

# saúde em números

VOL. 1

N.º 2

OUTUBRO -- 1986

## SUMÁRIO

- 9. NEOPLASIAS MALIGNAS -- ESTUDO DA MORTALIDADE PRECOCE
- 11. INSUFICIENTES RENAIIS CRÔNICOS EM HEMODIÁLISE
- 12. MORTALIDADE POR ACIDENTES VASCULARES CEREBRAIS EM PORTUGAL -- EVOLUÇÃO E PERSPECTIVAS
- 14. POPULAÇÃO RESIDENTE EM PORTUGAL
- 15. PASSATEMPO EPIDEMIOLÓGICO

## NEOPLASIAS MALIGNAS

**MORTALIDADE PRECOCE** : uma alternativa ao estudo das taxas de mortalidade

A hierarquização das doenças segundo a sua importância é frequentemente feita tomando como critério as respectivas taxas de mortalidade. É sabido que utilizar taxas brutas de mortalidade  $\left( \frac{\text{n.º total de óbitos}}{\text{população a meio do ano}} \right)$  constitui opção pouco rigorosa já que dela resulta uma valorização uniforme dos óbitos, quer eles se verifiquem na infância, na adolescência, na idade adulta ou na velhice.

Pode, porém, utilizar-se um critério mais rigoroso analisando antes as taxas de mortalidade de duas ou mais doenças em vários grupos etários e fazendo a compração grupo etário a grupo etário. O inconveniente deste método consiste, obviamente, na dificuldade em ordenar as doenças, sempre que as diferenças verificadas não tenham sentido uniforme nos vários grupos etários (isto é, taxas mais elevadas em todos os grupos etários para a doença A do que para a doença B).

**MORTALIDADE PRECOCE** : seu cálculo

Há, no entanto, a possibilidade de recorrer a outro método que elimina o inconveniente citado, através da obtenção, para cada doença, de um valor único facilmente comparável.

Trata-se de calcular o número de anos de vida abaixo de uma idade de referência arbitrariamente fixada (por exemplo: 65 anos) que foram perdidos pelos indivíduos que faleceram devido a cada doença em estudo.

O cálculo, de grande simplicidade, apenas exige que:

1. se fixe a idade de referência
2. se conheça o número de óbitos verificado, segundo as idades
3. se subtraia "idade de referência -- valor médio de cada classe de idade utilizada" (a diferença significa o número médio de anos perdidos por cada óbito verificado, no grupo etário respectivo).



Serviço de Informação de Saúde

DGCSP

DIRECÇÃO GERAL DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

4. se multiplique o número de óbitos verificados em cada grupo etário pelo respectivo número médio de anos perdidos (o produto representa o número total de anos perdidos, em cada grupo etário).

5. se adicione esses produtos obtendo, assim, o número total de anos perdidos

Saliente-se que uma das vantagens deste método consiste no facto de não exigir o conhecimento das estimativas da população, para o ano em estudo, ao contrário do que acontece com os métodos centrados no cálculo de taxas de mortalidade.

**NEOPLASIAS MALIGNAS: a sua importância relativa**

Como exemplo de aplicação do método, estudou-se a mortalidade por um conjunto de neoplasias malignas, referente ao ano de 1985.

Calcularam-se, assim, para cada neoplasia e cada sexo:

1. a taxa de mortalidade "todas as idades", utilizando como denominador a estimativa da população portuguesa para 30/6/85
2. o número de anos de vida perdidos abaixo de 65 anos.

