

saúde em números

JUNHO - 1988

VOL. 3 N.º 3

SUMÁRIO

- 17 VACINAÇÃO CONTRA A POLIOMIELITE:
RESULTADO DA MUDANÇA DO ESQUEMA DA PRIMOVACINAÇÃO
- 19 MORTALIDADE POR TUMOR MALIGNO DA MAMA FEMININA
- 22 INDICADORES DE MORBILIDADE E DE SAÚDE POSITIVA
— QUE ALTERNATIVA FACE ÀS ESTATÍSTICAS DE MORTALIDADE?

VACINAÇÃO CONTRA A POLIOMIELITE: RESULTADO DA MUDANÇA DO ESQUEMA DA PRIMOVACINAÇÃO

Amélia Esparteiro Leitão ()*

Desde 1965 que a vacinação contra a poliomielite faz parte do plano nacional de vacinação, sendo ministrada a crianças nos primeiros meses de vida, em três doses, segundo um esquema estabelecido desde 1971.

De acordo com o calendário adoptado, a 3.^a inoculação da vacinação deveria ser ministrada aos 12 meses de idade o que poucas vezes acontecia. De facto, o atraso verificado na inoculação da 3.^a dose de vacina DTP, (difteria, tétano e tosse convulsa) aliado à circunstância de alguns profissionais de saúde nem sempre considerarem as crianças em «estado de saúde adequado» para receberem a vacina (corrimento nasal, ligeiras perturbações digestivas, etc.), remetiam para o segundo ano de

vida a data da conclusão da primovacinação anti-poliomielite.

A maioria das crianças recebia, assim, a 3.^a inoculação desta vacina entre os 12 e os 24 meses de idade (Quadro 1).

Em 1985 o esquema das vacinações foi revisto por um grupo de peritos, tendo sido alterado, a partir de 1 de Setembro desse ano, o calendário das inoculações a dar às crianças nos primeiros meses de vida; segundo o novo esquema, as doses das vacinas DTP e anti-polio são dadas em simultâneo o que teve como consequência imediata a conclusão mais precoce da primovacinação anti-polio, antes, portanto, de serem atingidos os 12 primeiros meses de idade.

(*) Directora do Serviço de Informação de Saúde da Direcção-Geral dos Cuidados de Saúde Primários.



QUADRO 1
CONTINENTE E REGIÃO AUTÓNOMA DA MADEIRA
3.^{as} INOCULAÇÕES DE VACINA ANTI-POLIO

IDADE EM ANOS	1982	1983	1984	1985	1986	1987
< 1	25 464	26 991	27 458	38 109	93 124	95 356
1	92 660	87 033	86 438	84 940	40 497	17 616
2	33 621	31 745	28 814	26 359	14 070	7 220
<i>Soma</i>	151 745	145 759	141 710	149 408	147 691	120 192
Nados vivos	146 053	139 452	137 940	125 898	122 147	118 796

As vantagens deste procedimento são óbvias tanto para as famílias das crianças como para os serviços de saúde.

Observando o quadro 1, nota-se, já em 1985, um aumento do número de 3.^{as} inoculações dadas a crianças de menos de 1 ano de idade; nos anos seguintes, 1986 e 1987, é evidente a inversão dos valores referentes aos primeiros e segundos anos de vida.

Porém, a alteração do esquema, antecipando a data da 3.^a inoculação, não terá prejudicado as crianças que, à data da adopção do novo calendário, já tinham iniciado a inoculação de vacinas segundo o estabelecido anteriormente?

Para tentar esclarecer esta questão, foi calculada a cobertura vacinal, utilizando o diagrama de Lexis o que permite obter dados por geração.

Partindo dos valores apresentados no quadro 1 temos o seguinte diagrama:

QUADRO 2
CONTINENTE E REGIÃO AUTÓNOMA DA MADEIRA
3.^{as} INOCULAÇÕES DE VACINA ANTI-POLIO

3 anos	33 621	31 745	28 814	26 359	14 070	7 220	3 anos
2 anos	92 660	87 033	86 438	89 940	40 479	17 616	2 anos
1 ano	25 464	26 991	27 458	38 109	93 124	95 356	1 ano
0 anos							0 anos
	1982	1983	1984	1985	1986	1987	

Analisando este diagrama, verifica-se que, para determinada idade, as crianças de uma geração serão vacinadas com a 3.^a inoculação em dois anos consecutivos, dependendo dos meses de nascimento.

