

A diferença de esperança de vida entre homens e mulheres: Portugal de 1940 a 2007***

Neste artigo são analisadas as diferenças entre as esperanças de vida masculina e feminina, em Portugal de 1940 a 2007, com base na decomposição das contribuições de cada grupo etário e de cada causa de morte.

Em termos cronológicos, esta investigação mostra a importância do declínio da mortalidade dos mais jovens na evolução na esperança de vida até aos anos 80 e o significado da descida da mortalidade dos adultos e, em especial, dos idosos na época actual. Relativamente à disparidade de esperança de vida entre os sexos, a desigualdade dependeu fundamentalmente da *mortalidade* diferencial dos adultos e dos idosos.

Palavras-chave: mortalidade; esperança de vida; contribuições por idade; contribuições por causa de morte.

Gender gap in life expectancy: Portugal between 1940 and 2007

This research examines life-expectancy differences between men and women in Portugal from 1940 to 2007, based on decomposition methods by age and causes of death.

Until the 1980s the contribution from mortality decline among younger ages is very significant, but today the main drivers in life-expectancy gains are adult and elderly mortality decreases. On the contrary, during the entire period, the gender gap in life expectancy was an outcome of the adult and elderly mortality differences.

Keywords: mortality; life expectancy; age contributions; cause of death contributions.

INTRODUÇÃO

Em Portugal, tal como na maioria dos países, a duração da vida humana é maior no sexo feminino do que no masculino. Nem sempre terá sido assim. Quando a dinâmica demográfica é marcada por uma mortalidade elevada, a

* ISCTE, Av. das Forças Armadas, 1649-026 Lisboa, Portugal. e-mail: isabel.oliveira@iscte.pt.

** CIDEHUS, Universidade de Évora, Palácio do Vimioso, apartado 94, 7002-554 Évora, Portugal. e-mail: mmendes@uevora.pt.

*** Estudo elaborado no âmbito do projecto PTDC/SDE/68126/2006, “O futuro da população portuguesa: a importância da estimação da mortalidade e das migrações ao nível regional”, financiado pela Fundação para a Ciência e Tecnologia (2007/2010), coordenado por Maria Filomena Mendes.

esperança de vida é semelhante nos dois sexos. O demorado e complexo progresso verificado na saúde das populações resultou num aumento sem precedentes da longevidade e, à medida que a esperança de vida das populações aumentou, a diferença entre os sexos acentuou-se.

A desigualdade na duração média da vida, favorável às mulheres, é visível nos países ocidentais durante todo o século XX, embora a vantagem feminina se tenha iniciado mais cedo (Tabutin e Willems, 1998). Se considerarmos apenas alguns dos países europeus, podemos observar que no início do século XX a discrepância da duração média da vida entre homens e mulheres se situava entre 2 e 4 anos (excepto em Itália, onde este valor era tendencialmente mais baixo). Meio século depois, a divergência acentuou-se na maioria dos países, situando-se em torno dos 2,5 a 5 anos. No início dos anos 70, a vantagem feminina aumentou para valores entre os 5 e os 7 anos.

**Diferença na esperança de vida à nascença entre os sexos
em alguns países da Europa**

[QUADRO N.º 1]

	1900	1950	1970	2000
Áustria	—	5,1	6,9	6,0
Bélgica	3,6	5,1	6,3	6,3
Dinamarca	3,3	2,4	5,1	4,7
Inglaterra e Gales	3,9	4,8	6,3	4,7
França	3,6	5,8	7,4	7,5
Itália	0,2	3,5	5,8	5,9
Holanda	2,8	2,3	5,7	5,0
Noruega	3,4	3,3	6,3	5,4
Espanha	1,9	4,9	5,6	6,9
Suécia	1,9	2,6	5,0	4,6
Suíça	2,7	4,4	6,1	5,7
Portugal	3,6	5,2	6,2	7,0

Fonte: *Human Mortality Database*. O valor para a Espanha em 1900 refere-se a 1908. No caso português, em 1900, a diferença baseia-se nos dados apresentados por Veiga, Moreira e Fernandes (2004).

O aumento da longevidade das populações parece estar associado à tendência para o aumento da desigualdade de esperanças de vida entre os sexos. A vantagem feminina, na saúde, parecia emergir à medida que as condições de vida melhoravam e a sua posição social também — tudo aponta para que o sexo feminino tenha sido mais favorecido pela transição epidemiológica (Omran, 1971).

A maior sobrevivência feminina está associada a múltiplos factores de natureza biológica e social. Meslé e Vallin (2002) sintetizam um conjunto de vantagens femininas de natureza biológica, cujo maior impacto se traduz na

maior resistência face às doenças do aparelho circulatório e ao processo de envelhecimento, mas discute também os factores comportamentais associados à desigualdade de esperanças de vida. Apesar de muitos dos comportamentos masculinos e femininos serem cada vez mais similares, essa semelhança é relativa. O trabalho feminino tende a acontecer em profissões de menor risco para a saúde, o consumo de tabaco e álcool é mais moderado, a condução mais prudente e, finalmente, a relação com a medicina é mais próxima.

A vantagem feminina tornou-se cada vez mais acentuada, até que, em finais do século XX, são notados os primeiros indícios de estabilização e, depois, de diminuição da desigualdade entre as esperanças de vida feminina e masculina (Trovato e Lulu, 1996a, 1996b e 1998; Meslé, 2004). Numa investigação recente, Gleit e Horiuchi (2007) examinam o longo período de aumento e a recente diminuição da distância de esperança de vida entre os sexos: nos anos 70, a diminuição da discrepância entre as esperanças de vida ocorreu em alguns países do Norte da Europa e na América do Norte; nos anos 80, esta tendência generalizou-se à maioria dos países da Europa; mais tarde, nos anos 90, a diminuição do diferencial entre os sexos chega aos países da Europa do Sul e de Leste. De entre os países analisados, encontram-se ainda alguns casos em que as diferenças não mostram qualquer tendência para a diminuição.

Início da tendência para a diminuição da diferença de esperanças de vida

[QUADRO N.º 2]

Anos 70
Canadá (1979), EUA (1976), Finlândia (1978), Inglaterra e Gales (1972).

Anos 80
Austrália (1981), Áustria (1983), Alemanha Ocidental (1981), Dinamarca (1982), Holanda (1983), Islândia (1984), Noruega (1987), Nova Zelândia (1980), Suécia (1980).

Anos 90 ou depois
Alemanha de Leste (1995), Bélgica (1996), Bulgária (1996), Espanha (1997), França (1993), Hungria (1995), Itália (1992), Letónia (1995), Portugal (1997), República Checa (1991), Eslováquia (2001), Suíça (1992).

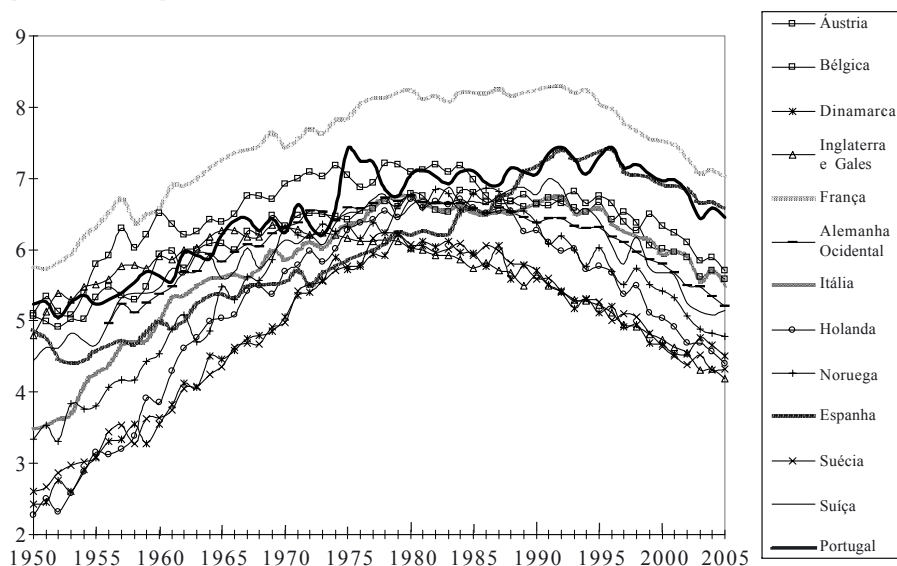
Não se verificou a tendência para a diminuição da diferença: Japão, Lituânia, Rússia, Ucrânia.

Fonte: Adaptado a partir de Gleit e Horiuchi (2007).