*Quadro I: Taxas de mortalidade "todas as idades", por 100 000 habitantes e "anos de vida perdidos" abaixo de 65 anos por vários tipos de neoplasias malignas – 1985.*

HOMENS			MULHERES		
Neoplasias (CID-9)	Taxas de mortalidade	Anos de vida perdidos	Neoplasias (CID-9)	Taxas de mortalidade	Anos de vida perdidos
Estômago (091)	35,5 (1.º)	7022,5	Mama (113)	23,5 (1.º)	8960,0
Pulmão (101)	31,6 (2.º)	6229,5	Estômago (091)	22,4 (2.º)	4025,0
Leucemia (141)	6,5 (9.º)	4587,0	Leucemia (141)	4,3 (8.º)	3297,5
Encéfalo (130)	4,8 (12.º)	3697,0	Útero (122)	8,9 (4.º)	2285,0
Cólon (093)	12,6 (4.º)	1925,0	Encéfalo (130)	2,6 (10.º)	1880,0
Lábio e boca (08)	6,1 (11.º)	1770,0	Cólon (093)	11,6 (3.º)	1820,0
Laringe (100)	6,3 (10.º)	1655,0	Pulmão (101)	6,1 (5.º)	1720,0
Esófago (090)	7,6 (5.º)	1605,0	Colo útero (120)	3,4 (9.º)	1405,0
Pâncreas (096)	7,3 (7.º)	1480,0	Recto (094)	4,8 (7.º)	835,0
Recto (094)	7,5 (6.º)	1135,0	Pâncreas (096)	5,3 (6.º)	705,0
Bexiga (126)	7,0 (8.º)	720,0	Esófago (090)	2,5 (11.º)	285,0
Próstata (124)	18,6 (3.º)	560,0	Bexiga (126)	2,3 (12.º)	195,0

As neoplasias estão ordenadas segundo os valores decrescentes do número de anos de vida perdidos  
Entre parentesis o número de ordem (taxas de mortalidade decrescentes)

É possível verificar (Quadro I e Figuras n.ºs 1 e 2) que algumas neoplasias cujas taxas de mortalidade são relativamente baixas têm a sua importância fortemente aumentada quando se utiliza o método dos anos de vida perdidos. É o caso das leucemias (CID-9:141), e das neoplasias do encéfalo (CID-9:130), do lábio, cavidade bucal e faringe (CID-9:08) no homem, e da mama (CID-9:113) na mulher.

Pelo contrário, algumas neoplasias cujas taxas de mortalidade são relativamente elevadas, assumem importância menor quando se utiliza o método descrito. É o caso das neoplasias da próstata (CID 9: 124), do pâncreas (CID 9:096), do recto, junção rectossigmoideia e ânus (CID 9:094) e do colón (CID 9:093) nas mulheres.

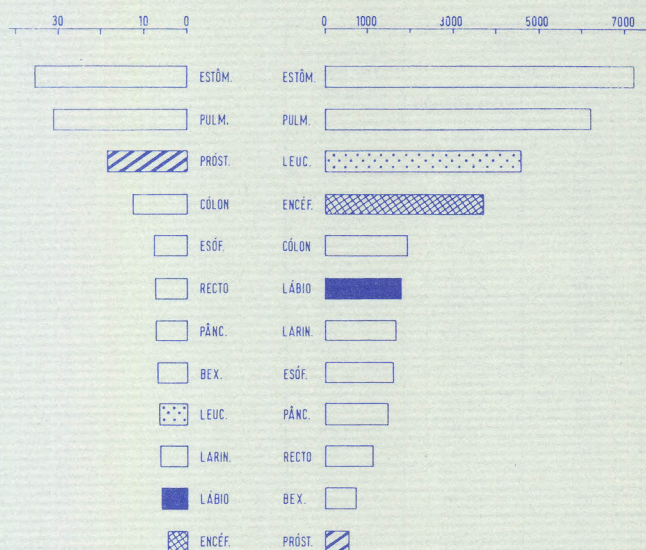


Fig. 1: Taxas de Mortalidade "Todas as Idades" por 100 000 habitantes e "Anos de Vida Perdidos" abaixo dos 65 anos por vários tipos de Neoplasias Malignas (homens), em 1985.

