

Diferenças sociais na morte: a evolução do número de óbitos na população activa portuguesa (1981 a 2001)

PEDRO MOURA FERREIRA
PEDRO ALCÂNTARA DA SILVA

Este artigo analisa a evolução do número de óbitos e o perfil das causas de morte na população activa portuguesa ao longo dos últimos vinte anos (1981-2001). Essa evolução mostra que a morte tende a concentrar-se nas idades intermédias, à medida que a população mais jovem e mais velha (mais de 65 anos) se vê afastada do mercado de trabalho. A par desta mudança etária, verifica-se também uma tendência de *feminização* provocada pelo protagonismo crescente e continuado das mulheres na esfera laboral. Do ponto de vista do perfil das causas de morte, os dados analisados mostram que os activos com estatuto socioprofissional mais elevado morrem mais tardiamente, tendo por principais causas de morte as doenças do aparelho circulatório e de tumores malignos, enquanto os trabalhadores manuais, especializados e não especializados, tendem a morrer mais cedo, muito devido a lesões traumáticas e envenenamentos. Em termos da idade média, as diferenças

entre os grupos situados na parte superior e inferior da pirâmide social permanecem significativas ao longo do período analisado, levando a concluir que os progressos na redução da desigualdade perante a morte entre os mais ricos e os mais pobres tiveram um desenvolvimento limitado.

Palavras-chave: diferenças sociais; causas de morte; mortalidade; desenvolvimento socio-económico; desigualdades sociais perante a morte.

Introdução

Na compreensão das desigualdades perante a saúde e a doença, a profissão assume um papel crucial. A razão da sua relevância não radica apenas nos efeitos resultantes das variáveis «estruturais» que lhe estão intimamente correlacionadas, como o rendimento ou os níveis de instrução. É necessário igualmente ter em conta as consequências directas em termos de mortalidade e morbidade que resultam da exposição a factores de risco, associados quer às condições de trabalho, quer ao estilo de vida.

No conjunto de factores «estruturais» subjacentes ao exercício de uma profissão, o rendimento tem sido uma das variáveis mais utilizadas na análise das desigualdades perante a saúde e a doença, quer na comparação entre grupos dentro de um país, quer entre países. Estudos comparativos internacionais alicerçados numa explicação de tipo materialista mostram que não só existe uma relação entre o rendimento e

□

Pedro Moura Ferreira é investigador auxiliar no Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa.

Pedro Alcântara da Silva é investigador associado no Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa e doutorado no ISCTE.

Submetido à apreciação: 14 de Junho de 2005.

Aceite para publicação: 9 de Janeiro de 2007.

a mortalidade¹, como essa relação se estende também à morbidade². Estas associações realçam o facto de que o impacto do rendimento relativo na mortalidade e na morbidade pode ser mais importante do que o do rendimento absoluto, deslocando a explicação de uma base puramente materialista para uma posição que analisa a saúde a partir do «ambiente psicossocial». As relações entre factores psicossociais e saúde podem, assim, ser mais determinantes do que as que existem entre factores materiais e saúde (Wilkinson, 1996; Kawachi e Berkman, 2000). Esta posição não é, contudo, suficientemente consensual a ponto de impedir o surgimento nos últimos anos de interpretações «neo-materialistas» da relação entre desigualdade de rendimento e saúde, que procuram integrar elementos relacionados com o «ambiente psicossocial» (Lynch, 2000).

Outra variável, igualmente correlacionada com a ocupação profissional, cujo efeito importa considerar é a escolaridade enquanto recurso que estrutura as hipóteses de vida, condicionando a escolha da profissão e o rendimento dos indivíduos activos. Os níveis de escolaridade mais elevados estão normalmente associados às profissões mais prestigiadas ou especializadas, acontecendo o inverso nas ocupações pouco qualificadas e indiferenciadas. O rendimento associado à escolaridade tende a elevar-se segundo o prestígio e a especialização das profissões a que dá acesso, apesar de, neste campo, existirem excepções que têm a ver com a natureza e o grau de especialização de determinadas funções e do risco que as caracteriza. No entanto, dada a proximidade ao rendimento, a educação acaba por não assumir, no quadro das análises materialistas e psicossociais, a autonomia explicativa que merece, ainda que possa exercer um impacto mais directo no estado de saúde do que o rendimento ou a ocupação. Por exemplo, o acesso à informação que a educação proporciona permite que os indivíduos mais instruídos tenham mais facilidade em equilibrar os hábitos saudáveis

com os menos saudáveis no campo do consumo e do lazer (Bury, 1997), permitindo-lhes exibir uma maior sintonia cultural entre o discurso médico e a capacidade para adoptar práticas e medidas preventivas. A importância da relação entre estas práticas e a educação fica demonstrada quando se assiste hoje em dia nas sociedades ocidentais à adopção por parte das classes desfavorecidas de estilos de vida que foram outrora mais característicos das classes privilegiadas, sem que, no entanto, consigam evitar os efeitos negativos que alguns aspectos desses estilos de vida têm sobre a saúde, quer do ponto de vista preventivo, quer do de tratamento.

Estabelecidos alguns dos impactos das variáveis «estruturais», pode chamar-se a atenção para os efeitos cumulativos que as condições de trabalho exercem sobre a saúde do indivíduo. Esses efeitos têm sido essencialmente analisados a partir de duas perspectivas: a primeira, ligada sobretudo à epidemiologia e à medicina do trabalho, privilegia o estudo dos problemas infrapatológicos, como a dor, o *stress*, a fadiga ou a exposição a factores de risco específicos, que, apesar de não serem considerados como fazendo parte da doença, condicionam pelo seu carácter cumulativo um envelhecimento desigual dos indivíduos, podendo mesmo constituir um prenúncio de patologias graves; a segunda perspectiva incide na relação psicossocial entre o estado de saúde e o desempenho ou a inserção profissionais (desemprego, pobreza, etc.) (Volkoff e Thébaud-Mony, 2000; Locker, 1997).

Nas últimas duas décadas, o funcionamento do mercado de trabalho tem vindo a sofrer profundas mudanças que se traduzem na precarização crescente do emprego e na organização interna do trabalho, designadamente na flexibilização dos tempos de trabalho e na polivalência e rotatividade das tarefas. Estas mudanças vieram dar mais visibilidade às pressões e privações que se experimentam num número crescente de actividades profissionais, tornando-as um elemento cada vez mais condicionante da saúde e da doença (Townsend, 1979). Apesar do aumento da insegurança laboral, a divisão entre trabalhadores manuais e não-manuais continua a ser consensualmente considerada o factor mais crítico. Com efeito, os trabalhadores manuais especializados e indiferenciados são os mais afectados pelas mudanças do mercado de trabalho, razão que tem contribuído para o aumento da distância em termos de saúde que os separa da categoria dos proprietários, dirigentes e profissionais liberais, bem como da dos quadros médios e superiores.³ Embora as relações de causali-

¹ Por exemplo, diferenças da mortalidade entre as classes ocupacionais na Suécia e na Inglaterra e País de Gales foram comparadas por Vagero e Lundberg (1989) e Leon *et al.* (1992), que concluíram que as diferenças na mortalidade infantil acompanham as desigualdades de rendimento em ambas as sociedades. Na Suécia, a mortalidade infantil é inferior à que existe na sociedade britânica, dado que as desigualdades de rendimento não são tão elevadas. Relação idêntica foi encontrada num estudo comparativo entre nove países industrializados que conclui que a ordem das desigualdades de rendimento dos diversos países tem correspondência directa com as desigualdades na mortalidade (Kunst e Mackenbach, 1994).

