

# saúde em números

VOL. 3 N.º 4

SETEMBRO - 1988

## SUMÁRIO

- 25 DE BROAD STREET A PORTLAND PLACE  
— A IMPORTÂNCIA DA DISTRIBUIÇÃO ESPACIAL EM EPIDEMIOLOGIA
- 27 ALEITAMENTO MATERNO  
— O ABISMO ENTRE O CONHECIMENTO E A PRÁTICA
- 29 DOENÇAS DO APARELHO CIRCULATÓRIO:  
QUANTAS MORTES FORAM EVITADAS DESDE 1980?
- 31 POPULAÇÃO RESIDENTE EM PORTUGAL: ESTIMATIVA EM 30/6/1987

## DE BROAD STREET A PORTLAND PLACE — A IMPORTÂNCIA DA DISTRIBUIÇÃO ESPACIAL EM EPIDEMIOLOGIA

José Aleixo Dias (\*)

A Epidemiologia tem desempenhado ao longo do tempo um papel importante na identificação dos factores causais e de risco de inúmeras doenças, contribuindo igualmente para a implementação de medidas de saúde pública destinadas a prevenir, controlar e se possível erradicar essas doenças.

São disso exemplo em tempos remotos, o escorbuto e a cólera e mais recentemente o cancro do pulmão, a cirrose hepática e a doença coronária. A sua acção não se tem limitado portanto à simples identificação dos factores de risco dessas doenças, constituindo-se como base para legislação e outras medidas de intervenção no âmbito da saúde pública.

Grande parte do seu sucesso baseia-se:

- no método de descrição da situação mórbida

- na colheita de informação considerada relevante
- na orgânica da sua análise e,
- na coerência biológica das suas conclusões.

Cada uma destas etapas do método epidemiológico merece atenção detalhada, valendo por si e pelo contributo que fornece às restantes, na identificação e ponderação dos factores casuais.

Gostaria de explorar hoje convosco um dos componentes da metodologia descritiva, a *distribuição geográfica, ou espacial*.

Londres vivia em meados de Abril do presente ano uma Primavera particularmente amena, com

(\*) Divisão de Epidemiologia de D.G.C.S.P.



temperaturas de 18 a 22°C, fora de comum para a época e local. Os parques encontravam-se repletos de alvos corpos inertes em cadeiras de descanso, ou meramente tombados na relva fofa, procurando tirar o maior proveito de tão inesperada e almejada beatitude.

Por essa altura em determinada enfermaria de um hospital da capital, um grupo de jovens médicos discutia com o seu chefe de equipa a situação clínica de um homem de 58 anos, funcionário da BBC, admitido recentemente por pneumonia aguda resistente aos antibióticos administrados pelo seu médico assistente. Exames entretanto efectuados, haviam permitido identificar o agente causal como «Legionella Pneumophila» e a equipa debruçava-se sobre a epidemiologia dessa doença, não referenciada na literatura médica até há cerca de doze anos atrás. Na sequência da discussão foi referida a existência de um outro doente bastante mais jovem, internado numa outra enfermaria do mesmo hospital, com síndrome febril persistente e sintomas respiratórios agudos. Exames serológicos posteriores permitiram confirmar este segundo caso de Legionella, desta feita na pessoa de um empregado da construção civil aparentemente não relacionado com o primeiro, a não ser em relação ao local de trabalho. Efectivamente este segundo doente trabalhava, anteriormente ao aparecimento dos sintomas, na reparação do telhado de uma habitação situada uns escassos 200 metros do edifício da BBC.

