

# saúde em números

VOL. 2 N.º 3

SETEMBRO - 1987

## SUMÁRIO

- 17 A DOENÇA DE HANSEN EM PORTUGAL CONTINENTAL, EM 1986
- 19 EVOLUÇÃO DA MORTALIDADE INFANTIL, NEO-NATAL E POST-NEO-NATAL, EM PORTUGAL
- 20 CIRROSE HEPÁTICA E ALIMENTAÇÃO - ANÁLISE DA MORTALIDADE EM FUNÇÃO DOS HÁBITOS ALIMENTARES

## A DOENÇA DE HANSEN EM PORTUGAL EM 1986

No ficheiro da Direcção-Geral dos Cuidados de Saúde Primários, estão registados 1976 doentes de Hansen, nascidos e residentes em Portugal Continental.

Há ainda a considerar a existência de mais de 80 doentes, oriundos doutros países, nomeadamente, Cabo Verde, Angola, Índia. . . , e que presentemente residem em Portugal.

QUADRO I - DISTRIBUIÇÃO DA D. DE HANSEN EM PORTUGAL SEGUNDO A FORMA CLÍNICA E SEXO

FORMAS CLÍNICAS	HOMENS		MULHERES		TOTAL	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%
Indeterminada (I)	77	7,1	80	9,0	157	8,0
Tuberculoide (TT)	154	14,2	135	15,2	289	14,6
D. Tuberculoide (BT)	17	1,6	15	1,7	32	1,6
D. Dimorfa (BB)	31	2,8	26	2,9	57	2,9
D. Lepromatosa (BL)	46	4,2	34	3,8	80	4,1
Lepromatosa (LL)	761	69,8	593	66,8	1354	68,4
Não classificada (NC)	2	0,2	5	0,6	7	0,4
TOTAL	1088	100,0	888	100,0	1976	100,0



DGCSP

DIRECÇÃO GERAL DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

Serviço de Informação de Saúde

Do total dos doentes referidos, 1088 (55,1 %) são homens e 883 (44,9 %) são mulheres. A idade média é elevada e situa-se à volta dos 60 anos; o doente mais novo tem 18 e o mais idoso 100 anos (figura 1).

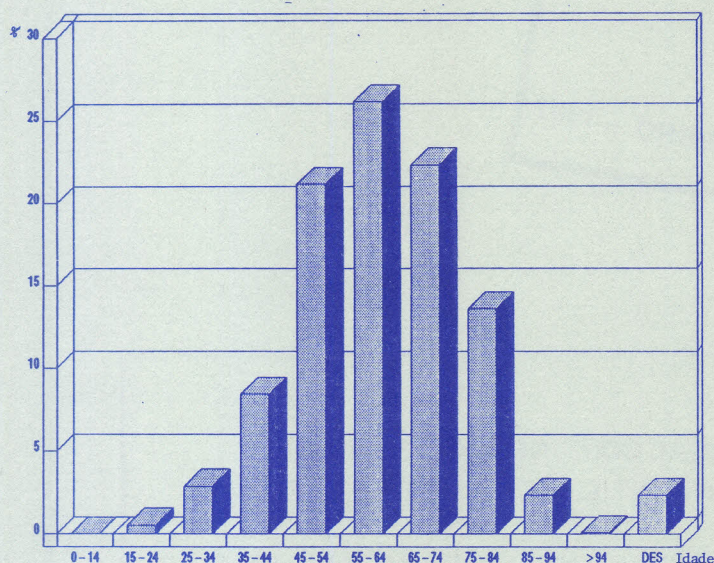


Fig. 1 - Distribuição dos doentes segundo o grupo etário.

Estão classificados como sendo formas multibaciares (BB, BL e LL), 75,4 % do total dos casos registados (quadro I, figura 2).

