

# saúde em números

OUTUBRO 92

VOL. 7 N.º 4

## SUMÁRIO

- 25 SIDA NA COMUNIDADE EUROPEIA — Análise das Taxas de Incidência e Razões de Crescimento
- 27 MORTALIDADE POR INTOXICAÇÕES ACIDENTAIS EM CRIANÇAS: SERÁ QUE CONTINUAMOS NO BOM CAMINHO?
- 29 CONSULTAS DE CLÍNICA GERAL PARA PROCEDIMENTOS ADMINISTRATIVOS

## SIDA NA COMUNIDADE EUROPEIA Análise das Taxas de Incidência e Razões de Crescimento

*Eduardo Magalhães\**  
*Manuela Lucas\*\**

### INTRODUÇÃO

A análise dos dados publicados é frequentemente um exercício metodológico interessante e eventualmente útil. Permite aos autores "tomarem o pulso" da informação que estudam, enriquecendo os seus conhecimentos.

Face à actualidade da SIDA e estando disponível o relatório N.º 31 do Centro Europeu para a Vigilância Epidemiológica da Sida de 30 de Setembro de 1991 divulgado no documento n.º 57 da Comissão Nacional de Luta contra a Sida (CNLCS)<sup>(1)</sup> os autores uti-

lizaram-no como base de trabalho e propuseram-se realizar uma breve análise dos mesmos dados.

### METODOLOGIA

A informação estudada refere-se às taxas de incidência de Sida observadas nos doze países da Comunidade Europeia (CE) até 1990 <sup>(1)</sup>.

Com base nestas taxas calcularam-se as Razões de Crescimento (RC), sendo o numerador a taxa de incidência no ano anterior (p. ex. RC em 1984 = TI em 1984 / TI em 1983).

Para maior legibilidade gráfica, dividiram-se os dozes países em dois blocos de seis, tendo como critério terem taxas de incidên-

\* Assistente de Saúde Pública do CS de Sobral de Monte Agraço (ARS Lisboa)

\*\* Assistente de Saúde Pública do CS da Alameda (ARS de Lisboa).



cia anuais superiores ou inferiores a vinte por milhão de habitantes (20/1.000.000).

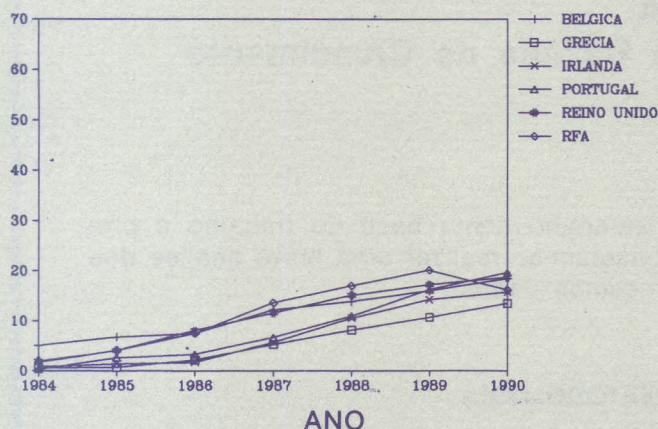
Deste modo figuram como países que ainda não atingiram a taxa de 20 por milhão a Bélgica, a Grécia, a Irlanda, Portugal, Reino Unido e a República Federal Alemã; a Dinamarca, a Espanha, a França, a Itália, o Luxemburgo e a Holanda já ultrapassaram aquela taxa.

É de referir que o Luxemburgo tem uma pequena base populacional, cerca de 250.000 habitantes, e escassos casos de Sida, pelo que se recomenda precaução na leitura das razões de crescimento.

## RESULTADOS

No grupo de países com taxas de incidência mais baixas observa-se uma evolução muito semelhante, à excepção da RFA que mostra as taxas mais elevadas e um decréscimo entre 1989 e 1990, sendo as taxas mais baixas as apresentadas pela Grécia (Fig. 1).