Apesar de nos países desenvolvidos se ter generalizado a tendência para a diminuição da desigualdade entre as esperanças de vida feminina e masculina, as discrepâncias são ainda muito expressivas. Na maioria dos países da Europa ocidental, as mulheres vivem, em média, hoje em dia entre 4 e 7 anos mais do que os homens, como se pode verificar no gráfico n.º 1.

Diferença de esperança de vida entre os sexos em alguns países da Europa
(1950-2005)

[GRÁFICO N.º 1]



Fonte: *Human Mortality Database*

Actualmente, a França, a Espanha e Portugal são os países que apresentam maiores desigualdades entre as esperanças de vida feminina e masculina¹. Paradoxalmente, esta associação não está ligada aos níveis de esperança de vida da população: tanto a Espanha como a França fazem parte dos países europeus com maior esperança de vida, enquanto Portugal é o país da Europa ocidental com esperança de vida mais baixa tanto para os homens como para as mulheres.

Recordemos que a esperança de vida à nascença corresponde à duração média da vida de uma população, de acordo com as condições de mortalidade observadas num dado momento do tempo. Não corresponde à duração média da vida de nenhuma geração em concreto, pois para calcular esse valor seria necessário aguardar que todos os indivíduos dessa geração tivessem morrido, e só então poderíamos proceder ao referido cálculo. A análise longitudinal, ou por geração, limitar-nos-ia, nos dias de hoje, a calcular a esperança de vida somente para as gerações nascidas em finais do século XIX-inícios do século XX. Assim, a alternativa usual consiste no cálculo da esperança de vida numa

¹ Em toda esta investigação, a análise reporta-se à diferença de esperança de vida à nascença, e não em qualquer outra idade, mesmo que tal não seja sempre especificado.

perspectiva transversal ou de momento: as taxas de mortalidade por idade e as correspondentes probabilidades de sobrevivência observadas nesse período, são utilizadas sobre uma geração imaginária que sobreviveria de acordo com o padrão de mortalidade observado. O processo de extinção dessa geração imaginária é traduzido numa tábua de mortalidade, a partir da qual se calcula a esperança de vida à nascença.

A esperança de vida à nascença é o indicador com maior significado na análise da mortalidade das populações porque expressa, de forma rigorosa e sintética, as condições de saúde das populações em cada momento do tempo. A vantagem do cálculo da esperança de vida em transversal é, em termos comparativos, obviamente, superior à do cálculo em longitudinal. Possibilita as comparações de populações actuais entre países ou regiões, mas também a comparação de populações entre diferentes momentos do tempo. Permite comparar os efeitos de diferentes condições gerais de saúde sobre a mortalidade das populações em função do sexo e da idade dos indivíduos.

Esta investigação tem como objecto a análise da diferença de esperança de vida à nascença entre homens e mulheres em Portugal desde 1940 e baseia-se na decomposição das contribuições do declínio da mortalidade em cada idade para a desigualdade observada na duração média da vida.

Numa primeira fase, de natureza cronológica, é abordado o progresso da esperança de vida em cada um dos sexos, e só posteriormente é efectuada uma análise da evolução da divergência de esperança de vida entre homens e mulheres.

Numa segunda etapa, centrada na actualidade, é examinada a diferença de duração da vida com base no mesmo tipo de metodologia, mas estendida às contribuições das principais causas de morte. A vantagem feminina na esperança de vida e a actual tendência para a recuperação masculina são discutidas em função do processo de concentração da morte nas idades mais avançadas e das diferenças na diminuição da mortalidade em cada um dos sexos.

A EVOLUÇÃO DA ESPERANÇA DE VIDA EM PORTUGAL

Em Portugal, as abordagens demográficas sobre a mortalidade foram objecto de muitas investigações (Baptista, 2007). De entre os estudos sobre a realidade actual são de destacar a análise das causas de mortalidade (Morais, 2002), a abordagem da evolução da esperança de vida associada às condições de vida (Veiga, Moreira e Fernandes, 2004), a análise da mortalidade numa perspectiva diferencial, segundo o sexo e o estado civil (Fernandes, 2007), mas também os riscos particulares da população jovem

(Lages, 2007) e ainda a abordagem da diversidade regional na mortalidade e na saúde (Morais, 2001; Santana, 2002, 2004 e 2005).

Numa perspectiva metodológica similar à desta investigação, devemos destacar o trabalho de Canudas-Romo *et al.* (2008), no qual as diferenças de esperança de vida entre Portugal e a Espanha são analisadas de forma a perceber a contribuição da mortalidade, nas várias idades, para a disparidade entre a duração da vida nas populações espanhola e portuguesa. Como não poderia deixar de acontecer, a presente análise confirma muitos dos resultados das investigações anteriores, realizadas com outros objectivos.

A análise da desigualdade de esperança de vida entre homens e mulheres deve ser precedida de uma primeira abordagem sobre a evolução deste indicador em cada um dos sexos, de *per si*, de forma a perceber as principais fases de evolução e as suas características. Nesta análise iremos decompor os acréscimos na esperança de vida em função dos ganhos na saúde verificados nas várias fases do ciclo de vida dos indivíduos. Isto é: quanto é que a redução das taxas de mortalidade em cada idade contribuiu para o aumento da esperança de vida à nascença.

**Evolução da esperança de vida para homens e mulheres
em Portugal**

[QUADRO N.º 3]

Data	Homens	Aumento	Mulheres	Aumento
1940	49,1		53,6	
1950	55,8	6,7	61,0	7,4
1960	61,3	5,5	66,9	5,9
1970	63,9	2,6	70,1	3,2
1980	68,1	4,2	75,2	5,1
1990	70,6	2,5	77,7	2,5
2000	73,3	2,7	80,3	2,6
2005	74,9	1,6	81,3	1,0
2007	75,9	1,0	82,2	0,9

Fonte: *Human Mortality Database*.

Na última metade do século xx, de 1950 até 2000, a esperança de vida em Portugal subiu de 55,8 para 73,3 anos no caso masculino e de 61 para 80,3 anos no caso feminino. O aumento verificado, respectivamente de 17,5 e 20,3 anos, não aconteceu de forma uniforme: nos anos 40 e 50 os ganhos de esperança de vida foram fortíssimos, geralmente acima dos 6 anos de vida por cada 10 anos de calendário. Nos anos 60 assiste-se a uma diminuição do ritmo verificado nas décadas anteriores; nos anos 70, o aumento da esperança de vida ganhou novamente algum fôlego, com valores mais baixos, mas ainda relativamente próximos dos registados em meados do século.

A partir de 80, a luta contra a mortalidade continua a mostrar uma evolução muito favorável, mas a um ritmo mais suave.

Nos primeiros anos do século XXI, a esperança de vida continua a aumentar a um ritmo significativo. No sexo masculino o aumento é de 2,6 anos entre 2000 e 2007 (em termos anuais, corresponde a um ganho médio anual de 0,37), quando nos períodos anteriores as melhorias na duração da vida eram mais lentas. No caso feminino, o ritmo mantém-se idêntico — nos primeiros 7 anos deste século o aumento é de 1,9 anos, ou seja, em termos anuais, o ganho é de 0,27, similar ao registado nas últimas décadas do século XX.

Nesta análise, o número de anos de diferença de esperança de vida à nascença é decomposto de forma a particularizar o número de anos de vida ganhos a partir do declínio específico da mortalidade em cada idade.

Este tipo de metodologia foi desenvolvido nos anos 80 por Pollard (1982) e Arriaga (1984). Embora apresentem uma especificação matemática distinta, os dois métodos baseiam-se na mesma racionalidade e produzem resultados praticamente idênticos (Preston, Heuveline e Guillot, 2001; Pollard, 1988; Castro, 2001).

Nesta análise optámos pelo método de Arriaga, por ser o que melhor se adequa ao tipo de dados publicados nas tábuas de mortalidade habituais, isto é, com dados discretos. Todos os cálculos efectuados tiveram como base os dados constantes da *Human Mortality Database*, uma vez que se trata da única base com tábuas de mortalidade para um período longo, calculadas exactamente segundo a mesma metodologia. Esta questão é particularmente importante, uma vez que a utilização de métodos de decomposição pode ser sensível às aproximações utilizadas no cálculo das tábuas². Para Portugal, a *Human Mortality Database* apresenta valores apenas a partir de 1940, pelo que esta análise se inicia exactamente nesse ano.

Este tipo de metodologia permite analisar a contribuição das diminuições da mortalidade, em cada idade, para o aumento da esperança de vida à

² O tipo de metodologia utilizado no artigo obriga a trabalhar sobre tábuas de mortalidade calculadas exactamente segundo o mesmo tipo de metodologia.

