

# saúde em números

FEVEREIRO - 1988

VOL. 3 N.º 1

## SUMÁRIO

- 1 DOENÇAS DE DECLARAÇÃO OBRIGATÓRIA — O IMPACTO DE UM NOVO SISTEMA DE NOTIFICAÇÃO
- 3 MORTALIDADE POR ACIDENTES DE TRÂNSITO COM VEÍCULO A MOTOR
- 4 FUMAR: HOMENS E MULHERES A CAMINHO DE UMA IGUALDADE DESNECESSÁRIA
- 6 MORTALIDADE POR TUMOR MALIGNO DA TRAQUEIA, BRONQUIOS E PULMÃO

## DOENÇAS DE DECLARAÇÃO OBRIGATÓRIA — O IMPACTO DE UM NOVO SISTEMA DE NOTIFICAÇÃO

Se é certo que as estatísticas relativas a doenças de declaração obrigatória são uma preciosa fonte de informação para a análise da morbidade de um país, neste como noutros, essa informação é deficiente, uma vez que, apenas uma pequena percentagem dos casos são notificados, devido, talvez ao desconhecimento das leis, ou porventura a desinteresse dos próprios médicos.

Procuraremos através dos dados apresentados, fazer realçar que embora seja difícil criar nos profissionais de saúde, através de quem a informação é fornecida, estímulos para uma efectiva adesão a qualquer sistema de registo de dados, esse objectivo é por vezes parcialmente conseguido, através da introdução de novos, e talvez mais sugestivos instrumentos de notação.

Assim, tendo como termo de comparação o ano de 1986, passaremos sumariamente em revista o que ocorreu em 1987 nesta área.

A partir de 1 de Janeiro, o sistema de notificação de doenças de declaração obrigatória foi alterado, quer no que respeita aos suportes de informação, (para o efeito foi criado o mod. 05901), quer no que se refere às próprias doenças, as quais passaram a ser as constantes das Portarias n.º 766/86, de 26 de Dezembro, e n.º 148/87, de 4 de Abril.

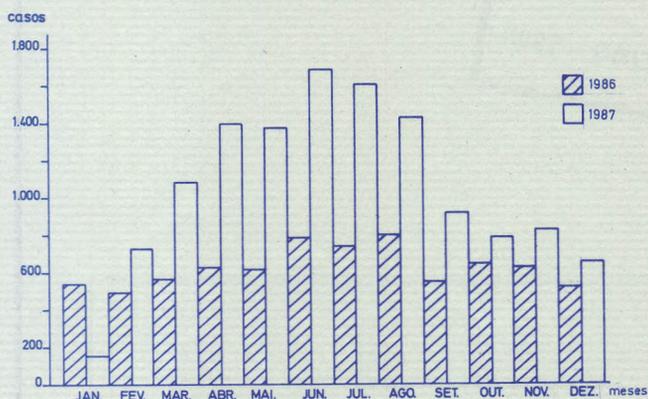
Com o novo sistema, o número de notificações veio sempre a aumentar, de mês para mês, até Junho. No entanto, a partir de Julho, esse número começou a decrescer, fenómeno que inicialmente se atribuiu à época de férias.

Contudo, passados os meses de Verão, verificou-se que a descida se mantém, chegando



o número de notificações a atingir em Outubro cerca de 50% do verificado em Junho, o que parece ser baixo, mesmo tendo em conta que estes valores podem ser influenciados pela sazonalidade de algumas doenças.

### CASOS NOTIFICADOS POR ANOS

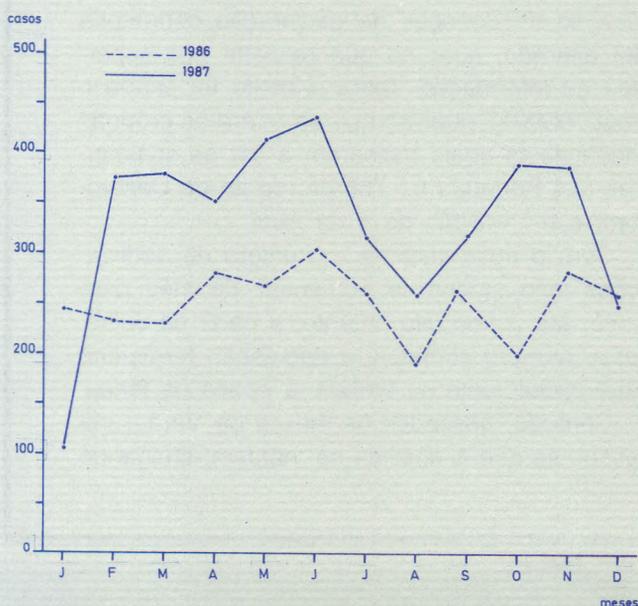


O quadro seguinte dá uma ideia da variação mensal do número de casos notificados nos dois anos referenciados.