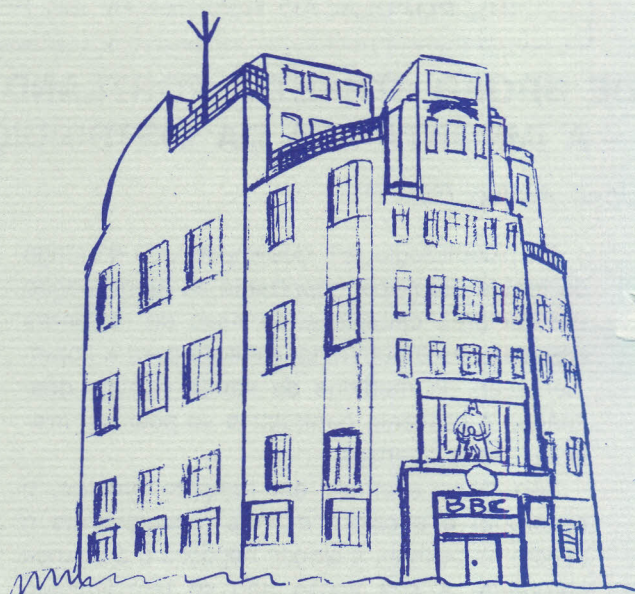
Conhecida a predilecção da Legionella por reservatórios de água, nomeadamente os existentes nas torres de arrefecimento do ar condicionado, que posteriormente a dissemina na atmosfera em milhões de pequenas gotículas, foram alertadas as autoridades responsáveis e a comunicação social, tendo sido possível identificar 39 casos de pneumonia atípica associados geograficamente com a zona em redor da BBC. No espaço de apenas alguns dias tinha sido possível identificar o agente, a fonte de disseminação e controlar o surto, que apesar de todos os esforços ainda vitimou 3 indivíduos de um total de 46 confirmados, tendo alguns deles apenas visitado essa área por pouco tempo ou percorrido as suas ruas adjacentes. Felizmente a temperatura era amena e o vento não se fazia sentir. Soprasse ele de Este como é seu hábito nessa altura do ano e a zona afectada poderia ter sido Oxford Street, com resultados potencialmente catastróficos, face à afluência diária de peões.

O que importa contudo realçar, para além da justeza do diagnóstico clínico, foram a *associação geográfica* entre os dois casos, que provou ser decisiva

para a detecção da origem do problema e da oportunidade da intervenção, que permitiu controlar o surto antes que assumisse uma maior dimensão. Estes princípios aparentemente elementares, necessitam de estar presentes no nosso pensamento sob pena de virem a não ser considerados na altura oportuna.

Assim, tal como Joe McDale e o Centers for Disease Control tinham associado geograficamente o surto de 1976 em Filadélfia, durante a convenção dos Legionários Americanos (que deu nome à Legionella) aos congressistas e pessoas que apenas haviam passado nas imediações do hotel; tal como primeiramente John Snow, usando a mesma técnica, identificou a bomba de água de Broad Street como origem do surto de cólera que afectou Londres em 1856, também aqui a distribuição espacial foi decisiva para a detecção da origem do surto e seu controle.

Sendo grande parte do conhecimento humano fundamentado na experiência pessoal e alheia, parece claro que da aptidão e bom senso que sabemos empregar na interpretação dessa experiência, lucraremos todos nós bem como a comunidade que procuramos servir.



London 12/07/88

*David Ori*

#### REFERÊNCIAS:

- 1 — Communicable Diseases Report — «Legionella Outbreak: Portland Place, London, 1988: Editions, 17-19.
- 2 — Bureau of Hygiene and Tropical Diseases — «Legionnaires Disease», 1985, Keppel Street, London.

---

## ALEITAMENTO MATERNO — O ABISMO ENTRE O CONHECIMENTO E A PRÁTICA

Ana da Costa Miranda (\*)

Temos assistido, nos últimos tempos, particularmente nos países desenvolvidos e por parte de organizações internacionais, a um esforço enorme de promoção do aleitamento materno. O seu declínio, que se iniciou há algumas décadas, parece ter, nos países desenvolvidos, inflectido a sua curva.

As suas vantagens têm sido largamente discutidas e, têm sido objecto nos últimos tempos, de intensa investigação.

No entanto, a malnutrição continua a ser uma das principais causas de morbidade e mortalidade nos primeiros dois anos de vida, nos países de condições socioeconómicas precárias.

Por outro lado, nos países mais ricos, a prevalência do aleitamento materno, constitui, sobretudo, um indicador de comportamento social com implicações, extremamente importantes, sobre a saúde infantil e o desenvolvimento futuro da criança.

A OMS elaborou, em 1981, um documento metodológico para determinar a prevalência do aleitamento materno em diferentes regiões, com desenvolvimento socioeconómico variável.

Foi preocupação da ARS de Setúbal incluir no seu plano de actividades para o triénio 1988/90, o incremento da prática do aleitamento e foi nesta perspectiva que um estudo de prevalência, desenvolvido no concelho de Almada, se inseriu.

