



**SOCIEDADE
CRISE E RECONFIGURAÇÕES**

VII CONGRESSO PORTUGUÊS DE SOCIOLOGIA

19 a 22 Junho 2012

Universidade do Porto - Faculdade de Letras - Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação

ÁREA TEMÁTICA: Populações, Gerações e Ciclos de Vida

TENDÊNCIAS E DIFERENÇAS NA MORTALIDADE DA POPULAÇÃO IDOSA EM PORTUGAL: UMA ABORDAGEM SUB-NACIONAL

IDENTIFICAÇÃO DO(S) AUTOR(ES):

LAGARTO, Sandra

Doutoranda em Matemática

CIMA - Universidade de Évora

smdl@uevora.pt

MENDES, Maria Filomena

Doutorada em Sociologia

CIDHEUS - Universidade de Évora

mmendes@uevora.pt

Resumo

Existem indícios de que a população portuguesa está a envelhecer de forma desigual nas várias regiões do país. A partir dos dados disponíveis no *Eurostat*, estudámos as tendências de mortalidade e variações associadas no período de 1994 a 2006, entre a população idosa portuguesa, por sexo, grupo etário e por causa de morte, procurando estabelecer diferenças regionais. Estas ocorrem apenas, pontualmente, por sexo, mas, sobretudo, entre o grupo etário dos 65 aos 69 anos e o dos 85 ou mais anos, no que se refere às principais causas de morte. Das seis causas seleccionadas, três são dominantes entre a população idosa: doenças do sistema circulatório, neoplasias e doenças do sistema respiratório. Para além destas considerámos também as doenças endócrinas, as doenças do sistema digestivo e as causas indefinidas. Em termos de variação, os óbitos por doenças endócrinas sofreram, no período em análise, aumentos acentuados em todo o país, enquanto os relativos às doenças do sistema circulatório diminuíram. Globalmente, a região Centro apresentava as maiores diferenças, no que se refere ao afastamento entre as duas principais causas de morte e as restantes. Por sua vez, os Açores e a Madeira apresentavam, em certos aspectos, padrões, quer de tendência das taxas brutas de mortalidade, quer da sua variação, por sexo, grupo etário e causa, diferentes dos observáveis nas regiões do Continente, não podendo, no entanto, considerarem-se regiões homogéneas entre si. Este trabalho ilustra as diferenças regionais entre as causas de morte dominantes entre a população idosa portuguesa.

Abstract

The Portuguese population is aging quite differently across the country. From the data available on *Eurostat*, we studied mortality trends and differentiations from 1994 to 2006, among the older Portuguese population, by age group, sex and cause of death looking for regional variations. From the six selected death causes, three are dominant among the oldest: diseases of the circulatory system, neoplasm and diseases of the respiratory system. Besides these we also studied endocrine diseases, diseases of the digestive system and undefined causes. Considering general trends, deaths from endocrine diseases suffered, in that period, sharp increases across the country, while those for diseases of the circulatory system decreased. Differences occurred occasionally, by sex, but especially in individuals aged 65-69 and 85 and over, concerning the main causes of death. Overall, the Center region presented the largest differences by cause of death, particularly between the two most important ones and the other causes. Also, the Azores and Madeira islands had some distinct patterns considering mortality crude death rates. In these two regions, it was also possible to identify variations by age group, sex and cause of death, different from those observed in mainland regions; however we can't consider either that, together, they're homogenous regions. This paper gives a full picture, at a sub-national level, of major mortality death causes among older Portuguese population.

Palavras-chave: Portugal, população idosa, diferenças regionais, tendências de mortalidade, causas de morte
Keywords: Portugal, older population, sub-national differences, mortality trends, causes of death

1. INTRODUÇÃO

Em Portugal, e à semelhança do que se verifica na maioria dos países ocidentais, a população idosa tem vindo a aumentar, tendo a sua percentagem duplicado nas últimas quatro décadas do século XX (Instituto Nacional de Estatística [INE], n.d.). A pirâmide de idades da população portuguesa deixou de ser triangular, apresentando um estreitamento na base, acompanhado por um alargamento no topo, forma que caracteriza uma população envelhecida. De acordo com as estimativas da população residente de 2007 (INE, 2008) a população idosa representava mais de 17% da população portuguesa. Actualmente, os resultados provisórios do recenseamento de 2011 apontam para um aumento desse valor com cerca de 19% de idosos (INE, 2012).

Mas os idosos não se distribuem da mesma forma pelo território nacional. No último recenseamento geral da população, a proporção de indivíduos com 65 anos ou mais atingia, no Alentejo – na fig.1.1 representamos as NUTII portuguesas (unidades territoriais para fins estatísticos) –, cerca de 24.3% do total da população residente, sendo esta a região mais envelhecida, logo seguida pelo Centro e Algarve (com 22.5 e 19.6% de idosos, respectivamente). Os Açores, por seu turno, são a região menos envelhecida, com apenas 13.3% de idosos. No que se refere aos correspondentes índices de envelhecimento, apenas os Açores e a Madeira, têm um número de idosos inferior a 100 quando comparado com o de jovens; nas restantes regiões, este valor é superior a 100 (Alentejo 178.9). Quanto ao índice de dependência, outro indicador da estrutura da população, estima-se que existam, sensivelmente, entre 20 a 40 indivíduos com 65 anos ou mais, por cada 100 indivíduos entre os 15 e os 64 anos (39.1 no Alentejo e 19.3 nos Açores) (INE, 2012).

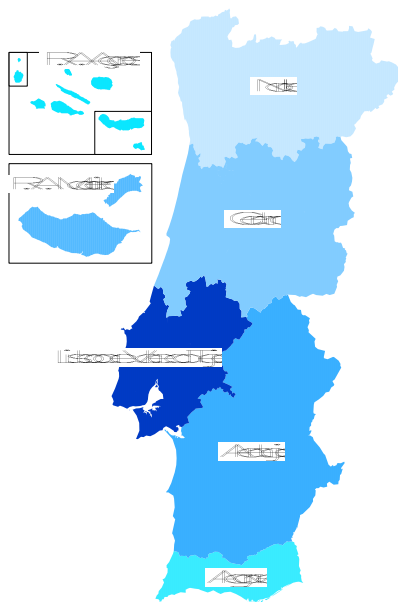


Figura 1.1. NUTII portuguesas

O envelhecimento populacional acentua-se, quer devido à redução da natalidade, quer devido ao aumento da esperança de vida. De acordo com as projecções para a população portuguesa, para o período 2000-2005, este fenómeno parece ter tendência para se manter nas próximas décadas, prevendo-se (admitindo certos cenários) que a percentagem de indivíduos com 65 anos ou mais, venha novamente a duplicar daqui a quarenta anos – podendo mesmo atingir os 40% da população portuguesa, na maior parte do território, o que pode traduzir-se numa relação de cerca de dois idosos por cada jovem, novamente, com valores mais elevados na região do Alentejo, onde aumenta para cerca de três idosos por cada jovem (INE, 2005).

O crescimento populacional a que se assistiu nos últimos 200 anos (a população quadruplicou na Europa) e, sobretudo, a diminuição da mortalidade infantil – que em Portugal é uma das mais baixas do mundo (a este propósito consultar, por exemplo, GAPMINDER WORLD, n.d.) – leva a que o estudo da mortalidade nas

idades mais avançadas seja então cada vez mais importante e venha a ter cada vez mais impacto, sobretudo ao nível do cálculo das projecções demográficas.

Os fenómenos de pobreza, adiamento da reforma, falta de autonomia ou independência dos indivíduos idosos e os cuidados de saúde precários, que, muitas vezes, se associam à velhice, tornam ainda mais pertinentes os estudos que caracterizam as tendências, em termos de causas de morte, dos indivíduos pertencentes a este grupo etário, para que a sociedade perceba quais os factores de risco associados ao envelhecimento e para que possam ser minimizados, os problemas decorrentes da alteração da estrutura populacional clássica ou do prolongamento da vida.

O que se pretende, neste trabalho, é identificar quais as causas de morte que predominam entre a população idosa portuguesa e quais as diferenças e variações regionais (Continente e ilhas) que lhe estão associadas. O estudo ilustra a evolução da tendência de mortalidade no período de 1994 a 2006, nas várias regiões do país (NUTII), para ambos os sexos, por grupos etários e, para as principais causas de morte.

2. BREVE ENQUADRAMENTO AO ESTUDO DAS CAUSAS DE MORTE

São várias as abordagens possíveis no que diz respeito ao estudo da mortalidade em função das causas de morte. Entre outras, estas podem passar por decompor a mortalidade por causas, de modo a detectar possíveis alterações ao nível da esperança de vida ou estudar variações em termos de tendência de mortalidade por causa. No primeiro caso, analisam-se quais os efeitos provocados pela eliminação de uma dada causa de morte na esperança de vida (metodologia *cause-deleted lifetables*; veja-se por exemplo Beltran-Sanchez, Preston & Canudas-Romo, 2008), ou atribuem-se diferenças em termos de esperança de vida, de acordo com certas causas de morte em particular (Nusselder & Mackenbach, 2000); no segundo, identificam-se assimetrias regionais ou mesmo entre um conjunto de países – neste caso, as doenças do sistema circulatório (como a doença isquémica do coração) e vários tipos de cancro são geralmente objectos de análise (Singh & Yu, 1996; Smith, 1998).

