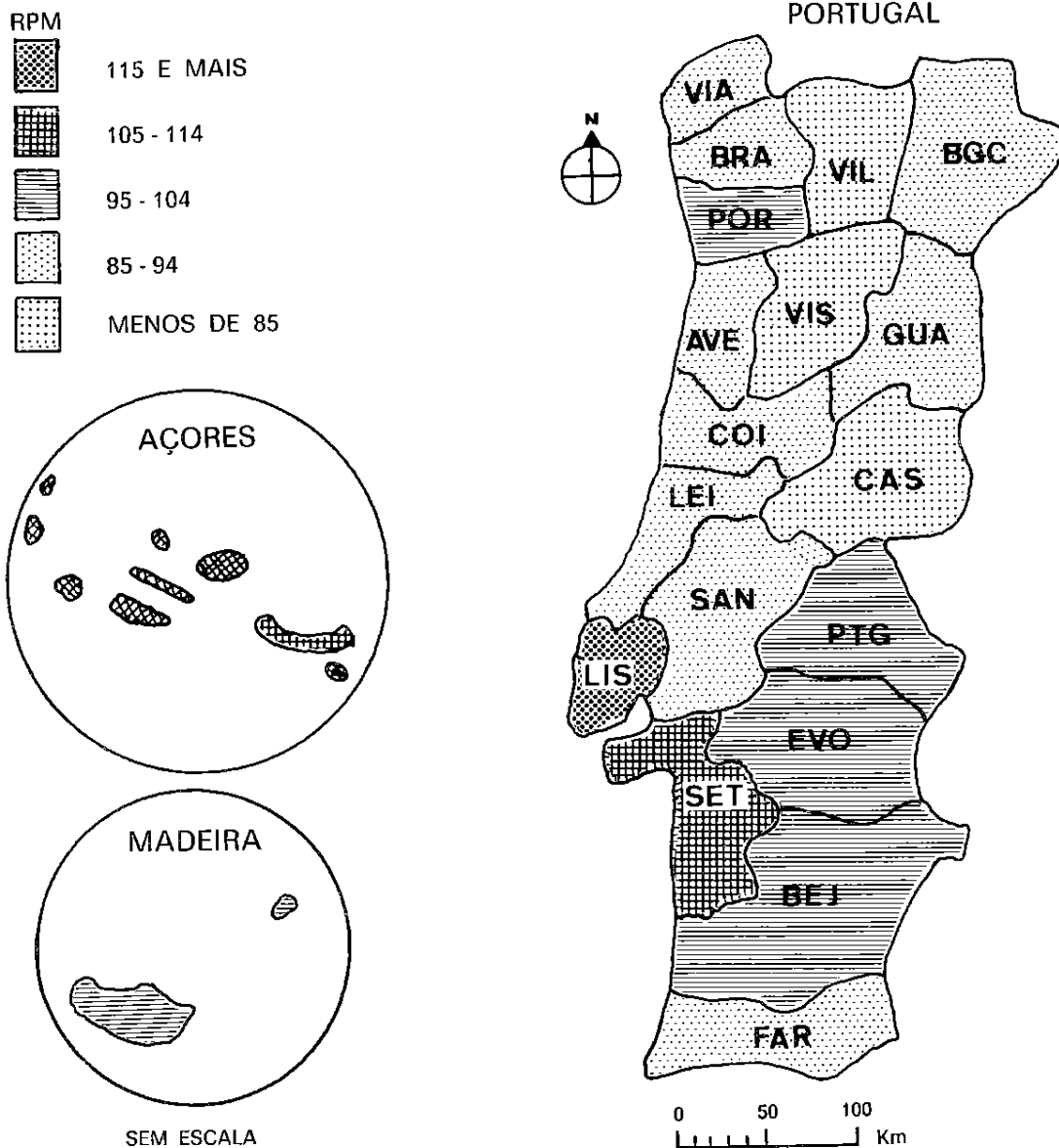


FIGURA 7
TUMORES MALIGNOS (Todas as localizações)
(08 - 14 da Lista Tabular da C.I.D. - 9)
RAZÕES PADRONIZADAS DE MORTALIDADE (1980 - 1982)

SEXO FEMININO



O Colesterol das Lipoproteínas de Alta Densidade (HDL) em crianças e jovens

*Lúis de Lima Faleiro **

*Maria do Carmo Cavalheiro M. Martins ***

*Maria Odette Rodrigues ****

São apresentados resultados do colesterol das lipoproteínas, de alta densidade em estudo preliminar efectuado em crianças e jovens com e sem antecedentes familiares de doenças cardiovasculares. Os valores médios obtidos nos dois grupos populacionais estudados revelam diferença com significância estatística a $p < 0,01$ correspondendo o valor mais baixo às crianças com os antecedentes familiares referidos. Como conclusão os autores preconizam a necessidade de instituir, em crianças com estes antecedentes prevenção precoce para as doenças cardiovasculares.

Palavras-chave. Colesterol das HDL. Prevenção de doenças cardiovasculares.

SUMMARY

HDL cholesterol in children and young people

Some data of HDL cholesterol are presented in children and young people with and without cardiovascular problems in their parents. The difference between the means found in both groups is statistically significant. $p < 0,01$, belonging the lower value to the group whose families were affected. So the authors emphasize the need of an early prevention of cardiovascular diseases in this kind of people.

1. Introdução e objectivos

A correlação entre a concentração do colesterol sérico e a aterosclerose e doença cardíaca isquémica é evidenciada por numerosos estudos epidemiológicos, clínicos e experimentais, realizados em todo o mundo e, de tal forma essa correlação é forte, que parece já não haver dúvidas sobre a importância da ligação concentração do colesterol sérico - etiologia destas doenças (1).

Reconhecida, indubitavelmente, por um lado a intervenção da genética nos níveis de colesterol e por outro lado a importância de factores de risco para que a educação e hábitos familiares

concorrem, decidiram os autores estudar os vários parâmetros lípidicos em dois grupos de crianças e jovens com e sem antecedentes familiares de doenças cardiovasculares. Apresentam neste trabalho e nesses dois grupos, as concentrações do colesterol das HDL uma vez que estas lipoproteínas são intervenientes, nesses níveis de colesterol e consideradas mais predictivas, quando baixas, do risco que a hipercolesterolemia representa (4).

Dos resultados obtidos procuram tirar ilações com o objectivo de apontar, justificadamente, através do colesterol das HDL, para a prevenção, tão precoce quanto possível, das doenças cardiovasculares no grupo populacional cujos antecedentes familiares as detêm.

2. Material e métodos

2.1. Amostra populacional

Reunimos 219 crianças e jovens que, dividimos em dois grupos:

A — com antecedentes familiares de doença cardiovascular — 174 crianças e jovens.

* Consultor de Cardiologia e Chefe da Consulta de Cardiologia Preventiva do Instituto Português de Reumatologia

** Técnico Superior de Saúde Assessor, Responsável pelo Laboratório de Química Clínica e Hematologia do INSA

*** Técnico Superior de Saúde Principal do Laboratório de Química Clínica e Hematologia do INSA

B — sem antecedentes familiares de doença cardiovascular — 45 crianças e jovens.

As idades estavam compreendidas entre os 5 e os 15 anos sendo 64 do sexo masculino e 45 do sexo feminino.

2.2. Protocolo clínico

Relativamente aos antecedentes familiares das crianças e jovens, em estudo, consideraram-se isoladamente ou em conjunto os pais, os avós paternos e maternos.

As doenças de incidência cardiovascular tidas em conta foram:

- hipertensão,
- acidente vascular cerebral,
- cardiopatia isquémica e enfarte do miocárdio,
- arteriopatia obliterante dos membros inferiores em relação com hipertensão e diabetes,
- diabetes,
- hipertensão e gota,
- dislipidémias.

Pelo que se refere às crianças e jovens:

- foram inquiridas sobre a administração de anovulatórios, ingestão de bebidas alcoólicas e existência de hábitos tabágicos e todas responderam negativamente;
- não apresentaram hipertensão arterial ou obesidade;
- tinham actividade física de acordo com a idade e com os programas gimnodesportivos das escolas;
- mostraram regime alimentar sem diferenças de valorizar, apesar da variedade de extractos socio-económicos a que pertenciam.