Para Portugal, existem cálculos de tábuas de mortalidade para períodos anteriores a 1940, mas foram calculados por diversos autores e segundo metodologias ligeiramente diferentes. Embora não afectem a ordem de grandeza dos valores da esperança de vida, têm repercussões nos valores intermédios que são utilizados nestes métodos de decomposição.

Assim, a opção mais rigorosa é a utilização de tábuas de mortalidade para as quais existe a garantia de que foram utilizadas sempre as mesmas regras de cálculo. A única fonte que reúne estas condições para um período relativamente longo é a *Human Mortality Database (HMD)*. Esta base de dados internacional está a servir, na actualidade, como fonte para a maioria dos trabalhos publicados nas revistas internacionais (quer nos artigos sobre um só país, quer nos de comparação entre países), por ser a mais fidedigna.

nascença nos vários períodos em estudo. Por exemplo, se entre dois momentos há um ganho de esperança de vida de 5 anos, podemos decompor este aumento total nos ganhos decorrentes da diminuição da mortalidade no primeiro ano de vida, entre o primeiro ano de vida e os 15 anos, e assim sucessivamente até às idades mais avançadas. Continuando com o mesmo exemplo, a diminuição da mortalidade no primeiro ano de vida poderia ter contribuído com um ganho de 1 ano para a esperança de vida total, a dos jovens entre o primeiro ano e até aos quinze anos com 2, etc. A soma das contribuições de todos os grupos etários corresponde ao aumento da esperança de vida à nascença, neste caso aos anteriormente referidos 5 anos.

Assim, uma forma habitual de apresentar os resultados destas análises é explicitando a contribuição de cada grupo etário em termos absolutos (em anos), ou em percentagem do total dos ganhos observados.

Vejam os resultados desta análise, aplicada à realidade portuguesa³.

Decomposição das contribuições para o aumento da esperança de vida

[QUADRO N.º 4]

a) Homens

Contribuição (anos)	1940-1950	1950-1960	1960-1970	1970-1980	1980-1990	1990-2000	2000-2005	2005-2007
0	2,07	1,09	1,50	2,64	1,06	0,45	0,21	0,00
1-14	2,24	1,85	0,88	0,66	0,30	0,22	0,10	0,06
15-29	0,48	1,12	-0,02	-0,13	0,00	0,34	0,37	0,12
30-44	0,68	0,77	0,12	0,18	0,04	-0,02	0,22	0,21
55-59	0,55	0,49	0,09	0,13	0,40	0,43	0,07	0,09
60-74	0,50	0,20	-0,01	0,54	0,46	0,81	0,45	0,21
75 e +	0,18	-0,03	0,04	0,20	0,28	0,41	0,16	0,29
<i>Diferença total</i>	6,70	5,50	2,60	4,22	2,54	2,65	1,59	0,98
Contribuição (anos)	1940-1950	1950-1960	1960-1970	1970-1980	1980-1990	1990-2000	2000-2005	2005-2007
0-14	4,31	2,94	2,38	3,30	1,36	0,67	0,32	0,06
15-59	1,71	2,39	0,19	0,18	0,44	0,75	0,66	0,42
60 e +	0,68	0,17	0,03	0,74	0,74	1,23	0,61	0,50
Contribuição (percentagem)	1940-1950	1950-1960	1960-1970	1970-1980	1980-1990	1990-2000	2000-2005	2005-2007
0-14	64,3	53,4	91,6	78,3	53,6	25,4	20,0	5,9
15-59	25,5	43,4	7,4	4,2	17,2	28,3	41,4	42,8
60 e +	10,2	3,1	1,0	17,5	29,2	46,3	38,6	51,4
<i>Total</i>	100	100	100	100	100	100	100	100

³ Parte dos resultados apresentados nestes dois quadros foi também obtida por Canudas-Romo *et al.* (2008) na análise sobre as disparidades entre a esperança de vida em Portugal e Espanha.

b) Mulheres

Contribuição (anos)	1940-1950	1950-1960	1960-1970	1970-1980	1980-1990	1990-2000	2000-2005	2005-2007
0	2,27	1,16	1,44	2,61	0,91	0,36	0,14	0,01
1-14	2,31	2,02	0,93	0,76	0,22	0,16	0,10	0,00
15-29	0,76	1,14	0,17	0,06	0,08	0,14	0,06	0,04
30-44	0,62	0,76	0,22	0,12	0,12	0,08	0,12	0,04
55-59	0,47	0,46	0,18	0,24	0,18	0,30	0,12	0,09
60-74	0,66	0,41	0,17	0,76	0,55	0,75	0,33	0,23
75 e +	0,34	-0,08	0,10	0,50	0,47	0,78	0,21	0,40
<i>Diferença total</i>	7,43	5,88	3,20	5,05	2,53	2,56	1,08	0,82
Contribuição (anos)	1940-1950	1950-1960	1960-1970	1970-1980	1980-1990	1990-2000	2000-2005	2005-2007
0-14	4,59	3,18	2,36	3,38	1,12	0,52	0,24	0,02
15-59	1,85	2,37	0,57	0,41	0,39	0,52	0,29	0,17
60 e +	0,99	0,33	0,27	1,26	1,02	1,53	0,54	0,63
Contribuição (percentagem)	1940-1950	1950-1960	1960-1970	1970-1980	1980-1990	1990-2000	2000-2005	2005-2007
0-14	61,7	54,1	73,8	66,9	44,4	20,2	22,1	1,9
15-59	24,9	40,2	17,8	8,1	15,3	20,2	27,4	20,9
60 e +	13,4	5,7	8,4	25,0	40,3	59,6	50,5	77,2
<i>Total</i>	100.	100	100	100.	100	100	100	100

Numa perspectiva cronológica, podemos verificar que até 1980 os ganhos na esperança de vida estão muito dependentes da mortalidade dos mais jovens. Nos anos 40, mais de 60% dos ganhos na esperança de vida masculina e feminina são consequência directa da mortalidade até ao 15.º aniversário; nos anos 50, a contribuição da diminuição da mortalidade dos mais jovens situa-se em mais de 50%, mas, nas décadas seguintes, a contribuição relativa da mortalidade dos mais jovens aumenta novamente, explicando mais de 70% dos ganhos ocorridos na esperança de vida na década de 60 no sexo feminino e mais de 90% dos ganhos de esperança de vida no sexo masculino. Nos anos 70, esta contribui com mais de 65% e de 78% nos ganhos na duração da vida feminina e masculina, respectivamente. Destaque-se ainda que durante os anos 60 e 70 a contribuição da mortalidade dos menores de 15 anos depende de forma mais acentuada do que nas décadas anteriores dos ganhos verificados exclusivamente na mortalidade infantil (isto é, até ao 1.º aniversário).

A partir dos anos 80, a diminuição da mortalidade dos mais jovens deixa de representar mais de metade dos ganhos totais na esperança de vida feminina. Nesta década, a contribuição relativa destas idades não atinge os 50%, mas para o sexo masculino o declínio da mortalidade até aos 15 anos é ainda a principal fonte de aumento da esperança de vida. Entre os anos 90 do século xx e 2005, a contribuição destes grupos etários situa-se já nos

20%. Nos últimos anos, em 2005-2007, o declínio da mortalidade dos mais jovens tem uma contribuição muito reduzida nos ganhos de esperança de vida masculina e praticamente nula na feminina.

A mortalidade dos adultos, entre os 15 e os 59 anos⁴, tem um percurso menos linear. Nos anos 40, os ganhos na mortalidade dos adultos contribuem com cerca de 25% para o aumento da esperança de vida. Na década seguinte, a diminuição da mortalidade nesta faixa etária representa cerca de 40% do aumento da esperança de vida. A contribuição relativa da mortalidade nestas idades tende a diminuir nos anos 60 e 70, embora nas mulheres este valor seja ainda muito significativo na década de 60, contribuindo quase com 20% dos ganhos ocorridos. A importância da mortalidade dos jovens adultos, de ambos os sexos, é particularmente importante até 1960. A partir desta data perde a sua anterior expressão e só mais tarde volta a ser significativa para o aumento da esperança de vida. Já nos anos 60, tem início um ciclo de contribuições negativas para a esperança de vida por parte dos jovens adultos, em especial no sexo masculino⁵. Este aumento da mortalidade dos jovens adultos do sexo masculino está associado aos acidentes de viação e verificou-se também em muitos países europeus (Pampel, 2001; Meslé e Vallin, 2002; Gómez-Redondo e Boe, 2005; Canudas-Romo *et al.*, 2008).