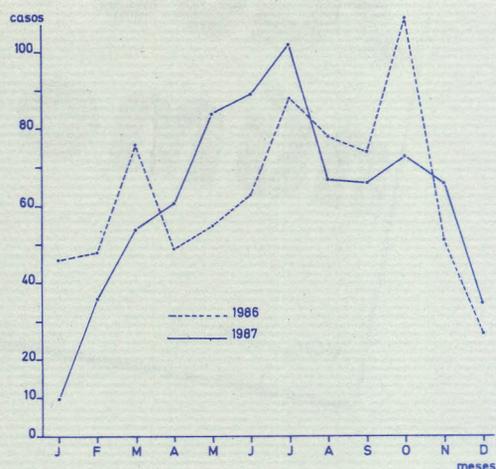
No entanto, para uma melhor apreciação do assunto, elaborou-se um gráfico para cada uma das doenças de maior incidência, isto é, para aquelas com maior número de notificações feitas através do mod. 05901 em 1987, e semelhantemente para as mesmas doenças em 1986.

### CASOS NOTIFICADOS POR MESES

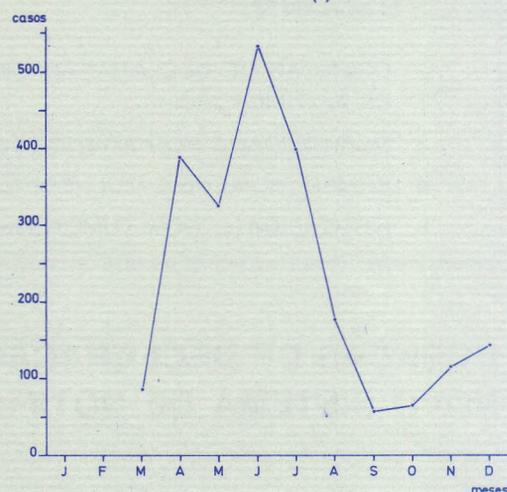
#### HEPATITE



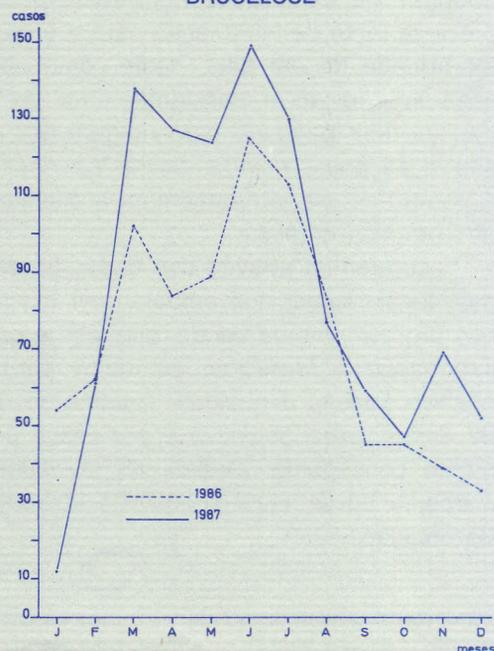
#### FEBRE TIFOIDE E PARATIFOIDE



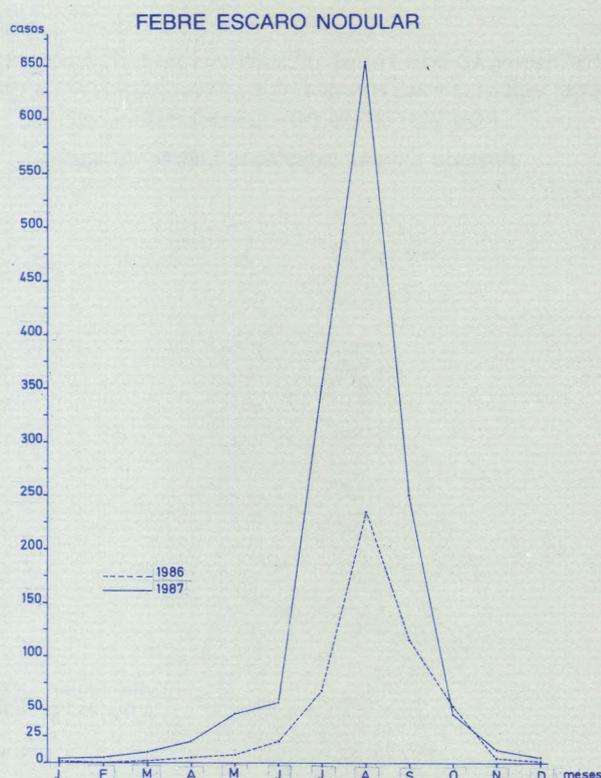
#### PAROTIDITE (\*)



#### BRUCELOSE



(\*) De notificação obrigatória a partir de Abril/87.



Pela comparação dos gráficos somos tentados a aceitar a conclusão fácil de que o novo sistema de notificação resultou e trouxe benefícios no que respeita ao número de notificações recebidas. Mas, será isto verdade? Será lícito pensar que o traçado semelhante das curvas traduz a realidade ou, por outro lado, o decréscimo verificado a partir de Julho, como acima se referiu, já é indicativo de se estar a verificar um certo abrandamento, ou talvez falta de motivação em relação à notificação?

Resta-nos assim formular ainda a seguinte questão:

Que incentivos utilizar para se conseguir uma adesão efectiva e sistemática dos profissionais de saúde, de modo a conseguir-se um número de notificações mais ajustado à realidade?

*Teresa Amaral Martins  
Margarida Meirinho*

## MORTALIDADE POR ACIDENTES DE TRÂNSITO COM VEÍCULO A MOTOR

Nos últimos anos as taxas de mortalidade por acidentes de trânsito com veículo a motor têm apresentado no país valores decrescentes.

Em 1982 a mortalidade por esta causa era de 32,5/100 000, e em 1986 de 24,5/100 000 observando-se valores intermédios durante este período. (Quadro I).

