

# saúde em números

MAIO - 1989

VOL. 4 N.º 2

## SUMÁRIO

- 9 ANOS DE VIDA POTENCIAIS PERDIDOS — EVOLUÇÃO (1976-1986)  
13 PORQUE NÃO DESCEM AS TAXAS DE MORTALIDADE POR TUMOR  
MALIGNO DO ESTÔMAGO NA REGIÃO NORTE?

## ANOS DE VIDA POTENCIAIS PERDIDOS: — Evolução (1976-1986)

*Luís Cayolla da Mota (a)*  
*Maria Luísa Sequeira (b)*  
*José Luís Castanheira (c)*

### 1. INTRODUÇÃO

Na sequência de trabalho anterior (1), estuda-se a evolução (1976, 1981 e 1986) — global, por sexos, da mortalidade por causas a partir dos *anos de vida potencial perdidos*, computados através das mortes ocorridas entre 1 e 69 anos.

(a) Escola Nacional de Saúde Pública.  
(b) Departamento de Estudos e Planeamento da Saúde.  
(c) Direcção-Geral dos Cuidados de Saúde Primários.

O programa informático e os cálculos realizados são da responsabilidade do Departamento de Estudos e Planeamento da Saúde.

Admite-se que tal procedimento facilita uma hierarquização coerente dos grandes problemas de saúde nacionais com tradução na nossa mortalidade e a opção por eventuais tomadas de decisão estratégicas quanto a medidas apropriadas para o seu controlo ou prevenção.

Nesta nota prévia apenas se pretende divulgar os primeiros resultados obtidos a nível nacional e salientar um ou outro que se julga de particular interesse. Em trabalho ou trabalhos futuros dar-se-ão conta dos resultados e diferenças distritais.



## 2. METODOLOGIA

A análise dos resultados baseia-se na taxa específica de anos de vida potenciais perdidos que traduzem o que se designa por «mortalidade precoce»:

$$\text{TAVPP} = \frac{\text{anos de vida potencial perdidos (total)}}{\text{população (1-69 anos)}} \times 100.000$$

Para uma descrição metodológica detalhada, consultar o trabalho acima referido (1).

As causas de morte seleccionadas foram-no em função da sua magnitude — as inseridas neste estudo englobam mais de 90% das mortes de causa conhecida — ou do seu significado potencial, não só quanto ao seu controlo como também no que se refere à presunção da eficácia e qualidade dos cuidados prestados.

## 3. RESULTADOS

Os quadros 1 a 4 e as figuras 1 a 3 inserem as taxas de anos de vida potenciais perdidos — TAVPP — para algumas das causas seleccionadas.

Apesar da melhoria inegável das condições de saúde da população portuguesa, a evolução daquelas taxas sugere que o ritmo de decréscimo de algumas causas de morte sofreu abrandamento na década de 80.

## Doenças Transmissíveis

Globalmente, o decréscimo pode considerar-se espectacular. Porém, o valor das taxas referentes às doenças evitáveis pela aplicação correcta do Programa Nacional de Vacinação em 1981 e, particularmente, em 1986, não pode deixar de se considerar ainda elevado para a época, sobretudo quando comparado com as de outros países da Europa Ocidental (2, 3). Consideramos, assim, que a mortalidade «precoce» imputável àquelas doenças em meados da década de 80 ainda poderá ser substancialmente reduzida.

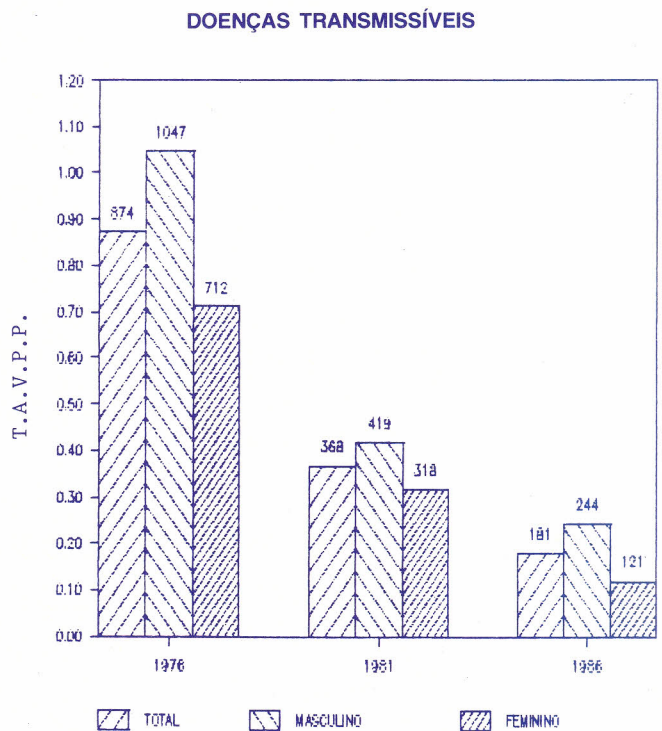


Fig. 1 — TAVPP — Taxa de anos de vida potenciais perdidos, por 100 000 habitantes (0-69 anos)