Nos anos 90, a diminuição da mortalidade dos adultos inicia uma nova tendência para contribuir de forma mais expressiva para os ganhos na esperança de vida à nascença. A contribuição da evolução da mortalidade entre os 15 e os 59 anos volta a aproximar-se dos 20% a 30% dos ganhos na esperança de vida. No primeiro quinquénio do século XXI, a diminuição da mortalidade dos adultos é tão acentuada no caso masculino que explica mais de 40% dos ganhos ocorridos na esperança de vida; no entanto, para as mulheres, embora os ganhos sejam também importantes, situam-se apenas em cerca de 20% do total. A maior importância dos ganhos na esperança de vida decorrentes do decréscimo da mortalidade dos adultos continua a verificar-se nos dois últimos anos analisados.

Relativamente à mortalidade dos idosos, aqui considerada a partir das idades acima dos 60 anos, podemos verificar que mostra uma evolução

⁴ Estes limites de idade correspondem à definição de mortalidade dos adultos da Organização Mundial de Saúde, “Probability that a 15 year old person will die before reaching his/her 60th birthday” (<http://www.who.int/whosis/indicators/compendium/2008/1mru/en/index.html>).

⁵ No sexo feminino isso acontece apenas pontualmente. Estas contribuições negativas em algumas idades são parcialmente camufladas por outros ganhos ocorridos na saúde dos adultos, pelo que ganham em ser observadas em quadros mais desagregados, segundo a idade (v. anexo A).

crescente. Nas três primeiras décadas, a diminuição da mortalidade dos mais velhos contribui com valores entre 1% e 10% para os ganhos totais na esperança de vida. Os decréscimos da mortalidade nestas idades revelam maiores efeitos no sexo feminino do que no masculino. A partir dos anos 70, a redução da mortalidade dos idosos acentua-se de forma expressiva. Nesta década, 25% dos ganhos na esperança de vida feminina e 18% na masculina dependem da melhoria da saúde nestas idades. Nas décadas seguintes, a contribuição relativa da descida da mortalidade verificada neste grupo etário aumenta de forma ainda mais expressiva. Nos anos 80, aquelas contribuições situam-se em 30% e 40% e nos anos 90 em torno dos 50% e 60%. Finalmente, no início do século XXI, o peso da diminuição da mortalidade dos idosos passa a ser claramente preponderante, se comparado com os outros grupos etários. Nos últimos anos, mais de 50% dos ganhos na esperança de vida masculina e quase 80% no caso feminino são consequência directa da melhoria da saúde nestas idades.

Em suma, até aos anos 80, os ganhos na esperança de vida, tanto para homens como para mulheres, estão muito dependentes da mortalidade dos jovens e em particular das crianças até ao 1.º aniversário. A partir dos anos 80, a evolução da esperança de vida depende mais significativamente da saúde dos adultos e dos idosos e no final do período em análise depende fundamentalmente da mortalidade dos mais velhos.

Esta tendência para os ganhos na esperança de vida se darem a partir da diminuição da mortalidade dos indivíduos cada vez mais velhos ocorre primeiro nas mulheres e só depois no sexo masculino⁶. Este desfasamento temporal torna-se particularmente importante a partir dos anos 80, quando o decréscimo das contribuições da mortalidade dos grupos etários mais jovens para a evolução da esperança de vida se associa ao aumento da importância da mortalidade dos adultos e dos idosos.

O facto de a descrição anterior ser efectuada em paralelo, para os homens e para as mulheres, mostra como em ambos os sexos o aumento da esperança de vida à nascença decorreu de diminuições da mortalidade verificadas, em grande medida, em simultâneo para os dois sexos. No entanto, nas últimas décadas, a similitude etária na origem dos ganhos de esperança de vida é menos notória. Podemos confirmar esta ideia a partir de uma análise das correlações das contribuições de cada grupo etário entre os dois sexos.

⁶ A precocidade feminina é visível nos quadros n.ºs 4a e 4b, mas é ainda mais clara se os resultados estiverem especificados por grupos de idade mais detalhados, como acontece no anexo A.

Correlações entre as contribuições etárias para o aumento da esperança de vida

[QUADRO N.º 5]

1940- -1950	1950- -1960	1960- -1970	1970- -1980	1980- -1990	1990- -2000	2000- -2005	2005- -2007
0,996	0,991	0,997	0,995	0,966	0,753	0,518	0,777

O exame dos coeficientes de correlação entre as contribuições, dadas por cada grupo etário para a evolução da duração da vida, mostra que até 1990 são os mesmos grupos que contribuem, em ambos os sexos, para os ganhos ocorridos na esperança de vida (correlações sempre acima de 97% e em alguma décadas de 99%). Nos anos 90 e no início do século XXI, a situação transforma-se de forma clara: as correlações diminuem de forma brusca, revelando que, na actualidade, as esperanças de vida masculina e feminina dependem de forma desigual dos ganhos na saúde conseguidos nas diferentes idades.

DECOMPOSIÇÃO ETÁRIA DA DIFERENÇA DE ESPERANÇAS DE VIDA ENTRE OS SEXOS (1940-2007)

Vimos anteriormente que, em Portugal, a disparidade entre as esperanças de vida masculina e feminina aumentou ao longo do século XX e que só no final dos anos 90 esta tendência se inverteu. Na actualidade, a diferença entre as esperanças de vida feminina e masculina supera ainda os 6 anos.

Evolução das esperanças de vida para homens e mulheres em Portugal

[QUADRO N.º 6]

Data	Homens	Mulheres	Diferença
1940	49,1	53,6	4,5
1950	55,8	61,0	5,2
1960	61,3	66,9	5,6
1970	63,9	70,1	6,2
1980	68,1	75,2	7,1
1990	70,6	77,7	7,1
2000	73,3	80,3	7,0
2005	74,9	81,3	6,4
2007	75,9	82,2	6,3

Fonte: *Human Mortality Database*.

O mesmo tipo de metodologia utilizado anteriormente para decompor as contribuições de cada grupo etário para a evolução das esperanças de vida à nascença foi utilizado para analisar as desigualdades entre a mortalidade masculina e feminina em cada uma das datas em análise neste estudo.

Contribuição dos grupos etários para a diferença nas esperanças de vida entre os sexos

[QUADRO N.º 7]

Contribuição (anos)	1940	1950	1960	1970	1980	1990	2000	2005	2007
0	0,74	0,85	0,91	0,74	0,48	0,22	0,10	0,00	0,02
1-14	0,35	0,24	0,26	0,23	0,28	0,17	0,09	0,08	0,02
15-29	0,23	0,50	0,43	0,65	0,91	1,04	0,84	0,51	0,42
30-44	0,79	0,76	0,70	0,83	0,81	0,93	1,08	0,97	0,80
55-59	1,21	1,28	1,33	1,47	1,72	1,54	1,44	1,53	1,56
60-74	0,94	1,20	1,53	1,80	2,09	2,24	2,22	2,08	2,14
75 e +	0,26	0,42	0,47	0,52	0,77	0,90	1,19	1,27	1,33
<i>Diferença total</i>	4,52	5,24	5,63	6,23	7,06	7,05	6,96	6,45	6,29
Contribuição (anos)	1940	1950	1960	1970	1980	1990	2000	2005	2007
0-14	1,09	1,09	1,17	0,97	0,75	0,40	0,19	0,09	0,04
15-59	2,23	2,53	2,46	2,94	3,45	3,51	3,37	3,01	2,78
60 e +	1,20	1,62	2,00	2,32	2,86	3,15	3,41	3,35	3,47
Contribuição (percentagem)	1940	1950	1960	1970	1980	1990	2000	2005	2007
0-14	24,2	20,9	20,8	15,5	10,6	5,7	2,7	1,3	0,6
15-59	49,4	48,3	43,7	47,2	48,8	49,7	48,4	46,7	44,2
60 e +	26,5	30,9	35,6	37,3	40,6	44,6	48,9	52,0	55,2
<i>Total</i>	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Nesta análise sobre as discrepâncias de esperança de vida entre homens e mulheres, a mortalidade dos mais jovens é sempre uma peça secundária. De facto, embora até 1960 a mortalidade até aos 15 anos tenha mostrado alguma importância para a distância de esperanças de vida entre os sexos, quando explica cerca de 20% das diferenças na esperança de vida, desde os anos 60 a sua importância decresce de forma clara e, hoje em dia, a sua contribuição é apenas residual.

A mortalidade dos adultos e dos idosos tem sido o maior determinante na desigualdade de duração da vida média observada entre os sexos. A mortalidade entre os 15 e os 59 anos apresenta, ao longo de todo este período, contribuições relativas em torno dos 45% a 50% das diferenças observadas. A mortalidade dos mais velhos tem vindo a ganhar uma importância crescente. Observa-se uma subida gradual mas constante — um aumento quase linear. Se, em 1940, a mortalidade acima dos 60 anos explicava 26% da

diferença de esperanças de vida entre homens e mulheres, na actualidade representa mais de 50%⁷.