² No estudo realizado por Van Doorslaer *et al.* (1997) ficou demonstrado que a variação da auto-avaliação do estado de saúde entre os grupos sociais era menor nos países onde existe uma maior igualdade na distribuição do rendimento.

³ Um dos mais importantes estudos nesta área foi realizado por Whitehead (1987) em Inglaterra.

dade, por exemplo, entre a mortalidade e os riscos ligados a uma tarefa ocupacional, nem sempre sejam lineares, a maioria dos estudos aponta para a conclusão de que os trabalhadores menos qualificados são sempre e de forma cumulativa mais afectados por tarefas penosas e perigosas (Volkoff e Thébaud-Mony, 2000).

Outro aspecto a ter em conta nos riscos associados à profissão diz respeito ao papel que os comportamentos e os estilos de vida podem desempenhar na explicação das desigualdades perante a saúde e a doença. A influência destas variáveis tem sido posta em evidência pela chamada «nova saúde pública» que, apesar de ancorada na tradição disciplinar da epidemiologia, procura estabelecer laços com a sociologia e distanciar-se do «paradigma dos factores de risco epidemiológico» inscrito na tradição behaviorista e individualista que se encontra presente na psicologia da saúde (Stroebe, 2000). A adopção de um ponto de vista sociológico permite desenvolver uma análise de índole ecológica e estudar as condutas individuais tendo por referência a existência de factores supra-individuais desigualmente distribuídos, sejam eles de ordem social ou epidemiológica, que estruturam os hábitos relacionados com a saúde. A ideia de «estilos de vida» não deve ser utilizada de forma não teórica e implicitamente individualista, como se os estilos de vida determinassem automaticamente a saúde dos indivíduos, afastando do centro da discussão científica e política a importância dos factores estruturais que, afinal, enformam e reproduzem esses mesmos estilos de vida (Macintyre, 2000). De acordo com os estudos que integram uma perspectiva mais sociológica, existe uma clara interdependência entre, por um lado, os estilos de vida e as desigualdades estruturais e, por outro, os indicadores de mortalidade e morbidade (Blaxter, 1990). Os estilos de vida tendem a assumir um estatuto mediador das desigualdades estruturais, traduzindo-as em atitudes e comportamentos quotidianos relacionados com a saúde, ou mais especificamente direccionados para a prevenção da doença, na medida em que a adopção de hábitos saudáveis é condicionada pela posse de recursos estruturais, sejam de índole material, como o rendimento, ou cultural, como a escolaridade, ou ainda psicossocial, como a origem social ou a ocupação profissional.

Em suma, os estilos de vida e as condições de trabalho são factores incontornáveis na compreensão da morbidade e mortalidade da população. Devido aos riscos desiguais a que os indivíduos estão expostos (condições de trabalho perigosas, ambientes poluídos, exigências físicas, situações de *stress* e emocionalmente desgastantes, etc.), cujos efeitos negativos se vão acumulando ao longo da vida, facilmente se

conclui que a profissão pode afectar a saúde e, no limite, a longevidade dos indivíduos. Mas, por outro lado, a actividade profissional também pode proporcionar influências positivas no estado de saúde e no aumento da esperança de vida. Com efeito, quer o nível educacional necessário ao desempenho de determinadas actividades, quer o rendimento e o prestígio associados à ocupação, na medida que condicionam a escolha do ambiente onde se vive, as redes de sociabilidade e as diferentes apropriações e usos de recursos materiais e simbólicos, têm um impacto bem evidente nos hábitos de saúde, no acesso ao sistema de saúde e nas atitudes perante a doença, os cuidados de saúde e o funcionamento do sistema de saúde, todos eles susceptíveis de serem factores importantes para uma vida mais saudável e prolongada.

Do ponto de vista metodológico, a mortalidade tem sido desde há muito considerada o indicador mais fiável na análise das desigualdades sociais perante a saúde e a doença quer entre países quer entre grupos sociais. A centralidade deste indicador tem essencialmente duas justificações: por um lado, tem a vantagem de se reportar a um facto inequívoco e que exige uma declaração oficial validada por um médico, permitindo, assim, estandardizar a causa de morte, facilitando posteriores comparações; por outro, concebendo a morte como um processo cumulativo que integra elementos sociais, físicos e psíquicos inscritos no corpo do indivíduo ao longo da vida, as diferenças na longevidade e nas causas de morte são vistas como um reflexo da desigualdade sócio-económica existente na sociedade.

É precisamente este último aspecto, ou seja, a relação entre a profissão e as causas de morte que será o objecto de análise do presente artigo. A profissão é um mediador importante da desigualdade social na medida em que determina o lugar que o indivíduo ocupa na sociedade e porque se relaciona de forma estreita com os riscos a que os indivíduos estão sujeitos devido às condições de trabalho e aos estilos de vida. Por isso se supõe existirem fortes conexões entre os grupos socioprofissionais e as causas de morte.

A análise da relação entre a profissão e as causas de morte confronta-se, no entanto, com alguns problemas no que respeita aos dados disponíveis nas *Estatísticas Demográficas* do Instituto Nacional de Estatística (INE). O principal condicionalismo que esses dados encerram, além de haver indícios de que a qualidade da notação da causa de morte poderia e deveria ser melhorada, consiste no facto de a profissão apenas estar assinalada nos óbitos relativos à população activa. Esta limitação apenas permite que a relação entre a profissão e as causas seja explorada

num subconjunto de óbitos, cujas fronteiras conhecem flutuações importantes ao longo do tempo à medida que a entrada e a saída do mercado de trabalho passam a reger-se por critérios etários mais padronizados do ponto de vista legal.

Esta particularidade do sistema de anotação estatística obrigou a circunscrever o estudo da relação entre a profissão e as causas de morte à população activa. Ainda que, num primeiro momento, se apresentasse como uma desvantagem, na medida em que eliminava a parte mais significativa, a observação do número de óbitos na população activa poderia também proporcionar informação importante para a compreensão da relação entre as causas de morte e os grupos profissionais, que não seria acessível a partir do conjunto dos óbitos. Com efeito, morrer em idade activa corresponde a uma morte prematura, pelo que sociologicamente é um dado significativo perceber não só as causas de morte que mais afectam a população activa e a sua diferenciação segundo os grupos socioprofissionais, mas também a idade média em que ocorrem. Porque, como é evidente, em termos das desigualdades perante a morte importa evidenciar para cada grupo socioprofissional as causas de morte que o caracterizam e a idade média em que ocorre. A longevidade e a causa de morte constituem assim os indicadores que permitem avaliar o impacto das desigualdades socioprofissionais.