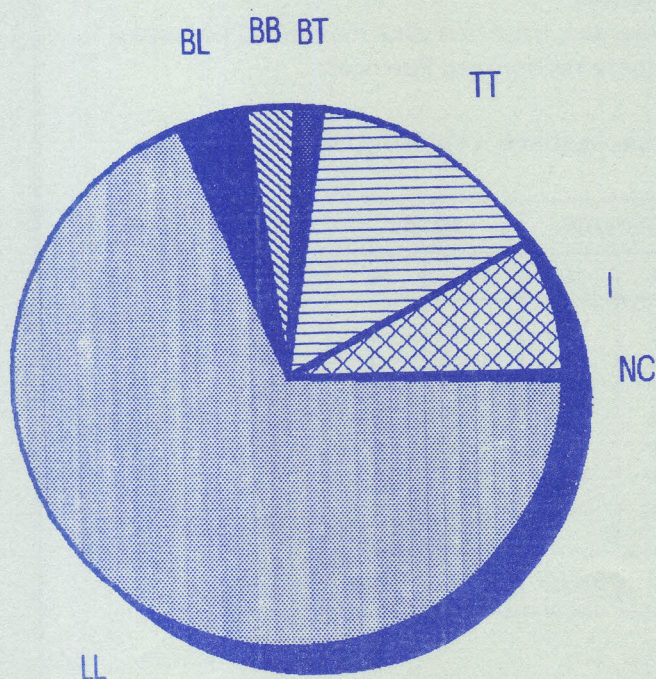


Fig. 2 - Distribuição dos doentes pelas formas clínicas.

Analisando a profissão/ocupação dos doentes, verifica-se que mais de metade dos homens são trabalhadores rurais (51,9 %), seguido de operários da construção civil (6,6 %) e de empregados do comércio (5,7 %). Nas mulheres, 74 % são domésticas, sendo as trabalhadoras rurais o grupo profissional mais atingido (18,2 %). (Quadro 2).

QUADRO II - DISTRIBUIÇÃO DOS DOENTES SEGUNDO A PROFISSÃO/OCUPAÇÃO

PROFIS./OCUPAÇÃO	HOMENS		MULHERES	
	N.º	%	N.º	%
Carpinteiro	49	4,5	—	—
Costureira e alfaiate	2	0,2	11	1,2
Doméstica	—	—	657	74,0
Empregado do comércio	62	5,7	4	0,5
Emp. Ind. alim. e hotel.	12	1,1	6	0,7
Func. serv. admin.	24	2,2	8	0,9
Motorista	36	3,3	—	—
Oper. const. civil	72	6,6	—	—
Oper. especializado	21	1,9	—	—
Sapateiro	13	1,2	—	—
Trabalhador rural	564	51,8	162	18,2
Outros	233	21,4	40	4,5
<b>TOTAL</b>	<b>1088</b>	<b>100,0</b>	<b>888</b>	<b>100,0</b>

A distribuição dos doentes pelos distritos de residência, não é uniforme. Pelo contrário há zonas mais fortemente atingidas, como é o caso de Coimbra e de Leiria, em que a prevalência por 100 000 HAB é, respectivamente, de 92,9 e 65,6.

Para o total do Continente o índice da prevalência é de 20,4/100 000. (figura 3).

Taxa/100 000

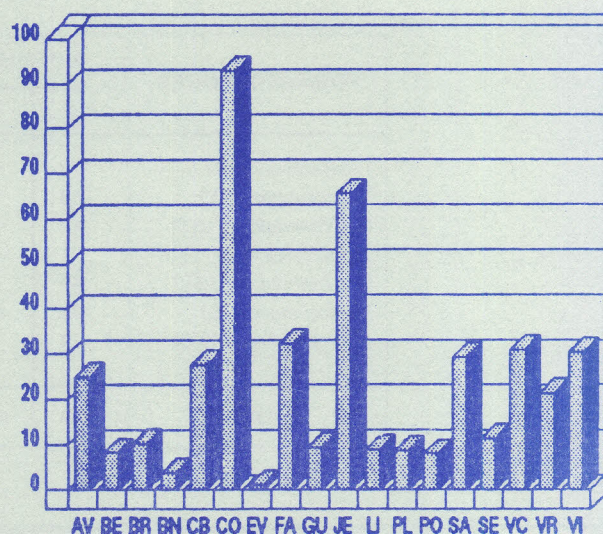


Fig. 3 - Índice de prevalência nos distritos de residência (por 100 000 HAB.)

De 1975 a 1986, registaram-se 396 novos casos da doença; as taxas de incidência variaram entre 0,57 e 0,13 por 100 000 HAB. (Quadro III).

QUADRO III – CASOS NOVOS E TAXAS DE INCIDÊNCIA DE 1975 a 1986

ANOS	CASOS NOVOS	INCIDÊNCIA POR 100 000 HAB.
1975	49	0,54
1976	52	0,57
1977	41	0,44
1978	35	0,38
1979	29	0,31
1980	31	0,33
1981	44	0,47
1982	30	0,32
1983	33	0,34
1984	13	0,13
1985	23	0,23
1986	16	0,16

A análise da taxa de incidência ao longo deste período, mostra uma nítida tendência decrescente. (figura 4).