Damos como exemplo as crianças nascidas em 1982:

- Com menos de 1 ano foram vacinadas

$$\frac{25\,464}{2} + \frac{26\,991}{2} = 26\,228$$

- Com 1 ano foram vacinadas

$$\frac{87\,033}{2} + \frac{86\,438}{2} = 86\,735$$

e assim por diante.

Procedendo a estes cálculos, obtemos os seguintes resultados:

QUADRO 3

ANO DE NASCIMENTO	PERCENTAGEM DE CRIANÇAS VACINADAS				
	c/ < 1 ano	c/ 1 ano	c/ 2 anos	Total c/ < 2 anos	Total c/ < 3 anos
1982	18,8	59,4	18,8	78,2	97,0
1983	19,5	61,4	14,5	80,9	95,4
1984	23,8	45,5	7,7	69,3	77,0
1985	52,1	22,5	5,7	74,6	80,3
1986	79,3	14,8	—	94,4	—

A análise destes dados mostra que:

- Aumenta, o número de crianças com a primovacinação completa antes de atingir o ano de idade; este aumento é sobretudo significativo, como era de esperar, a partir do ano da mudança do esquema;
- Diminui o número de crianças que terminam a primovacinação nos segundos e terceiros anos de vida;
- O decréscimo dos valores encontrados depois do primeiro ano de vida, para as gerações de 1984 e 1985, não é compensado pelo aumento verificado nas percentagens obtidas em crianças com menos de 1 ano de idade, para as mesmas gerações;
- A cobertura vacinal calculada até aos 2 anos de idade, não atinge os 70%, no caso da geração de 1984, e, é de 75% para as crianças nascidas em 1985, o que são valores bastantes inferiores aos verificados antes e depois destas datas.
- Cerca de 79% das crianças nascidas em 1986 estavam vacinadas antes de terminarem o seu primeiro ano de vida e 94% tinham a primovacinação completa antes de perfazerem os 2 anos de idade.

Verifica-se, assim, que houve uma melhoria com a adopção do novo esquema vacinal pois há mais crianças com primovacinação completa em idades mais jovens.

Por outro lado, existem duas gerações de crianças, 1984 e 1985, que parece terem sido afectadas negativamente durante este período, sobretudo as crianças que nasceram em 1984.

Tendo havido antecipação da idade recomendada para a 3.^a inoculação da vacina, não seria de esperar uma baixa da cobertura. A que se fica a dever este fenómeno?

Pouco cuidado nos registos?

Correcções aos registos?

Perturbação, por mudança do esquema?

Problemas na distribuição de vacinas? Falta temporária de vacinas?

MORTALIDADE POR TUMOR MALIGNO DA MAMA FEMININA

Maria José Varela Rebelo (*)

Ao compararem-se as taxas de mortalidade por tumor maligno da mama feminina (CID-9:113) em cinco países europeus, verifica-se que em 1981 Portugal apresenta uma taxa de 20,2/100 000, ligeiramente superior à da Espanha (18,9/100 000), idêntica à da Grécia e inferior à de França e Inglaterra, países que registam valores respectivamente de 27,4/100 000 e de 40,2/100 000.

Em 1981, o risco de morrer por tumor maligno da mama feminina foi em Portugal aproximadamente duas vezes inferior ao de Inglaterra e Gales pela mesma causa. (Quadro I).

QUADRO I

TAXAS DE MORTALIDADE POR TUMOR MALIGNO DA MAMA FEMININA (113) PADRONIZADAS PELA IDADE, EM CINCO PAÍSES DA EUROPA — 1981

/100 000

PAÍSES	TAXAS
Espanha	18,9
Portugal	20,2
Grécia	20,2
França	27,4
Inglaterra e Gales	40,2

(Método directo: pop. padrão europeia).

Fonte: Anuário Estatístico da OMS.