QUADRO I

**TAXAS DE MORTALIDADE POR ACIDENTES DE TRÂNSITO COM VEÍCULO A MOTOR (E 471) EM PORTUGAL POR 100 000 HAB. (Homens + Mulheres)**

ANOS	1982	1983	1984	1985	1986
Taxas de mortalidade ...	32,5	30,4	27,0	25,5	24,5

No entanto, ao comparar-se a taxa de mortalidade em Portugal por esta causa, a meio deste período de cinco anos, com a de alguns países da Comunidade Económica Europeia, verifica-se que em 1984 o seu valor no nosso país era de 27/100 000, em Inglaterra e Gales de 9,2/100 000, registando-se na Holanda, Bélgica, França e Grécia valores intermédios.

O risco de morrer em Portugal por acidente de trânsito com veículo a motor foi, nesse ano, aproximadamente três vezes superior ao de Inglaterra e Gales, pela mesma causa. (Quadro II).

QUADRO II

**TAXAS DE MORTALIDADE POR ACIDENTES DE TRÂNSITO COM VEÍCULO A MOTOR (E 471) PADRONIZADAS PELA IDADE, SEGUNDO O SEXO EM SEIS PAÍSES DA CEE — 1984**

(Método directo: população padrão europeia)

PAÍSES	MASCULINO	FEMININO	TOTAL
Inglaterra e Gales .....	13,7	4,9	9,2
Holanda .....	16,0	5,6	10,7
Bélgica .....	29,2	8,8	18,7
França .....	28,9	9,9	19,2
Grécia .....	31,5	9,8	20,5
Portugal .....	45,5	10,3	27,0

Fonte: Anuário Estatístico da O.M.S.

Em Portugal o risco de morrer por acidente de trânsito com veículo a motor difere também nos diversos distritos, sendo o valor de Leiria duas vezes superior ao de Portalegre que, no continente, em 1985 apre-

senta a taxa de mortalidade menos elevada: 17,45/100 000. Os distritos de Leiria, Beja, Guarda, Santarém, Faro, Coimbra; Castelo Branco, Aveiro, Viseu, Braga, Viana do Castelo e Setúbal, apresentam nesse ano taxas de mortalidade superiores à do País: 25,49/100 000. (Quadro III e Figura 1).

