

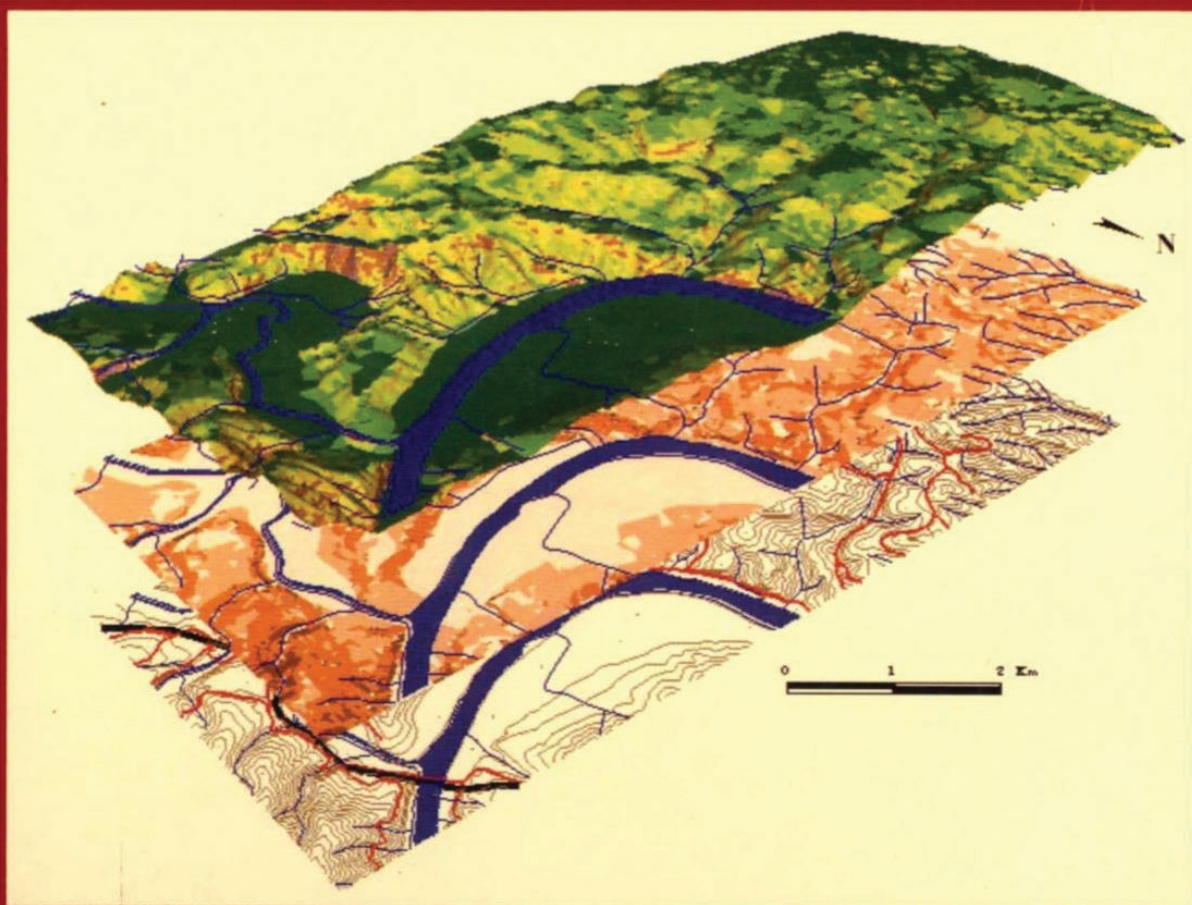
# CADERNOS DE GEOGRAFIA

INSTITUTO DE ESTUDOS GEOGRÁFICOS

FACULDADE DE LETRAS · UNIVERSIDADE DE COIMBRA  
COIMBRA

2000

N.º 19



## CONTRIBUIÇÃO DA GEOGRAFIA DA SAÚDE PARA O CONHECIMENTO DAS DESIGUALDADES EM SAÚDE E BEM-ESTAR NO MUNDO

Paula Santana<sup>1</sup>

### RESUMO

As alterações demográficas, a urbanização e as migrações são fenómenos correlativos de importantes transformações económicas, políticas e sociais que têm vindo a ocorrer um pouco por todo o Mundo. Na maior parte dos países esses fenómenos têm-se processado de forma caótica e não sustentada, com graves consequências ao nível da saúde e do bem-estar das populações.

Neste trabalho irão ser observadas as variações no tempo e no espaço de indicadores socioeconómicos e outros, relativos aos processos demográficos e da urbanização, com implicações directas nos resultados em saúde. Uma das conclusões a que se chega neste artigo é a de que os últimos trinta anos se têm manifestado de forma positiva em reduções assinaláveis na mortalidade (infantil e adultos) e, simultaneamente, no aumento da esperança de vida à nascença, ambas corolário de desenvolvimento. No entanto, as diferenças entre os países persistem e, em alguns casos, têm vindo a agravar-se nos últimos anos.

As desigualdades revelam-se, fundamentalmente, no acesso a bens essenciais como a alimentação, a energia, o abastecimento de água potável, o saneamento, o meio ambiente preservado, a instrução e ainda o acesso a cuidados de saúde, incluindo a educação para a saúde e a disseminação dos comportamentos saudáveis.

**Palavras chave:** Desenvolvimento. Desigualdades. Alterações demográficas. Urbanização.

### RÉSUMÉ

Les changements démographiques, l'urbanisation et les migrations sont des phénomènes corrélatifs d'importantes transformations économiques, politiques et sociales qui ont lieu un peu partout dans le monde. Dans la plupart des pays, ces phénomènes se produisent d'une façon chaotique et non-planifiée, avec de graves conséquences au niveau de la santé et du bien-être des populations.

Dans cette étude nous observerons les variations des indices socio-économiques et d'autres, au long du temps et dans l'espace, variations dues aux procédés démographiques, à l'urbanisation, et qui ont des implications directes sur les résultats de la santé. Une des conclusions à laquelle nous parvenons dans cet article, c'est que les 30 dernières années se sont passées d'une manière positive avec des réductions remarquables au niveau des taux de mortalité (infantile et adulte) et, simultanément, par la croissance de l'espérance de vie à la naissance, l'un et l'autre corollaire de développement. Cependant, les inégalités entre les pays continuent à exister et, dans certains cas, elles se sont aggravées dans les dernières années.

Les disparités se révèlent, fondamentalement, dans l'accès à des biens essentiels comme l'alimentation, l'énergie, la distribution d'eau potable, l'assainissement, la protection de l'environnement, l'apprentissage et encore l'accès à des soins de santé, y compris l'éducation pour la santé et la dissémination de comportements sains.

**Mots-clés:** Développement. Inégalités. Changements démographiques. Urbanisation.

---

<sup>1</sup> Instituto de Estudos Geográficos. Faculdade de Letras. Universidade de Coimbra.

ABSTRACT

Demographic changes, urbanisation and migration are correlative phenomenon in the important economical, political and social transformations which have been taking place gradually all over the World. In most countries these phenomenon have proceeded in a chaotic and non-sustained fashion, with serious consequences in terms of the health and well-being of populations.

This study will examine the variations in time and space of the socio-economical indicators and others, relating to demographic processes and urbanisation, with direct implications for health. One of the conclusions reached in this article is that the last thirty years have proved positive as regards notable reductions in mortality (childhood and adult) and, simultaneously, in the increase in life expectancy at birth, both of which result from development. However, the differences between the countries persists and, in some cases, has become worse in the last few years.

The inequalities are revealed, fundamentally, in access to essentials such as food, energy, the supply of drinking water, sanitation, the conservation of the environment, education and also access to health care, including health education and the dissemination of healthy behaviour.

**Key-words:** Development. Inequalities. Demographic changes. Urbanisation.

INTRODUÇÃO

As alterações demográficas, a urbanização e as migrações são fenómenos correlativos de importantes transformações económicas, políticas e sociais que têm vindo a ocorrer um pouco por todo o Mundo. Na maior parte dos países esses fenómenos têm-se processado de forma caótica e não sustentada, com graves consequências ao nível da saúde e bem-estar, principalmente nos países mais pobres ou nas populações mais vulneráveis (pobres e excluídas socialmente) mesmo que vivendo em países ricos. O Mundo entra no século XXI com algumas esperanças mas com muitas incertezas (WHO, 1999).

São vários os trabalhos científicos que abordam os factores que influenciam a saúde e que, simultaneamente, poderão estar na origem das desigualdades no acesso aos cuidados de saúde. A maior parte dos autores refere que, apesar da esperança de vida ter vindo a aumentar ao longo deste século e, concretamente, nas últimas décadas, uma grande percentagem da população, principalmente do sexo masculino, regista uma mortalidade prematura assinalável (MACKENBACH e KUNST, 1997; MACKENBACH e GUNNINGS-SCHIEPERS, 1997; WHITEHEAD, 1998; MACKENBACH, 2000). Na origem da mortalidade precoce estarão certamente causas culturais económicas, sociais, epidemiológicas e políticas que é necessário identificar ou conhecer melhor (WILKINSON, 1992; DICKENS, 1996; DAVEY, 1996; SAYERS 1996; STEEL, 1996; WILKINSON, 1996; KENNEDY, 1998).

Conhecer qual a importância de cada um dos factores ou do seu conjunto, como interagem e quais as consequências na saúde das populações, são propostas que deverão constar das agendas políticas actuais de grande parte dos governos dos países desenvolvidos e em desen-

volvimento. Estes objectivos têm já vindo a revelar-se como a chave das políticas de saúde em quase todos os países, principalmente nos mais ricos. O desafio que é colocado é o de aumentar os anos de vida da população em geral. A redução da mortalidade passa, necessariamente, pela diminuição da mortalidade precoce que afecta, de forma mais grave, um pouco por todo o mundo, os grupos mais desfavorecidos.

Vários autores têm vindo a demonstrar que, para que se possa cumprir esta meta é necessário reduzir substancialmente as diferenças na mortalidade entre os ricos e os pobres (países e indivíduos) (KUNST, 1997; WHO, 1999; PNUD, 2000). Alguns exemplos podem ser colhidos de experiências que alguns países têm vindo a introduzir com o objectivo de melhorar a situação dos grupos mais desfavorecidos (BEM-SILOMO e SMITH, 1991; WHITEHEAD e DAHLGREN, 1991; DOORSLAER e outros, 1992; MACKENBACH e KUNST, 1997; SANTANA, 2000a). As conclusões vão no sentido de evidenciar os notáveis ganhos em saúde mas, ao mesmo tempo, apontar as variações na mortalidade em consequência de diferenças sociais, económicas, políticas e geográficas (KAGAMIMORI e outros, 1983; KARISTO e outros, 1978; LAHELMA e outros, 1994; KUNST, 1997; COOK e outros, 2000).

A maior parte dos trabalhos que analisam as variações em saúde dizem respeito aos países desenvolvidos, concretamente da Europa (BENZEVAL e outros, 1995; CARRHIL, 1990; CARSTAIRS e MORRIS, 1991; COSTA e FAGGIANO, 1995; KUNST e outros, 1996; HAYNES e GALE, 2000; SANTANA, 2000b) e dos Estados Unidos (GURALNICK, 1963; HADDEN, 1996; SORLIE e outros, 1995; KAPLAN e outros, 1996; SUBRAMANIAN, 2000). Dentro da Europa, destaque para países como a Noruega, a Dina-

marca e a Suécia, onde a introdução de políticas de maior igualdade social e económica tem vindo a resultar na diminuição das diferenças socioeconómicas na mortalidade.

Neste artigo irão ser colocados em destaque os indicadores que permitem avaliar a urbanização e as alterações económicas e sociais, enquadrados no espaço e no tempo. Irão ser analisados ainda os valores relativos aos Índices de Desenvolvimento Humano e de Pobreza que traduzem componentes importantes da vida humana como a esperança média de vida à nascença, o conhecimento e a capacidade económica individual para adquirir os bens essenciais. Nos países em desenvolvimento outros factores como o acesso a bens essenciais como a alimentação, a água potável, o saneamento, a educação, os serviços de saúde preventivos, merecem atenção especial.

Os resultados a que chegamos têm por base informação que permite comparar um conjunto de indicadores relativos a 178 países. Para facilitar a comparação entre as grandes regiões, utilizamos a classificação dos países nos principais grupos mundiais<sup>1</sup>: 1. Países em Desenvolvimento (124); Países da Europa de Leste e Comunidade de Estados Independentes (CEI) (25); Países da OCDE (29). Dentro dos Países em Desenvolvimento, destacam-se os da África Subsariana (44), pelas características específicas de grande privação. Os resultados que serão apresentados ao longo deste texto têm como principais fontes de informação as últimas publicações do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD)<sup>2</sup>.

Antes da análise dos resultados, é importante considerar alguns aspectos relativos à possível qualidade dos indicadores. As propriedades e atributos dos indicadores como a validade, a confiança, a especificidade e a sensibilidade, devem ser tidos em conta. No entanto, o processo de selecção da informação a tratar tem um aspecto primordial

<sup>1</sup> Esta classificação não está directamente ligada ao rendimento dos países. Os países mais ricos do Mundo (Rendimento elevado: PNB per capita igual ou superior a 9 361 dólar. Em 1998) encontram-se dentro dos países da OCDE mas também incluem alguns países em desenvolvimento (Bahamas, Chipre, Emiratos Árabes Unidos, Hong Kong, Kuwait, Qatar, Singapura) e da Europa de Leste e CEI (Eslovénia). Os países mais pobres (os que detêm um Rendimento médio: PNB per capita igual ou inferior a 7 561, em 1998) são quase todos os que integram a África Subsariana (à excepção da África do Sul, Botswana, Cabo Verde, Gabão, Maurício, Namíbia, Seychelles e Suazilândia, que detêm um Rendimento médio: PNB per capita entre 7 561 e 9 360 dólar) e outros como a Arménia, o Azerbaijão, Bangladesh, Butão, China, Haiti, Honduras, Iémen, Índia, Indonésia, Mongólia, Myanmar, Nepal, Nicarágua, Paquistão, Quirguistão, Salomão, Tajiquistão, Moldávia, Turquemenistão e Vietname.

<sup>2</sup> A recolha está sujeita à informação disponível nos Relatórios de Desenvolvimento Humano, 1995, 1998, 2000.

que é o da disponibilidade de dados. Tendo em conta a informação disponível, muitas vezes a investigação relativa aos problemas de saúde tem como ponto de partida não tanto o que se desejaria fazer ou conhecer como o que é permitido conhecer (SANTANA, 1999).

O levantamento da informação que suporta este estudo enfrenta algumas limitações. Desde já importa deixar esta ressalva. A primeira, e a mais importante, é relativa à falta de confiança e comparabilidade dos dados que estão genericamente disponíveis nos diferentes países. Em consequência dos constrangimentos que envolvem a recolha da informação, torna-se obrigatório conhecer a qualidade dos dados. O número de países que fornece dados de excelente qualidade é restrito. Em alguns casos não existe mesmo informação disponível. Este facto torna difícil a leitura, interpretação e comparação dos fenómenos ao nível mundial.

A qualidade dos dados (recenseamentos e outras) depende fundamentalmente do nível de desenvolvimento do país, da dispersão da população, das conjunturas económicas e políticas e de outras mais específicas, tais como questões de confidencialidade ou acesso restrito a informação clínica. No entanto, com os dados disponíveis, é possível traçar o quadro demográfico, social e económico do Mundo, bem como detectar os principais constrangimentos que poderão estar na origem das desigualdades regionais, a uma pequena escala.

## DETERMINANTES EM SAÚDE

### 1.1. Novos ou velhos problemas na saúde

A literatura sobre as desigualdades em saúde comprova que factores como o rendimento, o nível de instrução (principalmente das mulheres adultas), a produção e a utilização de novos conhecimentos, têm associações fortes com a saúde, variando no mesmo sentido. Ou seja, quando aumenta a instrução ou o rendimento, por exemplo, aumenta o nível de saúde individual.

Um estudo apresentado pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 1999) com o objectivo de quantificar a importância relativa das determinantes da mortalidade chega à conclusão que a relação desta com os vários indicadores tem vindo a mudar ao longo do tempo. Metade dos ganhos em saúde entre o período de 1952 e 1992 resultaram do acesso a melhores tecnologias, enquanto os restantes 50 por cento dependeram do aumento do rendimento e, ainda mais importante, do aumento do nível da educação. No entanto, o mesmo documento refere que a relação entre o rendimento e a saúde nem sempre é a mesma em todos os países. Verifica-se que em alguns países a taxa de mortalidade é mais elevada do que se

esperaria, atendendo ao seu rendimento. Uma das chaves para o problema seria o desenvolvimento de sistemas de saúde mais custo/efectivos e que atinjam uma maior proporção de população. Assim, os efeitos do crescimento económico na saúde, embora reais, não são contudo generalizados e tendem a diminuir no futuro. À semelhança do que tem vindo a acontecer, no médio e longo prazo, os países de rendimento mais alto continuarão a investir elevados montantes na investigação e desenvolvimento, o que continuará a produzir impactes positivas na saúde de apenas alguns grupos mais afluentes. Nesses mesmos países, por outro lado, prevê-se que venham a ser investidos montantes bem menores na resolução dos problemas dos grupos mais pobres e socialmente excluídos. O resultado será a diminuição da saúde em geral e o aumento da pobreza. O que se verifica, genericamente, é que as diferenças entre pobres e ricos aumentam, quer se trate de países ricos quer se trate de países pobres. Por isso, hoje é reconhecido que é mais importante conhecer como é feita a redistribuição interna do rendimento nacional do que a mera consideração do rendimento per capita de um país.