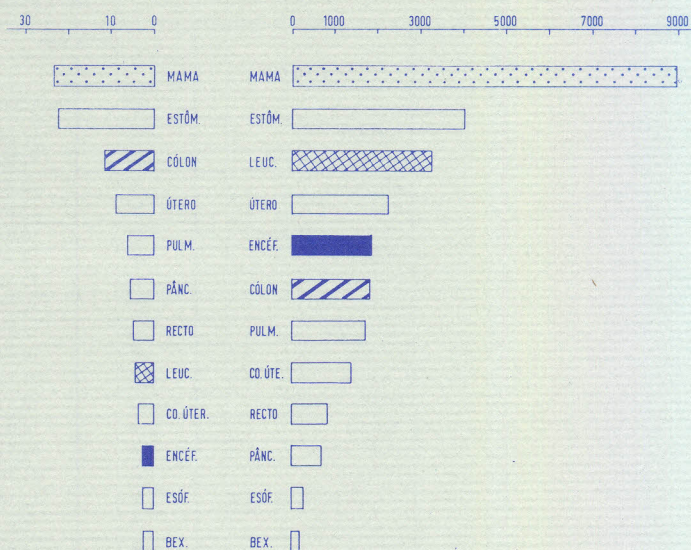


Fig. 2: Taxas de Mortalidade "Todas as Idades" por 100 000 habitantes e "Anos de Vida Perdidos" abaixo dos 65 anos por vários tipos de Neoplasias Malignas (mulheres), em 1985.

Nestas condições, o cálculo do número de anos de vida perdidos abaixo de uma idade de referência deve ser considerado como um método útil na análise da mortalidade, sempre que se pretenda ter em conta a "importância social" relacionada com a idade em que os óbitos se verificam.

O método é, especialmente útil quando não existam disponíveis estimativas da população, por idades, no período em estudo.

*José Marinho Falcão*

#### Referências Bibliográficas:

- Cayolla, da Motta L. Sequeira — "Mortes Prematuras em Portugal, por causas principais, 1971-1983". Saúde 2000 n.º 1 — Departamento de Estudos e Planeamento da Saúde — 1985.
- Centers for Disease Control — "Premature Deaths" — 1982. "Annual Summary of the Morbidity and Mortality Reports in the United States" US Public Health Services; US Department of Health and Human Services MMWR, 31 (N.º 54): 111 — 1983.
- Centers for Disease Control — "Changes in Premature Mortality United States — 1982 — 1983", MMWR: 17; Jan. 1985.
- Instituto Nacional de Estatística — Dados de Mortalidade 1985 (Em vias de publicação).

## INSUFICIENTES RENAIIS CRÓNICOS EM HEMODIÁLISE

### — Alguns dados estatísticos —

No prosseguimento de um trabalho já iniciado em 1984 para conhecimento do número de Insuficientes Renais Crónicos (IRC) em Hemodiálise, cujos tratamentos e transportes constituem encargos da responsabilidade das Administrações Regio-

nais de Saúde (ARS), estas responderam a um questionário que lhes foi enviado nesse sentido.

Com base nos elementos fornecidos, fizeram-se alguns apuramentos, dos quais se apresentam o quadro e o gráfico seguintes:

**AUMENTO DOS INSUFICIENTES RENAI CRÓNICOS EM HEMODIÁLISE DURANTE 1985  
(POR 100 000 HAB.)**

DISTRITOS	31/12/1984		31/12/1985		AUMENTO DE IRC/ /100 000
	IRC		IRC		
	N.º	POR 100000	N.º	POR 100000	
AVEIRO	114	17,57	135	20,81	+ 3,24
BEJA	33	17,93	38	20,65	+ 2,72
BRAGA	78	10,70	93	12,44	+ 1,74
BRAGANÇA	24	12,84	28	14,98	+ 2,14
CASTELO BRANCO	24	10,42	38	16,50	+ 6,08
COIMBRA	88	19,79	97	21,81	+ 2,02
ÉVORA	31	17,39	39	21,87	+ 4,48
FARO	52	15,54	67	20,02	+ 4,48
GUARDA	26	12,85	34	16,80	+ 3,95
LEIRIA	83	19,19	97	22,43	+ 3,24
LISBOA	528	24,98	665	31,47	+ 6,49
PORTALEGRE	26	18,51	34	24,20	+ 5,69
PORTO	229	14,05	276	16,94	+ 2,89
SANTARÉM	93	20,22	120	26,09	+ 5,87
SETÚBAL	153	21,16	177	24,48	+ 3,32
VIANA DO CASTELO	32	12,14	44	16,70	+ 4,56
VILA REAL	24	9,02	24	9,02	—
UISEU	64	14,97	66	15,44	+ 0,47
TOTAL	1702	17,70	2072	21,55	+ 3,85

INE — População estimada para 31.12.84

Nestes dados não estão, contudo, incluídos os IRC em hemodiálise nos hospitais distritais e centrais, por não ter sido possível obter das ARS, essa informação.

Pretende-se com esta análise, a nível de distrito, dar uma panorâmica geral do número e distribuição destes doentes, no continente.

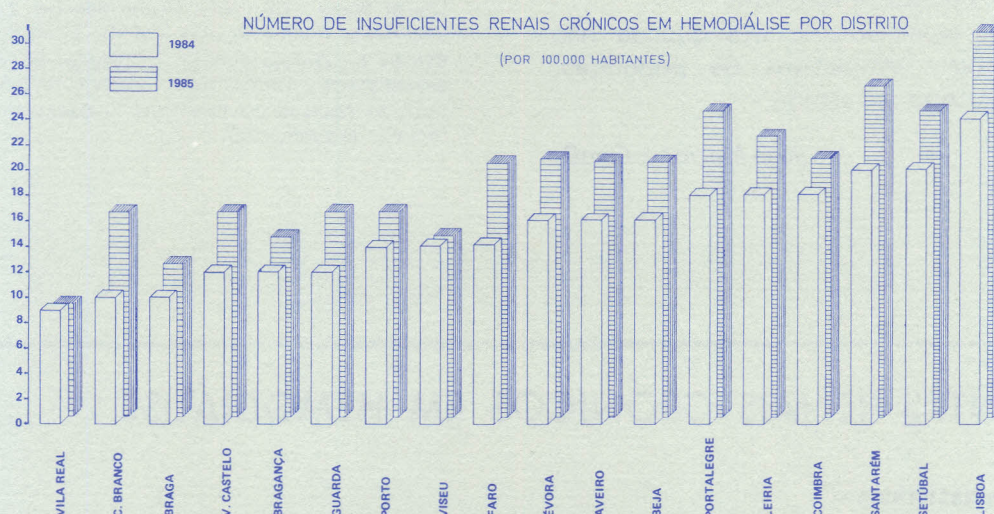
O quadro além de indicar, por distrito, o número de doentes em hemodiálise tanto em 31 de Dezembro de 1984 como em 31 de Dezembro de 1985,

permite ainda, avaliar o crescimento dos IRC por 100 000 habitantes.

Deste modo, podemos verificar que apenas em Vila Real não houve aumento.

Os distritos em que se registou maior aumento foram os de Lisboa com 6,49, Castelo Branco com 6,08, Santarém com 5,87, Portalegre com 5,69, Viana do Castelo com 4,56 e Évora e Faro com 4,48.

O distrito em que se verificou o menor crescimento foi Viseu com 0,47.



Analisando separadamente em 1984 e em 1985, o número de IRC por 100 000 habitantes, constata-se que:

- em 1984, apenas os distritos de Beja, Coimbra, Leiria, Lisboa, Portalegre, Santarém e Setúbal apresentaram um valor superior ao considerado para o Continente.
- em 1985, são os distritos de Coimbra, Évora,

Faro, Leiria, Lisboa, Portalegre, Santarém, Setúbal que ultrapassam o valor do continente.