Outro condicionalismo que acompanha a incursão analítica da relação entre a profissão e as causas de morte relaciona-se com o facto de não ser possível unicamente a partir das *Estatísticas Demográficas* obter informação para se poder calcular a mortalidade por grupos socioprofissionais. Deste modo, a

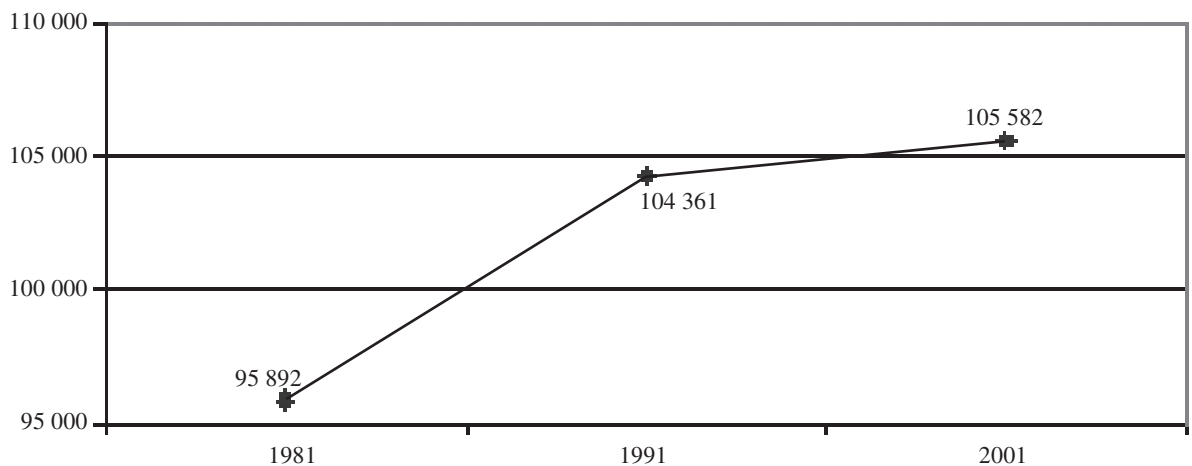
nossa atenção incidu, num primeiro tempo, na evolução do número de óbitos na população activa em comparação com o conjunto da população, procurando assinalar os factores que condicionaram a tendência de decréscimo que se regista ao longo de vinte anos, conforme demonstram os dados relativos aos três anos de referência (1981, 1991 e 2000). O segundo passo de análise consistiu em analisar a distribuição do número de óbitos por grupos socioprofissionais, de forma a evidenciar mudanças e evoluções divergentes nessa distribuição ou na idade média em que essas mortes ocorrem. O último passo incidu, como se calcula, na relação entre as causas de morte e os grupos socioprofissionais ao longo do período analisado, procurando evidenciar o papel desempenhado pelas condições de trabalho e pelo estilo de vida.

Num último plano, a análise contempla ainda uma referência à distribuição geográfica do número de óbitos e dos lugares em que ocorrem.

A evolução do número de óbitos na população activa

Nos últimos vinte anos do século xx, o número de óbitos em Portugal aumentou em cerca de 10 mil casos, representando um acréscimo de 10,1% em relação ao ano base aqui considerado (1981). Este aumento não foi, no entanto, gradual, tendo feito sentir-se com especial incidência na primeira década, como revela o acréscimo de 8,8%, que contrasta com a modesta subida de 1,3% verificada ao longo dos últimos 10 anos.

Figura 1
A evolução do número de óbitos



Apesar deste aumento significativo, o número de óbitos na população activa⁴ diminuiu para cerca de metade. Em 1981, os indivíduos activos representam 19,4%, do total dos óbitos, decrescendo para 11,6%, em 1991, e para 9,4% dez anos depois. Este decréscimo deve-se sobretudo à contracção etária da população que se encontra empregada. Com efeito, diminuiu o peso dos indivíduos mais velhos, sobretudo de mais de 65 anos, que exercem uma ocupação profissional à data da morte. Por exemplo, o peso do grupo mais velho cai para menos de um terço, ou seja, de 26,4%, em 1981, passa para 7,1% em 2001⁵. Na base desta tendência encontram-se as mudanças políticas e sociais do Portugal democrático e a consolidação do sistema de reformas e pensões e de outros mecanis-

mos de protecção social proporcionados pelo Estado-providência que permitiram progressivamente retirar da condição activa uma parte crescente e muito significativa da população mais idosa.

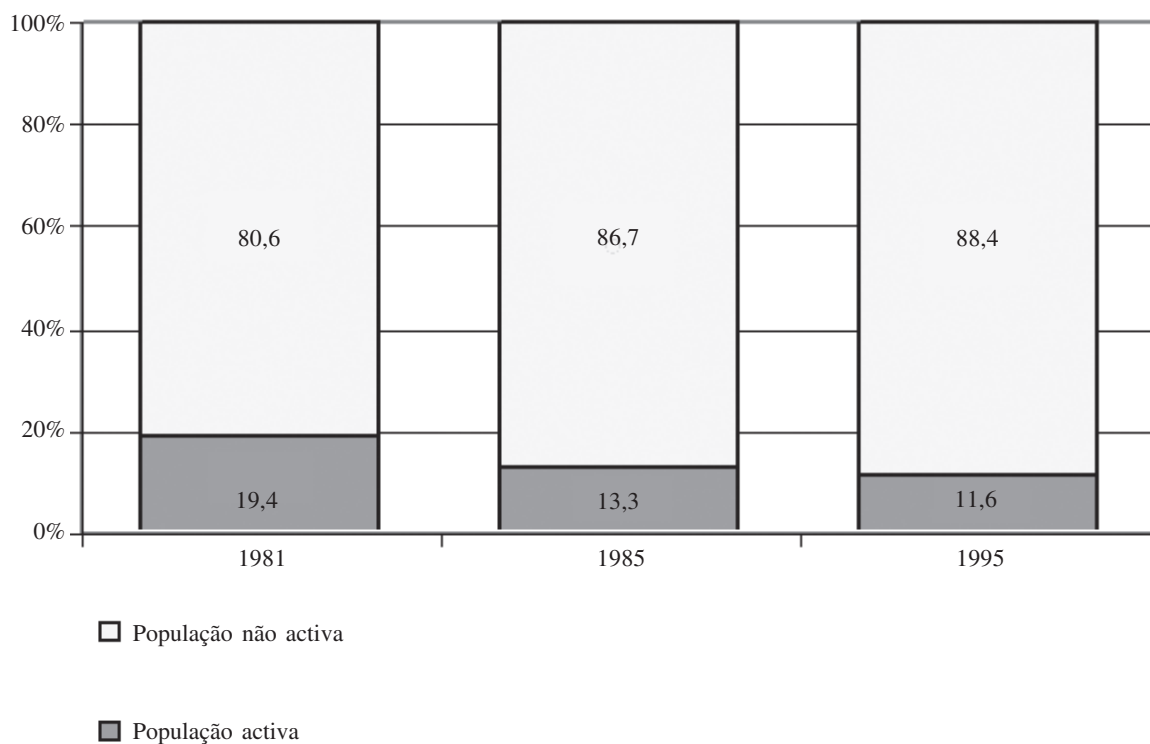
A distribuição dos óbitos na população activa por idade e género ao longo destes vinte anos permite salientar outras importantes características⁶. Desde logo, a enorme desproporção existente entre homens e mulheres que se mantém ao longo de todo o período, ainda que essa diferença tenha diminuído em virtude da duplicação do número de óbitos femininos (de 6% para 13,7%). Mesmo assim, 86,3% das mortes ocorridas em 2001 dizem respeito ao sexo masculino, contra 94% em 1981. O aumento da componente feminina está, sem dúvida, articulado com a expansão económica do sector terciário e a crescente

⁴ Consideram-se activos os indivíduos de 15 ou mais anos cuja condição perante o trabalho, à data da morte, é a de empregado ou desempregado à procura do primeiro ou de novo emprego.