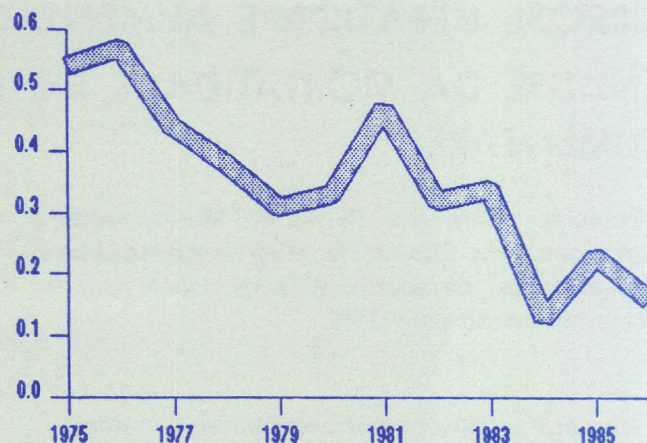


Fig. 4 – Doenças de Hansen em Portugal  
Evolução das taxas de incidência anuais de 1975 a 1986.

É de considerar, pois, a endemia em regressão no nosso país, dada a tendência decrescente da taxa de incidência e a elevada idade média dos doentes.

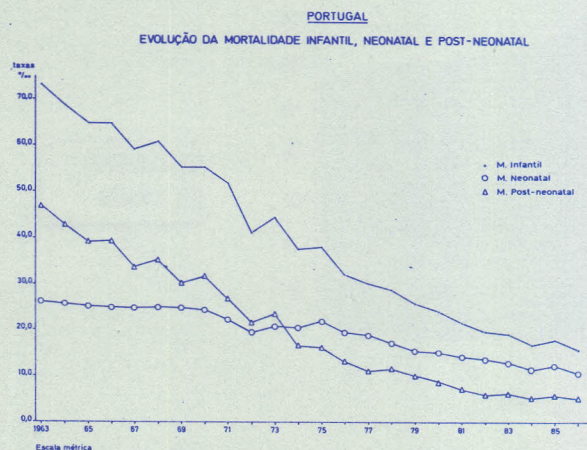
Maria de Fátima Costa Pereira

Nota: o desenvolvimento gráfico foi efectuado com o apoio do Núcleo de Apoio à Informática.

## EVOLUÇÃO DA MORTALIDADE INFANTIL, NEONATAL E POST-NEONATAL

### TAXAS DE MORTALIDADE INFANTIL (/1000 NV)

1963	73,1	1971	49,8	1979	26,0
1964	69,0	1972	41,4	1980	24,3
1965	64,9	1973	44,8	1981	21,8
1966	64,7	1974	37,9	1982	19,8
1967	59,2	1975	38,9	1983	19,3
1968	61,1	1976	33,4	1984	16,7
1969	55,8	1977	30,3	1985	17,8
1970	58,0	1978	29,1	1986	15,9



# CIRROSE HEPÁTICA E ALIMENTAÇÃO

## ANÁLISE DA MORTALIDADE EM FUNÇÃO DOS HÁBITOS ALIMENTARES

Portugal é um dos Países do Mundo onde a mortalidade por Cirrose Hepática apresenta valores mais elevados, de acordo com os dados mais recentes fornecidos pela OMS.

QUADRO I: TAXAS DE MORTALIDADE POR CIRROSE HEPÁTICA PADRONIZADAS PELA IDADE

PAÍS	H	M	TOTAL	
CHILE	82	77,8	25,5	49,8
HUNGRIA	85	66,1	22,8	42,3
ROMÉNIA	84	49,9	25,2	36,6
ITÁLIA	81	49,5	16,8	31,5
PORTUGAL	85	50,0	15,8	31,1
FRANÇA	84	38,1	13,6	24,7
ESPAÑA	80	38,0	12,7	24,2
SUÉCIA	84	10,4	4,3	7,2
FINLÂNDIA	84	10,0	3,9	6,7

FONTE: World Health Statistics 1986

Entre nós morreram em 1985, 31 em cada 100 000 indivíduos por esta patologia, enquanto que cerca de 50 no Chile e apenas 7 na Finlândia.

Esta situação tem contudo vindo a modificar-se, verificando-se nos últimos 10 anos um decréscimo acentuado no sexo masculino como se pode ver na Fig. 1.