Como é evidente, a justificação para este facto deve relacionar-se com a maior facilidade de acesso aos centros de diálise.

*Margarida Cardoso Meirinho  
Maria Teresa Amaral Martins*

# MORTALIDADE POR ACIDENTES VASCULARES CEREBRAIS EM PORTUGAL — EVOLUÇÃO E PERSPECTIVAS

Os Acidentes Vasculares Cerebrais (AVCs) foram responsáveis em 1984 por mais de metade (56,3 %) dos óbitos verificados por doenças do aparelho circulatório em Portugal, atingindo as taxas de

mortalidade brutas 218,7 por 100 000 hab. para o sexo masculino e 260,0 por 100 000 hab. para o sexo feminino, respectivamente.

Quadro I: Taxas de mortalidade brutas e ajustadas pela idade segundo o sexo e ano, por 100 000 hab. \*

CAUSA DE MORTE	SEXO	1976		1980		1984	
		TAXAS BRUTAS	TAXAS AJUSTADAS	TAXAS BRUTAS	TAXAS AJUSTADAS	TAXAS BRUTAS	TAXAS AJUSTADAS
AVCs	HM	227,0	273,9	238,1	277,7	240,1	225,8
	H	217,1	317,4	220,5	318,7	218,7	252,7
	M	235,9	242,4	254,1	249,5	260,0	205,4

Por outro lado, a mortalidade proporcional que em 1976 era de 21,6 % para os (AVCs), subiu ligeiramente, atingindo em 1984 os 24,9 % e contribuindo maioritariamente para o aumento da importância relativa das doenças do aparelho circulatório no contexto da mortalidade por todas as causas, tendo passado de 40,5 % em 1976 para 44,2 % em 1984.

num dos lugares cimeiros, com valores três vezes superiores aos encontrados para a Suécia, país que apresenta a mais baixa taxa de mortalidade por esta patologia.

Quadro II : Mortalidade cardio vascular em Portugal segundo a causa de morte, em 1976 a 1984

CAUSA DE MORTE	1976		1984	
	N.º	%	N.º	%
Doenças do Apar. Circulatório	41 316	40,5	42 984	44,2
AVCs	22 015	21,6	24 220	24,9
Outras Doenças do Apar. Circulatório	19 301	18,9	18 764	19,3
Todas as Causas	102 027	100,0	97 227	100,0

A nível Europeu e utilizando os dados estatísticos mais actualizados, verifica-se que as taxas de mortalidade ajustadas pela idade, nos colocam

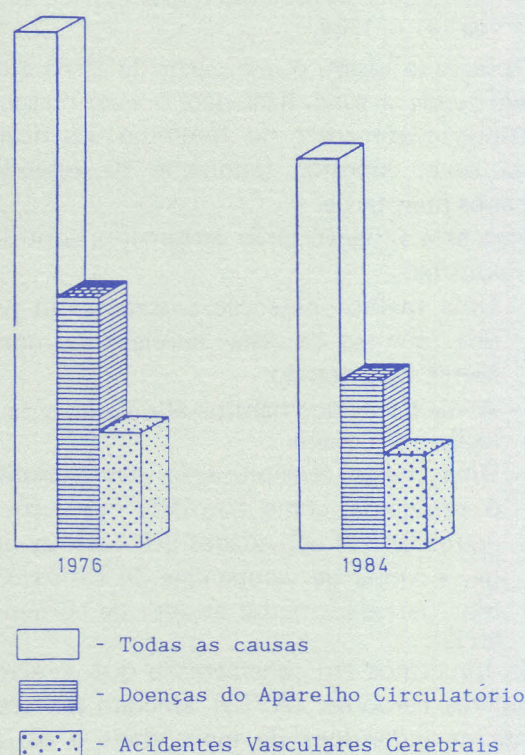


Fig. 1: Mortalidade por "Todas as Causas de Morte", "Doenças do Aparelho Circulatório" e "Acidentes Vasculares Cerebrais" em Portugal, durante os anos de 1976, e 84.