⁵ Devido a este factor, a média de idades desce acentuadamente de 53,1 anos, em 1981, para 47,9 anos em 1991, não se registando variações de vulto nos dez anos seguintes (47,2 anos).

⁶ Por economia de espaço, parte da informação estatística em que assenta a análise não é apresentada, designadamente a que resulta de cruzamentos entre as variáveis. As tabelas relativas à informação em causa podem, no entanto, ser solicitadas aos autores do presente artigo.

Figura 2
Distribuição dos óbitos na população activa e não activa



feminização do mercado trabalho que se tem vindo a desenvolver em Portugal desde os anos 60, com especial incidência no período pós 25 de Abril (Ferrão, 1996: 169).

A diferença da média de idades entre homens e mulheres aponta no mesmo sentido. Apesar de ter vindo a convergir ao longo do período, tendo baixado, no caso masculino, de 53,4 para 47,3 anos e, no feminino, de 49,9 para 46,6 anos⁷, essa diferença mantém-se elevada devido sobretudo ao facto de os homens estarem mais representados nos escalões mais velhos.

Ainda do ponto de vista da distribuição etária verifica-se que, por um lado, as categorias de idade acima de 55 anos tendem, como se disse, a perder peso absoluto e relativo, mas por outro, as categorias mais novas, designadamente entre 25 e 44 anos, reforçam a importância numérica, tendo percentualmente quase duplicado entre 1981 e 2001. Concretamente, o peso da categoria etária entre 25 e 34 anos aumenta de 6,9% para 9,9%, e o da categoria seguinte (35-44 anos) salta de 13,3% para 20,7%. A mesma tendência é observada no escalão etário entre 45 e 54 anos, ainda que aqui o reforço percentual não seja acompanhado de um aumento absoluto. Por último, uma referência ao grupo mais novo de menos de 24 anos, cuja tendência é semelhante à dos grupos mais velhos, ou seja, tende a perder importância no conjunto da população activa.

Em termos gerais, pode pois dizer-se que a tendência de crescimento do número de óbitos na população activa se concentra nas idades intermédias, enquanto a tendência de diminuição aparece nos dois extremos da distribuição etária. Os mais jovens e os mais velhos estão cada vez menos representados ao longo do período em análise, sobretudo os que têm mais de 65 anos. Se a redução destes últimos se fica a dever às razões acima apontadas, o esbatimento dos mais jovens, ainda que pouco denunciado, pode ser principalmente atribuído à entrada cada vez mais tardia no mercado de trabalho, quer devido ao prolongamento dos percursos escolares, designadamente no nível do ensino superior, quer devido à intermitência crescente da inserção e da estabilização profissionais.

A distribuição dos óbitos e a ocupação socioprofissional

As desigualdades sociais perante a mortalidade e a morbilidade são conhecidas e investigadas desde há

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

bastante tempo⁸. Apesar da ampla difusão dos cuidados de saúde associada à implementação do *welfare state*, consubstanciada num conjunto de medidas políticas orientadas no sentido de reduzir as desigualdades sociais perante a saúde, e dos níveis elevados de investimento no sistema de saúde que se observam nos países ocidentais, a investigação continua a demonstrar persistentemente assimetrias entre grupos sociais, originando um certo sentimento de fatalismo junto dos responsáveis políticos e profissionais de saúde (Cabral, 2002). No estudo dessas assimetrias, a ocupação socioprofissional tem sido usada frequentemente como um «*indicador de substituição*» capaz de dar conta de várias dimensões que estruturam as desigualdades perante a saúde e a doença (Chenu, 2000, 102). Com efeito, a ocupação consubstancia processos de classificação e hierarquização dos indivíduos e dos grupos (rendimento, escolaridade, prestígio social da ocupação, habitação, nível de inserção em redes sociais), que reflectem os capitais ou recursos que possuem nas diferentes dimensões do social que são relevantes para a explicação das desigualdades. São estes capitais ou recursos de cariz estrutural que determinam as «hipótese de saúde» (*health chances*) dos indivíduos e grupos (Jones, 1994:18-20).

Uma das razões mais importantes para se analisarem as causas de morte tendo por base as ocupações profissionais deve-se ao facto de estas poderem representar um bom indicador da posição social dos indivíduos, permitindo identificar de forma aproximada os efeitos das desigualdades sócio-económicas. A distribuição do número de óbitos pelas diferentes categorias socioprofissionais permitirá, mesmo que de uma forma exploratória, mostrar como as desigualdades se reflectem também na morte.

Em Portugal, a evolução do número de óbitos na população activa regista importantes mudanças no período em análise em termos da sua composição

⁸ O relatório Black publicado em 1980 foi o estudo de maior relevo que marcou praticamente todos os debates sobre as desigualdades perante a saúde na Europa nas últimas décadas. Os seus resultados foram inequívocos e demonstraram que a relação entre a classe social e a mortalidade era inversa no grupo dos 15 aos 64 anos em quase todas as causas de morte (Townsend e Davidson, 1982). Mais tarde, o relatório Black foi actualizado por Whitehead (1987). Os resultados encontrados reforçaram e alargaram o diagnóstico, na medida em que apontaram para um aumento das desigualdades entre os grupos sociais, quer ao nível da mortalidade, em que a taxa das classes ocupacionais de *status* mais baixo apresentava uma descida inferior à das classes ocupacionais de *status* mais elevado, quer ao nível da morbilidade (em particular no grupo de mais de 65 anos). Em Portugal, o impacto das desigualdades sociais na saúde foi tratado por Mielck e Giraldes (1993) e por Giraldes (1996).

socioprofissional.⁹ Enquanto que na classe dos *proprietários, dirigentes e profissionais liberais* e dos *executantes não manuais* pouco se altera entre 1981 e 2001, crescendo, respectivamente, de 6,2% para 8,2% e de 14,9% para 18,7%, o número relativo de óbitos triplica nas categorias profissionais dos *quadros médios e superiores* e dos *trabalhadores manuais não especializados* (de 4,6% para 12,2%, e de 2,4% para 7,3%). Apesar destas tendências significativas, o aspecto mais relevante é a diminuição que se observa nos *trabalhadores manuais especializados* que passam de 71,9%, em 1981, para 53,6% em 2001, sem, no entanto, deixarem de ser a classe com maior representação. A compreensão destas mudanças apela necessariamente para os processos de modernização e de recomposição do perfil das actividades económicas, que se traduziram no crescimento do sector terciário e na diminuição do peso das actividades ligadas à agricultura e à indústria.

⁹ A grelha socioprofissional usada é uma adaptação da classificação britânica do Registrar General's Classification of Occupations, originalmente composta por seis categorias ocupacionais que aqui foram reduzidas a cinco. A grelha original tem as seguintes categorias: profissionais, profissões intermédias, ocupações não manuais especializadas, ocupações manuais especializadas, ocupações parcialmente diferenciadas e ocupações indiferenciadas.