Considerando possíveis diferenças em termos de esperança de vida entre a população portuguesa e a de outros países, um estudo recente, desenvolvido por uma equipa de investigadores internacionais, expõe as diferenças entre Portugal e Espanha, no período entre 1890-2003, no que se refere às tendências de mortalidade na segunda metade do século XX e considerando a contribuição das causas específicas de morte (Canudas-Romo, Gleij, Gómez-Redondo, Coelho & Boel, 2008). Dos resultados destaca-se o facto de a esperança de vida dos homens portugueses ser uma das mais baixas da Europa Ocidental (74.9anos, face a 76.9 dos homens espanhóis), e que a esperança de vida das mulheres espanholas seja, por seu turno, uma das mais elevadas (83.5 anos face a 81.3 das mulheres portuguesas). O mesmo estudo conclui que, em Portugal, a esperança de vida parece seguir a mesma trajectória que em Espanha, mas com vários anos de atraso, sendo que para as diferenças existentes entre os dois países contribuem sobretudo os grupos etários entre os 20 e 79 anos nos homens e com 60 anos ou mais, no caso das mulheres; mais, as doenças do sistema circulatório e, no caso dos homens, as causas externas indefinidas (frequentemente atribuídas a traumatismos) são as que mais contribuem para essas diferenças.

Na sequência desta última abordagem, um estudo holandês analisa os padrões das coortes, no que se refere à mortalidade, em sete países da Europa, para ambos os sexos e causas de morte, na transição do século XIX para o século XX. Neste caso, a introdução no modelo de factores determinantes – como o facto de um indivíduo ser ou não fumador numa fase mais jovem da sua vida – poderá ajudar a explicar a tendência em termos de mortalidade a longo prazo, isto é nas idades mais avançadas (Janssen, 2005).

Frequentemente, em abordagens por grupos etários, são também estimados rácios de dependência para medir, nomeadamente, a proporção de idosos em função da população em idade activa, o que pode indicar, de um modo simplista, os custos económicos inerentes a uma dada dinâmica de estrutura etária (Grundy, 1997).

Por outro lado, devido à influência do tipo de cuidados de saúde prestados e condições socioeconómicas (por exemplo, o estado civil ou o nível de escolaridade) na mortalidade, têm vindo a ser desenvolvidos trabalhos que incidem cada vez mais sobre as populações idosas nos países em que a transição demográfica está prestes a ser, ou foi concluída recentemente – caso de Taiwan, Índia (Murray, Kulkarni & Ezzati, 2005; Singh & Yu, 1996). Comparam-se os indicadores de mortalidade com os dos países ditos desenvolvidos, no sentido de detectar diferenças no que se refere às principais causas de morte, ou, numa análise mais interna, tenta-se perceber, por exemplo, se o tipo de apoio social que os indivíduos idosos recebem pode ou não fazer diminuir a mortalidade – num caso de estudo no Bangladesh, estima-se que a taxa de mortalidade para mulheres que vivem com os filhos é cerca de 18% inferior às que estão em lares e, portanto, sem o apoio dos familiares (Leunh, Tang, Chie, Lue & Lee, 1999; Mostafa & Ginneken, 2000).

Finalmente, em alguns estudos, para além das usuais comparações por sexo, são também frequentes investigações que expõem as diferenças, no que toca às tendências de mortalidade, por raça ou etnia (embora estes não incidam exclusivamente, na sua maioria, sobre os idosos). Alguns destes estudos concluem, por exemplo, que indivíduos negros vivem em média menos seis anos que os brancos e que os que não frequentaram o ensino secundário, perdem até cerca de 12.8 anos, no que se refere à esperança média de vida, comparativamente aos que o frequentaram, com uma perda de apenas 3.6 anos, sendo estas diferenças mais credíveis no que toca à mortalidade por doenças cardiovasculares (Smith, 1998; Wong, Shapiro, Boscardin & Ettner, 2002). Alguns destes estudos salvaguardam, no entanto, a existência de causas externas que ajudam também a explicar a mortalidade.

3. DADOS E METODOLOGIA

Para analisar as tendências de mortalidade, no período entre 1994-2006, foram extraídos, do *Eurostat* (EUROSTAT, n.d.), os dados relativos à taxa bruta de mortalidade (por 100 mil habitantes), TBM, da população portuguesa, por sexo, idade e por causa de morte. As causas de morte seleccionadas estão de acordo com a Classificação Estatística Internacional de Doenças (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems [ICD], n.d.). Quanto às idades, estão agrupadas (com excepção do último grupo) conforme as classes quinquenais usuais (cinco anos completos), tal que o grupo etário 65-69 representa os indivíduos entre os 65 e os 69 anos e assim sucessivamente até à idade 85+, para o grupo de indivíduos com 85 ou mais anos).

Os dados desagregados por região – Norte, Algarve, Centro, Lisboa, Alentejo, Açores e Madeira – foram trabalhados com recurso a estatística descritiva, a partir das médias trienais da TBM, no mesmo período que os dados globais para o país, e obtidos através da mesma fonte.

Dos dados disponíveis para o país, seleccionámos inicialmente 60 categorias, de entre as 65 possíveis (no que se refere às causas de morte), para os indivíduos do sexo feminino e 58 para os do masculino. Considerando o valor máximo absoluto por causa, estimado a partir da média dos valores anuais, por grupos de idades e por sexo, foi aplicado um filtro no software estatístico *SPSS* para os valores superiores ao equivalente a 10% desse máximo. Nesta nova selecção, obtivemos 36 causas de morte para os indivíduos do sexo feminino e 34 para os do sexo masculino. Como algumas das causas representam grandes “famílias” de causas e agrupam dados de outras (algumas correlacionadas entre si), fizemos uma selecção final, restringindo o estudo aos grandes grupos de causas: ficámos com 16 para os indivíduos do sexo feminino e 14 para os do sexo masculino. Baseando-nos nestas categorias, seleccionámos finalmente as seis mais representativas (que representam no seu conjunto mais de 80% de todas as causas de morte, em cada uma das sete regiões do país): neoplasias (6 – *Neoplasms* – ICD C00-D48), doenças endócrinas (26 – *Endocrine, nutritional and metabolic diseases* – ICD E00-E90), doenças do sistema circulatório (33 – *Diseases of the circulatory system* – ICD I00-I99), doenças do sistema respiratório (37 – *Diseases of the respiratory system* – ICD J00-J99), doenças do sistema digestivo (42 – *Diseases of the digestive system* – ICD K00-K93), causas indefinidas (55 – *Symptoms, signs, abnormal findings, ill-defined causes* – ICD R00-R99). Para estudar as variações regionais que ocorreram nas TBM, no período 1994-2006, recorreremos às taxas trienais, por sexo e

para os grupos etários 65-69 e 85+ – no primeiro caso, por se tratar do grupo, entre a população idosa, em que a mortalidade é menor, e onde existe ainda uma substancial heterogeneidade de causas e dinâmicas que podem explicar diferenças no fenómeno, e, no segundo caso, por ser aquele que tem vindo a sofrer um maior aumento na esperança de vida, sobretudo, pelas melhorias na prestação de cuidados de saúde, facto que aliado às baixas taxas de fecundidade, tem vindo a contribuir para o envelhecimento da população portuguesa.

Neste sentido, com excepção da região Centro, as regiões do Continente não apresentam grandes diferenças entre si; por sua vez, tanto a região Centro como as restantes regiões não insulares, diferem dos Açores e da Madeira, que também não são homogêneas (ver fig. 2.1).