QUADRO III

TAXAS DE MORTALIDADE POR ACIDENTES DE TRÂNSITO COM VEÍCULO A MOTOR (E 471), PADRONIZADAS PELA IDADE, NOS DISTRITOS DO CONTINENTE E REGIÕES AUTÓNOMAS, POR ORDEM DECRESCENTE, EM 1985

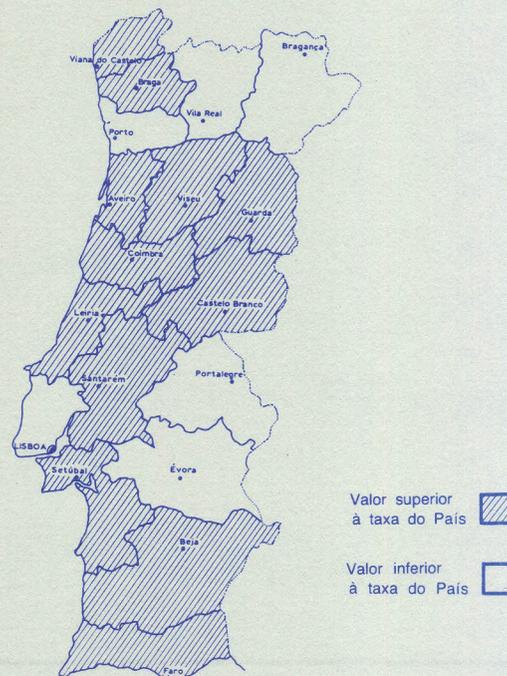
(Método directo: pop. padrão europeia)

100 000

DISTRITOS	TAXAS DE MORTALIDADE
Leiria . . . . .	37,99
Beja . . . . .	35,95
Guarda . . . . .	34,78
Santarém . . . . .	34,35
Faro . . . . .	33,73
Coimbra . . . . .	32,96
Castelo Branco . . . . .	31,62
Aveiro . . . . .	31,46
Viseu . . . . .	29,54
Braga . . . . .	28,39
Viana do Castelo . . . . .	26,28
Setúbal . . . . .	25,56
Bragança . . . . .	24,23
Évora . . . . .	23,04
Lisboa . . . . .	20,75
Porto . . . . .	18,40
Vila Real . . . . .	18,11
Portalegre . . . . .	17,45
Açores . . . . .	16,36
Madeira . . . . .	13,37

Fonte: «Risco de morrer em Portugal»  
Serviço de Informação de Saúde — D.G.C.S.P.

FIGURA 1  
DISTRIBUIÇÃO DAS TAXAS DE MORTALIDADE POR ACIDENTES COM VEÍCULO A MOTOR (E 471), PADRONIZADAS PELA IDADE, NOS DISTRITOS DO CONTINENTE — 1985  
(Método directo: população padrão europeia)



Fonte: «Risco de morrer em Portugal»  
Serviço de Informação de Saúde — D.G.C.S.P.

O facto de os distritos de Lisboa e Porto apresentarem valores inferiores à taxa do país, poderá ser em parte explicado pela maior acessibilidade da população aos serviços de urgência e pelos recursos materiais e humanos desses serviços.

Maria José Rebelo

## FUMAR: HOMENS E MULHERES A CAMINHO DE UMA IGUALDADE DESNECESSÁRIA

O consumo de tabaco em Portugal tem sido objecto de vários estudos realizados, sobretudo, nos últimos 20 anos. Algumas populações escolares foram estudadas desde 1965 por vários investigadores (1, 2, 4, 5), dada a importância que de que a intervenção se reveste nesta população. Estudos efectuados sobre vários agregados populacionais (3), sobre grupos de profissionais de saúde (6,7) e, mais recentemente, sobre amostras representativas da população por-

tuguesa (8,9) contribuíram para melhorar o conhecimento sobre este factor de risco.

