

Doenças e Acidentes em Portugal

Da Relação com Deficiências e Incapacidades



Ficha Técnica

Título	Doenças e Acidentes em Portugal Da relação com deficiências e incapacidades Realizado no âmbito do Estudo “A Inclusão das Pessoas com Deficiências e Incapacidades – Contributos para a Operacionalização da Estratégia Nacional”, decorrido entre Maio e Dezembro de 2008, com o apoio do Programa Operacional Assistência Técnica – eixo FSE. Entidade Promotora: CRPG – Centro de Reabilitação Profissional de Gaia
Autoria	CRPG – Centro de Reabilitação Profissional de Gaia
Equipa técnica	Jerónimo Sousa (coordenador) Andreia Mota António Teixeira Gomes Carla Barros
Edição	CRPG – Centro de Reabilitação Profissional de Gaia
Local e Data	Vila Nova de Gaia – Dezembro, 2008
Design	Godesign, Lda
ISBN	978-989-96118-0-1

© CRPG – Centro de Reabilitação Profissional de Gaia, 2008 Avenida João Paulo II 4410-406 Arcozelo VNG
www.crbg.pt info@crbg.pt T. 227 537 700 F. 227 629 065

Reservados todos os direitos. Reprodução autorizada.

Co-financiado pelo POAT/FSE



POAT/FSE: Gerir, Conhecer e Intervir

Índice

1. Introdução	7
2. Acidentes domésticos e de lazer	11
3. Acidentes de viação	19
4. Acidentes de trabalho e doenças profissionais	33
5. Doenças crónicas	51
6. O fenómeno das deficiências e incapacidades adquiridas em Portugal	63
7. Conhecer melhor para agir diferente	71
8. Bibliografia	77

Índice de Quadros

Quadro 1.	Distribuição do número de ADL's registados pelo sistema ADELIA por unidade de saúde participante	13
Quadro 2.	Acidentes e vítimas por região em Portugal Continental	21
Quadro 3.	Acidentes e vítimas nas Regiões Autónomas	22
Quadro 4.	Acidentes e vítimas – 1.º semestre de 2008	24
Quadro 5.	Comparativo distrital – 1.º semestre de 2008	25
Quadro 6.	Acidentados por sexo	28
Quadro 7.	Acidentes de trabalho mortais por mês – 2004 a 2008	37
Quadro 8.	Acidentes de trabalho não mortais e dias perdidos – 2006	40
Quadro 9.	Acidentes de trabalho por NUT II e estrangeiro, mortais e não mortais – 2006	41
Quadro 10.	Doenças profissionais – grupo etário e sexo	45
Quadro 11.	Doenças profissionais – manifestação clínica	45
Quadro 12.	Certificação de doença profissional com incapacidade em 2003 e 2004, por grau de incapacidade	46
Quadro 13.	Proporção da população (em %) por tipo de doença crónica por NUTS I – 2005/2006	54
Quadro 14.	Relação com o trabalho	69
Quadro 15.	Rendimento líquido mensal do agregado	69

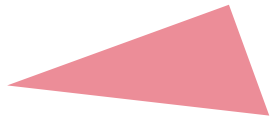
Índice de Gráficos

Gráfico 1.	Distribuição dos acidentes domésticos e de lazer por sexo e grupo etário (%)	14
Gráfico 2.	Distribuição da população por local de ocorrência dos acidentes de lazer	14
Gráfico 3.	Distribuição percentual dos acidentes registados pela actividade no momento do acidente	15
Gráfico 4.	Distribuição da população por mecanismo de lesão	16
Gráfico 5.	Distribuição da população por tipo de lesão	16
Gráfico 6.	Distribuição percentual dos ADL's por parte do corpo lesada	17
Gráfico 7.	Percentagem de ADL's com internamento e número médio de dias de internamento por grupo etário	17
Gráfico 8.	Evolução das vítimas mortais 1998 – 2007	22
Gráfico 9.	Evolução dos feridos graves 1998 – 2007	23
Gráfico 10.	Medidas de segurança rodoviária e indicadores de sinistralidade 1998 – 2007	23
Gráfico 11.	Sinistralidade por mês (%)	26
Gráfico 12.	Sinistralidade por dia da semana (%)	26
Gráfico 13.	Sinistralidade por horas do dia (%)	26
Gráfico 14.	Sinistralidade segundo a natureza do acidente	27
Gráfico 15.	Sinistralidade segundo a localização do acidente	28
Gráfico 16.	Peões – vítimas mortais segundo o grupo etário, por sexo	29
Gráfico 17.	Peões – feridos graves segundo o grupo etário, por sexo	29
Gráfico 18.	Passageiros – vítimas mortais segundo o grupo etário, por sexo	30
Gráfico 19.	Passageiros – feridos graves segundo o grupo etário, por sexo	30
Gráfico 20.	Condutores – vítimas mortais segundo o grupo etário, por sexo	31
Gráfico 21.	Condutores – feridos graves segundo o grupo etário, por sexo	31
Gráfico 22.	Acidentes de trabalho mortais – 2004 a 2008	37
Gráfico 23.	Acidentes de trabalho mortais por distrito – 2007 e 2008	38
Gráfico 24.	Acidentes de trabalho mortais segundo os dias da semana – 2007 e 2008	38
Gráfico 25.	Acidentes de trabalho – 2006	39
Gráfico 26.	Acidentes de trabalho não mortais, com e sem ausência – 2006	39
Gráfico 27.	Acidentes de trabalho por NUT II e estrangeiro – 2006 (%)	40
Gráfico 28.	Acidentes de trabalho por distrito, Região Autónoma e estrangeiro em % – 2006	41
Gráfico 29.	Acidentes de trabalho por escalão etário – 2006	42
Gráfico 30.	Pessoas que sofreram acidentes de trabalho por mil empregados (%)	44
Gráfico 31.	Total de mortes por doenças crónicas nos países desenvolvidos e em vias de desenvolvimento, 1990-2020	53
Gráfico 32.	Incidência da doença crónica, na União Europeia, 2002	56
Gráfico 33.	Distribuição percentual das patologias mais frequentes em Portugal	58
Gráfico 34.	Pessoas com deficiência e doença crónica na União Europeia	61
Gráfico 35.	Pessoas com deficiências e incapacidades por grupos etários	67
Gráfico 36.	Pessoas com deficiências e incapacidades segundo o tipo de alterações nas funções	68
Gráfico 37.	Idade de desenvolvimento/aquisição das alterações nas funções por tipo de funções	68

Índice de Diagrama

Diagrama 1. Modelo interaccional dos impactos

66



Capítulo 1.
Introdução

Portugal dispõe actualmente de dados sobre as deficiências e incapacidades que evidenciam o predomínio das que são desenvolvidas ao longo da vida (habitualmente designadas por adquiridas), expresso em 96% dos casos, segundo dados de um inquérito efectuado a residentes em Portugal Continental, entre os 18 e os 75 anos. Deste modo, foi considerada como relevante a realização de uma compilação dos dados publicamente disponíveis acerca das doenças e acidentes, visto que parte desses estarão na origem de tais deficiências e incapacidades.

Assim sendo, o intuito do presente relatório assenta na sistematização do conhecimento disponível acerca das doenças e acidentes, nomeadamente (Capítulos 1 a 4):

- acidentes domésticos e de lazer;
- acidentes de viação;
- acidentes de trabalho e doenças profissionais;
- doenças crónicas.

A agregação dos dados, sem pretensões de ser exaustiva, visa contribuir para a caracterização de cada tipologia de doenças e acidentes aos seguintes níveis:

- agentes precipitadores e/ou circunstâncias em que se verificaram as ocorrências;
- taxas de frequência e incidência dos fenómenos;
- distribuição geográfica;
- características das pessoas afectadas;
- impactos ao nível dos cidadãos e da sociedade.

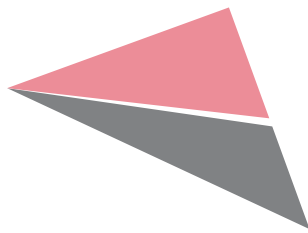
Com o objectivo de enriquecer a análise e promover a reflexão em torno da temática, são igualmente apresentados alguns dados internacionais sobre as doenças e acidentes em estudo.

São igualmente exploradas potenciais relações entre estes dados e a caracterização das pessoas com deficiências e incapacidades em Portugal (Capítulo 5), terminando-se este percurso com umas breves reflexões sobre o modo como estas temáticas podem ser exploradas e trabalhadas (Capítulo 6).

No decorrer da recolha de informação, foram experienciadas algumas dificuldades no acesso a dados recentes e actualizados face aos novos modelos de referência relativos às deficiências e incapacidades, quer a nível nacional, quer a nível internacional. Nalguns casos, verificaram-se incompatibilidades no estabelecimento de cruzamento de dados, que se crê estarem relacionadas com diferentes metodologias de recolha, registo e tratamento dos dados, por parte dos diversos agentes intervenientes neste complexo processo. Foi ainda percebido, por vezes, um maior enfoque nos acidentes com vítimas mortais, bem como a escassez de dados acerca dos impactos das doenças e acidentes. Não obstante, face a experiências anteriores de recolha e compilação de informação estatística, é de salientar os progressos que se têm vindo a efectuar neste domínio em Portugal.

O trabalho aqui apresentado foi produzido no âmbito do Estudo “A Inclusão das Pessoas com Deficiências e Incapacidades – Contributos para a Operacionalização da Estratégia Nacional”, co-financiado pelo POAT/FSE ⁽⁰¹⁾.

(01) *Informações sobre o Estudo e resultados respectivos disponíveis em www.crbg.pt.*



Capítulo 2.

Acidentes domésticos e de lazer

Todos os dias, em todas as partes do mundo, a ocorrência de acidentes é inevitável e os acidentes domésticos e de lazer (ADL's) são muito comuns. Mesmo com todo o cuidado, há objectos e situações que representam risco e podem provocar acidentes. Para as crianças e para os idosos, em especial, todas as divisões da casa podem representar um enorme risco (PÁDUA, 2005).

Os ADL's definem-se por exclusão. São todos aqueles que não se classificam como acidentes de trabalho, acidentes rodoviários e violências ocorridas com indivíduos com 10 ou mais anos de idade. Registam-se durante os tempos livres, em períodos de lazer ou diversão. Nos acidentes domésticos e de lazer incluem-se os acidentes escolares, acidentes de desporto e violências decorrentes de confrontos entre crianças com menos de 10 anos (DGS, 2005).

De acordo com dados provenientes do Sistema ADELIA⁽⁰²⁾, em 2005, registaram-se 32.300 acidentes, dos quais resultaram 12 vítimas mortais. A lesão mais frequente foi a queda.

Os valores apresentam grandes oscilações consoante as regiões, tendo a região Centro a maior taxa de ADL's, com uma representação de 46%, num total de 16.528 acidentes naquela área. Ao contrário, a região de Lisboa e Vale do Tejo registou o menor número, representando, em 29 acidentes, 0,08% do total de ADL's no país (cf. Quadro 1).

QUADRO 1. DISTRIBUIÇÃO DO NÚMERO DE ADL'S REGISTRADOS PELO SISTEMA ADELIA POR UNIDADE DE SAÚDE PARTICIPANTE

Unidades de saúde	%	n
Região Norte	5,5	1.766
Região Centro	48,0	1.5492
Região Lisboa e Vale do Tejo	0,1	29
Região Alentejo	15,1	4.886
Região Algarve	26,4	8.542
Região Autónoma dos Açores	4,9	1.585
Total	100	32.300

Fonte: ONSA, 2006, adaptado

Dados extraídos do supracitado sistema demonstram ainda que a maioria destes acidentes acontece nos meses de Maio ou Agosto, e maioritariamente entre segunda e sexta-feira.

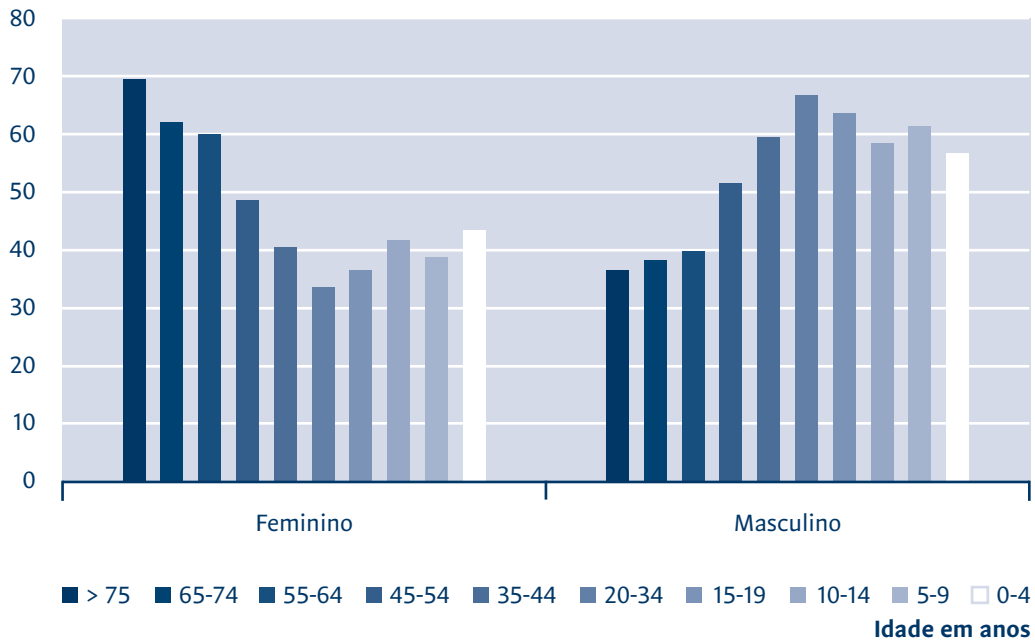
No que respeita à distribuição da sua ocorrência pela hora do dia, salientam-se dois picos: um por volta das 10 horas, o outro por volta das 16 horas.

Relativamente à população em causa, verifica-se que até à faixa etária dos 35 aos 44 anos são os homens que se apresentam mais vezes como tendo sido vítimas de um ADL, com-

(02) O Sistema ADELIA (Acidentes Domésticos e de Lazer Informação Adequada) foi criado no ano 2000, sob coordenação do Observatório Nacional de Saúde do Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge com a colaboração do Instituto de Gestão Informática e Financeira de Saúde. O programa assenta numa base de dados de recolha e análise sobre os ADL's que implicaram uma deslocação às urgências das unidades de saúde do Serviço Nacional de Saúde (Unidades Hospitalares e Centros de Saúde).

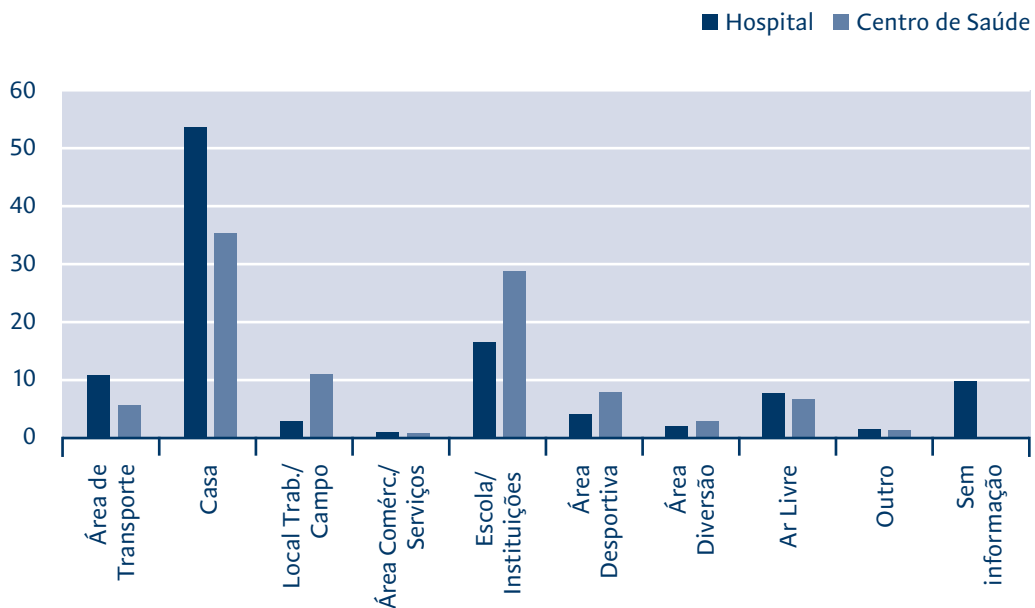
parativamente às mulheres na mesma faixa etária. No entanto, enquanto que no caso dos homens a tendência é crescente até à faixa etária dos 20 aos 34 anos, decrescendo progressivamente até aos 75 e mais anos, tal não se verifica nas mulheres, onde a tendência é contrária. Isto é, a partir do escalão dos 20 aos 34 anos as mulheres tendem a apresentar-se mais vezes nas unidades de saúde como tendo sido vítimas de um acidente doméstico e de lazer (cf. Gráfico 1). O local onde mais frequentemente ocorrem estes acidentes é em casa. Outro dos locais com incidência neste tipo de acidentes é a escola (cf. Gráfico 2).

GRÁFICO 1. DISTRIBUIÇÃO DOS ACIDENTES DOMÉSTICOS E DE LAZER POR SEXO E GRUPO ETÁRIO (%)



Fonte: ONSA, 2006, adaptado

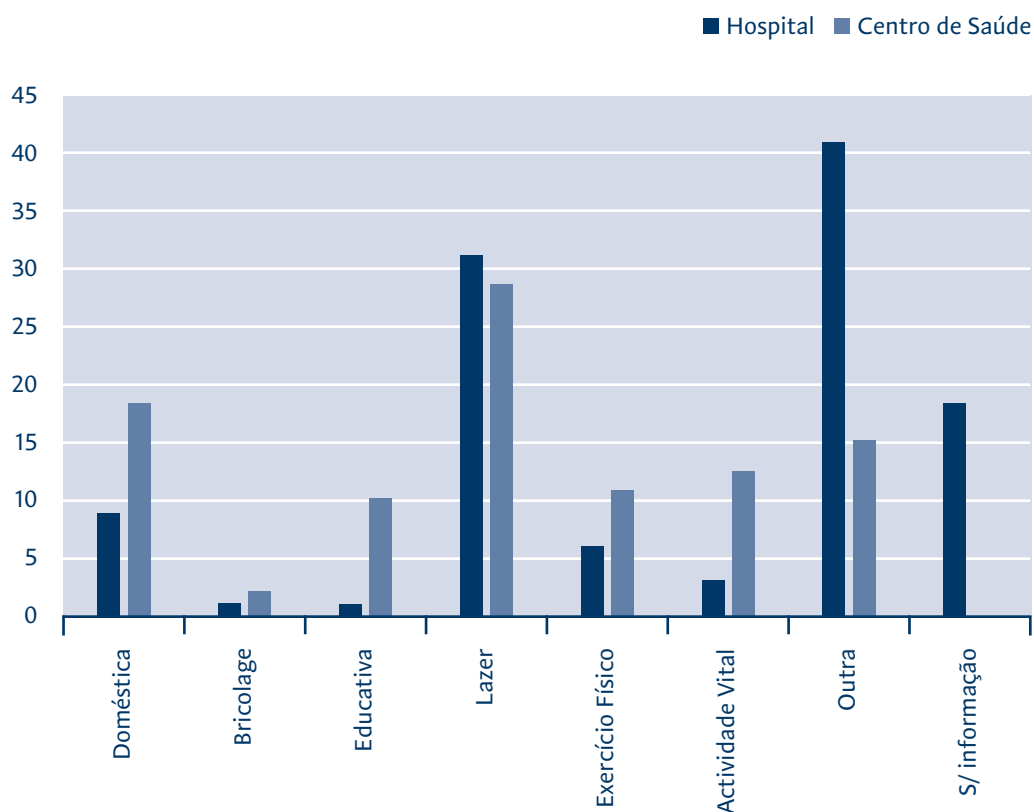
GRÁFICO 2. DISTRIBUIÇÃO DA POPULAÇÃO POR LOCAL DE OCORRÊNCIA DOS ACIDENTES DE LAZER



Fonte: ONSA, 2006, adaptado

Segundo a mesma fonte, quanto à acção em curso aquando da ocorrência do acidente, 32% dos casos reportados pelos hospitais remetem para uma actividade de lazer, ao que se segue, com maior frequência, uma qualquer tarefa doméstica. No sexo masculino, o sinistro devido ao lazer prevalece até aos 14 anos, equiparando-se, a partir daqui, à razão de ordem doméstica; no sexo feminino, o lazer é a principal razão até aos 15 anos, seguindo-se o exercício físico e, depois, a partir dos 20 anos, a actividade doméstica.

GRÁFICO 3. DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DOS ACIDENTES REGISTRADOS PELA ACTIVIDADE NO MOMENTO DO ACIDENTE



Fonte: ONSA, 2006, adaptado

A análise do Gráfico 4 salienta que em Portugal, no ano 2005, o principal mecanismo de lesão foram as quedas, correspondente a 66% do total. Esta foi a causa mais prevalente em todos os grupos etários, mas com maior impacto nas idades mais avançadas, em especial nos indivíduos com mais de 75 anos, onde as quedas representaram 90% da totalidade dos acidentes registados.

Em 46% dos casos, o ADL provoca uma contusão ou um hematoma. De qualquer forma, salvaguarda a fonte, esta conclusão tem que ser avaliada cuidadosamente, já que a informação é declarada pelo acidentado ou pelo acompanhante. O segundo tipo de lesão especificado mais frequente em Portugal é a ferida aberta (16%) (cf. Gráfico 5).