### MATERIAL E MÉTODOS

#### População

A população do estudo é constituída por todas as crianças que nasceram no ano de 1986, que residiam à data do nascimento no concelho de Almada e que têm registo de assento de nascimento nas conservatórias de Lisboa e de Almada, num total de 1680 crianças.

#### Amostra

O número de elementos constituintes da amostra foi determinado tendo como hipótese base que nesta população, a prevalência do aleitamento materno à nascença, tinha uma distribuição normal, tal como o sugerido no documento metodológico elaborado pela

OMS, admitindo um nível de significância de 5% e uma prevalência do fenómeno na população de 50%.

Já que a prevalência teórica se podia situar entre os 0 e 100% e sendo aquele o valor que implicava uma amostra de maior dimensão era recomendável optar por ele.

O número assim obtido (192) foi acrescido de cerca de 15%, em virtude, de ser previsível uma taxa de não respondentes dessa ordem.

Dado que o estudo exige que cada mãe utilize a sua memória, pretendeu-se que o intervalo decorrido entre a data do nascimento e a data da entrevista fosse tão semelhante quanto possível, por forma a reduzir vieses que intervalos muito diferentes poderiam induzir.

Para tal seleccionaram-se apenas as crianças nascidas nos meses de Novembro e Dezembro de 1986, assumindo que elas não diferem apreciavelmente das nascidas nos restantes meses do ano, no que respeita à prevalência do aleitamento materno.

Obteve-se, assim, uma amostra aleatória de 220 crianças de entre as 310 que nasceram em Novembro e Dezembro de 1986.

#### Definição das variáveis

Aleitamento materno exclusivo — alimentação com leite da mãe, independentemente de terem sido introduzidos outros alimentos, com excepção de outro tipo de leite.

Aleitamento materno total — alimentação com leite da mãe podendo ser dado como suplemento qualquer outro tipo de leite, bem como qualquer outro alimento.

Suplemento — qualquer leite que é introduzido na alimentação da criança que se encontra a ser alimentada.

Duração do aleitamento materno exclusivo — idade da criança à data da introdução do suplemento (só foram consideradas as crianças que iniciaram aleitamento materno à nascença).

Duração do aleitamento materno total — idade da criança à data da paragem definitiva do aleitamento materno.

#### Colheita de dados

A colheita de dados foi feita mediante a aplicação de um questionário ministrado por entrevista directa,

---

(\*) Médica, interna do Internato Complementar de Saúde Pública.  
Divisão de Epidemiologia da D.G.C.S.P.

em casa, às mães das crianças que constituem a amostra, por entrevistadores treinados.

Antes de cada entrevista (15 dias antes) foi enviado um postal com o carimbo do Centro de Saúde e dirigido à mãe que iria ser entrevistada, avisando-a da visita do entrevistador.

## RESULTADOS

Das 220 crianças seleccionadas para entrarem no estudo, cerca de 10% não puderam ser incluídas no apuramento dos resultados por razões diversas. Pensa-se, no entanto, que o estudo teve uma boa adesão, não parecendo ter expressão significativa nos resultados o número de elementos da amostra que não puderam participar. Assim, o número de inquéritos efectivamente realizados foi de 199.

É importante salientar que 87,9% das crianças iniciaram a amamentação, de entre estas 14,9% fizeram-no simultaneamente com a alimentação artificial, o que as torna mais vulneráveis no que respeita à passagem para a alimentação artificial exclusiva.

QUADRO I

### DISTRIBUIÇÃO DAS CRIANÇAS QUE INICIARAM A AMAMENTAÇÃO PELA DURAÇÃO DO ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO

IDADE EM DIAS	V. A.	%	% ACUM.
≤ 30 .....	73	41.7	41.7
> 30 ≤ 60 .....	27	15.4	57.1
> 60 ≤ 90 .....	31	17.7	74.8
> 90 ≤ 120 .....	20	11.4	86.2
> 120 ≤ 150 .....	5	2.9	89.1
> 150 ≤ 180 .....	3	1.7	90.8
> 180 ≤ 210 .....	1	0.6	91.4
> 210 ≤ 270 .....	2	1.2	92.6
> 270 .....	13	7.4	100.0

Analisando a duração do aleitamento materno exclusivo (Quadro I), das 175 mães que iniciaram a amamentação, no final do primeiro mês de vida da criança já 47 (34,8%) tinham introduzido suplemento, aos dois meses de vida já 54,8% tinham introduzido o aleitamento artificial e aos quatro meses quase todas as crianças da amostra estavam com suplemento (93,2%).