Dados sobre hábitos tabágicos foram, também, recolhidos em 1983 pelo Inquérito Nacional de Saúde (INS), sobre uma amostra representativa da população da Área Metropolitana de Lisboa. O INS é um inquérito contínuo, realizado pelo Departamento de Estudos e Planeamento da Saúde que obtém informação através de entrevistas domiciliárias conduzidas

por entrevistadores treinados. Durante 1983 foi colhida informação respeitante a 7530 indivíduos.

O interesse da exploração destes dados advém da apreciável dimensão da amostra que permite a análise dos hábitos tabágicos com níveis de desagregação que amostras mais pequenas não tornam viáveis.

## INFLUÊNCIA DA IDADE E DO SEXO NO HÁBITO DE FUMAR

Como em outros estudos, a proporção de homens que fumam é nitidamente superior à de mulheres.

QUADRO I

DISTRIBUIÇÃO DOS INDIVÍDUOS DE 15 ANOS OU MAIS QUE DECLARARAM TER FUMADO COM REGULARIDADE NAS DUAS SEMANAS QUE PRECEDERAM A ENTREVISTA, SEGUNDO A IDADE E O SEXO

(Amostra da população da Área Metropolitana de Lisboa)

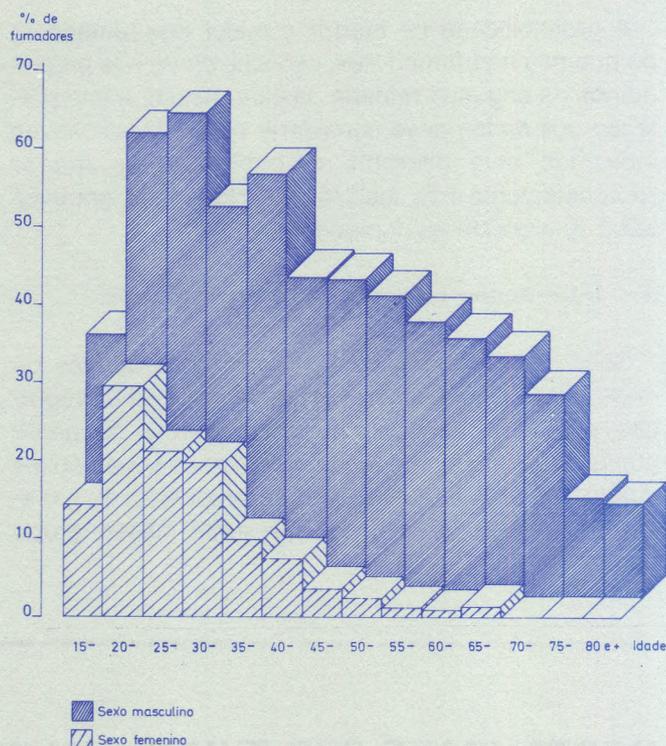
IDADE	HOMENS			MULHERES		
	Número de entrevistas	Número de fumadores	%	Número de entrevistas	Número de fumadores	%
15-19	324	118	36,4	304	44	14,5
20-24	277	172	62,1	268	79	29,5
25-29	226	146	64,6	223	47	21,1
30-34	224	118	52,7	250	49	19,6
35-39	274	156	56,9	299	29	9,7
40-44	265	116	43,8	274	20	7,3
45-49	262	114	43,5	276	10	3,6
50-54	259	107	41,3	286	7	2,4
55-59	208	79	38,0	224	3	1,3
60-64	156	56	35,9	199	2	1,0
65-69	128	43	33,6	168	2	1,2
70-74	101	29	28,7	143	—	—
75-79	58	9	15,5	92	—	—
80	34	5	14,7	76	—	—

Fonte: Inquérito Nacional de Saúde — DEPS — 1983.

No entanto esta proporção é, em ambos os sexos, fortemente influenciada pela idade (Quadro I). Nos homens os valores mais elevados ultrapassam 60% e verificam-se nos grupos etários compreendidos entre os 20 e os 39 anos, sendo a moda o grupo 25-29 anos. Nas mulheres, os valores mais elevados são sempre inferiores a 30%, situando-se a moda num grupo etário (20-24 anos) mais baixo que nos homens.

