



Saúde e despesa em saúde num Portugal envelhecido

Autor: João Estevens

Doutorando em Estudos sobre a Globalização (FCSH-UNL), beneficiando de Bolsa de Doutoramento concedida pela Fundação para a Ciência e Tecnologia (FCT), e investigador no Instituto Português de Relações Internacionais (IPRI-UNL).

jestevens@fcsch.unl.pt

Ageing in Portugal: health and health expenditure

Resumo:

A população portuguesa sofreu um substancial aumento da esperança média de vida nas últimas quatro décadas. No mesmo período, registou-se um progressivo aumento da despesa em saúde. Existe uma correlação positiva forte entre estas duas variáveis? Face ao esperado aumento da esperança média de vida dos portugueses, é expectável um aumento da despesa em saúde?

Esta investigação tem por objectivo perceber o impacte do envelhecimento populacional na saúde e, conseqüentemente, nos gastos em saúde. É, simultaneamente, uma análise qualitativa (revisão da literatura) e quantitativa (análise e tratamento de dados), que se centra no estudo do caso português e compreende o período entre 1970 e 2014, que corresponde a uma fase de profundas alterações, quer em termos de dinâmicas e configuração demográfica, quer ao nível das condições de vida dos portugueses, designadamente em termos de acesso a cuidados de saúde.

Os resultados desta investigação não parecem identificar o envelhecimento da população como um dos principais determinantes da despesa em saúde, pelo que o esperado aumento dos níveis médios de envelhecimento individual e demográfico não terão de representar necessariamente um acréscimo da despesa em saúde nos próximos anos. Esta constatação não invalida que a existência de uma população mais envelhecida coloque novos desafios ao sistema de saúde português, em particular na organização da sua estrutura e no tipo de respostas que são oferecidas aos cidadãos.

Palavras-chave: envelhecimento; saúde; despesa em saúde; Portugal

Abstract:

In Portugal, the population has experienced big changes in life expectancy over the last four decades. In the same period, healthcare expenditure has increased. Is population ageing the main reason? Given the expected increase in longevity, should we expect a similar increase in future health expenditure? These were the two main questions that we seek to address in this review article.

The ageing of the Portuguese population challenged Portugal in many different ways, especially in what concerns population's health and the Portuguese health system. We addressed the relation among ageing, health and health expenditure, identifying the economic impacts expected by the upcoming changes in the Portuguese health system. This analysis was a case study focused on Portugal and covers the period between 1970 and 2012, a period of time when major social, economic and demographic changes occurred, particularly in the population's access to health care.

The results doesn't show enough evidence to conclude population ageing is a major driver of health expenditure, so the expected increase in individual and demographic ageing levels do not necessarily represent an increase in future health expenditure. That doesn't mean the existence of an ageing population won't bring new challenges to the Portuguese health system, because it will, mainly about redefining its organization and the type of health services it will offer to the Portuguese population.

Keywords: ageing; health; health expenditure; Portugal

Introdução¹

Prevê-se que as próximas décadas tragam mudanças que obriguem as sociedades mais desenvolvidas a adaptar-se, em função da previsível diminuição da população activa, do crescente envelhecimento populacional, de maiores níveis relativos de urbanização e de um maior crescimento económico proveniente de países em desenvolvimento, que possuem grande parte da população jovem global (Leuprecht & Goldstone, 2013) e que, por isso, podem ganhar projecção e importância relativa no sistema internacional (Rodrigues, 2015, p.36). Se o século XX foi marcado pelo crescimento populacional, o século XXI deverá ficar marcado pelo envelhecimento global da população (Wilson, 2006, p.5).

Sobre a relação entre envelhecimento e despesa em saúde, não parece existir consenso, na literatura, sobre os efeitos do envelhecimento nos gastos em saúde, existindo uma vasta literatura que refuta o envelhecimento da população como um determinante principal da despesa em saúde (Campos, 2008; Przywara & Costello, 2008; Busse, Ginneken & Normand, 2012; Barros, 2013a; Sorenson, Drummond & Khan, 2013) e uma outra literatura, com documentos mais politizados, que considera existir uma forte correlação positiva entre as duas variáveis (OCDE, 1995; WHO, 2011; Governo de Portugal, 2012; Oliveira, 2012), sendo que esta correlação não se encontra confirmada na grande maioria das análises econométricas, de carácter científico, desenvolvidas nas últimas duas décadas na área da economia da saúde (Barros, 2013a, p.36).

Esta investigação tem por objectivo perceber o impacte do envelhecimento populacional na saúde e, consequentemente, nos gastos em saúde, tentando antecipar se o esperado aumento dos níveis médios de envelhecimento da população portuguesa (INE, 2014) implicará um aumento dos gastos em saúde. Para isso analisar-se-á a forma como evoluiu a despesa em saúde em Portugal nas últimas décadas e a relação entre envelhecimento e despesa em saúde entre os anos de 2000 a 2012, nos países pertencentes à União Europeia. De forma agregada, o período temporal em estudo é de cerca de quatro décadas e vai desde o início dos anos setenta até 2012. Existe uma dimensão quantitativa, através do recurso a dados disponíveis em grandes bases de dados consideradas de referência a nível nacional (INE e PORDATA) e internacional (Eurostat e OECD Health Data), que se pretende que validem ou neguem o levantamento de informação proveniente de uma revisão da principal literatura especializada, tanto nacional como internacional (dimensão qualitativa). Em suma, trata-se de uma abordagem integrada e compreensiva da literatura existente sobre as matérias em análise com suporte em análise estatística.

1. O envelhecimento da população portuguesa

As características do envelhecimento global da população assentam no processo de transição demográfica, que foi mais um passo do processo de modernização das sociedades. Com os avanços na medicina e na saúde pública, foi possível fazer decrescer os níveis de mortalidade. E com a readaptação da sociedade em termos de trabalho e papel da mulher, o planeamento familiar passou a ser uma constante, levando à queda da fecundidade, que tende a acontecer num período posterior à queda da mortalidade (Wilson, 2001; Harper, 2013; Bond et al., 2014b; Moreira & Henriques, 2014). O envelhecimento global é, assim, marcado por três dinâmicas demográficas fundamentais: baixos níveis de fecundidade e mortalidade, e elevada esperança média de vida (EMV) (Malmberg, 2006; Nazareth, 2007; Fernandes, 2008; Rosa, 2012), sendo que a velocidade do processo de envelhecimento populacional depende da velocidade do declínio dos níveis de fecundidade (Wilson, 2001). A evolução demográfica portuguesa aconteceu segundo as premissas do envelhecimento global, assistindo-se a um gradual envelhecimento da população portuguesa ao longo das últimas quatro décadas, marcado por uma redução dos níveis médios de fecundidade, níveis médios de mortalidade reduzidos ou em redução e um aumento, em simultâneo, da esperança média de vida, mais tal como fica evidenciado através da Tabela 1². Todavia, é importante mencionar a dificuldade em abordar o envelhecimento de forma una, na medida em que ainda se registam fortes assimetrias territoriais, que devem ser tidas em consideração aquando da formulação de políticas públicas, em particular na área da saúde (Estevens, 2015).

1 O presente artigo baseia-se na dissertação de mestrado “Envelhecimento e despesa em saúde: o caso português (1970-2014)”, com a orientação científica da Professora Doutora Teresa Ferreira Rodrigues e a co-orientação da Professora Doutora Maria do Rosário de Oliveira Martins, defendida na Faculdade de Ciências Sociais e Humanas da Universidade Nova de Lisboa em Abril de 2015. A referida dissertação foi realizada no âmbito do projecto “Envelhecimento e Saúde em Portugal: Políticas e Práticas”, AgHeP PTDC/CS DEM/109967/2009, co-financiado pela Fundação para a Ciência e Tecnologia do Ministério da Educação e Ciência de Portugal e pelo Programa Operacional Temático Fatores de Competitividade – COMPETE e sedado no CEPESE – Centro de Estudos da População, Economia e Sociedade, tendo como Investigadora Responsável a Professora Doutora Teresa Ferreira Rodrigues.

2 Para uma análise mais detalhada e aprofundamento quantitativo e qualitativo dos indicadores demográficos inerentes ao processo de envelhecimento da população portuguesa, ver Nazareth, 1979; Rosa, 2012; Rodrigues & Martins, 2014 ou Stevens, 2015.

Tabela 1.

Envelhecimento da população portuguesa: indicadores demográficos (1970-2012)

	Índice Sintético de Fecundidade (ISF)	Taxa Bruta de Mortalidade (TBM)	Taxa Bruta de Mortalidade Infantil (TBMI)	EMV à nascença		EMV 65 anos	
				Homens	Mulheres	Homens	Mulheres
1970	3,00	10,7	55,5	64,0	70,3	12,2	14,6
1980	2,25	9,7	24,3	67,8	74,8	13,1	16,1
1990	1,57	10,3	10,9	70,6	77,5	14,0	17,1
2000	1,55	10,2	5,5	72,9	79,9	15,2	18,6
2012	1,28	10,2	3,4	76,9	82,8	17,1	20,4

Fonte: Elaboração própria (Dados – INE, PORDATA, 2015)

É importante ressaltar que o envelhecimento da população é algo positivo, na medida em que foi desejado por todos (Ferrinho et al., 2014, p.124). Os principais desafios advêm, essencialmente, do “(...) fenómeno de duplo envelhecimento demográfico das estruturas etárias (redução do número e peso percentual de jovens e aumento absoluto e relativo de idosos)” (Rodrigues & Xavier, 2013, p.51) e, sobretudo, do ritmo do processo, que ameaça a sustentabilidade interna e condiciona a projecção de poder exterior dos estados, na medida em que cria alterações de poder económico, político e militar (Rodrigues, 2015, p.44). Apesar de se ter assistido a um aumento generalizado da população residente no espaço europeu, os ritmos de evolução dos grupos etários foram desiguais. De acordo com o Eurostat, enquanto a população de 65 ou mais anos cresceu substancialmente, a população com menos de 15 anos de idade sofreu, em igual período, um decréscimo, tendo existido, portanto, um fenómeno de duplo envelhecimento demográfico. A Europa será, a médio prazo, um continente de “velhos”³ (European Commission, 2014, p.9), mas será que apresenta uma sociedade direccionada para a população com idade igual ou superior a 65 anos e para as necessidades específicas que lhe estão associadas? O envelhecimento das sociedades é um tema que tem marcado presença nas agendas políticas dos últimos tempos, principalmente no continente europeu, onde se assinalou, em 2012, o Ano Europeu do Envelhecimento Activo e da Solidariedade entre Gerações. A questão do envelhecimento da população e, em particular, o acentuar do cenário de envelhecimento demográfico tornou-se um tema incontornável da agenda política nacional⁴ e europeia, na medida em que coloca novos desafios e oportunidades⁵ a diferentes sectores da sociedade, sendo a saúde uma das áreas mais afectadas⁶.

O envelhecimento demográfico da população portuguesa fica, assim marcado pelo aumento do peso relativo das pessoas idosas face à população jovem e às pessoas em idade ativa, evidenciado pela evolução dos índices de envelhecimento, que quadruplicou nas últimas quatro décadas, e de dependência de idosos constantes na Tabela 2.