Se nos debruçarmos sobre a duração do aleitamento materno total (Quadro 2) verificamos que, de entre as 175 crianças que iniciaram o aleitamento materno metade já o tinha terminado antes dos três meses de idade.

QUADRO II

### DISTRIBUIÇÃO DAS CRIANÇAS QUE INICIARAM A AMAMENTAÇÃO PELA DURAÇÃO DO ALEITAMENTO MATERNO TOTAL

IDADE EM DIAS	V. A.	%	% ACUM.
≤ 30 .....	54	30.9	30.9
> 30 ≤ 60 .....	24	13.7	44.6
> 60 ≤ 90 .....	32	18.3	62.9
> 90 ≤ 120 .....	13	7.4	70.3
> 120 ≤ 150 .....	18	10.3	80.6
> 150 ≤ 180 .....	8	4.6	85.2
> 180 ≤ 210 .....	4	2.3	87.5
> 210 ≤ 270 .....	5	2.9	90.4
> 270 ≤ 310 .....	4	2.3	92.7
> 310 .....	13	7.3	100.0

Comparando com o que as mães dizem pensar no que respeita aos dois parâmetros que temos vindo a analisar (Figura 1 e 2) constata-se que existe grande disparidade entre o que pensam ser a duração ideal e o que praticam.

FIGURA 1

#### DURAÇÃO DO ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO

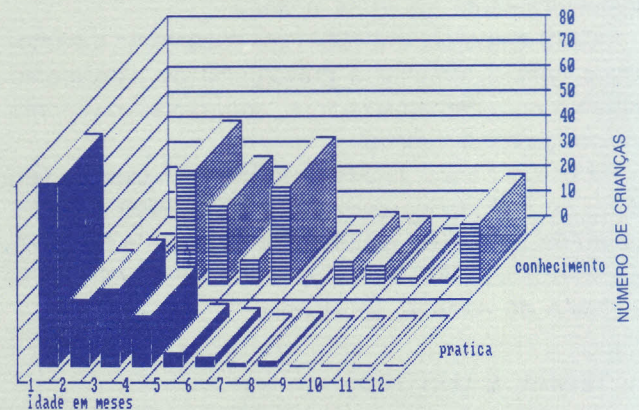
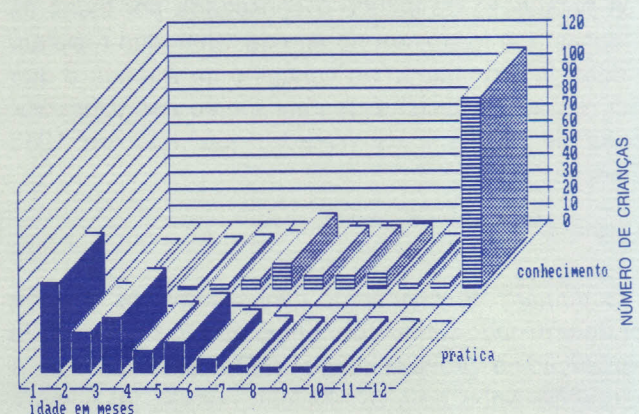


FIGURA 2

#### DURAÇÃO DO ALEITAMENTO MATERNO TOTAL



É, no entanto, na duração do aleitamento materno total (Figura 2), que mais se nota a inversão entre o conhecimento e a prática.