Passando a considerar as diferenças de género importa referir que a expressão feminina assume, em 1981, contornos mais visíveis na categoria dos *quadros médios e superiores* e na dos *executantes não manuais*, enquanto a masculina se encontra mais presente na dos *trabalhadores manuais especializados*. Vinte anos depois, estas tendências continuam a manifestar-se, ainda que se assista a uma *feminização* da morte em todas as ocupações socioprofissionais, à excepção dos *trabalhadores manuais especializados*. No domínio das diferenças etárias importa ter em conta que a relação entre a «morte prematura» (antes dos 65 anos) e o grupo socioprofissional está presente nestes vinte anos de análise, com especial evidência abaixo da idade de 44 anos. Quer pela natureza das actividades profissionais (que podem conduzir a uma exposição mais elevada ao risco ou a um desgaste físico mais acentuado), quer pelos estilos de vida que lhes estão associados, os grupos socioprofissionais mais próximos da base da hierarquia social são caracterizados por uma *juvenilização* da morte, ou seja, apresentam um maior número de óbitos nas idades mais jovens. Com efeito, em 1981, até à idade de 44 anos, faleceram cerca de um quarto dos *trabalhadores manuais especializados e não especializados* (24,2% e 26,8%, respectivamente),

Quadro I
A evolução do número de óbitos por grupos socioprofissionais

Ocupação socioprofissional	1981		1991		2001	
	n	Porcentagem	n	Porcentagem	n	Porcentagem
Proprietários, dirigentes e profissionais liberais	1 113	6,2	863	7,2	787	8,2
Quadros médios e superiores	838	4,6	1 311	10,9	1 162	12,2
Executantes não manuais	2 684	14,9	2 079	17,2	1 789	18,7
Trabalhadores manuais especializados	12 967	71,9	7 220	59,8	5 127	53,6
Trabalhadores manuais não especializados	433	2,4	592	4,9	695	7,3
Total	18 035	100	12 065	100	9 560	100

Quadro II
Evolução da distribuição etária dos óbitos por ocupação socioprofissional na população activa (médias)

Ocupação socioprofissional	1981	1991	2001
Proprietários, dirigentes e profissionais liberais	58,06	52,27	52,82
Quadros médios e superiores	53,66	50,31	49,89
Executantes não manuais	50,61	46,91	46,27
Trabalhadores manuais especializados	53,52	47,82	46,50
Trabalhadores manuais não especializados	50,84	44,58	47,93
Total	53,31	48,09	47,49

contra 13,2% de óbitos no grupo dos *proprietários, dirigentes e profissionais liberais*. Esta tendência mantém-se em 2001, embora com alterações substanciais das percentagens devido à forte redução da população mais velha, designadamente acima de 65 anos (a percentagem de óbitos abaixo de 45 anos representa nos *trabalhadores manuais especializados* e nos *trabalhadores manuais não especializados*, respectivamente, 42,2% e 37,3%, contra 21,4% nos *proprietários, dirigentes e profissionais laborais*).

Ainda do ponto de vista da caracterização etária, a distribuição das médias por ocupação permite verificar que as desigualdades perante a morte não se limitam às diferenças entre os grupos situados nos extremos da hierarquia social, mas que se distribuem ao longo dessa hierarquia. Em 1981, esta tendência não surge completamente evidenciada, dado que a distribuição da idade média não acompanha, em alguns casos, a hierarquização das classes ocupacionais (a idade média de 54 anos dos *quadros médios e superiores* é idêntica à dos *trabalhadores manuais*, enquanto é de 51 anos nos *executantes não manuais*¹⁰ e nos *trabalhadores manuais não especializados*), destacando-se ainda o facto de os *proprietários, dirigentes e profissionais liberais* falecerem bastante mais tarde (58 anos). Mas, em 1991 e 2001, a associação entre a idade e a hierarquia social é bastante mais clara: à medida que o estatuto socioprofissional se eleva, a idade média aumenta.

Esta tendência não impede a que se assista a um ligeiro ganho de longevidade em todos os grupos socioprofissionais. Assim, a idade média oscila, em 1991, entre 44,5 e 52,2 anos, mas, dez anos depois, observa-se um aumento desses limiares para 46,2 e 52,8 anos, ao mesmo tempo que se regista uma redução da amplitude do intervalo de cerca de um ano. Apesar desta diminuição, a diferença de quase sete anos entre o grupo mais favorecido e o menos favorecido continua a ser bastante significativa, indicando que, durante o período em análise, os progressos na redução da desigualdade perante a morte em termos da diminuição do fosso entre os mais ricos e os mais pobres foram relativamente modestos.

Para autores como Wilkinson (1996) ou Aiach (2000), as desigualdades aqui encontradas representam uma violação do «direito à saúde». Segundo estes autores, esta expressão consagra a obrigação

por parte dos poderes públicos de encurtarem ou eliminarem as distâncias que se observam nos indicadores de mortalidade e de morbilidade dos diferentes grupos sociais. Caso contrário, prevalecerá na sociedade um sentimento de que não existe justiça perante a saúde na medida em que «a morte prematura dos mais pobres e a morte retardada dos mais ricos são a prova tangível e irrefutável da desigualdade, não apenas perante a morte, mas sobretudo perante o conjunto de condições que determinam a mortalidade mais ou menos precoce dos diferentes grupos sociais hierarquizados» (Aiach, 2000: 84-5).

Causas de morte na vida activa

A chamada «transição epidemiológica», iniciada em Portugal em meados da década de 50, encontra-se definitivamente consolidada nos anos 80, com algumas décadas de atraso em relação aos países europeus mais desenvolvidos. No período anterior, a distribuição das principais causas de morte não conhece alterações significativas, apesar de se assistir a uma diminuição progressiva das taxas de mortalidade desde o começo do século (Bandeira, 1996). Ainda que em recuo relativo, as doenças infecciosas e parasitárias continuam a marcar o panorama da mortalidade, respondendo por cerca de um terço dos óbitos. O período da «transição epidemiológica» traz consigo uma alteração radical da distribuição das causas de morte, surgindo, em primeiro plano, as doenças cérebro-vasculares e os tumores malignos em detrimento das doenças infecciosas e parasitárias, que se tornam praticamente inexistentes (Ferrão, 1996).

Assim sendo, tendo presente de que aqui se trata apenas da população activa, as doenças referentes ao aparelho circulatório aparecem como a principal causa de morte¹¹ (30,7%) já em 1981. Na segunda posição, surgem com pesos idênticos, por um lado, as lesões traumáticas e envenenamentos, com 21,5%, e, por outro, os tumores malignos (neoplasmas), com 20,5%. Na terceira posição surgem, com um peso ainda expressivo, um conjunto de doenças referentes às doenças do aparelho digestivo (9,3%) e do aparelho respiratório (5,9%). De referir, por fim, a tendência de crescimento da categoria *sintomas, sinais e afecções mal definidas*. Em vinte anos, o peso destas doenças duplicou.

Nas duas décadas seguintes, esta distribuição tende a registar algumas mudanças na ordem de importância das principais causas de morte. Assim, em 2001, o peso dos tumores malignos cresce para 29,1%,

¹⁰ Ao longo dos vinte anos de análise, a média etária da categoria dos executantes não manuais é sempre inferior à dos trabalhadores manuais especializados, e mesmo à dos trabalhadores manuais não especializados (1981 e 2001), cuja explicação radica certamente no facto de a categoria abranger muitas profissões precárias e de baixo estatuto sócio-económico (por exemplo, empregados subalternos, recepcionistas, pessoal dos serviços directos e particulares, segurança, etc.).