QUADRO 1  
DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS — TAVPP — 0-69 ANOS (por 100 000)

CAUSA DE MORTE	CID 9	CID 8	1976	1981	1986
Total .....	01-07	A1-A44	874	368	181
Sexo masculino .....	—	—	1 047	419	244
Sexo feminino .....	—	—	712	318	121
Dift., t. conv. tet., polio e sarampo .....	033, 034, 037, 040 e 042	A15, A16, A20 A22 e A25	83	34	12

TAVPP — Taxa de anos de vida potenciais perdidos.

## Neoplasias malignas

QUADRO 2

### NEOPLASIAS MALIGNAS — TAVPP (por 100 000)

CAUSA DE MORTE	CID 9	CID 8	1976	1981	1986
Total .....	08, 14 e 16	A45-A60	1 188	1 096	1 072
Sexo masculino .....	—	—	1 266	1 212	1 175
Sexo feminino .....	—	—	1 115	984	974
C. estomago .....	091	A47	193	165	147
C. pulmão .....	101	A51	95	103	117
C. mama feminina .....	113	A54	113	113	117
C. colon. e recto .....	093-094	A48-A49	110	79	88
C. esófago .....	090	A46	28	29	25
C. colo do útero .....	120	A55	37	19	21

TAVPP — Taxa de anos de vida potenciais perdidos.

### NEOPLASIAS MALIGNAS SELECCIONADAS

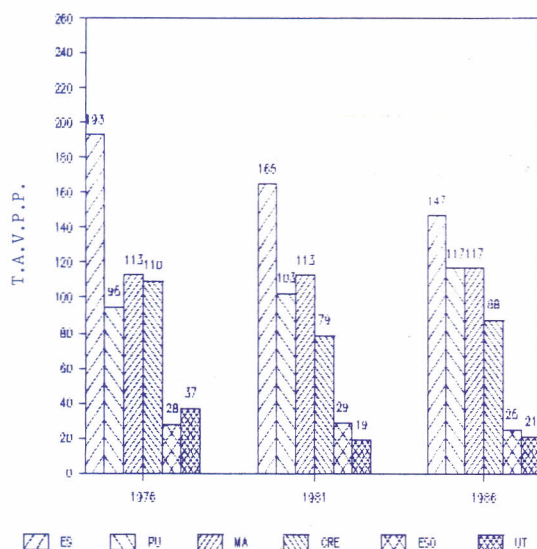


Fig. 2 — TAVPP — Taxa de anos de vida potenciais perdidos, por 100 000 habitantes (1-69 anos)

A universalidade e a acessibilidade aos cuidados médicos, a melhoria da qualidade dos cuidados prestados e os avanços tecnológicos, deveriam contribuir para adiar as mortes, aumentar a prevalência e reduzir a taxa de anos de vida potenciais perdidos por neoplasias. Todavia, tais efeitos ainda se não verificam excepto talvez para o cancro do colo do útero e para o do estômago, cuja redução contudo pode ser imputada antes à baixa progressiva da respectiva incidência, a exemplo do que, desde há anos, se vem verificando nos outros países da Europa Ocidental.

## Doenças do Aparelho Circulatório

QUADRO 3

### DOENÇAS DO APARELHO CIRCULATÓRIO — TAVPP (por 100 000)

CAUSA DE MORTE	CID 9	CID 8	1976	1981	1986
D. apar. circulat. ....	25-30	A80-A88	1 391	1 070	879
Sexo masculino .....	—	—	1 775	1 384	1 179
Sexo feminino .....	—	—	1 030	768	590
D. coração .....	25, 27, 28, 260	A80-A84	802	573	464
D. reumat. card. ....	250, 251	A80, A81	121	71	34
D. isquém. cor. ....	27	A83	381	309	270
D. cerebrovasc. ....	29	A85	506	446	365

TAVPP — Taxa de anos de vida potenciais perdidos.

