

saúde em números

DEZEMBRO - 1987

VOL. 2 N.º 4

SUMÁRIO

- 25 MORTALIDADE POR INTOXICAÇÕES ACIDENTAIS EM CRIANÇAS:
DIFERENÇAS REGIONAIS EM PORTUGAL
- 28 COMPORTAMENTO GEOGRÁFICO DA MORTALIDADE POR ALGUNS
TUMORES MALIGNOS DO APARELHO DIGESTIVO
- 31 TÉTANO NEONATAL
- 32 POPULAÇÃO RESIDENTE EM PORTUGAL
- ESTIMATIVA EM 30/6/1986

MORTALIDADE POR INTOXICAÇÕES ACIDENTAIS EM CRIANÇAS: DIFERENÇAS REGIONAIS EM PORTUGAL

As taxas de mortalidade por intoxicações acidentais em crianças com menos de 10 anos têm sido consistentemente muito mais elevadas em Portugal do que nos outros países europeus (1).

Embora o número absoluto de óbitos ocorridos anualmente não atinja valores muito impressionantes (variando entre um máximo de 44 óbitos em 1979 e um mínimo de 10 óbitos em 1985), o problema tem despertado considerável atenção.

É actualmente bem conhecido que:

1. O risco de morrer por intoxicação acidental é maior nos rapazes do que nas raparigas.
2. O grupo etário 1-4 anos tem o risco mais elevado, que afecta especialmente a idade 2 anos.

3. Os medicamentos constituem o grupo de tóxicos mais frequentemente responsável pelas intoxicações. No entanto, são os pesticidas que se caracterizam por uma mais elevada taxa de letalidade.

Diferenças regionais

Como muitas outras doenças e acidentes, era presumível que a distribuição da mortalidade por intoxicações acidentais no grupo etário 0-9 anos tivesse assimetrias regionais importantes. Dado o pequeno número de óbitos que ocorreram anualmente em cada um dos distritos de Portugal, qualquer análise das diferenças das taxas de mortalidade entre os distritos torna necessária a agregação



dos dados referentes a vários anos. O quadro I refere-se ao período 1976-1985. As taxas de mortalidade foram calculadas utilizando como denominadores o décuplo das populações de 0-9 anos determinadas pelo Censo de 1981 (2), assumindo que tais valores representam a melhor estimativa das populações em risco no período 1976-1985.

A distribuição das taxas de mortalidade é muito assimétrica através das várias regiões. As mais elevadas estão concentradas nos distritos do norte-interior, enquanto as mais baixas se distribuem pelos distritos litorais, incluindo os de Lisboa e Porto.

Três distritos tiveram, no período atrás referido,

QUADRO I – Taxas de mortalidade (/100 000) por intoxicações acidentais em crianças de 0-9 anos, por distrito e região autónoma, no período 1976-1985

	N.º de óbitos	Taxa* de mort.	N.º de** óbitos esperados	O/E	p***
AÇORES	10	2.0	9.7	1.0	NS
AVEIRO	23	2.1	22.2	1.0	NS
BEJA	3	1.2	5.1	0.6	NS
BRAGA	23	1.5	29.5	0.8	NS
BRAGANÇA	17	5.8	5.8	2.9	<0.001
C. BRANCO	11	3.6	6.0	1.8	NS
COIMBRA	10	1.5	13.1	0.8	NS
ÉVORA	6	2.4	4.9	1.2	NS
FARO	12	2.6	9.1	1.3	NS
GUARDA	12	4.1	5.8	2.1	<0.05
LEIRIA	15	2.2	13.3	1.1	NS
LISBOA	49	1.5	63.7	0.8	NS
MADEIRA	19	3.8	9.9	1.9	NS
PORTALEGRE	6	3.3	3.6	1.8	NS
PORTO	21	0.7	57.0	0.4	<0.001
SANTARÉM	16	2.5	12.9	1.2	NS
SETÚBAL	25	2.2	22.4	1.1	NS
VIANA CASTELO	6	1.3	8.8	0.7	NS
V. REAL	30	6.3	9.5	3.2	<0.001
UIXEU	12	1.6	14.9	0.8	NS
PORTUGAL	327	2.0			

Fonte: INE-Lisboa – "Estatísticas da Saúde"

*As taxas foram calculadas usando os dados do Censo de 1981 como estimativa da população média anual em risco, no período 1976-1985.