FIGURA I

PROPORÇÃO DE FUMADORES, SEGUNDO O SEXO E A IDADE (Área Metropolitana de Lisboa — 1983)



Saliente-se que a razão das proporções de fumadores nos dois sexos (f/m) é muito variável nos diversos grupos etários (Fig. 1). Com efeito essa razão situa-se entre os valores  $\frac{1}{2}$  e  $\frac{1}{3}$  nas idades inferiores a 35 anos, assume valores de cerca de  $\frac{1}{6}$  nos grupos etários entre os 35 e os 44 anos e torna-se, a partir dessa idade extremamente mais baixa. Esta apreciável variação é fortemente sugestiva de uma progressiva aproximação do comportamento dos dois sexos no decurso das últimas décadas.

## LIMITAÇÕES DOS DADOS

Apesar do grande número de indivíduos entrevistados pelo INS-83, a interpretação dos dados deve ter em conta alguns vieses potenciais que se exemplificam a seguir.

### 1 — Não respondentes

A taxa de não-respondentes por recusa ou outra situação equivalente potencialmente indutora de vieses foi de 11%, admitindo-se que esses não-

-respondentes difiram em alguns aspectos dos que responderam.

## 2 — Maior taxa de mortalidade dos fumadores

A probabilidade de morrer é maior nos fumadores do que nos não-fumadores, especialmente nos grupos etários da segunda metade da vida. Assim, a interpretação dos dados deve considerar os prováveis vieses induzidos pela diferente probabilidade de morrer (e conseqüente não inclusão na população entrevistada) que afecta os fumadores.

## 3 — Informação referente aos mais jovens

Sendo a informação do INS recolhida através de entrevistas domiciliárias, é de admitir que uma proporção apreciável de jovens, especialmente do grupo etário 15-19 anos, não tenha revelado os seus hábitos tabágicos. Uma sub-avaliação da proporção de fumadores está, provavelmente, presente nesse grupo etários.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 — GOULÃO, J. Miguel — Tabaquismo. Resultados de um inquérito — 1.ª parte — Coimbra Médica, 1969, (9): 1045-53; 2.ª parte — Coimbra Médica, 1970, 17 (1): 65-67; 3.ª parte — Coimbra Médica, 1970, 17 (2): 143-60.
- 2 — GRANATE, M. C. — «Hábitos tabágicos em adolescentes do sexo feminino (nota prévia)». J. Soc. Cient. Méd. Lisboa 1973, 136 (8): 523-50.
- 3 — MIGUEL J. P. — «Epidemiologia da pressão arterial e da lipidemia em amostras da população portuguesa». Dissertação de doutoramento, Faculdade de Medicina de Lisboa, 1983.
- 4 — GOULÃO, J. Miguel et al — «Tabaquismo e prevenção das doenças do aparelho cardio-vascular» — Jornal do Médico 1979 101 (1982): 409-418.
- 5 — GOULÃO, J. Miguel et al — «Inquérito aos hábitos tabágicos em jovens escolares do ensino secundário». Coimbra Médica 1981, 2.3: 129.
- 6 — MEDEIROS, J. S. et al — «Inquérito aos hábitos tabágicos dos médicos do Hospital da Universidade de Coimbra». Coimbra Médica 1982 3.3: 255.
- 7 — MEDEIROS, J. S. et al — «Tabaquismo entre os elementos de enfermagem do Hospital de Coimbra». Coimbra Médica 1982 3.5: 341.
- 8 — MAGALHÃES E. et al — «Hábitos tabágicos da população portuguesa». Prevenção do Tabagismo 1985/1986-4.
- 9 — MAGALHÃES E. et al — «Inquérito às atitudes da população face ao tabagismo e a medidas legislativas em amostra representativa». Prevenção do Tabagismo 1987-5.

*José Marinho Falcão*

## MORTALIDADE POR TUMOR MALIGNO DA TRAQUEIA, BRONQUIOS E PULMÃO

A mortalidade por tumores malignos em Portugal, à semelhança de outros países, tem tendência a aumentar.

A análise da evolução da mortalidade por tumores malignos da traqueia, bronquios e pulmão, mostra igualmente uma tendência crescente.