Neste grupo verificam-se os decréscimos mais acentuados:

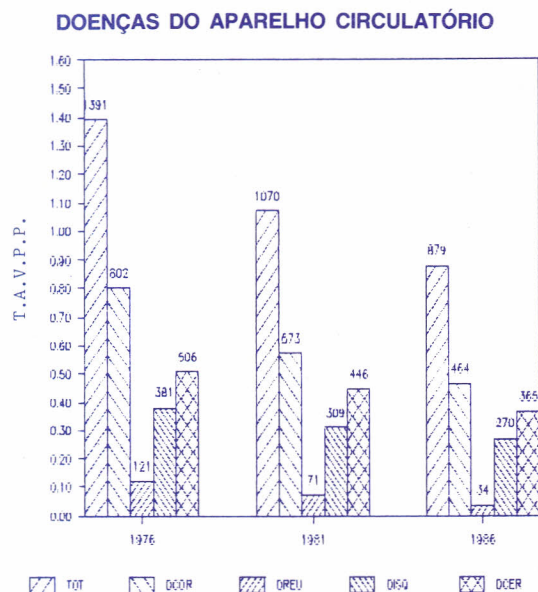


Fig. 3 — TAVPP — Taxa de anos de vida potenciais perdidos, por 100 000 habitantes (1-69 anos)

Esperemos que esta evolução favorável, resultado de um certo número de factores, aos quais não será certamente alheia a evolução recente de comportamentos relacionados com a saúde e os estilos de vida, mercê de um inegável aumento da informação e da educação para a saúde, se continue a verificar e até a acentuar.

### Vária

Nas restantes causas de morte estudadas, os decréscimos verificados são muito desiguais mas, de uma maneira geral, traduzem uma evolução positiva:

QUADRO 4  
SITUAÇÕES VÁRIAS — TAVPP (por 100 000)

CAUSA DE MORTE	CID 9	CID 8	1976	1981	1986
Acidentes .....	E47-E53	AE138-146	1 901	1 714	1 172
Acid. veíc. motor .....	E471	AE138	1 096	1 073	685
Intox. acidentais .....	E48	AE140	78	41	17
Suicídios .....	E54	AE147	175	163	161
Homicídios .....	E55	AE148	48	37	39
Diabetes .....	181	A64	61	60	59
D. cron. fígado e cir. ....	347	A102	446	348	307
Pneumonia e gripe .....	321-322	A90-A92	362	154	103
Bronq. cr, enf. e asma .....	323	A93	153	96	61
Anomalias congénitas .....	44	A126-A130	592	463	328

TAVPP — Taxa de anos de vida potenciais perdidos.

Obs.: Mortes por «senilidade» e por causa desconhecida 13,8% (1976), 12,2% (1981) e 11,8% (1986).

É de salientar a posição cimeira dos «acidentes», sobretudo dos «devidos a veículos a motor» (vulgo «acidentes de tráfego») que, apesar do decréscimo em anos de vida potenciais perdidos verificado desde 1976, constituem ainda, entre nós, a principal causa de «mortalidade precoce».

É igualmente de assinalar a persistência da percentagem anual de óbitos de «causa desconhecida» (incluindo a senilidade), certamente demasiado elevada para a Europa Ocidental, em que nos situamos, e que, em nossa opinião, denuncia um nível ainda

deficiente de cobertura médica efectiva e a desatenção com que são preenchidos alguns certificados de óbito.

### 4. CONCLUSÃO

Em síntese, os resultados preliminares deste trabalho parecem confirmar:

- A evolução favorável das condições de saúde da população portuguesa, quando apreciada pelas taxas de «mortalidade precoce»;

- O ritmo desigual e as assimetrias com que tal evolução se tem estado a verificar quanto às principais causas de morte;
- A necessidade de serem incrementadas (ou, reforçadas) estratégias conducentes ao controlo de alguns problemas específicos, nomeadamente daqueles que melhor se podem controlar pela prevenção (sobretudo os acidentes de tráfego e as doenças transmissíveis evitáveis pela vacinação), isto é, afinal os que relevam sobretudo da rede de cuidados de saúde primários;

#### REFERÊNCIAS

- 1 — Cayolla da Mota L., Sequeira M. L. Mortes prematuras em Portugal por causas principais, 1971-1983. Coleção DEPS «Saúde 2000», n.º 1, 1985.
- 2 — Organização Mundial de Saúde. World Health Statistics Series. Genève volumes publicados de 1970 a 1987.
- 3 — Garcia Rodriguez L. A. e Cayolla da Mota L. Years of Portential Life Lost: Application of an index for assessing premature mortality in Spain and Portugal. Organização Mundial de Saúde, Divisão de Informação de Saúde (no prelo).