## BIBLIOGRAFIA

- 1 — AFONSO, Maria Celsa — Aleitamento Materno: factores de declíneo e medidas a adoptar — Alimentação do Lactente, pub. da Direcção-Geral de Saúde, 1976, 138.
- 2 — COSTA, M. G. Gomes da; FERREIRA, N. Cordeiro — Alimentação do recém-nascido — O Médico, V. XCIII, 1979, p. 389.
- 3 — ESPGAM — Committee on Nutrition — Guidelines on infant nutrition — Acta Paed Scand. (supl.), 1977, p. 262. «Acta Paed. Scand. (supl.)», 1981, p. 287.
- 4 — GALLET, J. P. — Allaitement maternel ou allaitement artificiel? — La Revue du Particien, 1985, 35 (11), p. 587.
- 5 — MIRANDA, Ana C. — Alimentação do lactente — em publicação.
- 6 — MOLEIRO, Agostinho Marques — Alimentação ao peito e cuidados básicos Revista Portuguesa de Pediatria, 1984, 14 (4), p. 245.
- 7 — MOTA, H. Carmona — Aleitamento materno-vantagens e dificuldades — Alimentação do lactente. Direcção-Geral de Saúde, 1976, p. 124.
- 8 — OMS — L'alimentation du nourrisson et du jeune enfant: stratégies pour la promotion de l'allaitement maternel — Genève: Organisation Mondiale de la Santé, 1981.
- 9 — OMS — Les modes actuels de l'allaitement maternel: rapport d'une étude collective de l'OMS sur l'allaitement maternel — Genève: OMS, 1981, p. 227.
- 10 — OMS — Division de la santé de la famille — prévalence et durée de l'allaitement maternel: études critique des données — Rapport Trimestrel de Statistiques Sanitaires Mondiales, 1982, 35 (2).
- 11 — SANTOS, N. T. et al. — Estudo sobre a prevalência e duração do aleitamento materno em comunidades portuguesas, suburbanas e rurais — Rev. Portuguesa de Pediatria, 1984, 15 (supl. 3).
- 12 — WHO — Methodology for determinations of breast feeding patterns. Maternal and child health — WHO, Geneva, 1981; MCH/BF/SUR/81.1.

## DOENÇAS DO APARELHO CIRCULATÓRIO: QUANTAS MORTES FORAM EVITADAS DESDE 1980?

José Carlos Figueiras Marinho Falcão (\*)

A mortalidade por doenças do aparelho circulatório (CID9:25 a 30) tem seguido, em Portugal, uma tendência decrescente durante os últimos anos. Este decréscimo é nítido quando se comparam as taxas de mortalidade padronizadas pela idade (Quadro I).

A diminuição das taxas verifica-se, aliás, em ambos os sexos e, praticamente, em todos os grupos etários (Figura 1).

QUADRO I

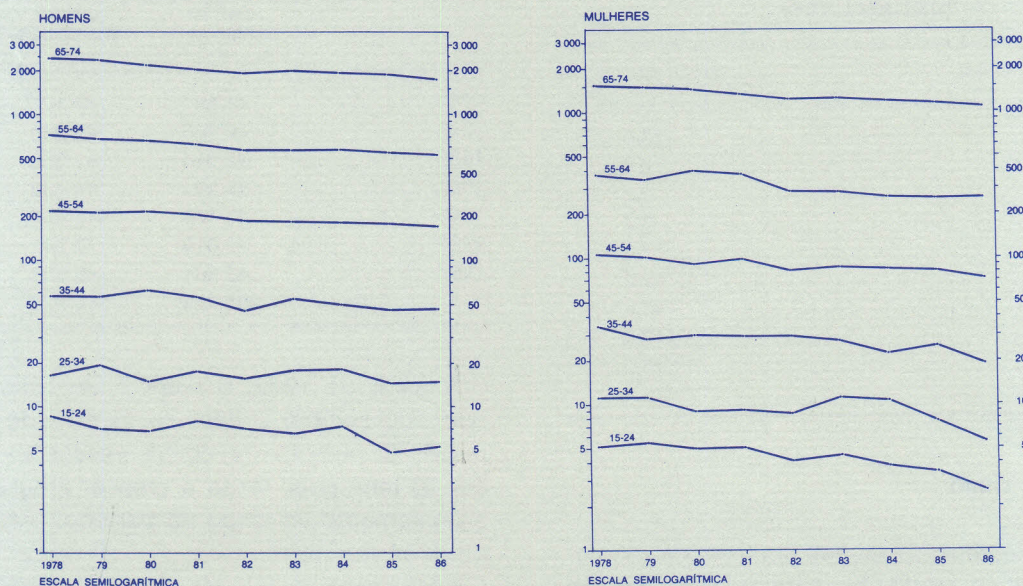
TAXAS DE MORTALIDADE (/100 000), PADRONIZADAS PELA IDADE, EM PORTUGAL, NO PERÍODO 1980-1987

1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987
419.0	431.9	400.6	411.3	404.1	393.1	370.9	362.9

(Método directo: população padrão europeia).