GRÁFICO 4. DISTRIBUIÇÃO DA POPULAÇÃO POR MECANISMO DE LESÃO

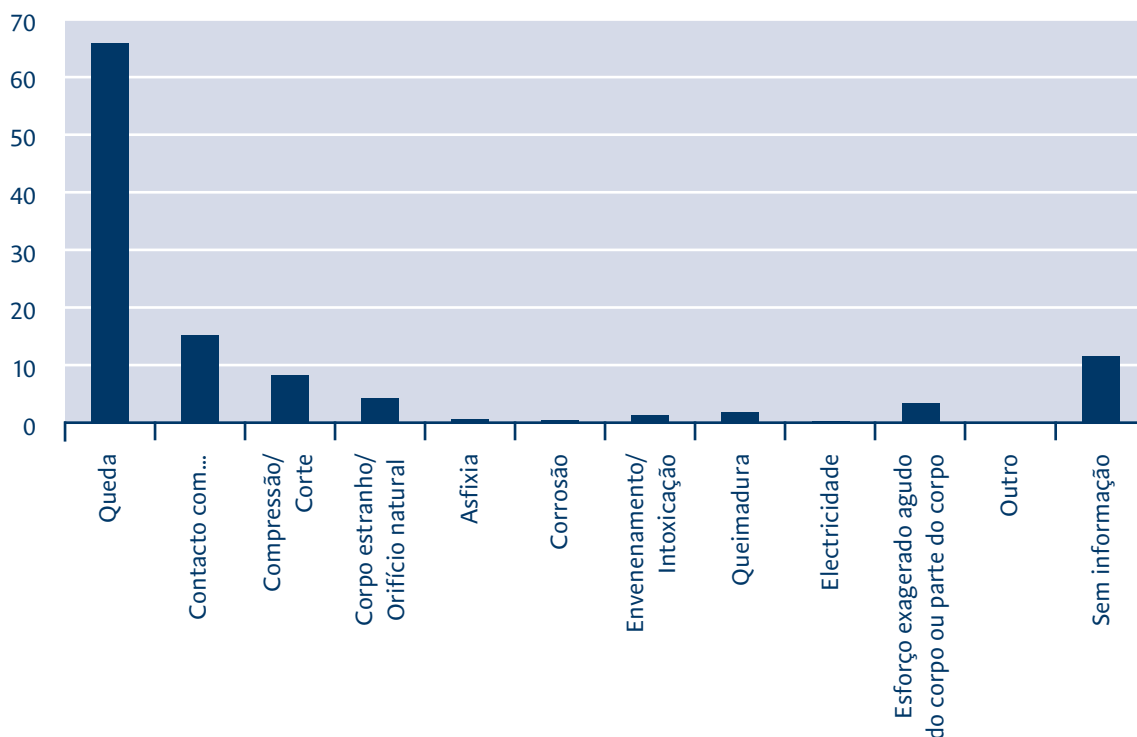
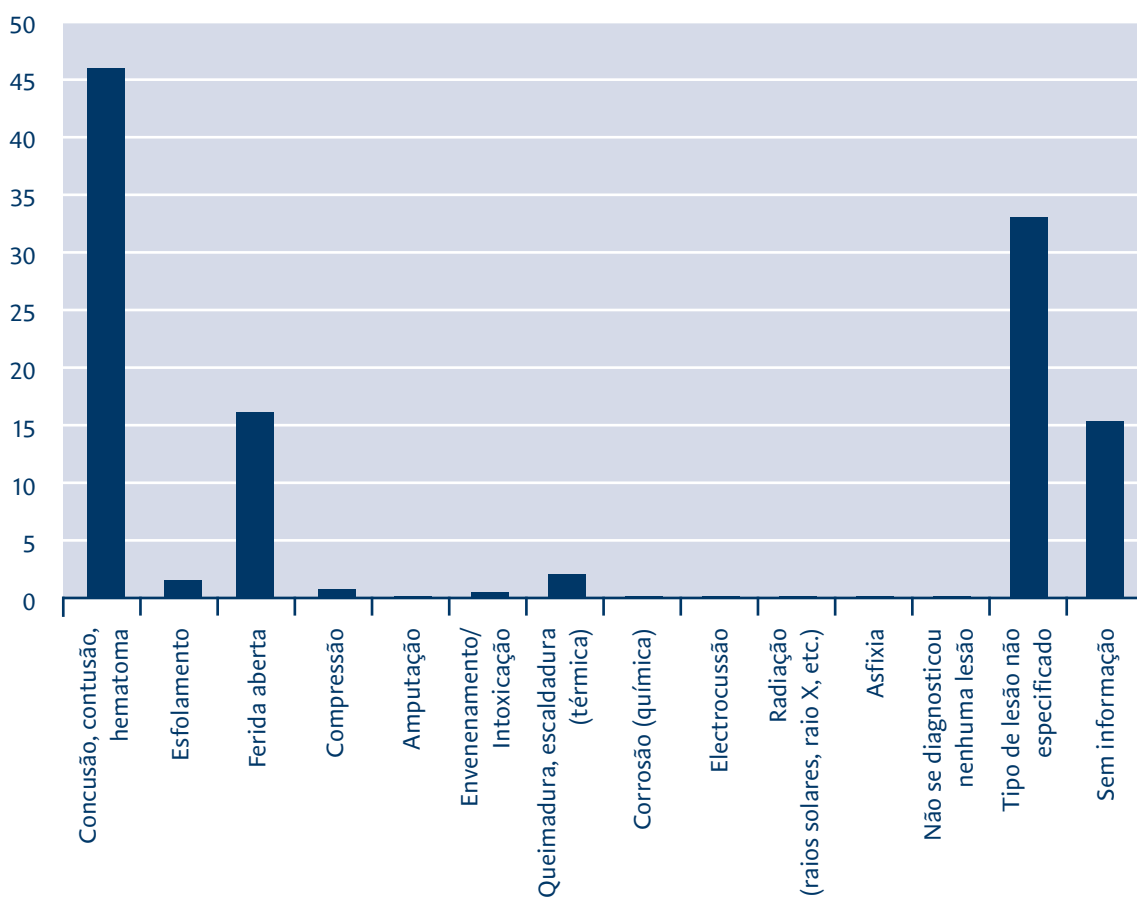


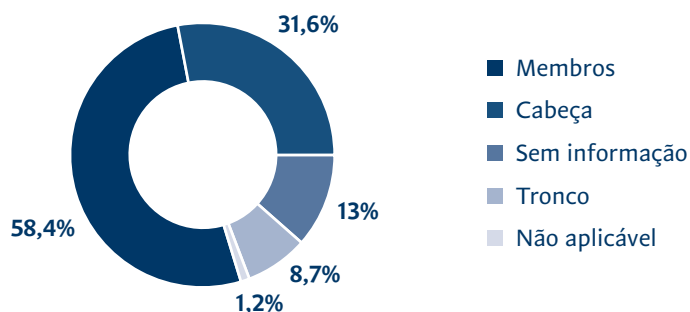
GRÁFICO 5. DISTRIBUIÇÃO DA POPULAÇÃO POR TIPO DE LESÃO



Fonte dos Gráficos 4 e 5: ONSA, 2006, adaptado

Os membros são a parte do corpo mais lesada (58%). Porém, quando se trata de crianças até aos quatro anos, a maior parte das escoriações são na cabeça (66%).

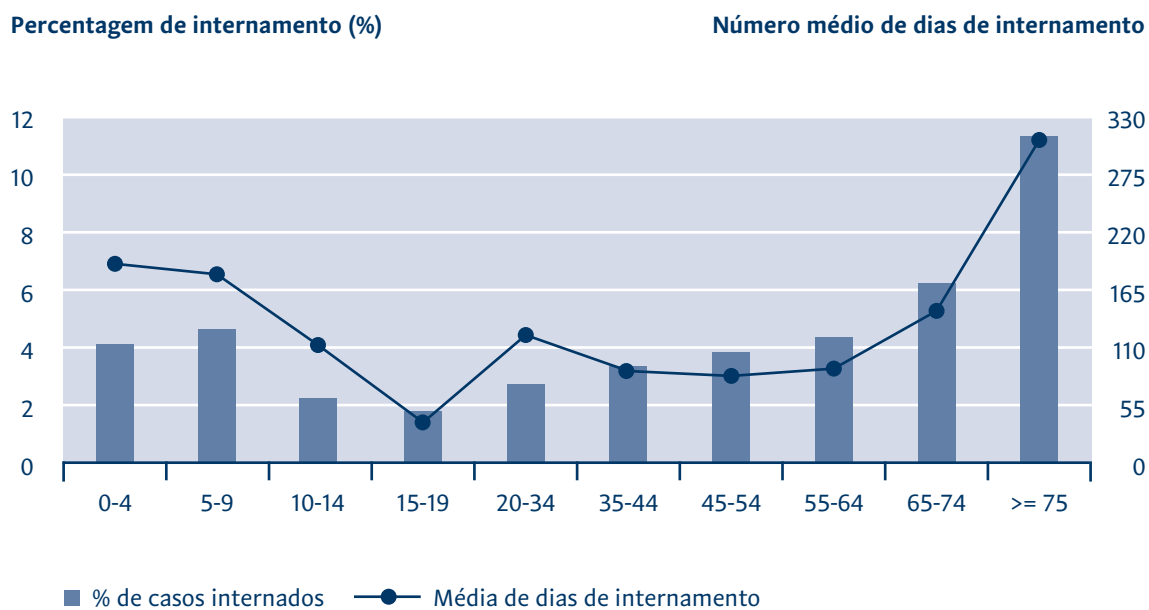
GRÁFICO 6. DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DOS ADL'S POR PARTE DO CORPO LESADA



Fonte: ONSA, 2006, adaptado

De todos os registos, 4% deram origem a internamento, e em 0,05% dos casos o acidente conduziu à morte. Entre os internados, é mais frequente a presença das crianças ou dos indivíduos com mais de 75 anos, sendo que o tempo de internamento aumenta em idades mais avançadas (cf. Gráfico 7).

GRÁFICO 7. PERCENTAGEM DE ADL'S COM INTERNAMENTO E NÚMERO MÉDIO DE DIAS DE INTERNAMENTO POR GRUPO ETÁRIO



Fonte: ONSA, 2006, adaptado

A este nível é de destacar que o tempo de internamento parece apresentar uma relação com os grupos etários, visto que são as pessoas com idade mais avançada que mais permanecem nesse regime.

A relevância da análise dos ADL's é demonstrada quer pelos dados apresentados, quer pelas estatísticas das entradas nas urgências hospitalares que evidenciam que, depois das doenças, os ADL's são o principal motivo que leva as pessoas a terem de recorrer a tais serviços.

Segundo dados do EUROSAFE (IDB, 2007), o número total das admissões hospitalares decorrentes de acidentes e doenças (não exclusivamente de ADL's) corresponde a 7 milhões (cerca de 9% do total das admissões). O custo *per capita* de uma destas admissões havia sido calculado, para a União Europeia (UE) dos 15, em 30 euros. Uma extrapolação, cuja análise e reflexão requerem as devidas ressalvas, colocaria o custo dos tratamentos na ordem dos 15 biliões de euros. Os custos indirectos com a diminuição dos dias de trabalho, os seguros, os danos patrimoniais e as incapacidades permanentes não foram ainda calculados, mas parece passível de afirmação que os custos totais com acidentes e doenças seriam consideravelmente superiores aos 15 biliões de euros supracitados.

Na UE dos 27, o rácio médio de ADL's fatais é de 22 por 100.000 habitantes, correspondente a mais do dobro dos acidentes de viação fatais (10/100.000) e a mais de 10 vezes dos acidentes de trabalho fatais (1,5/100.000). Todos os anos, morrem mais de 100.000 cidadãos da UE devido a ADL's (IDB, 2007).

Cerca de 60 milhões recebem tratamento médico e 7 milhões dão entrada hospitalar, o que corresponde a cerca de 19 000 pessoas por cada dia. A média de dias de internamento situa-se nos 8 dias. O facto de dois terços dos acidentes ocorridos no espaço da UE provocarem a necessidade de tratamento hospitalar permite pressupor que não se tratarão de lesões de índole menor (*ibidem*).

No que respeita ao caso específico das crianças (um dos grupos de risco, a par dos idosos), Portugal é o sexto país da União Europeia com a mais elevada taxa de mortes de crianças até aos 14 anos de idade provocadas por acidentes domésticos e rodoviários, de acordo com um estudo europeu realizado pela Aliança Europeia para a Segurança Infantil (AESI). De acordo com a AESI, Portugal apresenta uma taxa de mortalidade de 8,95 por cada 100.000 habitantes no total de acidentes domésticos, lazer e rodoviários que envolvem crianças até aos 14 anos de idade.



Capítulo 3.
Acidentes de viação

De todos os modos de transporte, o rodoviário é de longe o que tem custos mais elevados em vidas humanas, segundo os dados recolhidos. Entre as causas encontram-se a condução sob o efeito do álcool, o estado das estradas e o excesso de velocidade. Estima-se que os acidentes de viação matem 1,2 milhões de pessoas e causem ferimentos ou gerem incapacidade em mais de 50 milhões de indivíduos todos os anos, de acordo com um relatório da Organização Mundial de Saúde (OMS) e do Banco Mundial (BM).

Na UE, em 2004, os dados apontam para cerca de 890 mil acidentes com vítimas, das quais 30 mil são mortais (BASE DE DADOS EUROPEIA CARE). Em Portugal, foram registados no mesmo ano cerca de 39 mil acidentes com vítimas, das quais 1.300 mortais, morrendo em média por dia 3,6 pessoas em resultado de acidentes de viação (*ibidem*).

De acordo com a OMS, os acidentes rodoviários têm também um custo económico e social significativo: 518 mil milhões de dólares à escala mundial, o que representa nos países entre um e dois pontos percentuais do produto interno bruto (PIB).

Em Portugal, acidente de viação é uma “ocorrência na via pública ou que nela tenha origem envolvendo pelo menos um veículo, do conhecimento das entidades fiscalizadoras (GNR, GNR/BT e PSP) e da qual resultem vítimas e/ou danos materiais” (ANSR, 2007). Vítima mortal de acidente de viação é aquela cujo “óbito ocorra no local do evento ou no percurso até à unidade de saúde” (ANSR, 2007).

No ano de 2007, em Portugal Continental registaram-se 35.311 acidentes com vítimas, dos quais 3.224 provocaram a morte ou ferimentos graves. O número de feridos graves é de 3.116. Considerando os acidentes com vítimas e danos materiais ocorridos nas Regiões Autónomas, registaram-se 42.368 acidentes, dos quais resultaram 889 vítimas mortais e 3.375 feridos graves.

QUADRO 2. ACIDENTES E VÍTIMAS POR REGIÃO EM PORTUGAL CONTINENTAL

	Acidentes c/vítimas	Vítimas mortais	Feridos graves	Feridos leves	Total de vítimas
Região Norte	9.802	195	732	12.405	13.332
Região Centro	10.019	262	855	12.246	13.363
Região de Lisboa e Vale do Tejo	11.744	267	988	14.207	15.462
Região do Alentejo	1.490	58	264	1.794	2.116
Região do Algarve	2.256	72	277	2.550	2.899
Total	35.311	854	3.116	43.202	47.172

Fonte: ANSR, 2007

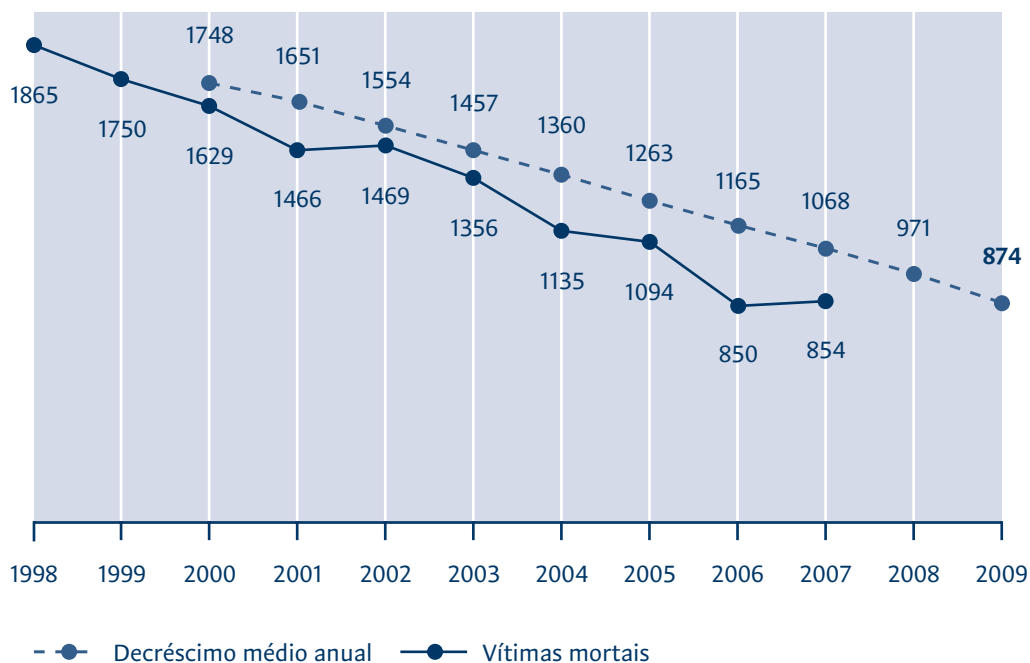
QUADRO 3. ACIDENTES E VÍTIMAS NAS REGIÕES AUTÓNOMAS

	Acidentes c/vítimas e danos materiais	Vítimas mortais	Feridos graves	Feridos leves	Total de vítimas
R.A. Madeira	3.099	15	95	1041	1.151
R.A. Açores	3.958	20	164	825	1.009
Total	7.057	35	259	1.866	2.160

Fonte: ANSR, 2007

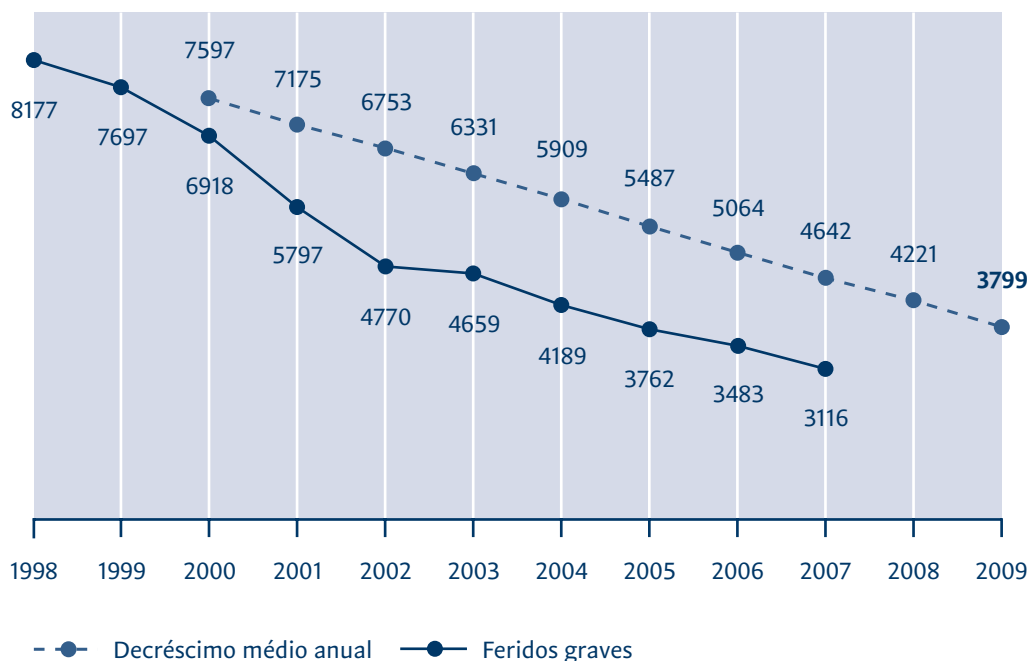
Quando analisados por comparação a períodos homólogos anteriores, constata-se que tem ocorrido uma diminuição da sinistralidade rodoviária quer em termos de vítimas mortais, quer de feridos graves (cf. Gráficos 8 e 9). A análise desta tendência pode ser enriquecida pela apresentação simultânea de algumas das principais medidas de segurança rodoviária, donde se salienta o Plano Nacional de Prevenção Rodoviária, pelo amplo espectro que possui face às outras medidas (cf. Gráfico 10).

GRÁFICO 8. EVOLUÇÃO DAS VÍTIMAS MORTAIS 1998-2007



Fonte: ANSR, 2007, adaptado

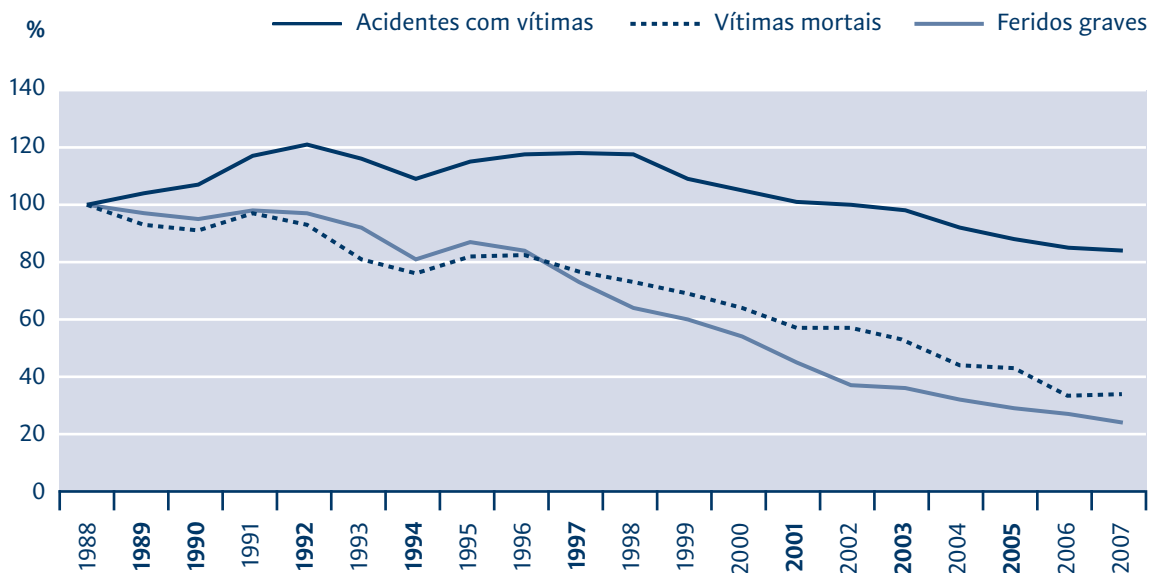
GRÁFICO 9. EVOLUÇÃO DOS FERIDOS GRAVES 1998-2007



Fonte: ANSR, 2007, adaptado

GRÁFICO 10. MEDIDAS DE SEGURANÇA RODOVIÁRIA E INDICADORES DE SINISTRALIDADE 1998-2007

Fonte: ANSR, 2007, adaptado



1989. Obrigatoriedade do tacógrafo; Agravamento sanções pecuniárias.

1990. Criminalização para TAS>=1,20 g/l.

1992. Inspeções periódicas obrigatórias.

1994. Alterações ao Código da Estrada (CE): Cinto segurança dentro localidades; Redução limites velocidade dentro localidades (50 km/h); Uso de capacete para ciclomotores; Agravamento sanções pecuniárias.

1997. Campanha “Segurança máxima – tolerância zero” (início IP5).

2001. Alterações ao CE: Agravamento das sanções pecuniárias.

2003. Plano Nacional Prevenção Rodoviária.

2005. Alterações ao CE (26 Março): Agravamento de sanções pecuniárias e acessórias; Uso colete retroreflector obrigatório; Coimas diferenciadas para excesso de velocidade.

Dados referentes ao primeiro semestre de 2008 expõem a ocorrência de 15.656 acidentes com vítimas, com um índice de gravidade (número de mortos por 100 acidentes com vítimas) situado nos 2,9. Lisboa e Porto são os distritos que assumem os valores mais elevados, quer no número de acidentes com vítimas, quer no número de vítimas, independentemente das consequências para as mesmas (cf. Quadro 4). Se considerado o número de habitantes do distrito, Leiria, Faro e Coimbra são os que apresentam uma maior taxa de incidência de acidentes com vítimas (cf. Quadro 5).

QUADRO 4. ACIDENTES E VÍTIMAS – 1.º SEMESTRE DE 2008

	Acidentes c/vítimas	Vítimas mortais	Feridos graves	Feridos leves	Total de vítimas	Índice de gravidade
Aveiro	1.401	35	93	1.642	1.770	2,5
Beja	228	13	23	291	327	5,7
Braga	1.189	23	104	1.490	1.617	1,9
Bragança	188	10	29	242	281	5,3
C. Branco	259	9	26	304	339	3,5
Coimbra	894	18	48	1.090	1.156	2,0
Évora	242	11	21	317	349	4,5
Faro	911	15	67	1.069	1.151	1,6
Guarda	235	5	20	294	319	2,1
Leiria	1.045	24	85	1.264	1.373	2,3
Lisboa	3.186	45	202	3.790	4.037	1,4
Portalegre	149	4	22	169	195	2,7
Porto	2.476	45	158	3.162	3.365	1,8
Santarém	901	29	104	1.119	1.252	3,2
Setúbal	1.116	29	68	1.377	1.474	2,6
V. Castelo	326	15	18	390	423	4,6
Vila Real	255	6	22	329	357	2,4
Viseu	655	12	60	824	896	1,8
Total 1.º sem. 2008	15.656	348	1.170	19.163	20.681	2,9
Total 2007	35.311	854	3.116	43.202	46.318	2,4

Fonte: Sítio da Internet da ANSR; construído com base nos relatórios semestrais disponíveis por distrito

QUADRO 5. COMPARATIVO DISTRITAL – 1.º SEMESTRE DE 2008

	Acidentes c/vítimas (A)	A/Milhão habitantes	A/Milhão veículos	Vítimas mortais (M)	M/ Milhão habitantes	M/Milhão veículos
Aveiro	1.401	1.908	3.305	35	48	83
Beja	228	1.489	2.491	13	85	142
Braga	1.189	1.379	2.632	23	27	51
Bragança	188	1.323	2.201	10	70	117
C. Branco	259	1.301	2.239	9	45	78
Coimbra	894	2.058	3.488	18	41	70
Évora	242	1.425	2.427	11	65	110
Faro	911	2.137	3.304	15	35	54
Guarda	235	1.364	2.321	5	29	49
Leiria	1.045	2.179	3.326	24	50	76
Lisboa	3.186	1.427	2.484	45	20	35
Portalegre	149	1.261	2.177	4	34	58
Porto	2.476	1.360	2.755	45	25	50
Santarém	901	1.933	3.189	29	62	103
Setúbal	1.116	1.308	2.630	29	34	68
V. Castelo	326	1.295	2.465	15	60	113
Vila Real	255	1.173	2.078	6	28	49
Viseu	655	1.633	2.976	12	30	55
Total	15.656	1.546	2.773	348	34	62

Fonte: ANSR, 2008

A análise da sazonalidade da sinistralidade rodoviária do ano de 2007 permite concluir que o número de acidentes com vítimas atinge o seu valor máximo em Julho (3.423) e o mínimo em Fevereiro (2.512). O número de vítimas mortais apresenta um comportamento diferente, sendo que Novembro é o mês com maior expressão (95). A distribuição dos feridos graves aproxima-se mais da dos acidentes com vítimas, tendo principal incidência nos meses de Julho (303), Agosto (307) e Outubro (306). Julho é o mês em que o número total de vítimas é maior, correspondendo a 4.616 pessoas acidentadas. Quando se opta pelo registo semanal, o número de vítimas mortais e o número de feridos graves assumem particular expressão ao fim-de-semana. Não obstante, o maior número diário de acidentes com vítimas é a sexta-feira. Estes dados parecem então indicar que os acidentes ocorridos ao fim-de-semana têm consequências mais severas, o que é inclusivamente validado pelos elevados índices de gravidade: 2,9 ao Sábado e 3,3 ao Domingo. Na distribuição de acidentes e vítimas segundo o período horário, o número de acidentes com vítimas assume maior frequência nos intervalos temporais das 15h às 18h e das 18h às 21h. É neste último intervalo que se registam mais vítimas mortais e feridos graves. Nos dois intervalos que correspondem ao período das 00h às 06h registam-se os dois índices de gravidade mais elevados (4,5 das 00h às 03h e 6,1 das 03h às 06h).