Ainda referindo o documento da OMS (1999), concluiu-se que mortalidade em termos globais e no ano de 1990 ficava a dever-se, para além da ausência das tecnologias, da instrução e do rendimento, aos seguintes factores: tabaco (6%), hipertensão (5,8%), água imprópria e falta de saneamento (5,3%), comportamentos de risco (sexuais: 2,2% e álcool: 1,5%). As determinantes da saúde são, como se verifica, multissetoriais.

No século XX ocorreu uma autêntica revolução na saúde que teve reflexos na alteração demográfica – transição demográfica – e na mudança de padrões de doença – transição epidemiológica. Esta última resulta num maior número de causas de morte e de incapacidade que vão desde as doenças infecciosas às não contagiosas (cancro, doenças do coração, acidentes vasculares cerebrais, e doenças mentais, são as que se destacam). Verifica-se, todavia, que a transição epidemiológica não foi simultânea em todo o mundo e em alguns espaços ela ainda não se fez sentir. Em alguns países em desenvolvimento, por exemplo, as maiores causas de morte continuam a ser as doenças infecto-contagiosas. No entanto, as doenças crónicas e as doenças não transmissíveis como o cancro, doenças cardiovasculares e diabetes, que estão relacionadas com os estilos de vida, envelhecimento e desastres ambientais, estão em crescimento em quase todos os territórios. Por outro lado, as alterações recentes nas estruturas económicas e sociais têm vindo a traduzir-se em stress social e psicológico. Refira-se, a título de exemplo, as consequências na saúde do desemprego e o do subemprego que são problemas comuns com que se defrontam os países desenvolvidos e em desenvolvimento.

Enquanto importantes progressos têm vindo a ser conseguidos no controle e prevenção de algumas destas doenças, o mundo vai assistindo a um recrudescimento de doença velhas como a tuberculose, a difteria, a malária e a cólera. A par destas, novas doenças como a SIDA/HIV constituem uma ameaça para a população mundial e afectam as hipóteses de desenvolvimento das comunidades.

Mais de mil milhões de pessoas entram do século XXI sem terem beneficiado da revolução na saúde: a sua vida é curta e flagelada por doenças. Para muitos coloca-se o duplo problema: as doenças dos pobres (infecciosas e parasitárias) e o rápido crescimento das não contagiosas. Outros, embora não tão pobres, enfrentam dificuldades para garantirem a sua saúde, por não terem acesso aos cuidados de saúde em tempo útil ou de qualidade. Por exemplo, em países economicamente desenvolvidos, alguns grupos sociais debatem-se com problemas relacionados com o pagamento de tratamentos cada vez mais caros.

Mas não é só nos países em desenvolvimento que se verifica a re-emergência de algumas doenças. A difteria, por exemplo, reapareceu em países como a Ex. União Soviética. A tuberculose voltou a aparecer em quase todos os países, na maior parte dos casos associada à SIDA/HIV e ao fenómeno de resistência aos medicamentos.

## 1.2. A urbanização:

O povoamento do Mundo surpreende quer pela irregularidade quer pela descontinuidade quer, ainda, pela mutabilidade (figura 1).

A partir de meados do século XX, registou-se um crescimento populacional anual médio mais intenso nos Países em Desenvolvimento quando comparado com o que se passou no Mundo ou nos Países da OCDE. No entanto, genericamente, o início do novo século é marcado por uma desaceleração do ritmo de crescimento da população. Este facto fica a dever-se aos valores verificados nos países da OCDE e da Europa de Leste e CEI, onde o crescimento anual médio tem já pouca expressão, sendo a tendência actual a estagnação<sup>3</sup>. As configurações alteram-se, os pólos e as densidades multiplicam-se e ou reforçam-se (Figura 2).

A urbanização é um aspecto importante da transição que marca o nosso século. Hoje, é um fenómeno global e

<sup>3</sup> Em 1995, a população do Mundo era de 5 627,1 milhões de habitantes (2 616,1 milhões nos Países em Desenvolvimento e 1 043,5 milhões nos Industrializados) e, em 2025, prevê-se que sejam 7 186,9 milhões (5 892,2 milhões nos Países em Desenvolvimento e 1 294,7 nos Industrializados) (cfr. PNUD, 1995, 1998, 2000)

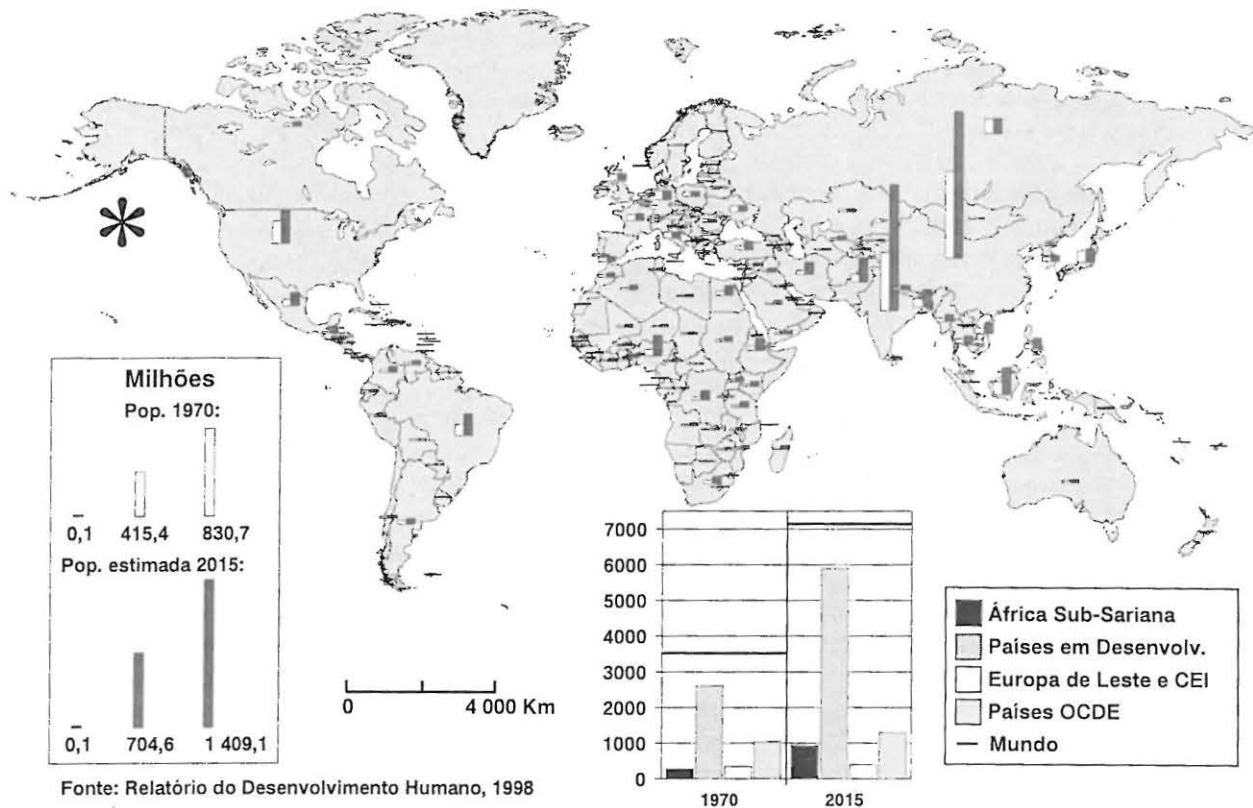


Figura 1 – População em 1970 e população estimada para 2015

verifica-se ser mais acentuado nos países em desenvolvimento. Entre 1975 e 1995, a população urbana duplicou; por exemplo nos países em desenvolvimento, passou a ser de 1710 milhões. As dez maiores cidades do mundo, para além de Tóquio, Nova Iorque e Los Angeles, localizavam-se em Países em Desenvolvimento: Shangai, Bombaim, Seul (na Ásia) e São Paulo, Cidade do México, Buenos Aires e Rio de Janeiro (América Latina).

Esta tendência manter-se-á nos próximos 20 anos (figura 3). As cidades, principalmente as dos países mais pobres, vão continuar a atrair população. Prevê-se que, até ao ano 2015, nestes países, 41% das cidades tenham mais de 750 000 habitantes; ou seja as cidades dos países pobres terão cerca de três vezes mais pessoas do que as dos países ricos. Das 28 cidades com 10 milhões ou mais de habitantes projectadas para o ano 2015, 22 serão em países em desenvolvimento (Ásia: 14; América Latina: 5; África: 3).

Embora os países em desenvolvimento apresentem forte atracção urbana nesta transição de milénio, as suas populações continuam a viver maioritariamente em espaços rurais. Em 2015 espera-se que cerca de 35% da

população dos países mais pobres viva nas cidades, enquanto nos países mais desenvolvidos esse valor será de 82% (figura 4).

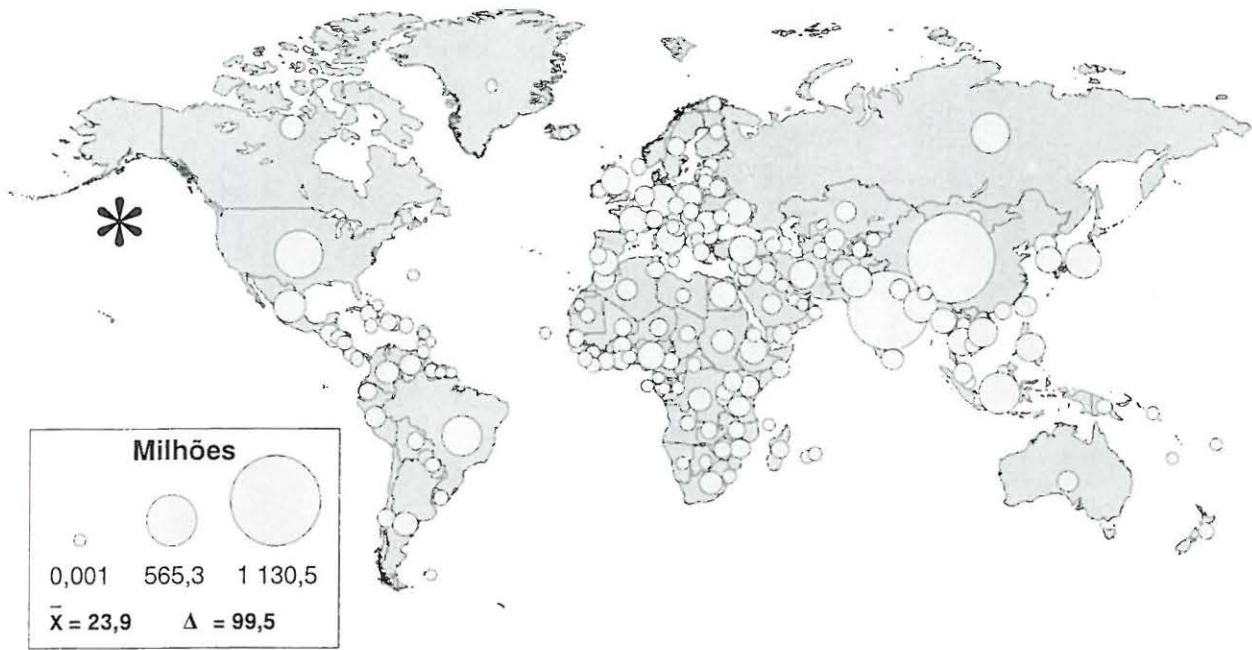
### 1.3. O fenómeno demográfico

Durante quase três décadas<sup>4</sup>, a esperança de vida aumentou no Mundo de 59,9 para 66,7 anos (Figura 5). O progresso mais rápido no aumento da esperança de vida, a nível mundial, registou-se nos países em desenvolvimento com mais de dez anos de vida ganhos. Destaque para países com progressos notáveis: Oman (49 para 71), Arábia Saudita (54 para 71), Jordânia (57 para 70) Vietname (50 para 67) e Yémen (42 para 58). Nos Países da África Subsariana a variação é pequena, não chegando a registar-se quatro anos de vida ganhos.

Mas, enquanto em 1998, os países em desenvolvimento atingiam uma esperança de vida de 64,4 anos<sup>5</sup>

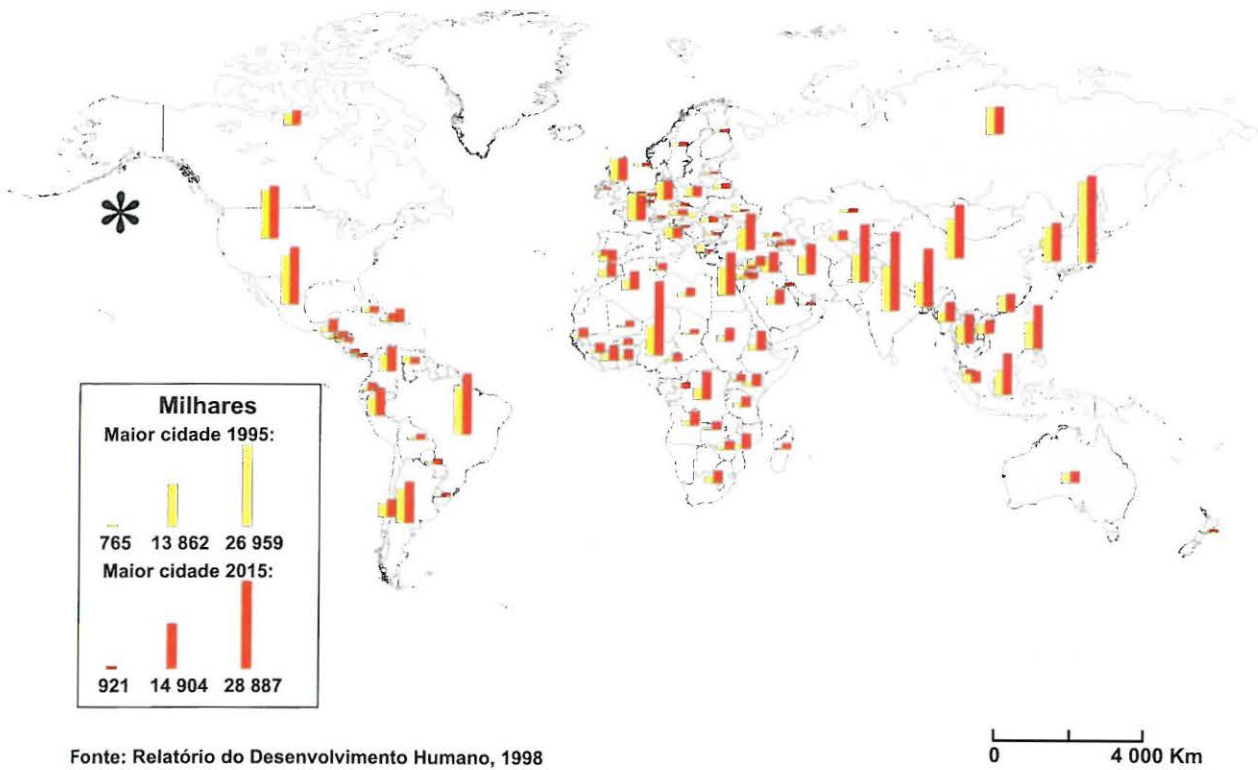
<sup>4</sup> O período considerado é entre 1970-75 e 1995-2000. Cfr. Relatório de Desenvolvimento Humano, 2000, pp.186-189.

<sup>5</sup> No período de 1995-2000.



Fonte: Mapinfo, 1994

Figura 2 – Distribuição da população mundial em 1994



Fonte: Relatório do Desenvolvimento Humano, 1998

Figura 3 – População das maiores cidades 1995 e 2015

(Zimbabwe, Zâmbia, Uganda, Ruanda, República Centro-Africana, Moçambique, Burundi, Etiópia, Burkina Faso, não chegam a atingir os 45 anos; Serra Leoa, Malawi, não atingem os 40 anos), nos da OCDE ela já era de 76,2 anos (Canadá, Islândia, Suécia e Suíça chegam aos 79 anos; Japão: 80 anos) (figura 6).