¹¹ Para a classificação das causas de morte foi utilizada a lista de categorias de três dígitos da Classificação Internacional de Doenças em Português (OMS — 9.ª Revisão).

enquanto as doenças do aparelho circulatório diminuem para cerca de metade (17,9%). A queda acentuada desta última causa de morte encontra-se sem dúvida relacionada com a diminuição do número de activos de mais de 65 anos, como já referido. Mas também importa considerar a hipótese de que algumas mudanças nos estilos de vida terão contribuído para essa queda, designadamente no que respeita à crescente informação sobre saúde que o alargamento do acesso ao sistema público de saúde universal veio facilitar, quer através de um maior acompanhamento médico e da realização de rastreios, quer através da aplicação de melhores e mais eficazes técnicas de terapêuticas biomédicas nesta área.¹² Quanto às doenças do aparelho digestivo e respiratório, verifica-se que também decrescem gradualmente (6,2% e 3,5%, respectivamente).

Em contrapartida, contrariando as tendências anteriores, assiste-se a um recrudescimento das doenças infecciosas e parasitárias, enquanto causa de morte, que sobem de 1,7% para 6,8% na população activa

¹² Refira-se ainda que uma maior precisão no preenchimento das declarações de óbito para efeitos estatísticos por parte dos profissionais de saúde pode ter também contribuído para atenuar a tendência de inflacionar as mortes cardiovasculares e aferir de forma mais adequada o peso das outras causas de morte.

ao longo do período de vinte anos¹³. Este crescimento está directamente relacionado com o surgimento na década de 80 do Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH)¹⁴, que passa a integrar desde então a classificação das causas de morte. Em 2001, esta causa está sobretudo representada nos homens com idades compreendidas entre 25 e 44 anos, na categoria dos trabalhadores manuais especializados e na região de Lisboa e Vale do Tejo. Em 1981, tendo em atenção que nessa data a doença não faz parte do sistema de notificação oficial, os óbitos causados por doenças infecciosas e parasitárias afectam sobretudo a população mais velha (de mais de 45 anos) com ocupações não especializadas.

A causa de morte por lesões traumáticas e envenenamentos, particularmente relevante no âmbito da população activa, sobe, na primeira década, para 25,7%, caindo seguidamente para 20,3%, em 2001. Apesar de ser idêntico ao valor do início do período,

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

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

Quadro III Causas de morte por ano na população activa

Causas de morte	1981		1991		2001	
	<i>n</i>	Percentagem	<i>n</i>	Percentagem	<i>n</i>	Percentagem
Doenças infecciosas e parasitárias	305	1,7	310	2,6	671	6,8
Tumores [neoplasmas]	3 736	20,5	2 861	23,6	2 885	29,1
Doenças das glândulas endócrinas, da nutrição e do metabolismo e transtornos imunitários	228	1,2	192	1,6	129	1,3
Doenças do sangue e dos órgãos hematopoéticos	43	0,2	21	0,2	14	0,1
Transtornos mentais	138	0,8	65	0,5	41	0,4
Doenças do sistema nervoso e dos órgãos dos sentidos	171	0,9	116	1,0	79	0,8
Doenças do aparelho circulatório	5 594	30,7	2 685	22,1	1 776	17,9
Doenças do aparelho respiratório	1 079	5,9	453	3,7	343	3,5
Doenças do aparelho digestivo	1 701	9,3	903	7,4	616	6,2
Doenças do aparelho geniturinário	228	1,2	82	0,7	40	0,4
Complicações da gravidez, do parto e do puerpério	7	—	3	—	4	—
Doenças da pele e do tecido celular subcutâneo	2	—	1	—	4	—
Doenças do sistema osteo-muscular e do tecido conjuntivo	45	0,2	30	0,2	27	0,3
Sintomas, sinais e afecções mal definidas	1 055	5,8	1 304	10,7	1 266	12,8
Lesões traumáticas e envenenamentos	3 917	21,5	3 114	25,7	2 014	20,3
Total	18 249	100	12 140	100	9 909	100

este número tende hoje a definir na população activa um perfil algo distinto na medida em que aparece menos marcado por acidentes de viação (que decrescem cerca de 7% em 20 anos) mas, em contrapartida, por uma variação positiva de 5% no número de suicídios¹⁵.

Dadas as alterações da estrutura epidemiológica e a reconfiguração demográfica da população activa, com a diminuição de indivíduos de mais de 65 anos e o reforço da componente feminina, o padrão das causas de morte tende também a reconfigurar-se ao longo do período em análise. Os óbitos causados pelas doenças relacionadas com o aparelho circulatório são, em 1981 e 1991, mais comuns nos homens (31% e 22,8%, respectivamente), tendo evoluído na década seguinte no sentido da convergência, passando a assumir a mesma importância nos homens e nas mulheres (18,1% e 16,8%), enquanto no caso dos tumores malignos passam a ter mais expressão feminina (46,8% em 2001, contra 33,7% em 1981).

Quanto à distribuição etária, a incidência dos óbitos causados por doenças do aparelho circulatório e tumores é sobretudo comum a partir da idade de 45 anos, ao longo do período analisado (representando a primeira causa de morte nos indivíduos de idade igual ou superior a 65 anos e a segunda nos de 55 a 64 anos). Tendo em consideração a alteração já referida da distribuição das causas de morte e a diminuição da população activa de mais de 65 anos, a representatividade das doenças do aparelho circulatório, muito especialmente neste último grupo etário, decresce consideravelmente em relação ao ano de 1981, em que cerca de metade do total de óbitos é causado por este tipo de doenças (diminui de 49% para 31,8%). Em contrapartida, os óbitos causados por tumores passam a assumir uma importância crescente a partir da meia-idade: entre os anos extremos do período em análise, verifica-se um aumento de cerca de 14% nos três grupos etários mais velhos.

Além da segmentação etária, as causas de morte da população activa tendem a caracterizar-se por uma certa especialização socioprofissional. Os óbitos relacionados com as doenças do aparelho circulatório continuam a estar, em termos relativos, mais representados na categoria dos *proprietários, dirigentes e profissionais liberais* e na dos *quadros médios e superiores*, embora esta última registre uma descida um pouco mais acentuada (passam de 38,3% e

36,5%, em 1981, para 25% e 21,9%, em 2001, respectivamente). Este tipo de doenças afecta cada vez menos os *trabalhadores manuais especializados*, tendo diminuído para cerca de metade em vinte anos (de 30,5% para 16,1%). Movimento idêntico, embora de forma bastante menos acentuada, observa-se também nos *executantes não manuais* e nos *trabalhadores manuais não especializados* (de 28,4% e 24% para 18,4% em ambos os casos), provocando um maior nivelamento entre as diferentes ocupações. Em contrapartida, o impacto dos tumores malignos é cada vez mais pronunciado, sobretudo nos grupos de estatuto socioprofissional mais elevado. Com efeito, é no grupo dos *quadros médios e superiores* que esta causa de morte regista, entre 1981 e 2001, a subida mais acentuada (de 29,5% para 41,4%), aparecendo em segundo lugar, ainda que a alguma distância, o grupo dos *proprietários, dirigentes e profissionais liberais* (que sobem de 25% para 33,5%). As categorias dos *trabalhadores manuais especializados e não especializados* não só são menos afectadas como também revelam um crescimento mais lento (de 18,3% para 24,8% e 20,6% para 25,5%, respectivamente).