### TAXAS DE MORTALIDADE POR TUMORES MALIGNOS DA TRAQUEIA, BRONQUIOS E PULMÃO

100 000

ANOS	TOTAL	H	M
1980	14,5	24,8	5,2
1981	14,6	24,2	5,7
1982	15,7	25,7	6,4
1983	16,1	27,1	5,8
1984	16,8	28,8	5,6
1985	18,4	31,6	6,1
1986	19,1	32,5	6,7

A comparação das taxas de mortalidade por esta causa, em vários países, pode ser feita pela análise das taxas ajustadas segundo a idade, (população europeia, met. directo), que se apresentam a seguir:

### MORTALIDADE POR T. M. TRAQUEIA, BRONQUIOS E PULMÃO TAXAS AJUSTADAS SEGUNDO A IDADE

/100 000

PAÍSES	ANOS	HM	H	M
França	1983	10,8	16,3	7,0
RFA	1986	18,3	26,0	13,7
Portugal	1986	18,7	35,2	6,0
Suécia	1985	23,2	37,2	11,9
Japão	1986	24,9	43,1	11,9
Espanha	1981	26,0	52,4	5,6
Itália	1983	42,1	83,5	9,6
Inglaterra e Gales	1985	57,2	98,8	28,1

Impressionam os valores da Inglaterra e Gales, sobretudo no que se refere ao sexo feminino. (4,5 vezes superior ao de Portugal).

As taxas de mortalidade de Portugal, no sexo masculino, são comparativamente mais elevadas do que as do sexo feminino.

Mas qual tem sido a evolução em Portugal?

Considerando que esta causa afecta muito pouco a população de idade inferior a 45 anos, estudou-se a evolução a partir desta idade.

## MORTALIDADE POR T. M. DA TRAQUEIA, BRONQUIOS E PULMÃO

### AMBOS OS SEXOS

IDADES	1975	1980	1983	1986
45-54 .....	14,25	16,00	16,22	18,55
55-64 .....	35,91	40,29	43,81	54,48
65 e + .....	53,54	70,56	77,08	87,56
35-64 .....	16,25	19,16	20,25	24,56

### HOMENS

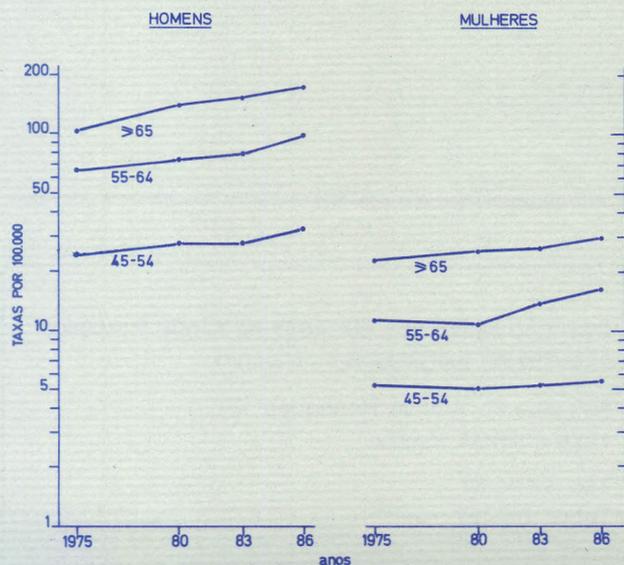
IDADES	1975	1980	1983	1986
45-54 .....	24,85	28,22	28,54	33,24
55-64 .....	64,94	74,36	79,10	99,53
65 e + .....	101,03	137,47	152,16	170,79
35-64 .....	29,20	34,14	35,76	43,91

### MULHERES

IDADES	1975	1980	1983	1986
45-54 .....	5,34	5,08	5,23	5,46
55-64 .....	11,39	10,68	13,48	15,97
65 e + .....	22,59	24,86	25,69	26,91
35-64 .....	5,45	5,81	6,48	7,46

Verifica-se um aumento em todas as taxas consideradas, com excepção para o sexo feminino, em 1980, em que se constata pequenas descidas nos grupos etários 45-54 anos, e 55-64 anos.

## MORTALIDADE POR T. M. DA TRAQUEIA, BRONQUIOS E PULMÃO SEGUNDO A TAXA



As subidas relativas entre 1980 e 1985, mostram que o aumento maior corresponde ao grupo etário 55-64.

## VALOR DAS SUBIDAS RELATIVAS DAS TAXAS ENTRE 1980 E 1985

IDADE	HM	H	M
45-54 .....	15,9	17,8	7,5
55-64 .....	35,2	33,8	49,5
65 e + .....	24,1	25,7	28,4

Esta localização de tumores malignos, embora, entre nós, não tenha a dimensão do cancro do estômago, tem uma evolução crescente na população adulta, mais acentuada no grupo etário de 55-64 anos, sobretudo nas mulheres.