Em Portugal, a mortalidade por tumor maligno da mama feminina não sendo muito elevada em relação a outros países europeus, apresenta uma tendência crescente entre 1977 e 1985, anos nos quais se registam taxas de mortalidade, padronizadas segundo a idade (método directo: pop. padrão europeia) respectivamente de 18,6/100 000 e de 22,9/100 000, verificando-se em 1986 um ligeiro decréscimo deste valor: 22,5/100 000. (Quadro II e Figura 1).

(*) Subdelegada de Saúde, destacada na Direcção-Geral de Cuidados de Saúde Primários.

QUADRO II

TAXAS DE MORTALIDADE POR TUMOR MALIGNO DA MAMA FEMININA (113) PADRONIZADAS PELA IDADE, EM PORTUGAL, DE 1977 A 1986

/100 000

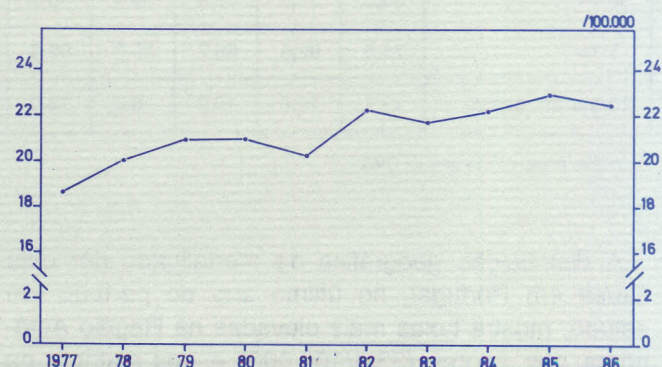
ANOS	TAXAS
1977	18,6
1978	20,2
1979	20,9
1980	20,9
1981	20,2
1982	22,2
1983	21,7
1984	22,2
1985	22,9
1986	22,5

(Método directo: pop. padrão europeia).

Fonte: Anuário Estatístico da OMS.

FIGURA 1

EVOLUÇÃO DAS TAXAS DE MORTALIDADE POR TUMOR MALIGNO DA MAMA FEMININA (113), EM PORTUGAL, PADRONIZADAS PELA IDADE, DE 1977 A 1986

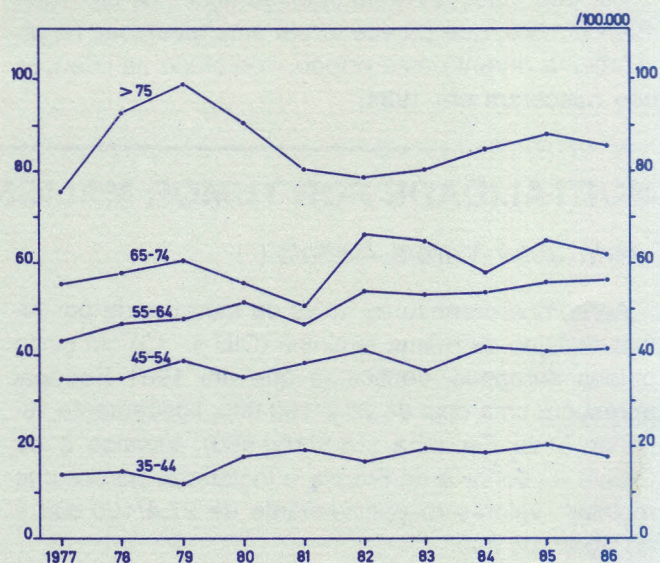


A análise das taxas específicas no período de tempo compreendido entre 1977 e 1985, mostra que as taxas de mortalidade por esta causa só atingem valores importantes a partir do grupo etário 35-44 anos. Verifica-se também haver uma tendência crescente em todos os grupos etários entre 35-44 anos e 65-74 anos. A taxa de mortalidade do grupo etário de 75 e mais anos, apresenta valores elevados e oscilantes ao longo dos anos estudados.

Em 1986 verifica-se um decréscimo destes valores nos grupos etários de menos de 44 anos e mais de 65 anos, mantendo-se contudo uma tendência crescente nas taxas específicas de mortalidade dos grupos etários de 45 a 64 anos. (Quadro III e Figura 2).