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

No que se refere às causas de morte devido a lesões traumáticas e envenenamentos, verifica-se que são sempre mais comuns nos homens e que afectam sobretudo os mais jovens, decaindo ao longo da idade, mas mantendo elevada representatividade até aos 44 anos. Verifica-se também que esta causa de morte tende a diminuir durante o período analisado, sendo bastante mais comum nos *trabalhadores manuais especializados e não especializados* (em particular, nestes últimos, em 1991).

Em suma, os indivíduos com estatuto socioprofissional mais elevado (a categoria dos *proprietários, dirigentes e profissionais liberais* e a dos *quadros médios e superiores*) morrem mais tardiamente e sobretudo de doenças do aparelho circulatório e de tumores malignos (juntamente com os executantes não manuais, nesta última causa de morte), enquanto os *trabalhadores manuais, especializados e não especializados*, tendem a morrer mais cedo, muito devido a lesões traumáticas e envenenamentos que ocorrem em idades mais jovens. Comparativamente a outros grupos, estas mesmas categorias socioprofissionais tendem a estar sobre-representadas em idades

¹⁵ Em 1981, as causas de morte com mais representatividade na categoria lesões traumáticas e envenenamentos são os acidentes de trânsito de veículos a motor 51,3% (2011), os suicídios e lesões auto-infligidas 8,8% (345) e as quedas acidentais 7,7% (303); em 2001, a primeira causa decresce para 43,9% (884) e as outras duas sobem para 14,1% (284) e 6,4% (129), respectivamente.

mais avançadas nas restantes principais causas de morte (doenças do aparelho digestivo e respiratório). Consta-se, assim, que, não obstante a evolução positiva das condições sócio-económicas que se fez sentir nos últimos vinte anos em Portugal, designadamente o desenvolvimento de um serviço nacional de saúde, a especialização das causas de morte por grupos socioprofissionais e etários revela que as desigualdades perante a morte continuam a persistir de forma marcada.

A distribuição geográfica dos óbitos e dos lugares em que ocorrem

Geograficamente, ao longo de 20 anos, a distribuição dos óbitos não regista alterações muito significativas. Apesar de tudo, pode observar-se o reforço relativo do número de óbitos na população activa da região Norte (de 30%, em 1981, para 33,4% em 2001) e a diminuição do peso percentual da região Centro, bem como do Alentejo e dos Açores, embora de forma menos expressiva nestas duas últimas regiões (passou de 18,9%, 5,2% e 3,4%, em 1981, para 14,8%, 4,1%

e 2,7%, em 2001, respectivamente). A posição das restantes regiões, em particular de Lisboa e Vale do Tejo, permanece praticamente inalterada.

Em termos da distribuição das causas de morte, verifica-se não apenas que essa distribuição não é a mesma em todas as regiões, como também varia ao longo do período de análise. Consta-se que, em termos relativos, os óbitos provocados por doenças do aparelho circulatório têm mais expressão nas ilhas (Açores e Madeira) e no Algarve (42,2%, 37% e 35,6%, em 1981, e 29%, 25,3% e 24,6%, em 2001). Integrando inicialmente este grupo de regiões (33,8%, em 1981), o Alentejo conhece progressivamente uma redução da importância desta causa de morte, sendo a região em que mais diminuiu, chegando a trocar, em 2001, de posição com a região de Lisboa e Vale do Tejo (19,6%). É nesta região e também na região Norte, a partir de 1991 (25% em 1991 e 30,6% em 2001), que se registam o maior número de óbitos causados por tumores malignos (25,1% em 1981, contra 31,4% em 2001).

A morte por doenças do aparelho digestivo é, em 1981, mais comum no Centro e Norte de Portugal (10,2% e 10% respectivamente), mas, nas duas déca-

Quadro IV
Evolução do número de óbitos na população activa por região (NUTS II)

NUTS II	1981		1991		2001	
	<i>n</i>	Percentagem	<i>n</i>	Percentagem	<i>n</i>	Percentagem
Norte	5 476	30,0	3 804	31,3	3 311	33,4
Centro	3 443	18,9	2 035	16,8	1 464	14,8
Lisboa e Vale do Tejo	6 382	35,0	4 364	35,9	3 528	35,6
Alentejo	945	5,2	551	4,5	403	4,1
Algarve	749	4,1	463	3,8	500	5,0
Açores	616	3,4	412	3,4	269	2,7
Madeira	638	3,5	511	4,2	434	4,4
Total	18 249	100	12 140	100	9 909	100

Quadro V
A distribuição dos lugares em que a morte ocorre

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

das seguintes, passa a ser mais frequente nas ilhas, sobretudo na Madeira. Aliás, nesta região, esta causa de morte tem vindo sempre a subir, contrariando a tendência geral (12,7%, em 2001, equivalendo a mais do dobro da média nacional, enquanto nos Açores representa 7,4%).

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

Por último, os óbitos que não foram causados por doenças específicas declaradas, ou seja, que resultaram de lesões traumáticas e envenenamentos, tendem a ocorrer sobretudo no sul do país, em particular no Alentejo e no Algarve a partir de 1991, e na zona Centro na década seguinte (respectivamente, 37%, 29% e 25,1%, em 2001). Em 1981, estas regiões do país são também as que mais registaram esta causa de morte, embora em ordem diversa: 26,7% no Alentejo, 25,9% no Centro e 23,6% no Algarve.

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

Observando por região, verifica-se que no início da década de oitenta a declaração do óbito no domicílio ocorre maioritariamente e com especial relevância no Norte e Centro do país, enquanto nas restantes regiões o hospital representa o local principal onde a morte ocorre, em particular em Lisboa e Vale do Tejo e na Madeira. Ao fim de vinte anos, estas duas regiões, juntamente com os Açores, mantêm a posi-

ção cimeira, embora em todas as regiões, se passe a verificar a prevalência dos estabelecimentos hospitalares. O crescimento da hospitalização acontece, assim, mais significativamente no Norte, Centro e região autónoma dos Açores.

Conclusão

A análise da evolução do número dos óbitos na população activa portuguesa revela mudanças significativas ao longo destes últimos vinte anos. Os óbitos passam a concentrar-se nas idades intermédias, uma vez que os mais jovens e sobretudo os mais idosos estão cada vez mais excluídos da população activa. Esta evolução surge associada, por um lado, ao desenvolvimento de um sistema de reformas e pensões e de outros mecanismos de protecção social proporcionados pelo Estado-providência, que retiram da condição activa os que têm mais de 65 anos, e, por outro, à democratização do acesso ao ensino e à intermitência crescente da inserção e da estabilização profissionais que adiam a entrada dos mais jovens no mercado de trabalho. Estes factores aparecem como causas fundamentais da redução para cerca de metade do peso que os óbitos da população activa representam no conjunto dos óbitos, apesar do seu aumento ao longo do período analisado.

A par das mudanças etárias, assiste-se também a uma *feminização* da morte na população activa, apesar de a diferença quantitativa a favor dos homens continuar a ser bastante acentuada. Esta tendência está naturalmente relacionada com a expansão do sector terciário e com a presença mais significativa das mulheres no mercado de trabalho.