Fig. 1 — TAXAS DE INCIDÊNCIA DE SIDA NA CE por 1.000.000 de habitantes

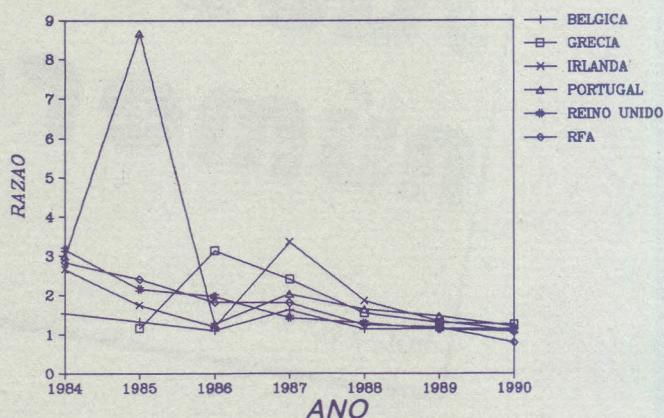


(Fonte: Centre collaborateur OMS-CE sur le Sida — Rapport N.º 31)

Ao aplicarmos as razões de crescimento anual observamos algumas diferenças entre os países, nomeadamente um pico em Portugal no ano de 1985 devido ao escasso número de casos notificados em 1984. Verifica-se um pico, embora menos acentuado, na Grécia em 1986 e na Irlanda em 1987 (Fig. 2).

De referir ainda que a tendência de crescimento é cada vez menos acentuada e mais uniforme para estes países, sendo pouco superior o número

Fig. 2 — SIDA NA COMUNIDADE EUROPEIA Razões de Crescimento



de novos casos anuais comparativamente aos novos casos do ano anterior.

No grupo de países com taxas de incidência mais elevadas, isto é, superiores a 20/1.000.000 de habitantes verificam-se diferenças mais acentuadas.

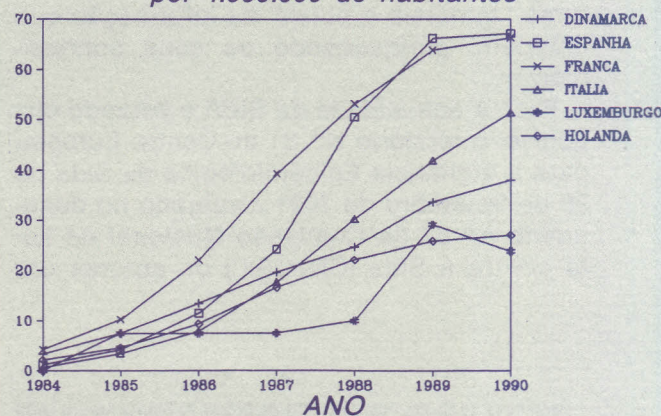
A França apresenta os valores mais elevados do grupo até 1988 (53.2/1.000.000) e mantém aumento de incidência até 1990.

A Espanha mostra a subida mais brusca dos valores até 1990 tendo ultrapassado as taxas de incidência da França em 1989 e em 1990.

A Itália, com valores mais baixos que os países anteriores, continua em aumento, atingindo em 1990 51.4/1.000.000.

Tanto a Holanda como a Dinamarca apresentam igualmente perfis de incidência crescentes, cifrando-se as TI em 1990 em 38.0 e 27.1/1.000.000, respectivamente (Fig. 3).

Fig. 3 — TAXAS DE INCIDÊNCIA DE SIDA NA CE por 1.000.000 de habitantes



(FONTE: Centre collaborateur OMS-CE sur le Sida — Rapport N.º 31)

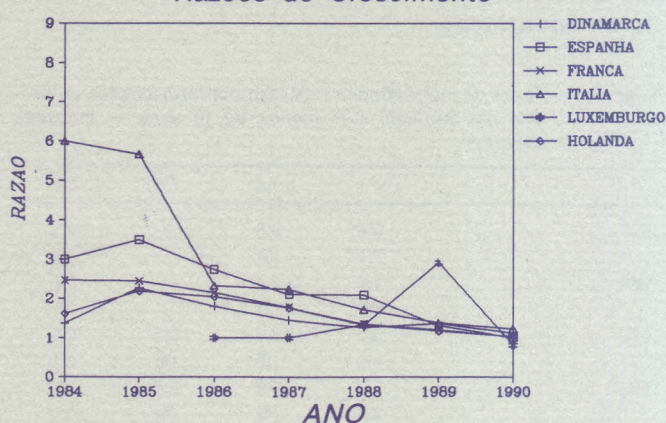
Ao analisar as RC verifica-se que após um período inicial de forte crescimento até 1985, este estabilizou entre RC de 3 e 2 de 1986 a 1988, para a partir de 1988 se situar entre as 2 e 1 unidade, à excepção do Luxemburgo, por razões já apontadas na metodologia (Fig. 4).