Em suma, desde os anos 60 que mais de 80% da desigualdade entre os sexos depende da diminuição da mortalidade de adultos e idosos e, na actualidade, essa diferença de esperanças de vida depende em mais de 95% da desigualdade nestas idades.

A DESIGUALDADE ENTRE OS SEXOS NA ACTUALIDADE: IDADES E CAUSAS DE MORTE

Portugal é, actualmente, um dos países da Europa ocidental onde a diferença de esperanças de vida entre os sexos é mais expressiva. Apesar dos primeiros sinais de recuperação por parte da população masculina, a vantagem feminina situa-se em cerca de 6 anos.

Como vimos, hoje em dia, a maior duração da vida para as mulheres decorre, em mais de 95%, de diferenças na mortalidade da população em idade activa e idosa. A tendência para o acentuar da importância das idades avançadas nesta divergência de esperanças de vida entre sexos é também notória a partir da análise precedente.

A vantagem feminina na saúde pode ser também abordada em função das principais causas de morte, seguindo o mesmo tipo de metodologia, mas agora na dupla perspectiva das idades e das causas de morte (Arriaga, 1989).

A decomposição da diferença de esperanças de vida segundo a causa de morte implica que ao longo do tempo as causas de morte tenham sido classificadas segundo o mesmo critério e que não existam muitos óbitos por causa desconhecida. É uma dupla limitação causada pelos dados, que teve como consequência, nesta análise, o balizar dos cálculos na última década. Para esta época estão disponíveis dados segundo a mesma Classificação Internacional das Doenças (ICD — versão 10), sendo por isso desnecessário proceder ao longo e complexo processo de compatibilização de critérios entre as sucessivas versões do sistema de classificação internacional. Por outro lado, é também o período no qual os óbitos por causa desconhecida têm uma dimensão menor do que anteriormente (Morais, 2002).

Para além destas questões de natureza prática, o objectivo desta análise sobre a situação actual é aprofundar a investigação da desigualdade de esperanças de vida entre os sexos numa fase em que a longa tendência para a divergência tende, pela primeira vez em Portugal, a atenuar-se.

Vejamus primeiro os dados de base no que respeita às causas de morte em Portugal na actualidade. O primeiro dos pontos a referir nesta abordagem é a dimensão dos óbitos por causas desconhecidas: sempre mais de 10% dos

⁷ Uma análise mais detalhada por grupos etários de 5 anos (anexo B) permite verificar que mesmo dentro dos grandes grupos etários existe uma tendência para o envelhecimento das contribuições etárias para a diferença de esperanças de vida.

casos não especificam correctamente a causa de morte. Trata-se de um valor sem paralelo na Europa. Em 2005, na Europa dos 15, este valor situava-se em 3,5% (Eurostat).

O facto de as causas desconhecidas atingirem esta dimensão, mesmo nos dias de hoje, requer alguma precaução na análise dos resultados das estimativas sobre a contribuição de cada uma das causas de morte. Na verdade, estes resultados só seriam válidos se, nas populações em comparação, as causas desconhecidas tivessem sensivelmente a mesma dimensão e, se em simultâneo, fosse razoável admitir que estes óbitos, de natureza desconhecida, acontecem por efeitos das mesmas causas subjacentes. Ainda assim, os valores calculados seriam sempre estimativas por defeito, uma vez que, se os óbitos de origem desconhecida tivessem sido correctamente especificados, todas as outras causas teriam maior importância relativa e, por isso mesmo, maiores contribuições para as diferenças observadas. Apesar destas limitações, é útil perceber a importância das principais causas de morte na desigualdade de esperanças de vida⁸.

Vejamos, em primeiro lugar, a importância relativa das principais causas de morte em Portugal. Na actualidade, em Portugal, tal como na maioria dos países europeus, a morte ocorre fundamentalmente por falência do sistema circulatório ou devido a doenças do foro oncológico. A mortalidade por doenças respiratórias é uma causa de morte cuja expressão é também significativa. De entre estas três principais causas de morte, é de assinalar que os tumores malignos são mais frequentemente uma causa de morte no sexo masculino, tal como as doenças do sistema respiratório; pelo contrário, as doenças do sistema circulatório são mais frequentemente uma causa de morte na população feminina.

[QUADRO N.º 8] **Principais causas de morte em Portugal (ICD-10)**

	Homens			Mulheres		
	1995	2000	2005	1995	2000	2005
Doenças infecciosas	2,7	2,9	2,5	1,0	1,5	1,6
Tumores malignos	21,7	23,4	24,5	17,4	17,9	18,3
Doenças nutricionais, endócrinas e metabólicas	2,5	2,7	3,9	4,2	4,2	5,7
Doenças do sistema circulatório	36,5	33,7	29,6	47,8	44,2	38,9
Doenças do sistema respiratório	8,4	10,1	11,0	6,9	9,3	9,9
Doenças do sistema digestivo	5,2	4,6	5,0	3,4	3,2	3,6
Causas externas	8,0	6,3	5,9	3,1	2,6	2,4
Outras causas	3,9	4,3	6,2	4,1	4,5	7,3
Causas mal definidas	10,9	12,2	11,4	12,0	12,7	12,3
<i>Total</i>	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: Cálculos próprios a partir do Eurostat.

⁸ Refira-se que as percentagens respeitantes às “outras causas” resultam da agregação de causas especificadas nas estatísticas publicadas, mas que apresentam valores diminutos. As causas de morte consideradas nesta categoria, “outras causas”, incluem as doenças: “do sangue e órgãos hematopoéticos e imunológicas”, “mentais e de comportamento”, do “sistema nervoso e órgãos

Todas as restantes causas de morte especificadas têm valores muito inferiores. No entanto, as causas externas, em que se incluem os acidentes rodoviários, são também importantes no caso masculino. No entanto, tem-se assistido, na última década, ao decréscimo das mortes devidas a este tipo de causa.

As doenças do sistema digestivo têm ainda alguma expressão, especialmente no sexo masculino, e o mesmo sucede, embora a níveis muito mais baixos, com as doenças infecciosas (entre as quais se inclui a SIDA). Em ambos os casos não é clara nenhuma tendência para o aumento ou diminuição dos óbitos decorrentes destas duas causas.

Situação diferente ocorre nas causas de morte associadas aos sistemas endócrino, nutricional e metabólico (em que se inclui a diabetes). Neste caso, assiste-se a uma tendência para o aumento das mortes devidas a estas afecções.

Antes da análise relativa à contribuição das diversas causas de morte para a diferença de esperança de vida entre homens e mulheres, é útil perceber quais as causas de morte que contribuíram de forma mais significativa para a evolução das esperanças de vida nos últimos 10 anos. Tanto nos homens como nas mulheres, a evolução da esperança de vida decorreu, em grande medida, das melhorias conseguidas no combate à mortalidade por doenças do sistema circulatório: correspondentes a mais de 60% e 70 % dos ganhos observados no caso do sexo masculino e a cerca de 45% dos ganhos no caso feminino.

Contribuições das principais causas de morte para a evolução da esperança de vida
[QUADRO N.º 9]

	Homens		Mulheres	
	1995- -2000	2000- -2005	1995- -2000	2000- -2005
Doenças infecciosas	-0,04	0,03	0,03	0,15
Tumores malignos	0,14	0,07	0,06	0,01
Doenças nutricionais, endócrinas e metabólicas . .	0,02	-0,06	0,00	-0,04
Doenças do sistema circulatório	0,67	0,78	0,65	0,70
Doenças do sistema respiratório	-0,04	0,04	-0,04	0,11
Doenças do sistema digestivo	0,08	0,00	0,13	0,03
Causas externas	0,15	0,07	0,47	0,16
Outras causas	0,07	-0,07	0,12	0,02
Causas mal definidas	0,03	0,20	-0,01	0,45
<i>Total</i>	1,08	1,08	1,42	1,59

Fonte: Cálculos próprios a partir da *Human Mortality Database* e do Eurostat.

dos sentidos”, “da pele e tecido subcutâneo”, “do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo”, “do sistema geniturinário”, “complicações da gravidez, do parto e puerpério”, “algumas situações originárias do período perinatal”, “malformações congénitas e dos cromossomas”.

Trata-se de problemas claramente especificados, cuja agregação decorre apenas da sua fraca expressão numérica. Uma situação totalmente diferente do que ocorre em relação às causas desconhecidas, em que a certidão de óbito não especifica a causa da morte.

A diminuição da mortalidade por causas externas é relevante na explicação do aumento da duração da vida no final dos anos 90, mas é menos saliente nos últimos 5 anos. No caso dos homens, a luta contra as doenças do foro oncológico tem também alguma expressão nos ganhos de esperança de vidas nesta última década, mas no caso feminino isso não acontece.