2.3. Protocolo laboratorial

O colesterol das HDL foi doseado em amostras de plasma separadas imediatamente após a colheita do sangue tendo a criança ou jovem um jejum de 12 a 14 horas. O método analítico foi enzimático com R. de Trinder, após precipitação de eventuais quilomicra e das lipoproteínas de baixa e muito baixa densidade pelo ácido fosfotungstico e ião magnésio. A precisão foi de 3,56 %, expressa em coeficiente de variação, e a

exactidão de 4,6 % para um valor médio, no material de referência, de 44 mg/100 ml de colesterol das HDL.

3. Resultados

Constam do quadro I em que o grupo **A** se reporta a crianças e jovens com antecedentes familiares de doenças cardiovasculares e o grupo **B** a crianças jovens sem esses antecedentes. Estão referidos por grupo o n.º N , de crianças analisadas, o valor médio, \bar{X} , de colesterol das HDL, e o desvio padrão, s .

QUADRO I

COLESTEROL DAS HDL EM CRIANÇAS E JOVENS

Grupo A	Grupo B
$N = 174$	$N = 45$
$\bar{X} = 50,88 \text{ mg/100 ml}$	$\bar{X} = 57,64 \text{ mg/100 ml}$
$s = 13,99$	$s = 14,02$

A comparação entre as médias dos dois grupos mostrou valores mais elevados de colesterol das HDL no Grupo B, sem antecedentes familiares, tendo as diferenças encontradas significância estatística ($p < 0,01$).

4. Comentários e conclusões

Nos últimos anos vêm-se esclarecendo, cada vez melhor, os mecanismos de transporte e de regulação dos níveis séricos do colesterol. Neles as lipoproteínas de baixa densidade (LDL ou β lipoproteínas), precisamente as lipoproteínas que transportam a maior parte do colesterol, desempenham importante papel intervindo a genética no comando do respectivo metabolismo, sobretudo, sabe-se agora, dos seus receptores a nível da célula hepática. Representam as LDL, tal como o colesterol que transportam, indicadores importantes de aterogenicidade, comprovam-no estudos de carácter epidemiológico realizados sobretudo nos Estados Unidos e em Israel (2, 3, 4, 5). Por outro lado, reconhece-se o papel protector das lipoproteínas de alta densidade (HDL ou α lipoproteínas), cujas concentrações plasmáticas estão em relação inversa com a frequência das doenças cardiovasculares e, quando baixas, constituem factor de risco a considerar pois se verificam

deficiências no transporte do colesterol dos tecidos extra-hepáticos ao fígado, através das VLDL e, sobretudo, das LDL.

Os resultados obtidos apontam para a necessidade de analisar as crianças e jovens com antecedentes familiares de doenças cardiovasculares no sentido de neles detectar o importante factor de risco que é constituído pelas dislipidémias. A determinação do colesterol das HDL parece revelar-se sensível no aspecto de indicar uma menor protecção para o risco aterogénico que a colesterolémia representa. Se a abordagem dos factores de risco cardiovascular na infância e juventude tem em vista a necessidade de efectuar a prevenção primária, tão precocemente quanto possível, estes nossos primeiros resultados, em crianças e jovens, confirmam essa mesma necessidade e estão de acordo com a afirmação recente do cardiologista espanhol Balaguer Vintró que considera a prevenção da aterosclerose um problema pediátrico.

BIBLIOGRAFIA

- 1 — SCOTT M. GRUNDY — Cholesterol and coronary heart disease — a new era. *JAMA*, 256, 1986, 2849-2858.
- 2 — KANNEL, W. B.; CASTELLI, W.; GORDON, T. et al — Serum cholesterol, lipoproteins, and risk of coronary heart disease: The Framingham study. *Ann. Intern. Med.*, 74: 1971, 1-12.
- 3 — Relationship of blood pressure, serum cholesterol, smoking habit, relative weight and ECG abnormalities to incidence of major coronary events: final report of the Pooling Project Research Group. *J. Chronic Dis.*, 1978. 201-306.
- 4 — GOLDBOURT, V.; HOLTZAM, E.; NEUFELD, H. N. — Total and high density lipoprotein cholesterol in the serum and risk of mortality: Evidence of a threshold effect. *Br. Med. J.*, 290, 1985, 1239-1243.
- 5 — STAMLER, J.; WENTWORTH, D.; NEATON, J. — Is the relationship between serum cholesterol and risk of death from coronary heart disease continuous and graded? *JAMA*, 256, 1986, 2823-2828.
- 6 — FALEIRO, L. L. — Algumas considerações sobre uma consulta de Cardiologia Preventiva no Instituto Português de Reumatologia. *Acta Reumatológica Portuguesa*, 6 (4) 1978, 169-174.
- 7 — FALEIRO, L. L. — O interesse de uma prevenção alargada de jovens portadores de cardiopatias valvulares de etiologia reumática (nota prévia). *Acta Reumatológica Portuguesa*, 6 (2) 1979, 61-68.
- 8 — FRANCO, A.; MARTINHO, M. C.; MARTINS, M. C. — Os lípidos sanguíneos na doença cardíaca isquémica. *Arquivos do Instituto Nacional de Saúde*, 6, 1981, 355-379.

Intoxicações alimentares por moluscos bivalves com origem em Dinoflagelados tóxicos

Estela Sousa Silva *

Algumas intoxicações alimentares por bivalves têm a sua origem em diversas espécies de Dinoflagelados que produzem substâncias tóxicas e podem desenvolver-se em densas populações — as marés vermelhas. As toxinas são acumuladas no corpo desses moluscos e, por ingestão, transmitidas ao Homem que apresenta então sintomas particulares para cada tipo de toxinas. As toxinas PSP (Paralytic Shellfish Poisons) provocam sucessivamente perda de sensibilidade na boca, dormência nos braços e mãos, paraplegias nas pernas e por fim paralisia dos músculos respiratórios e morte. Na maior parte dos casos a recuperação total tem lugar dentro de algumas horas. As toxinas DSP (Diarrhoelic Shellfish Poisons) provocam náuseas, vômitos, diarreia, dores abdominais, calafrios e por vezes alguma febre. Três ou quatro dias mais tarde ocorre a recuperação, sem efeitos secundários; não se conhecem casos fatais. Os outros tipos de toxinas dos Dinoflagelados, NSP e os da ciguatera, são raros ou não foram assinalados na Europa. Em Portugal foram responsáveis por toxicidade PSP em bivalves, as espécies *Prorocentrum minimum*, *Glenodinium foliaceum*, *Alexandrium lusitanicum* (**) e recentemente *Gymnodinium catenatum*. Todos estes Dinoflagelados e outros potencialmente tóxicos têm sido isolados e mantidos em cultura para pesquisa de factores condicionantes da produção de toxinas.

SUMMARY

Food poisoning by bivalves molluscs due to Dinoflagellates

Some food poisoning by bivalves has the origin in different species of Dinoflagellates producing toxic substances and growing in dense populations — red tides. The toxins are accumulated in the mollusc body and after ingestion transmitted to man who shows then characteristic symptoms for each kind of poison. The PSP toxins (Paralytic Shellfish Poisons) provoke successive loss of sensibility round the mouth, numbness in the arms and hands, paraplegy of the legs and lastly paralysis of the respiratory muscles and death. In most cases total recuperation occurs in a few hours. The DSP toxins (Diarrhoelic Shellfish Poisons) provoke nausea, vomiting, diarrhoea, abdominal pain, chillness and sometimes fever. The recovery is total within 3 or 4 days, there are no after-effects and mortal cases have not yet been registered. Other Dinoflagellates toxins, NPS and those of ciguatera, are rare or have not yet been detected in Europe.

Some Dinoflagellates could be found responsible for the PSP toxicity in bivalves from Portugal: *Prorocentrum minimum*, *Glenodinium foliaceum*, *Alexandrium lusitanicum* (**) and recently *Gymnodinium catenatum*.

All these species and others possibly toxic, have been isolated in culture to search for the influential factors in toxin production.