**O número de óbitos esperados foi calculado para a hipótese nula: taxa de cada distrito = taxa de Portugal.

***Assume-se que as taxas distritais seguem uma distribuição de Poisson com média igual à taxa de Portugal. A significância foi testada através de tabelas da distribuição de Poisson.

taxas de mortalidade muito elevadas, alcançando os seus valores significância estatística quando comparados com o valor de Portugal (Guarda ao nível convencional de $p < 0.05$, Bragança e Vila

Real ao nível altamente significativo de $p < 0.001$).

O distrito do Porto caracterizou-se por uma taxa de mortalidade excepcionalmente baixa ($p < 0.001$).

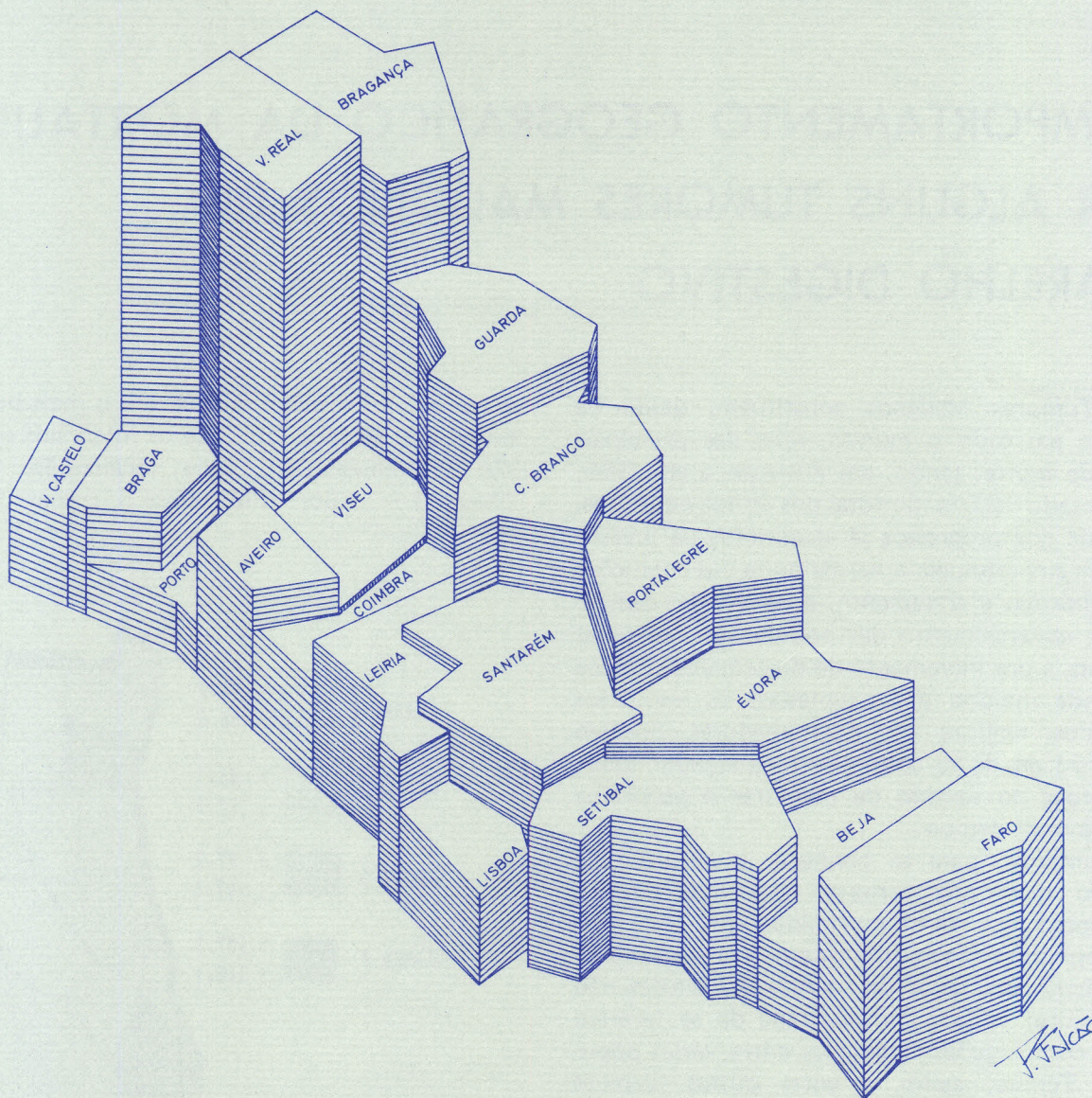


Fig. 1 — Taxas de mortalidade por intoxicações acidentais em crianças de 0-9 anos, no período 1976-1985, por distrito. (a altura dos prismas é proporcional ao valor da taxa de mortalidade).

Um certo número de vieses podem ter exercido influência nas diferenças verificadas entre os distritos. Incorrecta declaração do local de residência e diferenças nos critérios de diagnóstico utilizados são alguns desses vieses potenciais.

No entanto, é improvável que o efeito de tais vieses possa explicar diferenças tão profundas.

As crianças residentes nos distritos do nordeste do país enfrentam, pois, um risco de morrer por intoxicações acidentais muito superior ao das crianças dos outros distritos. De acordo com estes dados tal risco é, no distrito de Vila Real, cerca de 3 vezes superior à média nacional e cerca de 9 vezes superior ao do distrito do Porto (que tem a taxa mais baixa).

Uma mais elevada taxa de incidência, exposição mais frequente a produtos tóxicos mais letais e