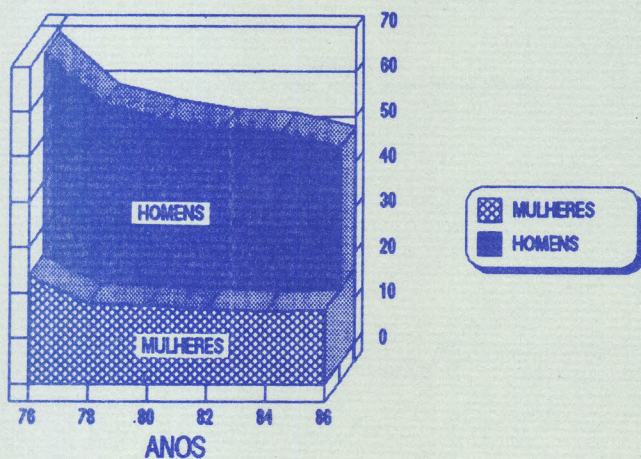


Fig. 1 — Evolução das Taxas de Mortalidade por Cirrose Hepática padronizadas pela idade, em Portugal de 1976 a 1986. (/100 000 hab.).

Esta tendência já se manifestava aliás há mais tempo, como se prova pela análise da evolução da mortalidade por esta causa nos últimos 20 anos, segundo os diversos grupos etários.

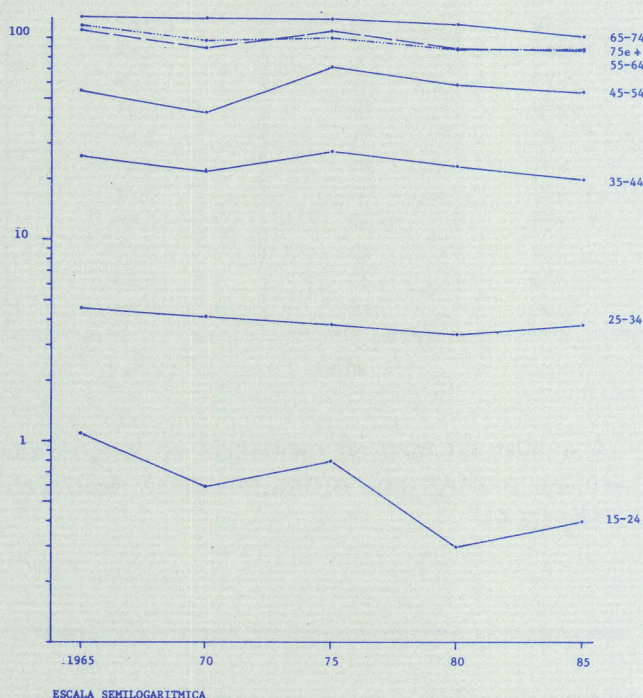


Fig. 2 — Evolução das Taxas de Mortalidade por Doença Crónica do Fígado e Cirrose Hepática (CID-9:347) segundo o grupo etário. 1965-1985.

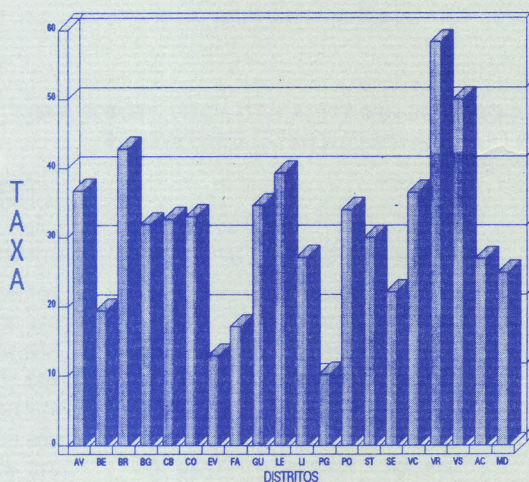
Verifica-se assim que de uma forma geral a mortalidade tem vindo a decrescer em todos os grupos etários, tendo apenas subido ligeiramente no de 25 a 34 anos nos últimos 5 anos, já que as flutuações encontradas no de 15 a 24 anos são perfeitamente compreensíveis, dada a sua pequena expressividade numérica.