Contudo, a evolução registada na última década permite admitir que, embora ainda de forma discreta, a situação se está a modificar, conforme se constata da observação do gráfico representativo das taxas de mortalidade específicas segundo o sexo de 1910 a 1984.

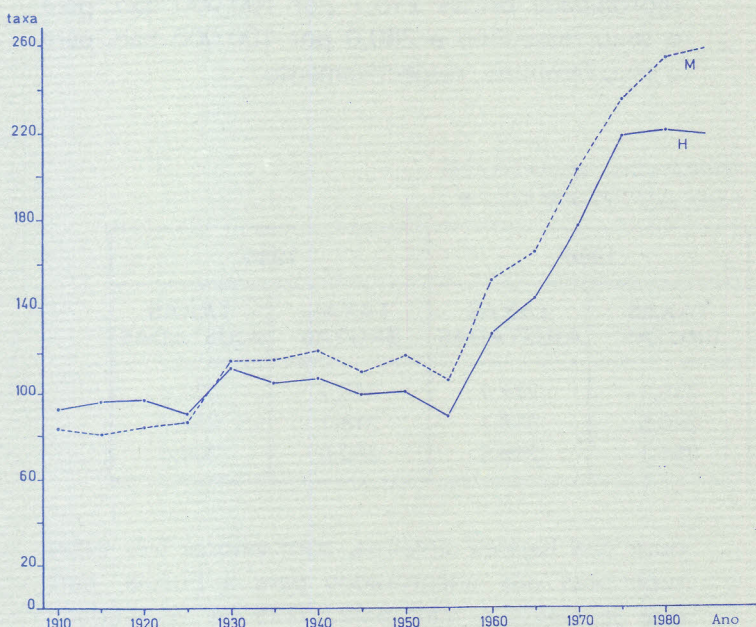


Fig. 2: Evolução das Taxas de Mortalidade por AVCs em Portugal, segundo o sexo e por 100 000 habitantes de 1910 a 1984.

Observa-se assim, que a partir de 1975 a mortalidade tende a estabilizar para o sexo masculino e continua a aumentar no feminino, verificando-se neste sexo, idêntico fenómeno de estabilização dez anos mais tarde.

Para esta situação terão certamente contribuído, entre outros:

- Uma melhor detecção e tratamento precoce dos factores de risco conhecidos, nomeadamente hipertensão.
- A melhoria dos hábitos alimentares da população portuguesa.
- Uma maior sensibilização das pessoas para o problema, como corolário das acções programadas nas actividades dos Centros de Saúde, e ainda de campanhas de vários organismos, nomeadamente através da comunicação social.

Se tomarmos em consideração que os acidentes vasculares cerebrais (AVCs) afectam preferencialmente os indivíduos de meia idade e os idosos, (população esta que tem aumentado consideravelmente nos últimos anos em Portugal) e ainda que a esperança de vida do sexo feminino é superior à do sexo masculino, será mais fácil compreender, os motivos que conduzem a tais diferenças.

Concluimos então, pela necessidade do ajustamento das taxas de mortalidade segundo a idade, com o propósito de retirar a influência que este factor possa ter sobre a análise das taxas de morte. Verificamos assim que as taxas de mortalidade ajustadas pela idade estabilizaram entre 1976 e 1980 e têm decrescido a partir de então nos dois sexos.