*Amélia Esparteiro Leitão*

## RISCO DE MORRER EM PORTUGAL — 1986

Encontram-se já disponíveis na Divisão de Epidemiologia da Direcção-Geral dos Cuidados de Saúde Primários as taxas de mortalidade por idade, sexo e distrito segundo um certo número de causas de morte referentes ao ano de 1986.

Igualmente estão disponíveis as taxas padronizadas pela idade, por distrito, das mesmas causas de morte.

## SAÚDE EM NÚMEROS — VOL. 2 N.º 4 DEZEMBRO 1987 — ERRATA

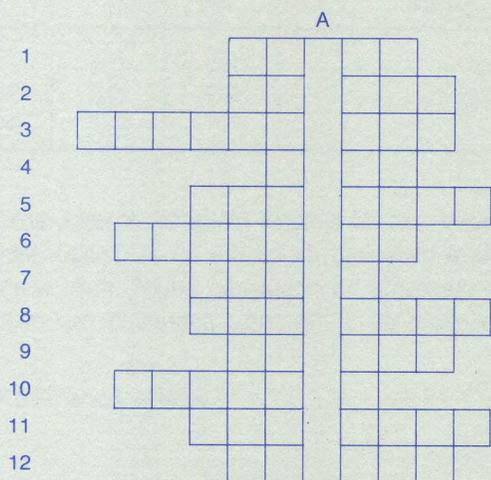
Na pág. 32 «População Residente em Portugal — estimativa em 30/6/1986, onde se lê (13.ª linha do quadro):

Porto 651 050 797 300 853 750

deve ler-se:

Porto 1 651 050 797 300 853 750

## PASSATEMPO EPIDEMIOLÓGICO



- 3 — Diz-se de um estudo em que as características dos casos se comparam com as características de indivíduos controle.
- 4 — Organização autónoma da OMS, dedicada à investigação do cancro, com sede em Lyon (iniciais do nome francês).
- 5 — Os que a têm não têm cárie dentária.
- 6 — Muitos japoneses morreram dela, alguns anos após o rebentamento da bomba atómica.
- 7 — É a doença com a mais elevada taxa de prevalência, em Portugal.
- 8 — Muitos doentes com mesotelioma da pleura estiveram expostos a ele, profissionalmente.
- 9 — O risco de trombo-embolismo aumenta nas mulheres que a tomam.
- 10 — Em África a sua distribuição coincide com a do linfoma de Burkitt.
- 11 — Esta esclerose afecta, sobretudo, os povos que habitam em latitudes elevadas.
- 12 — Os tripanosomas gambiense e rhodesinse dão-se bem com este animal.

### Verticais:

A — Foi praticamente erradicada de Portugal, depois da introdução no Programa Nacional de Vacinação, em 1965.

### Horizontais:

- 1 — Doença transmissível com período de incubação muito longo, de elevada prevalência em regiões tropicais. Ainda há várias centenas de casos em Portugal.
- 2 — Constituem um grupo de risco ao qual, por vezes, se aconselha a inoculação da vacina antigripal.

SOLUÇÕES  
 1 — LEFRA  
 2 — IDOSOS  
 3 — CONTROLADO  
 4 — CIRC  
 5 — FLUOROSE  
 6 — LEUCEMIA  
 7 — CÁRIE  
 8 — ASBESTOS  
 9 — FÍLULA  
 10 — MALÁRIA  
 11 — MÚLTIPLA  
 12 — TSETSE

COMPOSTO E IMPRESSO NO CENTRO DE EDIÇÕES E ARTES GRÁFICAS  
 DO MINISTÉRIO DAS FINANÇAS

RUA ALMEIDA BRANDÃO, 13-A — 1200 LISBOA  
 MARÇO/88  
 1500 EXEMPLARES  
 DEPÓSITO LEGAL 10 856/86  
 ISSN 0871-0813

DIRECÇÃO-GERAL DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS  
 SERVIÇO DE INFORMAÇÃO DE SAÚDE

Alameda D. Afonso Henriques, 45.  
 1056 LISBOA Codex

Tel. 57 55 57  
 Telex: 64 237