GRÁFICO 11. SINISTRALIDADE POR MÊS (%)

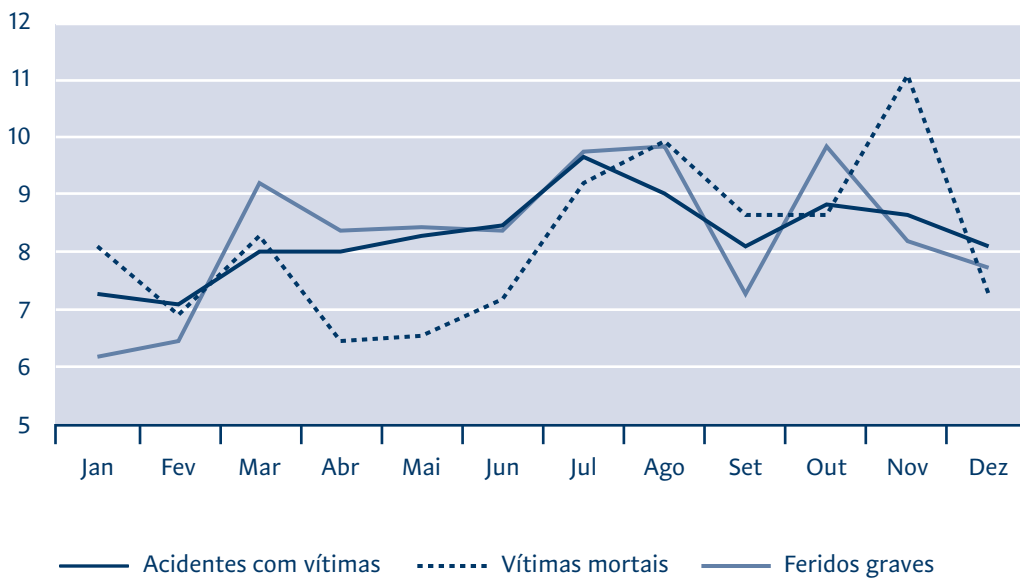


GRÁFICO 12. SINISTRALIDADE POR DIA DA SEMANA (%)

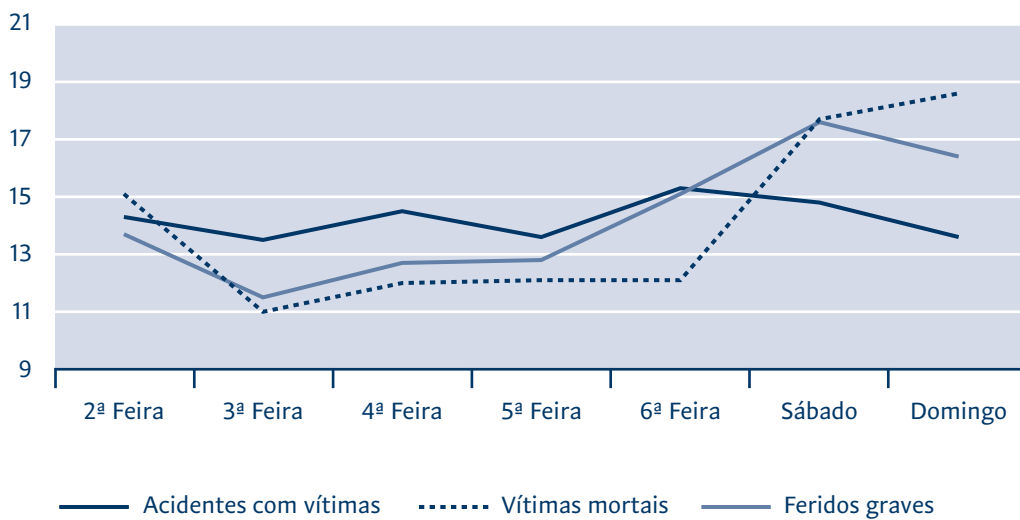
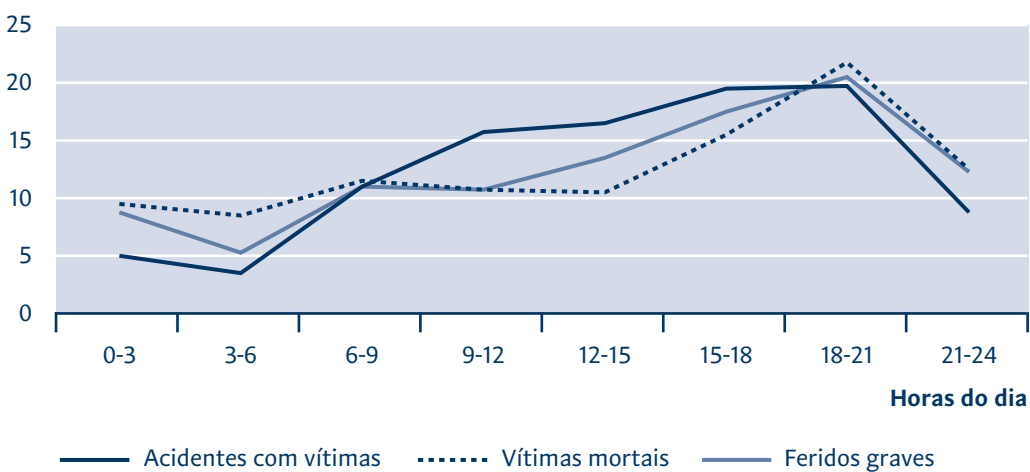


GRÁFICO 13. SINISTRALIDADE POR HORAS DO DIA (%)



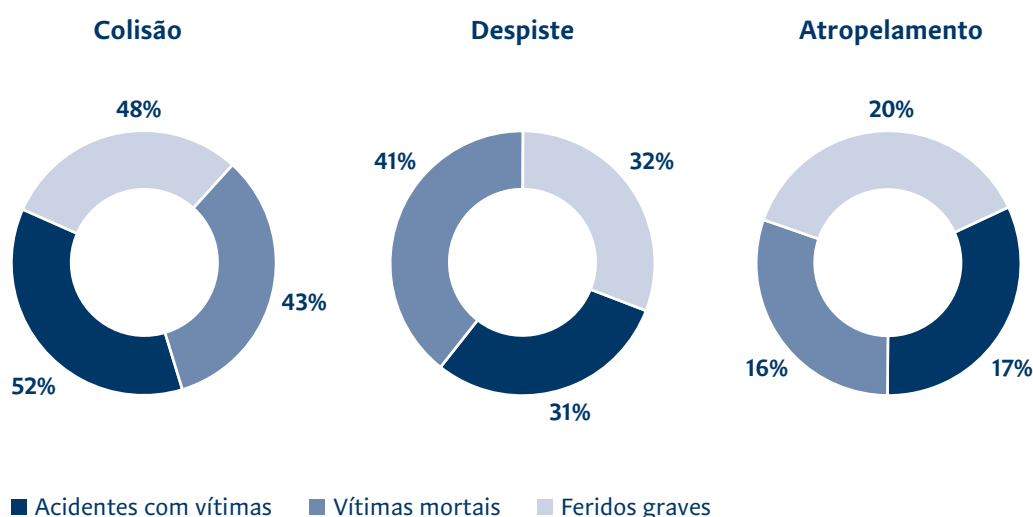
Fonte dos Gráficos 11, 12 e 13: ANSR, 2007

No que respeita às condições de luminosidade, é de dia que se registam mais acidentes (24.856), sendo que o índice de gravidade é superior durante a noite (4,0) e durante a aurora ou crepúsculo (3,4), por comparação ao período diurno (1,8).

Considerando 3 grupos de factores atmosféricos – bom tempo, chuva e outros não definidos – é durante o bom tempo que se registam mais acidentes. Não obstante, é na situação indefinida que o índice de gravidade atinge um valor mais elevado (5,3 vs. 2,4 com bom tempo e 1,9 com chuva).

Quanto à natureza do acidente (cf. Gráfico 14), a colisão e o despiste correspondem às principais tipologias, em termos de feridos graves em Portugal Continental (1.504 e 999, respectivamente). É evidenciado o predomínio das colisões lateral e frontal no desenvolvimento de ferimentos graves (522 e 647), no que respeita à tipologia “colisão”. O atropelamento de peões contribui também fortemente para tal situação (573) (ANSR, 2007).

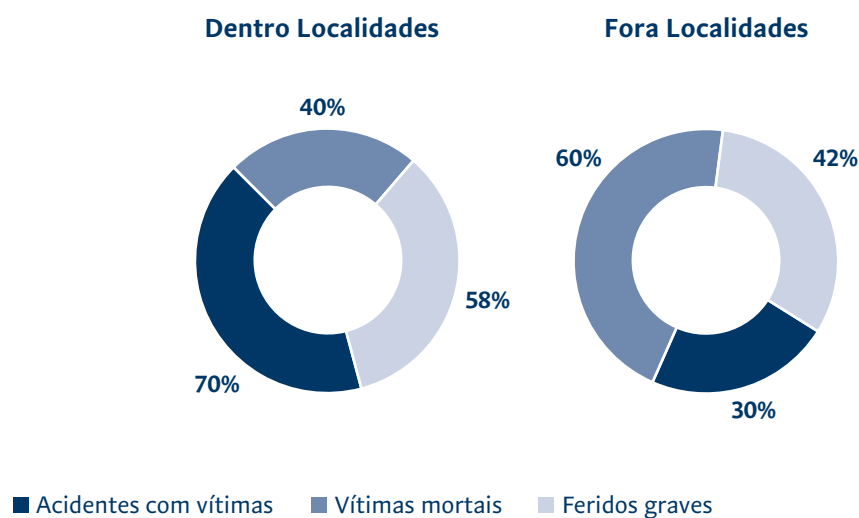
GRÁFICO 14. SINISTRALIDADE SEGUNDO A NATUREZA DO ACIDENTE



Fonte: ANSR, 2007, adaptado

Relativamente ao tipo de via, a maior parte dos acidentes com vítimas ocorre nos arruamentos (18.204), seguidos das estradas nacionais (9.039), com uma distribuição aproximadamente equitativa entre os acidentes registados dentro das localidades e fora das localidades. Também no que respeita ao número de feridos graves, os arruamentos e as estradas nacionais constituem-se como os dois principais locais de frequência (1.184 e 1.103, respectivamente). O índice de gravidade atinge o seu valor máximo – 6,9 – nos IP/IC (8,4 quando fora das localidades).

GRÁFICO 15. SINISTRALIDADE SEGUNDO A LOCALIZAÇÃO DO ACIDENTE



Fonte: ANSR, 2007, adaptado

Em termos de caracterização dos acidentados, verifica-se um predomínio de condutores (27.347), seguidos de passageiros (13.499) e peões (6.326). Esta ordenação não sofre alterações quando a análise é realizada por vítimas mortais, feridos graves ou feridos leves.

QUADRO 6. ACIDENTADOS POR SEXO

		Feminino	Masculino	Total*
Peões	Vítimas mortais	44	93	137
	Feridos graves	279	340	619
	Feridos leves	2947	2606	5570
	Total de vítimas	3270	3039	6326
Passageiros	Vítimas mortais	81	130	186
	Feridos graves	309	415	725
	Feridos leves	7505	5064	12588
	Total de vítimas	7895	5582	13499
Condutores	Vítimas mortais	40	487	531
	Feridos graves	239	1515	1772
	Feridos leves	7470	17.364	25.044
	Total de vítimas	7749	19.366	27.347

* Inclui não definidos

Fonte: ANSR, 2007

Os grupos etários compreendidos entre os 20 e os 34 anos e com idade igual ou superior a 65 anos são os que mais feridos graves apresentam (1.059 e 445, respectivamente). Igual ordenação aplica-se aos feridos leves e ao número total de vítimas. Dados mais pormenorizados em termos de peões, passageiros e condutores (vítimas mortais e feridos graves) por grupo etário e sexo encontram-se plasmados nos gráficos seguintes.

GRÁFICO 16. PEÕES – VÍTIMAS MORTAIS SEGUNDO O GRUPO ETÁRIO, POR SEXO

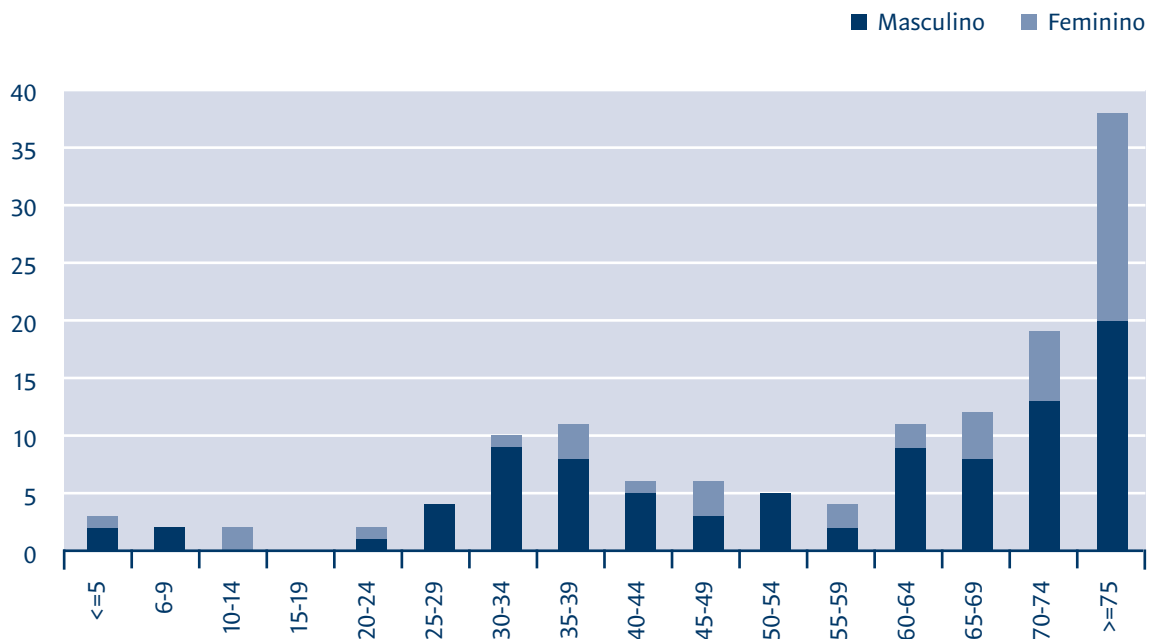
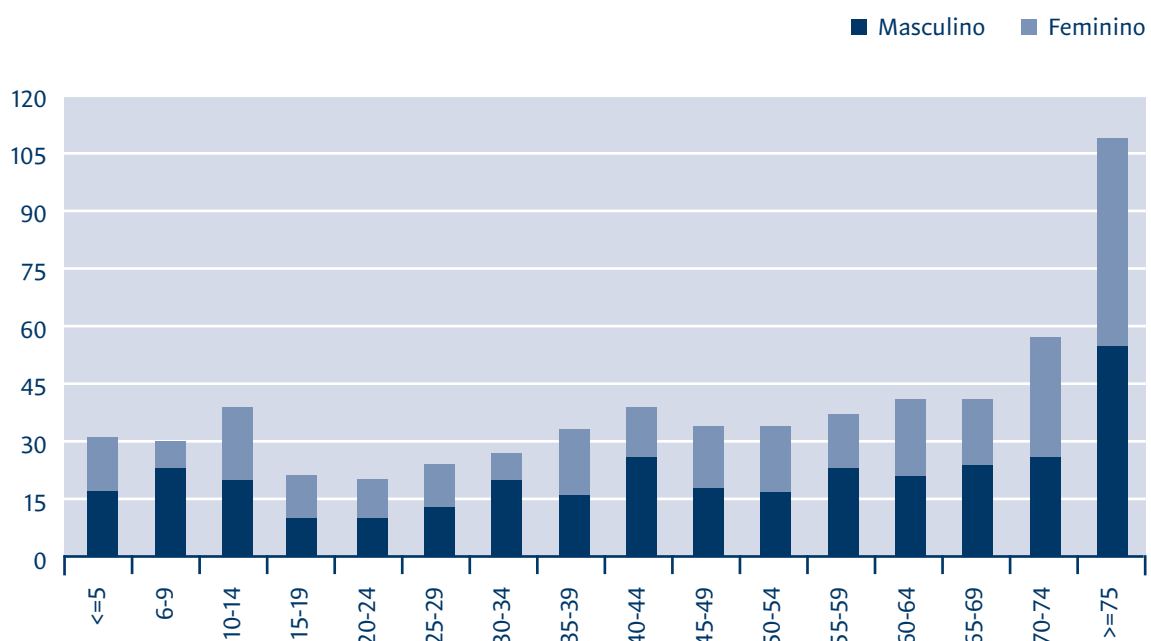
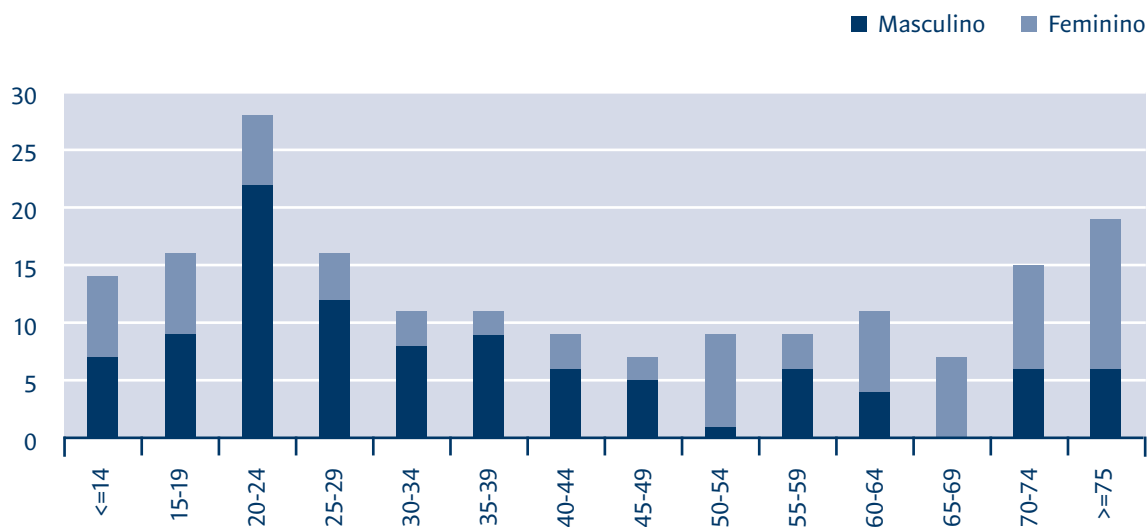