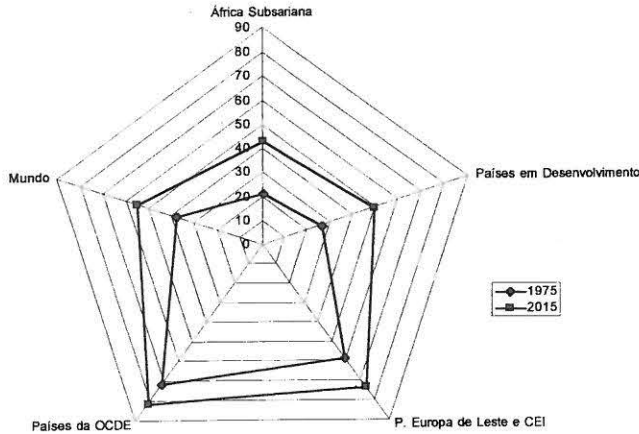


Figura 4 – População urbana 1970 e 2015 (valor percentual)

Entre os períodos 1970-1975 e 1995-2000, quando em quase todos os países do mundo se vive cada vez mais anos, a difusão de doenças – especificamente o SIDA/HIV<sup>6</sup>, a tuberculose<sup>7</sup> e a malária, entre outras – guerras e conflitos económicos, fazem retroceder a esperança de vida à nascença no Zimbabwe (51,5 para 44,1), no Uganda (46,5 para 39,6), na Zâmbia (47,3 para 40,1). Na Europa de Leste e CEI distinguem-se alguns países com perdas de cerca de dois anos vida (Belarus, Federação Russa, Letónia e a Ucrânia).

Uma das causas do aumento da esperança de vida é a diminuição da mortalidade infantil, com grande expressão nos países em desenvolvimento e nos da OCDE (figura 7). No entanto e apesar deste facto, em 1998 as variações regionais na taxa de mortalidade infantil são dramáticas. As diferenças entre os países são assinaláveis e podem observar-se na figura 8. É também nos países mais pobres

que se registam as mais altas taxas de mortalidade dos menores de 5 anos e de mortalidade materna (figuras 9 e 10).

O envelhecimento é uma das consequências do aumento da esperança de vida. Em 1998 em cada 100 pessoas cerca de 7 têm 65 e mais anos. O envelhecimento é mais elevado nos Países da OCDE (13%) e mais baixo nos da África Subsariana (3%). A população mais jovem é, percentualmente, mais elevada nos países em desenvolvimento.

O desenvolvimento de um país implica uma população activa que suporte, financeiramente, a não activa. Para isso importa conhecer o índice de dependência total (IDT). Este indicador mede o esforço que é pedido à população em idade activa (15 - 64 anos) de um país ou região para suportar os dependentes jovens (0 - 14 anos) e os dependentes idosos (65 e mais anos). Em 1998, considerando a população do Mundo, para cada 100 pessoas com menos de 15 e mais de 64 anos existem cerca de 59 com idade compreendida entre 15 e 64, considerados potencialmente activos. Os valores extremos deste indicador encontravam-se na África Subsariana – mais alto – e na Ásia Oriental excluindo a China – mais baixo – (figura 11).

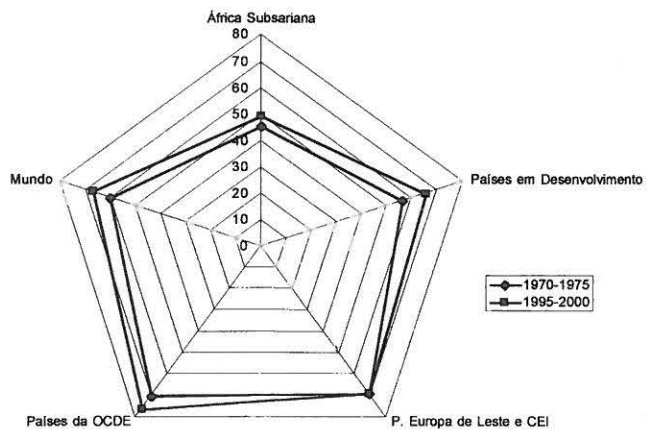


Figura 5 – Esperança de vida à nascença (anos), 1970-75 e 1995-2000

<sup>6</sup> Segundo o Relatório de Desenvolvimento Humano a taxa de adultos infectados com SIDA, em 1997 era no mundo 0,99, nos países em desenvolvimento (PED) 1,18, nos países menos desenvolvidos (PMD) 4,13, (África Sub-sariana 7,15), e nos países de desenvolvimento número elevado (PDHE) 0,34.

<sup>7</sup> Segundo o Relatório de Desenvolvimento Humano os casos de tuberculose por 100 000 habitantes, em 1997 era no mundo 60,4, nos PED 68,6, nos PMD 88,4 (África Sub-sariana 106,4) e nos PDHE 18,4. A malária atingia 6 765 em cada 100 000 pessoas nos países menos desenvolvidos.

Sempre que o coeficiente de dependência total seja resultante, maioritariamente, do peso dos jovens, a situação deveria ser favorável para esses espaços geográficos em termos de desenvolvimento. Este facto nem sempre se verifica porque, em alguns países, a idade média da morte é muito baixa (figura 12).

Na sequência do referido anteriormente, é importante observar também o coeficiente de dependência de jovens (CDJ) (figura 13). Os valores mais altos observam-se nos



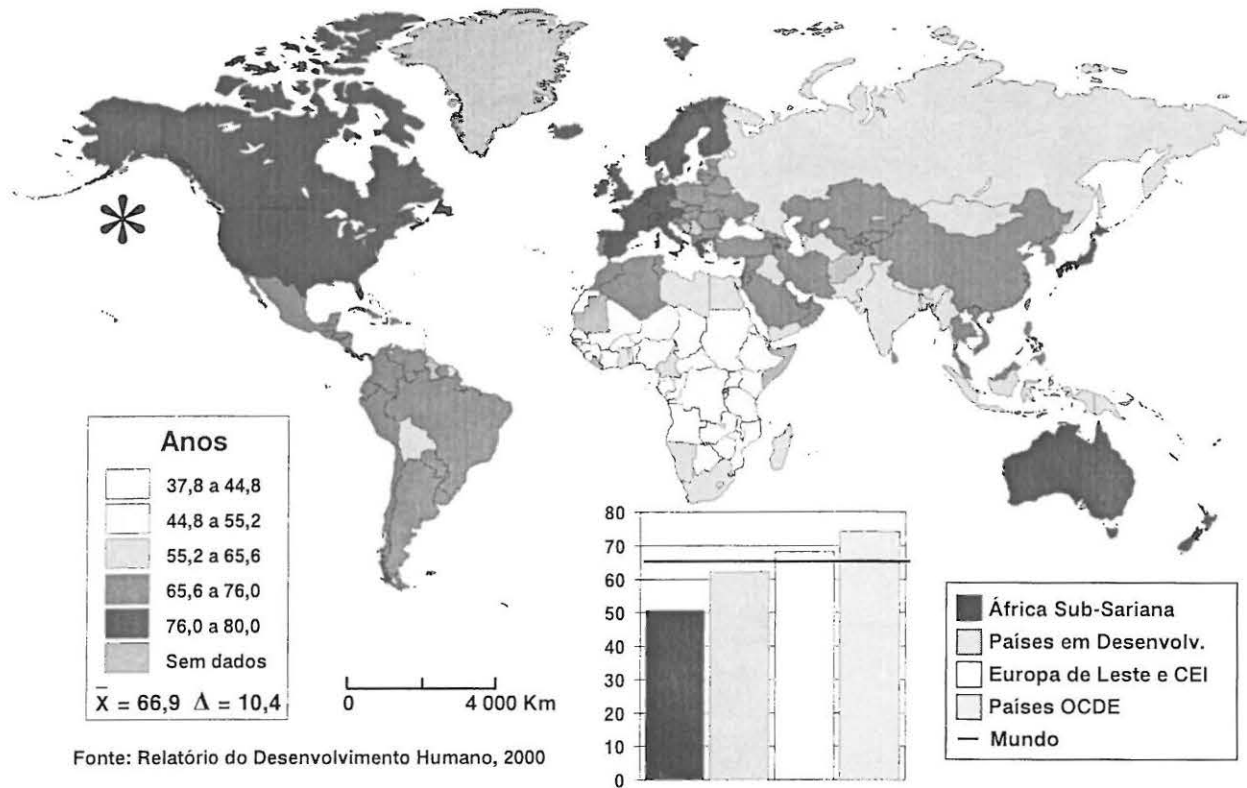


Figura 6 – Esperança de vida à nascença 1998

Países em desenvolvimento. O inverso verifica-se para o índice de dependência de idosos (IDI) (figura 14).

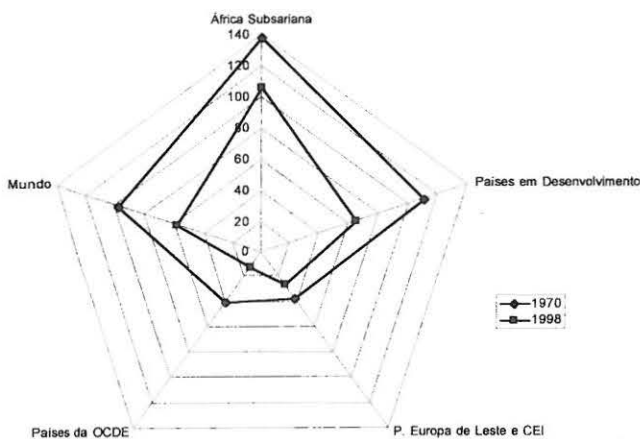


Figura 7 – Taxa de mortalidade infantil 1970 e 1998 (em per milagem)

Pode afirmar-se que, genericamente, as mulheres vivem mais anos do que os homens. A esperança de vida é menor nas mulheres apenas nas Maldivas e no Nepal.

A taxa de fertilidade total, no período de 1970-1975, registava o máximo de 5,4 nos países em desenvolvimento e o mínimo de 2,4 nos países na Europa de Leste e CEI. Para o período de 1995-2000 os valores sofrem decréscimos, passando a ser de 3 e de 1,6, respectivamente. Valores extremos mais baixos (1,2) registam-se em Espanha e Itália e valores mais altos (7,6) no Iémen.

#### 1.4. Os factores sociais e económicos: As variações no espaço e no tempo

Verifica-se que, no Mundo, as desigualdades em saúde se verificam entre as diferentes regiões, sendo as mais pobres as que cumulativamente apresentam piores indicadores relativos às condições de habitação, de alimentação e de instrução. São locais onde a probabilidade de contacto com os serviços de saúde de qualidade e em quantidade que assegure a continuidade dos cuidados quase nunca é garantida, em consequência da falta de acesso em geral e do geográfico, em particular.