³ As projecções para o futuro apontam uma manutenção da tendência de convergência na evolução das principais variáveis demográficas, até 2060, no continente europeu e, logicamente, em Portugal. A esperança média de vida continuará a subir e apesar dos esperados aumentos nos níveis de fecundidade, o peso relativo da população com idade igual ou superior a sessenta e cinco anos, e em especial a partir dos oitenta anos de idade, aumentará, ou seja, haverá uma tendência de crescente envelhecimento individual e demográfico e, consequentemente, uma maior dependência da sociedade face dos idosos, o que obrigará a profundas transformações na sociedade (European Commission, 2014).

⁴ A questão do envelhecimento da população portuguesa não é um fenómeno recente, tal como alertava, já em 1979, Joaquim Manuel Nazareth (1979) em obra com igual nome. A novidade surge agora associada ao seu entendimento segundo diferentes prismas de análise e pela sua inclusão em domínios societários onde anteriormente a sua presença não era habitual, como, por exemplo, em matérias de migrações e segurança (Castles, 2005; Koser, 2005; Rodrigues, 2010; Rodrigues, 2015).

⁵ Cabe aos actores políticos maximizar o potencial societal da população idosa, atribuindo-lhe novos papéis, que podem representar ganhos económicos, sociais e culturais para a sociedade (World Economic Forum, 2012; Bond et al., 2014a). Existe, portanto, um conjunto de oportunidades associadas ao envelhecimento demográfico prontas para serem aproveitadas pelas sociedades envelhecidas e, neste caso concreto, pela sociedade portuguesa (INE, 2002, p.189), que podem ser importantes para a criação de riqueza, mas também para o combate a uma certa discriminação que a população idosa sofre junto de outros sectores da sociedade (Marques, 2011) e que é importante para garantir a solidariedade entre gerações. E oportunidades parece ser a palavra mais indicada, pois há que eliminar a carga negativa associada ao fenómeno de envelhecimento demográfico. Há que desenvolver um discurso positivo e até simbólico, que explicita uma nova forma de encarar a forma como as pessoas idosas são percebidas pela sociedade.

⁶ É importante notar a impossibilidade de regular o sector da saúde pelo livre equilíbrio entre oferta e procura, ou seja, o mercado enquanto actor central na determinação do preço da saúde. A saúde não se apresenta como um bem tradicional, sujeito à livre regulação do mercado. Assume-se aqui a dificuldade em quantificar o preço da vida humana e a negação da individualização da saúde, na medida em que o estado social institucionalizou progressivamente a saúde, assumindo a protecção da vida activa como um dos seus pilares fundamentais. Mais do que considerar a saúde como um bem público, sujeito às condições dos bens públicos, a saúde passou a ser encarada como um direito, o que representa uma concepção filosófica distinta. O caminho seguido, pela maioria dos estados mais desenvolvidos, foi tratar a saúde no âmbito de um enquadramento formal constituído através do direito. Esta presença do direito na saúde, em particular na sua protecção, é materializada pela acção governativa, sendo este entendimento proveniente da Constituição da Organização Mundial da Saúde, de 1946, e ficando patente, no enquadramento jurídico português, com o artigo 64.º da CRP.

Tabela 2.

Envelhecimento demográfico da população portuguesa (1970-2012)		
	Índice de Envelhecimento (IE)	Índice de Dependência de Idosos (IDI)
1970	32,9	15,3
1980	43,8	18,0
1990	65,7	20,3
2000	98,8	24,0
2012	129,4	29,1

Fonte: Elaboração própria (Dados – INE, PORDATA, 2015)

O envelhecimento demográfico português é entendido, do ponto de vista estratégico, como uma vulnerabilidade nacional com impacte em diferentes áreas (Governo de Portugal, 2013), acarretando transformações várias na sociedade portuguesa, algumas delas sintetizadas na Tabela 3, que deverão ser tidas em consideração pelos diferentes actores políticos aquando da tomada de decisão, exigindo-se respostas que agreguem diferentes sectores e integradas.

Tabela 3.

Envelhecimento demográfico: impactes, determinantes, inibidores e atores	
IMPACTES POTENCIAIS	<p>Excesso de oferta de recursos (físicos e humanos) na área da Educação;</p> <p>Maior pressão sobre o Serviço Nacional de Saúde;</p> <p>Ameaça à sustentabilidade financeira dos sistemas de reformas;</p> <p>Maiores contribuições da população activa;</p> <p>Menor competitividade da economia portuguesa;</p> <p>Menor disponibilidade para a mudança e para o progresso;</p> <p>Maior oferta de recursos humanos capacitados 65+;</p> <p>Maior dependência do saldo migratório;</p> <p>Despovoamento de algumas regiões do território;</p> <p>Acentuar das assimetrias socioeconómicas no território;</p> <p>Acentuar do debate em torno da reforma do estado social.</p>
ALGUNS DETERMINANTES	<p>Crise económica;</p> <p>Emigração;</p> <p>Competição europeia por imigrantes;</p> <p>Inexistência de estratégia europeia para o envelhecimento demográfico;</p> <p>Falta de consensos políticos entre os principais partidos políticos;</p> <p>Assimetrias socioeconómicas regionais;</p> <p>Crescente mobilidade laboral e familiar;</p> <p>Elevados custos associados aos filhos;</p> <p>Valores sociais e morais associados ao individualismo;</p> <p>Falta de solidariedade intergeracional.</p>
ALGUNS INIBIDORES	<p>Diminuição das funções sociais do estado;</p> <p>Imigração;</p> <p>Políticas de incentivo à fixação de populações em território português;</p> <p>Políticas de apoio à família e à natalidade;</p> <p>Nova aposta da economia no sector primário;</p> <p>Políticas de envelhecimento activo;</p> <p>Aumento da idade da reforma;</p> <p>Organização social mais comunitarista;</p> <p>Gestão política mais descentralizada;</p> <p>Agenda europeia alargada para combater o envelhecimento demográfico;</p> <p>Transferência de recursos entre áreas sociais.</p>
PRINCIPAIS ACTORES	<p>Estado (na sua dimensão central e local);</p> <p>Sociedade civil (associações, Academia, estruturas sociais não institucionalizadas);</p> <p>Instituições europeias;</p> <p>Instituições globais.</p>

Fonte: Estevens, 2015, pp.46-47.

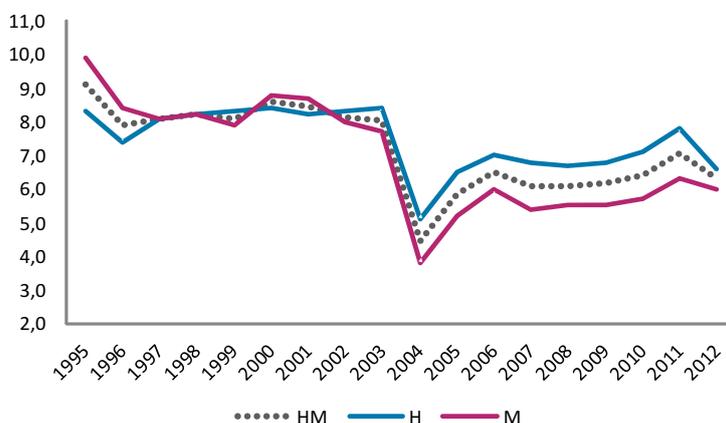
2. O impacte da saúde na conceptualização do envelhecimento

É importante considerar que o perfil sociodemográfico de uma população apresenta um carácter dinâmico e, conseqüentemente, mutável temporalmente. Logo, o perfil actual das pessoas idosas não é semelhante ao perfil do mesmo grupo populacional de há trinta anos e não será, seguramente, semelhante ao do das pessoas idosas dos próximos vinte ou trinta anos. Esta afirmação introduz uma relevância acrescida para a existência de políticas públicas flexíveis, na medida em que as actuais respostas para as pessoas idosas de hoje podem ser desadequadas e pouco eficientes nas próximas décadas. Uma das alterações fundamentais, no perfil da população com 65 ou mais anos, esperada nas próximas duas décadas, prende-se com o aumento dos seus níveis de escolarização (Martins, Rodrigues & Rodrigues, 2014, p.133), com conseqüências imediatas na área da saúde, designadamente na forma como estes indivíduos gerem e percebem a sua saúde (Fernandes, 2008, p.65; Martins & Rodrigues, 2014, p.174), designadamente na gestão que os próprios indivíduos fazem da sua medicalização, na sua capacidade para resolver individualmente algumas pequenas patologias, na procura por modos de vida mais saudáveis, numa maior capacidade para assimilar campanhas, ou outros mecanismos, de prevenção, numa utilização mais consciente dos recursos humanos e estruturais do sistema de saúde e, ainda, numa maior capacidade potencial para auferir rendimentos mais elevados. Todas estas transformações podem acarretar ganhos de saúde.

Para fins estatísticos e para efeitos de harmonização com vista à comparação internacional entende-se que seja necessário delimitar as idades das pessoas idosas, que está fixada nos 65 ou mais anos. Atendendo ao aumento da longevidade, o actual limite de idade parece desajustado, desde logo na medida em que a idade não se apresenta como o único factor a considerar na definição de pessoas idosas, devendo ter-se em consideração o estado de saúde físico e mental e a qualidade de vida, daí considerar-se, com maior recorrência, na análise do fenómeno do envelhecimento demográfico, além do indicador de esperança média de vida, a esperança média de vida com saúde ou sem incapacidades, apresentada na Figura 1, de onde se retira que Portugal apresenta uma evolução negativa e abaixo da média europeia (Estevens, 2015, p.56) no indicador anos de vida saudável aos 65 anos, tanto para homens como para mulheres, registando-se, em termos gerais, uma tendência decrescente ao longo de quase duas décadas. Acresce ainda o facto de as pessoas mais idosas, população com 80 ou mais anos, estarem ganhar uma importância relativa no total das pessoas com 65 ou mais anos. Em função da (r)evolução do perfil sociodemográfico da população mais envelhecida, parece ter existido uma dissociação entre a idade da reforma e a idade da velhice, existindo um espaço, na sociedade portuguesa, para a existência de agentes económicos activos com mais de 65 anos (Fernandes, 2008). Actualmente, a fase de incapacidade física e psicológica, bem como o estado de doença, tende a surgir cada vez mais tarde, a partir dos 75 ou 80 anos de idade, existindo, assim, um novo grupo situado entre o momento da reforma e o estado de velhice. A velhice deverá passar a estar, então, associada a um decréscimo de saúde ao invés da passagem à vida inactiva, carecendo esta nova realidade sociodemográfica de uma incorporação mais substantiva por parte dos principais actores políticos e da comunidade académica.

Figura 1

Anos de vida saudável aos 65 anos em Portugal:
total e por sexo (1995-2012)



Fonte: INE, PORDATA, 2015.