FIGURA 2
EVOLUÇÃO DAS TAXAS ESPECÍFICAS DE MORTALIDADE POR TUMOR MALIGNO DA MAMA FEMININA (113), EM PORTUGAL, DE 1977 A 1986

(População de mais de 35 anos)



QUADRO III

TAXAS ESPECÍFICAS DE MORTALIDADE POR TUMOR MALIGNO DA MAMA FEMININA (113), EM PORTUGAL, DE 1977 A 1986

GRUPOS ETÁRIOS — ANOS	1977	1978	1979	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986
5-14	—	0,1	—	—	—	—	—	—	—	—
15-24	—	0,1	0,1	0,1	0,1	—	—	0,2	—	—
25-34	2,2	3,1	2,8	3,1	2,3	4,0	3,0	3,2	2,1	2,0
35-44	13,7	14,4	11,9	17,5	19,1	16,4	19,6	18,6	20,2	17,8
45-54	34,6	34,9	38,7	35,0	38,0	40,9	36,3	41,6	40,6	41,2
55-64	42,9	46,6	47,7	51,2	46,5	53,8	52,9	53,5	55,7	56,3
65-74	55,3	57,8	60,4	55,4	50,5	66,0	64,6	57,8	64,7	61,8
> 75	75,5	92,5	98,7	90,3	80,3	78,5	80,2	84,8	87,9	85,5
Todas as idades ..	17,1	18,6	19,2	19,6	19,9	22,3	22,1	22,7	23,5	23,3

Fonte: Anuário Estatístico da OMS.

A distribuição geográfica da mortalidade por esta causa em Portugal, no último ano do período em estudo, mostra taxas mais elevadas na Região Autónoma dos Açores (33,6/100 000) e nos distritos de

Lisboa (29,6/100 000), Faro (25,4/100 000), Portalegre (24,4/100 000) e Setúbal (24,1/100 000) apresentando os restantes distritos valores inferiores ou iguais à média do país: 22,5/100 000. (Quadro IV e Figura 3).

QUADRO IV

TAXAS DE MORTALIDADE POR TUMOR MALIGNO DA MAMA FEMININA (113) PADRONIZADAS PELA IDADE, NOS DISTRITOS DO CONTINENTE E REGIÕES AUTÓNOMAS — 1986

/100 000

DISTRITOS E REGIÕES AUTÓNOMAS	TAXAS DE MORTALIDADE
Açores	33,6
Lisboa	29,6
Faro	25,4
Portalegre	24,4
Setúbal	24,1
Leiria	22,5
Coimbra	21,8
Porto	21,3
Évora	21,3
Madeira	21,0
Castelo Branco	20,6
Santarém	19,7
Beja	19,6
Aveiro	18,5
Viana do Castelo	17,5
Bragança	17,4
Viseu	16,6
Braga	16,2
Vila Real	12,2
Guarda	11,5

(Método directo: pop. padrão europeia).

Fonte: «Risco de Morrer em Portugal» — DGCSP.

FIGURA 3

DISTRIBUIÇÃO DAS TAXAS DE MORTALIDADE POR TUMOR MALIGNO DA MAMA FEMININA (113), EM PORTUGAL, PADRONIZADAS PELA IDADE, NOS DISTRITOS DO CONTINENTE (1986)



(Método directo: pop. padrão europeia).

Fonte: «Risco de Morrer em Portugal».

Ao procurar explicar-se o aumento das taxas de mortalidade por esta causa ocorrido entre 1977 e 1985, podem considerar-se, entre outras, as seguintes hipóteses:

— *Aumento da incidência*

Verificar-se-ia um aumento na incidência da doença, em consequência de possíveis alterações nos hábitos alimentares e estilos de vida desta população, que terão ocorrido durante as últimas décadas.

— *Melhor conhecimento da situação de saúde*

Nos últimos anos teria melhorado o conheci-

mento da situação de saúde, pela melhor qualidade dos diagnósticos e mais correcto preenchimento dos certificados de óbito, resultante de uma maior cobertura médica da população.