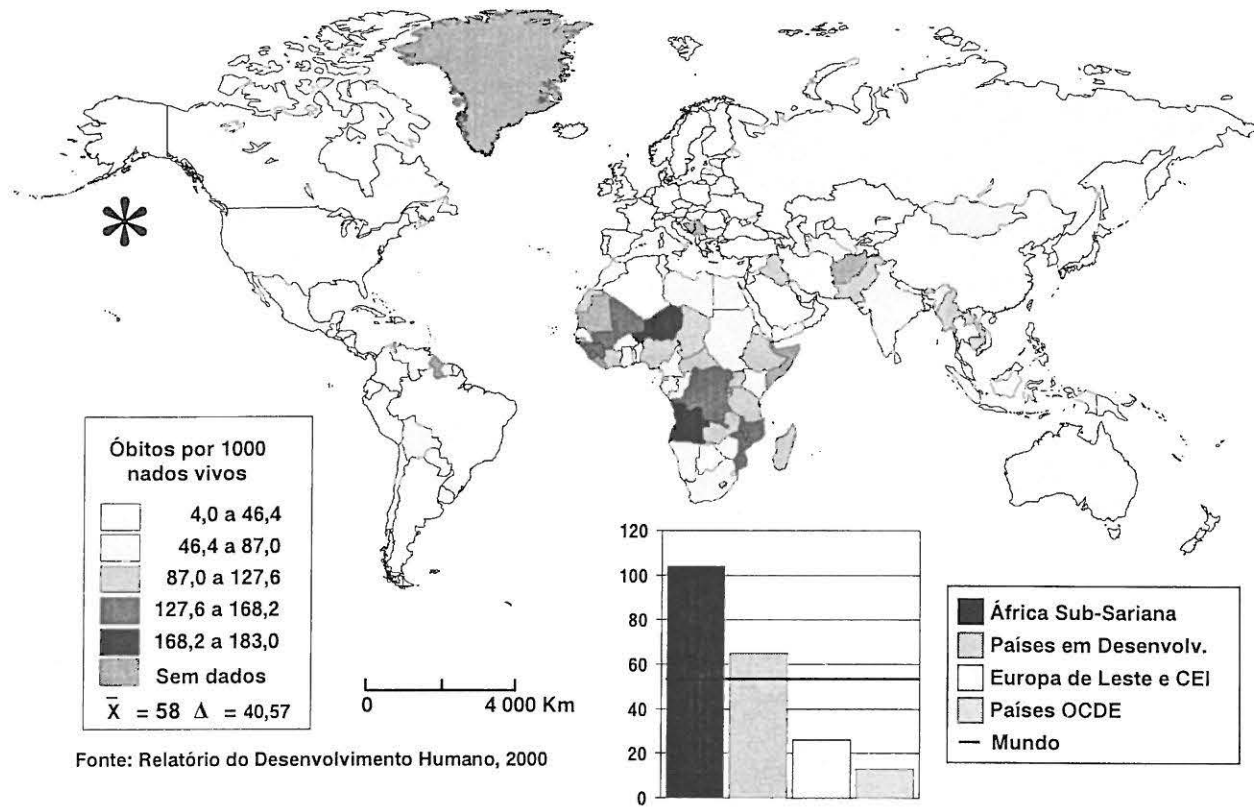


Figura 8 – Taxa de mortalidade infantil 1998

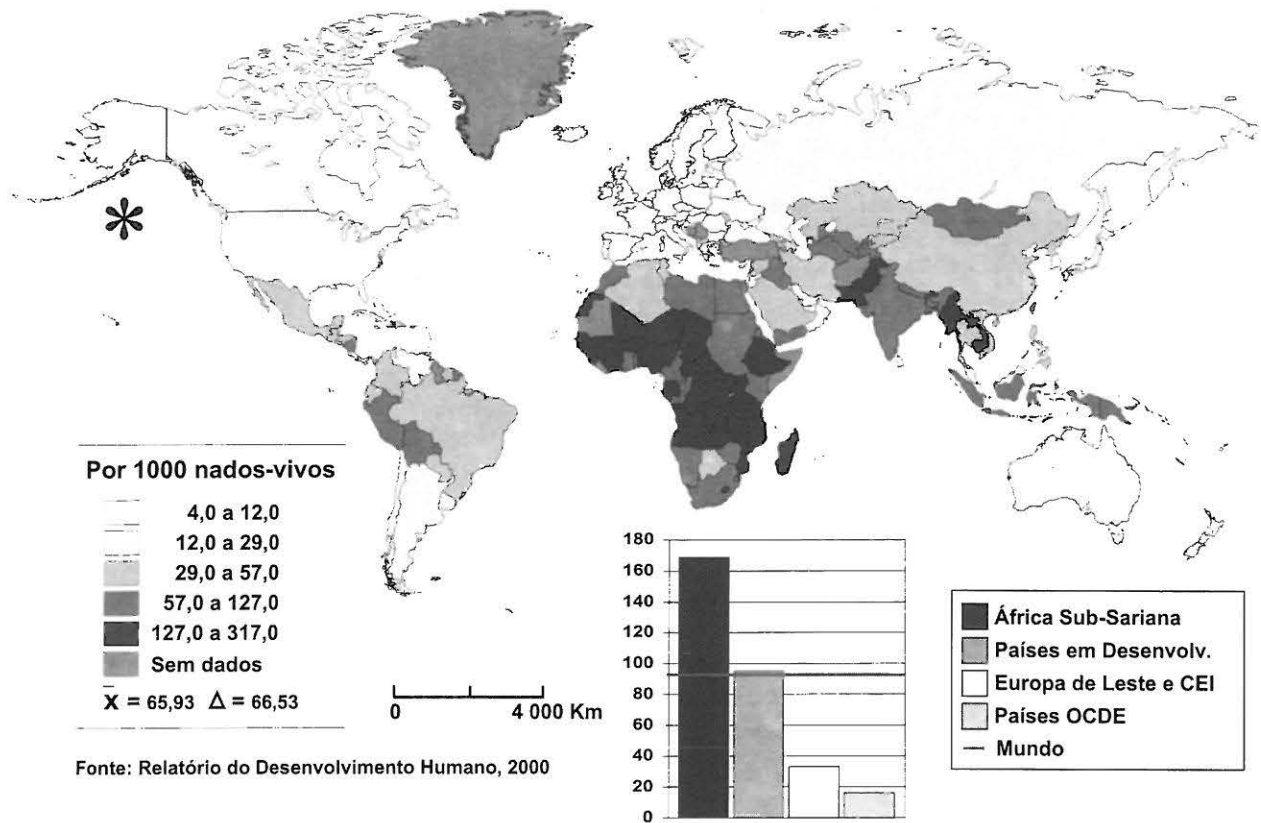


Figura 9 – Taxa de mortalidade de menores de 5 anos em 1998

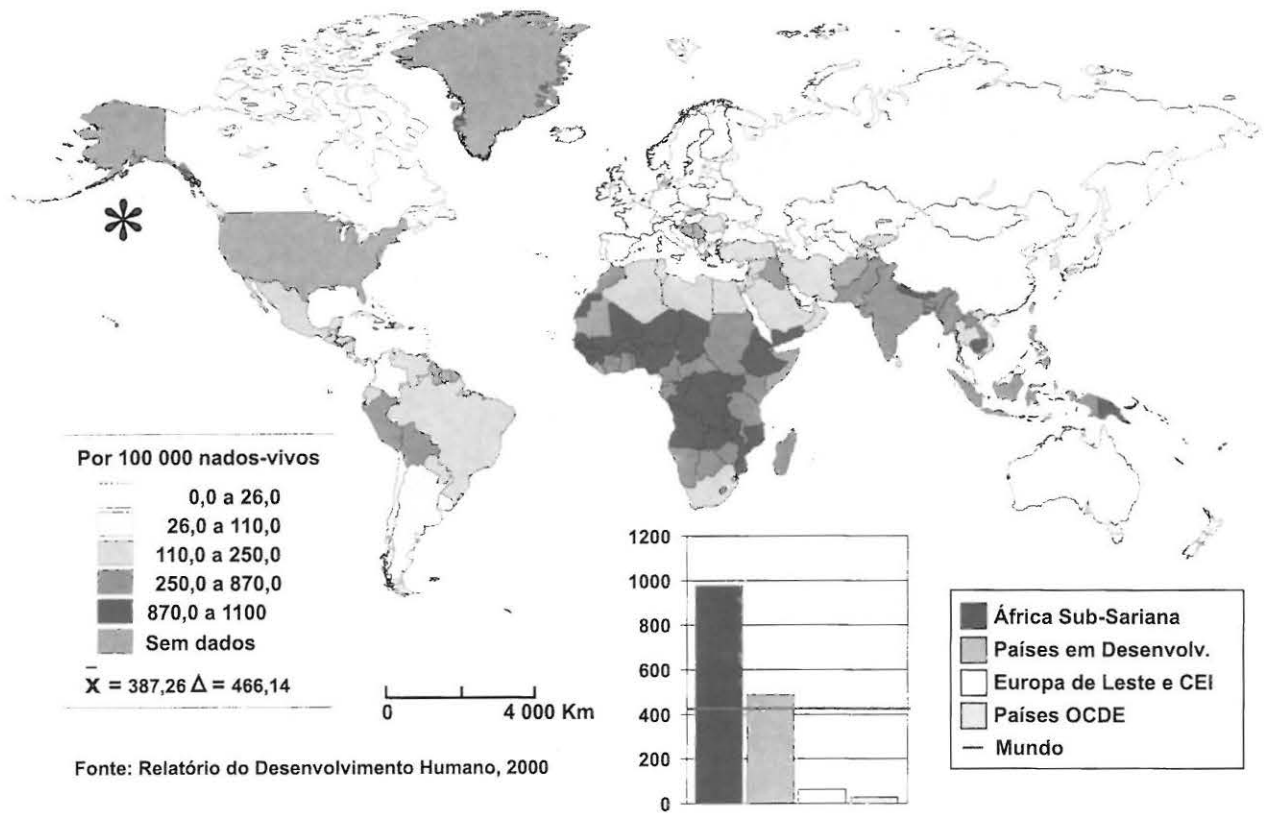


Figura 10 – Taxa de mortalidade materna em 1990-1998

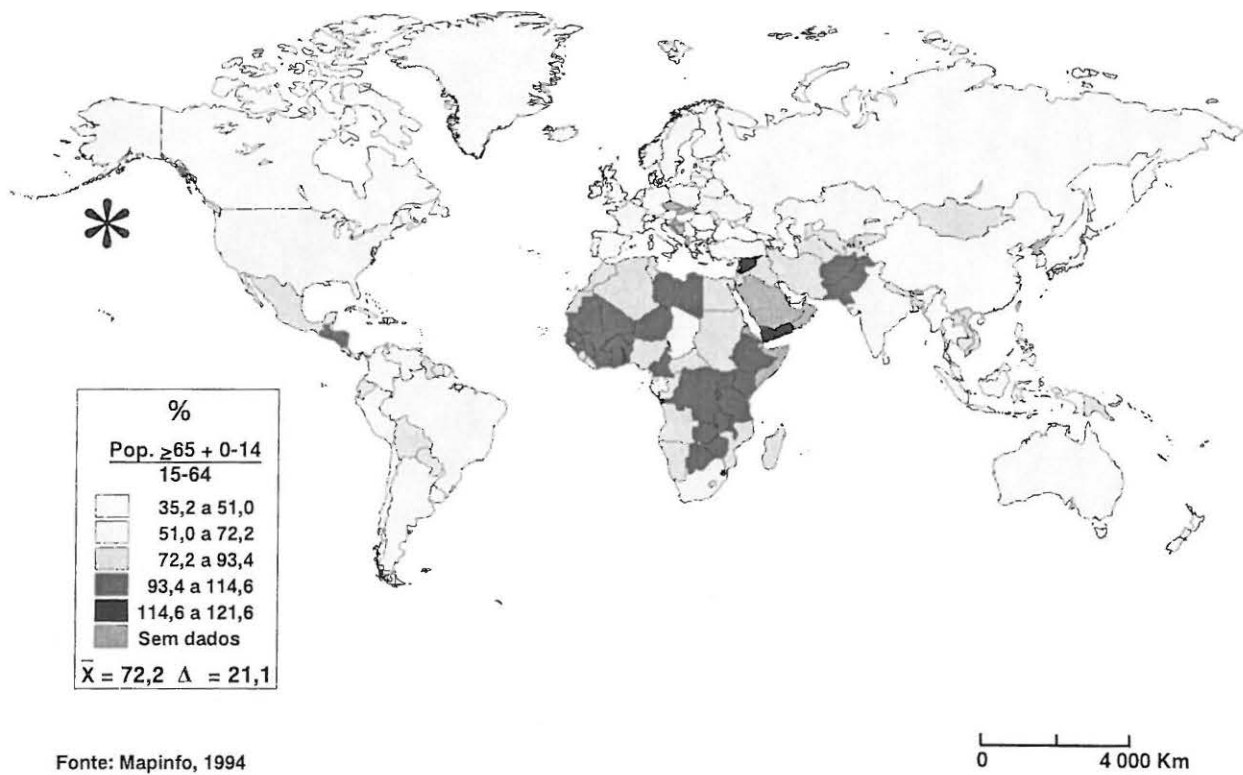


Figura 11 – Índice de Dependência Total 1994

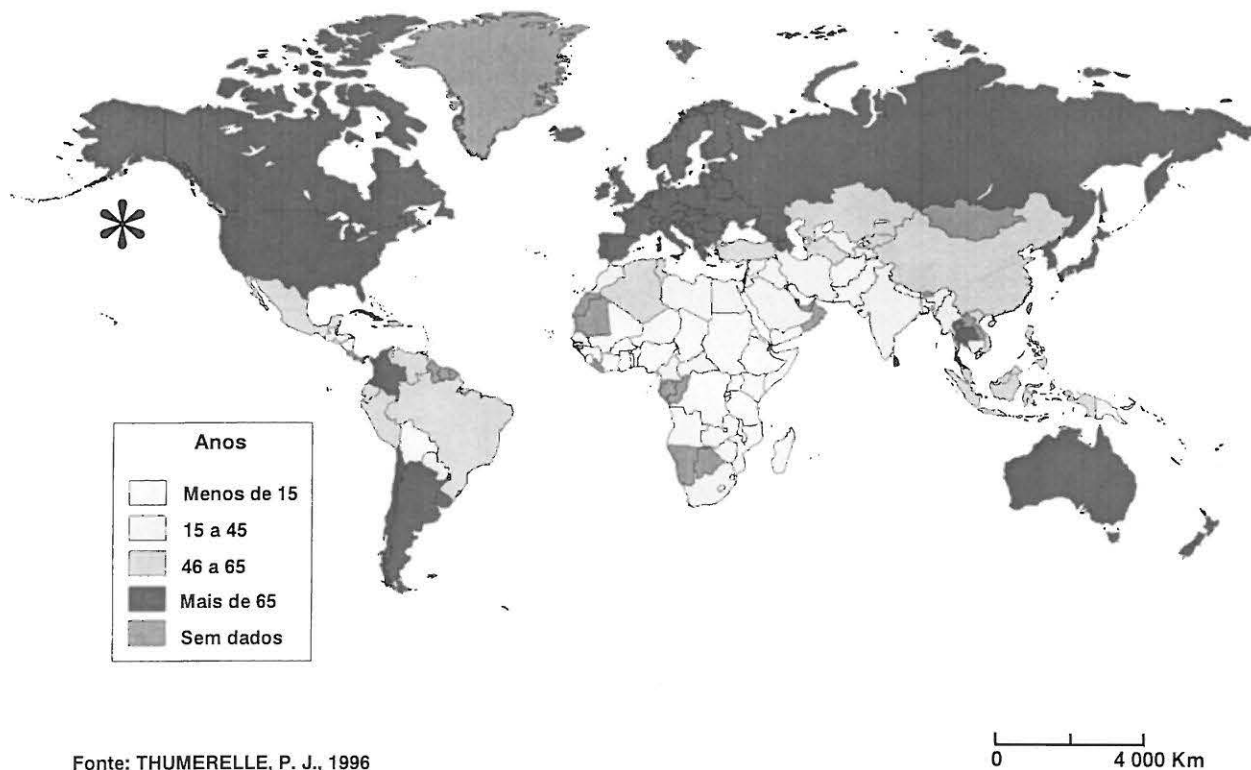


Figura 12 – Idade Média da Morte 1990

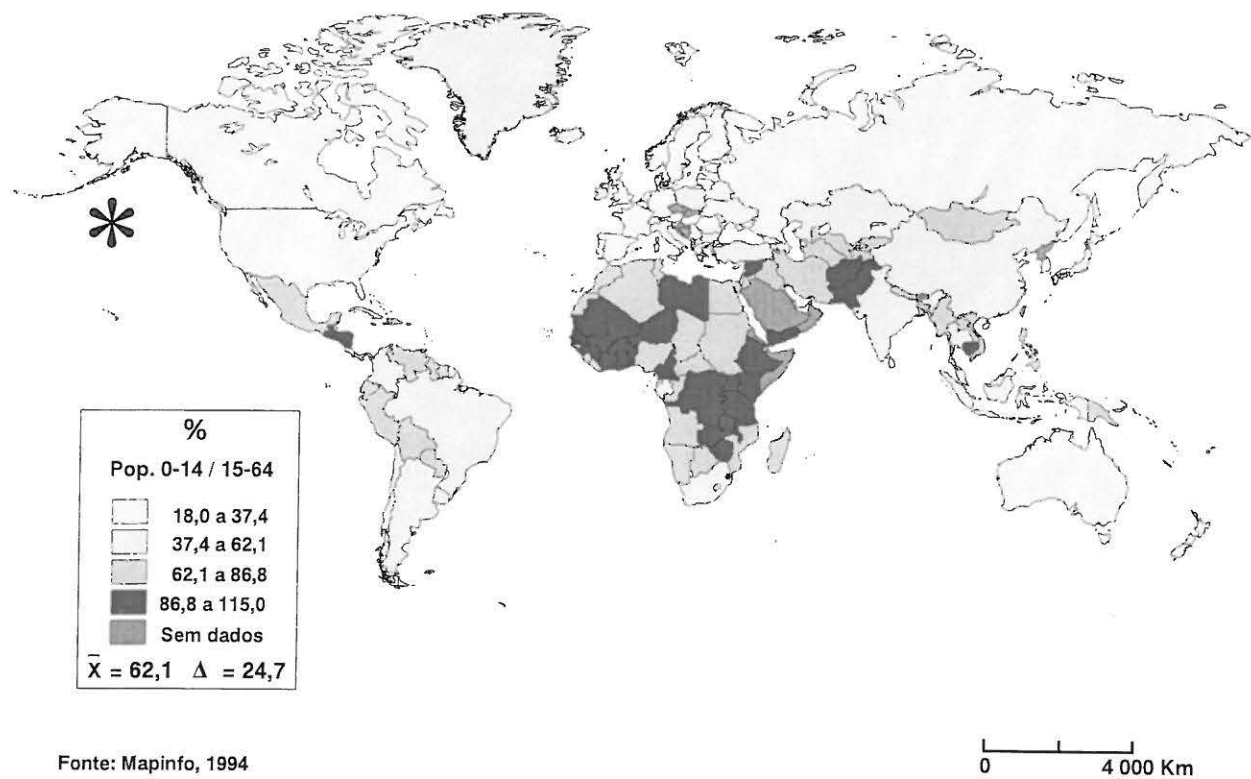


Figura 13 – Índice de Dependência de Jovens 1994

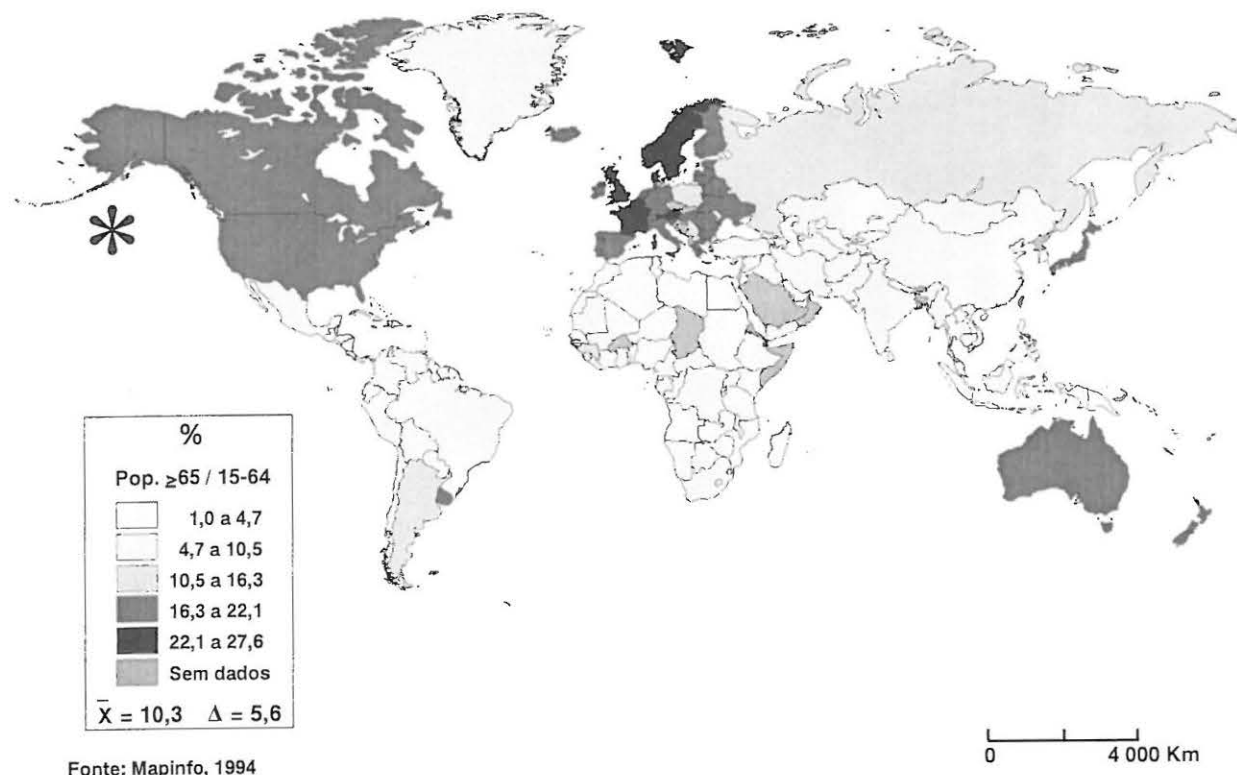


Figura 14 – Índice de Dependência de Idosos 1994

Em 1998<sup>8</sup> observam-se variações regionais tendo em conta factores importantes para a saúde e para o desenvolvimento humano:

1. Apesar das taxas de alfabetização de adultos e de escolaridade terem aumentado consideravelmente nos últimos vinte anos nos países em desenvolvimento, continuam aí a registar-se valores muito baixos (figura 15). Assim, pode afirmar-se que os desequilíbrios na educação são visíveis no quadro mundial quando se observa o índice de educação, que se baseia na taxa bruta de escolaridade combinada dos ensinos primário, secundário e superior e na taxa de alfabetização de adultos (figura 16).
2. Produto Interno Bruto (PIB) *per capita* (em USD) entre 1960 e 1995, aumentou, no Mundo, de 1 951 para 3 417 dólares americanos. No entanto, registaram-se diferenças entre regiões, com diminuição em alguns países (figura 17). A distribuição deste indicador é revelador de fortes assimetrias, o que condiciona o progresso e o desenvolvimento económico e social dos países e das regiões. Este

indicador varia entre 1 064 dólares americanos nos países mais pobres e os 23 928 nos países mais ricos.