A recomposição do perfil das actividades económicas e o aumento dos níveis de escolaridade da população estão na base das mudanças que se observam nos grupos socioprofissionais. O crescimento do sector terciário e a diminuição do peso das actividades ligadas à agricultura e à indústria traduzem-se numa redução do volume de óbitos na categoria dos *trabalhadores manuais especializados* e num crescimento significativo dos óbitos nas categorias ocupacionais dos quadros médios e superiores.

Estas mudanças repercutem-se igualmente no perfil das causas de morte. A evolução epidemiológica e a reconfiguração demográfica da população activa conduzem a um aumento dos óbitos provocados por tumores malignos e a uma diminuição para cerca de metade das doenças do aparelho circulatório, enquanto o peso das lesões traumáticas e envenenamentos permanece praticamente inalterado ao fim de vinte anos. Apesar da evolução das condições sócio-económicas da população e da existência de um Serviço Nacional

de Saúde de vocação universal, as desigualdades perante a morte continuam a ser marcantes, como revela a especialização das causas de morte por grupos socioprofissionais e etários. Os activos com estatuto socioprofissional mais elevado morrem mais tardiamente e têm por principais causas de morte as doenças do aparelho circulatório e os tumores malignos, enquanto os trabalhadores manuais, especializados e não especializados tendem a morrer mais cedo, muito devido a lesões traumáticas e envenenamentos. Além destas assimetrias, verifica-se que as diferenças em termos da idade média entre os grupos situados na parte superior e inferior da pirâmide social permanecem significativas ao longo do período analisado, levando a concluir que os progressos na redução da desigualdade perante a morte entre os mais ricos e os mais pobres registaram um desenvolvimento limitado.

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

□ Bibliografia

AIACH, P. — De la mesure des inégalités : enjeux sociopolitiques et théoriques. In LECLERC, A. *et al.* (dir.) — Les inégalités sociales de santé. Paris : INSERM/La Découverte, 2000.

BANDEIRA, M. L. — Demografia e modernidade : família e transição demográfica em Portugal. Lisboa : Imprensa Nacional-Casa da Moeda, 1996.

BLAXTER, M. — Health and lifestyles. London : Tavistock/Routledge, 1990.

BURY, M. — Health and illness in a changing society. London : Routledge, 1997.

CABRAL, M. V.; ALCÂNTARA DA SILVA, P.; MENDES, H. — Saúde e doença em Portugal : inquérito aos comportamentos e atitudes da população portuguesa perante o Sistema Nacional de Saúde. Lisboa : ICS, 2002.

CABRAL, M. V. — Saúde e incapacidades. In Portugal Social 1991-2001. Lisboa : INE, 2003.

CHENU, A. — Le repérage de la situation sociale. In LECLERC, A. *et al.* (dir.) — Les inégalités sociales de santé. Paris : INSERM/La Découverte, 2000.

FASSIN, D. *et al.* — Introduction : connaître et comprendre les inégalités sociales de santé. In LECLERC, A. *et al.* (dir.) — Les inégalités sociales de santé. Paris : INSERM/La Découverte, 2000.

FERRÃO, J. — Três décadas de consolidação do Portugal demográfico moderno. In BARRETO, A. (org.) — A situação social em Portugal, 1960-1995. Lisboa : ICS, 1996.

GIRALDES, M. R. — Desigualdades sócio-económicas e seu impacto na saúde, Lisboa : Editorial Estampa, 1996.

JONES, L. J. — The social context of health and health work. London : Macmillan, 1994.

KAWACHI, I.; BERKMAN, L. — Cohésion sociale et santé. In LECLERC, A. *et al.* (dir.), Les inégalités sociales de santé. Paris : INSERM/La Découverte, 2000.

KUNST, A. E.; MACHENBACH, J. P. — The size of mortality differences associated with educational level in nine industrialized countries. *American Journal of Public Health*. 84 : 6 (1994) 932-937.

LAHELMA, E. *et al.* — Comparison of inequality in health : evidence from national surveys in Finland, Norway and Sweden. *Social Science & Medicine*. 38 : 4 (1994) 517-524.

LEON, D. A. *et al.* — Social class differences in infant mortality in Sweden : a comparison with England and Wales. *British Medical Journal*. 305 : 6855 (September 19, 1992) 687-691.

LOCKER, D. — Prevention and health promotion. In SCRAMBLER, G. ed. lit. — Sociology as applied to medicine. London : W. B. Saunders, 1997.

LYNCH, J. — Income inequality and health : expanding the debate. *Social Science & Medicine*. 51 : 7 (2000) 1001-1005.

MACKENBACH, J. P. *et al.* — A prospective cohort study investigating the explanation of socio-economic inequalities in health in the Netherlands. *Social Science & Medicine*. 38 : 2 (1994) 299-308.

MARMOT, M. — The social pattern of health and disease. In BLANE, D.; E. BRUNNER, E.; WILKINSON, R. ed. lit. — Health and social organization : towards a health policy for the 21st century. London : Routledge, 1996.

MACINTYRE, S. — The Black Report and beyond : what are the issues? *Social Science & Medicine*. 44 : 6 (2000) 723-745.

MIELCK, A.; GIRALDES, M. R., ed. lit. — Inequalities in health and health care : review of selected publications from 18 Western European Countries. London : Waxman, 1993.

PAPPAS, G. *et al.* — The increasing disparity in mortality between socioeconomic groups in the United States, 1960 and 1986. *New England Journal of Medicine*. 329 : 2 (July 8 1993) 103-109.

STROEBE, W. — Social psychology and health. Buckingham : Open University Press (2000).

TOWNSEND, P. — Poverty in the United Kingdom. Harmondsworth : Penguin, 1979.

TOWNSEND, P.; DAVIDSON, N. — Inequalities in health : the Black Report. Harmondsworth : Penguin, 1982.

VAGERO, D.; LUNDBERG, O. — Health inequalities in Britain and Sweden. *Lancet*. 2 : 8653 (July 1, 1989) 35-36.

Van DOORSLAER, J. *et al.* — Income related inequalities in health : some international comparisons. *Journal of Health Economics*. 16 : 1 (1997) 93-112.

VOLKOF, S.; THEBAUD-MONY, A. — Santé au travail : l'inégalité des parcours. In LECLERC, A. *et al.* (dir.) — Les inégalités sociales de santé. Paris : INSERM/La Découverte, 2000.

WILKINSON, R. G. — Unhealthy societies : the afflictions of inequality. London : Routledge, 1996.

WHITEHEAD, M. — The health divide. London : Health Education Council, 1987.

□ Abstract

SOCIAL INEQUALITIES IN DEATH: THE EVOLUTION OF THE MORTALITY IN THE ACTIVE PORTUGUESE POPULATION (1981-2001)

This paper analyses the evolution of the mortality and the causes of death in the Portuguese working population over the last twenty years. One main trend shows that death is more likely to occur in the middle ages than in the younger and older groups because both of them gradually got away from the labor market. The second trend highlights the *feminization* of mortality caused by the ongoing and increased employment of

women. From the point of view of the causes of death, the working groups with higher social and economic status live longer and are more affected by neoplasms and diseases of the circulatory system while manual workers suffer from diseases caused by injury, poisoning and certain other external causes. In terms of the mean age, the difference between the group with the higher stand in the social pyramid and the lower one stays more or less constant over the period, showing that the progress in the reduction of the unequal mortality rates between rich and poor people had a limited impact or development.

Keywords: social inequalities; death causes; mortality; social-economic development; social inequalities towards death.