Não sendo possível identificar as causas da referida tendência crescente da mortalidade, apenas com a informação disponível, poder-se-á pensar que a educação para a saúde das mulheres em maior risco e o diagnóstico precoce da doença serão fundamentais na estabilização ou redução das taxas de mortalidade por uma causa evitável e susceptível de afectar uma população no período mais produtivo da vida.

INDICADORES DE MORBILIDADE E DE SAÚDE POSITIVA — QUE ALTERNATIVA FACE ÀS ESTATÍSTICAS DE MORTALIDADE?

José Augusto Aleixo Dias (*)

MORTALIDADE E SEUS INDICADORES

As estatísticas da mortalidade constituem provavelmente a mais tradicional e uma das mais eficientes formas de avaliar o estado de saúde de uma população. Isto apesar de todas as limitações deste indicador, que avalia a «saúde» de uma comunidade a partir da informação registada sobre os óbitos dos seus cidadãos.

Há limitações decorrentes da utilização destes dados, como sejam:

- O facto de a mortalidade apenas traduzir uma pequena fracção do fenómeno mórbido, uma vez que na maioria das doenças, a evolução é para a cura ou cronicidade;
- A existência de um período de latência, mais ou menos longo e variável, entre o aparecimento da doença e o óbito;
- A circunstância das estatísticas de mortalidade trabalharem habitualmente a principal causa de morte, sabendo-se «a priori», que a mortalidade é um fenómeno multifactorial;
- A particularidade da causa de morte ser determinada por indivíduos com diferentes níveis de conhecimento e apoiados em técnicas de diagnóstico frequentemente distintas.

Contudo, outras características suportam a sua utilização, como sejam:

- O facto de a morte ocorrer apenas uma vez durante a vida do indivíduo e como tal, a possibilidade de esse registo ser repetido ser reduzida;
- O certificado médico de óbito ser legalmente obrigatório, em muitos países, condicionando o seu registo efectivo, em instrumento de notação uniformizado;
- A disponibilidade de dados pessoais permitir o escrutínio da generalidade das causas de morte, em função de determinadas características próprias, como o sexo, a idade, etc...
- O facto dos registos de mortalidade se efectuarem de forma sistemática desde há muitos anos o que nos permite estudar retrospectivamente determinados fenómenos, bem como analisar a sua evolução temporal.

Contudo, para que esta fonte de dados garanta alguma fiabilidade, é preciso que a causa de morte registada no certificado de óbvio, traduza dentro da medida do possível, a verdadeira razão que o condicionou.

Infelizmente, conhecidas que são as dificuldades que por vezes surgem na obtenção da autópsia em casos dúbios,

(*) Subdelegado de Saúde da Direcção-Geral dos Cuidados de Saúde Primários.

necessário se torna sensibilizar a classe médica para o cuidado que deverá revestir a atribuição da causa de morte, uma vez que da justeza do seu juízo crítico depende a qualidade das estatísticas nacionais.

Outros indicadores importantes baseados igualmente em dados de mortalidade, são frequentemente utilizados:

- A *Taxa de Mortalidade Infantil*: óbitos ocorridos durante o primeiro ano de vida, relativamente ao número de nados vivos — indicador muito utilizado, face à importância que se lhe atribui como reflexo do estado de saúde global de uma população e da qualidade dos seus serviços (14; 15);
- A *Esperança de Vida à Nascimento*: número médio de anos de vida que restam para viver, num e noutro sexo, à nascença;
- As *Taxas Brutas e Padronizadas de Mortalidade*: óbitos ocorridos durante determinado ano relativamente à população média nesse ano, ajustadas de forma a permitirem comparações entre regiões, relativamente a determinadas características como o sexo, a idade, etc. (12);
- A *Mortalidade Proporcional*: fracção em percentagem total de óbitos de que é responsável uma doença específica, ou um grupo de doenças (16);
- Os *Anos Potenciais de Vida Perdidos*: importante indicador do impacto socioeconómico das principais causas de morte, frequentemente distinta daquela baseada na frequência simples dos óbitos (13).