3. Os determinantes da saúde: o papel do envelhecimento

Para estudar a saúde de uma população há que definir, primeiramente, o que se entende por saúde. Só após a definição do conceito de saúde se tornará possível entender o impacto do envelhecimento na saúde. Tal como é referido por Pedro Pita Barros (2013a, p.43), existem várias definições para o conceito de saúde, sendo a da Constituição da Organização Mundial da Saúde, assinada pelos países signatários em 1946, uma das mais abrangentes e integradas: “*Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity.*” (Constitution of the World Health Organization, 1946, p.1). O impacto do envelhecimento, individual e colectivo, parece ser evidente na área da saúde, não só nos utentes como nos próprios profissionais de saúde⁷, registando-se uma gradual perda de capacidades físicas do organismo humano, associada a uma transformação dos processos cognitivos, perceptuais e sensoriais, sendo que estas transformações são enquadradas num meio exterior, exigindo que haja adaptação de expectativas, motivações e papéis sociais. Existe, portanto, uma interacção dinâmica entre indivíduo e sociedade, que é condicionada pelo processo de envelhecimento, na suas dimensões biológica⁸, psicológica⁹ e sociocultural (Bond et al., 2014b). É este o contexto do surgimento da gerontologia¹⁰ (Berger & Mailloux-Poirier, 1995) e o enquadramento entre envelhecimento e saúde.

A saúde é, actualmente, uma peça fundamental da cidadania global (Campos & Simões, 2011, p.221) e parece depender sobretudo de determinantes sociais (WHO, 2013a), fazendo diminuir, nesta perspectiva, a importância relativa dos sistemas de saúde nacionais nos ganhos em saúde (Campos & Simões, 2011, p.57). Há autores a considerar o aumento da idade, tal como o sexo ou o nível da educação, como elementos determinantes no estado de saúde de um indivíduo (Cavelaars et al., 1998; Santana, 2005; Henriques & Rodrigues, 2010; OCDE, 2014; Martins & Rodrigues, 2014). Tendo em consideração que estas variáveis apresentam comportamentos dinâmicos, não é, uma vez mais, possível olhar para a população com 65 ou mais anos de uma forma estanque, existindo a necessidade de entender estas alterações no seu perfil sociodemográfico e o seu impacto no sistema de saúde, sendo muito importante distinguir entre pessoas idosas com saúde e pessoas idosas sem saúde (Fernandes, 2008; Fonseca, 2014).

Parece existir uma maior representação da população com idade igual ou superior a 65 anos quanto à mortalidade e morbidade (Berger & Mailloux-Poirier, 1995, p.93). Com o aumento da idade existe uma natural deterioração do estado de saúde do ser humano, tanto a nível biológico como psicológico ou sociocultural, com consequente aumento da necessidade e procura de e por cuidados de saúde (Barros, 2013a, p.68), sendo que envelhecimento e doença não são sinónimos, pese embora se possa considerar que o envelhecimento individual aumenta a probabilidade dos indivíduos apresentarem uma maior carga de doença. Em Portugal, o Inquérito Nacional da Saúde 2005/2006 (INE, 2009, p.38) evidenciava que a população idosa era o grupo populacional com maior prevalência de doenças crónicas, em particular tensão arterial alta, e com situações de incapacidade temporária ou permanente, tal como fica patente na Figura 2.

7 O envelhecimento dos profissionais de saúde, em particular dos médicos, acompanhou, logicamente, a evolução demográfica nacional. No entanto, a emigração de vários profissionais de saúde, em particular dos enfermeiros, e as restrições na contratação ou no acesso à profissão, no caso dos médicos, faz com que a substituição dos profissionais de saúde que se vão retirando seja difícil de compensar no futuro (Dussault et al., 2014, pp.170-171), até porque os desafios que se colocam no recrutamento vão além de um recrutamento em quantidade suficiente, incluindo dimensões de aceitabilidade e qualidade (WHO, 2013b, p.11).

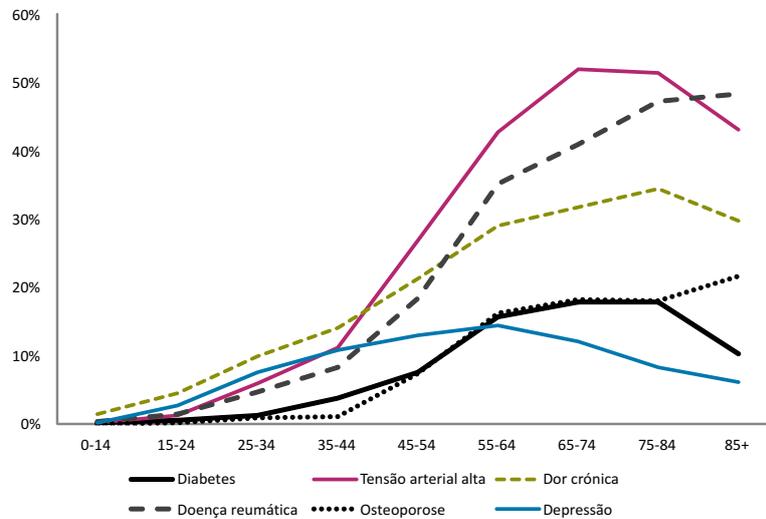
8 São várias as teorias do envelhecimento biológico (Berger & Mailloux-Poirier, 1995, p.103): imunológica, com foco no sistema imunitário, que parece já não efectuar a distinção entre as células naturais ao organismo humano de outras substâncias estranhas; genética, que identifica o envelhecimento como um processo natural do desenvolvimento do organismo humano, programado e inevitável; do erro da síntese proteica, que coloca a ênfase nas alterações sofridas na molécula do ADN, o que leva a formação de proteínas incompetentes; do desgaste, na medida em que reforça a ideia do organismo humano se deteriora com a utilização; outras que assenta nos radicais livres, sabendo que os radicais livres provocam a peroxidação dos lípidos não saturados e transformam-nos em substâncias que envelhecem as células; e uma última centrada no sistema neuro-endócrino, pois a regulação do envelhecimento celular e fisiológico encontra-se associado a uma alteração das funções neuro-endócrinas.

9 Também a nível psicológico e social são apresentadas diferentes teorias para o processo de envelhecimento (Ibidem, p.105). Uma primeira, que coloca a ênfase na actividade e cuja principal característica se prende com a necessidade de um idoso se manter activo, visto que isto possibilitaria maiores ganhos de satisfação, com reflexos na sua auto-estima e saúde. Uma segunda teoria encontra na desinserção o seu principal objecto, tentando justificar o gradual afastamento entre indivíduo idoso e sociedade com uma sensação de desajustamento e isolamento, que implicaria crescente envelhecimento psicológico. Por último, é importante considerar uma terceira teoria, focada na continuidade, ou seja, na importância da manutenção dos hábitos de vida do idoso e na compreensão das suas preferências, elementos que fazem parte da sua personalidade e que tendem a ser ignorados pelas redes de suporte institucional e, muitas vezes, também familiar.

10 O conceito de gerontologia remete para o estudo do processo de envelhecimento nas suas dimensões biológica, psicológica e sociocultural (Stuart-Hamilton, 2011).

Figura 2

Prevalência das principais doenças crónicas na população residente, em percentagem, por grupo etário



Fonte: Elaboração própria (Dados - INE, 2009, pp.110-111).

O crescente envelhecimento da população acarreta, portanto, novos desafios para a organização dos serviços de saúde e para as respostas promovidas pelos mesmos (Campos & Simões, 2011; Governo de Portugal, 2012), que terão de apresentar maior enquadramento para o tratamento e acompanhamento das doenças crónicas e da crescente multi-morbilidade (Ferrinho et al., 2014, p.124). O envelhecimento da população evidencia uma melhoria nos níveis de mortalidade e uma menor letalidade da doença (Martins & Rodrigues, 2014, p.139), fruto do progresso médico e de um contexto social mais favorável. Porém, também aumenta a probabilidade da incidência e prevalência de problemas crónicos e situações de incapacidade¹¹ (Berger & Mailloux-Poirier, 1995, p.91), que, no entanto, surgem agora numa fase mais avançada da evolução biológica do ser humano. Assim, existe, gradualmente, uma maior pressão para a organização da prestação de cuidados de saúde no sistema de saúde português se centre nos cuidados de longa duração (Rechel et al., 2009, p.20), além de considerar, naturalmente, os cuidados de saúde primários e hospitalares. Os cuidados de longa duração colocam a ênfase na capacidade actual e no potencial futuro do indivíduo, seguindo alguns princípios fundamentais: continuidade, abordagem global e participação dos indivíduos e/ou da família neste processo (Ibidem, p.3), pese embora se tenda para uma menor participação da família na saúde, em função da diminuição média dos agregados familiares e de uma mobilidade familiar mais intensa. Esta mudança evidencia uma alteração na abordagem da saúde, que passou, numa visão mais tradicional, de um modelo centrado na ausência de doença ou de incapacidade para um modelo que procura a maximização do bem-estar e a prevenção da doença.

A integração dos cuidados, tal como aconteceu na RNCCI¹², parece ser um caminho a seguir, havendo a necessidade de fomentar essa articulação integrada nos modelos organizativos existentes e nos próprios recursos humanos, através de acções de formação para os profissionais existentes e através de uma reformulação curricular para aqueles que se encontram a frequentar as suas licenciaturas, mestrados ou

11 A tendência de aumento da EMV deverá constituir uma fonte de possível aumento dos níveis de morbilidade, no futuro, mais acentuada nas mulheres do que nos homens, em função de variações na EMV, nos níveis médios de escolarização e de rendimentos (Burnay & Fernandes, 2012; Nossa & Rodrigues, 2012), antecipando-se uma maior prevalência relativa de doenças crónicas nas mulheres (INE, 2009, pp.110-111), algo que também patente na interpretação dos anos de vida saudável aos 65 anos.

12 A RNCCI, com a forma que apresenta actualmente, foi criada pelo Decreto-Lei n.º 101/20068, de 6 de Junho, de modo a responder a um cenário de crescente envelhecimento da população e para fazer face a carências ao nível dos cuidados de longa duração e paliativos, decorrentes do aumento da prevalência de pessoas com doenças crónicas incapacitantes. A rede foi fruto de uma parceria entre o Ministério da Saúde e o Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social e constituiu um projecto de valor acrescentado no âmbito das políticas sociais, nomeadamente na área da saúde. Está assente num conjunto de parcerias públicas, sociais e privadas, que prestam cuidados continuados de saúde e de apoio social a indivíduos em situação de dependência e com manifesta perda de autonomia, independentemente da idade que possam apresentar. Estes cuidados podem ser realizados em unidades de internamento ou através de recurso às equipas domiciliárias disponibilizadas pela rede. De acordo com a informação disponibilizada no site da ACSS, os cuidados continuados integrados "(...) estão centrados na recuperação global da pessoa, promovendo a sua autonomia e melhorando a sua funcionalidade, no âmbito da situação de dependência em que se encontra (...)". São vários os serviços oferecidos pela rede: de internamento, com várias unidades de convalescença, de média duração e reabilitação, de longa duração e manutenção e de cuidados paliativos; e respostas domiciliárias, com equipas de cuidados continuados integrados e equipas comunitárias de suporte em cuidados paliativos.

doutoramentos. A integração dos cuidados obrigará a tornar o utente como o objecto central do modelo de saúde, podendo, ainda, permitir uma redução dos gastos, logo, em termos gerais, poderá ser um elemento potenciador de ganhos para todo o sistema de saúde. Também o desenvolvimento de modelos *standard* para uniformizar procedimentos poderá facilitar a gestão da doença, tanto por utentes como pelos próprios profissionais de saúde, tentando evitar o uso excessivo das estruturas hospitalares e promovendo uma menor institucionalização de alguns cuidados de saúde mais elementares. Se numa fase inicial de desenvolvimento do sistema de saúde português se passou de uma individualização para uma institucionalização elevada dos cuidados de saúde, neste momento, até devido a restrições de natureza financeira, parece que se pretende alguma redução na institucionalização dos cuidados de saúde, sendo que essa redução só será possível com uma maior educação para a saúde da população e mediante a existência de redes de apoio de proximidade para situações de doença não aguda. As novas respostas devem assentar, portanto, em velhos critérios dos sistemas europeus de saúde como eficiência, equidade e qualidade (Miguel & Bugalho, 2002, p.57), que devem operar segundo uma dimensão de proximidade e de sustentabilidade.