Grande parte das intoxicações alimentares por ingestão de bivalves tem origem em toxinas produzidas por Dinoflagelados. Densas populações destes microorganismos podem desenvolver-se

com frequência nas regiões costeiras onde aqueles moluscos são abundantes. As «águas ou marés vermelhas», assim denominadas pela sua tonalidade devida a carotínoides (peridinina e outros) que existem nos Dinoflagelados, resultam de excepcional proliferação de uma espécie (raras vezes duas ou três) que em dada ocasião encontrou os factores ecológicos favoráveis para tal (15, 17). As células da espécie intensamente de-

* Investigadora do Instituto Nacional de Saúde, Laboratório de Microbiologia Experimental

(**) Before considered as *Gonyaulax (Tamarensis) excavata* Braarud, it was recently described by Balech as a new species *Alexandrium lusitanicum*, after the study made on material from our cultures.

envolvida são concentradas por filtração no tubo digestivo dos bivalves e, quando produz toxinas, elas são armazenadas no hepatopâncreas. Os bivalves não são afectados pelas toxinas dos Dinoflagelados mas são veículo das mesmas que vão provocar no Homem e outros vertebrados intoxicações por vezes graves.

São conhecidos quatro tipos de toxinas produzidas por Dinoflagelados, agrupadas pelas acções que exercem e pelos sintomas que provocam nos vertebrados intoxicados: as toxinas PSP (Paralytic Shellfish Poisons), as toxinas NSP (Neurotoxic Shellfish Poisons), as toxinas DSP (Diarrhoeic Shellfish Poisons) e as toxinas que estão na origem da *ciguatera*.

As **toxinas PSP**, hidrossolúveis, provocam paralisias temporárias no Homem e em outros mamíferos; têm acção directa sobre os nervos e músculos por bloqueio dos canais do sódio na membrana celular excitável. Não parece possuírem um efeito depressor no sistema nervoso central mas sim provocar um bloqueio da condução nervosa produzindo efeito através de acções periféricas. Provocam dispneias e pode sobrevir a morte por paragem dos movimentos respiratórios. A ventilação artificial (como a respiração boca a boca) pode facilitar às vítimas manterem-se vivas até receberem cuidados médicos.

No nosso país verificaram-se, de 1955 a 1965, surtos diversos de intoxicação alimentar deste tipo resultantes da ingestão de berbigão e amêijoas colhidos na lagoa de Óbidos, tendo ocorrido alguns raros casos de morte (10, 12, 13). As pessoas afectadas apresentaram os primeiros sintomas 2 a 3 horas após a ingestão daqueles bivalves: dormência nos lábios, na língua e nas extremidades dos membros, dispneia, dificuldade em deslocar-se. Com excepção de alguns casos fatais, as vítimas recuperaram e restabeleceram-se completamente.

Para a pesquisa de toxicidade PSP em bivalves, é seguida a técnica de Sommer e Meyer (25) seguida internacionalmente depois de alguns aperfeiçoamentos (1): Extractos de bivalves são injectados intraperitonealmente em murganhos de menos de 23 g. Considera-se 1 unidade-rato (UR) a quantidade de toxinas que produz a morte de um ratinho de 18-20 g dentro de 15 a 20 min. Há 20 anos estava estabelecido que valores superiores a 500 UR eram considerados preocupantes e acima de 5000 UR casos graves. Na lagoa de Óbidos foi encontrado o valor máximo de 26 000 UR (17) em extractos de berbigão quando ali se tinham

desenvolvido densas populações de *Alexandrium lusitanicum*. Actualmente, com idênticos bioensaios, determina-se a quantidade de toxinas PSP em $\mu\text{g}/100\text{ g}$ de bivalves (s/ concha). Para isso determina-se o «factor de conversão» a partir de sucessivas inoculações de *saxitoxina*, a toxina pura (fornecida por «Food and Drug Administration», Cincinnati, U.S.A.) em diferentes diluições segundo um esquema pré-estabelecido. Considera-se internacionalmente aceitável para consumo valores até 80 $\mu\text{g}/100\text{ g}$.

Em Outubro e Novembro de 1986 foram detectados elevados níveis de toxinas PSP em bivalves de toda a costa norte desde Moledo até à lagoa de Óbidos, tendo atingido o valor máximo de 1587 $\mu\text{g}/100\text{ g}$ de mexilhão (s/ concha). Esta toxicidade foi devida a *Gymnodinium catenatum*, espécie tóxica encontrada com abundância em todas as amostras de água colhidas em Outubro na região. Ulteriormente soubemos que uma «maré vermelha» da mesma espécie tinha ocorrido nas rias da Galisa, pouco antes de ser observada na nossa costa, e ali provocou igualmente elevada toxicidade nos bivalves.

Além dos extractos de bivalves têm sido também ensaiados extractos celulares dos Dinoflagelados responsáveis que mantemos em cultura. Nos dois casos os ratinhos apresentam sucessivamente os sintomas: dificuldade em deslocar-se com paralização acentuada dos membros posteriores, abrandamento progressivo dos movimentos respiratórios, por fim mostram grande agitação e morrem em poucos segundos ou recuperam quando a concentração das toxinas no extracto injectado é pequena.

As toxinas PSP têm larga distribuição geográfica, foram as primeiras a ser estudadas e são as melhor conhecidas. Algumas destas toxinas foram já isoladas e estudadas as suas estruturas químicas e acções farmacológicas como é o caso de *saxitoxina*, *neosaxitoxina*, algumas *gonyautoxinas* e outras (7).

As **toxinas NSP** são geralmente ictiotóxicas com acção sobre os sistemas nervoso central e nervoso periférico, e estão com frequência associadas a toxinas hemolíticas. De entre as espécies produtoras destes venenos têm sido particularmente estudadas: *Gymnodinium breve*, que quase todos os anos se desenvolve em densas e extensas populações nas costas da Florida, e *Gonyaulax catenella* que prolifera intensamente e com frequência ao largo da costa da Califórnia. As «marés vermelhas» destas espécies são sem-

pre acompanhadas por grande mortandade de peixes. As ostras, ameijoas e outros bivalves não são afectados pelas toxinas NSP mas constituem uma ameaça para o Homem e outros vertebrados, provocando quando ingeridos perturbações de equilíbrio e gastro-intestinais. Os extractos destes bivalves, colhidos durante uma grande população de *G. breve*, bem como os extractos celulares desta espécie, foram injectados em ratinhos (2) provocando-lhes sucessivamente: irritabilidade, instabilidade, paralesia dos membros posteriores, dispneia, por fim prostração que pode evoluir para a morte ou para a recuperação. O Homem quando consome os bivalves expostos a grandes populações da mesma espécie, sofre calafrios, vertigens e tem o pulso lento, sintomas de envenenamento do sistema nervoso central; mas também experimenta ataxia, pupila dilatada, diarreia, sensações de formigueiro na boca e dedos, isto é, perturbações neuromusculares autónomas que são sintomas de envenenamento do sistema nervoso periférico (2). Durante as grandes populações de *G. breve* na Florida, acontece que pessoas junto do mar sentem irritação nasal e brônquica o que se atribui à absorpção de gotículas de água do mar contendo aquele microorganismo.

Foram já isoladas de *G. breve* diversas toxinas de que uma fracção é neurotóxica e outras hemolíticas (2); estas últimas são mortais para todos os vertebrados se entrarem na corrente sanguínea. A grande mortandade de peixes que ocorre quando se forma um «bloom» daquela espécie, é devida a dois mecanismos, neurointoxicação e hemopatia letal. No nosso país não temos conhecimento de qualquer grande população de dinoflagelados produtores de toxinas NSP. Em 1972 observámos uma população importante de *Prymnesium parvum* (Haptophyceae) que deve ter desenvolvido ulteriormente em grande «bloom». Pensamos que a morte de grande número de peixes ocorrida na lagoa 2 meses mais tarde deve ter tido a sua origem em *Pr. parvum*, espécie conhecida como ictiotóxica entre os Fitoflagelados.

As toxinas DSP, lipossolúveis, provocam afecções gastro-intestinais. Só nos últimos 8 anos se tem estudado este aspecto das intoxicações por bivalves, tendo a sua origem sido diagnosticada por Yasumoto e col. em 1978 (28). Estes autores no Japão e Kat (9) na Holanda verificaram que tais acidentes alimentares ocorriam quando os mexilhões, ostras, amêijoas, etc., eram colhidos durante ou a seguir a uma população planctónica

com determinadas espécies de Dinoflagelados abundantes. Fizeram ensaios de toxicidade em ratinhos simultaneamente com extractos de bivalves e extractos celulares de amostras planctónicas; uns e outros foram dados por injeção intraperitoneal e no alimento tendo sido verificado que os ratinhos mostravam os mesmos sintomas (diarreia, etc.) mas que a dose mortal é maior por via digestiva (29).