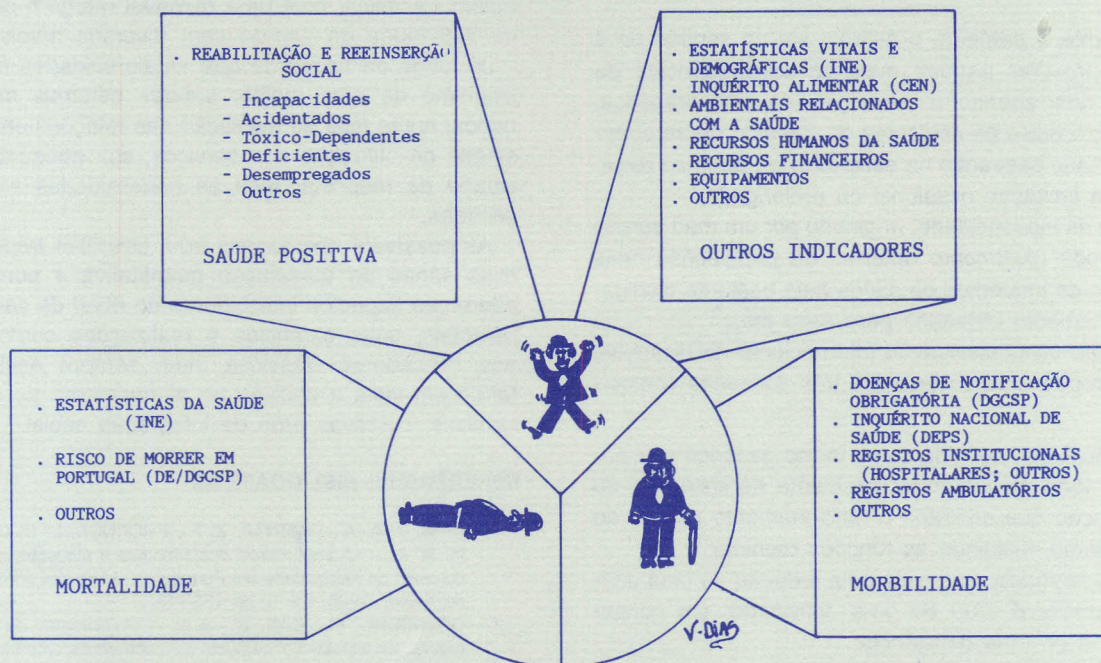
MORBILIDADE: FONTES DE INFORMAÇÃO E INDICADORES

Até há relativamente pouco tempo, o estado de saúde de uma população era exprimido exclusivamente em termos de mortalidade. Na Europa, foi sobretudo a seguir aos trabalhos de Pasteur e, na sequência do desenvolvimento da própria Epidemiologia, que os primeiros indicadores de morbidade se começaram a desenvolver.

Fonte de dados de morbidade

A utilização de dados de morbidade estendeu-se, progressivamente, das doenças transmissíveis as doenças crónicas, à medida que o desenvolvimento científico facultava a utilização de classificações coerentes das diversas entidades nosológicas. Estes dados provêm essencialmente de fontes institucionais (utentes de serviços de saúde, por exemplo) e de fontes populacionais (informação recolhida em amostras de população geral).

A ORIGEM DOS DADOS NA SAÚDE



As principais fontes de informação sobre morbilidade com carácter institucional são:

- Registos hospitalares (consultas, internamentos);
- Registos clínicos especializados (tuberculose e outras doenças de notificação obrigatória);
- Registos de Clínicos Gerais ou das ARS;
- Registos de Companhias de Seguros;
- Registos clínicos das empresas (saúde ocupacional);
- Registos de acidentes de trabalho e doenças profissionais;
- Registos de acidentes de estrada (PSP, GNR, DGV);
- «Dossiers» de Saúde Escolar;
- «Dossiers» de recrutamento e de saúde dos membros das Forças Armadas;
- Registos de cancro de base hospitalar ou populacional, etc...

Das fontes de colheita de dados de morbilidade, de carácter populacional, os inquéritos são provavelmente os mais conhecidos e utilizados. Efectivamente eles constituem muitas vezes a alternativa possível para a avaliação de um ou mais problemas de uma comunidade, ou de um grupo restrito. Visam sobretudo populações reduzidas ou incidem sobre amostras representativas mais vastas.