maior dificuldade de acesso aos serviços de urgência, constituem três dos motivos que, muito provavelmente combinados, determinam taxas de mortalidade tão elevadas. Afigura-se importante estudar com detalhe o papel desempenhado por cada uma destas determinantes de modo a que os esforços de prevenção possam ser adequadamente intensificados.

REFERÊNCIAS:

1. Falcão JM et al — Análise epidemiológica das intoxicações acidentais na infância. *Jornal do Médico* 1985 CXVIII (2132):491-502.
2. INE — Censo de 1981.

José Marinho Falcão

COMPORTAMENTO GEOGRÁFICO DA MORTALIDADE POR ALGUNS TUMORES MALIGNOS DO APARELHO DIGESTIVO

Os Tumores Malignos constituem, desde há muito e em todo o mundo, uma das principais causas de morte, tendo, em Portugal, e em 1985, representado 16.5 % do total dos óbitos ocorridos.

Apesar dos progressos já alcançados na investigação da sua etiologia e na melhoria das condições de diagnóstico e tratamento, e apesar das campanhas de esclarecimento das populações, realizadas com vista a um incremento do diagnóstico precoce da grande maioria das neoplasias, os resultados alcançados, embora não desanimadores, revelam a necessidade de se continuarem a envidar todos os esforços no sentido de melhorar o panorama sanitário neste campo.

No entanto, para se conhecer a natureza de actuação prioritária torna-se necessário estar a par do peso regional da mortalidade por cada uma das neoplasias, informação essa para a qual o simples cálculo das taxas de mortalidade brutas não é suficiente, dada a incapacidade de se levarem a cabo comparações fidedignas entre várias populações. Têm-se, assim, e entre outras técnicas epidemiológicas, usado o ajustamento segundo a idade, das taxas de mortalidade.