GRÁFICO 17. PEÕES – FERIDOS GRAVES SEGUNDO O GRUPO ETÁRIO, POR SEXO



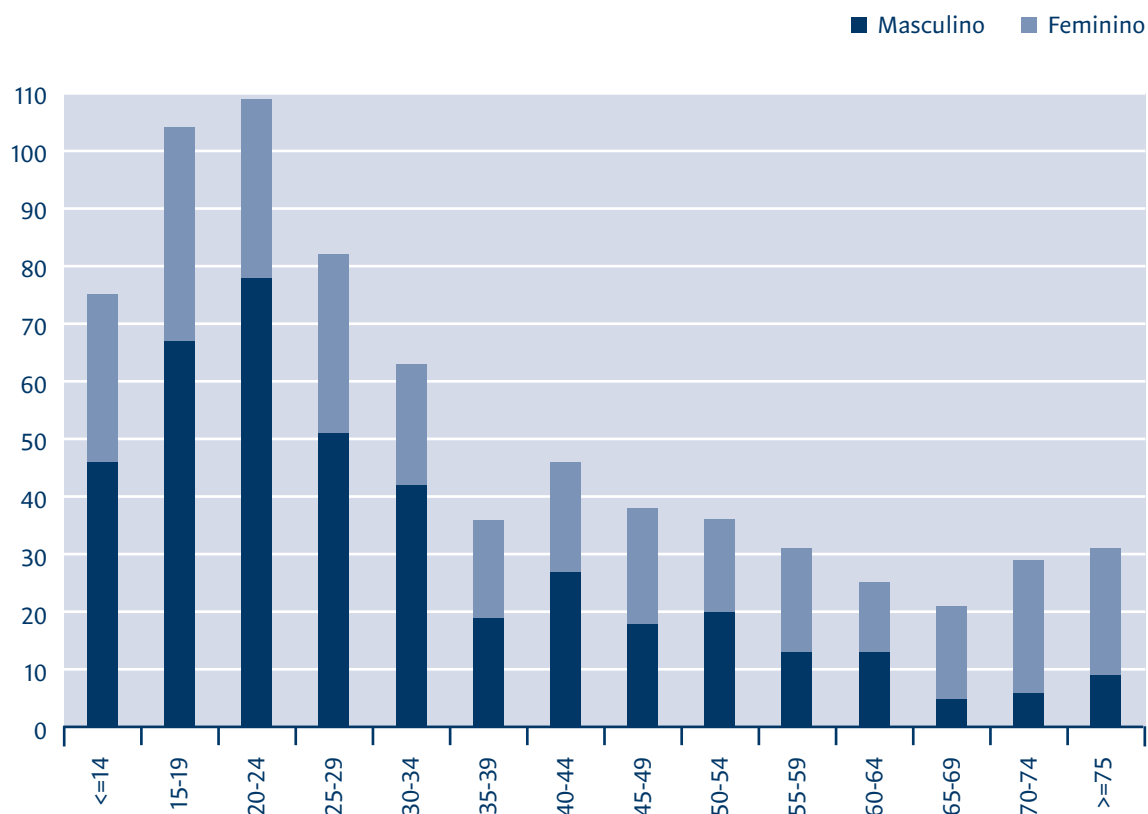
Fonte dos Gráficos 16 e 17: ANSR, 2007

GRÁFICO 18. PASSAGEIROS – VÍTIMAS MORTAIS SEGUNDO O GRUPO ETÁRIO, POR SEXO



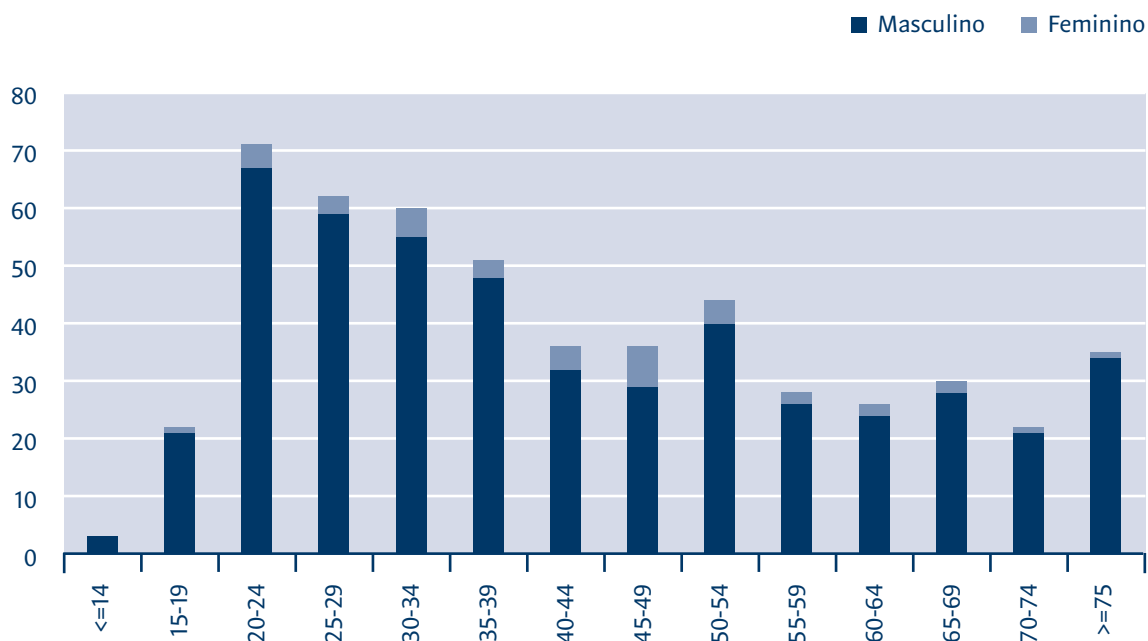
Fonte: ANSR, 2007

GRÁFICO 19. PASSAGEIROS – FERIDOS GRAVES SEGUNDO O GRUPO ETÁRIO, POR SEXO



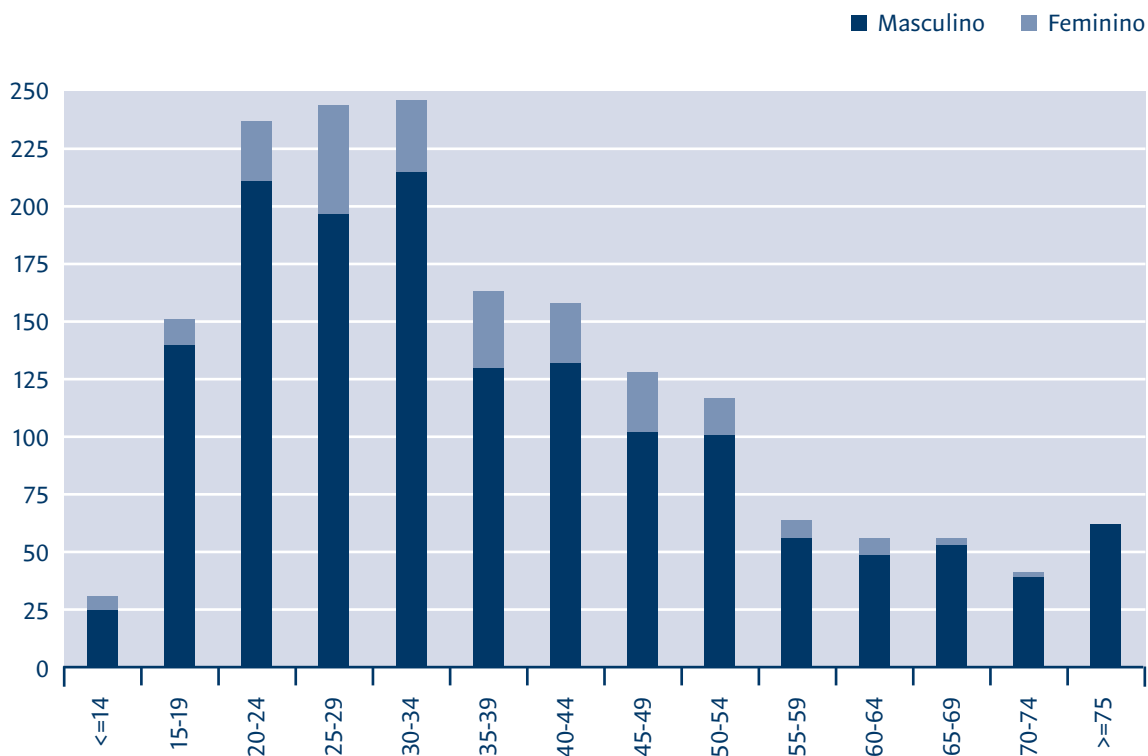
Fonte: ANSR, 2007

GRÁFICO 20. CONDUTORES – VÍTIMAS MORTAIS SEGUNDO O GRUPO ETÁRIO, POR SEXO



Fonte: ANSR, 2007

GRÁFICO 21. CONDUTORES – FERIDOS GRAVES SEGUNDO O GRUPO ETÁRIO, POR SEXO



Fonte: ANSR, 2007

Tal como antecipado no capítulo anterior, segundo dados da AESI, na UE morrem mais crianças por acidentes do que por doenças infantis, sendo que os acidentes rodoviários estão na origem de 34% destas mortes. Em Portugal, os acidentes rodoviários representam 39% do total de mortes infantis por acidente ⁽⁰³⁾. Para cada morte, estima-se em cinco o número de crianças que fica com incapacidade permanente.

De acordo com Barros (2004), os custos económicos dos acidentes de viação incluem aspectos como o valor da morte prematura ou da incapacidade gerada pelo acidente, os custos com serviços médicos e de reabilitação prestados, a perda de capacidade produtiva, os custos de propriedade (danos provocados) e os custos de gestão do acidente rodoviário (polícia, seguros, etc.). Utilizando dados do Inquérito Nacional de Saúde de 1998/1999 e o conceito de QAYL – *Quality Adjusted Life-Year*, Barros efectuou um estudo de aproximação aos custos pessoais e familiares intangíveis decorrentes de acidentes de viação, tendo apurado os seguintes dados:

- os homens perderam 2.180 QALY's e as mulheres 1.803;
- verifica-se uma correspondência a 78 milhões de euros (tendo por base o valor por vida estatística da UE de 1,5 milhões de euros por pessoa);
- em 2003, a estimativa seria de 4.730 pessoas com incapacidades, com um custo global de qualidade de vida perdida na ordem dos 2.500 milhões de euros, sendo que às vítimas mortais (1.356) estaria associado um valor de 2.034 milhões de euros (considerando um rácio de incapacidades permanentes por vítimas mortais de 1.356).

O autor conclui assim que:

- “as incapacidades permanentes são uma parte importante dos custos económicos dos acidentes de viação;
- apesar da maior visibilidade pública das vítimas mortais, a magnitude dos efeitos em termos de incapacidade é pelo menos igualmente importante.”

Contextualizando a questão da sinistralidade rodoviária no panorama europeu, e utilizando o conceito de “morto a 30 dias”, verifica-se que, apesar da posição desfavorável de Portugal quando comparada com o contexto europeu, os índices têm vindo a melhorar ao longo dos últimos anos. Em 2001, Portugal ocupava o 22.º lugar, com uma taxa de mortalidade de 163, tendo passado para o 16.º lugar em 2005 (taxa essa mais próxima da média europeia: 119 vs. 91).

(03) Estudo “*Priorities for child safety in the European Union*”, 2004.



Capítulo 4.

Acidentes de trabalho e doenças profissionais

O contexto laboral afigura-se como um dos contextos com maior impacto na qualidade de vida dos cidadãos, devido ao período temporal que lhe é, comumente, afecto.

ACIDENTES DE TRABALHO

Considera-se acidente de trabalho toda a ocorrência imprevista sofrida pelo trabalhador, durante o tempo de trabalho, que provoque dano físico ou mental.

Os mais recentes dados sobre acidentes de trabalho referem-se principalmente aos acidentes mortais, o que dificulta a análise dos acidentes de trabalho em relação às deficiências e incapacidades. Procura-se então fazer uma síntese das mais recentes informações recolhidas sobre esses casos, identificando o ano a que reportam.

De acordo com a síntese elaborada a partir dos dados disponibilizados pela Autoridade para as Condições do Trabalho (ACT), sobre sinistralidade laboral mortal objecto de inquérito, e pelo Gabinete de Estratégia e Planeamento do Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social sobre sinistralidade laboral em Portugal (cit in. ACT. 28 Abril – Dia Nacional de Prevenção e Segurança no Trabalho – *press kit*), os acidentes de trabalho podem ser caracterizados do seguinte modo:

- total de acidentes de trabalho no ano de 2005: 228.884;
- dias de trabalho perdidos por acidente de trabalho: 6.811.505;
- acidentes mortais objectos de inquérito em 2007: 163;
- total de acidentes mortais objecto de inquérito entre 2002 e 2008: 1.102;
- as regiões do país onde ocorrem mais acidentes são a região Norte, com 40,7%, a região Centro, com 27,5%, e a região de Lisboa, com 19,8%;
- os trabalhadores da faixa etária entre os 25 e 44 anos sofreram mais de 50% dos acidentes de trabalho;
- os operários, artífices e trabalhadores similares constituíram o grupo que mais acidentes sofreu, com 42% do total, seguidos de longe pelos trabalhadores não qualificados, com 15,7%;
- as zonas industriais, os estaleiros de construção, as pedreiras e as minas foram os locais onde se registaram mais de 50% dos acidentes, perfazendo um total de 152.000 dos casos;
- o trabalho com ferramentas de mão, o transporte manual e a manipulação de objectos são as actividades que contribuem para a ocorrência de mais de 50% dos acidentes;
- mais de 50% dos acidentes originaram esmagamentos, pancadas por objectos em movimento e o constrangimento físico do corpo;
- mais de 49% dos acidentes provocaram feridas e lesões superficiais e 17,4% deslocções, entorses e distensões. Mais de 50% dos acidentes afectaram as extremidades superiores e inferiores do corpo, seguidas da cabeça, com mais de 17%.

Segundo um relatório da Organização Mundial do Trabalho (OIT), que cita dados de 2001, cerca de 2,2 milhões de homens e mulheres morrem anualmente devido a acidentes de trabalho e a doenças profissionais. Em todo o mundo ocorrem por ano 270 milhões de acidentes de trabalho e são registados mais de 160 milhões de doenças profissionais. Em Portugal, todos os anos cerca de 250.000 trabalhadores sofrem um acidente de trabalho.

O Instituto para a Segurança, a Higiene e Saúde no Trabalho (ISHST) divulgou, com base no estudo “Retrato Estatístico sobre Trabalho e Segurança na União Europeia” ⁽⁰⁴⁾, e a propósito do Dia Nacional da Prevenção e Segurança no Trabalho, os seguintes dados:

- ocorre 1 acidente de trabalho em cada 5 segundos, na UE;
- morre 1 trabalhador a cada 2 horas, vítima de acidente de trabalho;
- quase 5 milhões de acidentes de trabalho (4,7 milhões) resultaram em baixas médicas superiores a três dias;
- estima-se que, contabilizados os acidentes de trabalho que resultam na ausência de baixa médica ou em baixas inferiores a três dias, o número total seja de 7,6 milhões;
- a exposição ao risco é influenciada quer pela experiência de trabalho, quer pela idade dos trabalhadores; a incidência de acidentes de trabalho é cerca de 50% superior entre trabalhadores com idades entre os 18-24 anos;
- os acidentes de trabalho mortais são mais frequentes em trabalhadores com idades entre os 55-64 anos;
- a incidência de acidentes de trabalho é superior nas pequenas empresas;
- os trabalhadores nocturnos e os que estão sujeitos a turnos laborais têm uma incidência 50% a 70% superior de acidentes de trabalho;
- os acidentes de trabalho ocorridos durante a noite são mais frequentemente fatais que os ocorridos durante o dia;
- entre as 00h00 e as 06h00, cerca de 2,6 acidentes em 1.000 são fatais;
- 62% dos trabalhadores europeus nunca usam equipamento de protecção individual (EPI's); 25% usam-no durante cerca de metade ou mais do horário normal de trabalho;
- é nas pequenas empresas que a utilização de EPI's se faz sentir com menor frequência (22% vs. 30% em empresas com, pelo menos, 50 trabalhadores);
- o direito à informação sobre riscos de trabalho é um direito básico de todos os trabalhadores. No entanto, apenas 41% dos trabalhadores europeus se consideram muito bem informados; 36% dizem-se bem informados;
- estima-se em cerca de 210 milhões os dias perdidos por acidentes de trabalho;
- as partes do corpo mais afectadas por acidentes de trabalho são os membros superiores e inferiores;
- três mil e quatrocentos foram os acidentes *in itinere* mortais em 2001; 650.000 foram os não mortais com necessidade de baixa médica superior a três dias.

Anualmente, perdem-se na UE cerca de 158 milhões de dias de trabalho na sequência de acidentes de trabalho. O sector da construção é responsável por uma parte significativa destes valores, com quase 13 trabalhadores mortos por cada cem mil, contra 5 por cada cem mil na média para os restantes sectores de actividade. Isto é, a probabilidade de morrer a trabalhar na construção (em Portugal e na UE) é cerca de 2,5 vezes maior do que trabalhar num qualquer outro sector de actividade (ISHST, 2005).

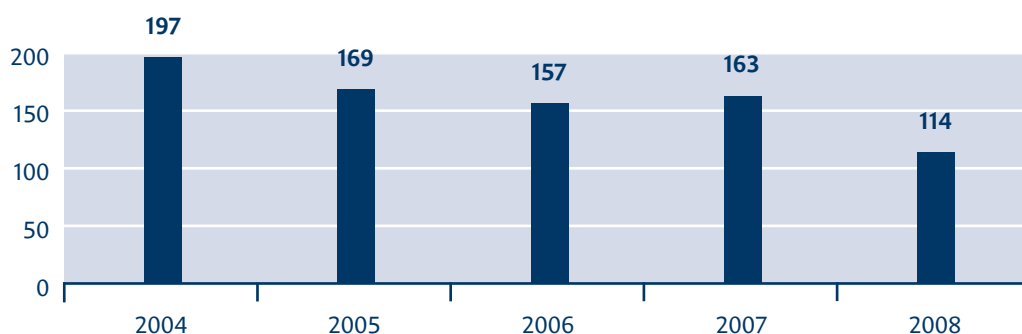
Em 2007, segundo dados da ACT (2008), registaram-se 163 acidentes de trabalho mortais, dos quais 82 ocorreram no sector da construção.

(04) Traçado para o período que medeia entre 1994-2002. Elaborado no seio da Comissão Europeia em 2001, o estudo foi publicado já em 2004.

Até 15 de Dezembro de 2008, em Portugal Continental, contabilizaram-se 114 acidentes com igual desfecho, sendo o sector acima referido responsável por 57 dos casos.

Os dados disponíveis parecem permitir antecipar um decréscimo no número de acidentes com consequências mortais, dado que não é expectável que ocorram 49 acidentes na última quinzena de 2008, face aos valores apresentados nos meses de Dezembro dos anos anteriores (cf. Gráfico 22).

GRÁFICO 22. ACIDENTES DE TRABALHO MORTAIS – 2004 A 2008



Fonte: ACT, 2008a, adaptado

Fevereiro (15) e Setembro (14) são os meses que, no ano corrente, registaram maior frequência de acidentes de trabalho mortais. Os dados completos de 2007 apontam para Novembro (20) e Março (18) como os meses mais críticos (cf. Quadro 7).

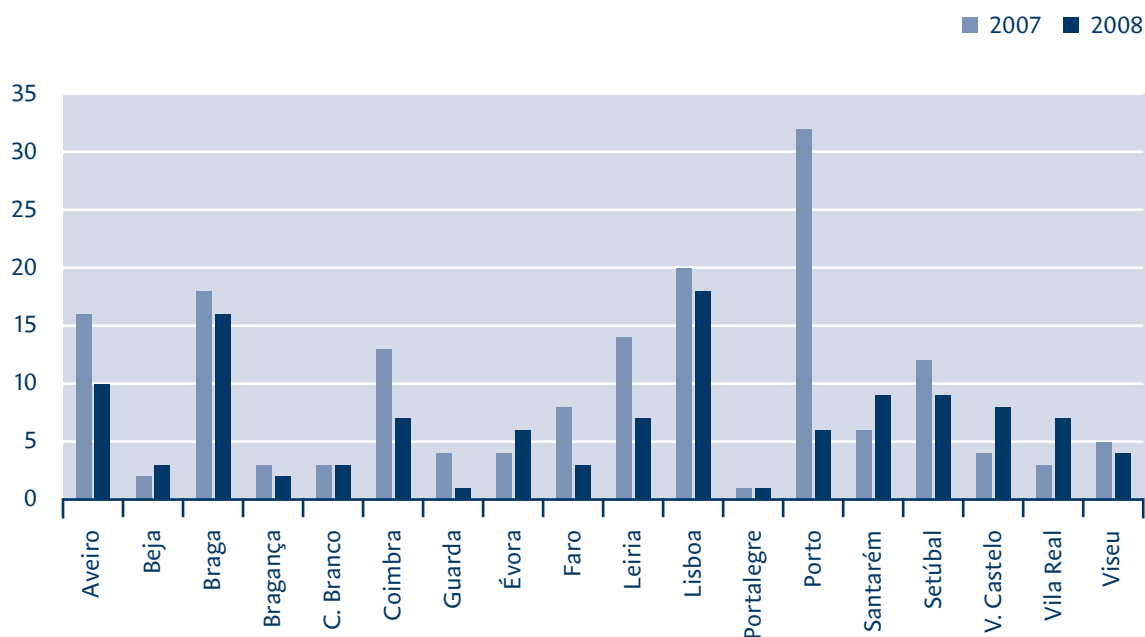
QUADRO 7. ACIDENTES DE TRABALHO MORTAIS POR MÊS – 2004 A 2008

	2004	2005	2006	2007	2008*
Janeiro	17	8	11	11	13
Fevereiro	14	10	11	14	15
Março	19	17	13	18	5
Abril	14	17	13	10	7
Maio	20	20	26	15	8
Junho	23	14	14	13	6
Julho	29	19	15	14	8
Agosto	11	21	15	10	8
Setembro	15	17	11	15	14
Outubro	9	9	13	15	13
Novembro	16	8	6	20	12
Dezembro	10	9	9	8	
Total	197	169	157	163	114

* Dados aprovados até dia 15 de Dezembro

Fonte: ACT, 2008a, adaptado

GRÁFICO 23. ACIDENTES DE TRABALHO MORTAIS POR DISTRITO – 2007 E 2008

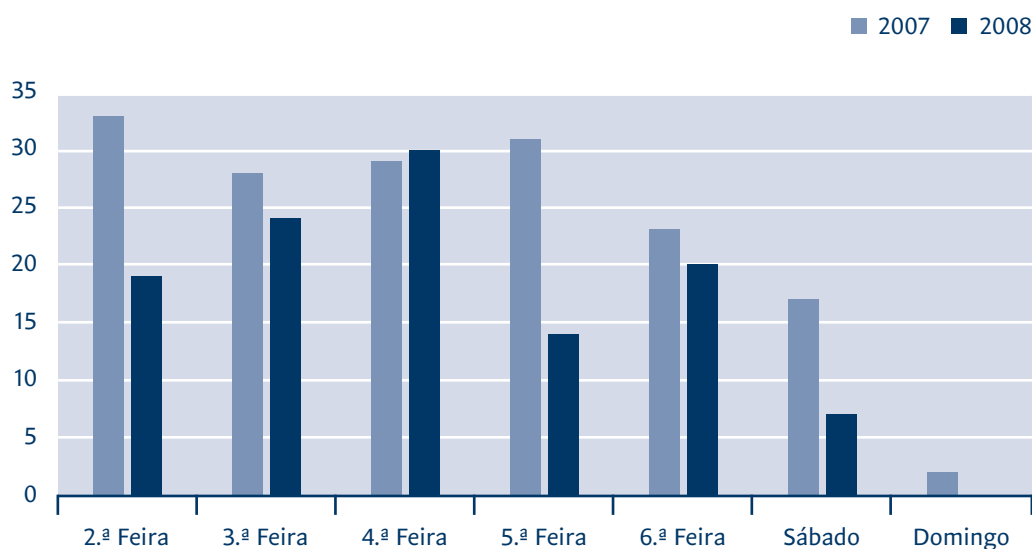


Fonte: ACT, 2008a, adaptado

Numa análise por sector de actividade, uma elevada percentagem dos acidentes ocorreu na construção (56 em 2008; 86 em 2007), seguida da indústria transformadora (29 em 2008; 41 em 2007).

No que respeita aos dias da semana, verificaram-se algumas oscilações entre 2007 e 2008, com diminuições substantivas à segunda-feira e à quinta-feira. O fim-de-semana permanece como o período de menor frequência. No que respeita ao tipo de empresa, os dois anos apresentam a mesma tendência de maior frequência em empresas de 1 a 9 elementos.

GRÁFICO 24. ACIDENTES DE TRABALHO MORTAIS SEGUNDO OS DIAS DA SEMANA – 2007 E 2008

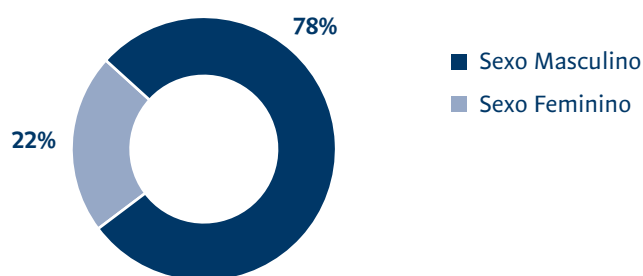


Fonte: ACT, 2008a, adaptado

Quanto às causas dos acidentes de trabalho mortais, as quedas em altura (64), os choques com objectos (23) e os esmagamentos (17) assumiram, em 2007, um lugar de claro destaque. Até 15 de Dezembro de 2008, verificou-se uma alteração na ordenação das causas: esmagamento (30); queda em altura (26); outras (19) e choque com objectos (17).

Dados relativos a acidentes de trabalho na sua generalidade (mortais e não mortais), referentes a 2006 (GEP, 2008A), indicam a ocorrência de 237.392 acidentes, afectando predominantemente o sexo masculino.

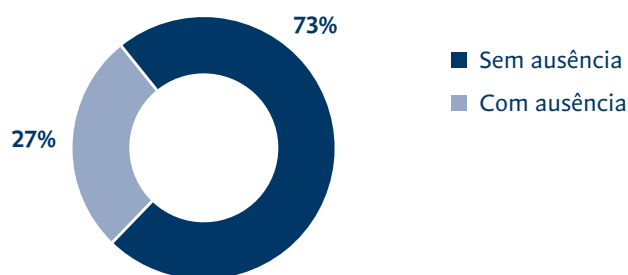
GRÁFICO 25. ACIDENTES DE TRABALHO – 2006



Fonte: GEP, 2008a, adaptado

Destes acidentes, 253 tiveram consequências fatais, sendo que 245 afectaram o sexo masculino. Dos 237.139 acidentes não mortais, 73% (173.274) implicaram ausências do trabalho, perfazendo um total de 7.082.066 dias de trabalho perdidos, correspondente a cerca de 41 dias de ausência por acidente, em média.

GRÁFICO 26. ACIDENTES DE TRABALHO NÃO MORTAIS, COM E SEM AUSÊNCIA – 2006



Fonte: GEP, 2008a, adaptado

Quanto ao número de dias perdidos, de 23% dos acidentes não mortais decorreu uma ausência de 30 a 365 dias de ausência, correspondendo a 79% do total de dias perdidos (5.569.452).