FIGURA 1

TAXA DE MORTALIDADE (100 000) POR DOENÇAS DO APARELHO CIRCULATÓRIO, NO PERÍODO 1978-1986 SEGUNDO O SEXO E A IDADE



(\*) Chefe de Divisão de Epidemiologia da DGCS.

Note-se que à diminuição das taxas de mortalidade não corresponde, obrigatoriamente, uma diminuição do número absoluto de óbitos. De facto, à diminuição do risco de morrer de uma população (expressa pela diminuição das taxas de mortalidade) pode corresponder uma estabilização ou mesmo um aumento do número de óbitos, como se tem, aliás, verificado em Portugal (Quadro III: col. 1).

Como é evidente, esta é apenas uma contradição aparente. Com efeito, em Portugal, a população residente tem sofrido uma evolução caracterizada pelo aumento quer do número total de habitantes quer da proporção de indivíduos idosos. Estes dois fenómenos demográficos tendem a induzir o aumento do número de óbitos por causas do aparelho circulatório ao longo dos anos, sem que tal aumento represente um risco de morrer acrescido.

Este trabalho objectiva tal fenómeno, convertendo em número de óbitos «evitados» a diminuição das taxas de mortalidade verificada nos últimos anos.

## MATERIAL E MÉTODOS

Simular-se-á a situação em que o risco de morrer por doenças do aparelho circulatório (expresso pelas taxas de mortalidade específicas para a idade) manteve de 1981 a 1987 os valores correspondentes a 1980 (Quadro II). Isto é, assumir-se-á que, em cada um desses anos, as taxas de mortalidade (homens + mulheres) em cada grupo etário não se alteraram.

QUADRO II

### TAXAS DE MORTALIDADE POR DOENÇAS DO APARELHO CIRCULATÓRIO (CID9:25 A 30) ESPECÍFICAS POR IDADE — PORTUGAL 1980

IDADE	TAXA (/100 000)
< 1 .....	23.0
1- 4 .....	2.0
5-14 .....	2.3
15-24 .....	6.2
25-34 .....	12.8
35-44 .....	42.2
45-54 .....	142.0
55-64 .....	442.0
65-74 .....	1 628.0
75 e + .....	5 679.4

### População em risco

Utilizar-se-ão como populações em risco as estimativas da população residente, para o meio do ano (30 de Junho), de 1981 a 1987, por grupos etários, publicadas pelo Instituto Nacional de Estatística.

## Cálculo do número de óbitos esperados

É possível estimar o número total de óbitos que se verificariam, em cada um daqueles anos, se a eles se aplicassem as taxas de mortalidade de cada grupo etário, verificadas em 1980.

Assim:

$$\text{Número de óbitos esperados no ano } j = \sum (\text{Taxa mort da idade } i \text{ (1980)} \times \text{pop. estim. de idade } i, \text{ no ano } j)$$

Para cada um dos anos pode, assim, calcular-se o número de óbitos esperados em cada um dos grupos etários. O seu somatório permite obter o número total de óbitos esperados, em Portugal, nesse ano, causados por doenças do aparelho circulatório.

A diferença entre o número total de óbitos esperados e o número de óbitos que verdadeiramente se verificaram representa o número de mortes que foram «evitadas» (se a mortalidade decresceu) ou que foram «provocadas» (se a mortalidade aumentou).

## RESULTADOS

Se durante os anos de 1981 a 1987, a população portuguesa tivesse estado sujeita às taxas de mortalidade de 1980, o número de óbitos anual causados por doenças do aparelho circulatório teria aumentado em mais de 1000 por ano (Quadro III: col. 2).