4. Determinantes da despesa em saúde

É vasta a literatura que se debruça sobre os principais factores responsáveis pela despesa em saúde, recorrendo, geralmente, a análise multivariada, de modo a isolar o impacto de cada uma das variáveis (Di Matteo, 2005; Martins & Maisonneuve, 2006; OECD, 2006; Przywara & Costello, 2008; Cantarero & Lago-Peñas, 2010; Martín, González & García, 2011; Busse, Ginneken & Normand, 2012; Barros, 2013a; Medeiros & Schwierz, 2013; Sorenson, Drummond & Khan, 2013; Estevens & Martins, 2014). As despesas em saúde de um país parecem estar associadas à procura de serviços por parte da população, em função de dimensões epidemiológicas e sociodemográficas de uma população, mas também da oferta de serviços, dependente de determinantes socioeconómicos e da organização do sistema de saúde, em particular dos serviços nacionais de saúde. Os determinantes são, portanto, provenientes do lado da oferta ou da procura, podendo ser englobados em quatro áreas distintas: sociodemográfica, de saúde, socioeconómica e política (Tabela 4). Do ponto de vista sociodemográfico, o perfil da população parece influenciar a despesa em saúde, em função de categorias como idade, sexo ou educação. Se o aumento da idade parece contribuir positivamente para o aumento da despesa em saúde, a mesma relação já não se poderá estabelecer para a educação, na medida em que indivíduos mais escolarizados tendem a ter melhor saúde, contribuindo, no geral, e enquanto variável independente, negativamente para o aumento da despesa em saúde. A doença condiciona positivamente os gastos em saúde, visto que obriga a um maior consumo de cuidados de saúde. A gravidade da doença tende a acentuar-se, por norma, num período de dois ou três anos antes da morte, representando esse período um pico de despesa. A melhoria das condições de vida faz com que os indivíduos não considerem a saúde como um bem de luxo, levando-os a consumir mais cuidados de saúde, sendo que esse consumo parece ser influenciado pelas dinâmicas próprias do mercado da saúde, em particular pelo estabelecimento do preço de vários bens ou serviços de saúde. Ainda a nível económico, o investimento com tecnologia e inovação, ao nível do desenvolvimento de novos equipamentos, tratamentos ou medicamentos, parecem representar uma pressão acrescida para a despesa em saúde. Por último, é importante considerar uma dimensão política porque os gastos de saúde são influenciados por opções políticas, parlamentares ou governativas, que se referem à existência ou não existência de um serviço nacional de saúde, à dimensão da cobertura do sistema de saúde, ao estabelecimento de políticas que visam o acesso aos equipamentos de saúde, às estratégias de prevenção na saúde ou até a políticas que possam influenciar a qualidade da oferta de serviços de saúde.

Tabela 4.

Determinantes da despesa em saúde			
Dimensão			
Sociodemográfica	Saúde	Socioeconómica	Política
Perfil da população:	Carga de doença da população	Rendimento individual	Organização do sistema de saúde
-idade		Mercado	
-sexo	Morte		
-educação		Inovação e tecnologia	

Fonte: Estevens, 2015, p.86.

Nem todos os determinantes condicionam de igual forma a despesa em saúde, estando a tecnologia e inovação claramente numa posição de destaque, seguido do impacto do rendimento individual, em função do mercado (Campos, 2008; Przywara & Costello, 2008; Campos & Simões, 2011; Busse, Ginneken & Normand, 2012; Barros, 2013a; Sorenson, Drummond & Khan, 2013), ou seja, são estes os factores mais significativos para controlar os gastos em saúde. O peso da tecnologia e inovação médica parece ser inegável no total da despesa em saúde, sendo certo que a sua preponderância também se estende aos ganhos de saúde, na medida em que a tecnologia potencia uma abordagem mais precoce das doenças e uma actuação mais eficaz, ou seja, influencia a doença tanto ao nível da prevalência como da incidência (Almeida, 2014, p.86). Em suma, este mapeamento dos determinantes da despesa em saúde permite entender que o envelhecimento da população pode aumentar a procura por serviços e cuidados de saúde sem que isso represente um acréscimo de despesa, pois se não houver, do lado da oferta, mais recursos é pouco provável que os gastos em saúde aumentem.

5. Envelhecimento e despesa saúde

A partir do diagrama de Williams (1987), Anthony Culyer e Joseph Newhouse (2000, p.4) desenvolveram um novo modelo, mais actualizado, que evidencia, de forma clara, as múltiplas relações e interdependências existentes entre as dinâmicas provenientes das áreas da saúde e da economia, permitindo assim entender a crescente importância que o sector da saúde tem vindo a representar para a economia e como a economia é determinante na saúde (Barros, 2013a, p.15), existindo uma correlação positiva forte entre saúde e desenvolvimento económico (Bloom & Canning, 2000; WHO, 2004; WHO, 2008), logo assimetrias económicas poderão potenciar assimetrias no estado da saúde (Mackenbach, 2006; Mackenbach & Kunst, 2012; Simões et al., 2013; WHO, 2014). A saúde está hoje na agenda política europeia como um dos valores centrais da União Europeia¹³ (Campos & Simões, 2011, p.94), pese embora os sistemas de saúde europeus sejam bastante distintos entre si (Figueras et al., 2012), logo também apresentam modelos de financiamento diferenciados, que podem ser generalizados em três tipos: sistema de seguro privado voluntário, sistema de seguro social e financiamento por imposto (Campos & Simões, 2011, p.43). Portugal aproximou-se das médias europeias nos principais indicadores de saúde, fruto do progresso económico e social que se viveu no país a partir da década de setenta e com claros reflexos em ganhos na área da saúde (Ibidem, p.159), mas de forma pouco equitativa, originando elevadas desigualdades no estado de saúde da população portuguesa¹⁴ (Santana, 2014, p.91; Ferrinho et al., 2014, p.126). Para estes ganhos em saúde contribuíram decisivamente dois grupos de factores: promoção de condições de vida saudáveis e o aumento do acesso e da qualidade dos serviços de saúde (Santana, 2014, p.90).

Não obstante os claros ganhos de saúde para os portugueses, estes resultados positivos foram, naturalmente, consequência de um maior investimento estatal na área da saúde, ao longo do período de desenvolvimento do estado social português¹⁵, período no qual se verificou um acréscimo da despesa total em saúde, que, em 1970, representava pouco mais de 2% do PIB e, em 2012, tinha subido mais de sete pontos percentuais face ao valor apresentado em 1970 (Figura 3). A área da saúde, através da prestação de cuidados de saúde, tornou-se numa indústria relevante para a economia do país, nas últimas décadas, com reflexo em termos de criação de emprego e inovação¹⁶.

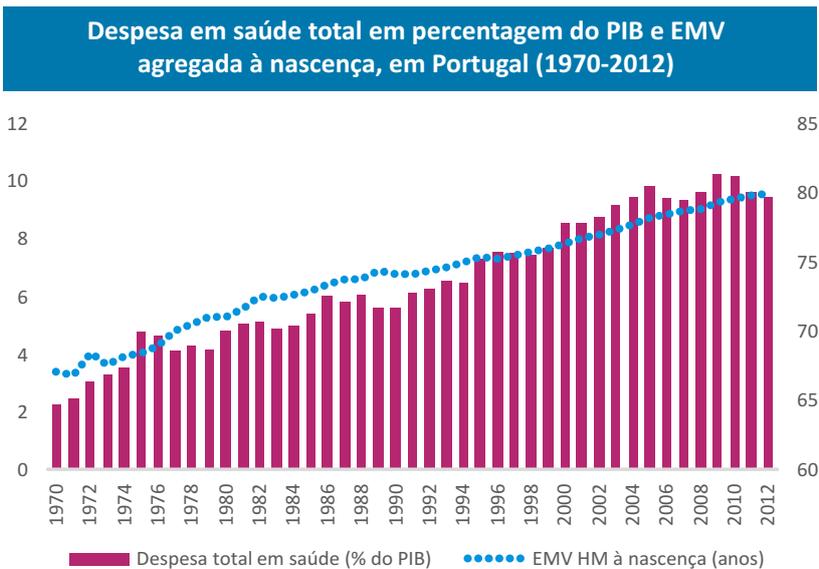
13 A globalização da saúde e a divisão disciplinar das ciências sociais potenciou novas áreas de estudo, sendo a economia da saúde uma delas, enquanto ramo de estudo da ciência económica, que teve a sua origem, em 1963, com a publicação de um artigo de Kenneth Arrow (Mateus e Moura, 2014, p.255) e tem vindo, progressivamente, a ganhar relevância e autonomia ao longo das últimas décadas (Barros, 2013a, p.13), com um natural aumento no que diz respeito à investigação científica na área da economia da saúde. Esta evolução nacional do panorama científico aconteceu enquadrada no contexto europeu, onde *“a acção europeia tem desempenhado um papel dinamizador do investimento em I&D”* na área da saúde (Campos & Simões, 2011, p.109).

14 Portugal e os restantes estados europeus enfrentam dois grandes desafios. Primeiro, procuram entender como poderão garantir a oferta universal de serviços de saúde de qualidade elevada, num contexto de restrições orçamentais e crescente envelhecimento das populações (Jardim & Grilo, 2014, p.360). Outro desafio, menos conjuntural, prende-se com a necessidade de corrigir as assimetrias de saúde que se registam em grande parte dos países europeus (Mackenbach, 2006, p.41).

15 A criação do estado social português acarretou uma alteração do perfil dos gastos públicos estatais, com a despesa social a aumentar, havendo um peso cada vez maior das funções sociais, que eram, nos últimos anos, muito superiores aos gastos com as funções de soberania do estado, situação que não acontecia no início dos anos setenta (Rosa & Chitas, 2010, pp.26-27).

16 A saúde pode ser encarada como um elemento com valor económico, tanto a saúde individual como a saúde da população, no geral. A nível individual, pessoas com mais saúde encontram-se menos vezes em situação de doença e, portanto, necessitam de um menor consumo de cuidados de saúde e passam menos tempo de baixa. Apresentam, ainda, uma tendência para serem mais escolarizadas (Martins & Rodrigues, 2014, p.142) e, economicamente, mais produtivas, o que pode potenciar maiores rendimentos individuais. Em sentido contrário, também é possível encontrar uma relação directa, já que o crescimento económico de um país pode potenciar maior e melhor oferta de serviços de saúde, garantindo cobertura universal, acesso e qualidade, características que podem contribuir para uma população mais saudável. Individualmente, pessoas com rendimentos mais elevados tendem a ser mais escolarizadas, logo conseguem absorver mais facilmente as estratégias de prevenção e gerir a sua exposição a riscos de uma forma mais consciente, tendo por norma comportamentos mais saudáveis. Ao auferirem rendimentos mais elevados, têm maior facilidade no consumo de bens de saúde, independentemente do seu preço, ou da dificuldade no acesso a esses mesmos bens.