3. A média da despesa pública na saúde (em % do PNB) era de 4,7% em 1990 e passou para 5,6% no período 1996-1998. Nos países da África Subsariana, neste mesmo período, o valor é de apenas 2,4%.
4. A disponibilidade de médicos (figura 18) e enfermeiros (248; 98 e 297 por 100 000 habitantes, respectivamente no Mundo, nos Países em desenvolvimento e nos da OCDE) é revelador das fortes variações geográficas no que respeita à oferta de cuidados de saúde. A corroborar este facto, observe-se a distribuição das camas hospitalares que replica os desequilíbrios que se verificam para os médicos e enfermeiros (figura 19).
5. Em 1998, nos países da África Subsariana, a população sem acesso à água potável (46%) e ao saneamento (52%) é ainda elevada, revelando situações de grande precariedade, associadas a baixos níveis de bem-estar.
6. Nos países mais pobres são consumidas menos calorias diárias *per capita* (figura 20), A oferta diária

<sup>8</sup> Relatório de Desenvolvimento Humano. 2000.

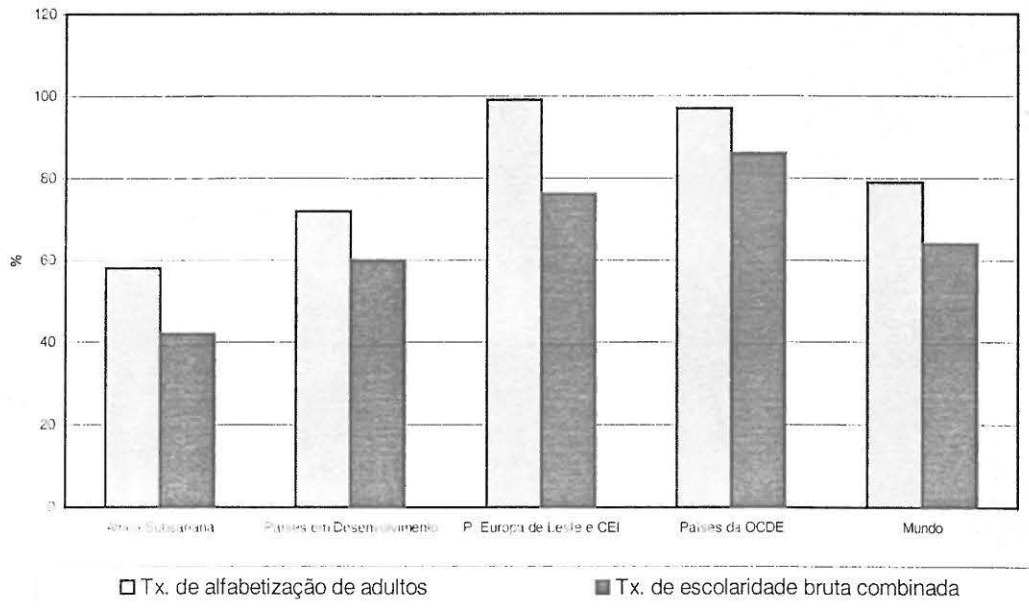


Figura 15 – Taxa de alfabetização de adultos (valores percentuais relativos à população com 15 e mais anos) e Taxa Bruta de escolaridade, todos os níveis. (valores percentuais da população entre os 6 e os 23 anos), 1998

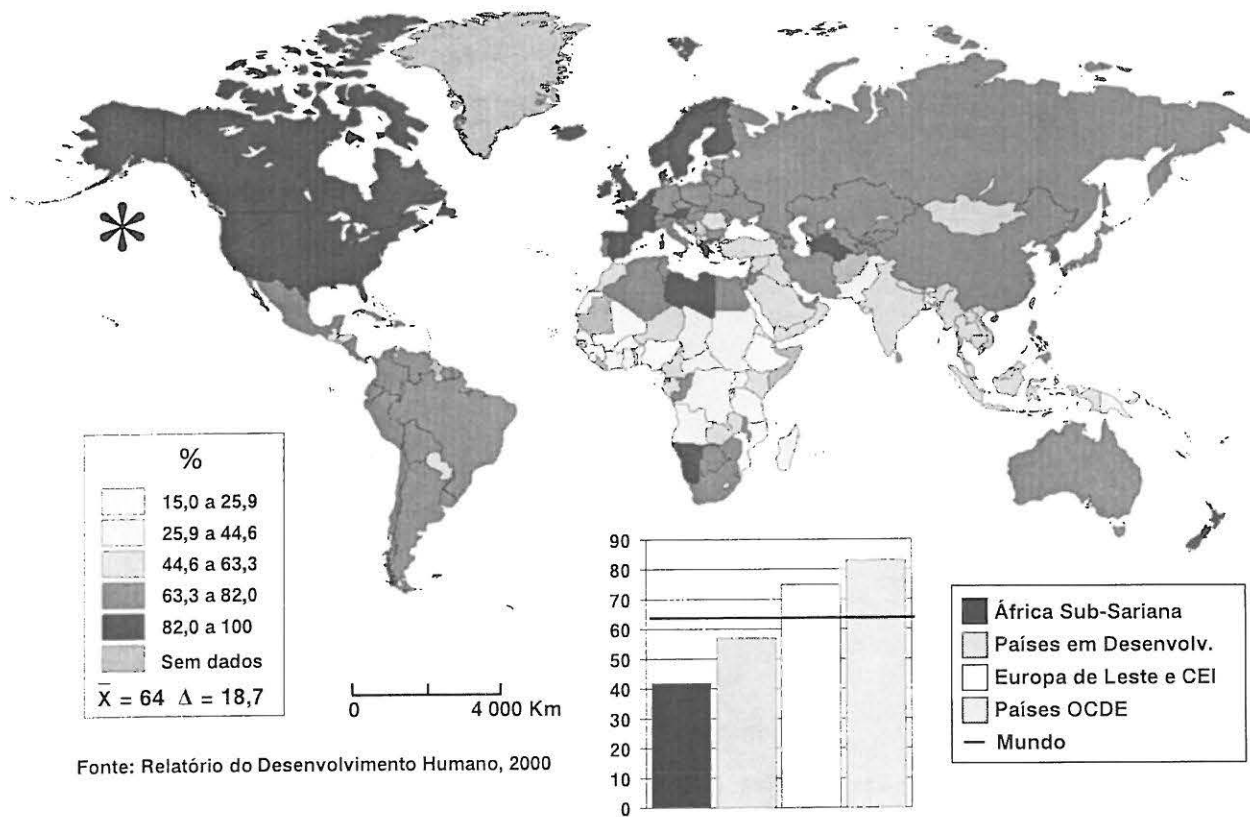


Figura 16 – Taxa Bruta de escolaridade, todos os níveis, 1998 (valores percentuais da população entre os 6 e os 23 anos)

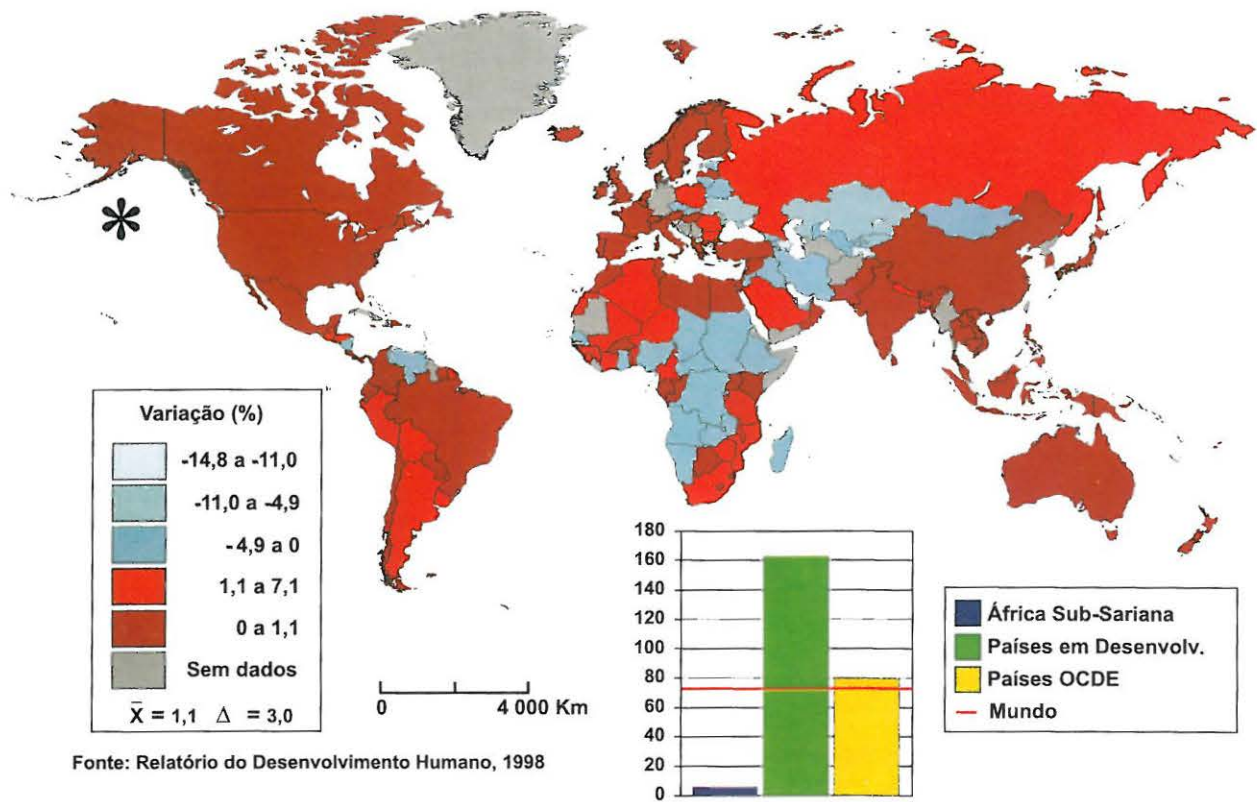


Figura 17 – Taxa de variação média anual no PIB (1960 e 1995)

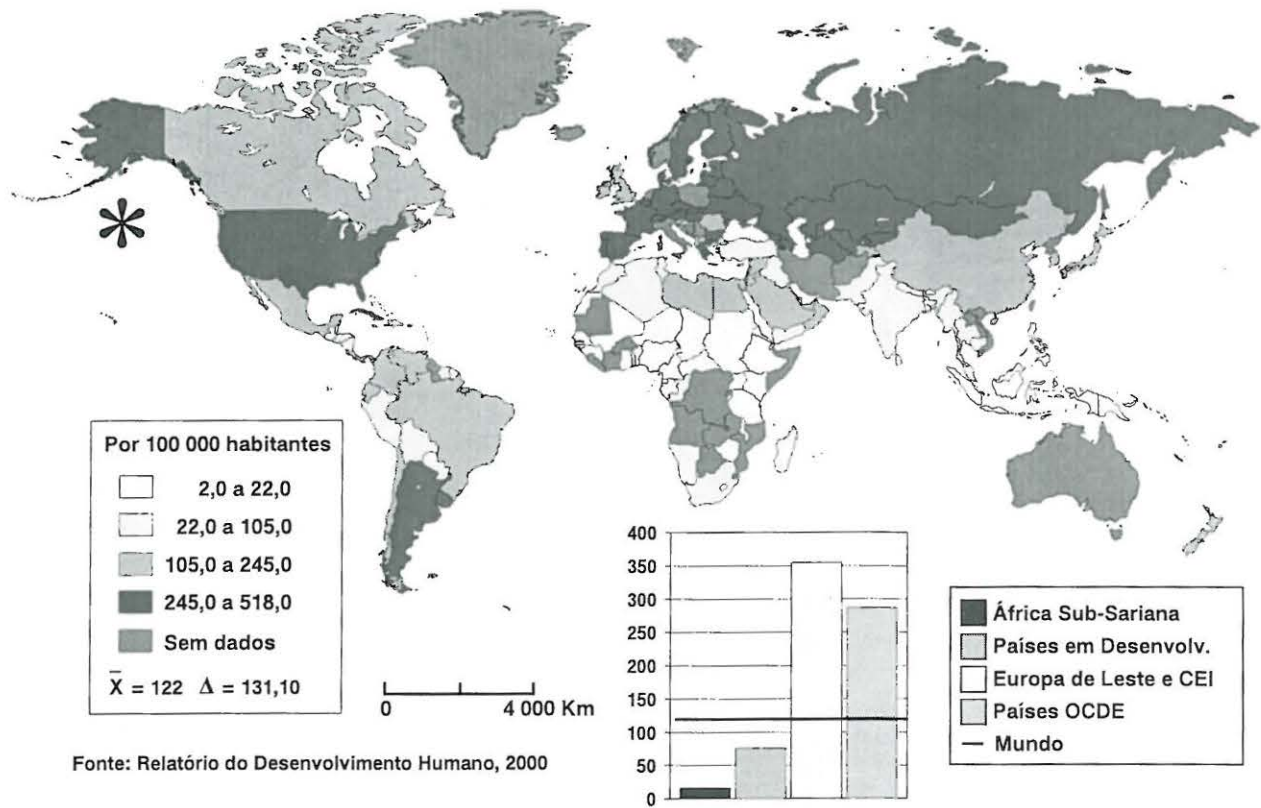


Figura 18 – Médicos por 100.000 habitantes. em 1992-1995

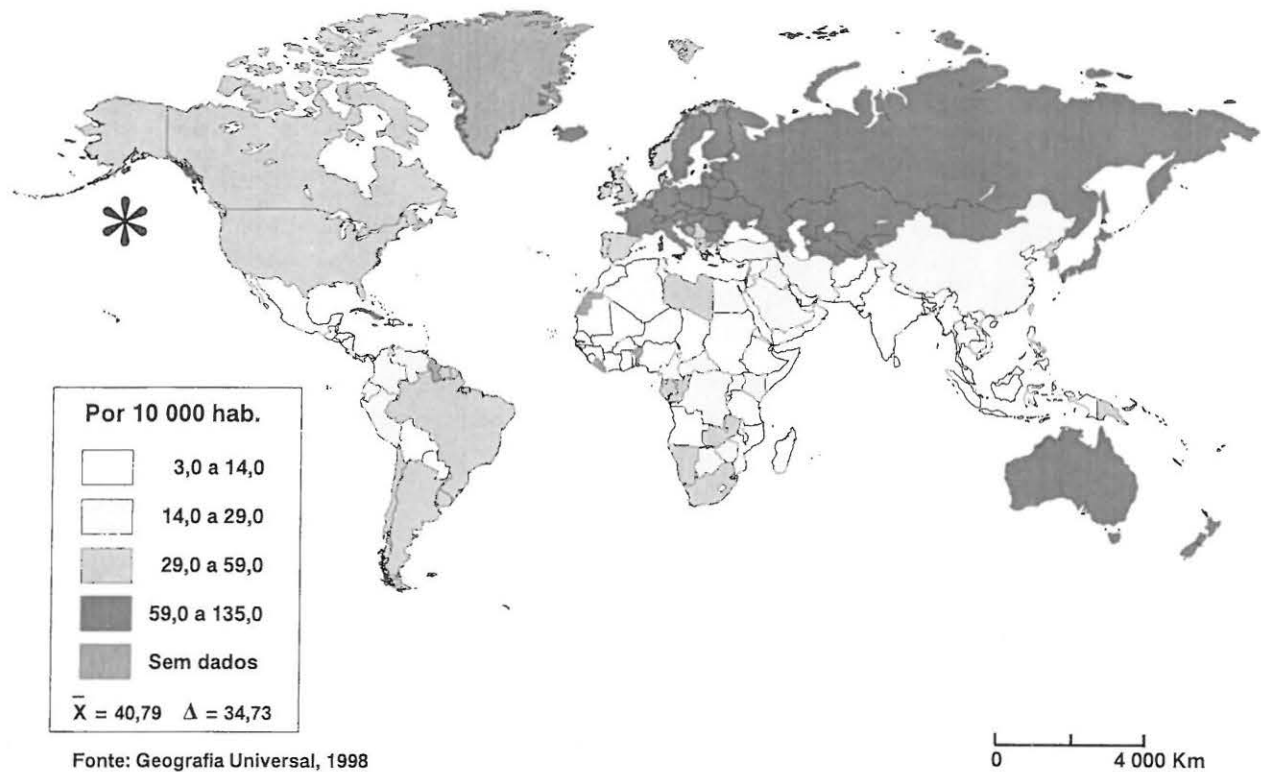


Figura 19 – Camas por 100.000 habitantes

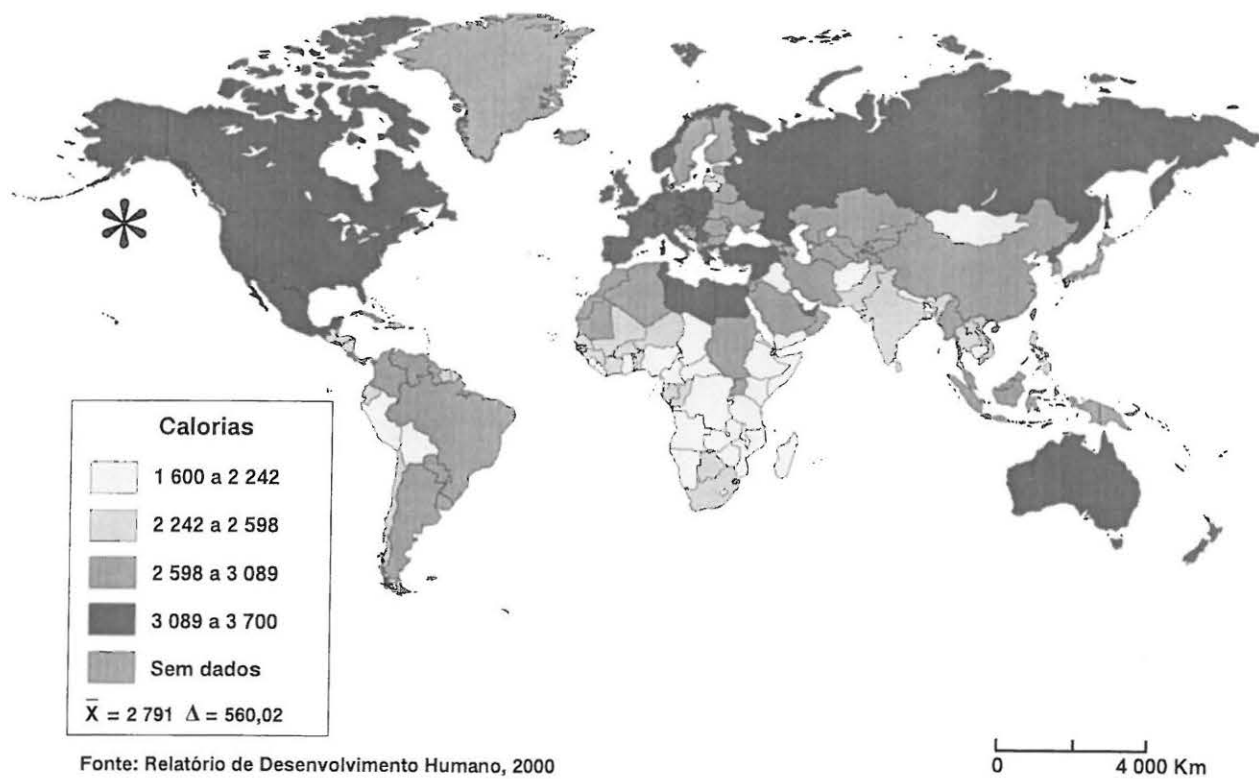


Figura 20 – Calorias diárias *per capita* em 1997



ria de calorias per capita sofreu aumento no conjunto de todos os países do Mundo, sendo a variação maior nos países em desenvolvimento, excepção para o conjunto dos países da África Subariana onde se registou uma diminuição (de 2271 para 2237 calorias *per capita*/dia).