Calculámos as R.P.M. (Razões Padronizadas de Mortalidade) (10 grupos etários) para o total de Tumores Malignos (CID-9:08-14), Tumor Maligno do Estômago (CID-9:091), Tumor Maligno de Cólon (CID-9:093), Tumor Maligno do Recto, Junção Rectossigmoideia e Ânus (CID-9:094), localizações em que o número de óbitos permite que os valores encontrados sejam pouco sensíveis a variações aleatórias. Pelo mesmo motivo, o número de óbitos observados foi calculado pela média dos óbitos ocorridos em 1983, 1984 e 1985.

Como denominadores para o cálculo das taxas de mortalidade específicas foram utilizadas as estimativas da população residente em 30 de Junho de 1984.

Para facilitar a apreciação global dos resultados obtidos, procedeu-se, para cada localização, à sua divisão em classes, dividindo-se por 4 a amplitude

entre o valor distrital mais alto e o mais baixo; de notar, por conseguinte, que os intervalos de classe são diferentes para cada localização tumoral (classe 4 -- maior RPM; classe 1 -- menor RPM).

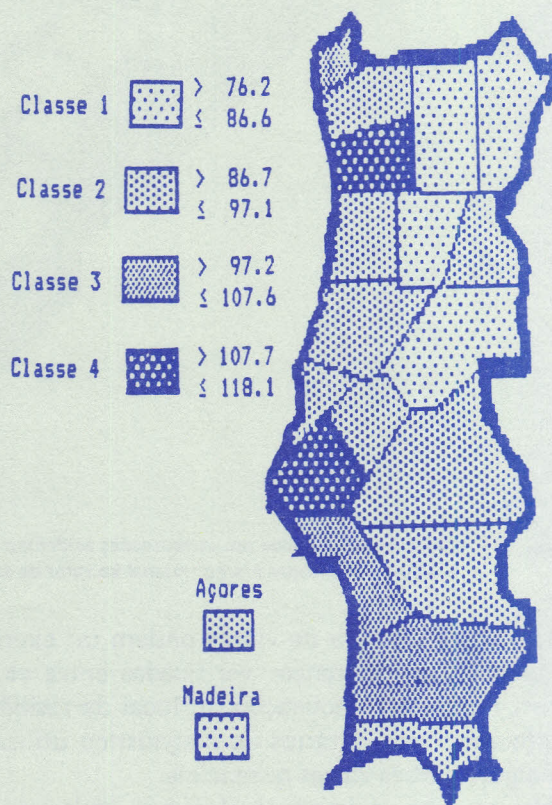


Fig. 1 — Distribuição em classes das RPM distritais por Tumores Malignos (total).

Pela análise da figura 1, e para o total de Tumores Malignos, verifica-se que os distritos de Lisboa e Porto são aqueles que possuem maior RPM, sendo curioso notar que alguns dos distritos menos desenvolvidos (principalmente interior norte) se encontram na classe com menor RPM.

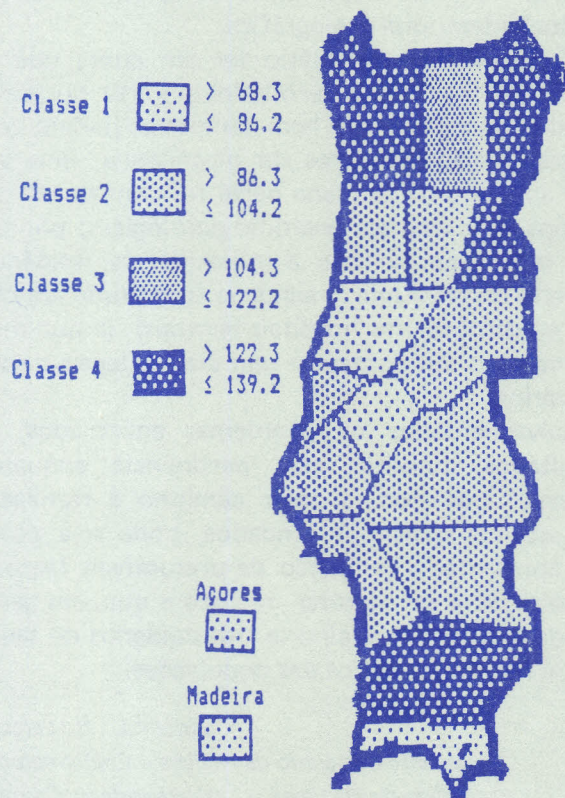


Fig. 2 — Distribuição em classes das RPM distritais por Tumor Maligno do Estômago.