QUADRO 8. ACIDENTES DE TRABALHO NÃO MORTAIS E DIAS PERDIDOS – 2006

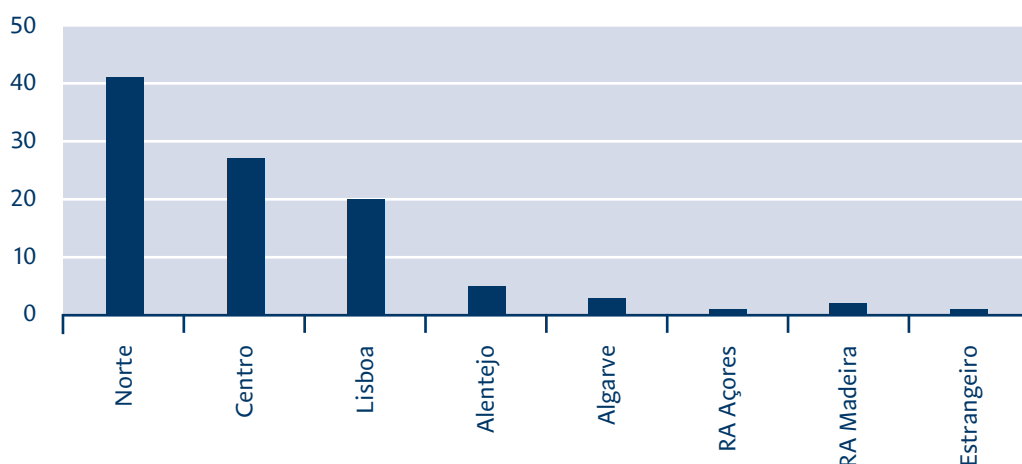
	Total	Sem dias de ausência	1 a 3 dias de ausência	4 a 6 dias de ausência	7 a 13 dias de ausência	14 a 20 dias de ausência	21 a 29 dias de ausência	30 a 365 dias de ausência
Acidentes de trabalho não mortais	237.139	63.865	10.388	14.313	44.017	29.234	20.319	55.003
%	100,0	26,9	4,4	6,0	18,6	12,3	8,6	23,2
Dias perdidos	7.082.066	–	18.752	73.247	434.180	486.573	499.862	5.569.452
%	100,0	–	0,3	1,0	6,1	6,9	7,1	78,6

Fonte: GEP, 2008a

Por comparação aos dois anos anteriores ao período de referência, a taxa de incidência global dos acidentes (por cada 100.000 pessoas) sofreu um acréscimo: 2004 – 5.393; 2005 – 5.311; 2006 – 5.475.

Em termos de distribuição geográfica, cerca de 67% dos acidentes de trabalho ocorreram nas regiões Norte e Centro de Portugal (cf. Gráfico 27). Uma análise por distritos permite concluir que a frequência dos acidentes de trabalho está relacionada com a concentração do emprego, dado que Lisboa e Porto registam os valores mais elevados (cerca de 18% e 21%, respectivamente).

GRÁFICO 27. ACIDENTES DE TRABALHO POR NUT II E ESTRANGEIRO – 2006 (%)



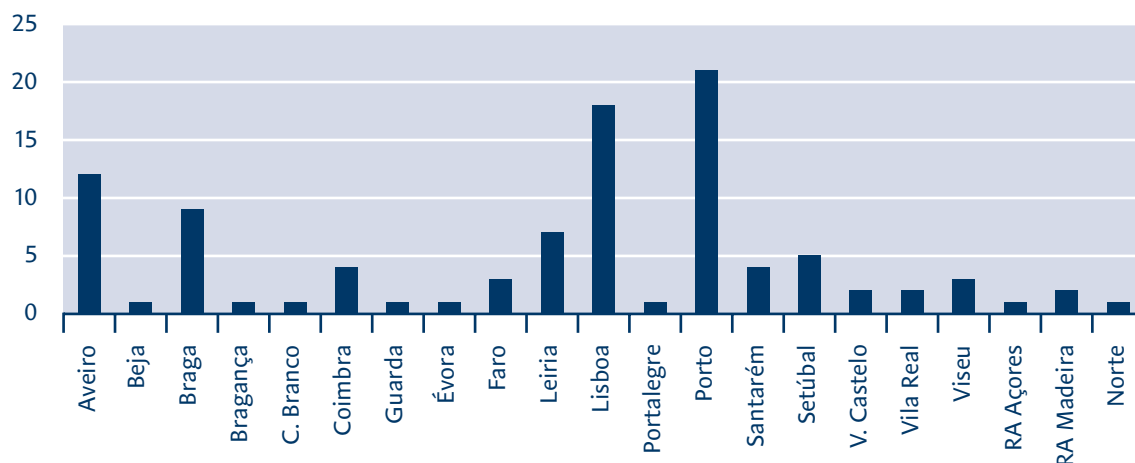
Fonte: GEP, 2008a, adaptado

QUADRO 9. ACIDENTES DE TRABALHO POR NUT II E ESTRANGEIRO, MORTAIS E NÃO MORTAIS – 2006

	Total	Mortais	Não mortais
Norte	96.715	74	96.641
Centro	63.249	76	63.173
Lisboa	47.987	41	47.946
Alentejo	12.162	19	12.143
Algarve	7.223	12	7.211
Região Autónoma dos Açores	2.864	4	2.860
Região Autónoma da Madeira	4.048	8	4.040
Estrangeiro	3.144	19	3.125
Total	237.392	253	237.139

Fonte: GEP, 2008a, adaptado

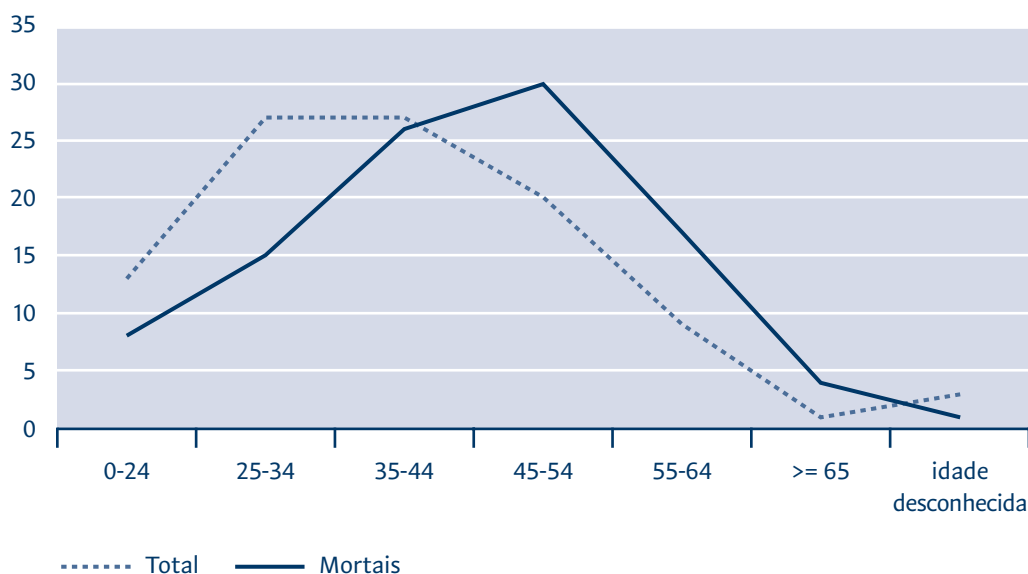
GRÁFICO 28. Acidentes de trabalho por distrito, região autónoma e estrangeiro em % – 2006



Fonte: GEP, 2008a, adaptado

Numa análise das pessoas que tiveram acidentes de trabalho, é possível constatar que a variável idade constitui um factor de agravamento das consequências dos acidentes, dado que a partir do escalão dos 35 aos 44 anos, o número de acidentes começa a reduzir, verificando-se em simultâneo um aumento do número de acidentes mortais (cf. Gráfico 29).

GRÁFICO 29. ACIDENTES DE TRABALHO POR ESCALÃO ETÁRIO – 2006



Fonte: GEP, 2008a

Em termos de grupos profissionais, o que mais acidentes registou foi o dos operários, artífices e trabalhadores similares (cerca de 41%). De acordo com a mesma fonte, em cerca de 26% dos casos, a pessoa que teve o acidente, no momento do mesmo, trabalhava com ferramentas de mão, e cerca de 22% estava em movimento (a andar, correr, subir ou descer qualquer coisa). Ora, estes dados são congruentes com o facto de em 28% dos casos se ter verificado perda total ou parcial de controlo de máquina ou meio de transporte (equipamento manuseado, ferramenta manual, objecto, animal), e em 24% ter sido registado movimento do corpo sujeito a constrangimento físico (conduzindo, geralmente, a lesão interna).

Quanto às partes do corpo atingidas, mais de 50% das pessoas que tiveram acidentes foram atingidas nas extremidades superiores ou inferiores.

De acordo com os dados de 2006 supracitados, “em relação ao total do emprego, as actividades que mais acidentes de trabalho não mortais apresentaram por cada 100.000 trabalhadores foram a pesca (11.245), as indústrias extractivas (11.126) e a construção (9.350)(GEP, 2008A)”. Segundo o estudo “Reintegração sócio-profissional da pessoas com deficiência adquirida por acidentes de trabalho ⁽⁰⁵⁾” (ANDST, 2006), parece existir que existe uma probabilidade considerável de reincidência nos acidentes de trabalho. Dos 809 indivíduos em estudo, 43,6% assinala a ocorrência de pelo menos dois ou mais acidentes. São 353 os que referem ter múltiplos acidentes de trabalho, variando entre um e dois acidentes, e um caso refere ter tido já 10 acidentes de trabalho. Dos 353 indi-

(05) Estudo efectuado pela Associação Nacional dos Deficientes Sinistrados no Trabalho (ANDST), em parceria com o Instituto Superior de Psicologia Aplicada (ISPA) e o Instituto do Emprego e Formação Profissional (IEFP), publicado em Setembro de 2006.

vídus que sofreram múltiplos acidentes, cerca de 43% sofreu três ou mais acidentes. Entre os indivíduos reincidentes, é muito frequente que dos acidentes resultem incapacidades permanentes absolutas, que têm como duração aproximadamente um ano.

Uma das lesões aparentemente frequentes em consequência dos acidentes de trabalho são os traumatismos crânio-encefálicos (TCE's). Estima-se que em 2004, segundo os dados recolhidos, tenham existido 250.000 novos casos com sequelas graves a severas por consequência de TCE's.

Dos 815 indivíduos em estudo, 52 (6,3%), reportaram TCE's. A maior parte dos acidentes que originaram traumatismos ocorreram nos últimos 5 anos (40%). Cerca de metade dos TCE's (49%) foram causados por acidentes de queda em altura. O "atingimento" pela projecção ou queda de objectos foi a segunda causa mais referida (24%). Este dado parece congruente com o facto de os sectores da construção civil e da indústria terem sido os mais entrevistados. Este tipo de traumatismo, e segundo a mesma fonte, acarreta consequências a nível clínico e socioprofissional.

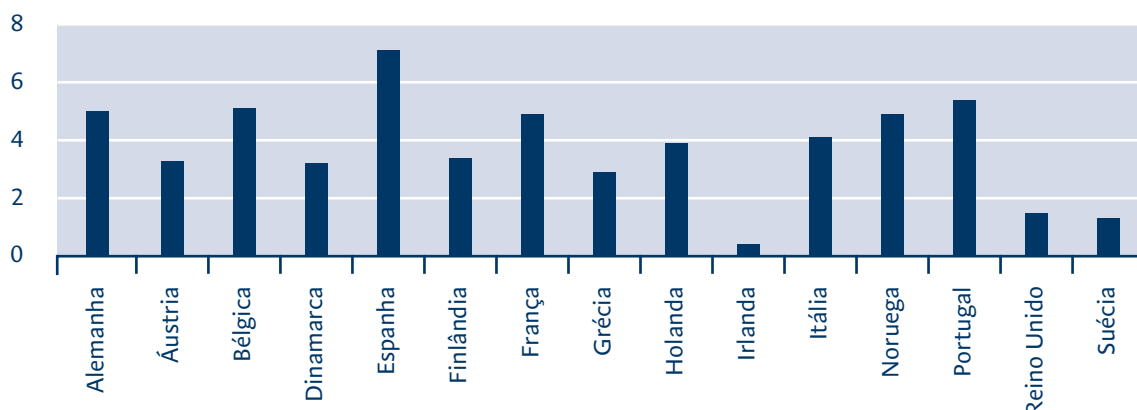
Em consequência dos acidentes por traumatismo verifica-se mais de um ano de baixa por pessoa. Em relação à incapacidade dos entrevistados, em 80% dos casos decorreu uma incapacidade permanente, sendo que 16% desconhece o tipo e o grau de incapacidade. Neste conjunto de pessoas com TCE's, a média foi de 53%, variando entre os 15 e os 100%, com 13% dos indivíduos a reportarem um grau de incapacidade superior a 90%. A cabeça é a zona corporal mais atingida (96%), ainda que numa considerável parte dos casos, as lesões não se circunscrevam a essa (21%), o que pode ser explicado pelo facto dos acidentes serem, frequentemente, originados por quedas em altura. O diagnóstico de TCE encontra-se combinado com outros diagnósticos em 40% das pessoas inquiridas, incluindo politraumatismos (9 casos), lesões de nervos com paralisias (4), deficiência sensorial (4), amputações (2), traumatismo vértebro-medular (1) e intoxicação (1) (ANDST, 2006).

Por conseguinte, 31 dos 52 indivíduos investigados (60%) reportam exclusivamente sequelas cognitivas, incluindo alterações de raciocínio, da memória e da retenção. Mas os restantes indivíduos reportam outras sequelas por acréscimo às cognitivas (17%) ou reportam outras sequelas que não de tipo cognitivo (23%) (ANDST, 2006).

No plano socioprofissional, uma parcela considerável (37%) de traumatizados crânio-encefálicos não retoma a sua vida profissional activa depois do acidente, apesar da idade média aquando do ocorrido ser baixa (38 anos).

Em relação à UE, Portugal era, em 2002, o segundo país que apresentava a taxa mais alta em relação ao risco de acidentes de trabalho, registando 5,5%. Em Espanha registou-se a taxa de 7,1%, a mais elevada, contrapondo à taxa mais baixa apresentada pela Suécia de 1,3% (cf. Gráfico 30). Todavia, a evolução que Portugal tem registado a este nível poderia alterar este posicionamento relativo.

GRÁFICO 30. PESSOAS QUE SOFRERAM ACIDENTES DE TRABALHO POR MIL EMPREGADOS (%)



Fonte: Eurostat, Statistical Yearbook, 2002, adaptado

DOENÇAS PROFISSIONAIS

Doença profissional é aquela que resulta directamente das condições de trabalho, que consta da Lista de Doenças Profissionais e causa ou incapacidade para o exercício da profissão ou morte (*Decreto Regulamentar n.º 6/2001, de 5 de Maio*).

De acordo com a legislação nacional são, então, doenças profissionais as constantes da lista codificada (*Decreto Regulamentar n.º 6/2001, de 5 de Maio*) bem como as “lesões, perturbações funcionais ou doenças não incluídas na lista desde que sejam consequência necessária e directa da actividade exercida pelos trabalhadores e não representem normal desgaste ao organismo” (*art. 2.º do DL n.º 248/99, de 2-6*).

Dados do GEP (2008B), referentes a 2006, indicam que se verificou uma ausência do trabalho por doença correspondente a 44.765,9 horas, das quais 732,1 se devem a doença profissional. Em termos de encargos directamente suportados pela empresa no âmbito da protecção social, foram dispendidos 24.441,1 milhares de euros em complementos de subsídio de doença e doença profissional, e 160.491 milhares de euros em complementos de pensões de velhice, de invalidez e de sobrevivência.

Num perfil tipo traçado pela ACT (2008)⁽⁰⁶⁾, o doente profissional com incapacidade é um “indivíduo do sexo feminino, com idade compreendida entre os 50-54 anos de idade, a trabalhar no distrito do Porto, no sector da Indústria Transformadora, pertencendo ao Grupo Profissional dos Operários, Artífices e Trabalhadores Similares, portador de afecção músculo-esquelética, com uma Incapacidade Permanente Parcial (IPP)”.

No ano de 2006, foram certificados 1.811 casos de doenças profissionais com incapacidade, dos quais 868 são homens e 943 mulheres. Do total de doenças certificadas com incapacidade, 52% inscrevem-se no sexo feminino (cf. Quadro 10).

(06) Perfil elaborado com base em dados estatísticos referentes a 2006.

QUADRO 10. DOENÇAS PROFISSIONAIS – GRUPO ETÁRIO E SEXO

Grupo etário	Sexo Masculino	Sexo Feminino	Total
< 20	0	1	1
20-24	1	8	9
25-26	6	39	45
30-34	25	77	102
35-39	50	112	162
40-44	83	115	198
45-49	108	173	281
50-54	183	235	418
55-59	217	141	358
60-64	117	34	151
65-69	43	6	49
> 69	35	2	37
Total	868	943	1811

Fonte: Base de dados – pensões 01.03.07, cit. in ACT, 2008b

Verifica-se também que, no que respeita à distribuição geográfica, 60,68% dos casos concentram-se nos distritos do Porto (500), Aveiro (394) e Lisboa (205).

A análise das manifestações clínicas que ocorreram, com maior frequência, em 2006, evidencia a seguinte ordenação: paralisias (437); epicondilite – inflamação dos tendões do cotovelo, que atinge principalmente os músculos extensores do punho e dos dedos (323); hipoacusia – enfraquecimento da acuidade auditiva (299); tendinites (164 casos) (cf. Quadro 11).

QUADRO 11. DOENÇAS PROFISSIONAIS – MANIFESTAÇÃO CLÍNICA

Manifestação clínica	N.º de casos	Manifestação clínica	N.º de casos
Paralisias	437	Epicondilite	323
Hipoacusia	299	Tendinites	164
Periartrite	146	Dermatoses	136
Fibrose	129	Asma	61
Outras	33	Granulomatose	30
Brucelose	13	Tendossinovites	10
Conjuntivite	8	Rinites com epistaxe	4
Hepatite C	3	Candidíase Cutânea	2
Miotendossinovites	2	Tuberculose	2
Condilite	1	Intertigo interdigital	1
Leucemias	1	Leucopenia	1
Mesotelioma	1	Perturbações neurológicas	1
Rinofaringite	1	Tumores vesicais malignos	1
Ulcerações cutâneas	1	Total	1811

Fonte: Base de dados – pensões 01.03.07, cit in ACT, 2008b, adaptado

No conjunto das doenças profissionais com incapacidade, verifica-se um predomínio das que são causadas por agentes físicos (77%), seguidas das doenças do aparelho respiratório (12%) e doenças cutâneas (8%). Segundo a mesma fonte “no tipo de doenças profissionais referido 95,80% dos casos referem-se a incapacidades permanentes parciais (IPP)”.

No topo dos sectores profissionais com maior incidência de doenças que provocam incapacidades encontra-se a indústria transformadora, seguida a larga distância pela construção e comércio. As patologias do foro músculo-esquelético são as que mais crescem. As estatísticas de 2005 indicam 477 funcionários públicos com doenças profissionais, sendo que o grupo mais representativo (131) é o das afecções músculo-esqueléticas, em que se inserem as tendinites, as hérnias e as paralisias, entre outras patologias. Seguem-se as perturbações pulmonares (32) e as auditivas (21). Somando os universos, parece ser possível concluir que em Portugal há cerca de quatro mil trabalhadores afectados.

Na UE morrem, todos os anos, 142.000 pessoas por causa de doenças profissionais. Segundo estimativa da OIT, datada de 2005, por todo o mundo morreriam anualmente mais de 2,2 milhões de pessoas em consequência de acidentes de trabalho e doenças profissionais, sendo que cerca de 270 milhões de pessoas experienciavam lesões graves não mortais e 160 milhões tinham doenças relacionadas com o trabalho (ACT, 2008B).

Em 2004, 1.916 trabalhadores foram considerados como tendo uma incapacidade permanente parcial, 21 com incapacidade permanente absoluta para o trabalho habitual e 8 com incapacidade permanente parcial e incapacidade permanente absoluta para o trabalho habitual (cf. Quadro 12).

QUADRO 12. CERTIFICAÇÃO DE DOENÇA PROFISSIONAL COM INCAPACIDADE EM 2003 E 2004, POR GRAU DE INCAPACIDADE

Incapacidades	2003	2004
Incapacidade permanente parcial	1050	1916
< 10%	435	1015
10% a 20%	308	566
20% a 30%	168	203
30% a 40%	106	97
40% a 50%	14	12
50% a 60%	3	9
60% a 70%	8	6
> = 70%	5	8
Incapacidade permanente absoluta para o trabalho habitual	20	21
Incapacidade para todo e qualquer trabalho	5	8
Incapacidade permanente parcial / incapacidade permanente absoluta para o trabalho habitual	67	78
Total	2.189	3.939

Fonte: DGEEP – MTSS, 2004, adaptado

Segundo o terceiro Inquérito Europeu às Condições de Trabalho (2000):

- cerca de 8 milhões de trabalhadores sofreram de doenças relacionadas com o trabalho ou agravadas por ele, no período entre 1998-1999;
- 53% dos casos registados eram de natureza músculo-esquelética, 18% de natureza psíquica (stress, depressão e ansiedade) e 8% do foro pulmonar;
- 17% dos trabalhadores europeus afirmam estar expostos a vibrações mecânicas durante metade ou mais do horário de trabalho; 33% realizam o seu trabalho em posturas difíceis/dolorosas, 23% transportam/suportam pesos excessivos, 46% está sujeito a movimentos repetitivos e 31% trabalha com computador durante metade ou mais do seu horário;
- trezentos e cinquenta milhões é a estimativa de dias perdidos todos os anos por doenças relacionadas com o trabalho;
- reconhecida como a mais comum das doenças profissionais no âmbito das músculo-esqueléticas, estimam-se em 8.900 os casos de tendinite (tenosinovite), 7.600 os casos de epicondilites e 4.100 os casos de síndrome do túnel cárpico, na UE dos 15;
- entre as causas atribuídas às tendinites e epicondilites destacam-se: 91% de movimentos repetitivos, 1% de posturas incorrectas, 1% de vibrações mecânicas e 6% de factores bio-mecânicos;
- 15% dos trabalhadores afirma-se exposto a contaminantes químicos do ambiente durante metade ou mais do seu horário de trabalho;
- estimam-se em 10.000 as doenças profissionais respiratórias na UE dos 15, mas 600.000 trabalhadores afirmam ter problemas respiratórios relacionados com o trabalho. Ainda de levar em consideração é o facto de algumas doenças respiratórias demorarem décadas a manifestarem-se (e.g., cancro nas vias respiratórias ou silicose);
- estimam-se em 8.000 as doenças profissionais dermatológicas; no entanto, cerca de 200.000 trabalhadores têm problemas dermatológicos relacionados com o trabalho;
- 43% de mulheres e 45% de homens afirmam estar sujeitos a ritmos excessivos de trabalho, sendo estes mais frequentes entre os trabalhadores mais jovens (afirmam-no 53% de trabalhadores com idades inferiores aos 24 anos, por oposição a 35% de trabalhadores com idades entre os 55-64 anos).

Ainda no âmbito europeu, dados disponibilizados no estudo “Retrato Estatístico sobre Trabalho e Segurança na União Europeia”, sistematizados e divulgados pelo ISHST, revelam que:

- quatro milhões de europeus afirmam ter problemas musculoesqueléticos, relacionados ou agravados pelo trabalho;
- 20% dos trabalhadores estão expostos ao ruído, estimando-se em 6.700 os casos em que a perda de audição é assumida como doença profissional.

Luís Graça afirma que “apesar de existir uma vasta e sólida informação científica sobre o stress no trabalho, ainda é difícil estimar com rigor o peso que ele tem na frequência e gravidade da incapacidade para o trabalho” (GRAÇA, 2002). Na UE, em 2000, o stress ocupava a segunda posição na listagem de riscos e problemas de saúde relacionados com o trabalho, depois das dores de costas. Dados de Portugal (1995), colocam-no na terceira posição, em *ex aequo* com as dores de costas. Nos EUA, por exemplo, o stress está na origem de mais de metade do absentismo por doença.

No sector dos serviços regista-se uma maior proporção de trabalhadores em que o principal problema de saúde no trabalho seria o stresse. No caso português, a incidência do stresse no trabalho começa a ser estudada em sectores como o comércio, a banca a saúde ou a educação, mas parece faltar a evidência empírica sobre a sua relação com o absentismo (GRAÇA, 2002).

Dados do Inquérito Nacional de Saúde 1998/99 revelam que cerca de 29% da população trabalhadora de Portugal Continental ou não vai trabalhar por motivo de doenças, acidente ou outro motivo de incapacidade temporária (10,4%) ou vai trabalhar queixando-se de alterações no seu estado de saúde (18,22%).

As doenças do aparelho respiratório, do sistema osteomuscular e tecido conjuntivo bem como os sintomas, sinais e afecções mal definidas representariam, só por si, mais de metade (56%) de todas as causas de doença resultantes em incapacidade.

No âmbito de um estudo sobre acidentes de trabalho e doenças profissionais em Portugal (CRPG, 2005A), foram identificados os respectivos impactos socioeconómicos. Tendo como ano de referência 2003, concluiu-se que os custos com estas situações totalizaram cerca de 666,3 milhões de euros para o Estado, seguradoras e empregadores representando 0,51% do PIB nacional. A limitação da capacidade produtiva representou um custo de 621,8 milhões de euros, correspondentes a 0,48% do PIB.