No Homem, os primeiros sintomas de intoxicação DSP aparecem 30 min. a 4 h. (raramente até 12 h.) após ingestão dos bivalves contaminados. Estas toxinas DSP provocam vertigens, dormência à volta da boca, mas principalmente diarreias (em 92 % das intoxicações estudadas por Yasumoto e col., 28), vômitos (em 72 %), dores abdominais (em 53 %), calafrios (em 10 %), por vezes alguma febre. As vítimas recuperam 3 a 4 dias após o início da intoxicação independentemente de tratamento médico. O facto de cozinhar estes moluscos não altera a sua toxicidade mas ela pode ser muito reduzida se as glândulas digestivas dos bivalves forem retiradas antes de estes serem cozinhados. A quantidade mínima que causa no Homem adulto os sintomas acima descritos foi calculada em 12 UR (1 unidade-rato é a quantidade mínima de toxinas DSP que mata o ratinho de 20 g em 24 h.). O valor máximo permitido no Japão é de 5 UR por 100 g de bivalves (s/ concha). Os mesmos autores referem que foi diagnosticado este tipo de intoxicação em 1300 pessoas no Japão, de 1979 a 1981, mas é provável que o número de vítimas tenha sido mais elevado. O Dinoflagelado responsável por estas intoxicações no Japão tem sido *Dinophysis fortii* que ali prolifera frequentemente associado a algumas espécies do género *Prorocentrum*. Na Holanda, França, Noruega e Espanha, a origem de idênticas afecções gastro-intestinais foi atribuída a *D. acuminata*, também frequentemente associada a *Prorocentrum* spp ou a outras espécies do género *Dinophysis*. No país vizinho, Campos e col. (5) referem que no Verão de 1981 cerca de 5000 pessoas apresentaram os sintomas atrás descritos após ingestão de ostras e mexilhão colhidos durante uma população planctónica em que predominava *D. acuminata* com cerca de 6×10^6 células por litro de água do mar; este número é pequeno se o compararmos com os valores usualmente encontrados para os «blooms» de Dinoflagelados produtores de toxinas PSP ou NSP. Aquela espécie aparece com frequência nas rias da Galiza no fim da primavera e durante o Verão.

Em Portugal não foi ainda diagnosticada qualquer intoxicação do tipo DSP, contudo a mesma espécie que tem sido responsabilizada por tais intoxicações em Espanha e França, foi assinalada por diversas vezes na lagoa de Óbidos e noutras regiões; uma forma muito próxima, *D. reniformis*, atingiu uma concentração de 28×10^3 células /l naquela lagoa em 1958 e 1959⁽¹⁸⁾, número considerado muito elevado tratando-se de produtores de toxinas DSP. Então a intoxicação alimentar deste tipo era totalmente desconhecida. Nos últimos anos a mesma espécie, e outras afins, foram de novo ali observadas mas em pequeno número.

Depois de extinta uma população em que abunda a espécie produtora de toxinas DSP, estas são eliminadas muito lentamente dos bivalves pelo que a interdição do seu consumo na alimentação, ou na indústria alimentar, não deve ser levantado antes de 4 semanas a seguir à extinção da população planctónica rica da espécie responsável⁽²⁹⁾. É este o prazo mínimo considerado no Japão e na Holanda. Não se conhecem casos fatais mas, segundo Yasumoto, o elevado valor de morbidez e a larga distribuição mundial das toxinas DSP constituem um sério problema a ser considerado pela Saúde Pública e pela Indústria de Conservas ou Congelamento de bivalves.

Ciguatera é um termo de origem caraibiana dado a uma doença causada pelo uso na alimentação de peixes tropicais ou subtropicais, particularmente frequente na região dos recifes de coral. A atribuição da origem da ciguatera a toxinas produzidas por Dinoflagelados é recente e deve-se a Yasumoto e col.⁽²⁷⁾ que primeiramente isolaram algumas substâncias activas de vísceras dos peixes tóxicos e mais tarde também de um Dinoflagelado, *Gambierdiscus toxicus*, que abunda na superfície das algas em determinadas ilhas do Pacífico. De dimensões relativamente grandes (80µ) e teca espessa, esta espécie desloca-se sobre as algas submersas onde se acumula, mas não constitui populações planctónicas densas como acontece com as espécies produtoras de outras toxinas já referidas. Os peixes herbívoros ingerem grandes quantidades destes microorganismos juntamente com as algas acumulando as células e armazenando as toxinas que transmite aos predadores, os peixes carnívoros. Uns e outros, quando utilizados na alimentação do Homem provocam intoxicações mais ou menos graves. Os sintomas são: vómitos, diarreias, cala-

frios, pruridos, dores articulares e musculares, fadiga, baixa de tensão arterial e irregularidade do ritmo cardíaco, pupila dilatada. Nos casos mais graves, relativamente raros, pode sobrevir a morte a um estado de choque cárdio-vascular. Em geral o intoxicado recupera ao fim de uma semana mas as dores articulares e musculares e ainda os pruridos podem persistir por várias semanas ou meses, sendo reavivados por novo consumo do mesmo peixe ainda que não tóxico; essa sensibilidade pode manifestar-se durante anos. Na Polinésia a ciguatera é um problema médico mas também um problema de nutrição uma vez que limita o uso de proteínas dos peixes. Envolve centenas de espécies de peixes e vários milhares de intoxicações humanas são registadas por ano⁽²⁷⁾.

No Canadá foram detectados recentemente diversos casos de intoxicação deste tipo em turistas e em comunidades étnicas da Jamaica e da China residentes em Montreal e Toronto; os acidentes ocorridos tiveram origem em peixe tropical e subtropical importado. Algumas pessoas afectadas sofriam de parastésias e astenia que subsistiram por vários meses⁽²⁶⁾.

Distribuição. Factores condicionantes

Intoxicações alimentares por toxinas produzidas por Dinoflagelados têm sido detectadas um pouco por toda a parte junto da costa, particularmente nas regiões abrigadas onde se desenvolvem moluscos bivalves ou existe abundância de peixes neríticos. Grandes populações daqueles microorganismos podem desenvolver-se quando se estabelecem condições ecológicas que favorecem ou determinam a multiplicação excepcional de uma espécie. Em Portugal foram observadas diversas «marés vermelhas» em diferentes locais da costa^(11,16,17,20), mas a lagoa de Óbidos é a região onde densas populações de Dinoflagelados foram constatadas com maior frequência. Desde 1956^(12, 13) que naquela lagoa a ocorrência de toxicidade nos bivalves tem sido atribuída a algumas espécies que atingiram elevadas concentrações nas águas. Entre elas foram responsáveis pelos acidentes alimentares atrás referidos: *Prorocentrum minimum*, *Pr. micans*, *Glenodinium foliaceum* e *Alexandrium Lusitanicum* (antes denominada *G. excavata*). Esta última espécie foi isolada em Junho de 1962 e desde então mantida em cultura com as mesmas propriedades tóxicas.

Em 1973 e em 1982-83 foram feitos na lagoa de Óbidos os últimos estudos relacionados com o desenvolvimento de grandes populações de Dinoflagelados e suas consequências⁽²²⁾; neles se procurou uma informação sobre os factores ecológicos que ali favorecem a proliferação excepcional de uma espécie. Foram feitas colheitas de dados químicos e físicos (colaboração do Laboratório de Química das Águas) para além do estudo da composição microbiológica das águas e de uma informação meteorológica. Verificou-se que chuvas intensas, particularmente no início do Outono e da Primavera, precedem de 1 a 2 meses o desenvolvimento intenso de uma espécie de Dinoflagelados. Foi também observado que as águas da lagoa apresentavam o conteúdo salino enriquecido particularmente em compostos inorgânicos de azoto, depois das chuvas e precedendo as densas populações de *Pr. minimum* ali ocorridas então. As chuvas arrastam terras das margens da lagoa e nos ribeiros que ali desagüam; essas terras provêm, em grande parte, de campos cultivados e fertilizados com compostos azotados que entram na composição dos adubos. Do mesmo modo, as águas da lagoa são enriquecidas com vitaminas (B₆, B₁₂) e outras substâncias orgânicas ou minerais, alguns oligoelementos. Os primeiros líquidos utilizados com algum sucesso na cultura de Dinoflagelados continham extractos de terra que eram adicionados à água do mar. Mais tarde Provasoli⁽¹⁵⁾, que foi o pioneiro na concepção dos meios sintéticos para a cultura daqueles microorganismos, estudou as suas necessidades em vitaminas e alguns oligoelementos, os «trace metals».