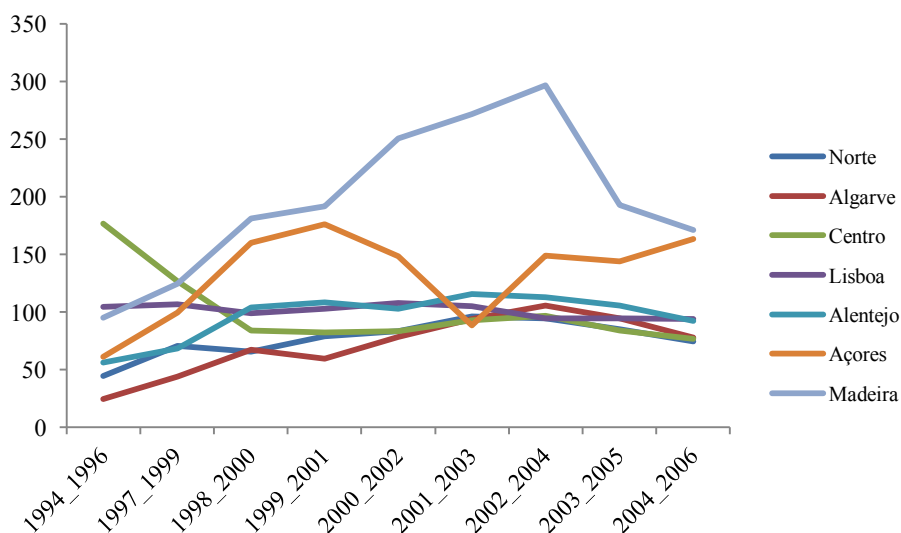


Figura 2.1. Evolução da TBM relativa às doenças endócrinas, por região (sexo masculino, grupo etário 65-69)

Efectivamente, no Centro, a partir do triénio 1998-2000 ocorreu uma mudança, digamos de nível ou regime, na TBM, nos indivíduos de ambos os sexos e nas principais causas de morte: no caso das doenças endócrinas, depois de um período com um decréscimo acentuado na mortalidade a série passa a acompanhar a tendência das séries das restantes regiões do Continente. Estas, por sua vez, têm uma mudança de nível no sentido inverso (com excepção de Lisboa, que se mantém sensivelmente constante), já que descrevem aumentos, ainda que moderados, até ao triénio indicado, só depois descrevendo, uma tendência dominante, que oscila em torno de valores médios das séries. Excluindo as relativas às regiões da Madeira e dos Açores (onde se verificam as maiores variações, quer no sentido, quer na amplitude entre os valores observados), todas as séries apresentam comportamentos mais ou menos estacionários, não obstante as tendências crescentes ou decrescentes já descritas, a partir desse período de tempo.

4. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Analizamos, de seguida, as tendências de mortalidade, medidas pela TBM, em função do sexo, grupo etário e causas de morte, partindo do retrato do país (e seleccionando as principais causas de morte) para a análise interna, ao nível das regiões.

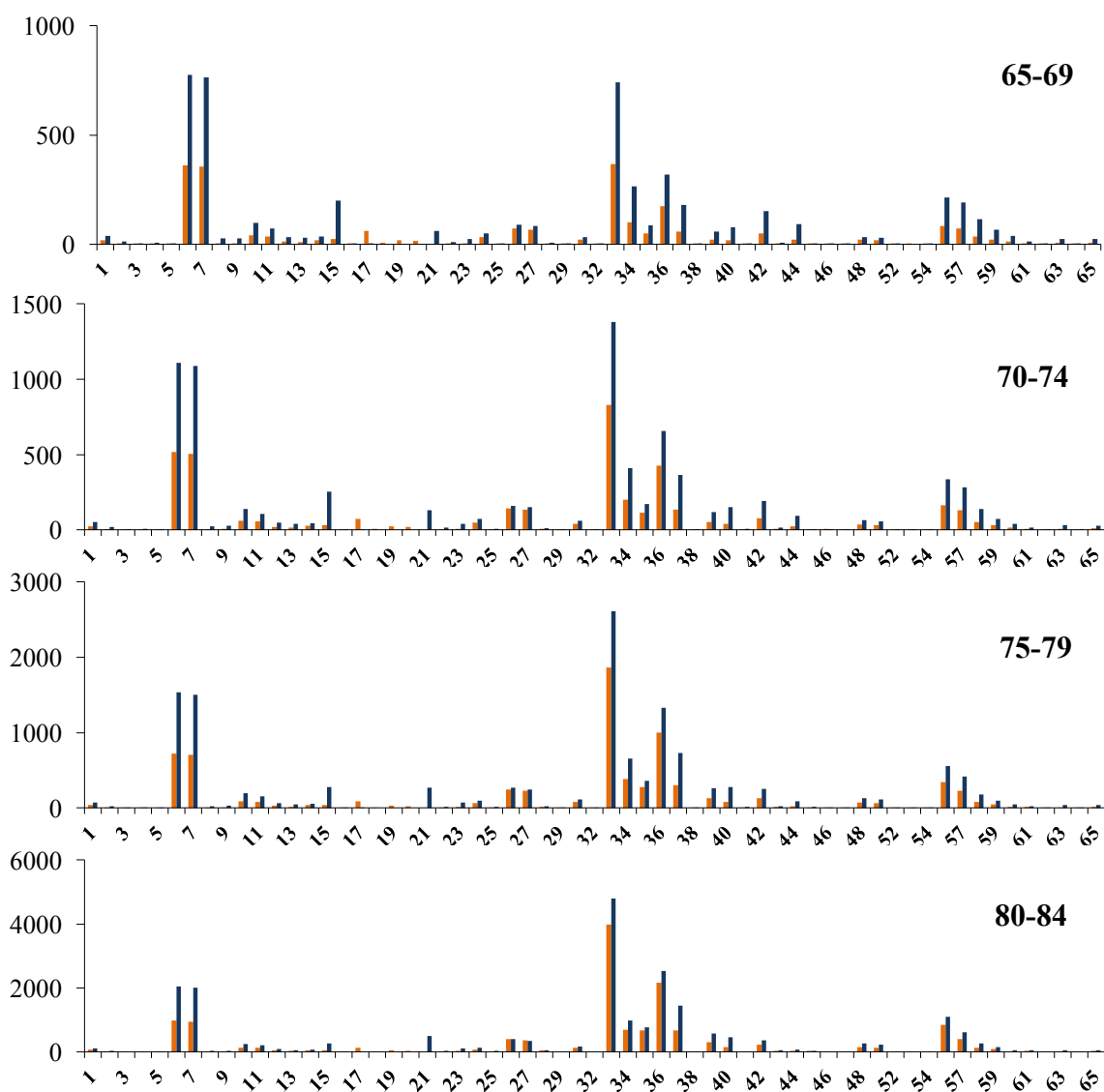
As taxas médias estimadas, a partir dos valores das TBM anuais do período em análise, relativamente ao período em análise, por grupo etário e sexo, apresentam uma grande amplitude de valores, que aumenta com as idades mais elevadas (onde em média se regista um maior número de óbito) e nos indivíduos do sexo masculino (excepção para o grupo etário 85+).

Em termos de tendência, nas idades até aos 79 anos, foi quase nulo o decréscimo na mortalidade, sendo que, a partir dos 80 anos, já podemos observar uma clara tendência decrescente – embora fraca, com uma maior

variabilidade a partir dos 85 anos. Este comportamento foi semelhante nos dois sexos, ainda que a mortalidade dos indivíduos do sexo feminino, em todas as faixas etárias, fosse substancialmente inferior à dos indivíduos do sexo masculino. Mais refira-se que, em geral, a evolução da mortalidade em Portugal, entre a população com 65 ou mais anos, tem vindo a evoluir de uma forma exponencial.

Para ilustrar a tendência, não só por sexo e grupo etário, mas também por causa de morte, estão representadas na fig. 4.1 as 65 categorias de doenças consideradas inicialmente, de acordo com a classificação do ICD. Como já foi referido (na secção 3), neste conjunto, estão representadas as grandes “famílias” de causas, mas, simultaneamente, as causas desagregadas, donde a análise dos gráficos da fig. 4.1 deve atender a essa disposição – uma vez que há correlações entre as causas marginais e a grande causa ou “família” a que pertencem. Essencialmente existem quatro grandes grupos responsáveis pela mortalidade entre os idosos portugueses: neoplasias (grande parte devido a tumores malignos – grupo 6 a 24); doenças endócrinas (os valores indicados correspondem quase na totalidade à diabetes *mellitus* – grupo 26 a 27); doenças do sistema cárdio-pulmonar e digestivo (predomínio das doenças do sistema circulatório, como as doenças isquémicas, seguidas pelas doenças do sistema respiratório e só depois do sistema digestivo – grupo 33 a 42); acidentes e causas indeterminadas (grupo 55 a 59).

Assim, constatamos que, à medida que o indivíduo envelhece, a generalidade das causas de morte perdem expressão, entre estas as neoplasias, que constituíam a principal causa de morte entre os indivíduos do sexo masculino no grupo etário 65-69, e sobressaem as causas dominantes, que, a partir dos 70 anos, já são nos dois sexos as doenças do sistema circulatório.



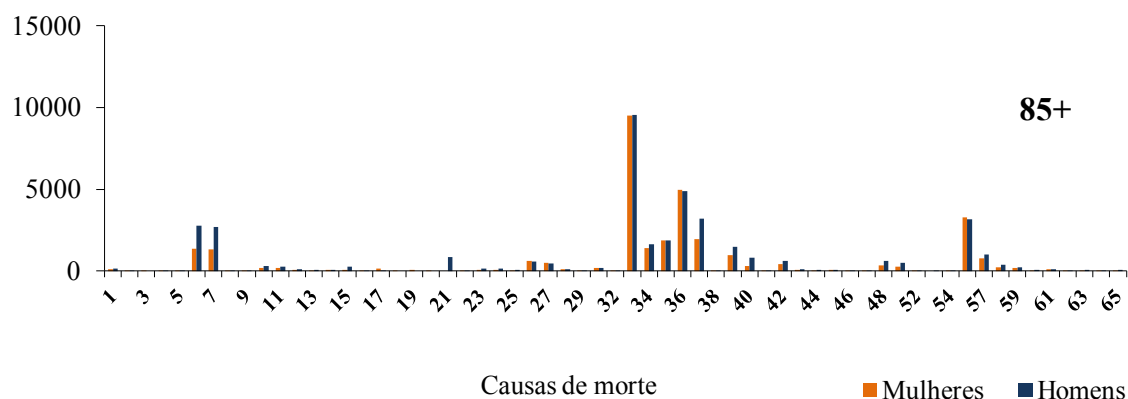


Figura 4.1. TBM da população portuguesa, por causa de morte, por sexo e por grupo etário (valor médio estimado, para o período 1994-2006)

Este padrão é comum entre homens e mulheres, embora os valores da mortalidade sejam, em geral, superiores nos indivíduos do sexo masculino comparativamente ao feminino (excepção para o grupo etário 85+, em que a principal causa de morte são as doenças do sistema circulatório, com taxas de mortalidade semelhantes para os dois sexos). A tabela 4.1 ilustra as principais diferenças, por sexo, no que se refere às causas de morte seleccionadas no período em análise.