QUADRO III

### ÓBITOS OBSERVADOS, E E ESPERADOS E SUA DIFERENÇA NO PERÍODO 1981-1987, EM PORTUGAL

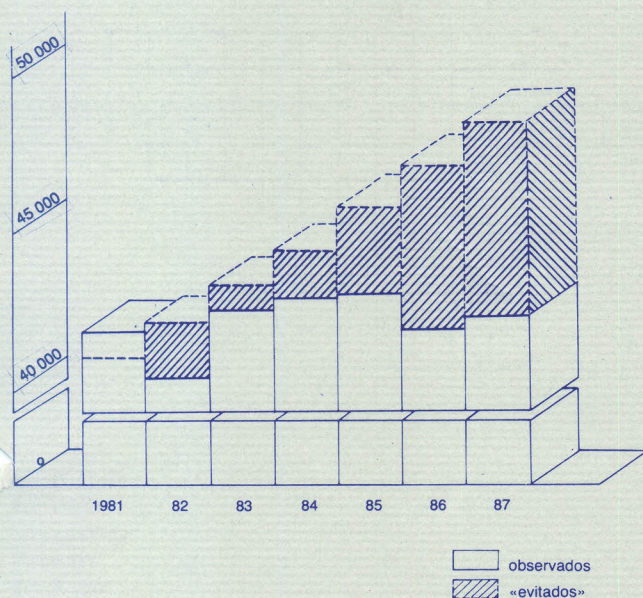
	ÓBITOS OBSERVADOS (1)	ÓBITOS ESPERADOS (2)	DIFERENÇA (1-2)
1981 .....	41 881	41 121	+ 760
1982 .....	40 405	42 244	- 1 839
1983 .....	42 614	43 356	- 742
1984 .....	42 984	44 463	- 1 479
1985 .....	43 139	45 811	- 2 672
1986 .....	42 019	47 241	- 5 222
1987 .....	42 381	48 573	- 6 192
<i>Total</i> ...	295 423	312 573	- 17 386

A partir de 1982, o número de óbitos verificados tem sido sempre inferior ao número de óbitos esperados. O número de óbitos «evitados» (Quadro III, col. 3) tem, pois, vindo a crescer progressiva e consistentemente ao longo do período, atingindo o valor de 6192 em 1987.

Analisando a totalidade do período 1981-1987 pode, adicionalmente, estimar-se que cerca de 17 400 óbitos terão sido «evitados» nesses 7 anos.

FIGURA 2

ÓBITOS OBSERVADOS E «EVITADOS», POR DOENÇAS DO APARELHO CIRCULATÓRIO, NO PERÍODO 1981-1987, EM PORTUGAL



## DISCUSSÃO

A diminuição da mortalidade por doenças do aparelho circulatório registada nos últimos anos em Portugal está, muito provavelmente, relacionada com os esforços de prevenção primária e secundária e com a melhoria das condições de diagnóstico e terapêutica deste grupo de doenças.

Importa, no entanto, ter presente que tal diminuição da mortalidade pode ser também explicada, no todo ou em parte, por outros fenómenos. Deles se devem destacar:

### 1 — A evolução espontânea das taxas de mortalidade

A diminuição das taxas poderá corresponder à evolução espontânea da mortalidade por este grupo de doenças e ser independente dos esforços de prevenção, de diagnóstico e de tratamento referido acima;

### 2 — Melhoria da qualidade do diagnóstico

A melhoria geral da qualidade dos diagnósticos poderá ter tornado mais frequente a identificação de outras doenças associadas a doenças do aparelho circulatório, induzindo uma transferência de diagnósticos de causas de óbitos destas para aquelas, com uma conseqüente diminuição artificial dos óbitos de causa circulatória.

### 3 — Erro sistemático nas estimativas da população

Tendo o último censo da população tido lugar em 1981, é esperável que as estimativas da população residente (que constituem os denominadores das taxas de mortalidade) se caracterizem por um grau de inexactidão não mensurável.

Se, eventualmente, a população dos grupos etários mais elevados estiver a ser sistematicamente sobrestimada ao longo dos anos, as taxas de mortalidade respectivas estarão subestimadas e, assim, a sua diminuição poderá ser, no todo ou em parte, artificial.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

— «Risco de Morrer em Portugal» — D. G. C. S. P., 1984, 1985 e 1986.