Certos tipos de poluição como algumas descargas industriais ou municipais são responsáveis pelo aumento de matéria orgânica nas águas costeiras o que em certa medida pode favorecer o desenvolvimento anormal de uma espécie de Dinoflagelados. Este aspecto foi estudado por Braarud⁽⁴⁾ para o Fiord de Oslo, e recentemente Prakash⁽¹⁴⁾ admitiu que o acréscimo de substâncias orgânicas devido aos esgotos constitui uma forma de poluição que pode levar a um aumento da amplitude e frequência dos «blooms» de Dinoflagelados. Até à lagoa de Óbidos são conduzidos alguns efluentes de pequenas indústrias de cortumes e aguardente que presumivelmente enriquecem as águas da lagoa podendo contribuir para o estabelecimento de um conjunto de condições, favoráveis ao desenvolvimento de algumas espécies do citado grupo. Deve referir-se que

outros tipos de poluição (hidrocarbonetos, metais pesados, detergentes, etc.) têm efeitos muito diversos e extremamente nocivos para a microflora marinha conduzindo a um decréscimo progressivo de vida nas águas costeiras, em algumas regiões mais industrializadas sem tratamento de efluentes.

Populações importantes de outros planctontes como Diatomáceas, pequenos Flagelados ou Ciliados, contribuem ainda para o desenvolvimento na lagoa de Óbidos de «marés vermelhas» de Dinoflagelados tóxicos ou não⁽²²⁾. Neste caso há também um importante aumento de substâncias orgânicas nas águas e entre elas algumas substâncias activas.

A proliferação excepcional de um Dinoflagelado requiere ainda, por vezes, uma acentuada quietude das águas e temperaturas não abaixo de 12° C. Na lagoa de Óbidos, quando a comunicação com o mar está encerrada e depois de chuvas intensas, quase sempre se desenvolve um grande «bloom» de *Pr. minimum* com a consequente toxicidade dos bivalves. Contudo, outras «marés vermelhas» tóxicas ali ocorreram quando a lagoa estava aberta para o mar, portanto sujeita ao regime de marés e constante renovação de águas⁽¹⁷⁾. No Outono de 1986 todos os bivalves ali colhidos apresentavam uma toxicidade, variável de espécie para espécie com máximos encontrados em mexilhão. Idêntica toxicidade estendeu-se por toda a costa norte desde Moledo do Minho até à lagoa de Óbidos e a sua origem esteve no Dinoflagelado *Gymnodinium catenatum* que foi encontrado com abundância nas amostras de água colhida nas regiões dos bivalves. A mesma espécie tinha já sido citada⁽⁵⁾ em grande «bloom» nas rias da Galisa em Outubro de 1981 e recentemente de novo ali se desenvolveu em «maré vermelha» provocando igualmente toxicidade nos bivalves. Foi certamente esta população que se deslocou para sul atingindo a costa portuguesa até à lagoa de Óbidos.

A mesma espécie de Dinoflagelados pode constituir grandes e densas populações em diferentes regiões e ser ou não tóxica, isto é, pode produzir toxinas em maior ou menor quantidade ou possivelmente até não as produzir. Sabemos que há factores ecológicos que favorecem a proliferação excepcional de uma espécie mas pouco se conhece acerca das condições ambientais que podem ter influência na produção de toxinas pela célula daqueles microorganismos. Há certamente factores condicionantes dessa produção, factores pouco estudados ou ainda não determinados mas

que é importante conhecer. A este assunto temos dedicado particular atenção num trabalho experimental (21,24) que incide sobre diferentes espécies isoladas quer de «marés vermelhas» quer de populações planctónicas comuns, e mantidas em cultura. Alguns resultados têm sido obtidos no estudo de duas dezenas de espécies de que 4 não mostraram qualquer toxicidade, 5 apresentaram-se tóxicas em alguns clones mas não noutros de origens diferentes, e as restantes espécies estudadas revelaram uma toxicidade do tipo PSP.

Schantz observou que o pH pode destruir parte das toxinas PSP, tendo aconselhado (*) a cozinhar os bivalves em meio alcalino durante as épocas propícias à formação de «blooms» tóxicos em determinadas regiões. Silva e Sousa (24) verificaram que *Amphidinium carterae* e *Alexandrium lusitanicum* revelaram em cultura uma toxicidade mais elevada quando se desenvolviam em meios de pH 7.5 do que em meios de pH 8.5. Por outro lado, os mesmos autores observaram que os extractos celulares de *A. carterae* eram nitidamente mais tóxicos quando esta espécie era cultivada nos meios ASP₁ ou DV do que quando cultivada em ASP₂ (15); os dois primeiros líquidos nutritivos contêm uma mistura vitamínica mais rica qualitativa e quantitativamente. O conteúdo vitamínico de um meio de cultura certamente tem influência no desenvolvimento dos Dinoflagelados e parece ter também uma acção importante na sua produção de toxinas.

Há ainda outro factor que pensamos ter acentuada influência na toxicidade de algumas espécies de Dinoflagelados: é a associação destes microorganismos com bactérias.

Associação Dinoflagelado-Bactérias

Observámos em algumas espécies, a nível de ultraestruturas, a presença de bactérias bem estruturadas no interior da célula e ainda a sua proliferação mais ou menos acentuada no citoplasma e (ou) no núcleo (19, 23). Esta presença é aparentemente inofensiva para o hospedeiro que continua a desenvolver-se em cultura de um modo normal ou até melhor. Pensamos que as bactérias intracelulares têm uma intervenção importante no metabolismo dos Dinoflagelados, quer sob o aspecto nutricional quer na produção

de toxinas (21). No primeiro caso, temos verificado que uma espécie que possui bactérias simbiotes se pode manter em plena vitalidade no mesmo líquido nutritivo por muitos meses (mais de 2 anos) sem adição suplementar de quaisquer nutrientes, e dar origem a culturas de forma típica com as respectivas bactérias intracelulares (19, 23). As bactérias podem ter ainda uma acção importante na produção de toxinas pela célula hospedeira. Neste aspecto temos feito algumas observações que podem contribuir para um melhor esclarecimento das relações entre os dois microorganismos. Delas salientamos dois aspectos relevantes. Diferentes culturas clonais de *Gyrodinium instriatum* foram isoladas de populações planctónicas mistas colhidas em diversas regiões; de todos os clones se fizeram ensaios de toxicidade a partir de extractos celulares e verificámos que os clones de células com bactérias endobiontes, bem estruturadas e em desenvolvimento, revelaram acentuada toxicidade que se mantém desde há 8 anos em cultura. Contudo, os clones da mesma espécie em que as células não apresentavam bactérias intracelulares bem estruturadas (culturas extintas), não se mostraram tóxicas. Um outro aspecto refere-se a observações feitas durante a experimentação com «inoculações cruzadas»; bactérias (*Pseudomonas* sp.) isoladas em cultura a partir de uma célula de *A. lusitanicum*, a espécie mais tóxica que mantemos no laboratório, foram introduzidas no líquido nutritivo antes da repicagem de outros Dinoflagelados, espécies tóxicas e não tóxicas em diferentes clones ensaiados. Os extractos celulares das culturas inoculadas, depois de ultrapassado o período de crescimento, apresentam um nítido aumento da sua toxicidade ou uma acção tóxica quando não detectada antes (24). Dado que o extracto daquelas bactérias não se revelou tóxico em idênticos ensaios, admite-se que exista uma acção das mesmas sobre a produção de toxinas pela célula do Dinoflagelado. É de crer que não só as bactérias endobiontes possam ter influência na toxicidade destes microorganismos mas também as que vivem no meio nutritivo ou até as que penetram na célula como simples alimento. Empregando bactérias marcadas com fluorocromos para microscopia fluorescente, ou com timidina tritiada para autoradiografia em microscopia electrónica, Franca (6) observou a penetração das bactérias na célula do dinoflagelado. Contudo, não foi ainda conseguida experimentalmente uma simbiose típica com desenvolvimento

(*) No «IVth Intern. IUPAC Symp. on Mycotoxins and Phycotoxins», Lausanne, 1979, patrocinado pela O.M.S.

bacteriano intracelular. Foram ensaiadas inoculações de diversas estirpes de bactérias em culturas de diferentes Dinoflagelados mas, ainda que essas bactérias proviessem da mesma espécie de Dinoflagelados, não se verificou até agora a sua ulterior proliferação nas células de clones não «infectados».