Tabela 4.1. TBM da população portuguesa, por sexo, por grupo etário e para as principais causas de morte:(valores não significativos de acordo com os critérios metodológicos aplicados)

ICD	Mulheres					Homens				
	65-69	70-74	75-79	80-84	85+	65-69	70-74	75-79	80-84	85+
1. Doenças infecciosas e parasitárias	17.3	26.2	42.7	67.0	103.2	38.3	54.2	76.3	109.7	148.6
6. Neoplasias	362.3	518.4	725.5	979.7	1353.6	775.5	1108.1	1533.5	2044.2	2761.0
25. Doenças do sangue e síndromes imunológicas	3.3	5.6	9.9	18.0	38.4	:	:	:	:	:
26. Doenças endócrinas, da nutrição e do metabolismo	70.9	142.2	247.2	401.5	615.1	89.8	160.5	270.5	395.9	564.1
28. Doenças mentais e síndromes comportamentais	3.0	7.3	16.2	42.1	121.7	6.8	10.3	22.6	45.8	101.3
31. Doenças do sistema nervoso e dos órgãos dos sentidos	21.7	40.8	80.3	127.1	174.9	31.5	61.1	113.6	168.1	202.5
33. Doenças do sistema circulatório	368.3	831.4	1864.5	3979.4	9508.7	741.4	1381.9	2609.3	4790.0	9555.5
37. Doenças do sistema respiratório	56.7	133.9	299.7	680.9	1936.6	179.5	363.5	729.0	1441.3	3207.7
42. Doenças do sistema digestivo	49.3	78.8	128.4	225.7	436.6	150.8	191.1	254.8	357.3	606.4
45. Doenças da pele	1.9	3.7	9.7	27.2	66.5	:	:	:	:	:
46. Doenças do sistema osteomuscular e tecido conjuntivo	5.3	8.0	10.7	17.5	30.1	:	:	:	:	:
48. Doenças do sistema geniturinário	19.8	36.2	73.9	147.5	330.4	32.9	64.8	134.0	263.7	599.3
55. Sintomas, sinais e afecções mal definidas	83.3	164.8	347.8	844.1	3263.0	213.1	335.6	559.7	1102.9	3151.3
58. Lesões traumáticas e envenenamentos	36.2	51.8	78.3	123.5	228.6	115.6	139.7	183.2	259.4	400.5
59. Acidentes	:	:	:	:	:	65.4	75.1	99.1	141.4	233.7
63. Suicídio e lesões autoinfligidas	7.3	11.6	16.3	26.6	45.6	24.3	28.4	41.4	57.9	85.9
65. Causas indefinidas	17.3	26.2	42.7	67.0	103.2	38.3	54.2	76.3	109.7	148.6

Da análise da tabela 4.1 constatamos que todas as causas de morte contribuem gradualmente mais para a mortalidade à medida que a idade aumenta, sendo que as causas mais representativas – doenças do sistema circulatório (33) ou respiratório (37) – sofreram, entre 1994 e 2006, um crescimento acentuado no grupo etário 85+ (ou mesmo a partir dos 80 anos, no primeiro caso); os óbitos por causas indefinidas (55) mostraram um padrão semelhante. Relativamente às restantes causas, as neoplasias eram dominantes, com valores de TBM próximos dos atribuídos às doenças do sistema circulatório, no caso dos indivíduos do grupo etário 65-69 – valores apenas superados pelas doenças do sistema circulatório e causas indefinidas, em ambos os sexos, e no grupo dos 85+.

É ainda notório, quer a partir da análise dos resultados da tabela 4.1, quer da representação gráfica que os complementa (fig. 4.2), o maior número de óbitos, por cada 100 mil habitantes, nos indivíduos do sexo masculino, relativamente aos do sexo feminino, em todos os grupos etários e para todas as causas de morte, com excepção dos óbitos atribuídos a doenças endócrinas (a partir dos 80 anos a TBM atribuível a esta causa era sensivelmente superior nos indivíduos do sexo feminino, relativamente aos do masculino), perturbações mentais e causas indefinidas (nestes dois casos, aquela situação só se verificava no grupo etário 85+). Como já foi referido na análise aos gráficos da fig. 4.1, era semelhante, nos dois sexos, a taxa de mortalidade por doenças do sistema circulatório nos indivíduos do grupo 85+.

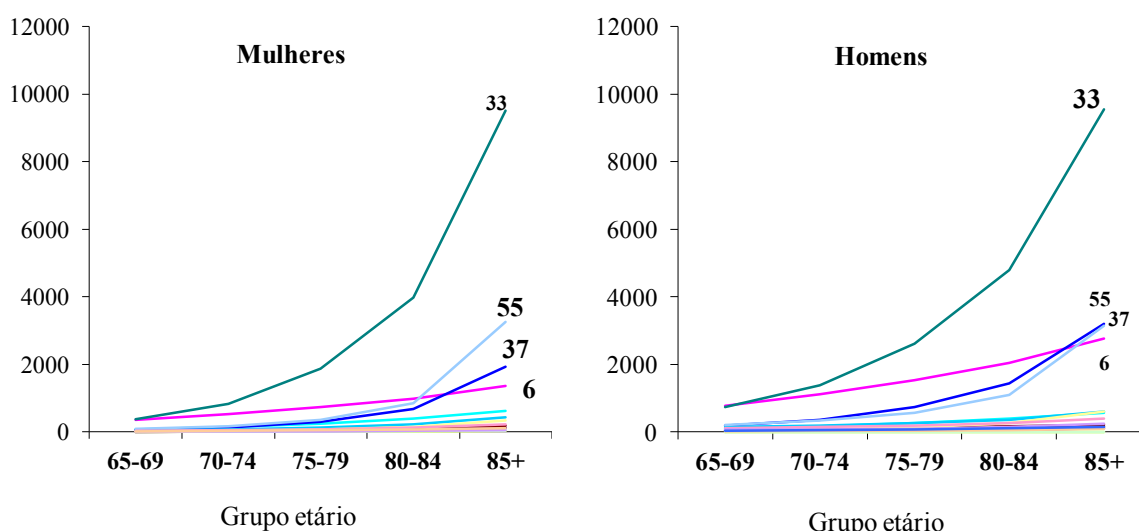


Figura 4.2. Tendência da TBM da população portuguesa, por grupo etário, por sexo e para as principais causas de morte

No que se refere a outras diferenças entre indivíduos do sexo feminino e masculino, destaca-se a inserção na lista preliminar de doenças seleccionadas como significativas para a análise das principais causas de morte entre as mulheres, das doenças de sangue ou do sistema imunitário (25), doenças de pele ou dos tecidos cutâneos (45) e doenças do sistema muscular e ósseo (ainda que com valores de ordem de grandeza diferente das restantes causas e sobretudo das dominantes) e dos acidentes enquanto causa também significativa, neste caso, entre os homens.

De seguida (tabela 4.2), apresenta-se o retrato do país, no que se refere às principais causas de morte entre a população idosa portuguesa com a variação entre 1994 e 2006 (face à TBM estimada para o triénio 1994-2006) por sexo e para os grupos etários 65-69 e 85+.

Como ponto de partida para uma análise mais detalhada a nível regional, que se apresenta nas subsecções seguintes, refira-se que as seis grandes causas de morte seleccionadas (e constantes da tabela 4.2) representavam mais de 80% do total de causas de morte em cada região, por sexo e grupo etário (em alguns casos, mais de 95%, como sucede na Madeira, para os indivíduos do sexo feminino do grupo etário 85+, no período 1994-1996). Mais, se subtrairmos a este conjunto de causas os valores relativos às causas

indefinidas, temos que as restantes causas identificáveis representavam 64.6% (Algarve; mulheres; 85+; 1994-1996) a 91.5% (Açores; mulheres; 65-69; 2004-2006) de todas as causas de morte.