A distribuição da mortalidade a nível de Distrito, mostra que na globalidade, são sobretudo os distritos de Vila Real, Viseu, Braga e Leiria que

**QUADRO II – TAXAS DE MORTALIDADE (100 000 HAB.)  
POR DOENÇA CRÓNICA DO FÍGADO E CIRROSE  
PADRONIZADAS PELA IDADE, SEGUNDO O  
SEXO NOS DISTRITOS DO CONTINENTE  
E NAS REGIÕES AUTÓNOMAS 1985**  
(método directo: população padrão europeia)

REGIÕES	TOTAL	HOMENS	MULHERES
PORTUG.	31.05	49.98	15.73
AVEIRO	36.79	54.98	21.89
BEJA	19.38	39.53	0.68
BRAGA	42.85	51.95	35.79
BRAGANC.	31.91	53.73	12.30
CASTBR.	32.68	60.78	9.69
COIMBR.	33.05	52.98	17.64
ÉVORA	12.89	22.58	4.41
FARO	17.11	26.79	8.07
GUARDA	34.65	60.40	13.29
LEIRIA	39.37	60.68	20.93
LISBOA	27.11	47.75	11.35
PORTAL.	10.20	18.36	3.22
PORTO	34.05	50.28	22.04
SANTAR.	30.00	60.36	4.53
SETÚBAL	22.15	38.82	8.08
VIANA	36.55	58.77	20.75
VILAR R.	58.34	87.45	34.39
UISEU	50.05	75.25	29.55
AÇORES	26.94	41.84	12.67
MADEIRA	24.96	50.27	6.21

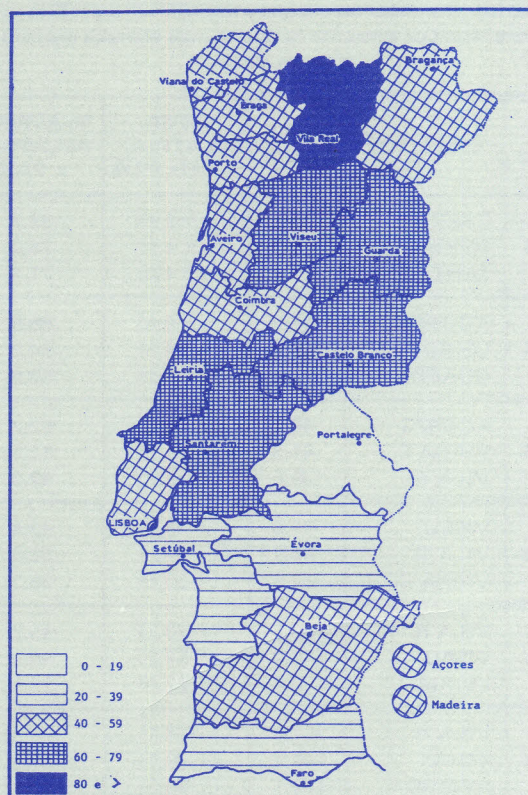
apresentam os valores mais elevados, sendo os Distritos de Portalegre, Évora, Faro e Beja aqueles que apresentaram valores mais baixos (fig. 3).



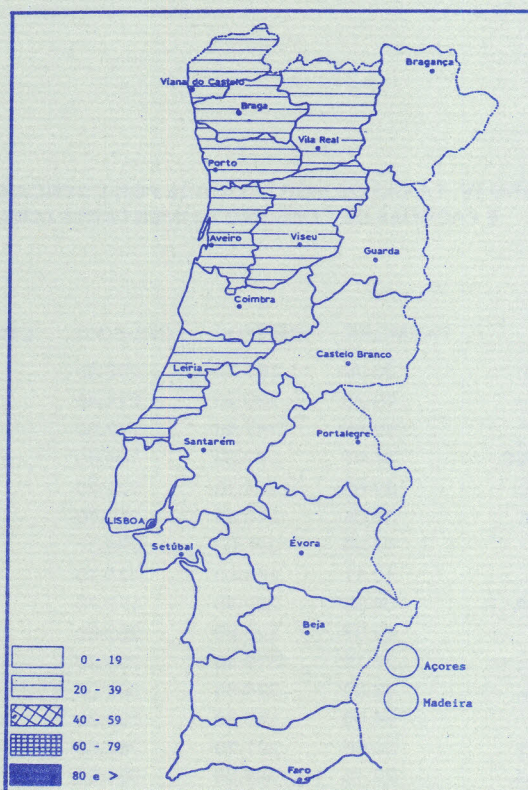
**Fig. 3 – Distribuição das Taxas de Mortalidade (/100 000 hab.) padronizadas pela idade nos Distritos do Continente e Regiões Autónomas – 1985.**

A incidência de mortalidade no sexo masculino foi sempre superior à do sexo feminino, havendo distritos como Beja, em que a razão "M/F" é 58.

Braga é o distrito que apresenta uma razão "M/F" mais pequena, com apenas 1,5.