Por outro lado, algumas causas de morte contribuíram de forma negativa para a evolução da esperança de vida: é o caso das doenças do sistema respiratório nos últimos 5 anos do século XX, tanto no caso masculino como no feminino; o mesmo se verificou com as doenças nutricionais, endócrinas e metabólicas no primeiro quinquénio do século XXI. No último quinquénio, as “causas mal definidas” são o segundo factor mais importante para o aumento da esperança de vida, o que demonstra a fragilidade destas estimativas por causa de morte.

Em suma, na última década, o grande factor de aumento da esperança de vida, tanto para homens como para mulheres é a diminuição da mortalidade associada às doenças do sistema circulatório. Todas as outras causas de morte apresentam contribuições para a evolução da esperança de vida de muito menor magnitude.

O facto de os problemas do sistema circulatório explicarem de forma tão categórica os ganhos na duração média da vida para homens e mulheres não significa que seja esta a principal causa da diferença observada entre a duração da vida masculina e feminina. Tal como na análise das contribuições por idade, é necessário proceder à decomposição por causa de morte da desigualdade das esperanças de vida masculina e feminina em cada momento (v. quadro n.º 10).

No presente, a desigualdade de esperança de vida entre homens e mulheres decorre de três factores, que apresentam, em termos de importância, a mesma ordem de grandeza: as doenças do foro oncológico (cujas contribuições para a diferença de esperança de vida entre os sexos se situa em torno dos 20% a 25%); as doenças do sistema circulatório (com uma importância relativa que ronda os 20%); por último, as causas de morte externas, as quais explicam cerca de 18% da diferença observada nas esperanças de vida.

Todas as outras causas de morte têm um peso significativamente menor na explicação da distância entre homens e mulheres, embora as doenças do aparelho respiratório sejam relativamente importantes, contribuindo com quase 9%, e as doenças do aparelho digestivo também tenham alguma expressão, explicando cerca de 7% da diferença total entre as esperanças de vida masculina e feminina.

As doenças infecciosas têm ainda algum significado, embora bastante menor, tal como acontece com as doenças devidas a “outras causas”. As doenças de natureza endócrina, nutricional e metabólica revelam uma contribuição diminuta para a discrepância de esperança de vida entre os sexos. Pelo contrário, as “causas mal definidas”, isto é, não especificadas aquando da ocorrência do óbito, têm um peso significativo, em torno dos 12% a

15%. Mais uma vez sublinhamos o facto de estas estimativas sobre a contribuição de cada uma das causas de morte serem por defeito relativamente à verdadeira contribuição de cada uma das causas.

Decomposição das diferenças de esperança entre os sexos segundo a causa de morte

[QUADRO N.º 10]

1995	0	1-14	15-29	30-44	45-59	60-74	75+	Total	Per-centagem
Doenças infecciosas	0,01	0,00	0,15	0,22	0,08	0,04	0,01	0,52	7,0
Tumores malignos	0,00	0,01	0,02	0,01	0,27	0,69	0,33	1,32	18,1
Doenças nutricionais, endócrinas e metabólicas	0,00	0,00	0,00	0,01	0,01	0,01	-0,01	0,03	0,4
Doenças do sistema circulatório	0,00	0,00	0,03	0,13	0,38	0,75	0,27	1,55	21,2
Doenças do sistema respiratório	0,01	0,01	0,02	0,04	0,08	0,22	0,22	0,58	8,0
Doenças do sistema digestivo	0,00	0,00	0,01	0,08	0,19	0,19	0,05	0,53	7,2
Causas externas	0,00	0,09	0,62	0,42	0,24	0,14	0,05	1,56	21,3
Outras causas	0,09	0,00	0,02	0,04	0,03	0,05	0,04	0,27	3,7
Causas mal definidas	0,02	0,03	0,22	0,20	0,20	0,23	0,07	0,96	13,1
<i>Total</i>	0,14	0,13	1,08	1,13	1,49	2,32	1,03	7,31	100,0
2000	0	1-14	15-29	30-44	45-59	60-74	75+	Total	Per-centagem
Doenças infecciosas	0,00	0,00	0,10	0,23	0,08	0,04	0,02	0,47	6,7
Tumores malignos	0,00	0,00	0,02	0,02	0,32	0,71	0,40	1,47	21,1
Doenças nutricionais, endócrinas e metabólicas	0,00	0,00	0,00	0,01	0,01	0,03	0,00	0,05	0,7
Doenças do sistema circulatório	0,00	0,01	0,03	0,11	0,35	0,63	0,27	1,40	20,1
Doenças do sistema respiratório	0,01	0,00	0,01	0,05	0,07	0,23	0,27	0,64	9,2
Doenças do sistema digestivo	0,00	0,00	0,01	0,07	0,16	0,17	0,05	0,47	6,7
Causas externas	0,00	0,05	0,46	0,34	0,19	0,13	0,05	1,21	17,4
Outras causas	0,06	0,01	0,01	0,02	0,03	0,04	0,06	0,22	3,2
Causas mal definidas	0,02	0,02	0,20	0,24	0,24	0,25	0,07	1,04	14,9
<i>Total</i>	0,10	0,09	0,84	1,08	1,45	2,22	1,19	6,97	100,0
2005	0	1-14	15-29	30-44	45-59	60-74	75+	Total	Per-centagem
Doenças infecciosas	0,00	0,01	0,02	0,19	0,09	0,04	0,01	0,36	5,6
Tumores malignos	0,00	0,01	0,02	0,05	0,41	0,71	0,46	1,65	25,5
Doenças nutricionais, endócrinas e metabólicas	0,00	0,00	0,00	0,01	0,02	0,04	0,01	0,07	1,1
Doenças do sistema circulatório	0,00	0,00	0,01	0,10	0,33	0,52	0,23	1,19	18,3
Doenças do sistema respiratório	0,00	0,00	0,01	0,04	0,07	0,20	0,31	0,62	9,5
Doenças do sistema digestivo	0,00	0,00	0,00	0,08	0,17	0,16	0,06	0,46	7,1
Causas externas	0,00	0,05	0,37	0,33	0,21	0,14	0,06	1,15	17,8
Outras causas	0,00	0,01	0,01	0,02	0,04	0,06	0,08	0,23	3,6
Causas mal definidas	0,00	0,01	0,06	0,16	0,21	0,22	0,08	0,75	11,5
<i>Total</i>	0,00	0,08	0,51	0,98	1,53	2,08	1,30	6,49	100,0

Em suma, na última década a desigualdade de esperança de vida entre homens e mulheres esteve dependente fundamentalmente das doenças do sistema circulatório, dos tumores e dos óbitos por causas externas.

Apesar do interesse da análise da desigualdade da duração média da vida em função da causa de morte, a esperança de vida à nascença depende inteiramente da idade em que ocorrem os óbitos e não da situação de saúde que está na sua origem. Se um óbito ocorrer na idade x , o número de anos de vida retirados à população é exactamente o mesmo, independentemente da causa que lhe esteve subjacente. O padrão etário dos óbitos de uma tábua de mortalidade traduz a *força da mortalidade* de uma população real e constitui o cerne do cálculo da duração média da vida.

Nas populações com baixa esperança de vida, a mortalidade tem um padrão etário em forma de U. Quer isto dizer que a força da mortalidade (ou as taxas de mortalidade por idade) apresenta valores elevados nos grupos mais jovens, diminuindo desde o nascimento até cerca dos 15-20 anos, idade a partir da qual se entra num patamar de baixa mortalidade, embora ligeiramente crescente; a partir dos 40-50 anos, a mortalidade aumenta de forma muito acentuada. Nas populações em que a mortalidade é elevada, a primeira parte do U — a mortalidade infantil, das crianças e dos mais jovens — é muito acentuada. À medida que a saúde das populações melhora e a duração média da vida aumenta, a mortalidade dos jovens diminui de forma acentuada e o modelo pode ser descrito como uma curva em J.

O padrão etário dos óbitos vai, progressivamente, perdendo a sua dispersão inicial e concentra-se nas idades tardias. Esta mudança traduz-se no processo de *rectangularização* das curvas de sobrevivência. A maior esperança de vida encontrada nas mulheres revela uma maior *compressão* da mortalidade nas idades tardias, maiores níveis de sobrevivência do que na população masculina, mas, em simultâneo, faz abrandar o ritmo de aumento da esperança de vida. Os homens encontram-se numa fase menos avançada do processo de rectangularização e, por isso, os declínios da mortalidade contribuem com um maior número de anos para o cômputo da esperança média de vida à nascença.