No que se refere ao sentido da variação, ocorreu, em geral, uma redução da mortalidade atribuída ao conjunto de causas seleccionadas, em ambos os sexos e nos dois grupos etários em análise, o que sustenta a tendência de envelhecimento da população e do aumento de esperança de vida a que assistimos nas últimas décadas. Excepções a este comportamento ocorreram no Algarve e nos Açores, com variações não negativas, nos indivíduos de ambos os sexos do grupo etário 65-69; estas duas regiões mostraram um comportamento, em termos de variação cumulativa, diferente das restantes, havendo ainda lugar a diferenças entre a região da Madeira e

Tabela 4.2. Variação da TBM da população idosa portuguesa, por sexo e por grupo etário

Região	Causa de morte (Doenças)	Mulheres 65-69			Mulheres 85+			Homens 65-69			Homens 85+		
		1994-1996	2004-2006	Δ	1994-1996	2004-2006	Δ	1994-1996	2004-2006	Δ	1994-1996	2004-2006	Δ
Norte	Neoplasias	29.6	35.8	21%	5.9	8.1	36%	29.5	34.6	17%	10.7	13.8	29%
	Endócrinas	5.9	6.5	10%	2.0	3.8	91%	2.4	3.6	48%	1.4	2.9	107%
	Sistemicirculatório	37.1	23.7	-36%	54.1	43.7	-19%	34.0	22.4	-34%	47.3	36.7	-22%
	Sistemespiratório	4.9	5.6	15%	9.7	13.2	36%	7.7	8.2	7%	13.9	17.9	29%
	Sisteadigestivo	6.0	5.1	-16%	1.7	2.4	39%	6.1	6.8	12%	1.7	2.7	59%
	Causas indefinidas	8.2	10.7	31%	22.7	19.5	-14%	10.4	11.0	6%	20.6	15.6	-25%
	% Total	91.7	87.4	-5%	96.2	90.6	-6%	90.0	86.6	-4%	95.6	89.6	-6%
Algarve	Neoplasias	28.8	34.2	19%	6.0	6.4	8%	27.6	31.8	15%	9.4	12.4	32%
	Endócrinas	9.1	4.7	-48%	2.1	4.8	132%	2.8	3.9	37%	1.4	3.1	124%
	Sistemicirculatório	31.3	28.1	-10%	47.0	39.4	-16%	34.4	25.9	-25%	44.6	30.7	-31%
	Sistemespiratório	3.7	3.8	2%	7.4	11.7	57%	4.5	5.9	33%	9.3	17.6	90%
	Sisteadigestivo	2.5	4.1	67%	2.1	3.6	68%	3.5	5.1	49%	2.5	3.5	41%
	Causas indefinidas	6.6	8.8	33%	29.4	23.2	-21%	9.1	8.9	-3%	23.1	17.6	-24%
	% Total	81.9	83.6	2%	94.0	89.0	-5%	81.9	81.6	0%	90.2	84.9	-6%
Centro	Neoplasias	29.2	34.2	17%	6.1	7.9	29%	27.4	32.8	20%	11.2	13.6	22%
	Endócrinas	5.4	6.2	14%	2.2	4.7	108%	3.1	3.8	25%	1.9	3.8	101%
	Sistemicirculatório	37.3	25.6	-31%	54.1	44.9	-17%	31.6	22.4	-29%	47.8	37.7	-21%
	Sistemespiratório	4.2	4.3	3%	7.2	12.8	78%	6.0	5.7	-5%	11.7	17.4	49%
	Sisteadigestivo	5.9	4.6	-23%	2.1	2.9	41%	7.9	6.6	-16%	2.5	3.3	34%
	Causas indefinidas	6.7	10.0	49%	23.0	16.9	-27%	9.3	11.3	21%	18.6	13.8	-26%
	% Total	88.6	84.8	-4%	94.7	90.0	-5%	85.2	82.5	-3%	93.6	89.5	-4%
Lisboa	Neoplasias	33.9	39.0	15%	8.7	8.7	0%	33.2	38.0	14%	14.4	15.4	7%
	Endócrinas	5.2	6.8	30%	2.7	3.9	44%	3.8	4.5	18%	2.0	4.1	100%
	Sistemicirculatório	36.2	29.1	-20%	62.8	53.4	-15%	34.3	27.5	-20%	51.4	43.7	-15%
	Sistemespiratório	4.3	4.1	-5%	8.9	12.0	35%	6.0	6.3	4%	13.9	16.4	17%
	Sisteadigestivo	4.6	3.2	-30%	2.5	2.6	4%	5.9	5.5	-7%	2.9	3.0	1%
	Causas indefinidas	3.7	5.0	35%	7.8	8.8	13%	4.1	5.1	24%	6.7	6.7	0%
	% Total	87.9	87.1	-1%	93.5	89.5	-4%	87.4	86.8	-1%	91.4	89.3	-2%
Alentejo	Neoplasias	29.3	33.2	13%	6.1	7.5	24%	25.7	31.3	22%	11.5	12.8	11%
	Endócrinas	8.4	7.9	-6%	2.7	5.4	101%	4.0	4.1	2%	1.7	3.6	117%
	Sistemicirculatório	34.4	29.3	-15%	56.2	45.2	-20%	33.3	24.6	-26%	48.3	39.0	-19%
	Sistemespiratório	4.0	4.2	4%	6.2	9.7	57%	5.6	7.2	29%	10.5	14.7	40%
	Sisteadigestivo	4.4	3.2	-27%	2.4	3.3	36%	5.0	4.6	-8%	3.9	2.8	-28%
	Causas indefinidas	6.9	7.8	13%	20.6	18.9	-8%	8.1	9.4	15%	15.5	13.8	-11%
	% Total	87.4	85.6	-2%	94.1	90.0	-4%	81.6	81.2	-1%	91.5	86.8	-5%
Açores	Neoplasias	27.5	26.1	-5%	7.4	6.8	-8%	27.9	33.2	19%	10.5	11.4	8%
	Endócrinas	8.4	14.6	73%	3.7	7.4	100%	2.3	5.1	119%	1.5	5.4	246%
	Sistemicirculatório	43.8	41.2	-6%	52.2	50.2	-4%	42.7	34.9	-18%	52.0	42.1	-19%
	Sistemespiratório	4.0	4.2	4%	6.2	9.7	57%	5.6	7.2	29%	10.5	14.7	40%
	Sisteadigestivo	6.2	4.5	-27%	1.2	2.1	74%	7.3	7.8	7%	3.1	3.2	3%
	Causas indefinidas	1.1	1.0	-10%	22.6	13.3	-41%	1.7	1.3	-23%	14.2	8.0	-44%

	% Total	91.6	92.5	1%	95.1	90.7	-5%	90.7	92.2	2%	92.0	87.6	-5%
Madeira	Neoplasias	18.5	26.4	43%	5.4	6.0	10%	18.2	22.6	24%	8.8	9.9	12%
	Endócrinas	7.6	10.4	37%	3.9	6.4	65%	3.4	4.6	38%	2.8	4.8	70%
	Sistemacirculatório	42.2	29.7	-29%	45.3	37.5	-17%	30.2	23.5	-22%	37.6	31.5	-16%
	Sistemarespiratório	3.3	8.2	147%	15.2	26.2	72%	12.0	11.6	-3%	20.2	24.9	23%
	Sistemadigestivo	2.4	3.0	25%	2.6	3.0	13%	5.9	6.6	12%	1.4	3.8	164%
	Causas indefinidas	13.3	11.2	-16%	24.8	12.1	-51%	15.1	13.8	-8%	21.9	13.4	-39%
	% Total	87.2	88.8	2%	97.2	91.1	-6%	84.6	82.8	-2%	92.9	88.4	-5%

estas duas e as regiões do Norte, Algarve, Centro, Lisboa e Alentejo; note-se, no entanto, que os aumentos registados foram ligeiros.

4.1. TENDÊNCIAS E VARIAÇÕES REGIONAIS DE MORTALIDADE, POR SEXO

Da tabela 4.2, constatamos que não ocorreram, no período em análise, diferenças expressivas na mortalidade por sexo, em Portugal: morreram mais mulheres que homens, em todas as regiões e em ambos os sexos, devido a doenças do sistema circulatório – a principal causa de morte entre os idosos –, exceção para o Algarve, cuja TBM para os indivíduos do sexo feminino se situava ainda, no triénio 2004-2006, ligeiramente abaixo do valor análogo para os do sexo masculino. A outra diferença relevante entre os dois sexos, mas que não representa, de novo, factor de diferenciação entre regiões, é a maior TBM nos homens que nas mulheres, relativamente às doenças dos sistemas respiratório e digestivo – exceção agora para a Madeira, que acompanhou tendência geral das restantes regiões do país, relativamente a estas causas de morte, mas apenas no grupo etário 85+.

Quanto às variações das TBM por sexo, como se pode também observar na tabela 4.2, a tendência geral mostra que, tanto nos indivíduos do sexo feminino, como do masculino, estas eram positivas nos óbitos por neoplasias, doenças endócrinas, doenças do sistema respiratório e digestivo e negativas, nos óbitos atribuídos a doenças do sistema circulatório. Apenas ao considerarmos os óbitos atribuídos a causas indefinidas, a variação se alterou consoante o sexo e por região (dentro destas ainda por grupo etário) – em Lisboa, por exemplo, entre as mulheres com idades 85+, ocorreu um aumento na ordem dos 13%, enquanto, no Algarve ou no Centro, registaram-se, também para as mulheres e no mesmo grupo etário, reduções na ordem dos 21 e 27%, respectivamente –, sendo que, nas ilhas, esta variação foi sempre negativa.