Figura 3



Fonte: Elaboração própria (Dados - OECD Health Statistics, 2015 e PORDATA, 2014).

A despesa em saúde por grupos etários tende a apresentar um comportamento padrão nos vários países desenvolvidos, com maiores gastos na fase inicial, designadamente com cuidados materno-infantis e pediátricos, mantendo-se depois relativamente constante até cerca dos 50 anos, período a partir do qual se assiste a um gradual aumento da despesa, que a partir de uma idade perto dos setenta anos é muito associado a cuidados de longa duração (Martins & Maisonneuve, 2006, p.131). O envelhecimento da população é, então, determinante no aumento da despesa em saúde¹⁷, ou significa, somente, que as populações actuais são hoje mais saudáveis e necessitam de menores cuidados de saúde até momentos de doença aguda, que tendem a acontecer num período perto da morte, nomeadamente numa fase mais avançada da vida¹⁸?

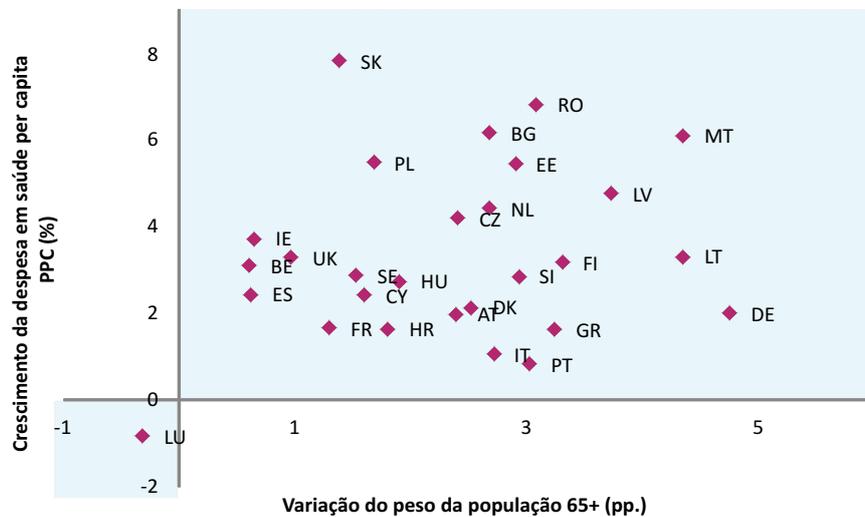
Considerando a Figura 4, entre 2000 e 2012, não parece existido uma relação sistemática entre o crescimento da população idosa e o crescimento da despesa em saúde, não sendo, portanto, possível estabelecer uma elevada correlação positiva forte entre envelhecimento da população e despesa em saúde *per capita* ($r=0,2308$), logo o impacto do envelhecimento da população na despesa em saúde parece ser reduzido, não estando os principais desafios do envelhecimento no sector da saúde associados a um aumento de despesa (Barros, 2013b, pp.30-31), pese embora seja um elemento utilizado pelos governos no poder, em vários países europeus, enquanto elemento legitimador de reformas que visam o recuo do estado-providência (Pierson, 2002), na medida em que representaria uma pressão acrescida para a sustentabilidade financeira dos sistemas de saúde nacionais (Malmberg, 2006, p. 106). Apesar da grande maioria da literatura não apontar o envelhecimento da população como um determinante principal da despesa em saúde (Campos, 2008; Przywara & Costello, 2008; Busse, Ginneken & Normand, 2012; Barros, 2013a; Sorenson, Drummond & Khan, 2013), alguns documentos fundamentais da gestão da saúde continuam a considerar esta associação, caso do próprio Plano Nacional de Saúde em vigor em Portugal: “O aumento da longevidade da população e a utilização crescente de medicamentos e tecnologia têm determinado um acréscimo nas despesas em saúde, traduzindo-se numa fração cada vez maior do Produto Interno Bruto (PIB) português” (Governo de Portugal, 2012, p.33). Esta correlação positiva é também admitida noutras obras (OCDE, 1995; WHO, 2011; Oliveira, 2012).

17 A despesa em saúde e educação tem reflexo na acumulação de capital humano, constituindo-se, assim, como um vector do crescimento económico a médio e longo-prazo. Numa análise do ponto de vista das finanças públicas, esse investimento representa uma despesa acrescida para um estado com dificuldades em gerar receitas, ou seja, constitui um elemento de pressão acrescida para o défice do país. No caso específico da saúde, segundo o estudo João Andrade, Marta Simões e Adelaide Duarte (2013, p.202), a despesa pública em saúde, ao contrário daquela com origem no sector privado, tem um impacto económico ou social positivos, ou seja, contribui sempre para ganhos de bem-estar económico ou social.

18 É importante considerar que, de acordo com os dados do Eurostat, o cenário de crescente envelhecimento individual e demográfico tem sido, no geral, acompanhado por uma tendência de crescimento da despesa total em saúde em percentagem do PIB, a partir de meados dos anos setenta, nos países da UE28 (Estevens & Martins, 2014, pp.226-227), não se podendo, no entanto, aferir que haja uma correlação positiva forte entre as variáveis como se verá mais adiante.

Figura 4

Relação entre a variação da população 65+ e o crescimento da despesa total em saúde per capita (2000-2012) ¹⁹



Fonte: Elaboração própria (Dados – OECD Health Statistics, 2014).

6. Despesas em cuidados de saúde: idade vs. idade da morte

Em função do que foi supramencionado, derivou a necessidade de distinguir entre o factor idade e o factor idade da morte. No final dos anos noventa do século passado, começou a ganhar expressão a tese que apontava o factor idade como uma pista falsa (Zweifel et al., 1999). De forma muito resumida, a tese intitulada “*red herring*” apresentava um estudo econométrico que visava entender o impacto do factor idade nos gastos em saúde. A principal conclusão foi a de que o aumento da idade, enquanto variável independente, não representava um aumento relevante dos gastos em saúde, pois o grande aumento do consumo com cuidados de saúde, por parte, dos indivíduos, aconteceria, em média, no período de dois anos anterior à sua morte, qualquer que fosse a idade apresentada pelos mesmos (Zweifel et al., 2004, pp.653-654). Os custos no período que antecedem a morte parecem, então, ser bastante mais expressivos do que os custos com sobreviventes, ou seja, os custos associados ao tratamento de doenças que não agudizam e culminam na morte (Busse, Ginneken & Normand, 2012, p.44). Outros estudos vieram reforçar a tese de que o período antes da morte tem um impacto significativo e muito maior, nos gastos em saúde, do que o factor idade (Hogan et al, 2001; Breyer et al., 2006; Shang e Goldman, 2007; Busse, Ginneken & Normand, 2012; Barros, 2013a; Sorenson, Drummond & Khan, 2013). Esta abordagem é também a defendida por Pedro Pita Barros (2013b, p.33), um dos principais especialistas em economia da saúde para o caso português, que advoga que o mesmo se passará em Portugal, entendendo que o aumento da EMV fez com que a morte acontecesse numa fase mais tardia do ciclo biológico do ser humano, levando a um adiamento dos custos associados à morte para idades mais avançadas. Assim, o envelhecimento da população transferiu estas despesas em saúde para um momento mais tardio do ciclo de vida, sendo esta uma das causas para a constante associação entre envelhecimento e maiores despesas em saúde.

7. Despesa em saúde e evolução macroeconómica

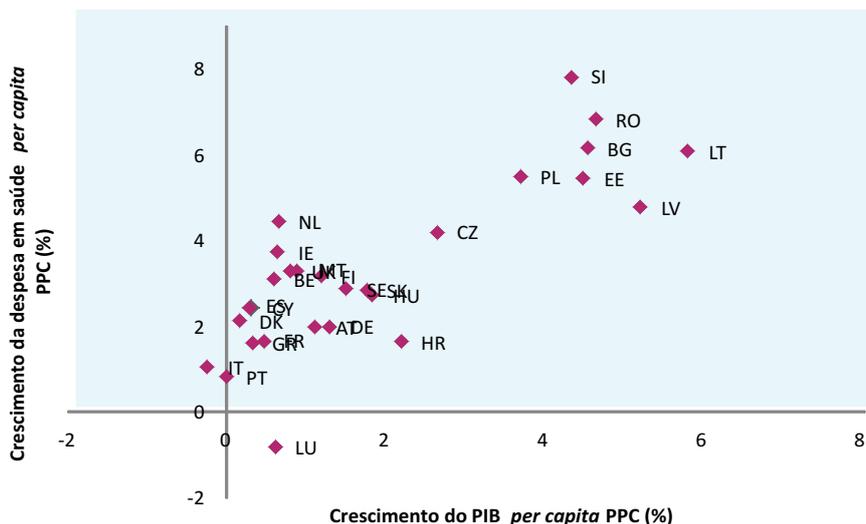
O funcionamento da economia como um todo é extremamente relevante para a despesa em saúde, na medida em que condiciona salários, níveis médios de impostos, preço dos produtos farmacêuticos, a forma como os indivíduos consomem o bem saúde ou até as expectativas que os mesmos apresentam, também elas um elemento do sistema económico. Os recentes anos de crise económica e de apertado controlo das finanças públicas parecem ter condicionado o investimento na área da saúde, pese embora os números ainda

¹⁹ DE – Alemanha; AT – Áustria; BE – Bélgica; BG – Bulgária; CY – Chipre; HR – Croácia; DK – Dinamarca; SK – Eslováquia; SI – Eslovénia; ES – Espanha; EE – Estónia; FI – Finlândia; FR – França; GR – Grécia; HU – Hungria; IE – Irlanda; IT – Itália; LV – Letónia; LT – Lituânia; LU – Luxemburgo; MT – Malta; NL - Países Baixos; PL – Polónia; PT – Portugal; UK - Reino Unido; CZ - República Checa; RO – Roménia; SE – Suécia.

não evidenciem um substancial decréscimo (Estevens, 2015, p.80)²⁰. Parece existir uma correlação positiva forte ($r=0,8139$) entre as variáveis PIB *per capita* e a despesa total em saúde, como demonstra a Figura 5. Os países que apresentaram, entre 2000 e 2012, uma maior taxa de crescimento do PIB *per capita* também tenderam, em média, a apresentar uma taxa de crescimento superior nos seus níveis de despesa em saúde.²¹

Figura 5

Relação entre o crescimento do PIB *per capita* e o crescimento da despesa total em saúde *per capita* (2000-2012) ²²



Fonte: Elaboração própria (Dados – OECD Health Statistics, 2014).

Considerações finais

Este ensaio tinha por objectivo principal revisitar a literatura, cruzando-a com a informação proveniente de dados estatísticos, de modo a compreender o impacto do envelhecimento populacional na área da saúde e, conseqüentemente, na despesa em saúde, cujas principais conclusões respeitantes ao caso português se encontram sumariadas na Tabela 5. Após a realização do estudo em causa, foi possível esmiuçar a relação entre envelhecimento e despesa em saúde, não parecendo estabelecer-se uma correlação positiva forte entre as variáveis. O envelhecimento da população não parece ser, enquanto variável independente, um dos principais determinantes da despesa em saúde, contribuindo, na generalidade dos países, para um aumento da despesa em saúde mais reduzido do que é comumente referido. Os estudos que apresentavam um peso maior para o envelhecimento da população, por norma, não desagregavam o impacto do período anterior à morte, que tende a acontecer em idades mais avançadas, e que é fundamental para aferir o impacto da idade e do envelhecimento na despesa em saúde.