Kotaki e col.⁽⁶⁾ observaram a conversão de gonyautoxinas 1 e 2 em saxitoxina, na presença de bactérias do gen. *Pseudomonas*, isoladas de bivalves. Algumas questões se põem sobre o relacionamento entre Dinoflagelados e Bactérias: 1 — em que altura do ciclo de vida do hospedeiro as bactérias que nele penetram se podem desenvolver? 2 — que especificidade existe em tal associação? 3 — qual a acção das bactérias na produção de toxinas pela célula do Dinoflagelado? São objectivos que alguns cientistas actualmente consideram nos seus programas de investigação sobre a toxicidade dos Dinoflagelados.

A densidade populacional de um Dinoflagelado na água do mar que pode determinar nos bivalves uma acentuada toxicidade, varia de espécie para espécie e pode ser diferente em diversas populações da mesma espécie. Foi observado na lagoa de Óbidos⁽¹⁷⁾ que uma população de *A. lusitanicum* com a concentração de 4.6×10^6 células por litro provocou uma toxicidade PSP no berbigão de 26 000 UR; por outro lado, verificou-se idêntica toxicidade nos mesmos bivalves por ocasião de uma «maré vermelha» de *Pr. minimum* com uma concentração celular de 80×10^6 por litro. Para as toxinas DSP tem sido observado na Europa e no Japão que as concentrações celulares das espécies responsáveis são muito menores: Kat⁽⁸⁾ encontrou para *Dinophysis acuminata* uma concentração máxima de 5×10^3 células por litro.

Conclusões

Para controle de salubridade dos bivalves em relação a toxinas de Dinoflagelados, o melhor método é ter conhecimento prévio da presença e nítido desenvolvimento de uma espécie potencialmente tóxica nas águas em que vivem. Com menor antecipação, mas com resultados satisfatórios, deve fazer-se periodicamente os clássicos bioensaios⁽¹⁾. Esta pesquisa pode ser limitada à época do ano em que aqueles microorganismos melhor se desenvolvem, o que é suficiente em regiões onde as variações climáticas anuais são relativamente constantes como acontece no Golfo do Maine (Canadá e USA); aqui ocorrem todos os

anos entre Junho e Agosto «marés vermelhas» por *Gonyaulax (tamarensis) excavata* que provocam intensa toxicidade em ostras e amêijoas. Na costa portuguesa as condições climáticas são muito variáveis de ano para ano e conseqüentemente os grandes «blooms» não se verificam de uma forma anualmente cíclica, ocorrendo mesmo em diferentes épocas do ano. São exemplos: *A. lusitanicum* atingiu elevadas concentrações na lagoa de Óbidos em Outubro de 1958, Fevereiro de 1959 e Junho de 1962; também grandes populações de *Pr. minimum* foram ali observadas em Julho-Agosto de 1961, em Novembro de 1962, em Maio-Junho de 1973 e em Janeiro-Fevereiro de 1983.

No Laboratório de Microbiologia Experimental têm sido estudadas diversas espécies de Dinoflagelados potencialmente tóxicas e procurados os factores condicionantes da produção de toxinas PSP^(20,24). Pretendemos alargar o âmbito desse trabalho a espécies produtoras de outras toxinas particularmente do tipo DSP. As intoxicações DSP têm sido detectadas ultimamente com frequência em diversos países europeus pelo que se impõe uma pesquisa atenta também da nossa parte. Estas toxinas podem revelar-se nos bivalves a partir de populações pouco densas dos Dinoflagelados responsáveis, muito aquém das concentrações elevadas que constituem as «marés vermelhas» produtoras de toxinas PSP e NSP.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 — AOAC, Association of Official Analytical Chemists, 1980, 298-299.
- 2 — BADEN, D. G. e MENDE, T. J. — Toxicity of two toxins from the Florida red tide marine Dinoflagellate. *Ptychodiscus brevis*. *Toxicon*, 20 (2), 1982, 457-461.
- 3 — BALECH, E. — The genus *Alexandrium* or *Gonyaulax* of the *tamarensis* group. *Proc. of the 3rd Intern. Conf. on Toxic Dinoflagellates*, in Canada, 1985, 33-38.
- 4 — BRAARUD, T. — The effect of pollution by sewage upon the waters of Oslo Fjord. *Proc. Intern. Ass. of Treor. and App. Limnol.*, 12, 1955, 811.
- 5 — CAMPOS, M. J.; FRAGA, S.; MARIÑO, J. e SANCHES, F. J. — Red tide monitoring programme in NW Spain. Report 1977-81. *Int. Counc. Expl. Sea*, 50 (27), 1982, 1-6.
- 6 — FRANCA, S. — Relationship between Dinoflagellates and their intracellular bacteria: autoradiographic investigation in E.M. *Cien. Biol. (Portugal)*, 7, 37a.
- 7 — SCHANTZ, E. J.; GHAZAROSSIAN, V. E.; SCHNOES, H. K. e STRONG, F. M. — Paralytic poisons from marine Dinoflagellates. *Proc. 1st Int. Conf. on Toxic Dinoflagellates*, in U.S.A. (1974), 1975, 267-274.
- 8 — KOTAKI, Y.; OSHIMA, Y. e YASUMOTO, T. — Bacterial transformation of paralytic shellfish toxins. *Proc. of the 3rd Int. Conf. on Toxic Dinoflagellates*, in Canada, 1985, 287-292.
- 9 — KAT, M. — Diarrhetic mussel poisoning in Netherlands related to the dinoflagellate *Dinophysis acuminata*. *Antonie van Leeuwenhoek*, 49, 1983, 417-427.
- 10 — PINHO, B.; PINTO, J. S. e HENRIQUES, D. — Intoxicação alimentar colectiva por berbigão. *Bol. Serv. Saúde Pública*, 3 (2), 1956, 3-6.
- 11 — PINTO, J. S. — Um caso de «red water» motivado por abundância anormal de *Gonyaulax polyedra* Stein. *Bol. Soc. Port. Cien. Nat.*, 17, 1949, 94-96.
- 12 — PINTO, J. P. — Intoxicações alimentares e outros acidentes causados por Flagelados marinhos. *A Medicina Contemporânea*, LXX, n.º 2, 103.
- 13 — PINTO, J. S. e SILVA, E. S. — The toxicity of *Cardium edule* L. and its possible relation to the Dinoflagellate *Prorocentrum micans* Erh. *Not. e Est. do Inst. Biol. Mar.*, 12, 1956, 1-20.
- 14 — PRAKASH, A. — Coastal pollution as a contributing factor to red tide development. *Int. Counc. Expl. Sea*, B-13, 1984, 1-13.
- 15 — PROVASOLI, L. — Growing marine seaweeds. *Proc. 4th Int. Seaweed Symp., Biarritz (1961)*, 1963, 9-17.
- 16 — SAMPAYO, M. A. M. — Marés vermelhas, in: *Ciência Actual*, 11, 1985, 1-9.
- 17 — SILVA, E. S. — Les «red waters» à la lagune d'Óbidos. Ses causes probables et ses rapoprts avec la toxicité des bivalves. *Proc. 4th Int. Seaweed Symp., Biarritz (1961)*, 1963, 265-275.
- 18 — SILVA, E. S. — Plancton da lagoa de Óbidos (III). Abundância, variações sazonais e grandes «blooms». *Not. e Est. do Inst. Biol. Mar.*, 34, 1968, 1-75.
- 19 — SILVA, E. S. — Endonuclear bacteria in two species of Dinoflagellates. *Protistologica*, 14 (2), 1978, 113-119.
- 20 — SILVA, E. S. — As grandes populações de Dinoflagelados tóxicos na lagoa de Óbidos. *Arq. Inst. Nac. Saúde*, 4, 1980, 253-262.
- 21 — SILVA, E. S. — Relationship between Dinoflagellates and intracellular bacteria. in: «*Marine Algae in Pharmaceutical Science*», (eds.) Hoppe and Levring, 2, 1982, 269-288.
- 22 — SILVA, E. S. — Ecological factors related to *Prorocentrum minimum* blooms in Óbidos lagoon (Portugal). *Proc. of the 3rd Int. Conf. on Toxic Dinoflagellates*, 1985, 251-256.
- 23 — SILVA, E. S. e FRANCA, S. — The association Dinoflagellate-Bacteria: their ultrastructural relationship in two species of Dinoflagellates. *Protistologica*, 21 (4), 1985, 429-446.
- 24 — SILVA, E. S. e SOUSA, I. — Experimental work on the Dinoflagellate toxin production. *Arq. Inst. Nac. Saúde*, 6, 1981, 381-387.
- 25 — SOMMER, H. e MEYER, K. F. — Paralytic shellfish poisoning. *Arch. Path.*, 24 (5), 1937, 560.
- 26 — TODD, E. C. D. — Ciguatera poisoning in Canada. *Proc. of the 3rd Intern. Conf. in Toxic Dinofl.*, 1985, 305-310.
- 27 — YASUMOTO, T.; INOUE, A.; BAGNIS, R. e GARCON, M. — Ecological survey on a Dinoflagellate possibly responsible for the induction of ciguatera. *Bull. Jap. Soc. Sci. Fish.*, 45 (3), 1979, 395-399.
- 28 — YASUMOTO, T.; OSHIMA, Y. e YAMAGUCHI, M. — Occurrence of a new type of shellfish poisoning in Tohoku District. *Bull. Jap. Soc. Sci. Fish.*, 44 (11), 1978, 1249-1255.
- 29 — YASUMOTO, T.; MURATA; OSHIMA, Y.; MATSUMOTO e CLARDY — Diarrhetic shellfish poisoning. *Am. Ehem. Soc.*, 19, 1984, 207-214.