## PORQUE NÃO DESCEM AS TAXAS DE MORTALIDADE POR TUMOR MALIGNO DO ESTÔMAGO NA REGIÃO NORTE?

*José Marinho Falcão (\*)*

*Ana Maria da Costa Miranda (\*)*

*Zilda Paulo Pimenta (\*)*

A mortalidade por tumores malignos ocupa o 2.º lugar de entre as principais causas de morte em Portugal, sendo o cancro do estômago (CID-9:091) a neoplasia mais importante neste contexto, desde há vários anos.

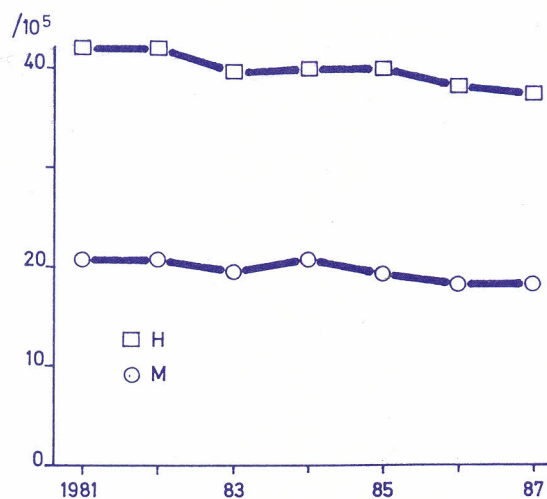
Observando a evolução das taxas de mortalidade padronizadas, pela idade em Portugal entre 1981 e 1987 verificamos que houve um ligeiro decréscimo (Quadro 1), mais marcado no sexo masculino (Fig. 1).

QUADRO 1  
NEOPLASIA GÁSTRICA:  
EVOLUÇÃO DAS TAXAS DE MORTALIDADE PADRONIZADAS PELA IDADE  
SEGUNDO O SEXO (POPULAÇÃO PADRÃO EUROPEIA)

		1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987
Portugal .....	H	41.7	41.8	39.5	39.8	39.9	38.0	37.3
	M	20.7	20.6	19.4	20.7	19.3	18.2	18.2
R. Norte .....	H	50.4	51.1	49.8	49.4	51.0	46.8	50.8
	M	25.6	25.6	26.1	27.7	24.8	23.8	26.4
R. Centro .....	H	34.9	38.4	34.5	35.0	35.3	32.6	32.2
	M	19.0	19.0	18.1	18.0	17.4	16.6	15.7
R. Sul .....	H	45.1	41.4	39.2	39.6	36.6	41.1	34.0
	M	18.6	17.7	19.7	18.6	16.7	15.7	14.5

(\*) Divisão de Epidemiologia da DGCSP.