## POPULAÇÃO RESIDENTE EM PORTUGAL: ESTIMATIVA EM 30/6/1987

DISTRITOS	HOMENS E MULHERES	HOMENS	MULHERES
Aveiro .....	663 000	322 000	341 000
Beja .....	178 800	89 400	89 400
Braga .....	767 650	374 250	393 400
Bragança .....	185 150	93 700	91 450
Castelo Branco .....	224 850	109 300	115 550
Coimbra .....	446 350	212 050	234 300
Évora .....	174 950	85 400	89 550
Faro .....	340 200	167 550	172 650
Guarda .....	197 250	95 850	101 400
Leiria .....	435 550	213 400	222 150
Lisboa .....	2 125 250	1 003 800	1 121 450
Portalegre .....	138 050	67 700	70 350
Porto .....	1 664 150	803 850	860 300
Santarém .....	460 700	223 100	237 600
Setúbal .....	770 300	376 350	393 950
Viana do Castelo .....	265 950	123 100	142 850
Vila Real .....	263 500	130 700	132 800
Viseu .....	424 050	206 950	217 100
Açores .....	253 850	125 800	128 050
Madeira .....	270 450	125 550	144 900
Portugal .....	10 250 000	4 949 850	5 300 200

# PASSATEMPO EPIDEMIOLÓGICO

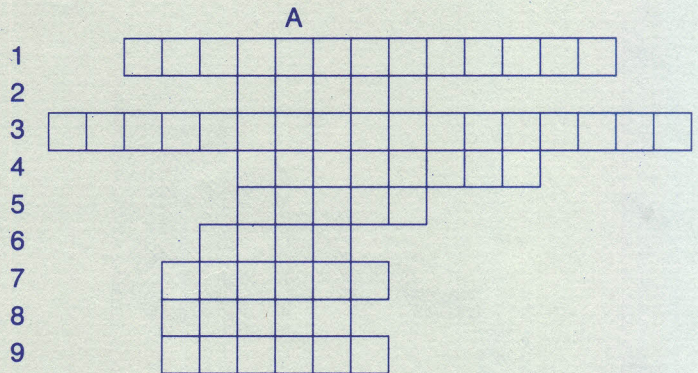
## Vertical:

A — Esta situação muito frequente é factor de risco para muitas doenças, está ausente nos «jockeys» profissionais e é vulgarmente medida através do índice de Quelelet =  $\frac{\text{peso (em kg)}}{\text{Altura}^2 \text{ (em metros)}}$

## Horizontais:

- 1 — Chama-se a um estudo epidemiológico em que a informação recolhida é referente ao passado, e utiliza-se frequentemente para designar os estudos caso-controle.
- 2 — O correcto preenchimento do seu certificado é essencial para a qualidade de um importante sistema de informação de saúde.
- 3 — As crianças cujas mães tomaram esta hormona durante a gravidez, têm um risco aumentado de desenvolver cancro da vagina.
- 4 — A ingestão regulares de doses apropriadas deste medicamento muito conhecido parece estar associado a uma diminuição do risco de enfarte de miocárdio, pelo menos, nos Estados Unidos da América.
- 5 — Este distrito litoral tem habitualmente as taxas de mortalidade por bronquite crónica, enfisema e asma mais elevada do país.
- 6 — A esperança dela tem vindo a aumentar em Portugal, sendo maior no seio feminino do que no sexo masculino.
- 7 — Em 1985, ainda se registaram 28 óbitos provocados por essa doença bacteriana evitável pela vacinação. todos os óbitos ocorreram em idades superiores a 24 anos.
- 8 — É o nome de um programa de intervenção dirigido essencialmente contra 5 factores de risco (tabaco, álcool, «vícios» alimentares, inactividade física e «stress») em execução no distrito de Setúbal.

9 — Esta lesão pode ocorrer em órgãos muito diferentes. A localização gastro-duodenal provocou, em 1985, a morte de 245 homens e de 146 mulheres em Portugal.



- 9 — ÚLCERA
- 8 — CINDI
- 7 — TÉTANO
- 6 — VIDA
- 5 — VIANA
- 4 — ASPIRINA
- 3 — DIETILESTIBESTROL
- 2 — ÓBITO
- 1 — RETROSPECTIVO
- A — OBESIDADE

SOLUÇÕES

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  
DIRECÇÃO-GERAL DA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA  
DO MINISTÉRIO DAS FINANÇAS

RUA ALMEIDA BRANDÃO, 13-A — 1200 LISBOA

AGOSTO/88  
1500 EXEMPLARES  
DEPÓSITO LEGAL 10 856/86  
ISSN 0871-0813