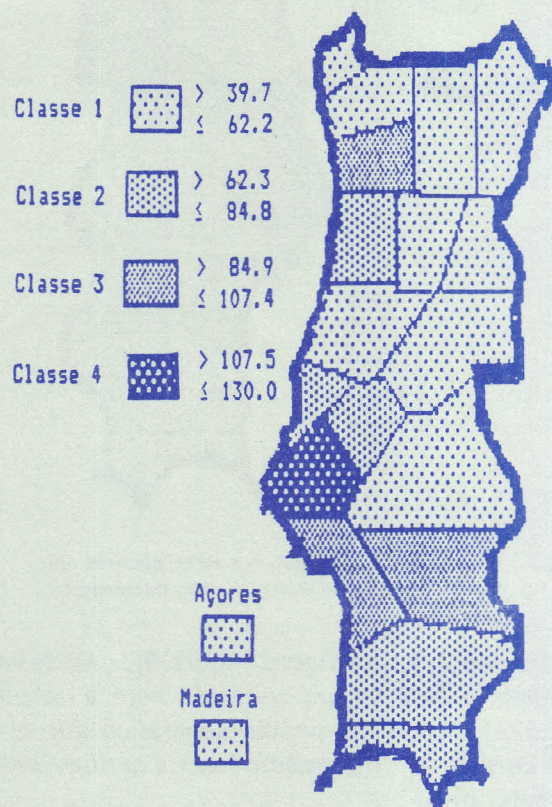


Fig. 3 — Distribuição em classes das RPM distritais por Tumor Maligno do Cólon.

O Tumor Maligno do Estômago (figura 2) é talvez a neoplasia que mais nos preocupa neste momento, já que, para além do seu alto valor, a taxa de mortalidade dele decorrente não está a acompanhar a tendência decrescente que se verifica noutros países. Descrito como uma neoplasia em cuja etiologia o factor alimentar é bastante importante, possui uma "mancha" bastante pronunciada nas zonas do norte e interior norte, zonas cujos hábitos alimentares têm bastantes semelhanças e cuja caracterização merece um estudo mais aturado.

Em contraste, o Tumor Maligno do Cólon (figura 3) tem o seu pico no distrito de Lisboa e em zonas que se poderão considerar mais desenvolvidas. É interessante notar que a distribuição destas duas neoplasias (estômago e cólon) segue uma tendência em geral de sinal contrário. Também aqui o factor alimentar poderá ter a sua importância, não sendo no entanto o único, pelo que deverão ser tomados em consideração outros factores que não exclusivamente o referido (o que é sobreponível para todos os tumores que estamos a analisar).

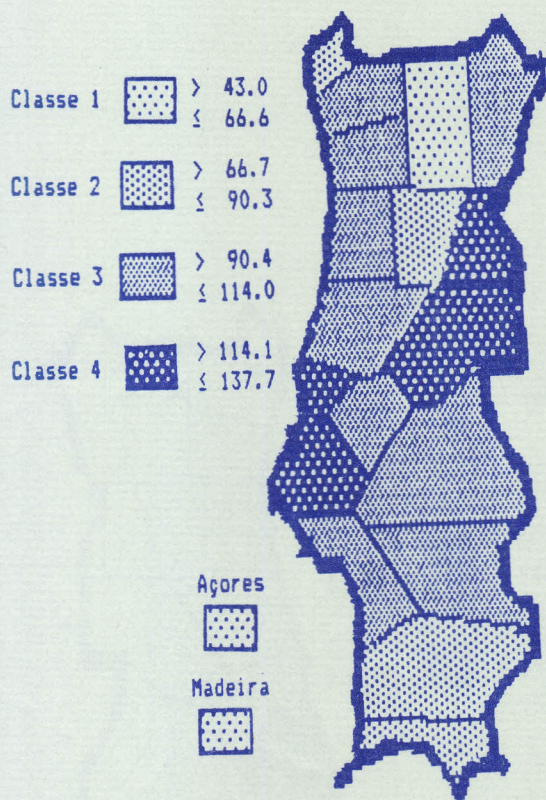


Fig. 4 — Distribuição em classes das RPM distritais por Tumor Maligno do Recto, Junção Rectossigmoidia e Anus.