7. Em 1997 a oferta diária per capita de proteínas é também reduzida nos países mais pobres (51 gramas) comparativamente aos mais ricos (105 gramas). Todavia, as variações entre 1970 e 1997 indicam ganhos assinaláveis nos países em desenvolvimento, apesar das dramáticas reduções verificadas nos países da África Subariana.
8. O consumo de bens e serviços aumentou rapidamente nos países em desenvolvimento, especialmente em bens básicos como a energia. Entre 1980 e 1997<sup>10</sup>, o consumo de electricidade *per capita* (kilowatt-hora) passou de 366 para 884. Apesar disso, nos países da África Subariana o consumo de electricidade continua baixíssimo: cresceu apenas de 76 para 82 kilowatt-hora. As diferenças são assinaláveis quando se compara, por exemplo, com o conjunto dos países da OCDE: o consumo de electricidade *per capita* (kilowatt-hora) passou de 5762 para 8008 entre 1980 e 1997.
9. Os países industrializados possuem apenas 15% da população mundial, mas representam 86% das des-

pesas de consumo: 58% da energia mundial, 65% da electricidade, 87% dos carros, 74% dos telefones, 46% da carne e 84% do papel (figura 21).

A má distribuição do crescimento do consumo mundial plasmou uma enorme acumulação de carências em áreas essenciais ao desenvolvimento humano. As carências de consumo travam o desenvolvimento e conduzem à pobreza. A ligação entre o consumo e desenvolvimento não é nem automática nem sempre positiva. É que, em muitos países, o desenvolvimento aparece como sendo exclusivamente favorável aos mais ricos – não aos pobres<sup>11</sup>.

### O DESENVOLVIMENTO HUMANO E A SAÚDE

No entendimento das questões da geografia da saúde tem que ser dada especial ênfase à ligação estreita entre a saúde e o desenvolvimento.

A saúde da população é algo que pode e deve ser melhorada. Para tal, devem ser equacionadas quais as causas que estão na origem da mortalidade precoce, incapacidade ou doença, minimizando ou eliminando os nexos de causalidade que influenciam a falta de saúde e maximizando os factores que possam vir a determinar bons níveis de saúde e melhor qualidade de vida. Para isso,

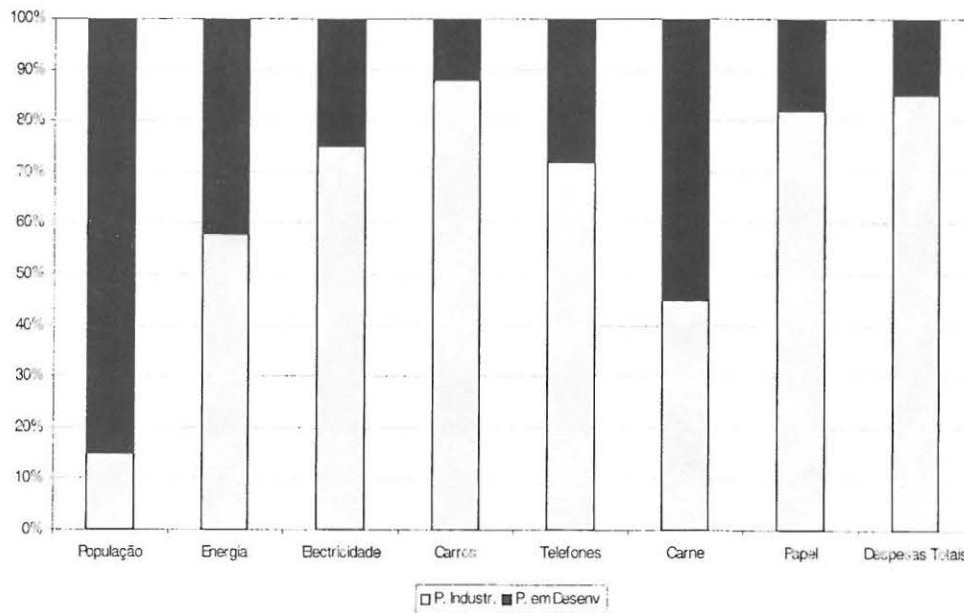


Figura 21 – Desigualdades no consumo entre os Países em desenvolvimento e os industrializados 1995

<sup>10</sup> Relatório de Desenvolvimento Humano, 2000, quadro 20.

<sup>11</sup> *idem*, *ibidem*, p.50.

deve incrementar-se o desenvolvimento social e económico. O desenvolvimento socioeconómico promove a saúde. Estas noções são complementares e até recíprocas. Ou seja, o desenvolvimento social promove a saúde e uma população saudável é um dos principais factores para o desenvolvimento económico de um país ou de uma região.

Importa, então, analisar as variações no espaço de indicadores compósitos:

- 1 – Índice de desenvolvimento humano (IDH), escalonado segundo o grau de desenvolvimento humano dos países (figura 22): Países de Desenvolvimento Humano Elevado (46 países); Países de Desenvolvimento Humano Médio (93 países) e Países de Desenvolvimento Humano Baixo (35 países)<sup>12</sup>;
- 2 – O índice de Pobreza Humana para os países em desenvolvimento IPH-1<sup>13</sup>;
- 3 – O Índice de Pobreza Humana para os países da OCDE (IPH-2)<sup>14</sup>.

O IPH-1 mede a privação em três dimensões da vida humana: a longevidade, o conhecimento e um padrão de

<sup>12</sup> Classificação dos países nos grupos de desenvolvimento humano, apresentada no Relatório de Desenvolvimento Humano, 2000, pp. 283. Este indicador foi lançado em 1990, no Relatório de Desenvolvimento Humano. O IDH é calculado utilizando a soma do índice de esperança de vida, do índice do nível de educação e do índice do PIB ajustado *per capita* (dól PPC) e dividindo por três. (cfr. PNUD, 2000, p. 269).

<sup>13</sup> A construção do IPII-1 para os países em desenvolvimento concentra-se na privação em três dimensões essenciais da vida humana: 1. a privação na longevidade é representada pela percentagem de pessoas que não esperam sobreviver aos 40 anos, 2. a privação no conhecimento pela percentagem de adultos que são analfabetas, 3. a privação de vida adequada (percentagem de pessoas sem acesso a água potável, percentagem de pessoas sem acesso aos serviços de saúde e percentagem de crianças menores de cinco anos com peso moderado ou severamente deficiente) (cfr. cálculo no Relatório de Desenvolvimento Humano, 2000, p).

<sup>14</sup> O IPII para os países industrializados concentra-se na privação em quatro dimensões da vida humana: 1. longevidade (vulnerabilidade à morte numa idade relativamente precoce: não esperam sobreviver aos 60 anos), 2. conhecimento (excluído do mundo da leitura e da comunicação: funcionalmente analfabetas), um padrão de vida adequado (aprovisionamento económico total); 3. pessoas que vivem abaixo da linha de privação de rendimento (estabelecida em 50% do rendimento pessoal disponível médio); 4. A não participação ou exclusão social (taxa de desemprego de longo-prazo da força de trabalho). Cfr. Construção do indicador no Relatório de Desenvolvimento Humano, 2000, PNUD, Lisboa, pp. 272.

vida digno. O IPII-2 inclui, para além dos anteriores, a exclusão social.

Embora utilizando cálculos matemáticos diferentes, as variáveis que compõem o IDH e o IPII são semelhantes: a longevidade, o nível educacional e o nível de vida. A diferença entre estes indicadores compósitos reside no facto de que o Índice de Desenvolvimento Humano foca o progresso da comunidade como um todo, enquanto o Índice de Pobreza Humana se centra na situação e progresso das pessoas mais pobres da comunidade.

O valor do IDH em 1998 variava consideravelmente. Com posição de destaque no topo da hierarquia do IDH surgem o Canadá, a Noruega, os Estados Unidos, a Austrália e a Islândia. Na base, ou seja, com os valores mais baixos, evidenciam-se, por ordem decrescente, Moçambique, Guiné Bissau, Burundi, Etiópia, Burkina Faso, Níger e Serra Leoa (cfr. figura 22).

Importa verificar que o IID é uma média simples do Índice de esperança de vida (figura 23), do Índice do PIB ajustado *per capita* (figura 24) e do Índice de educação (figura 25), por isso, o desenvolvimento humano varia no mesmo sentido que a longevidade, o nível educacional e o nível de vida.

A observação dos valores do IDH registados ao longo da década de 90 permite-nos afirmar que vinte e dois países sofreram retrocesso ao nível do desenvolvimento. Tal ficou a dever-se principalmente à epidemia da SIDA/HIV, especialmente em alguns países da África Subsariana, e à estagnação económica e aos conflitos loco-regionais, também na África Subsariana e na Europa de Leste e CEI. Pelo contrário, em alguns países observam-se mudanças positivas importantes no IDH, com destaque para países que, embora sejam classificados dentro dos grupos do desenvolvimento humano médio ou baixo, registam um forte incremento nesta década (China, Cabo Verde, Vietname, Sudão, Laos, Nepal, Tunísia). No contexto dos países de desenvolvimento humano elevado, as maiores mudanças no IDH verificaram-se em Singapura, Malta, Irlanda e Portugal.

Na figura 26 pode verificar-se que o Índice de Pobreza Humana entre os países em desenvolvimento varia consideravelmente. O IPH-1, em 1998, variava entre 3,9% no Uruguai e 64,7% no Níger<sup>15</sup>. Em África contavam-se ainda oito países com IPH-1 igual ou superior a 50% (Guiné, Eritreia, Etiópia, Burundi, Mali, Burkina Faso, Nigéria e Serra Leoa), revelador de condições de grande privação. O significado deste indicador é dramático e indica a proporção da população que, na sua vida, é

<sup>15</sup> O IPII-1 foi calculado para 85 países em desenvolvimento.