É neste sentido que Gleij e Horiuchi (2007) discutem em que medida a evolução da diferença de esperança de vida entre os sexos se deve a dois factores: por um lado, à desigualdade entre os sexos no ritmo de descida da mortalidade e, por outro lado, ao efeito da distribuição etária dos óbitos. No seu estudo concluíram que a diminuição da distância entre as esperanças de vida masculina e feminina, verificada entre a segunda metade dos anos 70 e o início do século XXI, se deve predominantemente ao padrão etário da distribuição dos óbitos, isto é, ao processo de rectangularização das curvas de sobrevivência. Portugal é, de entre os países analisados, aquele onde este efeito é mais marcado e é dos poucos onde as diminuições da mortalidade

ainda levariam a um aumento do diferencial nas esperanças de vida entre meados dos anos 70 e 2004⁹.

Dado que em Portugal a atenuação da desigualdade entre as esperanças de vida entre os sexos tem início no final dos anos 90, é essencial perceber se, neste período, o maior aumento da esperança de vida no sexo masculino decorreu exclusivamente dos efeitos de rectangularização ou também de uma diminuição diferencial das taxas de mortalidade.

Os declínios da mortalidade em cada um dos sexos podem ser observados a partir da comparação dos ganhos nas probabilidades de sobrevivência entre cada duas idades.

Probabilidades de sobrevivência entre idades (1995 e 2005)

[QUADRO N.º 11]

Idades	Mulheres		Homens		Variação 1995-2005		Diferença nos ganhos
	1995	2005	1995	2005	Mulheres	Homens	
0	993,5	996,5	991,8	996,5	3,0	4,6	1,6
1	998,1	999,4	997,7	998,9	1,3	1,2	-0,1
5	998,7	999,2	998,1	999,0	0,5	0,9	0,4
10	998,9	999,4	998,1	999,1	0,5	1,0	0,5
15	998,2	998,8	994,2	996,5	0,6	2,3	1,7
20	997,3	998,4	990,3	995,3	1,0	5,0	3,9
25	996,9	998,2	988,4	994,8	1,3	6,3	5,0
30	996,2	997,2	987,7	991,6	1,0	3,9	2,8
35	995,3	995,9	985,7	988,8	0,6	3,0	2,5
40	992,2	994,0	982,8	983,9	1,8	1,1	-0,7
45	989,8	990,3	975,7	978,0	0,6	2,4	1,8
50	984,0	986,5	967,3	968,6	2,5	1,3	-1,2
55	976,6	981,3	948,2	955,4	4,7	7,2	2,4
60	963,3	972,1	918,9	938,2	8,8	19,3	10,5
65	940,3	951,6	873,2	901,3	11,3	28,2	16,8
70	887,1	916,0	804,2	843,3	28,9	39,1	10,2
75	792,9	836,3	697,2	735,9	43,4	38,7	-4,7
80	664,6	688,3	562,1	586,0	23,7	23,9	0,2
85	477,5	498,8	400,2	415,4	21,4	15,2	-6,2
90	300,7	307,8	212,2	226,8	7,1	14,6	7,5
95	152,3	149,2	121,9	114,3	-3,1	-7,6	-4,5

Fonte: Cálculos próprios a partir de *Human Mortality Database*.

Como podemos observar, nesta última década as diminuições da mortalidade conduziram a um aumento das probabilidades de sobrevivência, mais

⁹ No entanto, como a análise destes autores toma como base o final dos anos 70, é possível que os resultados estejam afectados pelas estimativas populacionais disponibilizadas na *Human Mortality Database* para os anos 70 (que não consideraram o retorno das ex-colónias nos anos de 1974-1975, assumindo uma evolução linear da população). Esta situação teve como resultado um aumento artificial das taxas de mortalidade em meados dos anos 70, em particular no sexo masculino.

significativo no sexo masculino do que no sexo feminino. Neste sentido, a actual aproximação das esperanças de vida traduz, em parte, a menor repercussão das diminuições da mortalidade no sexo feminino associada a um processo mais avançado na rectangularização das curvas de sobrevivência, mas reflecte também uma diminuição mais acentuada das taxas de mortalidade no sexo masculino.

CONCLUSÃO

O debate sobre a origem das diferenças de esperança de vida entre homens e mulheres tem inúmeras faces. Nesta investigação não abordamos mais do que a vertente demográfica, pelo que devemos manter a discussão dentro deste âmbito.

Em Portugal, a desigualdade de esperança de vida entre homens e mulheres acentuou-se até finais do século XX, acompanhando a tendência para o aumento global da duração média da vida. Só na segunda metade dos anos 90 se inicia uma nova tendência, em que se atenua a distância entre os sexos.

Neste estudo foi possível mostrar a importância fundamental do declínio da mortalidade dos mais jovens para os ganhos verificados na esperança de vida até aos anos 80 e, posteriormente, a importância crescente das descidas na mortalidade de adultos e idosos. A mortalidade dos grupos etários mais velhos tornou-se, progressivamente, o factor-chave na evolução da duração da vida.

Ao contrário do que aconteceu com a evolução da esperança de vida em cada um dos sexos, a distância entre homens e mulheres sempre dependeu fundamentalmente das diferenças de mortalidade de adultos e idosos. Se até aos anos 60 estes grupos etários eram responsáveis por cerca de 80% da distância entre as esperanças de vida, na actualidade a sua contribuição excede os 95%. Esta desigualdade entre sexos na esperança de vida à nascença está associada, fundamentalmente, a três causas de morte: doenças do sistema circulatório, tumores malignos e óbitos por causas externas.

As causas de morte agem sobre a esperança de vida de uma forma indirecta. A transição epidemiológica alterou a composição das causas de morte das populações. Esta transformação dos factores que estão na origem da morte dos indivíduos correspondeu a uma mudança nas idades em que ocorrem os óbitos. É essa transformação no padrão etário da mortalidade que está na origem da evolução da esperança de vida em cada um dos sexos e, por consequência, das diferenças observadas entre os sexos. Na actualidade, a evolução da mortalidade está fundamentalmente associada ao adiamento dos óbitos para idades cada vez mais tardias, sem que se verifique uma mudança na estrutura das causas de morte: a época do adiamento das doenças degenerativas (Olsansky e Ault, 1986) parece ser um novo patamar na transição epidemiológica.

ANEXOS

ANEXO A — DECOMPOSIÇÃO DA EVOLUÇÃO DAS ESPERANÇAS DE VIDA

**Contribuição das várias idades para a evolução da esperança de vida
(mulheres)**

Idade	1940- -1950	1950- -1960	1960- -1970	1970- -1980	1980- -1990	1990- -2000	2000- -2005	2005- -2007
0	2,27	1,16	1,44	2,61	0,91	0,36	0,14	0,01
1	1,82	1,62	0,83	0,64	0,16	0,06	0,07	-0,01
5	0,28	0,25	0,07	0,09	0,04	0,05	0,02	0,02
10	0,21	0,15	0,03	0,03	0,02	0,05	0,01	-0,02
15	0,26	0,34	0,04	-0,02	0,05	0,03	0,02	0,01
20	0,24	0,44	0,05	0,03	0,02	0,05	0,02	0,00
25	0,26	0,37	0,08	0,05	0,01	0,06	0,01	0,02
30	0,24	0,29	0,10	0,03	0,02	0,03	0,03	0,03
35	0,20	0,24	0,08	0,05	0,03	0,03	0,04	0,01
40	0,19	0,23	0,04	0,04	0,07	0,02	0,05	0,01
45	0,16	0,17	0,04	0,07	0,03	0,07	0,03	0,02
50	0,15	0,13	0,09	0,08	0,07	0,09	0,05	0,04
55	0,16	0,16	0,05	0,08	0,09	0,15	0,04	0,03
60	0,20	0,20	0,06	0,19	0,15	0,16	0,08	0,06
65	0,20	0,08	0,10	0,20	0,18	0,28	0,06	0,08
70	0,25	0,13	0,02	0,37	0,22	0,30	0,19	0,09
75	0,22	0,00	-0,02	0,33	0,26	0,36	0,15	0,16
80 e +	0,11	-0,08	0,12	0,17	0,21	0,42	0,06	0,24
<i>Total</i>	7,43	5,88	3,20	5,05	2,53	2,56	1,08	0,82