**Fig. 4 – Taxas de Mortalidade (100 000 HAB.) por Doença Crónica do Fígado e Cirrose Hepática (CID-9:347), padronizadas pela idade – 1985 – Sexo Masculino.**



**Fig. 5 – Taxas de Mortalidade (100 000 HAB.) por Doença Crónica do Fígado e Cirrose Hepática (CID-9:347), padronizadas pela idade – 1985 – Sexo Feminino.**

QUADRO III — Distritos em que a mortalidade específica por Cirrose Hepática apresenta os valores mais elevados segundo o grupo etário.

GRUP. ETÁR.	DISTRITOS	TAXA ESPECÍF.	DIFER. RELATIVA/ À MED. PAÍS	% ACRÉSC. RELATIVA/ x PAÍS
15-24	CAST. B.	2,8	(+ 2,4)	85,7
	AVEIRO	1,6	(+ 1,2)	75,0
	SANTARÉM	1,4	(+ 1,0)	71,4
25-34	AÇORES	12,2	(+ 8,4)	68,9
	LEIRIA	8,3	(+ 4,5)	54,2
	GUARDA	8,0	(+ 4,2)	52,5
35-44	AÇORES	46,7	(+ 26,7)	57,2
	VIANA C.	41,3	(+ 21,3)	51,6
	VILA R.	39,6	(+ 19,6)	49,5
45-54	VISEU	91,0	(+ 36,8)	40,4
	VILA R.	88,2	(+ 34,0)	38,6
	VIANA C.	87,8	(+ 33,6)	38,3
55-64	VILA R.	156,5	(+ 70,7)	45,2
	VISEU	143,0	(+ 57,2)	40,0
	LEIRIA	113,6	(+ 27,8)	24,5
65-74	VILA R.	257,9	(+ 156,1)	60,5
	VISEU	140,9	(+ 39,1)	27,8
	AVEIRO	132,1	(+ 30,3)	22,9
75e	VISEU	143,2	(+ 56,8)	39,7
	BRAGA	133,1	(+ 47,6)	35,8
	PORTO	120,8	(+ 34,4)	28,5

No grupo etário dos 15 aos 24 anos, Castelo Branco, Aveiro e Santarém apresentaram em 1985 os maiores diferenciais relativamente ao valor médio do País.

Dos 25 aos 44 anos, os Açores ocuparam sempre a primeira posição e a partir desta idade, foram sobretudo os distritos de Viseu e Vila Real com percentagens de acréscimo de 40 % a 60 % relativamente à média nacional, os detentores das posições cimeiras.

Apontadas que são as relações entre a ocorrência da Cirrose Hepática e determinados factores de risco, nomeadamente a ingestão de bebidas alcoólicas e um deficiente aporte nutricional, estudámos a partir de dados do Inquérito Alimentar publicados pelo Centro de Estudos de Nutrição do INSA (1), as eventuais associações entre os padrões alimentares referidos nos distritos e a ocorrência de mortalidade por Cirrose Hepática. Restringimos a nossa análise apenas ao território do continente, já que não nos foi possível obter informação relativamente às regiões autónomas dos Açores e da Madeira no que se refere aos padrões alimentares apontados anteriormente.

QUADRO IV: TAXAS DE MORTALIDADE POR DOENÇA CRÓNICA DO FÍGADO E CIRROSE HEPÁTICA (CID-9:347) (100 000 HAB.) E PADRÕES DE CONSUMO ALIMENTARES (GRAMAS POR PESSOA POR DIA) NOS DISTRITOS DO CONTINENTE

	TAXMORT	GRUPO I	GRUPO II	GRUPO III	GRUPO IV	GRUPO V	TOTAL	GP: I + II	I + II + III
AVEIRO	36.79	191.10	298.60	55.10	338.70	736.40	1620.00	489.70	544.80
BEJA	19.38	335.40	224.40	57.10	375.60	513.40	1506.00	559.80	616.90
BRAGA	42.85	147.40	172.50	26.50	399.80	537.20	1283.00	319.90	346.40
BRAGANC.	31.91	127.80	184.40	91.50	616.10	608.60	1628.00	312.20	403.70
CASTBR.	32.68	214.10	231.90	37.60	307.30	826.10	1617.00	446.00	483.60
COIMBR.	33.05	213.90	212.70	42.30	309.20	842.60	1621.00	426.60	468.90
ÉVORA	12.89	321.00	239.30	52.10	274.50	508.30	1395.00	560.30	612.40
FARO	17.11	184.50	324.10	34.80	335.80	669.00	1548.00	508.60	543.40
GUARDA	34.65	230.40	170.70	61.00	366.90	769.00	1598.00	401.10	462.10
LEIRIA	39.37	226.80	253.90	50.50	349.10	800.90	1681.00	480.70	531.20
LISBOA	27.11	319.40	299.80	44.90	319.00	770.40	1754.00	619.20	664.10
PORTAL.	10.20	374.60	302.00	56.80	347.00	709.00	1790.00	676.60	733.40
PORTO	34.05	193.90	223.70	39.00	394.70	590.40	1442.00	417.60	456.60
SANTAR.	30.00	291.70	268.60	40.80	362.50	792.40	1756.00	560.30	601.10
SETÚBAL	22.15	331.80	304.80	71.20	343.90	776.60	1828.00	636.60	707.80
VIANA	36.55	188.30	203.80	31.70	396.10	498.70	1319.00	392.10	423.80
VILA R.	58.34	120.90	226.50	41.50	520.60	757.00	1667.00	347.40	388.90
VISEU	58.34	120.90	226.50	41.50	520.60	757.00	1667.00	347.40	388.90