Já a neoplasia do Recto (figura 4), muitas vezes estudada e descrita em conjunto com a neoplasia do cólon, possui um padrão geográfico que se poderá considerar "intermédio" entre as duas neoplasias anteriores.

Os padrões de comportamento aqui sumariamente descritos deverão ser entendidos no sentido de permitirem comparações entre regiões, não constituindo, por si só, factores explicativos para a etiologia das várias neoplasias em causa. Os factores referidos são apenas os mais frequentemente citados como possíveis factores etiológicos.

A interpretação destes padrões deverá ser cuidadosa, havendo necessidade de se analisar a sua evolução temporal e geográfica.

É igualmente necessário ter em conta que os dados analisados são recolhidos a partir dos certificados de óbito, que nem sempre se podem considerar isentos de erros de diagnóstico, uma vez que apenas uma pequena parte foi confirmada por autópsias e análises anatómo-patológicas; por outro lado, nem sempre a indicação de residência aí feita corresponde à realidade (sobretudo em óbitos verificados nos hospitais centrais), já que muitas vezes o seu conteúdo tem efeitos legais e sociais vários.

Salvaguardados os problemas enunciados, os resultados descritos têm pertinência enquanto "pistas" que podem abrir caminho à realização de estudos mais aprofundados, onde seja possível apresentar a definição de presumíveis factores etiológicos e de factores de risco e que, em geral, conduzam a uma melhoria dos cuidados de saúde preventivos e curativos das populações.

Victor L. Rodrigues

*(Assistente-Estagário de Higiene e Epidemiologia)
Faculdade de Medicina — Universidade de Coimbra*

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

TÉTANO NEONATAL

O tétano neonatal é, por definição, todo o tétano adquirido durante o período neonatal, isto é, nos primeiros 28 dias de vida.

Situação relativamente frequente há alguma década praticamente desapareceu em todos os países desenvolvidos. Uma assistência adequada no parto, e à criança recém-nascida, aliada à protecção conferida à criança através da mãe correctamente imunizada, são factores fundamentais para a prevenção destas situações.

Mesmo que as condições sócio-económicas e culturais das comunidades sejam de molde a favorecer o aparecimento do tétano neonatal, a imunização das mães contra o tétano, é condição suficiente para proteger as crianças durante as primeiras semanas, evitando-se assim, estes casos.

Portugal é dos raros países europeus aonde se verificam, ainda, casos de tétano neonatal.

Na década de oitenta, segundo informações colhidas pela OMS/EURO, os casos de tétano neonatal em alguns países da Europa, foram os seguintes:

TÉTANO – NEONATAL – casos notificados

PAÍSES	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986
ÁUSTRIA	?	?	0	0	0	0	
BÉLGICA	?	0	?	0	0	0	
BULGÁRIA	?	?	?	0	0	0	
CHECOSLOV.	?	?	?	0	0	0	
DINAMARCA	0	0	0	0	0	0	
FRANÇA	?	?	?	?	0	0	
REP. D. ALEMÃ	0	0	0	0	0	0	
GRÉCIA	0	0	0	0	2	0	
HUNGRIA	0	0	0	0	0	0	
ISRAEL	0	1	2	1	0	0	
HOLANDA	0	0	0	0	0	0	
NORUEGA	0	0	0	0	0	0	
POLÓNIA	0	0	0	1	0	0	
PORTUGAL	9	6	2	2	3	3	3
ESPAÑA	?	0	10	14	?	?	
SUÉCIA	?	0	0	0	0	0	
JUGOSLÁVIA	17	11	25	15	12	6	

A análise deste quadro mostra que Portugal é um dos dois países em que esta situação se mantém de forma constante. (Da Espanha não há dados suficientes).