FIGURA 1  
**NEOPLASIA GÁSTRICA:**  
**TAXAS DE MORTALIDADE PADRONIZADAS**  
**PORTUGAL 1981-1987**

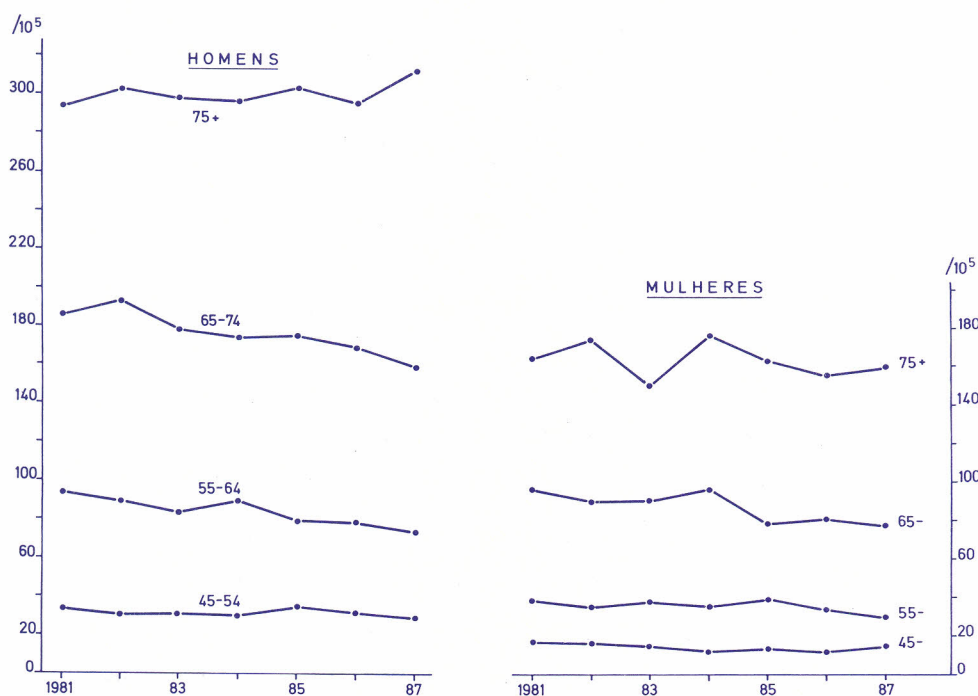


### EVOLUÇÃO DAS TAXAS, POR GRUPOS ETÁRIOS

Ao analisarmos a mortalidade específica, segundo o sexo, e a idade constatamos que o decréscimo é constante em todos os grupos etários excepto no de

75 e mais anos. Neste grupo e particularmente no sexo masculino (Fig. 2), desenha-se uma tendência crescente.

FIGURA 2  
**NEOPLASIA GÁSTRICA:**  
**TAXAS DE MORTALIDADE ESPECÍFICAS POR GRUPOS ETÁRIOS**  
**PORTUGAL 1981-1987**



## EVOLUÇÃO DAS TAXAS, POR REGIÕES

É interessante verificar se a evolução das taxas de mortalidade por neoplasia gástrica tem um comportamento homogêneo nas diferentes regiões de Portugal.

A habitual análise por distrito está inviabilizada face ao reduzido número de óbitos que ocorrem em cada um. Assim, decidiu-se agregar a informação em três regiões mais vastas.

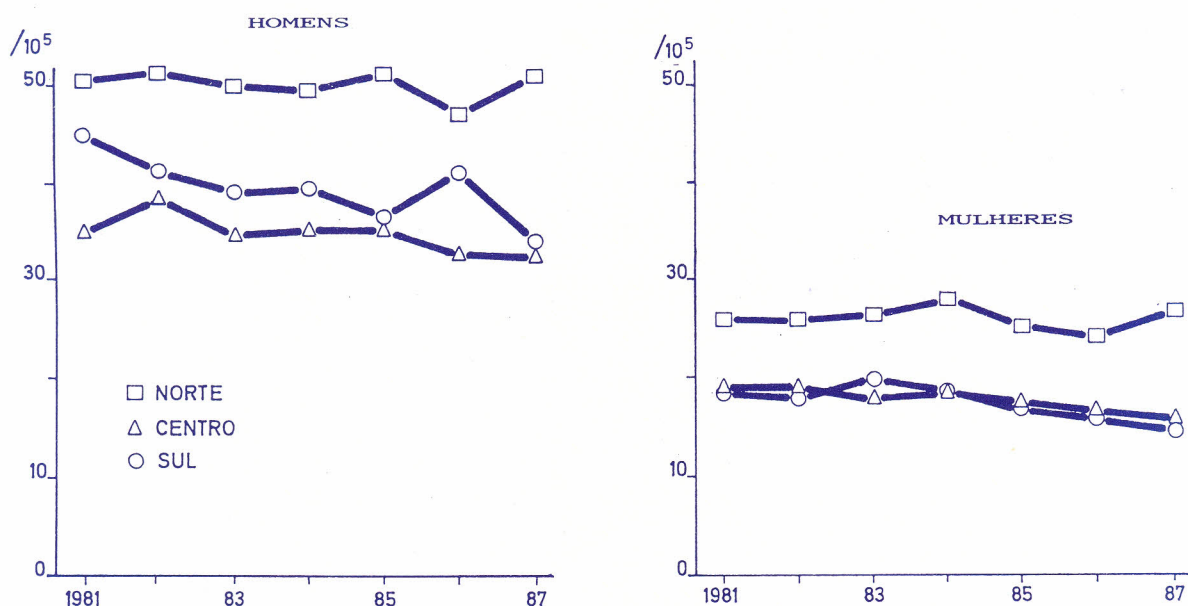
Agruparam-se, para tal, todos os distritos a norte do rio Douro e o da Guarda, (que, no Norte, constituem uma mancha com as mais elevadas taxas de mortalidade do País), para constituir uma região designada «Norte». Os restantes distritos a Norte do rio Tejo (incluindo Santarém), constituindo no seu conjunto uma mancha com as mais baixas taxas de

mortalidade do País, foram agrupados numa região «Centro». Os restantes distritos a Sul do rio Tejo constituem a região «Sul».