O cruzamento desta informação permitiu obter a seguinte matriz de correlação:

QUADRO V: MATRIZ DE CORRELAÇÃO ENTRE A MORTALIDADE POR CIRROSE HEPÁTICA E O CONSUMO DOS VÁRIOS GRUPOS DE ALIMENTOS

	TAXMORT	GRUPO I	GRUPO II	GRUPO III	GRUPO IV	GRUPO V	TOTAL	GP: I + II	I + II + III
TAXMORT	1.00000								
GRUPO I	-.78651	1.00000							
GRUPO II	-.45505	.48549	1.00000						
GRUPO III	-.28332	.21517	.00841	1.00000					
GRUPO IV	.57636	-.64234	-.43651	.32729	1.00000				
GRUPO V	.24331	.01256	.32057	.04243	-.14125	1.00000			
TOTAL	-.06768	.33905	.55811	.42867	.01818	.78984	1.00000		
GP: I + II	-.76123	.92827	.77581	.15888	-.64930	.14544	.48213	1.00000	
I + II + III	-.77634	.92914	.75346	.28869	-.58559	.14675	.52525	.99113	1.00000
	99.99900	99.99900	99.99900	99.99900	99.99900	99.99900	99.99900	99.99900	99.99900

Sendo de realçar as correlações negativas encontradas entre a Taxa de Mortalidade por esta patologia e os seguintes alimentos:

- a) do grupo I: 0,79
- b) do grupo I + II: 0,76
- c) dos grupos I + II + III: 0,78

Parece inferir-se que a taxa aumenta nos distritos onde o consumo de leite, carne, peixe, ovos e gorduras é inferior, constituindo-se o leite e derivados como um bom preditor do consumo de carne e peixe.

QUADRO VI: Grupos de Alimentos

GRUPO DE ALIMENTOS	ALIMENTOS
GRUPO I	LEITE, YOGURTE E QUEIJO
GRUPO II	CARNE, PEIXE E OVOS
GRUPO III	MANTEIGA, MARGARINA, BANHA, TOUCINHO, AZEITE E ÓLEO
GRUPO IV	ARROZ, PÃO, FARINHA, MASSAS, BOLACHAS, AÇÚCAR, LEG. SECOS, CHOCOLATE E MEL
GRUPO V	PRODUTOS HORTÍCOLAS E FRUTA

O consumo de vinho, apresenta uma correlação de + 0,86 o que é altamente significativo, e o de

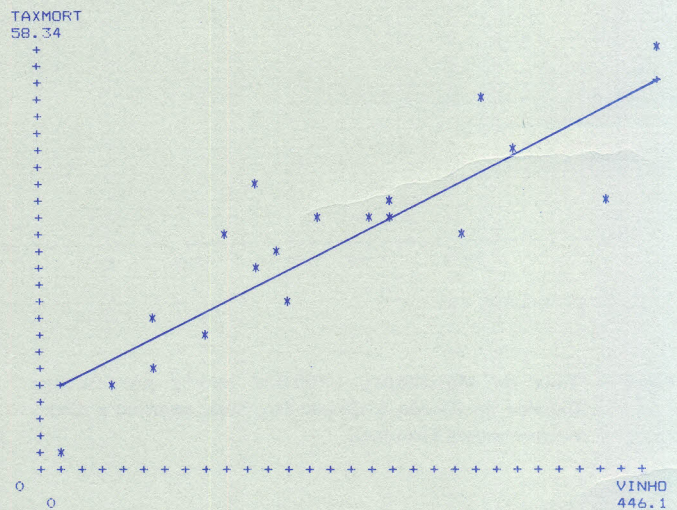


Fig. 6 - Diagrama de dispersão: Taxa de Mortalidade por Cirrose Hepática/Consumo de vinho nos Distritos.

batata é + 0,77, o que pode traduzir uma substituição da ingesta proteica por hidratos de carbono, mais acessíveis e menos onerosos.