Estes impactos são, assim, extraordinariamente onerosos para as sociedades e para os cidadãos da UE. Tal deve-se não só aos elevados custos dos cuidados de saúde e aos prejuízos para a sociedade devido à perda de produtividade, mas também aos enormes custos humanos em termos de morte prematura e anos de vida com incapacidade.

Actualmente, associados aos acidentes de trabalho e, muito provavelmente, também às doenças profissionais, nas empresas resultam essencialmente (*cit. in* sítio da *Internet* www.unimed.pt):

- **Custos directos:**
 - > *Dos salários*
 - > *Assistência médica*
 - > *Medicamentos*
 - > *Indemnizações*
 - > *Aumento do prémio do seguro*
- **Custos indirectos:**
 - > *Tempo “perdido” para:*
 - . Socorrer o acidentado
 - . Investigar as causas dos acidentes
 - . Retomar o ritmo normal de trabalho
 - . Reparar equipamentos avariados
 - > *Baixa produtividade:*
 - . Perdas do produto
 - . Reintegração do acidentado
 - . Prejuízo para a imagem da empresa
 - . Substituição do acidentado
 - . Sofrimento do acidentado e da família, etc.

Os acidentes e as doenças profissionais, além dos impactos na esfera familiar e de perdas de custos económicos, agravam também a qualidade de vida das pessoas, tendo complicações a nível profissional assim como de relacionamento interpessoal, acabando por afectar a reintegração profissional e a coesão social.

“A reinserção socioprofissional dos trabalhadores com incapacidade adquirida depende do desenvolvimento de condições que favoreçam a igualdade de oportunidades e, de entre estas, destaca-se a que se refere ao emprego. Deve por isso resultar de um trabalho de equipa concertado, envolvendo, as empresas e os seus colaboradores, bem como os diferentes actores na área da saúde e da reabilitação, tendo como objectivo a minimização do impacto das lesões e ou acidente, para todos os envolvidos: empresas, colaboradores e Estado.” (ANDST, 2006).

Todos os anos, cerca de 235.000 cidadãos dos Estados-Membros morrem em consequência de um acidente ou violência. Mais de cinquenta milhões de cidadãos solicitam, anualmente, tratamento médico para uma lesão, dos quais 6,8 milhões são internados em hospitais. Mais concretamente, as lesões:

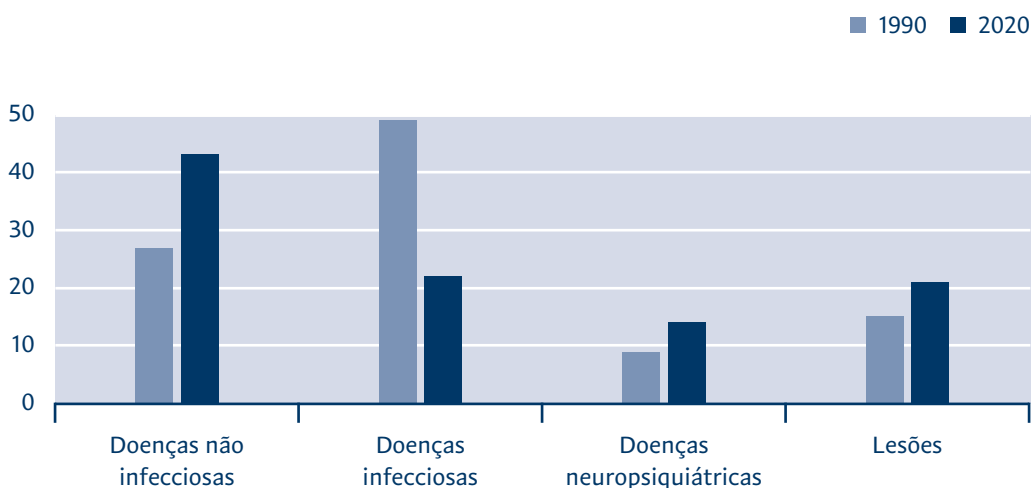
- **são a principal causa de morte entre os jovens.** Os acidentes e as lesões são a principal causa de morte entre as crianças, os adolescentes e os jovens adultos. O ónus de mortes prematuras é particularmente elevado em áreas aparentemente tão diversas como os acidentes de viação, os afogamentos e os suicídios.
- **constituem uma importante causa de incapacidade.** Muitos sobreviventes de lesões graves ficam com incapacidades permanentes. Pese embora a inexistência de cálculos exactos, crê-se que as lesões e os acidentes sejam uma das principais causas de incapacidade crónica entre os jovens, o que representa uma enorme perda de anos de vida saudável.
- **representam uma das principais causas de morbilidade e de custos de cuidados de saúde.** Em média, em todos os grupos etários, as lesões representam aproximadamente 11% do total de internamentos hospitalares. Para além dos enormes encargos financeiros que implicam para os sistemas de saúde e de segurança social, as lesões afectam frequentemente toda a família do ponto de vista emocional, organizativo e financeiro.
- **prejudicam a produtividade da UE.** Os dados relativos às causas das baixas por doença e à incapacidade provocada por lesões são escassos. Ambos são factores que influem consideravelmente na redução da produtividade. Os dados nacionais mostram que até 8% das reformas por invalidez e 20% das baixas por doença se devem a lesões.
- **exercem impactos desiguais nos grupos sociais.** O risco de morrer devido a uma lesão é cinco vezes superior no Estado-Membro que apresenta a taxa de lesões mais elevada do que naquele em que a taxa é a mais baixa. Existem também desigualdades no que diz respeito à exposição aos riscos de lesão em função do sexo, idade e condição social.



Capítulo 5.
Doenças crónicas

Segundo a OMS, as doenças crónicas não transmissíveis, como as doenças cardiovasculares, a diabetes, a obesidade, o cancro e as doenças respiratórias, representam cerca de 59% do total de 57 milhões de mortes por ano e 46% do total de doenças. Afectam países desenvolvidos e países em vias de desenvolvimento. Segundo a mesma fonte, estima-se que as doenças crónicas irão aumentar 60%, em 2020.

GRÁFICO 31. TOTAL DE MORTES POR DOENÇAS CRÓNICAS NOS PAÍSES DESENVOLVIDOS E EM VIAS DE DESENVOLVIMENTO, 1990-2020



Fonte: OMS, Facts related to chronic diseases, adaptado

Dados disponibilizados pelo Eurostat (2001), apresentados pela Fundação Europeia para a Melhoria das Condições de Vida e de Trabalho, evidenciam a incidência das doenças crónicas e deficiências na União Europeia e Estados Unidos da América. Considerando a faixa etária dos 16 aos 64 anos, pode verificar-se que Portugal se encontra entre os países onde a taxa de incidência é maior, situando-se perto dos 20%.

Em Portugal, as doenças crónicas incapacitantes abrangem hoje cerca de 40 a 45% do total das doenças sinalizadas.

De acordo com os dados apurados no 4.º Inquérito Nacional de Saúde (2005/2006) (INE & INSA, 2007), da população do Continente 20% referiu ter ou já ter tido tensão arterial alta, 16% dor crónica e 16% doença reumática. A prevalência das doenças não sofre alterações no que respeita às regiões autónomas. Todavia, na análise de doenças específicas os números apresentados são predominantemente mais elevados.

QUADRO 13.

PROPORÇÃO DA POPULAÇÃO (EM %) POR TIPO DE DOENÇA CRÓNICA POR NUTS I – 2005/2006

	Continente	R. A. Açores	R. A. Madeira
Diabetes	6,5	6,7	4,6
Asma	5,5	5,8	4,4
Tensão arterial alta	20,0	16,3	13,1
Dor crónica	16,3	10,0	7,2
Doença reumática	16,3	12,9	6,0
Osteoporose	6,3	5,6	4,1
Glaucoma	0,7	0,7	0,4
Retinopatia	0,8	0,3	1,2
Tumor maligno/Cancro	1,9	1,4	0,8
Pedra nos rins	4,9	3,5	0,9
Insuficiência renal	1,6	0,6	0,8
Ansiedade crónica	4,6	4,4	0,9
Ferida crónica	0,9	0,8	0,6
Enfisema, bronquite crónica	3,7	2,1	2,0
Acidente vascular cerebral	1,6	1,4	1,3
Obesidade	3,9	2,2	0,6
Depressão	8,3	5,4	4,1
Enfarte do miocárdio	1,3	1,0	0,9
Outra doença crónica	24,4	25,5	21,9

Fonte: INE & INSA, 2007, adaptado

Um estudo assente na prevalência auto-declarada de algumas doenças crónicas, realizado em 2004, (ONSA, 2005) determinou estimativas como as que são apresentadas de seguida:

- doenças reumáticas – 24%
- hipertensão arterial – 18%
- asma/bronquite asmática – 9%
- diabetes – 5%
- doença da tiróide com confirmação médica – 4%
- qualquer tipo de cancro com confirmação médica – 2%

Uma vez que os dados em relação aos números absolutos sobre a prevalência das doenças crónicas parecem ser escassos, e quando mencionados, remetem frequentemente para as taxas de óbitos, procura-se de forma organizada e sucinta apresentar números relativos a algumas das doenças mais expressivas no contexto nacional:

- a osteoporose atinge cerca de 20% dos portugueses e corresponde a 60% da totalidade das doenças do foro da reumatologia (DGS, 2002; sítio da *Internet* do IPR– Instituto Português de Reumatologia);
- metade da população portuguesa tem excesso de peso ou sofre de obesidade;
- quinhentos mil indivíduos sofrem de diabetes, prevendo-se que em 2025 o número ultrapasse os 700 mil (sítio da *Internet* da SPD – Sociedade Portuguesa de Diabetologia);

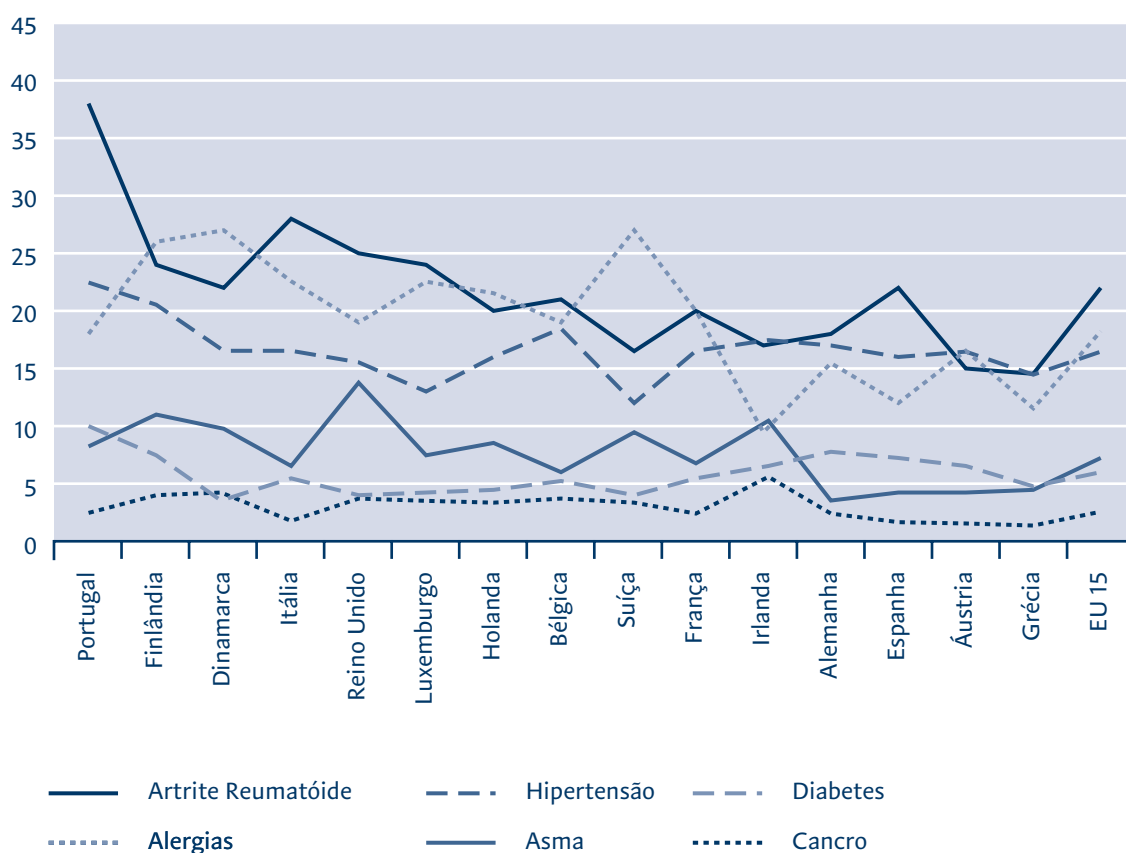
- mais de 75% da população sofre de diabetes e tem excesso de peso;
- a diabetes *mellitus* é uma grave e prevalente doença crónica, que se estima afectar mais de 300.000 portugueses (DGS, 2002);
- as doenças respiratórias (asma, rinite alérgica, doença pulmonar obstrutiva crónica) atingem cerca de 500 mil portugueses e representam a terceira causa de morte (Sítio da *Internet* do ONDR – Observatório Nacional das Doenças Respiratórias);
- o número de doentes asmáticos em Portugal ascende aos 600 mil (DGS, 2002);
- em 2005 foram diagnosticados 105.813 casos de doenças cardiovasculares e estas representam 40% dos óbitos em Portugal;
- 42,1% por cento da população portuguesa sofre de hipertensão arterial;
- 15% da população sofre do cancro do pulmão, sendo esta a mais grave doença oncológica (cf. sítio da *Internet* www.saude.sapo.pt);
- actualmente, morrem de cancro, em Portugal, 250 homens e 165 mulheres por cada 100.000 habitantes, liderando, no género masculino, o cancro do pulmão e, no feminino, o cancro da mama. O Norte apresenta-se como a região do país onde há maior incidência desta doença, onde 52 pessoas em 100 mil são afectadas pelo problema (*ibidem*);
- de acordo com a Associação Laço, 12 mulheres portuguesas são diagnosticadas diariamente com o cancro da mama;
- cerca de 70% das mulheres são afectadas pelo vírus do papiloma humano (HPV), responsável por mais de metade dos cancros do colo do útero. Mais de 80% delas contactará com ele num dado momento da sua vida;
- com uma taxa de incidência de 17 cancros do colo e do útero por cem mil mulheres, e uma mortalidade de seis por cem mil, calculam-se que surjam anualmente em Portugal mil novos casos e 200 mortes;
- Portugal é o país da UE com maior incidência de cancro do estômago; em cada cem mil homens portugueses, 31 sofrem de cancro do estômago, valor que nas mulheres desce para 20 (*ibidem*).
- em Portugal, surgem quatro mil casos por ano de cancro da próstata, o que representa cerca de 19% do total dos tumores. Em termos de mortalidade, o cancro da próstata é o segundo tumor responsável pela morte por doença oncológica no homem (cerca de 1.800 homens por ano) (*ibidem*);
- as doenças do aparelho circulatório, nomeadamente as doenças cerebrovasculares e a doença isquémica cardíaca, encontram-se entre as principais causas de morbilidade, invalidez e mortalidade em Portugal (DGS, 2004A);
- de acordo com a Sociedade Portuguesa de Cefaleias (SPC), estima-se que 16% da população portuguesa sofra de enxaquecas, ainda que apenas 40% dessa percentagem recorra a médicos;
- em Portugal, os dados apontam para a existência aproximada de 20.000 doentes de Parkinson (sítio da *Internet* [PARKINSON PT](http://PARKINSON.PT));
- em Portugal, a doença de Alzheimer afecta actualmente 60 mil pessoas;
- existem, em Portugal, cerca de 260 mil pessoas com insuficiência cardíaca, uma média superior à dos restantes países da Europa. A população idosa é a mais atingida.

Na UE, o número de homens que morrem de cancro é superior ao de mulheres e a percentagem de habitantes afectados varia fortemente consoante os Estados-Membros. Em 2000, a Hungria registava a maior taxa de mortalidade devido ao cancro, enquanto a Estónia registava a taxa mais elevada para as doenças isquémicas cardíacas. A Finlândia registava a mais baixa taxa de mortalidade devido ao cancro e a França a taxa mais baixa para as doenças isquémicas cardíacas.

Segundo o relatório Eurobarómetro 2002, Portugal é, na Europa, um dos países com maior incidência de doenças crónicas [é o país com maior incidência de doenças reumáticas e osteoarticulares (38,2%); diabetes (10%), e hipertensão (22,4%)]. É também o segundo país da Europa com maior percentagem de indivíduos em tratamento de longa duração (Portugal – 31,3%; média europeia – 25,8%), e onde o cidadão tem a pior opinião do seu estado de saúde.

O supracitado relatório revela ainda que as mulheres sofrem mais de doenças crónicas do que os homens e são também elas as mais disponíveis para realizarem tratamentos de longa duração, com cerca de um terço a responderem positivamente, contra apenas um quinto dos homens. Em Portugal, são também as maiores utilizadoras dos serviços de saúde e consomem três vezes mais fármacos indutores de sono (DGS, 2002).

GRÁFICO 32. INCIDÊNCIA DA DOENÇA CRÓNICA, NA UNIÃO EUROPEIA, 2002



Fonte: Eurobarómetro: The actions and attitudes of Europeans on health, food and alcohol and safety – The European Opinion Research Group, 2003

Algumas das doenças crónicas supracitadas têm impactos quer ao nível físico/pessoal, quer ao nível socioprofissional. Assim, procura-se evidenciar resumidamente algumas dessas repercussões.

A prevalência da **asma**, embora sendo mais elevada na população infantil e juvenil, constitui uma causa frequente de perda de qualidade de vida, assim como de incapacidade. No entanto, é uma doença passível de ser controlada pelo próprio doente, quando este possui conhecimentos e aptidões para o poder fazer (DGS, 2002). A asma é, assim, causadora de elevado absentismo escolar e laboral, assim como do recurso, por vezes inadequado, por parte dos asmáticos, aos serviços de urgência e aos internamentos hospitalares (*ibidem*).

As complicações derivadas da **diabetes mellitus**, cujo aparecimento pode ser evitado ou retardado, têm um impacto negativo significativo na qualidade de vida, pelas incapacidades que, com frequência, acabam por surgir. Destas, as mais graves são a cegueira causada pela retinopatia e maculopatia diabéticas, as amputações não traumáticas dos membros inferiores, a insuficiência renal terminal e as doenças cardiovasculares. Calcula-se que a diabetes *mellitus*, por si só, consuma mais de 10% dos recursos globais da saúde, sendo hoje internacionalmente aceite como uma doença passível de ser gerida de forma global e integrada (*ibidem*).

As **doenças osteoarticulares**, designadamente as artroses e a osteoporose, pelo aumento da sua prevalência e pelas incapacidades que geram, estão a merecer a atenção dos sistemas de saúde em todo o mundo. As **doenças articulares**, nomeadamente a osteoartrose, a artrite reumatóide e a espondilartrite, constituem uma parte importante das patologias crónicas que afectam a população com mais de 65 anos de idade, embora se iniciem frequentemente em idades jovens. De facto, as afecções e deformidades músculo-esqueléticas privam muitas crianças de um desenvolvimento físico regular. Por outro lado, as **patologias do aparelho locomotor**, em geral, e as lombalgias em particular, são uma causa importante de absentismo laboral, bem como de incapacidade transitória e permanente para o trabalho, tornando-se motivo frequente de consulta médica. Também as fracturas osteoporóticas estão a aumentar em todo o mundo, não sendo Portugal excepção à regra. As **doenças genéticas** e as **doenças raras**, embora de baixa prevalência, são, na sua maioria, altamente incapacitantes, representando um sério problema no que se refere ao seu diagnóstico e tratamento, bem como ao acompanhamento das pessoas que as experienciam e ao apoio que é requerido às suas famílias.

A insuficiência renal crónica (IRC), com a conseqüente necessidade de substituição da função renal, continuava a aumentar em Portugal, no ano de 2002, devido, entre outros factores, ao aumento da diabetes *mellitus* e da hipertensão arterial, principais patologias subjacentes à maioria dos casos em diálise. O seu tratamento assenta fundamentalmente na hemodiálise que, em cerca de 90% dos casos, se realiza em clínicas privadas convencionadas, sendo só os restantes encaminhados para as unidades dos hospitais oficiais. Para o utente, a manutenção da sua qualidade de vida e da sua actividade profissional passa pela proximidade da unidade de tratamento, relativamente à sua zona de residência ou de trabalho ou pela hipótese de transplante renal (DGS, 2002).

O aumento do número de doentes em diálise, resultado do número de novos casos subtraído ao número de transplantados e falecidos, é relativamente baixo. O facto de,

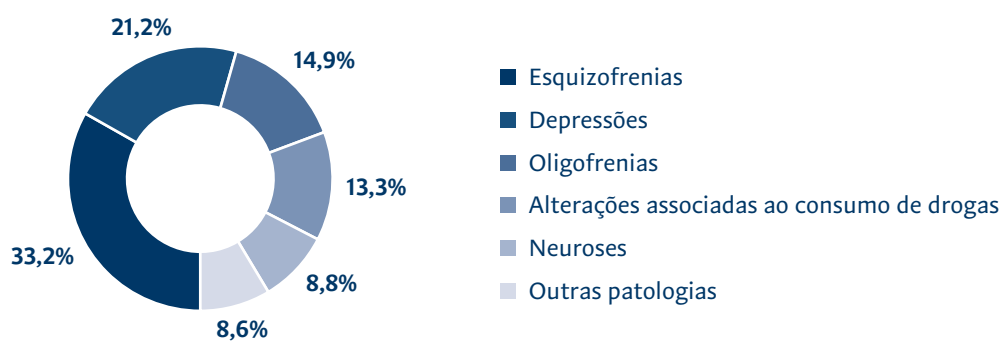
entre 1996 e 1999, o número de transplantes ter baixado e o número de mortes não ter variado muito permite concluir que o aumento de novos casos foi de cerca de 20% em quatro anos.

A incidência de **acidentes vasculares cerebrais** (AVC) no Continente era de 181,7%, em 1998, enquanto que, em 1992, se verificava uma mortalidade de 154,2%. De acordo com dados revelados pelo ONSA, publicados em Dezembro de 2000, verificaram-se, em 1999, 70.414 internamentos hospitalares por AVC, correspondendo este número a 3,8% do total (*cit. in* DGS, 2002). A duração média de internamento, para todos os escalões etários, tem vindo a diminuir nos últimos anos: 11,4 dias em 1993 e 9,6 em 1999. Por outro lado, segundo o Inquérito Nacional de Saúde, em 1999, previa-se a existência de cerca de 34.348 indivíduos com limitação grave consequente a AVC (DGS, 2002).

Estima-se que a prevalência de **perturbações psiquiátricas** na população geral ronde os 30%, sendo aproximadamente de 12% a de perturbações psiquiátricas graves, embora não tenham sido identificados dados nacionais que permitam uma melhor caracterização do país no que respeita à saúde mental.

Segundo o Terceiro Censo Psiquiátrico de 2001 (resultados provisórios), a cargo da Direcção-Geral da Saúde, verificou-se que, no conjunto, as esquizofrenias foram as patologias mais frequentes, com 3.595 doentes, seguidas das depressões com 2.525, das oligofrenias com 2.268, das alterações associadas ao consumo de álcool com 1.502, das neuroses com 1.456, e correspondendo as restantes patologias a 5.647 pessoas.

GRÁFICO 33. DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DAS PATOLOGIAS MAIS FREQUENTES EM PORTUGAL



Fonte: DGS – 3.º Censo Psiquiátrico, 2001, adaptado

Segundo o estudo “Os custos dos distúrbios mentais na Europa”, realizado pelo Conselho Europeu das Doenças Cerebrais em 28 países europeus, Portugal ocupa o 12.º lugar na prevalência das doenças do foro psiquiátrico ou neurológico. O conjunto das doenças atinge 2,9 milhões de pessoas, com principal incidência nos distúrbios de ansiedade (981 portugueses entre os 18 e os 65 anos), enxaquecas (894 mil), desordens afectivas (528 mil) e dependências (196 mil) (*in* PORTUGAL DIÁRIO, 26-04-2005).

Quanto aos custos das doenças, o estudo estima que, em 2004, foram gastos em Por-

tugal 6.651 milhões de euros em cuidados hospitalares e ambulatoriais, medicamentos, limitação da capacidade de trabalho, absentismo e reformas antecipadas (*ibidem*).