Se observarmos o comportamento da mortalidade por tumor maligno do estômago, no período em estudo, verificamos que a região Norte, para além de apresentar sempre as taxas padronizadas de mortalidade mais elevadas (Fig. 3), denota uma estabilização, enquanto que nas restantes regiões se observa uma tendência decrescente.

A interpretação destes dois fenómenos deve ter em consideração diferentes factores explicativos, alguns dos quais se enunciam a seguir.

FIGURA 3  
NEOPLASIA GÁSTRICA:  
TAXAS DE MORTALIDADE PADRONIZADAS PELA IDADE EM 3 REGIÕES  
1981-1987



### Taxas mais elevadas na região Norte

Este facto costuma ser interpretado como o reflexo de uma mais elevada incidência da neoplasia gástrica naquela região, como consequência da exposição mais intensa aos factores de risco.

No entanto, não devem ser ignoradas algumas explicações alternativas, como as que se enunciam a seguir:

1 — Uma menor capacidade de diagnóstico da doença, nas regiões Centro e Sul, poderia

acarretar uma subestimação das taxas, naquelas regiões.

2 — Uma letalidade mais elevada na região Norte (por diagnóstico e tratamento mais tardio ou comportamento mais maligno da neoplasia) geraria taxas de mortalidade mais elevadas, para a mesma taxa de incidência.

3 — Diferenças na forma de preenchimento dos certificados de óbito, induzindo um mais fre-

quente registo do diagnóstico de neoplasia gástrica na região Norte, provocariam o mesmo efeito.

### **Estabilidade das taxas na região Norte**

É atrativo admitir que a estabilidade das taxas que se verifica na região Norte, ao contrário das outras regiões, seja devida a estabilidade das taxas de incidência. Esta interpretação pressupõe que a população daquela região tem continuado exposta às causas da doença, ao contrário das restantes populações em que a intensidade da exposição terá, provavelmente, diminuído.

Também para este fenómeno outras explicações podem ser consideradas:

#### **1. Modificação da letalidade**

A letalidade da doença poderia ter vindo a diminuir nas regiões Centro e Sul (melhoria progressiva do diagnóstico precoce ou da terapêutica, ou diminuição da malignidade da doença) sem que tal se verificasse na região Norte.

#### **2. Deficiências nas estimativas das populações em risco**

Erros nas estimativas da população, que ocorressem na região Norte e não nas restantes regiões, poderiam explicar a estabilidade das taxas.

Tal facto poderia verificar-se se, por exemplo, o regresso de emigrantes fosse mais intenso no Norte e tivesse lugar, de forma continua entre 1981 e 1987. Eventualmente, as estimativas da população poderiam não ter considerado este fenómeno de imigração, gerando uma subestimação progressivamente crescente das populações em risco, ao longo do período.

É certo que os emigrantes regressados contribuem para o numerador da taxa de mortalidade, quando morrem de neoplasia gástrica. Assim um erro nas estimativas da população poderia sobrestimar as taxas, mascarando uma diminuição que, efectivamente, estivesse a ocorrer na região Norte.

Não é fácil, nem cabe no âmbito deste trabalho, saber se as aplicações enunciadas são responsáveis pelos dois fenómenos descritos ou até que ponto contribuem para a situação encontrada.

Saliente-se apenas a necessidade de os ter em consideração e de tentar a sua confirmação ou exclusão, se tal se revelar justificável e possível.

### **REFERÊNCIAS**

- 1 — DGCS — Risco de Morrer II, 1984-1987.
- 2 — INE — Dados de Mortalidade disponíveis, não publicados — 1981-1987.
- 3 — DEPS — Altas do Cancro em Portugal 1980-1982. Lisboa, 1987.

**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  
MINISTÉRIO DAS FINANÇAS  
RUA ALMEIDA BRANDÃO, 13-A — 1200 LISBOA  
JUNHO/89  
2000 EXEMPLARES  
DEPÓSITO LEGAL 10 856/86  
ISSN 0871-0813

**Autorizada a reprodução total ou parcial de figuras e texto sem autorização prévia, desde que sejam referidas a fonte e o autor**