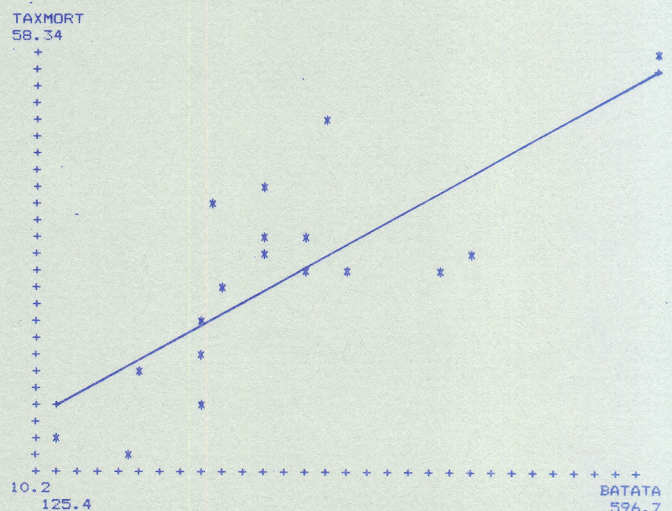


Fig. 7 - Diagrama de dispersão: Taxa de Mortalidade por Cirrose Hepática/Consumo de batata nos Distritos.

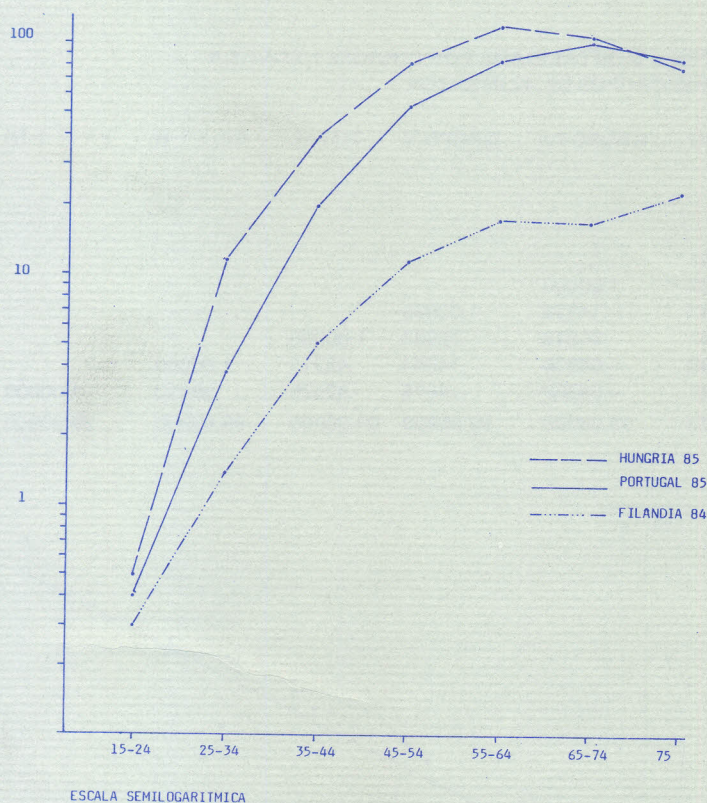


Fig. 8 — Taxa de Mortalidade (/100 000 habit.) por Doença Crónica do Fígado e Cirrose Hepática, segundo a idade, nalguns países Europeus.

A mortalidade por Cirrose Hepática é, como já se referiu, muito elevada entre nós, o que associado ao posicionamento relativo de Portugal face aos países europeus que apresentaram os valores mais elevados (Hungria) e mais baixos (Finlândia), nos deve fazer reflectir sobre o muito que na matéria pode ainda ser feito.

José Aleixo Dias

Com a Colaboração no Tratamento Gráfico  
De: Rosa Maria Peças e  
Helena Castro Lopes

#### BIBLIOGRAFIA

1. *Inquérito Alimentar Nacional — Revista do Centro de Estudos de Nutrição N.º 4; Vol. 9; Out.-Dez. 85.*
2. *World Health Organization. World Health Statistics. Geneve: WHO—1986.*

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.: 64237