Assim, a sustentabilidade do SNS (Serviço Nacional de Saúde) e do sistema de saúde português não terá de ser colocada em causa pelo aumento do envelhecimento populacional, devendo estar dependente, sobretudo, do crescimento económico da economia portuguesa. Do ponto de vista estatístico, também não parece existir evidência para justificar o crescimento da despesa em saúde, em Portugal, nas últimas décadas, com o envelhecimento da população (Martins & Carvalho, 2014, p.210), devendo estar os três determinantes provenientes da área económica na origem deste aumento. É, portanto, pouco expectável que o esperado aumento na longevidade dos portugueses acarrete, no futuro, maiores gastos em saúde, algo que parece

²⁰ Outro indicador importante é a taxa de desemprego, que se encontra relativamente alinhada com o desempenho da economia. Se a economia não cresce é difícil criar mais emprego. O aumento do desemprego pode, portanto, acarretar uma menor capacidade para recolher receita fiscal e outras contribuições, elementos essenciais para financiar o orçamento da saúde e o próprio sistema de saúde nacional, pese embora o seu financiamento não se esgote em fontes públicas.

²¹ Os países que entraram nos últimos alargamentos da UE apresentavam um ponto de partida muito inferior aos restantes países já pertencentes à União, logo foram estes os países a apresentar taxas de crescimento mais elevadas, entre 2000 e 2012.

²² DE – Alemanha; AT – Áustria; BE – Bélgica; BG – Bulgária; CY – Chipre; HR – Croácia; DK – Dinamarca; SK – Eslováquia; SI – Eslovénia; ES – Espanha; EE – Estónia; FI – Finlândia; FR – França; GR – Grécia; HU – Hungria; IE – Irlanda; IT – Itália; LV – Letónia; LT – Lituânia; LU – Luxemburgo; MT – Malta; NL – Países Baixos; PL – Polónia; PT – Portugal; UK – Reino Unido; CZ – República Checa; RO – Roménia; SE – Suécia.

ser evidenciado pelas projecções estatísticas da despesa em saúde para a generalidade dos países da OCDE (Martins & Maisonneuve, 2013, p.20).

No entanto, ao se afirmar o reduzido impacte do envelhecimento, enquanto variável independente, na despesa em saúde, não se está a ignorar que o envelhecimento da população seja um elemento muito relevante para a gestão da saúde, desde logo porque as estatísticas revelam que a população idosa é aquela que mais utiliza os serviços de saúde, remetendo para a existência de serviços de saúde que possam responder às necessidades reais dos seus utentes (Estevens & Leão, 2012, p.259). É inevitável que, numa sociedade envelhecida, exista uma maior procura de cuidados e apoios, em serviços, profissionais ou medicamentos, sendo que isto corresponde a uma pressão acrescida que recai sobre o sistema de saúde português e, em particular, sobre o SNS. O envelhecimento da população representa uma maior pressão sobre o sistema de saúde nacional, em particular na obrigatoriedade de reestruturar e reorganizar a oferta de serviços de saúde, mas também implica uma nova forma de investir em saúde (Olshansky, Beard & Börsch-Supan, 2012, p.59). Face ao que foi mencionado, poder-se-á, ainda, considerar a existência de um impacte indirecto na despesa em saúde, na medida em que o envelhecimento pode influenciar outros determinantes da despesa em saúde, que são mais relevantes para o controlo da despesa em saúde (Medeiros & Schwierz, 2013, p.2), como a tecnologia e inovação médica. Efectivamente, parte da inovação tecnológica, desenvolvida com elevados custos, é direccionada e utilizada para e pelas pessoas idosas, mas estes custos deverão ser imputados ao desenvolvimento tecnológico e não à alteração das estruturas demográficas.

Tabela 5. Despesa em saúde num Portugal envelhecido: sumário

✓	Níveis de envelhecimento individual e demográfico portugueses enquadrados nos valores europeus;
✓	Maior representação feminina no grupo etário dos mais velhos, que é caracterizado por baixos níveis médios de escolaridade, com consequências na saúde;
✓	Tendência para aumento futuro do fenómeno de envelhecimento individual e demográfico da população portuguesa, sendo que os idosos do futuro apresentarão níveis de escolarização bastante mais elevados;
✓	Diferenciação substancial entre idosos não activos, do ponto de vista laboral, com saúde e idosos não activos com saúde, que deveria levar à formulação de um quarto grupo etário, para efeitos estatísticos;
✓	A saúde apresenta diferentes dimensões: física, psicológica e sociocultural, logo o envelhecimento também apresenta estas mesmas dimensões;
✓	Envelhecimento da população, na saúde, acontece ao nível dos utentes e dos profissionais;
✓	Envelhecimento da população acarreta potencial aumento da morbilidade, fruto de um aumento da incidência de doenças crónicas e situações de incapacidade;
✓	Envelhecimento da população implica maior aposta nos cuidados continuados e na integração dos cuidados de saúde;
✓	Despesa em saúde depende maioritariamente de determinantes socioeconómicos;
✓	Desigualdades de rendimento podem acarretar desigualdades no estado de saúde;
✓	Envelhecimento da população é um determinante secundário da despesa em saúde;
✓	Envelhecimento da população pode aumentar a procura por serviços, mas isso não implica necessariamente uma maior oferta de recursos, podendo a despesa não aumentar;
✓	Os principais desafios que o envelhecimento coloca no sector da saúde acontecem ao nível de uma nova organização da oferta de serviços e cuidados de saúde, tentando responder a uma população com diferentes necessidades.
✓	A idade com que se morre é mais relevante para a despesa em saúde do que o factor idade em si;
✓	O envelhecimento da população portuguesa explica uma parte muito reduzida do aumento da despesa em saúde, em Portugal, entre 1970 e 2012;
✓	O esperado aumento do envelhecimento da população portuguesa deverá representar um aumento dos gastos com cuidados continuados, mas não implicará necessariamente, no futuro, um acréscimo substancial dos níveis médios de despesa em saúde, estando estes dependentes da evolução dos principais determinantes da despesa em saúde.

Fonte: Elaboração própria.

Agradecimentos

O autor gostaria de agradecer os contributos dados pela Professora Doutora Teresa Ferreira Rodrigues e pelo Professor Doutor Giuliano Russo, bem como reconhecer que o presente artigo beneficiou dos comentários do/s revisor/es anónimo/s da Revista de Estudos Demográficos.

Referências bibliográficas

- ALMEIDA, M. (2014) A difícil relação entre envelhecimento biológico e doença. In: FONSECA, A. (coord.) *Envelhecimento, Saúde e Doença - novos desafios para a prestação de cuidados a idosos*. 1ª ed. Vialonga: Coisas de Ler Editora, pp.63-92.
- ANDRADE, J. S., SIMÕES, M. & DUARTE, A. (2013) Despesa pública em educação e saúde e crescimento económico: um contributo para o debate sobre as funções sociais do estado. *Estudos do Século XX*, 13, pp.181-206.
- BARROS, P. P. (2013a) *Economia da Saúde: conceitos e comportamentos*. 3ª ed. Coimbra: Almedina.
- BARROS, P. P. (2013b) *Pela Sua Saúde*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- BARROS, P. P., CRISTOVÃO, R. & GOMES, P. A. (2013) Portugal. In: SICILIANI, L., BOROWITZ, M. & MORAN, V. (ed.) *Waiting Time Policies in the Health Sector. What works?*. Paris: OECD Book.
- BARROS P. P., MACHADO, S. & SIMÕES, J. (2011) *Portugal: Health system review. Health Systems in Transition*, 13 (4), pp.1-156.
- BAUMOL, W. J. (1993) Health care, education and the cost disease: a looming crisis for public choice. *Public Choice*, 77 (1), pp.17-28.
- BERGER, L. & MAILLOUX-POIRIER, D. (ed.) (1995) *Pessoas Idosas. Uma Abordagem Geral*. 1ª ed. Lisboa: Lusodidacta.
- BLOOM, D. E. & CANNING, D. (2000) The Health and Wealth of Nations. *Science, New Series*, 287 (5456), pp.1207-1209.
- BOND, J. et al. (2014a) Ageing into the future. In: BOND, J. et al. (ed.) *Ageing in society: European perspectives on gerontology*. 3rd ed. London: SAGE Publications Ltd, pp.298-308.
- BOND, J. et al. (ed.) (2014b). *Ageing in society: European perspectives on gerontology*. 3rd ed. London: SAGE Publications Ltd.
- BREYER, F. & FELDER, S. (2006) Life expectancy and health care expenditures: a new calculation for Germany using the costs of dying. *Health Policy*, 75, pp.178-186.
- BREYER, F., COSTA-FONT, J. & FELDER, S. (2010) Ageing, health, and health care. *Oxford Review of Economic Policy*, 26, pp.674-690.
- BURNAY, R. P. & FERNANDES, A. A. (2012) Saúde e cuidados de saúde na população 50+ anos: uma análise de género a partir do INS. In: Associação Portuguesa de Demografia, *Livro de Resumos IV Congresso Português de Demografia*. Lisboa: Associação Portuguesa de Demografia, pp.148-158.
- BUSSE, R., GINNEKEN, E. & NORMAND, C. (2012) Re-examining the cost pressures on health systems. In: FIGUERAS, J. & MCKEE, M. (ed.) *Health Systems, Health, Wealth and Societal Well-being. Assessing the case for investing in health systems*. 1st ed. Berkshire: Open University Press, pp.37-60.
- CAMPOS, A. C. (2008) *Reformas da Saúde: o fio condutor*. 1ª ed. Coimbra: Almedina.
- CAMPOS, A. C. & SIMÕES, J. (coord.) (2014) *40 anos de abril na saúde*. 1ª ed. Coimbra: Almedina.
- CAMPOS, A. C. & SIMÕES, J. (2011) *O percurso da saúde: Portugal na Europa*. 1ª ed. Coimbra: Almedina.
- CANTAREROA, D. & LAGO-PEÑAS, S. (2010) The determinants of health care expenditure: a reexamination. *Applied Economics*, 17 (7), pp.723-726.