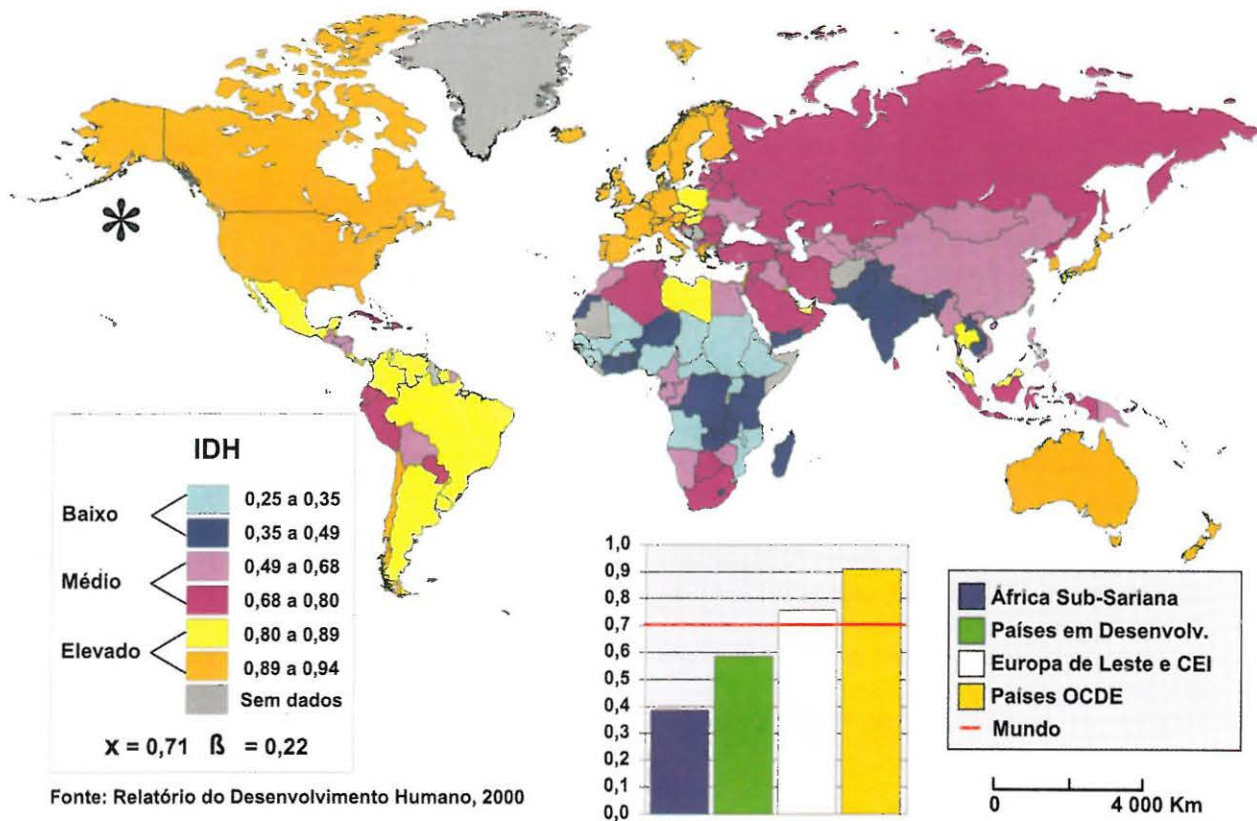


Figura 22 – Índice de Desenvolvimento Humano, 1998

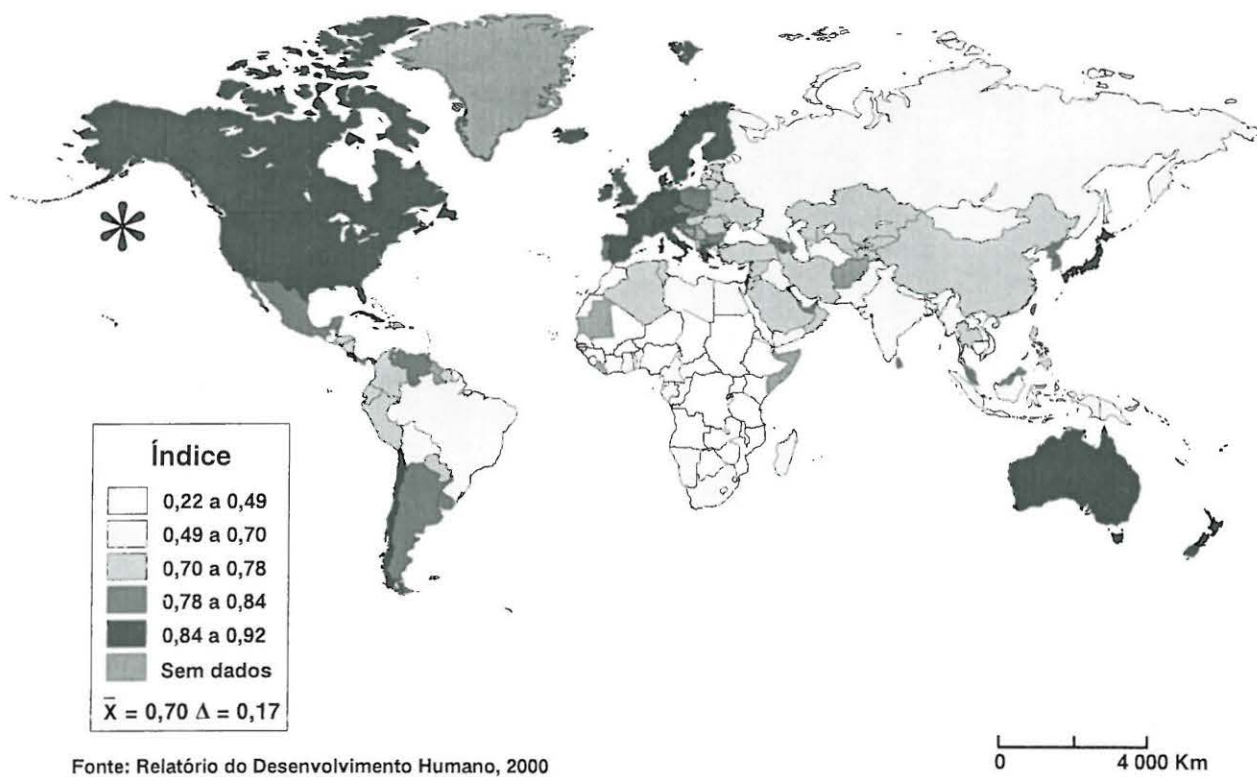
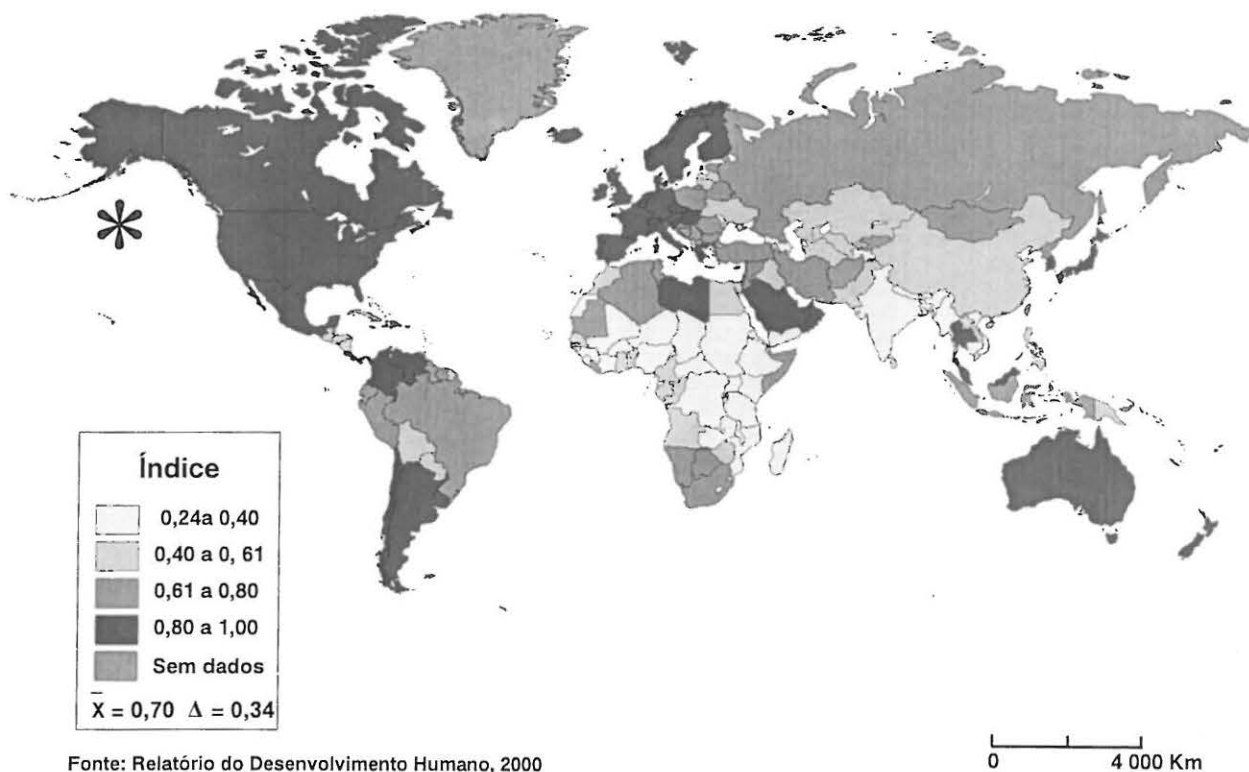
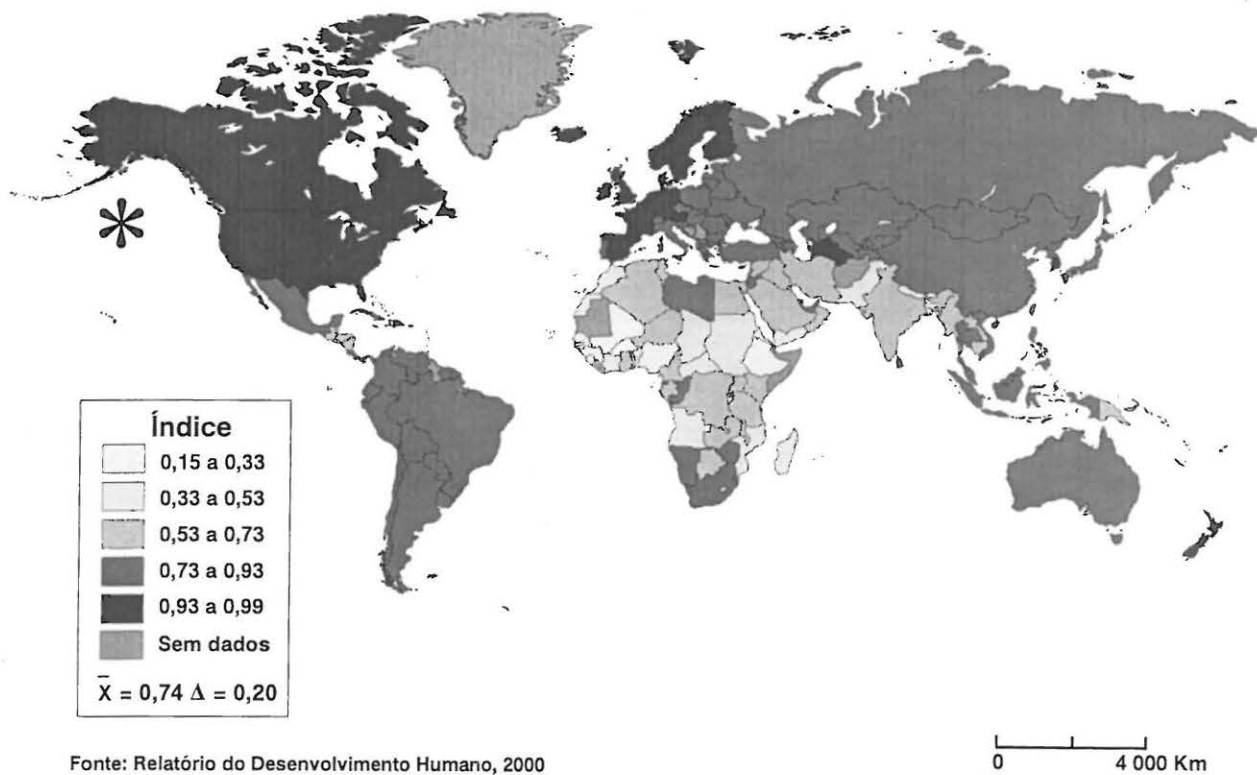


Figura 23 – Índice de esperança de vida, 1998



Fonte: Relatório do Desenvolvimento Humano, 2000

Figura 24 – Índice do PIB, 1998



Fonte: Relatório do Desenvolvimento Humano, 2000

Figura 25 – Índice de educação, 1998

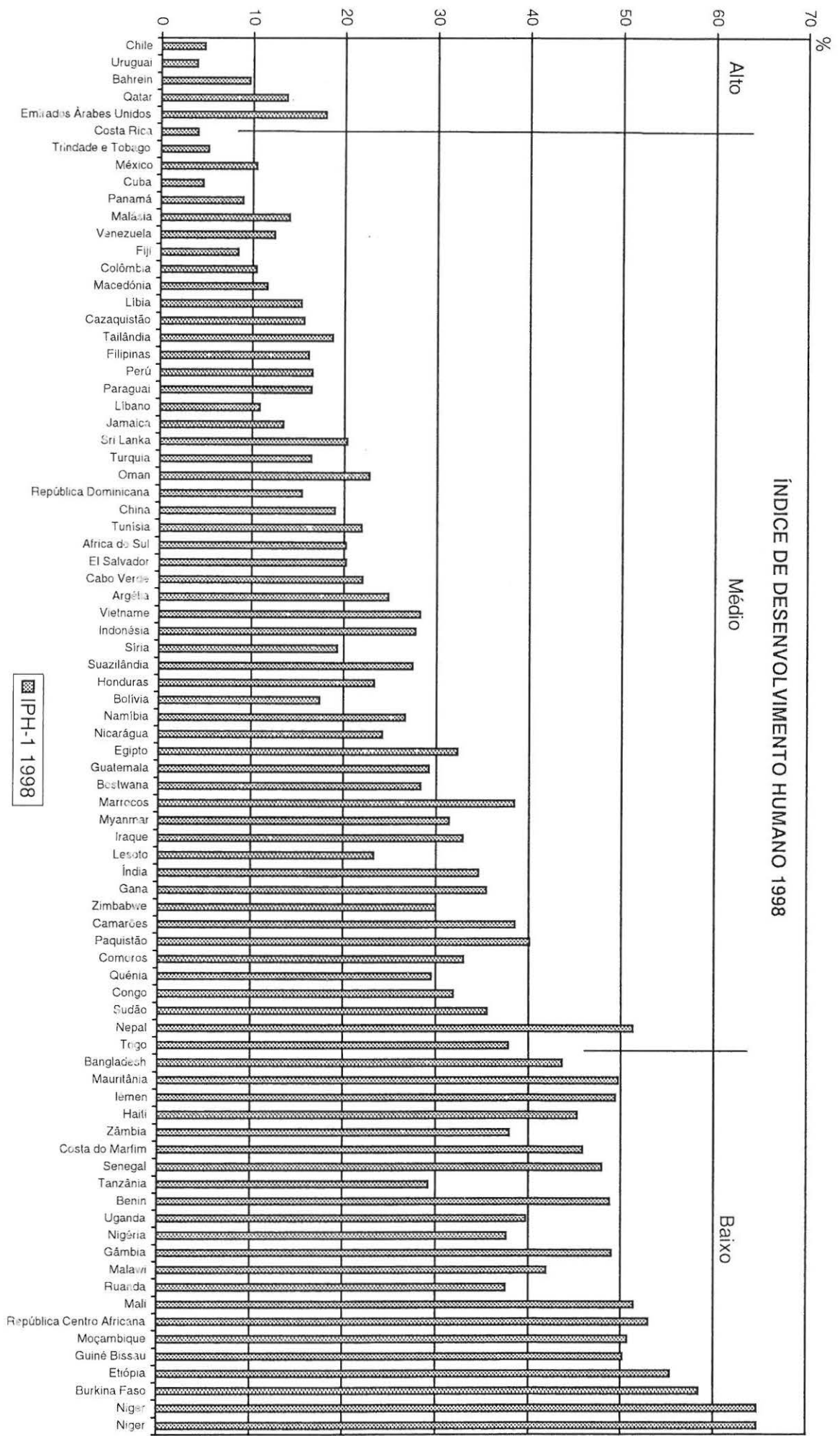


Figura 26 – Índice de Pobreza Humana (IPH-1), e Índice de Desenvolvimento Humano, Países em desenvolvimento, 1998.

Fonte: PNUD, 2000

afectada pelas três privações principais, indicando quão espalhada está a pobreza humana. Nestes últimos países, mais de metade da população não chega a atingir os 40 anos, é analfabeta, não tem acesso à água potável, não tem acesso aos serviços de saúde, além de apresentar uma elevada taxa de crianças menores de cinco anos com peso deficiente.

Alguns países registam valores baixos de IPH-1 e têm simultaneamente um IDH elevado. A comparação entre os dois índices permite detectar quais os países que necessitam de uma melhor distribuição do desenvolvimento humano e de uma maior atenção aos mais pobres.

A pobreza não existe só nos Países em desenvolvimento. Nem sempre o desenvolvimento humano tem contribuído para a redução da pobreza. Nem sempre um IDH elevado significa um IPH-2 baixo. Alguns países que estão no topo do IDH apresentam índices de pobreza<sup>16</sup> com alguma expressão; Canadá, Estados Unidos, Austrália, Bélgica e Japão, são alguns exemplos<sup>17</sup>. Os valores mais baixos registam-se na Europa do Norte, com o IPH-2 inferior a 10%. Valores entre os 10% e os 15% são encontrados, em países como o Canadá, Austrália, Bélgica, Japão e França. Noutros países de desenvolvimento humano elevado a pobreza chega a atingir 15% e mais da população (Estados Unidos, Reino Unido e Irlanda) (figura 24). Existe, assim, uma fatia da população desses países que está sujeita a morrer precocemente, se encontra excluída do mundo da leitura e de comunicação, tem um rendimento abaixo da média do país e sofre processos de exclusão social.

Conclui-se, então, que os ganhos em saúde que têm vindo a verificar-se nos últimos trinta anos apresentam ritmos diferentes nos vários contextos sócio-económicos e políticos. No entanto, uma análise comparativa entre países ao longo do tempo permite concluir que as desigualdades entre Regiões têm vindo a aumentar.

### **SAÚDE NUM MUNDO EM MUDANÇA. Novos ou velhos problemas na saúde**

As tendências sociais, tais como as mudanças tecnológicas, as migrações, o desemprego e as mudanças de valores e das relações sociais influenciam constantemente as

condições de vida, as quais estão positiva ou negativamente relacionadas com a saúde das sociedades, das regiões e das comunidades. Para criar uma sociedade saudável, devem compreender-se estas tendências e as suas implicações para a saúde e para o bem-estar de uma forma mais integrada.

No início do novo século, a maior parte dos novos residentes urbanos viverá em cidades de grande dimensão e mais de metade da população do Mundo viverá em áreas urbanas e por isso expostas a riscos para a saúde de forma semelhante. Este facto tem vindo a tornar desadequadas as infra-estruturas sociais existentes, agravando deficiências quer ao nível da prestação de serviços nas áreas pobres quer afectando de forma crescente a saúde dos habitantes.

De entre outros problemas associados à urbanização, destaque para a degradação ambiental, os acidentes, a inadequação dos sistemas de saúde e o crescimento da proporção da população idosa. Todos eles afectam a saúde da população qualquer que seja o país, embora possa variar a sua magnitude, consoante o desenvolvimento económico e social que caracteriza esse espaço.

As consequências da urbanização são mais nefastas nos países pobres ou naqueles onde os níveis de pobreza, a fome, o desemprego, a falta de habitação, de acesso a cuidados básicos de saúde, de formação e informação, colocam a maior parte da população em situação de carência, com consequências ao nível da saúde (mortalidade precoce: infantil e de adultos) e da segurança, com reflexos nefastos no desenvolvimento dessas comunidades. É a chamada falta de sustentabilidade do crescimento humano.

Devido ao crescimento urbano das últimas décadas, no final do século XX, as pessoas com baixo rendimento representam entre 25 e 75% da população urbana (NAKAJIMA, 1996, p. 8). Grande parte desta população vive em condições precárias de habitação e com grande falta de infra-estruturas básicas, repercutindo-se em más condições de saúde. Os acidentes domésticos também são mais frequentes nas habitações pobres das grandes cidades. Aqui, doenças como a tuberculose e a gripe manifestam-se com intensidade e rapidamente se propagam, propiciadas quer pelas condições ambientais ligadas à pobreza quer pela má nutrição. As cidades oferecem também as condições ideais para as epidemias e por isso outras doenças como a cólera, doenças transmitidas sexualmente, meningites e difteria encontram nelas ambiente fértil. Cumulativamente, aumenta a incidência de doenças como o cancro, a diabetes e as doenças cardiovasculares, atribuídas à adopção de estilos de vida urbanos. A par destes problemas de saúde, outros relativos ao aumento da vulnerabilidade psicológica, especialmente entre os jovens urbanos, a violência e o uso de drogas,

<sup>16</sup> O IPH-2 foi calculado para os países da OCDE excepto para a República Checa, Coreia do Sul, México, Polónia, Turquia e Portugal.

<sup>17</sup> Apesar da controvérsia quando foi lançado, este indicador (IDH) mede e indica a posição de um país em termos de desenvolvimento humano, não retirando contudo importância aos indicadores económicos. O IDH pode servir como complemento à leitura de outros indicadores como o PIB ou o PNB.

estão associados à desintegração social, às dificuldades do isolamento, ao stress e à pressão social.