Este decréscimo fica a dever-se essencialmente às reduções verificadas nos seguintes grupos etários:

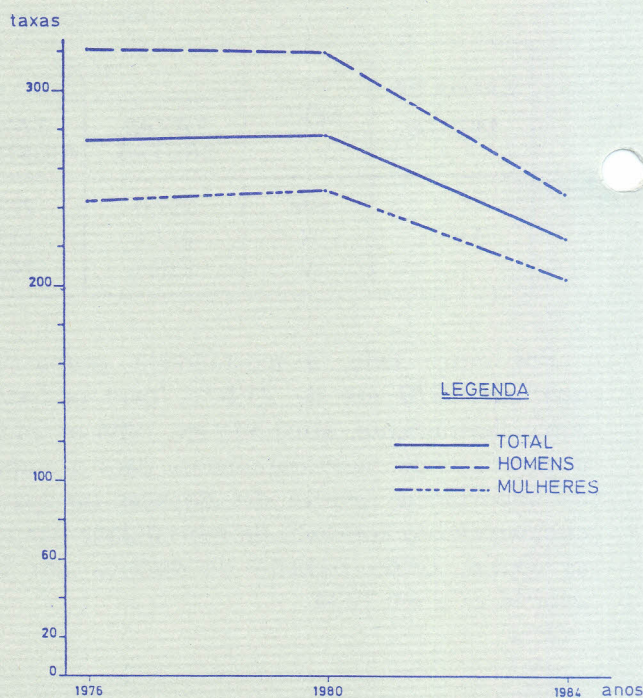


Fig. 3: Taxas de Mortalidade por Acidentes Vasculares Cerebrais, standardizadas pela idade, em: 1976, 80 e 84 (p. 100 000 hab.).

Quadro III: Redução verificada nas taxas de mortalidade ajustadas por "todas as causas" e por "AVCs", em Portugal, 1980/84 (por 100 000 habitantes)

IDADE	Mortalidade por todas as causas	AVCs	
		Redução	%
45-64	- 40,6	- 20,5	50,1
65-69	- 272,8	- 118,7	43,5
70-74	- 648,4	- 300,7	46,4
75 e +	- 2797,4	- 845,1	30,2

Da análise do quadro anterior, parece-nos importante salientar, no grupo etário dos 45 - 64 anos, a contribuição dos AVCs para a redução em 50,1 %, da mortalidade por todas as causas.

José Augusto Aleixo Dias

## POPULAÇÃO RESIDENTE EM PORTUGAL

Estimativa em 30 de Junho de 1985  
(em milhares)

Os dados reais acerca dos efectivos da população portuguesa apenas são obtidos de dez em dez anos, com a realização do Recenseamento Geral da População.

O conhecimento, ainda que aproximado da população residente, segundo o sexo a nível distrital é fundamental para quem se dedica à investigação ou ao planeamento em saúde.

É portanto com muito agrado que se regista o facto do INE ter tornado disponíveis em Junho deste ano, as estimativas da população residente, segundo os referidos critérios, relativos ao ano transacto.

Assim, apesar das reservas que uma estimativa populacional intercensitária possa merecer, nomeadamente devido a movimentos migratórios recentes, quer-nos parecer ter sido dado um passo importante no tratamento da informação demográfica em Portugal.

Saúde em Números, ao colaborar na divulgação de tais dados, propõe-se contribuir para facilitar e incentivar os estudos epidemiológicos de base populacional no nosso país.

População Portuguesa: estimativa em 30-6-85:  
(em milhares)

Distritos	Homens e Mulheres	Homens	Mulheres
Aveiro	652,0	316,1	335,9
Beja	183,0	91,4	91,6
Braga	752,0	365,4	386,6
Bragança	186,7	93,9	92,8
Castelo Branco	229,2	111,0	118,2
Coimbra	445,2	211,2	234,0
Évora	177,6	86,6	91,0
Faro	335,9	165,4	170,5
Guarda	201,4	97,4	104,0
Leiria	433,4	212,2	221,2
Lisboa	2 116,5	1 003,6	1 112,9
Portalegre	140,0	68,4	71,6
Porto	1 636,9	790,1	846,8
Santarém	460,3	222,6	237,7
Setúbal	732,6	359,0	373,6
V. Castelo	264,2	121,4	142,8
Vila Real	265,6	131,4	134,2
Viseu	427,0	207,2	219,8
Açores	251,4	124,4	127,0
Madeira	266,1	123,1	143,0
Portugal	10 157,0	4 901,8	5 255,2