**Contribuição das várias idades para a evolução da esperança de vida
(homens)**

Idade	1940- -1950	1950- -1960	1960- -1970	1970- -1980	1980- -1990	1990- -2000	2000- -2005	2005- -2007
0	2,07	1,09	1,50	2,64	1,06	0,45	0,21	0,00
1	1,77	1,46	0,80	0,56	0,16	0,10	0,06	0,02
5	0,29	0,26	0,06	0,08	0,09	0,06	0,01	0,02
10	0,18	0,14	0,02	0,02	0,05	0,06	0,03	0,01
15	0,21	0,26	-0,04	-0,07	0,04	0,17	0,05	0,05
20	0,14	0,45	0,00	-0,06	-0,01	0,13	0,13	0,03
25	0,14	0,41	0,02	0,00	-0,03	0,04	0,18	0,03
30	0,27	0,28	0,04	0,04	-0,03	-0,02	0,13	0,09
35	0,21	0,25	0,05	0,07	-0,01	0,00	0,07	0,06
40	0,20	0,25	0,02	0,06	0,08	0,01	0,03	0,06
45	0,19	0,23	0,03	0,03	0,14	0,02	0,05	0,02
50	0,18	0,18	0,03	0,02	0,15	0,16	-0,01	0,00
55	0,19	0,09	0,03	0,08	0,11	0,24	0,03	0,08
60	0,17	0,07	0,03	0,16	0,14	0,28	0,12	0,01
65	0,15	0,05	0,00	0,15	0,15	0,28	0,15	0,11
70	0,18	0,09	-0,04	0,23	0,18	0,25	0,18	0,09
75	0,12	0,01	-0,02	0,13	0,16	0,22	0,11	0,16
80 e +	0,06	-0,03	0,06	0,07	0,12	0,19	0,06	0,14
<i>Total</i>	6,70	5,50	2,60	4,22	2,54	2,65	1,59	0,98

ANEXO B

Decomposição da diferença de esperança de vida entre os sexos

Idade	1940- -1950	1950- -1960	1960- -1970	1970- -1980	1980- 1990	1990- -2000	2000- -2005	2005- -2007
0	0,74	0,85	0,91	0,74	0,48	0,22	0,10	0,00
1	0,19	0,09	0,13	0,07	0,09	0,08	0,04	0,04
5	0,11	0,09	0,07	0,08	0,09	0,03	0,02	0,02
10	0,04	0,05	0,06	0,08	0,09	0,06	0,04	0,02
15	0,04	0,07	0,13	0,23	0,31	0,33	0,18	0,14
20	0,10	0,21	0,17	0,22	0,34	0,38	0,30	0,18
25	0,09	0,22	0,14	0,20	0,27	0,33	0,37	0,18
30	0,22	0,18	0,18	0,24	0,24	0,31	0,38	0,27
35	0,25	0,25	0,22	0,25	0,24	0,30	0,34	0,31
40	0,31	0,33	0,30	0,34	0,33	0,32	0,36	0,39
45	0,40	0,42	0,37	0,39	0,47	0,36	0,43	0,41
50	0,40	0,43	0,40	0,47	0,59	0,51	0,44	0,51
55	0,41	0,43	0,56	0,61	0,67	0,67	0,58	0,61
60	0,35	0,42	0,60	0,67	0,74	0,78	0,68	0,64
65	0,32	0,42	0,50	0,63	0,73	0,78	0,79	0,72
70	0,27	0,36	0,43	0,51	0,63	0,68	0,75	0,73
75	0,14	0,22	0,26	0,29	0,44	0,50	0,62	0,66
80 e +	0,11	0,19	0,21	0,23	0,33	0,40	0,57	0,61
Total	4,52	5,24	5,63	6,23	7,06	7,05	6,96	6,45

BIBLIOGRAFIA

- ARRIAGA, E. E. (1984), “Measuring and explaining the change in life expectancies”. *Demography*, 21 (1), pp. 83-96.
- ARRIAGA, E. E. (1989), “Changing trends in mortality decline during the last decade”. In L. Ruzicka, W. Guillaume e P. Kane (eds.), *Differential Mortality: Methodological Issues and Biosocial Factors*, Oxford, Clarendon Press, pp. 105-129.
- BAPTISTA, M. I. (2007), “A demografia em Portugal: um percurso bibliográfico”, *Análise Social*, XLIII (183), pp. 539-579.
- CANUDAS-ROMO, V., et al. (2008), “Mortality changes in the Iberian Peninsula in the last decades of the twentieth century”. *Population--E*, 63 (2), pp. 319-344.
- CASTRO, M. C. (2001), “Changes in mortality and life expectancy: some methodological issues”. *Mathematical Population Studies*, 9, pp. 181-208.
- FERNANDES, A. A. (2007), “Determinantes da mortalidade e da longevidade: Portugal numa perspectiva europeia (UE15, 1991-2001)”. *Análise Social*, XLIII (183), pp. 419-443.
- GLEI, D. A., e HORIUCHI, S. (2007), “The narrowing sex differential in life expectancy in high-income populations: effects of differences in the age pattern of mortality”. *Population Studies*, 61 (2), pp. 141-159.
- GÓMEZ-REDONDO, R., e BOE, C. (2005), “Decomposition analysis of Spanish life expectancy at birth: evolution and changes in the components by sex and age.” *Demographic Research*, 13 (20), pp. 521-546.
- LAGES, M. (2007), “Os comportamentos de risco dos jovens portugueses e a sua mortalidade”, *Análise Social*, XLIII (183), pp. 395-418.
- MESLÉ, F. (2004), “Ecart de l’espérance de vie entre les sexes: les causes du recul de l’avantage féminin”. *Revue d’épidémiologie et de santé publique*, 52 (4), pp. 333-352.

- MESLÉ, F., e VALLIN, J. (2002), “Mortalité, sexe et genre”. In G. Caselli, G. Wunsch e J. Vallin (dirs.), *Démographie: analyse et synthèse. Les déterminants de la mortalité*, vol. III., Paris, INED, pp. 319-350.
- MORAIS, M. G. (2001), “Variação espacial das principais causas de morte durante o século XX no continente português”. *Economia e Sociologia*, 71, pp. 5-39.
- MORAIS, M. G. (2002), *Morte no Século XX: A Transição da Mortalidade e Estruturas de Causa de Morte em Portugal Continental*, Lisboa, Edições Colibri.
- OLSANSKY, S. J., e AULT, B. (1986), “The fourth stage of the epidemiologic transition: the age of delayed degenerative diseases”. *The Milbank Quarterly*, 64, pp. 355-391.
- OMRAN, A. R. (1971), “The epidemiologic transition. A theory of the epidemiology of population change”. *The Milbank Quarterly*, 49 (4), pp. 509-538.
- PAMPEL, F. C. (2001), “Gender equality and the sex differential in mortality from accidents in high income nations”. *Population Research and Policy Review*, 20, pp. 397-421.
- POLLARD, J. H. (1982), “The expectation of life and its relationship to mortality”. *Journal of the Institute of Actuaries*, 63, pp. 12-57.
- POLLARD, J. H. (1988), “On the decomposition of changes in expectation of life and differentials in life expectancy”. *Demography*, 25 (2), pp. 265-276.
- PRESTON, S. H., HEUVELINE, P., e GUILLLOT, M. (2001), *Demography. Measuring and Modeling Population Processes*, Oxford, Blackwell Publishing.
- SANTANA, P. (2002), “A mortalidade ‘evitável’ em Portugal continental, 1989 a 1993”. *Revista de Estudos Demográficos*, 32, pp. 107-146.
- SANTANA, P. (2004), “O estado de saúde dos portugueses. Uma perspectiva espacial”. *Revista de Estudos Demográficos*, 36, pp. 5-28.
- SANTANA, P. (2005), *Geografias da Saúde e do Desenvolvimento. Evolução e Tendências em Portugal*, Coimbra, Almedina.
- TABUTIN, D., e WILLEMS, M. (1998), “Differential mortality by sex from birth to adolescence: the historical experience of the West (1750-1930)”. In *Too Young to Die: Genes or Gender*, Nova Iorque, United Nations, pp. 17-52.
- TROVATO, F., e LALU, N. M. (1996a), “Narrowing sex differences in life expectancy in the industrialized world: early 1970s to early 1990s”. *Social Biology*, 43 (1-2), pp. 20-37.
- TROVATO, F., e LALU, N. M. (1996b), “Causes of death responsible for the changing sex differential in life expectancy between 1970 and 1990 in thirty industrialized countries”. *Canadian Studies in Population*, 23 (2), pp. 99-126.
- TROVATO, F., e LALU, N. M. (1998), “Contribution of cause-specific mortality to changing sex differences in life expectancy: seven nations case study”. *Social Biology*, 45 (1-2), pp. 1-20.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (2003), *The World Health Report 2003 — Shaping the Future*, Genebra, WHO.
- VEIGA, T. R., MOREIRA, M. J. G., e FERNANDES, A. A. (2004), “Social changes and better health conditions of the Portuguese population 1974-2000”. *Hygiea Internationalis*, 4 (1), pp. 255-276.