Também com uma tendência idêntica, em todas as regiões, mas agora com uma variação negativa, temos as doenças do sistema circulatório: as maiores reduções, na ordem dos 30%, em ambos os sexos, ocorreram nas regiões Norte e Centro do país. Apenas nos Açores – região onde se registou a menor redução relativamente a esta causa de morte, no país – ocorreu, ainda que com um balanço negativo, uma diferença na ordem de grandeza da variação da TBM entre os dois sexos: a redução verificada nas mulheres foi de cerca de uma terça parte da dos homens (por exemplo, 6% no grupo etário 65-69, relativamente aos 18% no mesmo grupo etário para os indivíduos do sexo masculino); note-se que as doenças do sistema circulatório representavam ainda 40 a 50% das causas de morte na região.

Pontualmente, ocorreram diferenças intra-regionais, no período em análise, entre os dois sexos, que referimos de seguida. Assim, constatamos que, no Norte, os óbitos por doenças do sistema digestivo sofreram uma redução de 16% nas mulheres entre os 65 e os 69 anos, face a um aumento de 12% para os homens. Para as doenças endócrinas, no Algarve, a variação foi mais acentuada (mulheres: -48%; homens:+37%); em Lisboa, e para as doenças do sistema respiratório foi, pelo contrário, mais ligeira(mulheres: -5%; homens: +4%). No Alentejo, repetiu-se o padrão anterior relativamente aos óbitos por doenças endócrinas, com redução entre as mulheres e aumento entre os homens – exceção para o grupo etário 85+, em que ocorreu um aumento entre as mulheres (36%) e uma redução entre os homens (28%). Nos Açores, a tendência foi semelhante à já descrita para o Norte, no que toca às doenças do sistema digestivo, mas também, nos dois grupos etários, uma redução da mortalidade por neoplasias no caso das mulheres, face a um aumento para os homens. Na Madeira, ocorreu a maior diferença entre sexos observada relativamente a todas as regiões (e também com uma inversão de sentido que parecia existir em certas causas de morte, em

que houve uma redução nas mulheres e aumento nos homens): os óbitos relativos a doenças do sistema respiratório sofreram um aumento de 147% entre as mulheres do grupo etário 85+, enquanto os homens, do mesmo grupo etário, sofrem uma redução na TBM, atribuível a esta causa na ordem dos 3%. Ao contrário das restantes regiões, o Centro não apresentou diferenças internas entre sexos, no que toca ao sentido da variação por causa de morte.

Pelo exposto, o Norte e o Centro apresentavam um padrão semelhante, por sexo, que era diferente do padrão do Alentejo nos óbitos por doenças endócrinas e doenças do sistema digestivo (ver gráficos da fig. 4.3); cada uma destas três regiões distinguia-se, por sua vez, das restantes (e estas entre si), pelo menos, relativamente a uma das causas de morte no grupo etário dos 65-69, ao passo que, no grupo 85+, as diferenças entre as regiões eram mais reduzidas: ao Norte e ao Centro juntam-se o Algarve e a Madeira, com sentidos de variação semelhantes (redução), em ambos os sexos, para as doenças do sistema circulatório e causas indefinidas. Para complementar esta análise, foi calculada a proporção entre a mortalidade dos indivíduos do sexo masculino e os do sexo feminino, que se apresenta na tabela 4.3.

Tabela 4.3. Evolução do rácio de mortalidade entre Homens/Mulheres ($\times 100$), por região, por causa de morte, por grupo etário e nos períodos 1994-1996 e 2004-2006

Grupo etário	Período de tempo	Região						
		Norte	Algarve	Centro	Lisboa	Alentejo	Açores	Madeira
Neoplasias								
65-69	1994-1996	100	96	94	98	88	101	98
	2004-2006	97	93	96	97	94	127	86
85+	1994-1996	181	158	181	166	190	142	163
	2004-2006	171	193	171	178	171	166	166
Doenças endócrinas								
65-69	1994-1996	41	31	56	72	48	28	44
	2004-2006	55	83	62	66	52	35	44
85+	1994-1996	72	66	84	74	63	42	74
	2004-2006	78	64	81	103	68	72	76
Doenças do sistema circulatório								
65-69	1994-1996	100	96	94	98	88	101	98
	2004-2006	97	93	96	97	94	127	86
85+	1994-1996	181	158	181	166	190	142	163
	2004-2006	171	193	171	178	171	166	166
Doenças do sistema respiratório								
65-69	1994-1996	100	96	94	98	88	101	98
	2004-2006	97	93	96	97	94	127	86
85+	1994-1996	181	158	181	166	190	142	163
	2004-2006	171	193	171	178	171	166	166
Doenças do sistema digestivo								
65-69	1994-1996	100	140	133	129	114	117	247
	2004-2006	134	126	144	172	143	172	220
85+	1994-1996	98	117	119	116	159	262	54
	2004-2006	112	98	113	112	84	154	126
Causas indefinidas								
65-69	1994-1996	127	139	139	112	118	156	114
	2004-2006	103	101	113	103	120	133	124
85+	1994-1996	91	79	81	87	75	63	88
	2004-2006	80	76	81	76	73	60	111

O rácio, relativo à razão entre o número de óbitos dos homens e de mulheres ($\times 100$), é estimado por causa de morte e por região para os grupos etário 65-69 e 85+, no horizonte temporal 1994-2006.

A tabela 4.3 mostra que, geralmente, em todas as regiões, morreram mais indivíduos do sexo masculino que do feminino devido a neoplasias, doenças do sistema circulatório e do sistema respiratório, mas apenas no grupo etário 85+. Também devido a doenças do sistema digestivo e causas indefinidas, mas agora no grupo etário 65-69, se manteve essa tendência (que, no primeiro caso, podemos alargar aos indivíduos do grupo etário 85+, com excepção dos óbitos ocorridos nas regiões do Algarve e Alentejo entre 2004-2006, onde se deu uma inversão na tendência face ao período inicial). Quanto aos óbitos por doenças endócrinas, e com excepção da região de Lisboa (com, em média, 103 óbitos nos indivíduos do sexo masculino por cada 100 femininos, no triénio 2004-2006, no grupo etário 85+), o número de óbitos das mulheres era superior ao dos homens.

Globalmente, as doenças endócrinas e as doenças do sistema digestivo apresentaram as menores variações, quer por região, quer por grupo etário no horizonte temporal em análise (1994-2006); no primeiro caso o rácio foi favorável aos homens, no segundo às mulheres.

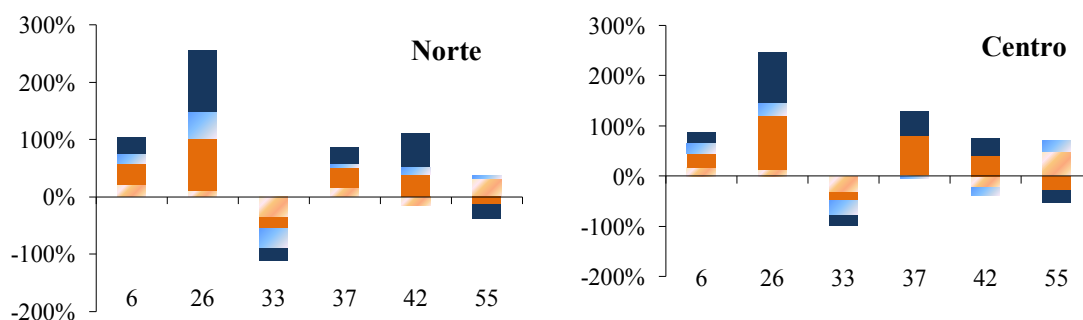
4.2. TENDÊNCIAS E VARIAÇÕES REGIONAIS DE MORTALIDADE, NOS GRUPOS ETÁRIOS 65-59 E 85+

Algumas das diferenças entre os grupos etários seleccionados já foram referidas na subsecção 4.1; outras serão assinaladas de seguida para permitir uma diferenciação entre causas de morte, pelo que faremos apenas uma descrição genérica, fixando agora causas e sexos, no sentido de identificar diferenças regionais.

Assim, no horizonte temporal em análise, nos indivíduos de ambos os sexos, o grupo etário 85+ foi o que sofreu maiores variações em todas as causas de morte. Tal como podemos observar na fig. 4.3 (que ilustra os resultados da tabela 4.2), esse padrão foi mais notório nos óbitos atribuídos às doenças endócrinas.

Por outro lado, se considerarmos o conjunto das causas de morte seleccionadas, podemos encontrar diferenças entre a Madeira e as restantes regiões, pois, ao contrário da tendência geral, a variação foi superior nos óbitos, quer devidos a doenças do sistema respiratório, quer a neoplasias, no grupo etário 65-69, quer nos indivíduos do grupo 85+. A Madeira, e também os Açores, apresentavam, conjuntamente, um padrão de mortalidade diferente do das regiões do Continente, relativamente aos óbitos por causas indefinidas, pois aquelas registaram uma variação da TBM superior nos indivíduos do sexo feminino, ao contrário do que sucedia nas ilhas.