No que respeita às **doenças de foro emocional**, destacam-se o stresse, a depressão e a ansiedade. Nas últimas décadas, cada vez mais pessoas sofrem de stresse. As constantes e voláteis mudanças no estilo de vida e a exposição a um ambiente cada vez mais exigente podem conduzir a um determinado tipo de angústia. As pessoas sentem-se desprotegidas e envolvidas em situações traumatizantes. Os seus mecanismos de defesa passam a não responder de uma forma eficaz, aumentando assim a possibilidade de virem a sofrer de doenças, especialmente do foro cardiovascular. Encontram-se ainda sob estudo as doenças e incapacidades decorrentes de estados prolongados de stresse disfuncional, em aspectos vários, como a qualidade de vida e a produtividade laboral. De acordo com o Observatório Europeu dos Riscos, o stresse será a principal origem de doenças relacionadas com o trabalho. Dados da UE relativos a 2005 indicam que 22% dos trabalhadores são já afectados por este que é o segundo problema de saúde relacionado com o trabalho mais comum na Europa, sendo causa provável de 50% a 60% das ausências ao trabalho.

Quanto à **depressão**, esta é a principal causa de incapacidades e a segunda causa de perda de anos de vida saudáveis entre as 107 doenças e problemas de saúde mais relevantes (Portal da Saúde). Uma em cada quatro pessoas em todo o mundo sofre, sofreu ou vai sofrer de depressão. Um em cada cinco utentes dos cuidados de saúde primários portugueses encontra-se deprimido no momento da consulta. Em Portugal, metade da população sofre ou já sofreu uma depressão. A depressão pode afectar pessoas de todas as idades e pode inclusive conduzir ao suicídio. Estima-se que esta doença esteja associada à perda de 850 mil vidas por ano, mais de 1.200 mortes em Portugal. Esta pode ser episódica, recorrente ou crónica, e conduz à diminuição substancial da capacidade do indivíduo em assegurar as suas responsabilidades do dia-a-dia. A depressão pode durar de alguns meses a alguns anos. Contudo, em cerca de 20% dos casos torna-se uma doença crónica sem remissão. Estes casos parecem dever-se, fundamentalmente, à falta de tratamento adequado. A depressão é já a quarta maior causa de doença no mundo e estima-se que passará para o segundo lugar em 2020, de acordo como os cálculos da OMS.

O estado depressivo é mais comum nas mulheres do que nos homens. Um estudo realizado pela OMS, em 2000, mostrou que a prevalência de episódios de depressão unipolar é de 1,9 % nos homens e de 3,2 por cento nas mulheres (cit. *in* sítio da *Internet – Portal da Saúde*).

Também a **ansiedade** assume proporções que importa analisar. Segundo uma sondagem RTP/Público, realizada pela Universidade Católica, 15% dos portugueses já sentiram excesso de cansaço, tensão ou preocupação, sofreram de insónias e sintomas físicos de fadiga ou dores de cabeça durante seis meses seguidos. Entre as mulheres portuguesas, os sintomas de perturbação de ansiedade generalizada são sempre mais prevalentes do que entre os homens. As insónias e as dificuldades em descontraírem-se também foram mais apontadas pelos elementos do sexo feminino.

É ainda de salientar que os dados do 4.º Inquérito Nacional de Saúde (INE & INSA, 2007) revelam que o “provável sofrimento psicológico” afecta cerca de 28% da população residente no Continente, com idade igual ou superior a 15 anos, onde se destacam

particularmente as mulheres (37%). Foi ainda estabelecida relação com a idade, visto que o indicador de saúde mental atingia valores particularmente elevados na população com idades entre os 65 e os 84 anos de idade.

DOR CRÓNICA

Frequentemente associada às doenças crónicas, encontra-se a dor crónica. Com base no relatório “*Pain In Europe*”, estima-se que, em Portugal, cerca de dois milhões de pessoas sofram de dor crónica. Os gastos do país em cuidados de saúde e nos custos indirectos provocados por absentismo e perdas de produtividade só com as lombalgias rondam os dois milhões de euros por ano.

O relatório do Observatório Nacional de Saúde fornece dados sobre a dor na população portuguesa, cujos principais resultados mostraram que, nos últimos sete dias anteriores à entrevista:

- 73,7% dos indivíduos manifestaram ter tido, pelo menos, um episódio de dor;
- 79,6% dos indivíduos manifestaram ter sentido mais que um tipo de dor;
- as dores mais frequentes foram: dores lombares (51,3%), dores osteoarticulares (45,2%) e dores de cabeça (34,7%);
- na intensidade da dor, considerada na sua globalidade, 53,3% consideram-na como dor ligeira, 29,6% como dor moderada e 17,1% como dor forte ou muito forte;
- na atitude tomada perante a dor, apenas 17,3% dos indivíduos com dor consultaram o médico (35,2% tomaram medicamentos receitados anteriormente e 33,7% não fez nada) (ONSA, 2002).

A qualidade de vida das pessoas afectadas, directa ou indirectamente, por dor crónica, pode ficar drasticamente diminuída. O relatório “*Pain In Europe*” evidencia que, na Europa:

- entre metade e dois terços destes doentes foi menos capaz ou incapaz de praticar exercício, ter um sono reparador, conduzir um carro, participar em actividades sociais, andar ou ter relações sexuais;
- um em cada quatro deixou de se relacionar com a família e amigos;
- um em cada três foi incapaz de manter um estilo de vida independente;
- um em cada cinco apresentava depressão devida à dor;
- um terço dos doentes sofre permanentemente de dor.

Segundo a Fundação Europeia para a Melhoria das Condições de Vida e de Trabalho (2003), a inclusão social das pessoas com deficiências e incapacidades (incluindo as que sofrem de uma doença crónica) no mercado de trabalho é problemática, e diariamente são enfrentadas dificuldades e barreiras à integração profissional.

- A taxa de não participação no mercado de trabalho das pessoas com deficiências e incapacidades é o dobro da das restantes pessoas, na população em idade activa.
- A taxa de desemprego das pessoas com doença ou deficiências e incapacidades graves é aproximadamente três vezes superior à das pessoas sem deficiências e incapacidades.
- As taxas de emprego das mulheres com deficiências e incapacidades variam muito a nível da UE.

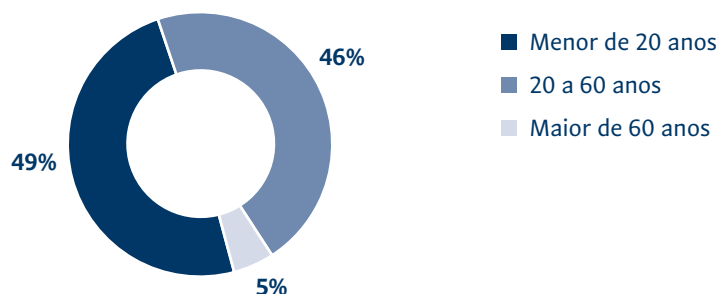
- Verificam-se fortes desincentivos ao trabalho das pessoas com deficiências e incapacidades em alguns Estados da UE.
- As pessoas com deficiências e incapacidades auferem rendimentos inferiores aos da restante população.

Ao longo da vida activa, a doença, os acidentes de trabalho e os factores socioeconómicos contribuem para o aumento da taxa de doença crónica e de deficiência de 5% para 40%, na idade da reforma.

ENVELHECIMENTO

Outro dos assuntos actualmente nas agendas políticas e sociais é o envelhecimento da população. Tal questão incorpora dois vectores de análise pertinentes para a caracterização patente no presente documento. Por um lado, as pessoas com deficiências e incapacidades vêem a sua esperança média de vida em crescendo, o que implica um reajuste das respostas do sector da reabilitação. Por outro, o envelhecimento da população em geral provoca um maior número de deficiências e incapacidades adquiridas em virtude da idade, da potencial deterioração progressiva das capacidades físicas, sensoriais e cognitivas.

GRÁFICO 34. PESSOAS COM DEFICIÊNCIA E DOENÇA CRÓNICA NA UE



Fonte: Eurostat, 2001, *cit. in* Illness, Disability and Social Inclusion – European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions

Segundo os Censos de 2001, as pessoas com mais de 65 anos são já 16,4% do total da população total. O índice de envelhecimento que era de 68,08 em 1991 passou para 102,56 em 10 anos.

De acordo com o Ministério da Saúde ⁽⁰⁷⁾, as doenças não transmissíveis e de evolução prolongada, fruto das suas características insidiosas, incapacitantes e tendentes para a cronicidade, tornam-se as principais causas de morbilidade e mortalidade das pessoas idosas, com significativos custos individuais, familiares e sociais (DGS, 2004B).

(07) Cf. Despacho Ministerial de 08-06-2004. Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas. Ministério da Saúde, 2004.

No contexto da patologia crónica que, em geral, mais afecta as pessoas idosas, não são, habitualmente, valorizadas as alterações nas funções e estruturas do corpo visuais e auditivas, assim como os problemas de saúde oral, os quais têm importante repercussão negativa, nomeadamente no isolamento e estado de nutrição destas pessoas bem como em todo o seu equilíbrio biopsicossocial. No que se refere à doença de Parkinson, a sua prevalência aumenta de 0,6% aos 65 anos, para 3,5% aos 85 e mais anos, sendo uma das doenças crónicas neurodegenerativas mais comuns na população idosa (DGS, 2004B).

Já em 2002 a OMS estimava que “nos próximos 20 anos aumentarão em 300% as necessidades em cuidados de saúde da população idosa, paralelamente a um aumento acentuado da prevalência de doenças não transmissíveis de evolução prolongada; surgirão assim novas necessidades de saúde e de apoio social, principalmente de longa duração; e estas mudanças reclamam das políticas de saúde e solidariedade, a adopção de uma abordagem que privilegie a satisfação das crescentes carências nesta matéria.” (EUROTRENDS, BOLETIM INFORMATIVO).



Capítulo 6.

O fenómeno das deficiências e incapacidades adquiridas em Portugal

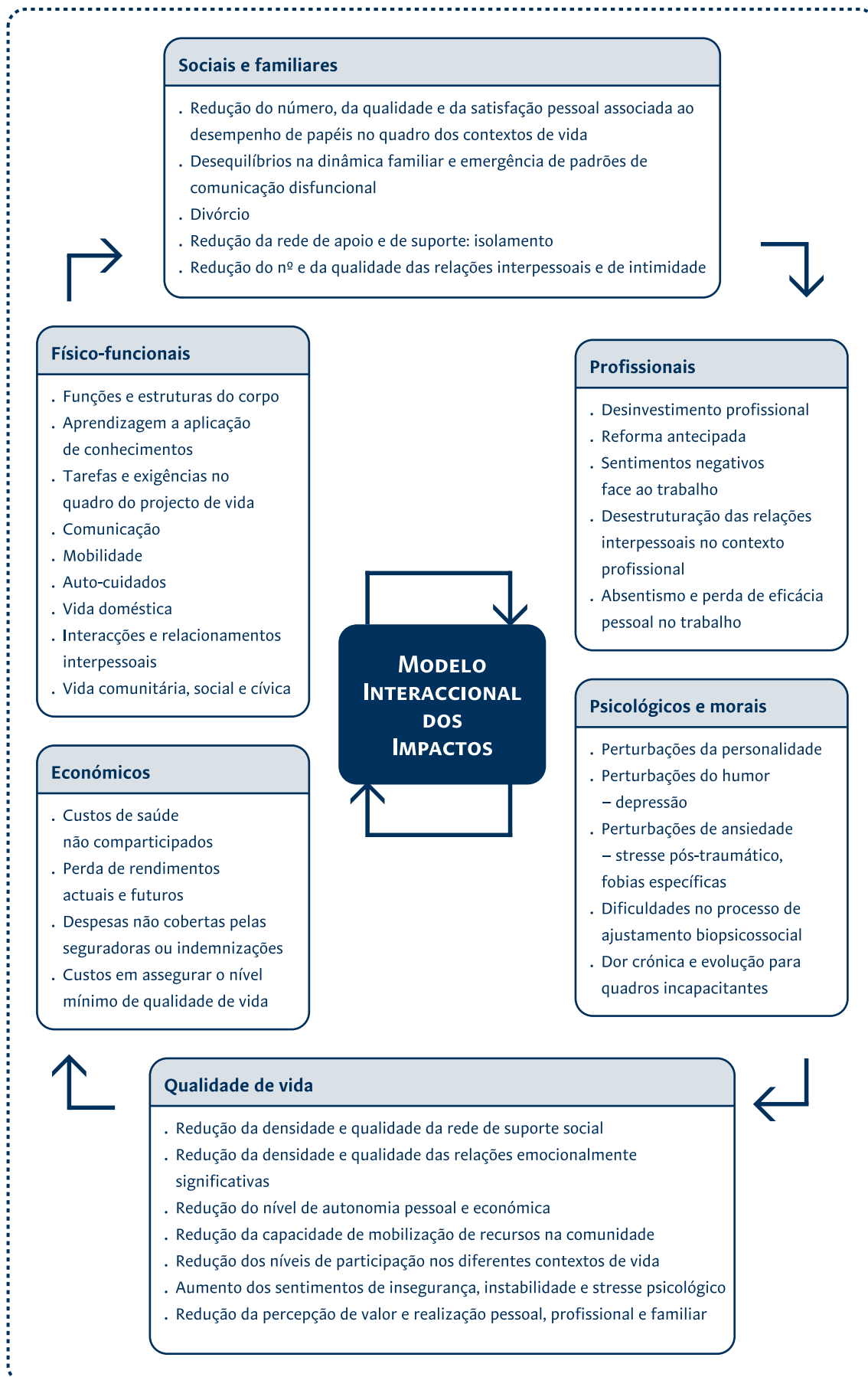
Os números e os factos relativos às doenças e acidentes explorados permitem evidenciar a transversalidade deste problema por toda a sociedade. Existe ainda espaço para um estudo mais exaustivo das consequências das doenças e dos acidentes, desde logo em termos das deficiências e incapacidades daí decorrentes. Não é possível estabelecer uma relação linear entre as taxas de doenças e acidentes apresentadas e as taxas de deficiências e incapacidades. A severidade das lesões, a idade com que ocorrem, o estado de saúde prévio, o tipo de cuidados e de serviços prestados, entre um vasto conjunto de variáveis, são alguns dos aspectos que influenciam o tipo, a frequência e a intensidade das limitações da actividade e restrições da participação daí decorrentes. Não obstante, elementos como o número de acidentes de trabalho com ausências, o número de dias de trabalho perdidos e o volume financeiro das prestações sociais associadas parecem evidenciar que um número considerável de pessoas que têm/tiveram uma doença ou acidente desenvolveram deficiências e incapacidades.

Considerando então que o nível de impacto será acentuadamente heterogéneo, apresenta-se seguidamente o modelo interaccional de impactos, inicialmente desenvolvido para os acidentes de trabalho e doenças profissionais (CRPG, 2005A) e aqui generalizado a todas as doenças e acidentes de que decorram deficiências e incapacidades. Este modelo considera a existência de 6 diferentes tipos de impactos (cf. Diagrama 1): físico-funcionais, sociais e familiares, profissionais, psicológicos e morais, qualidade de vida, económicos ^(o8).

(o8) *Informações detalhadas sobre o modelo disponíveis em:*

CRPG – Centro de Reabilitação Profissional de Gaia (2005). Acidentes de trabalho e Doenças Profissionais em Portugal: Impactos nos trabalhadores e famílias. Vila Nova de Gaia: Centro de Reabilitação Profissional de Gaia.

DIAGRAMA 1. **MODELO INTERACCIONAL DOS IMPACTOS**

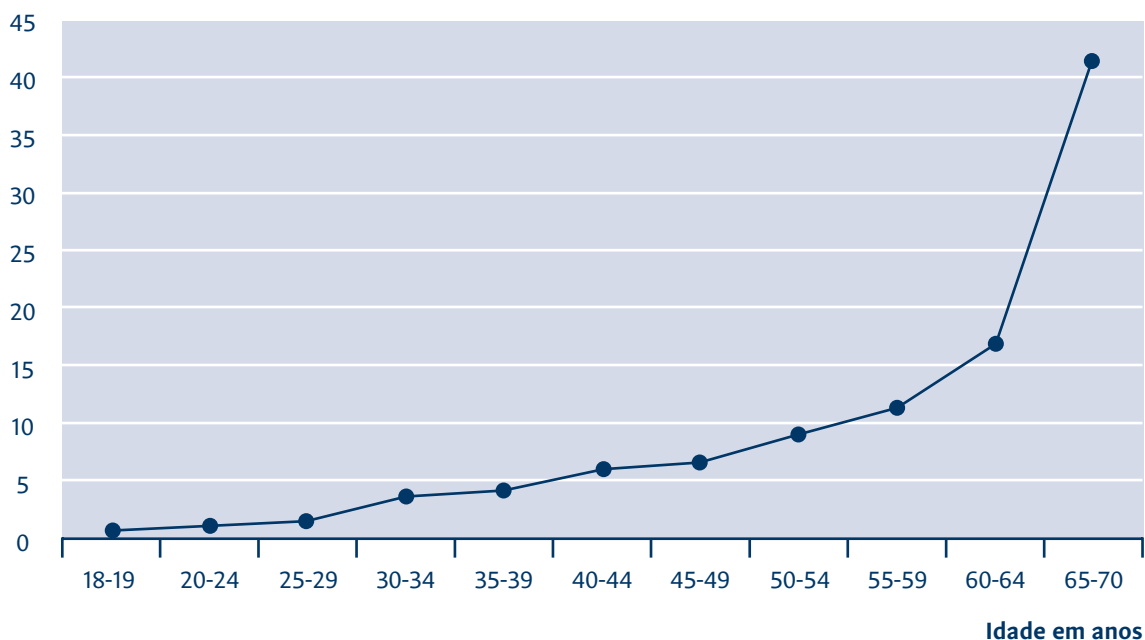


Fonte: CRPG, 2005a

É igualmente possível estabelecer algumas hipóteses relacionais entre os dados de caracterização das doenças e acidentes e os dados de caracterização das pessoas com deficiências e incapacidades em Portugal, mais particularmente das que desenvolveram alterações nas estruturas e funções do corpo ao longo da vida, acompanhadas de limitações da actividade e restrições à participação.

De acordo com dados resultantes de um inquérito nacional realizado junto de uma amostra representativa da população portuguesa residente em Portugal Continental com idades entre os 18 e os 70 anos ⁽⁰⁹⁾, constatou-se que as pessoas com deficiências e incapacidades correspondem a 8,2% da população (CRPG & ISCTE, 2007A e B). É evidenciada uma taxa de feminização bastante superior à da população em geral, com 68% de mulheres, o que, face aos dados apresentados anteriormente, pode dever-se às doenças e acidentes em que existe uma maior preponderância do sexo feminino, nomeadamente em termos de doenças crónicas, e à maior esperança média de vida das mulheres. Esta hipótese parece ser reforçada pelos resultados extraídos na análise por escalões etários, dado que se verifica aumento progressivo e constante na proporção de indivíduos com deficiências e incapacidades ao longo do ciclo de vida. O escalão onde se verifica uma maior frequência de pessoas com deficiências e incapacidades vai dos 65 aos 70 anos (41%), o que coloca a população com deficiências e incapacidades com um envelhecimento superior à população geral (média de 58 anos de idade vs. 44 anos). É ainda de salientar que esta distribuição é muito semelhante à das pessoas com deficiência e doença crónica anteriormente analisada (cf. pág. 61).

GRÁFICO 35. PESSOAS COM DEFICIÊNCIAS E INCAPACIDADES POR GRUPOS ETÁRIOS (%)



Fonte: CRPG & ISCTE, 2007

(09) Informações mais detalhadas sobre a metodologia e dados apurados disponíveis em: CRPG – Centro de Reabilitação Profissional de Gaia & ISCTE – Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa. (2007). *Elementos de Caracterização das Pessoas com Deficiências e Incapacidades em Portugal*. Vila Nova de Gaia: CRPG.

No âmbito da mesma inquirição foi evidenciada uma relação directa entre as alterações nas funções físicas e a idade de desenvolvimento/aquisição das mesmas. Considerando que as alterações nas funções físicas representam cerca de 60% da totalidade das alterações nas funções a relação directa supracitada assume uma particular relevância (cf. Gráficos 36 e 37).

GRÁFICO 36. PESSOAS COM DEFICIÊNCIAS E INCAPACIDADES SEGUNDO O TIPO DE ALTERAÇÕES NAS FUNÇÕES (%)

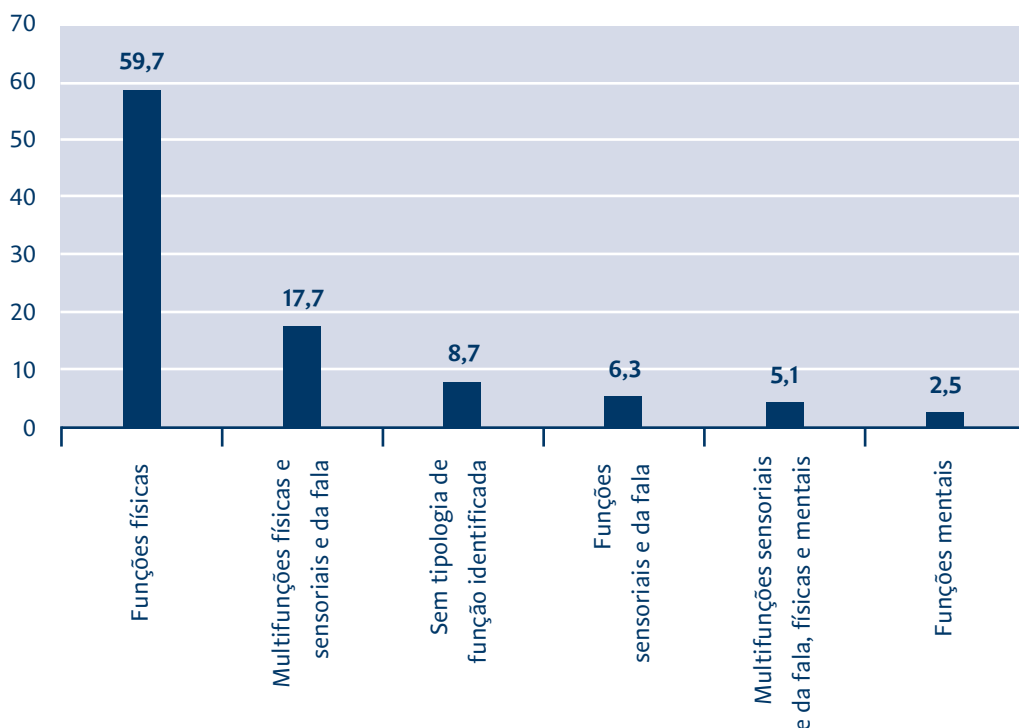
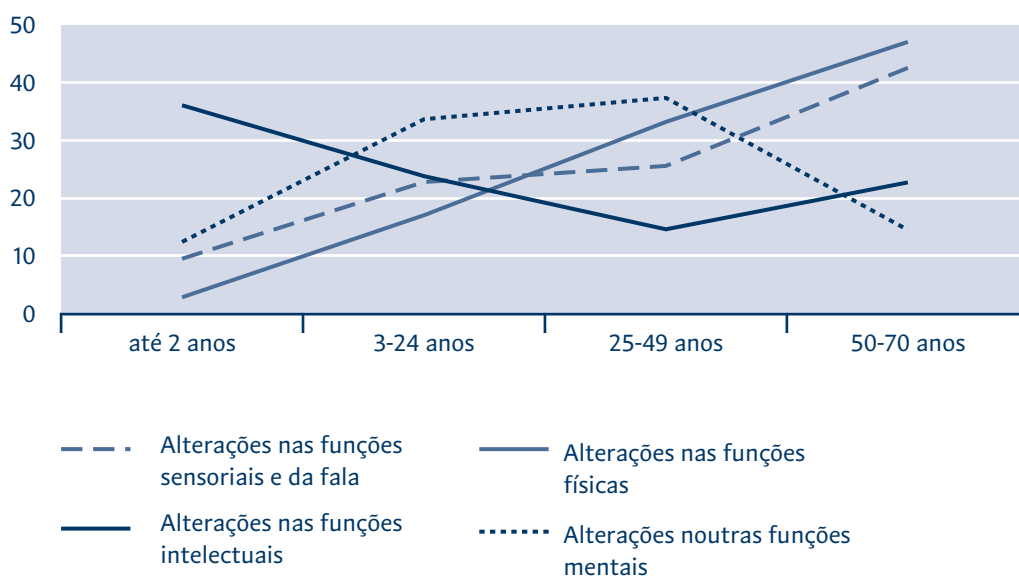


GRÁFICO 37. IDADE DE DESENVOLVIMENTO/AQUISIÇÃO DAS ALTERAÇÕES NAS FUNÇÕES POR TIPO DE FUNÇÕES (%)



Fonte dos Gráficos 36 e 37: CRPG & ISCTE, 2007a

As alterações noutras funções mentais e as funções sensoriais e da fala são também predominantemente adquiridas em fase adulta. Em termos médios, as alterações noutras funções mentais ocorrem por volta dos 25 anos e as alterações nas funções físicas pelos 40 anos. Apenas as alterações nas funções intelectuais apresentam maior incidência até aos 2 anos de idade.