Estudo do ácido hipúrico urinário como indicador da exposição a concentrações baixas de tolueno

*Olga Mayan Gonçalves **

*Maria Amélia Henriques ***

Neste trabalho procurou-se estudar o comportamento do ácido hipúrico urinário como metabolito do tolueno, para exposições a concentrações baixas deste poluente.

Foram recolhidos elementos referentes a uma população testemunha, não exposta, e a uma população exposta a concentrações médias de 50 ppm.

Dos valores recolhidos, conclui-se que:

- a concentração de ácido hipúrico é menos dispersa relativamente à média, quando corrigida pela creatinina;
- na população exposta, verifica-se um aumento significativo do valor médio da concentração de ácido hipúrico urinário;
- há um aumento significativo dos valores deste metabolito nas amostras referentes ao fim do turno de trabalho, em comparação com as do início do turno de trabalho.

SUMMARY

Hippuric acid urinary excretion as an index of low toluene exposure

The study deals with hippuric acid urinary excretion of workers exposed to low amounts of toluene in the air. Measurements were taken in a controlled group and in exposed workers to an average level of 50 ppm.

The results obtained showed:

- that hippuric acid concentrations corrected with creatinine are less variable than uncorrected values;
- there is a significant increase of hippuric acid excretion of exposed workers in relation to same excretion of the controlled group;
- hippuric acid concentration in urine at the end of a working day is significantly higher than the concentration at the beginning of a working day.

1. Introdução

O tolueno é um hidrocarbonato aromático de grande aplicação industrial, com características semelhantes ao benzeno, substituindo-o em muitos casos. É utilizado na síntese orgânica de alguns produtos; como solvente nas indústrias da borracha, tintas e vernizes; como diluente na

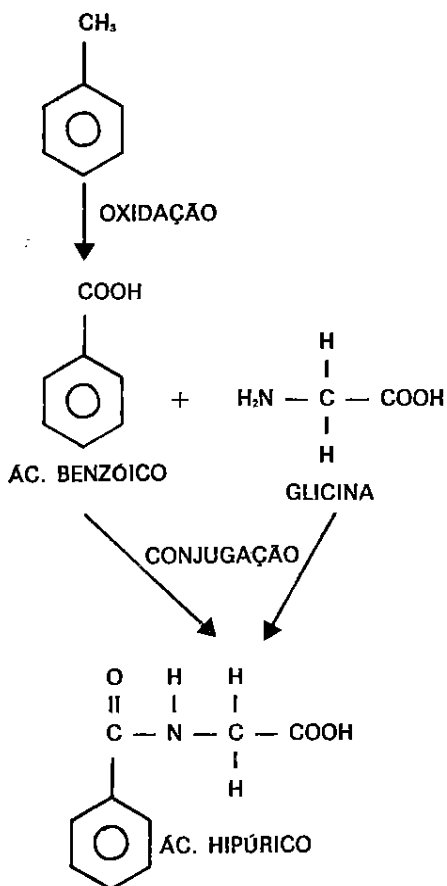
fotogravura; como produto de limpeza; sendo também um dos constituintes da gasolina.

O tolueno é absorvido pelo organismo humano, principalmente por via respiratória e em pequenas quantidades por via cutânea. É em seguida oxidado a ácido benzoico, que conjugado com a glicina ou ácido glucorónico dá origem ao ácido hipúrico. Este ácido é o principal metabolito, representando cerca de 68 % do tolueno absorvido

A avaliação da exposição ao tolueno pode ser feita através do estudo da concentração atmosférica deste poluente e pela análise biológica — determinação de ácido hipúrico urinário. Atendendo a que o ácido hipúrico provem da reacção de conjugação do ácido benzoico, composto existente em numerosos alimentos e medicamentos, pareceu haver interesse em estudar a validade do seu doseamento, para exposições a baixas concentrações de tolueno.

* Responsável pelo Laboratório de Higiene Industrial do Instituto Nacional de Saúde, Delegação do Porto

** Técnico Superior de Saúde Principal



2. Material e métodos

A — Descrição da população estudada

O estudo foi feito em pessoas sem dieta, sem medicação recente, com consumo de álcool inferior a 1 l/dia e no caso de fumadores com consumo inferior a 20 cigarros/dia.

O grupo testemunha, não exposto profissionalmente a solventes, foi constituído por:

— 167 do sexo feminino (21 com idade inferior a 20 anos; 108 com idade compreendida entre 20 e 54 anos e 38 com idade superior a 54 anos).

— 171 do sexo masculino (20 com idade inferior a 20 anos; 109 com idade compreendida entre 20 e 54 anos e 42 com idade superior a 54 anos).

O grupo profissionalmente exposto foi constituído por 150 trabalhadores da secção de solven-

tes de uma empresa de produtos químicos com níveis de exposição a tolueno inferiores a 50 ppm e idades compreendidas entre 20 e 54 anos.

B — Métodos

As colheitas de urina do grupo exposto foram feitas no início e final do turno de trabalho, sendo analisadas no próprio dia de colheita. O ácido hipúrico urinário foi doseado pelo método colorimétrico de Tomokuni e Ogata modificado por Grisler. A creatinina urinária foi doseada pelo método colorimétrico de Roy Bosnes e Hertha Tausky.

No estudo de precisão destes métodos de análise, obtiveram-se os seguintes resultados em 20 determinações de duas amostras de urina:

a) Ácido hipúrico

- Valor médio: 0,19 gr/l; C.V. = 3,42 %
- Valor médio: 0,34 gr/l; C.V. = 1,86 %

b) Creatinina

- Valor médio: 1,12 mg/ml; C.V. = 1,80 %
- Valor médio: 3,13 mg/ml; C.V. = 0,92 %

3. Resultados e discussão

A — Comportamento do ácido hipúrico urinário na população testemunha

Os resultados obtidos, assim como o seu estudo estatístico encontram-se nas tabelas 1 e 2.

Da análise das tabelas 1 e 2 podemos concluir que:

- Os valores de AH são menos elevados e dispersas em torno da média quando expressos em gr/gr de creatinina.
- Os valores de AH expressos em gr/gr de creatinina correspondentes aos subgrupos de idades até aos 54 anos, da população testemunhada do sexo feminino, são significativamente superiores aos valores correspondentes do sexo oposto.
- Não há variação significativa dos valores de AH, expressos em gr/l e em gr/gr de creatinina, estudando para cada sexo os diferentes níveis etários.