De referir ainda que, também dentro do mesmo grupo etário, ocorreram pontualmente, e sobretudo relativamente ao sentido da variação por causa de morte, diferenças intra e inter-regionais; como exemplo, destacamos a redução da mortalidade por doenças endócrinas nos indivíduos do sexo feminino do grupo etário 65-69 na região do Algarve – situação inversa do sentido geral dos óbitos atribuídos a esta causa de morte nas restantes regiões do país, onde ocorreu um aumento naquele grupo etário (em indivíduos de ambos os sexos e nos grupos etários seleccionados).



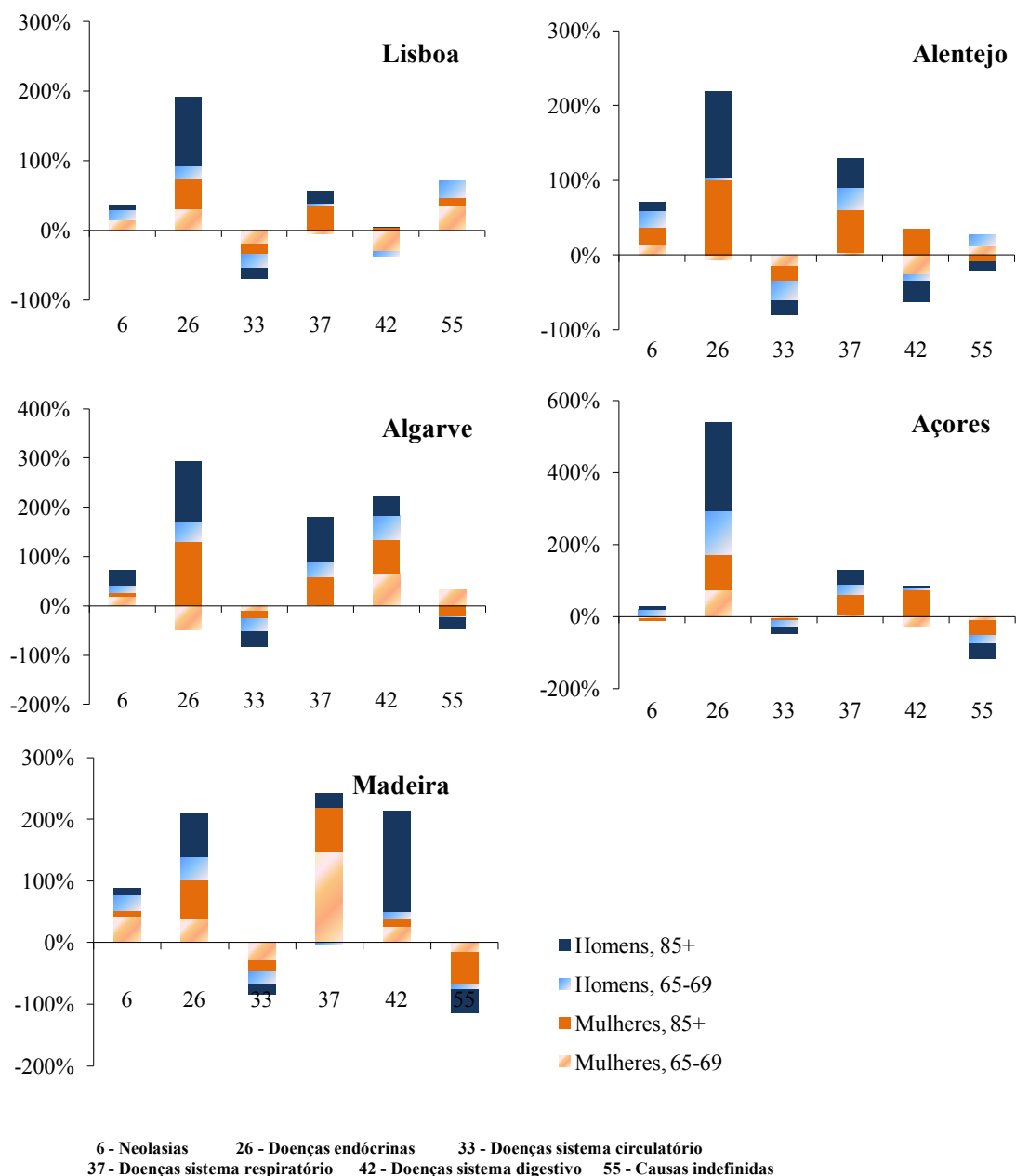


Figura 4.3. Diferenças regionais na variação da TBM em Portugal, por sexo e por grupo etário

4.3. TENDÊNCIAS E VARIAÇÕES REGIONAIS DE MORTALIDADE, POR CAUSA DE MORTE

Considerando o horizonte temporal em análise, manteve-se durante todo o período, a tendência para que as doenças do sistema circulatório constituíssem, em geral, a principal causa de morte entre a população idosa. No triénio 2004-2006 representavam ainda, em regiões como Lisboa ou os Açores, no grupo etário dos indivíduos do sexo feminino com idades 85+, mais de 50% (54 e 51%, respectivamente) dos óbitos ocorridos. Ocorreram, no entanto, diferenças regionais assinaláveis: no grupo etário 65-69, a principal causa de morte no triénio 2004-2006, nas regiões do Continente, eram as neoplasias (que constituíam, em 1994-1996, nas mesmas idades, a segunda principal causa de morte), passando os óbitos associados às doenças do sistema circulatório para segundo lugar.

De acordo com a tabela 4.2 (que resume as variações nas TBM, ao longo do tempo) e o gráfico da fig. 4.4 (que reflecte uma tendência mais recente) podemos afirmar que tal padrão era semelhante em ambos os sexos, ocorrendo diferenças entre Portugal Continental e as ilhas. De acordo com os dados do triénio 2004-

2006, tem vindo a ocorrer, nas regiões do Continente, nos indivíduos de ambos os sexos no grupo etário 65-69 (portanto, mais novos) um maior número de mortes por neoplasias – que apesar de, na mesma ordem de grandeza, superam aquela causa. Este fenómeno não ocorreu nas Ilhas, onde, nos mesmos períodos, a TBM relativa às doenças do sistema circulatório permaneceu dominante, em ambos os sexos e nos dois grupos etários estudados, não obstante ter ocorrido (e à semelhança do que sucedeu em todo o território) uma redução no número de óbitos atribuídos àquela causa.

Considerada aquela que constitui a principal diferença inter-regional em termos de causas de morte em Portugal, refira-se que as doenças do sistema respiratório foram, no período em análise, em detrimento das causas indefinidas, a segunda maior causa de morte entre os indivíduos mais velhos (grupo etário 85+). De resto, em todo o território, os óbitos por doenças do sistema circulatório e respiratório aumentaram com a idade, enquanto que por neoplasias diminuíram, em geral. No entanto, neste ponto, admite-se que os óbitos atribuídos a causas indefinidas possam ter na sua origem, nomeadamente, certos tipos de cancro, o que contribuiria para o aumento da percentagem atribuída àquela grande causa.

De facto há ainda uma percentagem moderada de mortalidade imputada a causas indefinidas, o que não nos permite inferir sobre os fenómenos em estudo, como já foi chamada a atenção atrás. No entanto, a informação recolhida diz-nos ainda que, objectivamente, se não considerarmos essas causas indefinidas, os óbitos dos mais idosos são, em segundo lugar, atribuídos, na sua maioria, a doenças do sistema respiratório, e que esses valores (da TBM atribuída a esta causa) aumentaram entre 1994 e 2006, mais uma vez em todas as regiões do país.

Tendo em conta agora as causas de morte, mas no que se refere à sua variação no período em análise, em geral, as doenças do sistema circulatório vieram contrariar a tendência geral das outras causas, que sofreram uma variação positiva no mesmo período, sendo que, com excepção da região da Madeira (com uma variação máxima para as doenças do sistema digestivo) e do Alentejo e Algarve (mas apenas entre os indivíduos do sexo feminino do grupo etário 65-69, que sofreram uma redução), os maiores aumentos, em cada região, ocorreram nas doenças endócrinas, logo seguidas das doenças do sistema respiratório e digestivo.

Assistimos, efectivamente, a um aumento significativo de óbitos por doenças endócrinas, sobretudo entre os indivíduos mais velhos (já observado no gráfico da fig. 4.3), cuja variação foi bastante mais elevada nos Açores – a TBM, nos indivíduos do sexo masculino, com idades 85+, mais que duplicou (relativamente ao início do período em análise, com uma variação percentual estimada de cerca de 246%) –, em contraste, nomeadamente, com as regiões de Lisboa ou da Madeira que, globalmente (para o mesmo grupo etário), sofreram os menores aumentos de TBM relativamente a esta causa (respectivamente mulheres: 44% e homens: 100%, na primeira região e mulheres: 65% e homens: 70%, na segunda).