Até quando?

Nas normas de vigilância de saúde materna, recomenda-se a verificação do estado imunitário das grávidas, no que se refere ao tétano, indicando-se o esquema de vacinação a seguir, no caso de a mãe não estar protegida.

Embora o número total de casos de tétano tenha uma tendência decrescente, a relação entre os de 28 dias e aqueles que surgem acima de 1 ano não diminuiu.

CASOS NOTIFICADOS DE TÉTANO EM PORTUGAL

IDADE	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986
> 1 ANO	64	76	81	62	47	83	48
< 28 DIAS	9	6	2	2	3	3	3
%	14,1	7,9	2,5	3,2	6,4	3,6	6,3

Vale a pena um esforço para se conseguir eliminar estes casos que, embora poucos, nos colocam em situação "à parte" no contexto europeu.

Amélia Esparteiro Leitão

POPULAÇÃO RESIDENTE EM PORTUGAL

— ESTIMATIVA EM 30/6/1986

DISTRITOS	HOMENS E MULHERES	HOMENS	MULHERES
AVEIRO	657 800	319 150	338 650
BEJA	180 950	90 400	90 550
BRAGA	760 100	370 000	390 100
BRAGANÇA	186 000	93 850	92 150
CASTELO BRANCO	227 150	110 250	116 900
COIMBRA	445.950	211 700	234 250
ÉVORA	176 250	86 000	90 250
FARO	338 200	166 600	171 600
GUARDA	199 350	96 600	102 750
LEIRIA	434 700	212 950	221 750
LISBOA	2 121 850	1 004 100	1 117 750
PORTALEGRE	139 100	68 100	71 000
PORTO	651 050	797 300	853 750
SANTARÉM	460 650	222 950	237 700
SETÚBAL	751 600	367 750	383 850
VIANA DO CASTELO	265 200	122 350	142 850
VILA REAL	264 700	131 100	133 600
VISEU	425 650	207 100	218 550
AÇORES	252 850	125 200	127 650
MADEIRA	268 450	124 400	144 050
PORTUGAL	10 207 550	4 927 850	5 279 700

FONTE: INE

SAÚDE EM NÚMEROS -- Volumes publicados

VOLUME I

- N.º 1** • Mortalidade Cardiovascular: Em Declínio?
 • Intoxicações Acidentais Nas Crianças
 • Comparar Taxas Brutas: Atenção Ao Efeito Da Idade
 • População Portuguesa
- N.º 2** • Neoplasias Malignas -- Estudo Da Mortalidade Precoce
 • Insuficientes Renais Crónicos Em Hemodiálise
 • Mortalidade Por Acidentes Vasculares Cerebrais Em Portugal -- Evolução E Perspectivas
 • População Residente Em Portugal

VOLUME II

- N.º 1** • Mortalidade Por Doença Isquémica Cardíaca
 • Análise Da Mortalidade A Nível De Distrito Ou Concelho
 • População De Portugal 1985
 • Saldo Fisiológico De Portugal Em 1985

- N.º 2** • Equidade Na Saúde
 • Consultas Em Cuidados Primários
 • Tuberculose Em Portugal
- N.º 3** • A Doença De Hansen Em Portugal Continental, Em 1986
 • Evolução Da Mortalidade Infantil, Neo-Natal E Post-Neonatal Em Portugal
 • Cirrose Hepática E Alimentação -- Análise Da Mortalidade Em Função Dos Hábitos Alimentares
- N.º 4** • Mortalidade Por Intoxicações Acidentais Em Crianças: Diferenças Regionais em Portugal
 • Comportamento Geográfico Da Mortalidade Por Alguns Tumores Malignos Do Aparelho Digestivo.
 • Tétano Neonatal
 • População Residente Em Portugal