A nível do País, o Inquérito Nacional de Saúde, inicialmente dirigido à área metropolitana de Lisboa e, em 1987 trabalhando sobre uma amostra representativa da população portuguesa, constitui disso um bom exemplo.

Também o Inquérito Alimentar Nacional, desenvolvido pelo Centro de Estudos de Nutrição e dirigido ao estudo dos padrões alimentares portugueses, não sendo exactamente um estudo de morbilidade, constitui um elemento importante para a sua compreensão. Concebido com o objectivo fundamental de reunir os dados informativos indis-

pensáveis para o desenvolvimento de uma política alimentar de âmbito nacional, permite esclarecer alguns aspectos nutricionais considerados de maior risco aparente para a população.

Um e outro, constituem fonte importante de dados a serem consultados quando da análise epidemiológica, etiológica e dos factores de risco de variadas patologias e/ou comportamentos.

Indicadores de morbilidade

A falta de correlação entre os custos das acções desenvolvidas pelos serviços, a sua utilização e rentabilidade, bem como o nível de saúde resultante nas populações alvo, têm apontado a necessidade de criação de alternativas aos indicadores clássicos, assentes na incidência e na prevalência das doenças (5, 6, 7 e 8).

As mais robustas críticas dirigem-se às limitações dos conceitos de morbi-mortalidade, sobretudo no que diz respeito:

- Ao facto destes não permitirem avaliar, senão parcialmente, o impacto socioeconómico dos problemas de saúde;
- Não traduzirem de forma clara a eficácia das acções e dos serviços envolvidos;
- Darem sistematicamente uma imagem negativa da saúde de uma população, uma vez que, o que se está efectivamente medindo, ou tentando medir, não é exactamente o nível de saúde, mas antes a sua falta.

Tendo em vista a procura de soluções para este problema, duas vias têm sido exploradas, em direcções porventura complementares, através da *extensão do conceito de morbilidade* e da *introdução do conceito de saúde positiva*.

Extensão do conceito de morbilidade

Relativamente à primeira, o esforço vai no sentido de a morbilidade procurar traduzir mais as consequências da doença, do que apenas a descrição da sua presença.

São exemplo disso os acidentes de trabalho ou as doenças profissionais, baseadas na estimativa do prejuízo resultante de uma limitação ocasional ou prolongada.

O conceito de incapacidade, originado por um mau estado de saúde, pode igualmente obter-se de populações mais vastas, sendo os inquéritos de saúde hoje bastante divulgados, frequentemente utilizados para esse fim.

A 9.^a revisão da Classificação Internacional de Doenças, Wood (9), propõe uma síntese em três conceitos complementares:

- 1 — A *Deficiência*, definida como termo genérico que engloba toda a ingerência, problema de estrutura ou de função que contrarie o funcionamento normal do organismo, incluindo as funções mentais;
- 2 — A *Incapacidade*, traduzida pela redução de uma aptidão funcional e/ou de uma actividade, em consequência de uma deficiência;
- 3 — O «*Handicap*», inconveniente que resulte de uma deficiência ou incapacidade.

O conceito de saúde positiva

A introdução do conceito de SAÚDE POSITIVA, considerando que a saúde não é apenas a simples ausência de doença ou enfermidade, implica a aceitação de níveis de positividade. Aliás a própria definição OMS, dá nesse sentido alguma contribuição, ao apontar três dimensões: a física, a mental e a social, permanecendo restritiva quanto ao «bem-estar», que se pretende completo.

Indicadores como os que resultam da integração de alcoólicos ou outros tóxico-dependentes; a recuperação e integração de acidentados, dialisados, diabéticos, hemofílicos ou outros, podem fornecer uma imagem mais adequada das carências de uma comunidade e da capacidade de intervenção e resposta dos serviços.

A perspectiva está assim virada muito mais para o que de positivo se faz ou fez para resolver determinada situação mórbida, do que avaliar e quantificar apenas essa realidade. Assume assim outra dimensão a integração e satisfação resultantes na população afectada, bem como naquela em que determinado estado mórbido se manteve ausente.