- CARMO, R. M. & CANTANTE, F. (2010) Múltiplas dualidades: o efeito território nas desigualdades de remuneração. In: CARMO, R. M. (org.) *Desigualdades Sociais 2010: Estudos e Indicadores*. 1ª ed. Lisboa: Editora Mundos Sociais, pp.5-14.
- CARREIRA DA SILVA, F. (2013) *O Futuro do Estado Social*. 1ª ed. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- CARRION-I-SILVESTRE, J. L. (2005) Health care expenditure and GDP: are they broken stationary?. *Journal of Health Economics*, 24, pp.839-854.
- CASTLES, F. G. (2003) The world turned upside down: below replacement fertility, changing preferences and family-friendly public policy in 21 OECD countries. *Journal of European Social Policy*, 13 (3), pp.209-227.
- CAVELAARS, A. E. J. M. et al. (1998) Differences in self-reported morbidity by educational level: a comparison of 11 Western European countries. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 52 (4), pp. 219-227.
- CHRISTENSEN, K. et al. (2009) Ageing populations: the challenges ahead. *The Lancet*, 374 (9696), pp.1196-1208.
- CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA PORTUGUESA (2005) [Online] Assembleia da República. Disponível em: <http://www.parlamento.pt/Legislacao/Paginas/ConstituicaoRepublicaPortuguesa.aspx> [Consultado: 1 de Março de 2015].
- CONSTITUTION OF THE WORLD HEALTH ORGANIZATION (2006) [Online] World Health Organization. Disponível em: http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf [Consultado: 1 de Março de 2015].
- COSTA-FONT, J. & PONS-NOVELL, J. (2007) Public health expenditure and spatial interactions in a decentralized national health system. *Health Economics*, 16, pp.291-306.
- CRIVELLI, L., FILIPPINI, M. & MOSCA, I. (2005) Federalism and regional in health care expenditures: an empirical analysis for the Swiss cantons. *Health Economics*, 10 (1), pp.20-26.
- CULYER, A. J. & NEWHOUSE, J. P. (2000) Introduction: The State and Scope of Health Economics. In: CULYER, A. J. & NEWHOUSE, J. P. (ed.) *Handbook of Health Economics*. Volume 1A. 1ª ed. Amsterdam: Elsevier Science, pp.1-10.
- DIÁRIO DA REPÚBLICA (2014) Portaria n.º 82/2014 de 10 de Abril [Online] Ministério da Saúde. Disponível em: https://www.ers.pt/uploads/document/file/4190/Port.n.82_2014_de_10_de_abril_Estabelece_os_crit_rios_que_permitem_categorizar_os_servi_os_e_estabelecimentos_do_SNS_..._pdf [Consultado: 2 de março de 2015].
- DI MATTEO, L. (2005) The macro determinants of health expenditure in the United States and Canada: assessing the impact of income, age distribution and time. *Health Policy*, 71, pp.23-42.
- DUSSAULT, G. et al. (2014) Os Recursos Humanos da Saúde. In: CAMPOS, A. C. & SIMÕES, J. (coord.) *40 anos de abril na saúde*. 1ª ed. Coimbra: Almedina, pp.163-183.
- ESTEVEENS, J. (2015) «Envelhecimento e despesa em saúde: o caso português (1970-2014)». Dissertação de mestrado apresentada na Faculdade de Ciências Sociais e Humanas da Universidade Nova de Lisboa.
- ESTEVEENS, J. & MARTINS, M. R. O. (2014) Despesa em saúde e envelhecimento: Portugal no contexto europeu. In: RODRIGUES, T. F. & MARTINS, M. R. O. (coord.) *Envelhecimento e Saúde: prioridades políticas num Portugal em mudança*. 1ª ed. Lisboa: Instituto Hidrográfico, pp.211-232.
- ESTEVEENS, J. & LEÃO, C. (2012) Idosos e Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados: assimetrias ou proporcionalidades regionais. In: Associação Portuguesa de Demografia, *Livro de Resumos IV Congresso Português de Demografia*. Lisboa: Associação Portuguesa de Demografia, pp.258-264.
- EUROPEAN COMMISSION (2014) *The 2015 Ageing Report. Underlying Assumptions and Projection Methodologies*. Brussels: European Commission - Directorate-General for Economic and Financial Affairs.

EUROPEAN COMMISSION (2012) *The 2012 Ageing Report: Economic and budgetary projections for the EU27 Member States (2010-2060)*. Brussels: European Commission - Directorate-General for Economic and Financial Affairs.

FERNANDES, A. A. (2014) Saúde, doença e (r)evolução demográfica. In: FONSECA, A. (coord.) *Envelhecimento, Saúde e Doença - novos desafios para a prestação de cuidados a idosos*. 1ª ed. Vialonga: Coisas de Ler Editora, pp.9-30.

FERNANDES, A. A. (2008) *Questões demográficas: demografia e sociologia da população*. 1ª ed. Lisboa: Edições Colibri.

FERREIRA, P. M. (2012) Envelhecimento, composição familiar e apoios sociais. In: Associação Portuguesa de Demografia, *Livro de Resumos IV Congresso Português de Demografia*. Lisboa: Associação Portuguesa de Demografia, pp.145-147.

FERRINHO, P. et al. (2014) O percurso dos fatores determinantes da saúde. In: CAMPOS, A. C. & SIMÕES, J. (coord.) *40 anos de abril na saúde*. 1ª ed. Coimbra: Almedina, pp.93-128.

FIGUERAS, J. et al. (2012) Health Systems, Health, Wealth and Societal Well-being. In: FIGUERAS, J. & MCKEE, M. (ed.) *Health Systems, Health, Wealth and Societal Well-being. Assessing the case for investing in health systems*. 1st ed. Berkshire: Open University Press, pp.1-18.

FONSECA, A. (coord.) (2014) *Envelhecimento, Saúde e Doença - novos desafios para a prestação de cuidados a idosos*. 1ª ed. Vialonga: Coisas de Ler Editora.

GALOR, O. (2005) The Demographic Transition and the Emergence of Sustained Economic Growth. *Journal of the European Economic Association*, 3 (2-3), pp.494-504.

GOVERNO DE PORTUGAL (2015b) Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. [Online] Administração Central do Sistema de Saúde. Disponível em: http://www.acss.min-saude.pt/DepartamentoseUnidades/DepartamentoGest%C3%A3oRedeServi%C3%A7RecursoemSa%C3%BAde/CuidadosContinuadosIntegrados/___OndeEstamos/tabid/1152/language/pt-PT/Default.aspx [Consultado: 25 de Março de 2015].

GOVERNO DE PORTUGAL (2013) Conceito Estratégico de Defesa Nacional. [Online] Diário da República Eletrónico. Disponível em: <https://dre.pt/application/file/259983>. [Consultado: 12 de Fevereiro de 2015].

GOVERNO DE PORTUGAL (2012) Plano Nacional de Saúde 2012-2016. [Online] Direcção-Geral da Saúde. Disponível em: <http://pns.dgs.pt/pns-versao-completa/>. [Consultado: 28 de Março de 2015].

GRAY, A. (2005) Population Ageing and Health Care Expenditure. [Online] Oxford Institute of Ageing. Disponível em: <http://www.ageing.ox.ac.uk/files/AH%20%20Gray.pdf>. [Consultado: 3 de março de 2015].

HARPER, S. (2013) Ageing Societies. [Online] Google Books. Disponível em: <https://books.google.pt/books?id=lpd9AwAAQBAJ&pg=PA314&lpg=PA314&dq=sarah+harper+publications+ageing+societies&source=bl&ots=R458bRDCN5&sig=srFZEfhVzjLbmwD47mR5oh0G1-0&hl=pt-PT&sa=X&ei=tkr4VizAGsvoUvf1gsgE&ved=0CFwQ6AEwCA#v=onepage&q=sarah%20harper%20publications%20ageing%20societies&f=false> [Consultado: 27 de Fevereiro de 2015].

HENRIQUES, F. C. & RODRIGUES, T. F. (2010) Essay on Ageing and Health projections in Portugal [Online] UNECE. Disponível em: <http://www.unece.org/fileadmin/DAM/stats/documents/ece/ces/ge.11/2010/wp.6.e.pdf> [Consultado: 28 de Fevereiro de 2015].

HOGAN, C. et al. (2001) 'Medicare Beneficiaries' Cost of care in the last year of life. *Health Affairs*, 20, pp.188-195.

INE (2014) Projeções de população residente 2012-2060. [Online] Instituto Nacional de Estatística. Disponível em: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaquese&DESTAQUESdest_boui=208819970&DESTAQUESmodo=2&xlang=pt [Consultado: 25 de Março de 2015].

- INE (2009) *Inquérito Nacional da Saúde 2005/2006*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística.
- INE (2002) O Envelhecimento em Portugal: Situação demográfica e socio-económica recente das pessoas idosas. *Revista de Estudos Demográficos*, 32, pp.185-208.
- JACKSON, R. & HOWE, N. (2008) *The Graying of the Great Powers*. Washington DC: Center for Strategic and International Studies.
- JARDIM, S. V. & GRILO, D. (2014) A União Europeia e as políticas de saúde em Portugal. In: CAMPOS, A. C. & SIMÕES, J. (coord.) *40 anos de abril na saúde*. 1ª ed. Coimbra: Almedina, pp.321-363.
- KICKBUSH, I. (2006) The need for a European strategy on global health. *Scand J Public Health*, 34, pp.561–565.
- KOPLAN, J. P. et al. (2009) Towards a common definition of global health. *Lancet*, 393 (9679), pp.1993-1995.
- LEUPRECHT, C. & GOLDSTONE, J. (2013) Political Demography. [Online] E-International Relations. Disponível em: <http://www.e-ir.info/2013/02/23/political-demography/> [Consultado: 2 de Abril de 2015].
- LUBITZ, J. & RILEY, G. (1993) Trends in Medicare payments in the Last Year of Life. *New England Journal of Medicine*, 328, pp.1092-1096.
- MACKENBACH, J. (2006) «Health Inequalities: Europe in profile». Independent Expert Report.
- MACKENBACH, J. & KUNST, A. (2012) Evidence for strategies to reduce socioeconomic inequalities in health in Europe. In: FIGUERAS, J. & MCKEE, M. (ed.) *Health Systems, Health, Wealth and Societal Well-being. Assessing the case for investing in health systems*. 1ª ed. Berkshire: Open University Press, pp.153-174.
- MALMBERG, B. (2006) Global Population Ageing, Migration and European External Policies. [Online] Biblioteca ESEC. Disponível em: http://biblioteca.esec.pt/cdi/ebooks/docs/Global_population.pdf [Consultado: 2 de Março de 2015].
- MARQUES, S. (2011) *Discriminação da Terceira Idade*. 1ª ed. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- MARTÍN, J. J., GONZÁLEZ, M. P. & GARCÍA, M. D. (2011) Review of the literature on the determinants of healthcare expenditure. *Applied Economics*, 43, pp.19-46.
- MARTINS, J. O. & MAISONNEUVE, C. (2013) «Public spending on health and long-term care: a new set of projections». Economics Department Working Papers No. 1048. OECD.
- MARTINS, J. O. & MAISONNEUVE, C. (2006) «The drivers of public expenditure on health and long-term care: an integrated approach». OECD Economic Studies, 43, pp.115-154.
- MARTINS, M. R. O. & CARVALHO, A. (2014) Contas Nacionais de Saúde. In: RODRIGUES, T. F. & MARTINS, M. R. O. (coord.) *Envelhecimento e Saúde: prioridades políticas num Portugal em mudança*. 1ª ed. Lisboa: Instituto Hidrográfico, pp.177-210.
- MARTINS, M. R. O. & RODRIGUES, I. (2014) Projeções de indicadores de saúde (2010-2030). In: RODRIGUES, T. F. & MARTINS, M. R. O. (coord.) *Envelhecimento e Saúde: prioridades políticas num Portugal em mudança*. 1ª ed. Lisboa: Instituto Hidrográfico, pp.139-174.
- MARTINS, M. R. O., RODRIGUES, I. & RODRIGUES, T. F. (2014) A importância da educação. Os níveis de escolaridade dos portugueses (2010-2030). In: RODRIGUES, T. F. & MARTINS, M. R. O. (coord.) *Envelhecimento e Saúde: prioridades políticas num Portugal em mudança*. 1ª ed. Lisboa: Instituto Hidrográfico, pp.103-138.
- MARTINS, M. R. O., RODRIGUES, I. & RODRIGUES, T. F. (2014) Projecting Health Outcomes for Portuguese Ageing Population: Challenges and Opportunities. *Health*, 6, pp.1874-1882.