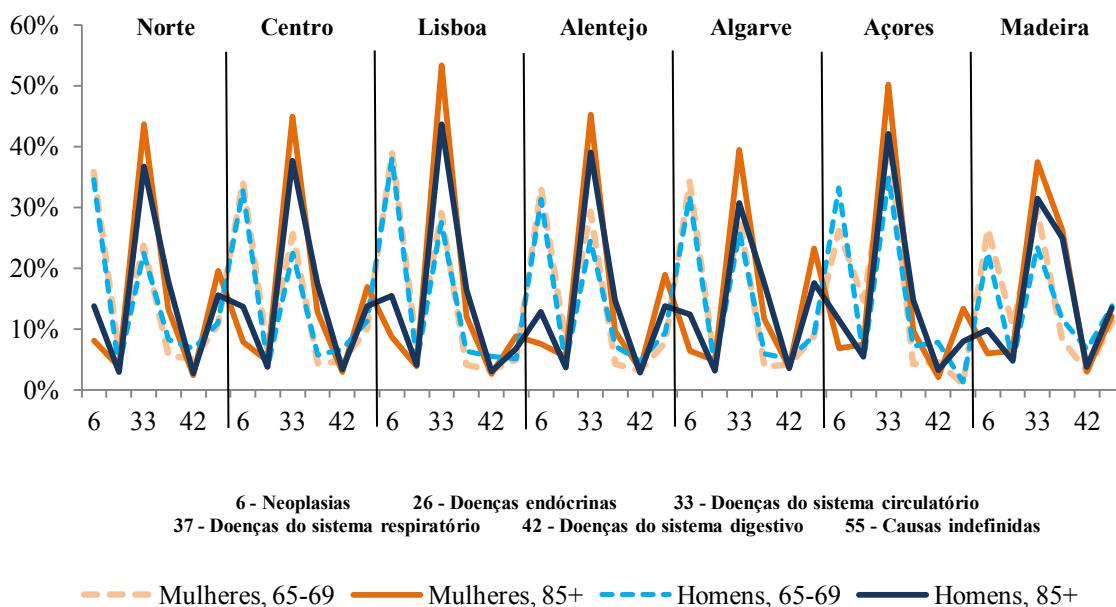


Figura 4.4. Representação conjunta da TBM por sexo, por grupo etário e principais causas de morte no período 2004-2006

Parecendo seguir uma tendência semelhante – variação positiva –, estão os óbitos associados às neoplasias que sofreram, entre 1994 e 2006, um aumento, quer no grupo etário 65-69, quer no 85+, em ambos os sexos e em todas as regiões, com exceção dos Açores (para os indivíduos do sexo feminino, onde a TBM atribuível a esta causa diminuiu nos dois grupos etários considerados).

Finalmente, e como já foi referido (a propósito de constituir, em Portugal, a principal causa de morte entre a população idosa) as doenças do sistema circulatório sofreram, no período em análise, uma variação negativa em todas as regiões, grupos etários e em ambos os sexos.

5. CONCLUSÕES

Não existe um padrão coerente que reflecta claramente as diferenças entre a mortalidade da população idosa portuguesa para as causas de morte seleccionadas, por grupo etário ou por sexo, no horizonte temporal em análise. Quer ao nível da tendência, quer ao nível da variação no período alargado (1994-2006), apenas foi possível identificar diferenças regionais baseando-nos em algumas causas de morte e grupos etários, com dinâmicas próprias.

Foi possível, no entanto (e como seria expectável), identificar padrões distintos por sexo e também por grupo etário, no que se refere à mortalidade – identificáveis na maioria dos estudos nesta área de investigação – que, ainda assim, revelam padrões semelhantes entre regiões. De facto, com excepção das causas indefinidas, reconhecemos uma convergência, por causa de morte, nos padrões de mortalidade dos indivíduos com idades entre os 70 e os 84.

Sintetizando, refira-se que, foi evidente a tendência decrescente da mortalidade associada a doenças do sistema circulatório, indo de encontro à tendência média percentual encontrada. Já no caso das doenças endócrinas foi notória, na maior parte dos grupos etários, uma tendência crescente, ainda que com uma redução e inversão de tendência (muito embora ligeira) em alguns casos desde o triénio 2001-2003 (por exemplo, indivíduos do sexo feminino no grupo etário: 65-69). No que se refere aos óbitos por neoplasias a tendência geral crescente foi influenciada pelo período de crescimento que antecedeu o triénio 1998-2000 e que influenciou o padrão de amplitude estimado. Quanto à mortalidade por doenças do sistema respiratório e do sistema digestivo, mantêm-se as diferenças entre o padrão da região Centro e resto do país e também (mais evidente nas doenças do sistema respiratório), entre as Ilhas e as regiões do Continente. Ainda a

propósito destes dois grandes conjuntos de causas de morte refira-se que no primeiro caso é maior a variabilidade regional entre grupos etários, que no segundo caso é acompanhada também por um comportamento variável ao longo do tempo.

Pelo exposto, é necessário prosseguir com a investigação no sentido de determinar possíveis causas externas que possam contribuir para uma explicação das diferenças agora encontradas. Seria também interessante a desagregação dentro de cada grande grupo de causas de morte, para perceber qual (ou quais) a causa que marca a tendência ou influencia o sinal das variações identificadas.

AGRADECIMENTOS: Este trabalho foi desenvolvido no âmbito do projecto “O futuro da população portuguesa: a contribuição espacial e especial da mortalidade e das migrações” (*Forecasting Portuguese Population: the special and spatial contribution of mortality and migration*) financiado pela FCT, PTDC/SDE/68126/2006.

REFERÊNCIAS

Beltran-Sanchez, H., Preston, S. & Canudas-Romo, V. (2008). An integrated approach to cause-of-death analysis: cause-deleted life tables and decompositions of life expectancy, *Demographic Research*, 19(35), 1323-1350.

Canudas-Romo, V., Gleijeses, D., Gómez-Redondo, R., Coelho E. & Boel, C. (2008). Mortality changes in the Iberian Peninsula in the last decades of the twentieth century, *Population-E*, 63(2), 319-344.

EUROSTAT (n.d.). European Commission, Luxembourg. Recuperado em 10 de Fevereiro de 2009 de <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/eurostat/home/>.

GAPMINDER WORLD (n.d.). Gapminder Foundation, Stockholm (Sweden). Recuperado em 5 de Maio de 2010 de <http://www.gapminder.org/>.

Grundy, E. (1997). Demography and Gerontology: Mortality Trends Among the Oldest Old, *Age and Ageing*, 17, 713-725.

Instituto Nacional de Estatística (2001). *Índice de dependência de idosos (N.º) por Local de residência; Índice de envelhecimento (N.º) por Local de residência; Índice de envelhecimento (N.º) por Local de residência, Recenseamento da População e Habitação*: Autor. Recuperado em 4 de Março de 2009 de <http://www.ine.pt>.

Instituto Nacional de Estatística (2005). *Projeções de População Residente, Portugal e Nuts III, 2000-2050*: Autor. Recuperado em 4 de Março de 2009 de <http://www.ine.pt>.

Instituto Nacional de Estatística (2008). *Estimativas da População Residente, de 2007*: Autor. Recuperado em 4 de Março de 2009 de <http://www.ine.pt>.

Instituto Nacional de Estatística (n.d.). *Actualidades do INE*: Autor. Recuperado em 5 de Março de 2009 de <http://alea.ine.pt/html/actual/pdf/act16.pdf>.

Instituto Nacional de Estatística (2012). Resultados provisórios dos Censos 2011: Autor. Recuperado em 8 de Maio de 2012 de <http://www.ine.pt>.

International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems – Version for 2010 (n.d.). World Health Organization, Switzerland. Recuperado em 28 de Fevereiro de 2009 de <http://www.who.int/classifications/icd/en/>.

Janssen, F. (2005). Cohort patterns in mortality trends among the elderly in seven European countries, 1950-99, *International Journal of Epidemiology*, 34, 1149-1159.

Leunh, K., Tang, L., Chie, W., Lue, B. & Lee, L. (1999). Mortality trends of elderly people in Taiwan from 1974 to 1994, *Age and Ageing*, 28, 199-203.

- Mostafa, G. & Ginneken, J. (2000). Trends in and determinants of mortality in the elderly population of Matlab, Bangladesh, *Social Science & Medicine*, 50, 763-771.
- Murray, C., Kulkarni, S. & Ezzati, M. (2005). Eight Americas – New Perspectives on U.S. Health Disparities, *American Journal of Preventive Medicine*, 29(581), 4-10.
- Nusselder, W. & Mackenbach, J.P. (2000). Lack of improvement of life expectancy at advanced ages in The Netherlands, *International Journal of Epidemiology*, 29, 140-148.
- Singh, G. & Yu, S. (1996). Trends and differentials in adolescent and young mortality in the United States, 1950 through 1993, *American Journal of Public Health*, 86(4), 560-564.
- Smith, D. (1998). Changing causes of death of elderly people in the United States, *Gerontology*, 44, 331-335.
- Wong, M., Shapiro, M., Boscardin, J. & Ettner, S. (2002). Contribution of major diseases to disparities in mortality, *The New England Journal of Medicine*, 347(20), 1585-1592.