Esta análise relacional pode estender-se a alguns dos principais indicadores de caracterização social, permitindo ilustrar os possíveis impactos já explicitados. Efectivamente, na população com deficiências e incapacidades (entre os 18 e os 65 anos), e por comparação à população em geral, a taxa de actividade é menos de metade, a taxa de desemprego é duas vezes e meia superior e a taxa de emprego é inferior a metade da taxa geral.

QUADRO 14. **RELAÇÃO COM O TRABALHO**

	População Continente (18 - 65 anos)	PCDI (18 - 65 anos)	PCDI (18 - 35 anos)
Taxa de actividade	100	49	74
Taxa de desemprego	100	246	217
Taxa de emprego	100	40	64

Fonte: CRPG & ISCTE, 2007a

No que respeita ao rendimento líquido mensal do agregado, cerca de 28% dispõe de, no máximo, 403 euros, sendo que quase metade auferem até 600 euros. Isto pode estar relacionado com o facto de cerca de 64% dos inquiridos ter afirmado estar a receber transferências sociais, donde se destaca a Pensão de Velhice ou Reforma (50%), a Pensão por Invalidez (22%) e a Pensão Social de Invalidez (7%).

QUADRO 15. **RENDIMENTO LÍQUIDO MENSAL DO AGREGADO**

	PCDI
Até 403 euros	27,6
De 404 a 600 euros	21,7
De 601 a 800 euros	14,2
De 801 a 1000 euros	7,9
De 1001 a 1200 euros	4,6
De 1201 a 1600 euros	2,4
De 1601 ou mais euros	1,1
Não sabe/não responde	20,6

Fonte: CRPG & ISCTE, 2007a



Capítulo 7.

Conhecer melhor para agir diferente

O conhecimento de um determinado fenómeno é o ponto de partida primeiro e fundamental para agir sobre o seu curso . Nesse sentido, procurou-se neste relatório recolher e sistematizar dados de caracterização dos acidentes e doenças em Portugal – acidentes domésticos e de lazer, acidentes de viação, acidentes de trabalho e doenças profissionais, e doenças crónicas –, com o intuito de procurar a relação entre as doenças e acidentes e as deficiências e incapacidades adquiridas na sequência dos mesmos.

No decorrer deste processo de sistematização foi possível perceber uma evolução significativa em Portugal no que à disponibilização e recolha de dados respeita, nomeadamente em determinadas temáticas, bem como ao nível da discriminação temporal e actualidade dos mesmos. Não obstante, afigura-se ainda como pertinente continuar a investir na recolha de dados, designadamente nos que remetem para a caracterização das consequências não mortais dos acidentes. Seria igualmente útil uma maior aproximação temporal entre período a que reportam os indicadores e o momento da sua disponibilização pública. A análise e interpretação dos dados constitui-se como outra área de desenvolvimento, a fim de potenciar a extracção de conhecimento dos mesmos, facilitando a identificação dos impactos aos diversos níveis. Não tendo o relatório a pretensão de assegurar uma recolha exaustiva, assume-se que não se encontram aqui explanados todos os dados potencialmente existentes, seja porque não estão disponíveis ao público em geral, seja porque não foram identificados aquando do processo de recolha.

Os modos de divulgação dos indicadores poderão ser igualmente objecto de reflexão. Efectivamente, uma disponibilização mais célere, dados mais discriminados e um referencial analítico comum possibilitariam a realização de análises e estudos mais actualizados e mais úteis para a extracção de conhecimento para as práticas, através, designadamente, da criação de indicadores combinados, do estabelecimento de relações e da exploração de tendências.

De relance, podem ser apresentados alguns dos dados que caracterizam as doenças e acidentes em Portugal:

- Em 2005 registaram-se mais de 32.000 **ADL's**, dos quais 4% decorreu internamento (ONSA, 2006).
- Depois das doenças, os ADL's representam o principal motivo de entrada nas urgências hospitalares, para o mesmo período de referência (*ibidem*).
- Em 2007, considerando o valor agregado para Portugal⁽¹⁰⁾, verificaram-se mais de 42.000 **acidentes de viação**, de que resultaram cerca de 3.400 feridos graves (ANSR, 2007).
- Para o ano de 2003 foi estimado um total superior a 4.700 pessoas com deficiências e incapacidades decorrentes de acidentes de viação, cuja perda de qualidade de vida poderia ser expressa na ordem dos 2.500 milhões de euros (BARROS, 2004).
- Relativamente aos **acidentes de trabalho**, em 2005 ocorreram quase 229.000 acidentes, tendo sido perdidos mais de 6.800.000 dias de trabalho (ACT, 2008B).
- Informações constantes do Balanço Social de 2006 (GEP, 2008) indicam a ocorrência de mais de 237.000 acidentes de trabalho não mortais, dos quais 23% implicaram

(10) Integra o número de acidentes com vítimas registado em Portugal Continental e o número de acidentes com vítimas e danos materiais verificado nas Regiões Autónomas.

uma ausência do posto de trabalho entre 30 a 365 dias. A totalidade dos acidentes afecta principalmente as pessoas entre os 25 e os 44 anos.

- Em 2006, foram certificados mais de 1.800 casos de doenças profissionais com incapacidade (Base de dados – Pensões, *cit. in* ACT, 2008B).
- Por referência aos acidentes de trabalho e doenças profissionais registados em 2003, estes repercutiram-se em mais de 660 milhões de euros em termos de custos efectivos e mais de 620 milhões de euros em perda potencial de produção, correspondentes a 0,51% e 0,48% do PIB, respectivamente (CRPG, 2005B).
- Em Portugal, cerca de 40 a 45% do total das doenças sinalizadas são doenças crónicas incapacitantes, prevendo-se uma tendência de crescimento exponencial (Plano Nacional de Saúde *cit. in* sítio da *Internet* da Associação Portuguesa contra a Leucemia).

As taxas de mortalidade relativas a estas doenças e acidentes, bem como o número de dias de internamento ou de ausência do trabalho, permitem inferir acerca dos graus severidade das lesões incluídas nas vítimas não mortais. Provavelmente existirá então uma relação entre estas doenças e acidentes e a emergência das deficiências e incapacidades ao longo de todo o ciclo de vida.

Nesse sentido, e considerando as consequências mais severas de algumas das doenças e acidentes anteriormente apresentadas, aos dados explanados acrescem os impactos daí decorrentes. Numa interacção dinâmica entre os diversos papéis sociais assumidos pelos cidadãos e os intervenientes nos seus contextos envolventes, os impactos das doenças e acidentes reflectem-se então aos mais diversos níveis:

- físico-funcional, devido às alterações nas funções e/ou estruturas do corpo;
- familiar, nomeadamente pela necessidade de estabelecer novas e renovadas configurações nas relações interpessoais, com potenciais variações em termos de exigência e responsividade;
- sociais, decorrentes de perdas na rede de suporte e da tendência de isolamento, auto e/ou hetero-induzido;
- profissional, por factores como o desinvestimento profissional ou as barreiras à reintegração no mercado de trabalho;
- psicológicos e morais, designadamente pelas dificuldades de integração funcional e adaptativa das vivências do acidente ou doença e respectivas consequências na narrativa individual;
- económicos, decorrentes da perda de rendimentos e dos custos acrescidos relativos aos cuidados de saúde.

A diversidade e interacção entre os impactos supracitados afectam significativamente a qualidade de vida dos indivíduos, bem como a qualidade de vida das pessoas significativas que os rodeiam.

São igualmente afectadas as entidades empresariais (*e.g.*, substituição dos indivíduos que experienciaram doenças ou acidentes; perda potencial de produção), as seguradoras (*e.g.*, pagamento de pensões; custos com a resolução de litígios) e o Estado (redução da receita fiscal; perdas potenciais de produção nacional; diminuição da coesão social), isto é, a sociedade no seu todo, como expressão dos diversos dinamismos sociais que a compõem.

Face aos indicadores referidos, torna-se evidente a necessidade de alterar o paradigma que tem estado subjacente à consideração do problema, baseado na aceitação

resignada do fenómeno e dos seus efeitos. Importa conhecer melhor a realidade para o poder contornar, gerir, uma nova abordagem, mais proactiva e interventiva.

Uma caracterização aprofundada das doenças e acidentes contribui, nomeadamente, para a identificação dos factores precipitadores, de grupos ou situações de risco, permitindo assim investir na prevenção dos mesmos.

O conhecimento detalhado das suas consequências e impactos apoia a adopção de modelos e estratégias de reabilitação e reintegração das vítimas das doenças e acidentes, promovendo a sua qualidade de vida.

Face ao exposto, e de acordo com a análise das tendências e recomendações internacionais, no domínio das deficiências e incapacidades decorrentes de acidentes e doenças, constituem-se como desafios de desenvolvimento:

- continuar a investir e reforçar as práticas de prevenção, de modo a reduzir significativamente as doenças e os acidentes;
- investir na precocidade das intervenções, de modo a conter ou minimizar os impactos das doenças e acidentes, traduzindo-se deste modo em melhores expectativas de reabilitação e reintegração dos indivíduos;
- reabilitar os indivíduos, no âmbito do seu quadro de funcionamento biopsicossocial, com o objectivo de otimizar o seu estado de saúde e a sua qualidade de vida;
- reintegrar os indivíduos nos seus contextos familiar, social e profissional;
- assegurar que o planeamento, organização e implementação das respostas à deficiência e incapacidade resultantes das doenças e acidentes são caracterizadas pela acção combinada entre a geração de oportunidades que se colocam aos indivíduos, o desenvolvimento/restabelecimento das suas competências e a transformação das normas e valores sociais, assegurando a intervenção nos dois eixos que concorrem para as deficiências e incapacidades: pessoa e contexto;

Prevenir, reabilitar e reintegrar constituem-se como objectivos fundamentais a considerar na estratégia nacional de abordagem das vítimas de doenças e acidentes, em complemento e articulação com as intervenções ligadas à promoção da saúde e à reparação dos danos associados.



Capítulo 8.
Bibliografía

ANDST – Associação Nacional dos Deficientes Sinistrados no Trabalho (2006). **A reintegração sócio-profissional das pessoas com deficiência adquirida por acidente de trabalho.**

ANSR – Autoridade Nacional Segurança Rodoviária – Observatório de Segurança Rodoviária (2008). **Distrito do Porto – Sinistralidade – 1.º semestre de 2008.**

ANSR – Autoridade Nacional Segurança Rodoviária – Observatório de Segurança Rodoviária. (2007). **Sinistralidade Rodoviária – ano de 2007.**

ACT – Autoridade para as Condições do Trabalho (2008a). **Acidentes de Trabalho Mortais Objecto de Inquérito. (Informação actualizada a 15 de Dezembro).**

ACT – Autoridade para as Condições do Trabalho (2008b). 28 Abril – **Dia Nacional de Prevenção e Segurança no Trabalho – press kit.**

BARROS, P. (2004) – **Aspectos económicos dos acidentes de viação.** Apresentado no Fórum “Sinistralidade Rodoviária: a epidemia escondida”, 7 de Abril: Dia Mundial da Saúde, dedicado à Segurança Rodoviária, Hospital de São João (Porto). [Em linha]. Disponível em: <URL: <http://ppbarros.fe.unl.pt/textos-saude.html>>

CAPUCHA, L.; CABRITA, M.; SALVADO, A.; ÁLVARES, M.; PAULINO, A.; SANTOS, S. & MENDES, R. (2004). – **Os Impactos do fundo social Europeu na Reabilitação Profissional de pessoas com deficiência em Portugal.** Vila Nova de Gaia: Centro de Reabilitação Profissional de Gaia.

CRPG – Centro de Reabilitação Profissional de Gaia. (2005a). **Acidentes de trabalho e Doenças Profissionais em Portugal: Impactos nos trabalhadores e famílias.** Vila Nova de Gaia: Centro de Reabilitação Profissional de Gaia.

CRPG – Centro de Reabilitação Profissional de Gaia. (2005b). **Acidentes de Trabalho e Doenças Profissionais em Portugal: Das Práticas Actuais aos Novos Desafios.** Vila Nova de Gaia: Centro de Reabilitação Profissional de Gaia.

CRPG – Centro de Reabilitação Profissional de Gaia. (2005c). **Acidentes de Trabalho e Doenças Profissionais em Portugal: Disability management – uma nova perspectiva de gerir a doença, a incapacidade e a deficiência nas empresas.** Vila Nova de Gaia: Centro de Reabilitação Profissional de Gaia.

CRPG – Centro de Reabilitação Profissional de Gaia – & ISCTE – Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa. (2007a). **Mais Qualidade de Vida para as Pessoas com Deficiências e Incapacidades – Uma Estratégia para Portugal.** Vila Nova de Gaia: CRPG.

CRPG – Centro de Reabilitação Profissional de Gaia – & ISCTE – Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa. (2007b). **Elementos de Caracterização das Pessoas com Deficiências e Incapacidades em Portugal**. Vila Nova de Gaia: CRPG.

DETEFP – Departamento de Estatística do Trabalho, Emprego e Formação Profissional (1999). **Estatísticas em síntese: Inquérito de avaliação das condições de trabalho dos trabalhadores**.

DGEEP – Direcção-Geral de Estudos, Estatística e Planeamento – Ministério do Trabalho e da Segurança Social. (2007). **Balanço Social de 2005**. Lisboa: Direcção-Geral de Estudos, Estatística e Planeamento.

DGEEP – Direcção-Geral de Estudos, Estatística e Planeamento – Ministério do Trabalho e da Segurança Social. (2006). **Boletim Estatístico de Fevereiro de 2006**. Lisboa: Direcção-Geral de Estudos, Estatística e Planeamento.

DGEEP – Direcção-Geral de Estudos, Estatística e Planeamento – Ministério do Trabalho e da Segurança Social. (2004). **Carta Social – Rede de Serviços e de Equipamentos**.

DGEEP – Direcção-Geral de Estudos, Estatística e Planeamento – Ministério do Trabalho e da Segurança Social. (2001). **Acidentes de trabalho: estatísticas em síntese**.

DGS – Direcção-Geral da Saúde (2005). **Programa nacional de prevenção e controlo de Acidentes/Lesões Involuntárias 2006-2010**. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.

DGS – Direcção-Geral da Saúde (2004a). **Plano Nacional de Saúde 2004/2010: Mais saúde para todos – Volume I – Prioridades**. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.

DGS – Direcção-Geral da Saúde (2004b). **Programa Nacional das Pessoas Idosas, Despacho Ministerial de 08-06-2004**. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.

DGS – Direcção-Geral da Saúde (2003). **Risco de Morrer em Portugal 2001**. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.

DGS – Direcção-Geral da Saúde (2002). **Ganhos de Saúde em Portugal – ponto de situação**. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.

DGS – Direcção-Geral da Saúde (2001). **Censo psiquiátrico 2001 – Síntese dos resultados preliminares**. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.

EUROPEAN OPINION RESEARCH GROUP. (2001). **Attitudes of Europeans to Disability. Eurobarometer 54.2**. European Commission.

EUROSTAT (2002). **Statistical yearbook 2002**. Office for Official Publications of the European Union.

EUROSTAT (2001). **Estatísticas Europeias de Acidentes de Trabalho (EEAT), Metodologia**.

Ist International Symposium Neuropsychology and Rehabilitation, CRPG, 26 a 28 de Outubro de 2006. Castro, São Luís. **Epidemiology of traumatic brain injury in Portugal: 2000-2004**.

FORMEM – Federação Portuguesa de Centros de Formação Profissional e Emprego de Pessoas com Deficiência. (2002). **Actas do Encontro Nacional de Formandos**. Lisboa: FORMEM

GEP – Gabinete de Estratégia e Planeamento – Ministério do Trabalho e da Segurança Social. (2008). **Acidentes de Trabalho 2006**. Lisboa: Gabinete de Estratégia e Planeamento.

GEP – Gabinete de Estratégia e Planeamento – Ministério do Trabalho e da Segurança Social. (2008b). **Balanço Social 2006**. Lisboa: Gabinete de Estratégia e Planeamento.

GRAÇA, L. (2002). – **Absentismo e stresse no trabalho**.

GONÇALVES, C. (2002). – **Enquadramento familiar das pessoas com deficiência: uma análise exploratória dos resultados dos censos 2001**.

IC – Instituto do Consumidor (1999). **Sistema Europeu de Vigilância de Acidentes Domésticos e de Lazer. Portugal – relatório anual**.

IDB – Injury Data Base (2007). **Injuries in the European Union. Statistics summary 2003-2005**. Vienna: Kuratorium für Verkehrssicherheit (Austrian Road Safety Board).

INE – Instituto Nacional de Estatística (2004). **Retrato territorial de Portugal 2003: Uma análise socio-económica do território português ao nível regional e local**.

INE – Revista de Estudos Demográficos, n.º 41, Junho, 2007.

INE – Instituto Nacional de Estatística & INSA – Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge (2007). **4.º Inquérito Nacional de Saúde – 2005/2006. Informação à Comunicação Social**.

IGT – Inspeção-geral do Trabalho (2005). **A inspeção do trabalho e os inquéritos de acidente de trabalho e doença profissional**.

ISHST – Instituto para a Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho. (2006). **Press Kit – Dia**

Nacional da Prevenção e Segurança no Trabalho.

MTSS – Ministério do Trabalho e da Segurança Social. (2007a). **Boletim Estatístico – Maio 2007**. Ministério do Trabalho e da Segurança Social.

MTSS – Ministério do Trabalho e da Segurança Social. (2007b). **Estatísticas da Segurança Social – Julho 2007**. Ministério do Trabalho e da Segurança Social.

OIT – Organização Internacional do Trabalho. (1996). **Enregistrement et déclaration des accidents du travail et des maladies professionnelles**. Genebra : BIT.

ONSA – Observatório Nacional de Saúde. (2006). ADELIA 2005 – **Acidentes domésticos e de lazer: informação adequada**. Lisboa: Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge.

ONSA – Observatório Nacional de Saúde. (2005). **Uma observação sobre a prevalência de algumas doenças crónicas, em Portugal Continental**. Lisboa: Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge.

ONSA – Observatório Nacional de Saúde. (2002). **A dor na população portuguesa – alguns aspectos epidemiológicos**. Lisboa: Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge.

OMS – Organização Mundial da Saúde – & DGS – Direcção-Geral da Saúde. (2004). **Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde**. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.

PÁDUA, FERNANDO (2005). – **Viver e Nascer sem Deficiência – Promoção da Saúde e melhoria da qualidade de vida**. Fundação Professor Fernando de Pádua/Instituto Nacional de Cardiologia Preventiva.

CARVALHO, P. M. (2005). – **Sinistralidade e doenças profissionais SOS**. Diário de Notícias, 17 de Abril de 2005.

SNR – Secretariado Nacional de Reabilitação (1995). **Inquérito nacional às incapacidades deficiências e desvantagens: síntese 1995**. Secretariado Nacional de Reabilitação.

SPN – Sociedade Portuguesa de Nefrologia (2007). **XXI Congresso Português de Nefrologia**. In Revista Nefrêma, n.º 133, Julho/Agosto. Associação Portuguesa de Insuficientes Renais.

SÍTIOS DA INTERNET CONSULTADOS

ADFA – Associação dos Deficientes das Forças Armadas.

URL = <http://www.adfa-portugal.com/>

ANDST – Associação Nacional dos Deficientes Sinistrados no Trabalho.

URL = <https://www.andst.pt>.

Estatísticas. URL = <http://www.andst.pt/www/index.php?pkey=1&tipo=estatisticas>

ANSR – Autoridade Nacional de Segurança Rodoviária.

URL = <http://www.ansr.pt/>

ACT – Autoridade para as Condições do Trabalho.

URL = <http://www.act.gov.pt/>

CIENCIAPT.NET.

URL = <http://www.cienciapt.net/>

DGS – Direcção-Geral da Saúde.

URL = <http://www.dgs.pt/>

EUROPEAN AGENCY FOR DEVELOPMENT IN SPECIAL NEEDS EDUCATION.

URL = <http://www.european-agency.org/>

EUROSTAT – Statistical Office of the European Communities.

URL = http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page?_pageid=1090,30070682,1090_33076576&_dad=portal&_schema=PORTAL

EUROPEAN FOUNDATION FOR THE IMPROVEMENT OF LIVING AND WORKING CONDITIONS.

URL = <http://www.eurofound.eu.int/index.htm>

European Working Conditions Surveys (EWCS).

URL = <http://www.eurofound.eu.int/ewco/surveys/index.htm>

Illness, disability and social inclusion.

URL = <http://www.eurofound.europa.eu/areas/socialcohesion/illnessdisability.htm>

EUROTRIALS – Publicações.

URL = <http://www.eurotrials.com/publicacoes.html>

FIADC – Federação de Instituições de Apoio a Doentes Crónicos.

URL = <http://fiadc.no.sapo.pt/>

IGT – Inspeccção-Geral do Trabalho.

URL = <http://www.igt.idict.gov.pt/>

ISS, I.P. – Instituto da Segurança Social.

URL = <http://www.seg-social.pt/>

IEFP, I.P. – Instituto do Emprego e Formação Profissional.

URL = <http://portal.iefp.pt>

INE – Instituto Nacional de Estatística.

URL = <http://www.ine.pt/>

INSA – Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge.

URL = http://www.insarj.pt/site/insa_home_oo.asp

OBSERVATÓRIO NACIONAL DE SAÚDE.

URL = http://www.onsa.pt/index_17.html

ISHST – Instituto para a Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho.

URL = <http://www.ishst.pt>

Press releases.

URL = http://www.ishst.pt/ISHST_NoticiasPress.aspx

Campanha de sensibilização para o Dia Nacional da Prevenção e Segurança no Trabalho.

URL = http://www.idict.gov.pt/ISHST_Noticia.aspx?nid=A000000000003176

LUSA – Agência de Notícias de Portugal, S.A.

URL = <http://www.lusa.pt>

Arquivo de notícias.

URL = <http://www.arq.lusa.pt/default.asp>

MS – Ministério da Saúde.

URL = <http://www.min-saude.pt/portal>

MTSS – Ministério do Trabalho e da Segurança Social.

URL = <http://www.mtss.gov.pt/>

ORDEM DOS ENFERMEIROS.

URL = <http://www.ordemenfermeiros.pt>

OIT – Organização Internacional do Trabalho – Portugal.

URL = <http://www.ilo.org/public/portugue/region/eurpro/lisbon/>

PORTAL DA SAÚDE.

URL = <http://www.portaldasaude.pt>

Doenças Crónicas.

URL = <http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/enciclopedia+da+saude/doencas/doencas+cronicas/doencascronicas.htm>

PORTAL DO CIDADÃO COM DEFICIÊNCIA.

URL = <http://www.pcd.pt/>

PROJECTO “www.sobreviventes.org”.

URL = <http://www.sobreviventes.org/>

ROCHE FARMACÊUTICA.

URL = www.roche.pt

SAÚDE.

URL = <http://saude.sapo.pt/>

INR – Instituto Nacional para a Reabilitação.

URL = <http://www.inr.pt>

SOCIALGEST – Gerontologia, economia e acção social.

URL = <http://www.socialgest.pt/home.shtml>

UI ACCESS.

URL = <http://www.uiaccess.com/index.html>

Resources. URL = <http://www.uiaccess.com/books.html>

UNIMED – Grupo Português de Saúde.

URL = <http://www.unimed.pt/>

WHO – World Health Organization.

URL = <http://www.who.int/en/>



Co-financiado pelo POAT/FSE



POAT/FSE: Gerir, Conhecer e Intervir