- MATEUS, C. & MOURA, A. (2014) A investigação em economia da saúde. In: CAMPOS, A. C. & SIMÕES, J. (coord.) *40 anos de abril na saúde*. 1ª ed. Coimbra: Almedina, pp.255-271.
- MCINNES, C. & LEE, K. (2012) *Global Health And International Relations*. 1st ed. Cambridge: Polity Press.
- MEDEIROS, J. & SCHWIERZ, C. (2013) Estimating the drivers and projecting long-term public health expenditure in the European Union: Baumol's «cost disease» revisited. [Online] European Commission. Disponível em: http://ec.europa.eu/economy_finance/publications/economic_paper/2013/ecp507_en.htm [Consultado: 2 de Março de 2015].
- MIGUEL, J. P. & BUGALHO, M. (2002) Economia da saúde: novos modelos. *Análise Social*, XXXVIII (166), pp.51-75.
- MOREIRA, M. J. G. & HENRIQUES, F. C. (2014) Mudanças demográficas e estado de saúde em Portugal entre 1970 e 2013. In: RODRIGUES, T. R. & MARTINS, M. R. O. (coord.) *Envelhecimento e Saúde: prioridades políticas num Portugal em mudança*. 1ª ed. Lisboa: Instituto Hidrográfico, pp.71-100.
- MOREIRA, M. J. G. & VIEGAS, T. R. (2005) Modelos de Mortalidade em Portugal. *Ler História*, 49, pp.145-169.
- NAZARETH, J. M. (2007) *Demografia – A Ciência da População*. 2ª ed. Queluz de Baixo: Editorial Presença.
- NAZARETH, J. M. (1979) *O envelhecimento da população portuguesa*. 2ª ed. Queluz de Baixo: Editorial Presença.
- NOLTE, E. & MCKEE, M. (2004) *Does health care save lives? Avoidable mortality revisited*. London: The Nuffield Trust.
- NOSSA, P. N. & RODRIGUES, V. T. (2012) Diferenças de género na saúde dos seniores europeus - O contributo do SHARE na determinação /compreensão da realidade portuguesa (Wave#4). In: Associação Portuguesa de Demografia, *Livro de Resumos IV Congresso Português de Demografia*. Lisboa: Associação Portuguesa de Demografia, pp.64-65.
- OCDE (1995) «Nouvelles Orientations dans la Politique de Santé». *Études Politiques de Santé*, 7.
- OECD (2014) *Health at a Glance: Europe 2014*. Paris: OECD Publishing.
- OECD (2013) *Health at a Glance 2013: OECD Indicators*. Paris: OECD Publishing.
- OECD (2006) Projecting OECD health and long-term care expenditures: what are the main drivers?. [Online] OECD. Disponível em: <http://www.oecd.org/eco/public-finance/36085940.pdf> [Consultado: 2 de março de 2015].
- OECD (2000) A System of Health Accounts. [Online] OECD. Disponível em: <http://www.oecd.org/health/health-systems/21160591.pdf> [Consultado: 26 de Março de 2015].
- OLIVEIRA, M., VIEIRA, C. & VIEIRA, I. (2012) Envelhecimento populacional e sustentabilidade das finanças públicas: análise dos determinantes demográficos, económicos e sociais dos anos médios de vida saudável na União Europeia. In: Associação Portuguesa de Demografia, *Livro de Resumos IV Congresso Português de Demografia*. Lisboa: Associação Portuguesa de Demografia, pp.322-324.
- OLSHANSKY, J., BEARD, J. & BORSCH-SUPAN, A. (2012) The Longevity Dividend: Health as an Investment. In: BEARD, J. et al. (ed.) *Global Population Ageing: Peril or Promise?*. Geneva: World Economic Forum, pp.57-60.
- PARKER, M. G. & THORSLUND, M. (2007) Health trends in the elderly population: getting better and getting worse. *Gerontologist*, 47 (2), pp.150-158.
- PIERSON, P. (2002) Coping with permanent austerity : welfare state restructuring in affluent democracies. *Revue française de sociologie*, 43 (2), pp.369-406.

PRZYWARA, B. & COSTELLO, D. (2008) Health-Care Expenditure Projections: Results, Policy Conclusions and Recommendations for Future Work. [Online] European Commission. Disponível em: http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=1997199 [Consultado: 2 de Março de 2015].

RECHEL, B. et al. (2013) Ageing in the European Union. *The Lancet*, 381 (9874), pp.1312-1322.

RECHEL, B. et al. (2009) *How can health systems respond to population ageing?*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe and European Observatory on Health Systems and Policies.

RNCCI (2014) Monitorização da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) 2013. [Online] ACSS. Disponível em: <http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/Monitoriza%C3%A7%C3%A3o%20da%20RNCCI%202013%20-%20Relat%C3%B3rio%20Anual%20fevereiro%202014%20FINAL.PDF> [Consultado em 29 de Março de 2015]

RODRIGUES, T. F. (2015) Population Dynamics: Demography Matters. In: RODRIGUES, T., PEREZ, R. G. & FERREIRA, S. S. (ed.) *Globalization and international security: an overview*. 1st ed. New York: Nova Science Publishers, pp.33-50.

RODRIGUES, T. F. (2010a) *Dinâmicas migratórias e Riscos de Segurança em Portugal*. IDN Cadernos nº2. Lisboa: Instituto de Defesa Nacional.

RODRIGUES, T. F. (2010b) Espaços e Populações do século XXI. [Online] Janus Online. Disponível em: http://www.janusonline.pt/arquivo/popups2010/2010_2_1.pdf [Consultado em 2 de Abril de 2015]

RODRIGUES, T. F. & MARTINS, M. R. O. (coord.) (2014) *Envelhecimento e Saúde: prioridades políticas num Portugal em mudança*. 1ª ed. Lisboa: Instituto Hidrográfico.

RODRIGUES, T. F. & XAVIER, A. I. (2013) Reconcetualizar a segurança e a defesa nacional: o futuro e a importância do factor demográfico. *Revista de Ciências Militares*, 1 (1), pp.49-70.

ROSA, M. J. V. (2012) *O Envelhecimento da Sociedade Portuguesa*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.

ROSA, M. J. V. & CHITAS, P. (2013) *Portugal e a Europa: os Números*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.

ROSA, M. J. V. & CHITAS, P. (2010) *Portugal: os Números*. 2ª ed. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.

SANTANA, P. (2014) A Saúde dos Portugueses. In: CAMPOS, A. C. & SIMÕES, J. (coord.) *40 anos de abril na saúde*. 1ª ed. Coimbra: Almedina, pp.69-92.

SANTANA, P. (2005) *Geografias da Saúde e do Desenvolvimento - Evolução e Tendências em Portugal*. 1ª ed. Coimbra: Almedina.

SHANG, B. & GOLDMAN, D. (2007) Does Age or Life-expectancy Better Predict Health Care Expenditures?. *Health Economics*, 17 (4), pp.487-501.

SIMÕES, J., BARROS, P. P. & PEREIRA, J. (2007) *A sustentabilidade financeira do Serviço Nacional de Saúde*. Lisboa: Ministério da Saúde – Secretaria-Geral.

SIMÕES, N. et al. (2013) «Measurement and Determinants of Health Poverty and Richness – Evidence from Portugal». BRU-IUL Working Paper Series Nº 13-8. ISCTE-IUL.

SORENSEN, C., DRUMMOND, M. & KHAN, B. B. (2013) Medical technology as a key driver of rising health expenditure: disentangling the relationship. *ClinicoEconomics and Outcomes Research*, 5, pp.223-234.

- STUAR-HAMILTON, I. (ed.) (2011) *An introduction to Gerontology*. 1st ed. Cambridge: Cambridge University Press.
- THOMSON, S. et al. (2014) *Economic crisis, health systems and health in Europe: impact and implications for policy*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe and European Observatory on Health Systems and Policies.
- UNITED NATIONS (2013) *World Population Prospects. The 2012 Revision. Volume I: Comprehensive Tables*. Department of Economic and Social Affairs, Population Division. New York: United Nations.
- UNITED NATIONS DEVELOPMENT PROGRAMME (1994) *Human Development Report 1994*. New York, Oxford: Oxford University Press.
- UNITED NATIONS HUMAN RIGHTS (1966) International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights. [Online] The Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights. Disponível em: <http://www.ohchr.org/EN/ProfessionalInterest/Pages/CESCR.aspx> [Consultado: 25 de Março de 2015].
- VARELA, R. & GUEDES, R. (2013) Despesa pública em educação e saúde e crescimento económico: um contributo para o debate sobre as funções sociais do estado. *Estudos do Século XX*, 13, pp.221-242.
- WERBLOW, A., FELDER, S. & ZWEIFEL, P. (2007) Population ageing and health care expenditure: a school of 'red herrings'?. *Health Economics*, 16, pp.1109-1126.
- WESTENDORP, R. & KIRKWOOD, T. (2014) The biology of ageing. In: BOND, J. et al. (ed.) *Ageing in society: European perspectives on gerontology*. 3rd ed. London: SAGE Publications Ltd, pp. 15-37.
- WESTERHOUT, E. & PELLIKAAN, F. (2005) Can We Afford to Live Longer in Better Health?, [Online] European Network of Economic Policy Research Institutes. Disponível em: <https://www.ceps.eu/publications/can-we-afford-live-longer-better-health> [Consultado: 4 de Março de 2015].
- WILSON, C. (2006) The century ahead. *Daedalus*, 135 (1), pp.5-8.
- WILSON, C. (2001) On the Scale of Global Demographic Convergence 1950–2000. *Population and Development Review*, 27 (1), pp.155-171.
- WORLD ECONOMIC FORUM (2012) *Global Population Ageing: Peril or Promise?*. Geneva: World Economic Forum.
- WHO (2014) World Health Statistics 2014. Global health indicators. [Online] WHO. Disponível em: http://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/EN_WHS2014_Part3.pdf [Consultado: 26 de Março de 2015].
- WHO (2013a) Health Impact Assessment (HIA): the determinants of health. [Online] WHO. Disponível em: <http://www.who.int/hia/evidence/doh/en/> [Consultado: 25 de Março de 2015].
- WHO (2013b) *A universal truth: no health without a workforce*. Genebra: WHO Press.
- WHO (2011) *Global Health and Aging*. Geneva: National Institute on Aging, National Institutes of Health and World Health Organization.
- WHO (2008) *Human Rights, Health and Poverty Reduction Strategies*. Geneva: United Nations Human Rights and World Health Organization.
- WHO (2004) *PRSPs: Their Significance for Health: second synthesis report*. Geneva: World Health Organization.

WHO (1946) Constituição da Organização Mundial da Saúde. [Online] World Health Organization. Disponível em: <http://www.who.int/about/mission/en/> [Consultado: 14 de Março de 2015].

ZWEIFEL, P., FELDER, S. & MEIERS, M. (1999). Ageing of population and health care expenditure: a red herring?. *Health Economics*, 8, pp.485-496.