TABELA 1

Valores de ácido hipúrico — AH — expressos em gr/l e gr/gr de creatinina na população testemunha

Ácido hipúrico	Sexo Masculino						Sexo Feminino					
	< 20 anos		20-54 anos		> 54 anos		< 20 anos		20-54 anos		> 54 anos	
	\bar{x}	(sd)	\bar{x}	(sd)	\bar{x}	(sd)	\bar{x}	(sd)	\bar{x}	(sd)	\bar{x}	(sd)
gr/l	0.79	(0.59)	0.91	(0.45)	0.77	(0.39)	0.85	(0.31)	0.93	(0.46)	0.79	(0.25)
gr/gr creat.	0.60	(0.23)	0.64	(0.25)	0.63	(0.31)	0.78	(0.24)	0.79	(0.39)	0.75	(0.22)

n — número de amostras
 \bar{x} — valor médio
 sd — desvio padrão

TABELA 2

Estudo estatístico dos resultados — t 0,975

Sexo (idade)	AH (gr/l)			AH (gr/gr creat.)		
	E	C	S/NS	E	C	S/NS
H (< 20 anos) / H (20-54 anos)	0.420	1.980	NS	0.259	1.980	NS
H (< 20 anos) / H (> 54 anos)	0.134	2.000	NS	0.340	2.000	NS
H (20-54 anos) / H (> 54 anos)	1.750	1.980	NS	1.750	1.980	NS
M (< 20 anos) / M (20-54 anos)	0.919	1.960	NS	0.938	1.960	NS
M (< 20 anos) / M (> 54 anos)	0.732	2.000	NS	0.294	2.000	NS
M (20-54 anos) / M (> 54 anos)	1.900	1.960	NS	0.606	1.960	NS
H (< 20 anos) / M (< 20 anos)	0.405	2.021	NS	2.571	2.021	S
H (20-54 anos) / M (20-54 anos)	0.286	1.960	NS	3.355	1.960	S
H (> 54 anos) / M (> 54 anos)	0.250	1.970	NS	1.907	1.970	NS

AH — ácido hipúrico
 H — sexo masculino
 M — sexo feminino

E — valor de t encontrado
 C — valor de t da tabela (6)
 S/NS — significativo/não significativo

B — Comportamento do ácido hipúrico urinário na população exposta

No grupo de trabalhadores expostos foram colhidas duas amostras de urina, correspondentes ao início e final do turno de trabalho. Os valores obtidos e o seu estudo estatístico encontram-se nas tabelas 3 e 4.

Analisando os resultados da tabela 3, verifica-se que, analogamente aos valores obtidos para

a população testemunha, as médias e a dispersão em torno da média são inferiores quando expressos em gr/gr creatinina.

Observando a tabela 4, verifica-se uma elevação significativa da concentração de AH, quer expressa em gr/l quer em gr/gr de creatinina, na população exposta relativamente à população testemunha, mesmo considerando os valores correspondentes ao início do turno de trabalho (ausência de exposição recente). Para a população exposta estudada, verifica-se uma elevação signi-

TABELA 3

Valores de ácido hipúrico — AH — expressos em gr/l e gr/gr de creatinina — população exposta

	n	AH (gr/l)		AH (gr/gr creat.)	
		\bar{x}	(sd)	\bar{x}	(sd)
Início de turno (M)	149	1.33	(0.70)	0.79	(0.38)
Fim do turno (N)	50	1.68	(1.12)	0.97	(0.48)

n — número de amostras
 \bar{x} — valor médio
 sd — desvio padrão

TABELA 4

Estudo estatístico dos resultados — t 0,975

	AH (gr/l)			AH (gr/gr creat.)		
	E	C	S/NS	E	C	S/NS
Expostos M / H (20-54 anos)	5.380	1.960	S	3.750	1.960	S
Expostos N / H (20-54 anos)	4.810	1.960	S	4.715	1.960	S
Expostos N / Expostos M	4.650	1.960	S	2.571	1.960	S

Expostos M — população exposta — início do turno
 Expostos N — população exposta — final do turno

ficativa da média de valores de «fim de turno» relativamente à média dos valores encontrados nas amostras colhidas no «início do turno».

4. Conclusões

Este estudo embora a casuística das populações testemunha dos grupos etários «inferior a 20 anos» e «superior a 54 anos» e da população exposta — amostras referentes ao final do turno de trabalho, tivesse sido inferior à dos restantes grupos, poderemos concluir que:

- Os valores de ácido hipúrico urinário são menos dispersos quando se corrigem em relação à creatinina — gr/gr, sendo por isso de optar por esta forma de exprimir o resultado.
- Ao serem estabelecidos os valores da gama normal, deverão ser atribuídos valores dife-

rentes para os dois sexos, especialmente nos grupos etários inferiores a 54 anos.

- Verifica-se um aumento significativo do valor médio da concentração de ácido hipúrico urinário nesta população exposta, mesmo para as colheitas referentes ao «início do turno de trabalho».
- Verifica-se um aumento significativo dos valores referentes ao «fim do turno de trabalho», relativamente ao «início do turno», facto este que está relacionado com a exposição ao tolueno durante o período de trabalho.

Estas duas últimas conclusões estão um pouco em desacordo com a ideia que, para baixas concentrações de tolueno, (inferiores a 100 ppm), não haveria um aumento significativo da concentração de ácido hipúrico urinário, que foi comprovado em algumas populações estudadas.

Para completar este estudo, teria interesse observar a reacção de um grupo exposto a diferentes concentrações atmosféricas de tolueno, para procurar estabelecer a relação existente entre a concentração daquele poluente no ar e a concentração de ácido hipúrico urinário. O trabalho presente, destina-se apenas a verificar, se é ou não pertinente, o doseamento periódico do ácido hipúrico urinário, em trabalhadores expostos, a tolueno, mesmo em concentrações bastantes inferiores ao limite máximo admissível (TLV = 100 ppm) e estabelecer a melhor altura para a colheita das amostras. Os resultados obtidos permitem-nos concluir que há interesse no controlo daquele metabolito e parece-nos útil o seu doseamento nas amostras de urina correspondentes ao fim do turno de trabalho.

BIBLIOGRAFIA

- 1 — BASELT, R. C. — Biological monitoring for industrial chemicals Davis, Calif., Biomedical Publications, 1980.
- 2 — HINCHEN, J. D. — Practical statistics for chemical research **Science Paperbacks**, 1969.
- 3 — LAUWERYS, R. — Biological criteria for selected industrial toxic chemicals: a review. **Scand J. Work Environ. & Health**, 1, 1975, 139-172.
- 4 — TEULON, R. — Les contrôles toxicologiques en milieu professionnel: leur importance et leurs limites. **Arch. Mal. Prof.**, 43 (1), 1982, 11-19.
- 5 — TOMOKUNI, K.; OGATA, M. — Direct colorimetric determination of hippuric acid in urine. **Clin. Chem.**, 18, 1972, 349.
- 6 — GRISLER, R.; BURATTI, M.; CASTOLDI, M. R.; CALZAFERRI, G. — La determinazione dell'acido ippurico nell'urina. **Med. Lavoro**, 69, 1978, 441.
- 7 — VEULEMANS, H.; MASSCHELEIN, R. — Experimental Human exposure to toluene. Urinary hippuric acid excretion as a measure of individual solvent uptake. **Int. Arch. Occup. Environ Health**, 43, 1979, 53-62.
- 8 — CATILINA, P.; CHAMOIX, A. — Étude de l'élimination urinaire de l'acide hippurique chez les travailleurs exposés à de faibles concentrations atmosphériques de toluène. **Arch. Mal. Prof.**, 41 (3), 1980, 141-146.
- 9 — ALESSIO, L.; OZONE, P.; RIVOLTA, J.; SOMA, R.; CONFORTINI, C. COLOMBIA — Acido ippurico a moderata esposizione a toluene. **Med. Lavoro**, 1, 1981, 38-45.

ARQUIVOS
DO INSTITUTO
NACIONAL
DE SAÚDE



VOL. XI 1986