Indicadores de adaptação funcional, social e de «performance» (11), obtidos a partir de tabelas ordenadas onde constam actividades, situações ou números de produtivi-

dade, julgados de acordo com critérios de graduação, permitem classificar com uma razoável margem de fidelidade, os indivíduos de acordo com diversos níveis de saúde.

Já longe da noção de que «mais cuidados médicos são sinónimo de uma melhor saúde» estamos mais do que nunca, numa fase de avaliação das relações entre a necessidade de utilização dos serviços, sua adequação e capacidade de resposta, face às necessidades expressas ou sentidas.

As possíveis abordagens aqui descritas traduzem tentativas sérias de apreciação quantitativa e ponderada dos diferentes aspectos indiciadores do nível de saúde das populações, suas carências e realizações como alternativa aos indicadores clássicos, nem sempre esclarecedores, tendo em vista a decisão no planeamento de acções preventivas, curativas e/ou de integração social.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 — DIAS, J. A. A.; PIMENTA, Z. P.; PROENÇA, L. B. C.; CHOURICO, M. M. A. — «A importância dos sintomas e afecções mal definidas no contexto da mortalidade em Portugal» — Livro das Jornadas de Saúde de Aveiro, 1986; vol. II; pp 135-143.
- 2 — GOLDBERG, M.; DAB, W., et al. — «Indicadores de sante et sonometrie: les aspects conceptuels des recherches recentes sur la mesure de l'état de sante d'une population» — Rev. Epidem. et Sante Publique, 1979; 27: 58-68.
- 3 — DAMIANI, P. — «Contribution a la mesure du niveau de sante: definition d'un indicateur lie aux facteurs sanitaires» — Int. Stat. Rev., 1974; 42: 29-37.
- 4 — JENICEK, M.; CLEROUX, R. — «Epidemiologie: principes, techniques, applications» — Maloine, 1984; Paris.
- 5 — DUPUY, J. P. — «Relations entre dépenses de santé, mortalité et morbidité» — Cerebe, 1973; Paris.
- 6 — GERVOIS, M. et al. — «La santé sociale, son expression quantitative» — Lille, 1976 — Université du Droit et de la Santé.
- 7 — LEBART, L. — «Recherche sur le coût de la protection de la vie humaine, dans le domaine medical» — Credor, 1970; Paris.
- 8 — LETOURMY, A. — «Some aspects of the relationships between mortality, environmental conditions and medical care» — in: Systems and Aspects of Health Planning, 1975; Bailey N. T. J. and Thompson M. — North Holland Pub.: 267-78.
- 9 — WOOD, P. H. N. — «Edition française du project de classification de deficiences, incapacités et handicaps» — WHO/ICD-9/Rev., 1975; Paris.
- 10 — LEVY, E.; BUNGENER, M. et al. — «Economie du système de sante» — Dunod, 1975; Paris.
- 11 — TERRIS, M. — «Approches to an Epidemiology of Health» — Am. Journ. Pub. Health, 1975; 65; 10: 1037-1045.
- 12 — FALCÃO, M. — «Comparar Taxas Brutas: atenção ao efeito da idade» — Saúde em Números, 1986; vol. 1:1.
- 13 — FALCÃO, M. — «Neoplasias Malignas — Estudo da Mortalidade Precoce» — Saúde em Números, 1986; vol. 1:2.
- 14 — LEITÃO, A. E. — «Análise da Mortalidade a Nível do Distrito ou do Concelho» — Saúde em Números, 1987; vol. 2:1.
- 15 — LEITÃO, A. E. — «Evolução da Mortalidade Infantil, Neo-natal e Pos-neonatal em Portugal» — Saúde em Números, 1987; vol. 2:3.
- 16 — DIAS, J. A. A. — «Mortalidade por Acidentes Vasculares Cerebrais em Portugal — Evolução e Perspectivas» — Saúde em Números, 1986; vol. 1:2.

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

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

RUA ALMEIDA BRANDÃO, 13-A — 1200 LISBOA
JUNHO/88

1500 EXEMPLARES
DEPÓSITO LEGAL 10 856/86
ISSN 0871-0813