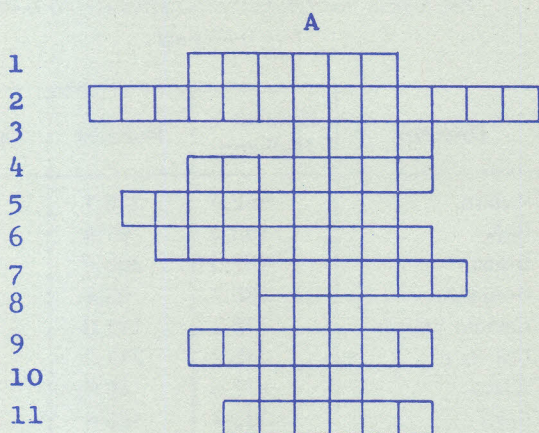
Fonte: INE

“Risco de morrer em Portugal – 1984” é uma publicação interna da Direcção-Geral dos Cuidados de Saúde Primários cujo conteúdo é constituído pelas taxas de mortalidade de algumas das principais causas de morte, por sexo e grupo etário, referentes ao ano de 1984. Estas taxas estão calculadas para Portugal, para cada um dos distritos do continente e para as regiões autónomas dos Açores e da Madeira.

São igualmente publicadas em “Risco de morrer em Portugal – 1984” as taxas de mortalidade padronizadas pela idade (método directo; população padrão europeu) para as mesmas causas de morte.

“Risco de morrer em Portugal – 1984” pode ser solicitado ao Serviço de Informação de Saúde da DGCSF pelas instituições ou técnicos interessados.

## PASSATEMPO EPIDEMIOLÓGICO



### VERTICAL

A – É importantíssimo factor de risco cardiovascular e a sua taxa de prevalência em Portugal é muito elevada.

### HORIZONTAIS

- 1 – O risco de ter cancro do testículo é zero neste grupo de indivíduos.
- 2 – Quando se aplica um teste de diagnóstico a 100 indivíduos que têm uma doença e ele dá 85 resultados positivos, diz-se que a . . . é de 0,85.
- 3 – As queimaduras solares graves parecem ser factor de risco do tumor com esta localização.
- 4 – A vacina contra esta doença é a mais recente.
- 5 – Nos ensaios clínicos, os doentes que recebem o tratamento e os que recebem o placebo devem ser escolhidos desta forma.

- 6 – Chama-se ao risco que se obtém dividindo 2 taxas de incidência.
- 7 – Embora haja grandes deficiências de notificação, a incidência do grupo de doenças que se transmite por esta via, parece estar a aumentar em muitos países.
- 8 – As taxas de incidência costumam ser referidas a este período de tempo.
- 9 – Recorre-se a ela, quando não se podem estudar todos os indivíduos.
- 10 – O "Rhipicephalus sanguineus", cuja picada transmite o agente da febre escaro-nodular, dá-se bem com ele.
- 11 – A taxa de mortalidade "todas as causas" desta região foi, em 1983, a mais elevada de Portugal, após padronização pela idade.

### PASSATEMPO EPIDEMIOLÓGICO Soluções :

- 11 – Açores  
 10 – Cão  
 9 – Amostra  
 8 – Ano  
 7 – Sexual  
 6 – Relativo  
 5 – Aleatória  
 4 – Rubéola  
 3 – Pele  
 2 – Sensibilidade  
 1 – Mulher  
 A – Hipertensão

Direcção Geral dos Cuidados de Saúde Primários  
 Serviço de Informação de Saúde  
 Alameda D. Afonso Henrique, 45  
 1056 Lisboa Codex  
 Tel.: 57 55 57  
 Telex.: 64237