A concentração da população do mundo em algumas megacidades terá certamente consideráveis impactes não só nas necessidades em saúde e serviços de saúde mas também na distribuição geográfica do poder político e financeiro dentro da cidade. Este facto pode aumentar a diferença, em termos de alocação de fundos e prestação de serviços, entre áreas geográficas ou entre grupos populacionais. Genericamente, os cuidados de saúde e outros serviços estão concentrados nas cidades, mas a sua qualidade e acessibilidade varia de país para país, entre áreas do mesmo país ou, ainda, entre grupos com diferentes rendimentos.

A população do Mundo tem vindo a sofrer alterações profundas quer em termos quantitativos quer no que respeita às estruturas etárias e à sua distribuição geográfica.

As alterações demográficas são determinantes não só ao nível da capacidade para produzir riqueza mas também no tipo de problemas de saúde associados a uma vida mais longa e de melhor qualidade.

Neste sentido, tem vindo a ser reconhecida a urgência de desenvolver novos cuidados de saúde mais vocaciona-

dos para grande quantidade de consumidores idosos, bem como adaptar os já existentes em termos de aumento da oferta de serviços de saúde e de suporte social. Acresce referir que as necessidades dos idosos devem ser consideradas tendo em conta um conjunto de factores que determina o seu crescente isolamento: as mudanças nas estruturas familiares, os constrangimentos de vizinhança associados às habitações em espaços urbanas e à participação da mulher no mercado de trabalho. O aumento da esperança de vida, infelizmente, está ligada, frequentemente, a mais doenças ou pior saúde e a doenças crónicas e degenerativas, incluindo as do foro psiquiátrico.

O crescimento desorganizado da população, a urbanização e a industrialização têm tido também consequências nefastas ao nível das mudanças ambientais. Refiram-se, a título de exemplo, as alterações climáticas, o aumento dos níveis de poluição e os problemas com a qualidade da água. Muitos recursos têm vindo a ser delapidados e as consequências na saúde são já visíveis. Torna-se por isso urgente desenhar uma estratégia que envolva responsáveis pela saúde e pela organização e planeamento do território.

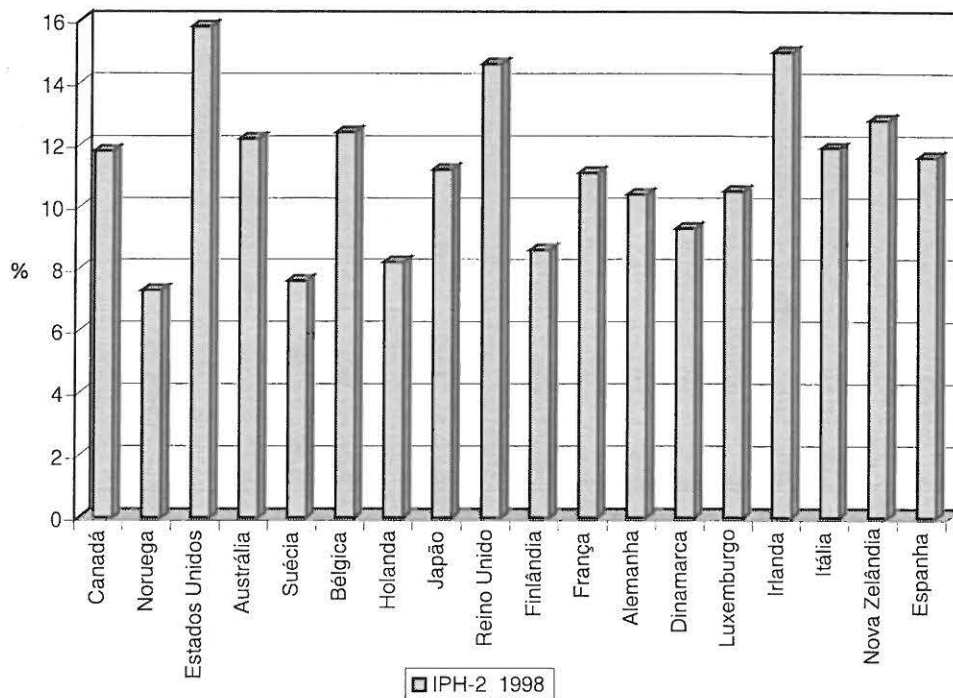


Figura 27 – Índice de Pobreza Humana (IPH-2), Países da OCDE, 1998

Fonte: PNUD, 2000

## **MEDIDAS A IMPLEMENTAR**

Um dos primeiros passos é o reconhecimento de que a saúde é crucial para o desenvolvimento individual e social e, nesse sentido, devem ser desenvolvidas políticas públicas que garantam viver mais anos e com melhor qualidade de vida.

Alguns estudos revelam que os investimentos na saúde dos grupos mais desfavorecidos (pobres ou excluídos socialmente) têm consequências positivas no crescimento económico não só individual como da comunidade. Um dos objectivos é reduzir o excesso de mortalidade e morbilidade que afecta os pobres. Para isso deverá ser dada atenção a doenças como a tuberculose, a malária e a SIDA, que afectam maioritariamente os pobres e que se tornam simultaneamente obstáculos ao crescimento económico. Especial atenção deverá ser dada à mortalidade infantil e materna e aos problemas de nutrição nos grupos mais vulneráveis, bem como à cobertura de programas de imunização.

Em consequência deste quadro, podem sintetizar-se algumas áreas de actuação:

1. Aumento da educação em geral e da educação para a saúde, principalmente das raparigas, em virtude das consequências positivas, por exemplo, ao nível dos resultados em saúde individual e da família, e na fertilidade;
2. Informação sobre o impacto na saúde da adopção de comportamentos saudáveis durante a infância e a juventude.
3. Melhor acesso a bens de consumo essenciais à generalidade da população (água potável, alimentação, habitação, saneamento, etc.);
4. Desencorajamento aos padrões de consumos que têm impacto negativo sobre a sociedade e reforçam as desigualdades e a pobreza;
5. Identificação das necessidades em saúde da população em geral e de grupos em particular (i.e. idosos, idosos pobres);
6. Reflexão sobre as actuais políticas de saúde (i.e. tratamento desigual para necessidades desiguais);
7. Desenho de novos tipos de serviços de saúde que permitam responder aos problemas actuais de saúde mas que sejam suficientemente flexíveis para poderem vir a ter actuações diferentes em consonância com necessidades emergentes (novos pobres ou excluídos socialmente);
8. Preparação e treino dos profissionais de saúde para lidar com grupos de risco e a terceira e a quarta idade.

Todas estas medidas apresentam elevada relação custo/benefício.

## **CONCLUSÃO**

Mudanças económicas resultantes da revolução agrícola e industrial têm vindo a ser uma das causas de alterações substanciais nas condições de vida e no aumento da esperança de vida. No entanto, no final do século XX,

principalmente nos países em desenvolvimento, podemos afirmar que uma das consequências das mudanças económicas - a urbanização - tem vindo a revelar-se como um factor que afecta a saúde de forma negativa. O aumento da população nas cidades, particularmente nas áreas suburbanas, com condições desadequadas de salubridade e conforto, entre outras, pode proporcionar o aumento das doenças infecciosas e a sua fácil difusão, revelando-se como autênticos flagelos para o novo século.

Pode, então, concluir-se que a urbanização não representa automaticamente melhor saúde. Nem sempre existe uma relação entre urbanização e acesso aos cuidados de saúde, acesso a água potável, aumento da esperança de vida, baixa mortalidade infantil. Em algumas Regiões, a urbanização equaciona diferentes problemas de saúde: acidentes de tráfego, tuberculose, poluição sonora e atmosférica, exposição a produtos tóxicos e substâncias cáusticas e poluentes industriais, aglomerados pobres nas proximidades de indústrias, lixeiras, esgotos, emergência de problemas psicossociais relativos a novas pressões, ao stress urbano (depressões, suicídios, uso de drogas), aumento de doenças não comunicáveis (crónicas e degenerativas por vezes induzidas pelo próprio). Claro que cada uma destas consequências varia consideravelmente entre as diferentes áreas urbanas quer se considere países desenvolvidos ou em desenvolvimento, no Norte ou Sul, no Leste ou Oeste.

A aplicação do conhecimento científico à saúde é também um factor importante, talvez o mais importante e que marca a transição entre o século XX e o século XXI. A importância que se reveste é a de se poder vir a lidar melhor com as consequências da diminuição da mortalidade (alterações demográficas, envelhecimento e diminuição da fecundidade) e novas doenças (crónicas e mentais). No entanto, enquanto a geração do conhecimento científico e a sua aplicação são restritos a alguns países mais ricos do mundo as alterações demográficas são universais, variando entre países e, dentro do mesmo país, entre grupos sociais.

Uma das prioridades dos Estados é eliminar algumas das causas que possam estar na origem das iniquidades que se verificam entre os países e dentro do mesmo país. Um dos objectivos em saúde é aumentar a esperança de vida à nascença, esperando-se que no ano 2005 a média mundial seja superior a 70 anos e, em 2015, a 75 anos. Mas, mais do que isto, importa considerar deverem ser atingidas em todos os níveis de desenvolvimento, as três capacidades essenciais para o desenvolvimento humano: ter uma vida longa e saudável, ter instrução e ter acesso aos recursos necessários a um padrão de vida decente.

Assume-se, assim, como tarefa política nacional e internacional, a ser desenvolvida com empenho pelos



diversos governos, a diminuição das diferenças e iniquidades regionais ao nível do desenvolvimento, bem como o restabelecimento do equilíbrio de condições de desenvolvimento, imprimindo um ritmo mais vivo à melhoria das condições de vida e saúde das populações dos países em desenvolvimento onde, aliás, os ganhos mais significativos dependem de uma melhor alocação de recursos, de investimento ou funcionamento de infra-estruturas e estruturas de produção de bens de natureza social.

Deve ser dada oportunidade tanto às mulheres como aos homens de aumentar o seu nível educacional. Devem ser desenvolvidos sistemas de saúde mais efectivos. Na maior parte dos países, os sistemas de saúde são mais virados para a cura, caros e excluindo os mais pobres ou os mais desfavorecidos. É necessário proceder a reformas, no sentido de aumentar o estado de saúde da população em geral e não só o dos mais afluentes devendo, para isso, serem reduzidas as iniquidade e aumentada a eficiência.

#### Referências:

- BEN-SHOLMO, Y. e DAVEY, Smith G. (1991) - "Deprivation in infancy or in adult life: wich is more important for mortality risk? *Lancet*, 337, pp. 530-534.
- BENZEVAL, M.; JUDGE, K. e WHITEHEAD, M. (1995) - *Tackling inequalities in health*. London, King's Fund.
- CARR-HILL, R. (1990) - "The measurement of inequalities in health: lessons from the British experience". *Social Science & Medicine*, 31, pp. 393-404.
- CARSTAIRS, V. e MORRIS, R. (1991) - *Deprivation and health in Scotland*. Aberdeen, Aberdeen University Press.
- COOK, S.; POOLE, M.; PRINGLE, D. e MOORE, A. (2000) - *Comparative spatial deprivation in Ireland. A Cross-border Analysis*. Oak Tree Press, Dublin.
- COSTA, G. e FAGGIANO, F. (1995) - *Socio-economic inequalities in health in Italy. Turin logitudinal Study*. Turin, Departamento de Saúde Pública, Universidade de Turim.
- DAVEY, Smith G. (1996) - "Income inequality and mortality: why are they related? *British Medical Journal*, 312, pp.1085-1086.
- DICKENS, B. M. (1996) - "Urbanization and equity in health and health care". in: *Urbanization: A global Health Challenge*, Proceedings of a WHO symposium, Kobe. 18-20 Março, 1996. WHO, Centre for Health Development, Kobe, Japão, pp. 79-88.
- DOORLAER, E.; WAGSTAFF, A. e RUTTEN, F. (1992) - *Equity in the finance and delivery of health care: an international perspective*. Oxford: Oxford University Press.
- GURALNICK, L. (1963) - "mortality by occupationla level and cause of death among men 20-64 years of age, United States, 1950. *Vital Statistics*, Special Reports 53: 452.
- HADDEN, W. (1996) - "Health inequalities in the United States: levels and trends in the processes and outcomes". Texto apresentado no *Annual Meeting of the Society for the Advancement of Socio-Economics*, Geneva, Julho 12-14 1996.
- HAYNES, R. e GALE, S. (2000) - "Deprivation and poor health in rural areas: inequalities hidden by averages", School of Environment Sciences, University of East Anglia, Norwich, (documento apresentado), *IX International Symposium in Medical Geography*, Montreal, Julho.
- KAGAMIMORI, S.; TIBUCHI, Y. e FOX, J. (1983) - "A comparision of socioeconomic differences in mortality between Japan and England and Wales". *World Health Statistics Quarterly*, 36, pp. 119-128.
- KAPLAN, G.; PAMUK, E.; LYNCH, J.; COHEN, R. e BALFOUR, J. (1996) - "Inequalities in income and mortality in the United States: analysis of mortality and potencial pathways. *British Medical Journal*, 312, pp. 999-1003.
- KARISTO, A.; NOTKOLA, V. e VALKONEN, T. (1978) - "Socio-economic status and heath in Finland and other Scandinavian countries" *Social Science & Medicine* 12C, pp. 83-88.
- KENNEDY, B.; KAWACHI, I.; GLASS, R. e PROTHROW-SMITH, D. (1998) - "Income distribution, socio-economic status, and self rated health in the United States: multilevel analysis. in: *British Medical Journal*, October, 3, 317, , pp. 917-921.
- KUNST, A (1997) - *Cross-national comparisons of socio-economic differences in mortality*. PhD Erasmus University Rotterdam.
- KUNST, A.; CAVELAARS, A.; GROENHOF, F.; GEURTS, J. e MACKENBACH, J. (1996) - EU working Group on Socio-economic Inequalities in Health (1996) *Socio-conomic inequalities in morbidity and mortality in Europe: a comparative study*. Rotterdam: Universidade de Erasmus.
- LAHELMA, E.; MANDERBACKA, K.; RAHKONEN, O. e KARISTO, A. (1994) - "Comparisions of inequalities in health: evidence from national surveys in Finland, Norway and Sweden." *Social Science & Medicine*, 38, pp. 517-524.
- MACKENBACH, J.; KUNST, A. (1997) - "Measuring the magnitude of socio-economic inequalities in health: an overview of available masures ilustratrd with two examples from Europe" *Social Science & Medicne*, 44 pp.757-771.
- MACKENBACH, J. e GUNNINGS-SCHIEPERS, L. (1997) - "How should interventions to reduce inequalities in health be evaluted?, *Journal Epidemiology Community Health*, 51, pp. 359-364.

- Programa das Nações Unidas para o desenvolvimento (PNUD), (1995) - Relatório do Desenvolvimento Humano 1995, Trinova Editora, Lisboa.
- Programa das Nações Unidas para o desenvolvimento (PNUD), (1998) - Relatório do Desenvolvimento Humano 1998, Trinova Editora, Lisboa.
- Programa das Nações Unidas para o desenvolvimento (PNUD), (2000) - Relatório do Desenvolvimento Humano 2000, Trinova Editora, Lisboa.
- SANTANA, P. (1999) - "Os sistemas de informação geográfica e a intervenção em saúde". *Cadernos de Geografia*, 18, pp. 53-64.
- SANTANA, P. (2000a) - "Ageing in Portugal: regional inequities in health and health care", in: *Social Science & Medicine*, 50, pp. 1025-1036.
- SANTANA, P. (2000b) - "Poverty, social exclusion and health" (texto aceite para publicação na revista *Social Science and Medicine*)
- SAYERS, B. (1996) - "Research priorities to support global health development: a challenge for the scientific community" *Urbanization: A global Health Challenge*, Proceedings of a WHO symposium, Kobe, 18-20 Março, 1996. WHO, Centre for Health Development, Kobe, Japão, pp. 55-59.
- SORLIE, P.; BACKLUND, E. e KELLER J. (1995) - "US mortality by economic, demographic, and social characteristics: The National Longitudinal Mortality Study" *American Journal Public Health*, 85, pp. 949-956.
- STEEL, K. (1996) - "The elderly: a mountain in the city", *Urbanization: A global Health Challenge*, Proceedings of a WHO symposium, Kobe, 18-20 Março, WHO, Centre for Health Development, Kobe, Japão, pp. 31-40.
- SUBRAMANIAN, S. V.; KAWACHI, I. e KENNEDY, B. (2000) - "Does context matter? A multilevel analysis of self rated health in the US". Harvard School of Public Health, (documento apresentado), *IX International Symposium in Medical Geography*, Montreal, Julho.
- WHITEHEAD, M.; DAHLGREN, G., (1991) - "What can be done about inequalities in health?", *Lancet*, 338, pp. 1059-1063.
- WHITEHEAD, M. (1998) - "Health Inequalities – today's biggest issue for public health" in: *Health Variations, official Newsletter of the ESRC Health Variations Programme*, January, pp. 4-5
- WILKINSON, R. (1992) - "Income distribution and life expectancy" *British Medical Journal*, 304, pp. 165-168.
- WILKINSON, R. (1996) - *Unhealthy societies: the afflictions of inequality*. London: Routledge.
- World Health Organization, (2000) - *The World Health Report 1999. Making a Difference*, WHO, Geneve.