## CONCLUSÕES

É plausível que na CE a taxa de incidência da SIDA caminhe para uma fase de estabilização, quer em países com taxa de incidência baixa, quer em países com taxas de incidência mais elevadas, mostrando apenas a RFA e o Luxemburgo RC ligeiramente abaixo de 1.

Porém, não se verifica ainda a inflexão do fenómeno, pelo que se mantém um problema importante de Saúde Pública.

Fig. 4 — SIDA NA COMUNIDADE EUROPEIA  
Razões de Crescimento



## REFERÊNCIAS

- 1 — OMS — "Rapport trimestriel N.º 31" — Centre Collaborateur OMS-CE sur le Sida in Centro de Vigilância Epidemiológica de Doenças Transmissíveis, CNLCS, DOC. 57 — "A situação na Europa a 30 de Setembro de 1991" — Instituto Nacional de Saúde de Lisboa — Janeiro de 1992.

## MORTALIDADE POR INTOXICAÇÕES ACIDENTAIS EM CRIANÇAS: SERÁ QUE CONTINUAMOS NO BOM CAMINHO?

Isabel Marinho Falcão\*

### INTRODUÇÃO

As taxas de mortalidade por intoxicações acidentais em crianças com menos de 10 anos foram, até ao início da década de 80, claramente mais elevadas em Portugal do que nos outros países da Europa, (1, 2). A partir de 1984, e nos quatro anos seguintes, evidenciou-se um decréscimo consistente dos valores daquelas taxas (3), embora continuassem mais elevadas que os dos restantes países europeus. Parece portanto oportuno verificar, passados mais quatro anos, se aquela tendência se manteve.

### MATERIAL E MÉTODOS

Estudou-se a evolução das taxas de mortalidade por intoxicações acidentais em crianças em Portugal nos últimos anos, desde 1988, e comparou-se com as taxas de alguns países europeus.

Para Portugal, as taxas de mortalidade por intoxicações acidentais foram calculadas a partir de dados de mortalidade não publicados e da estimativa da população do Instituto Nacional de Estatística (4). Por não haver dados disponíveis sobre população por grupos etários para 1991, foi considerada para aquele ano a estimativa da população em 1990.12.31.

As taxas de mortalidade dos países europeus utilizadas para comparação foram extraídas das "World Health Statistics" da Organização Mundial de Saúde (1).

### RESULTADOS

No período 88-91 o grupo etário 1-4 anos regista, como habitualmente, o maior número de óbitos. Observa-se alguma instabilidade das taxas de mortalidade, que é, no entanto, compatível com tendência para manter o decréscimo (Quadro 1).

O grupo etário < 1 anos regista em 1991 a taxa de mortalidade mais elevada desde 1983, embora o reduzido número de óbitos torne aquele valor de interpretação difícil.

\* Assistente de Clínica geral — Divisão de Epidemiologia.

No grupo etário 5-9 anos não ocorreram óbitos em dois anos sucessivos, facto este que nunca tinha acontecido.

Quadro 1 — Taxas de mortalidade (\ 100 000) por intoxicações acidentais em crianças com menos de 10 anos — Portugal: 1988/1991

	<1	1-4	5-9	0-9
1988 .....	0.8 (1)	0.6 (3)	—	0.3 (4)
1989 .....	1.7 (2)	1.4 (7)	—	0.7 (9)
1990 .....	0.9 (1)	0.4 (2)	0.6 (4)	0.6 (7)
1991 .....	2.6 (3)	0.9 (4)	0.6 (4)	0.9 (11)

Nota: Número de óbitos entre parêntesis.

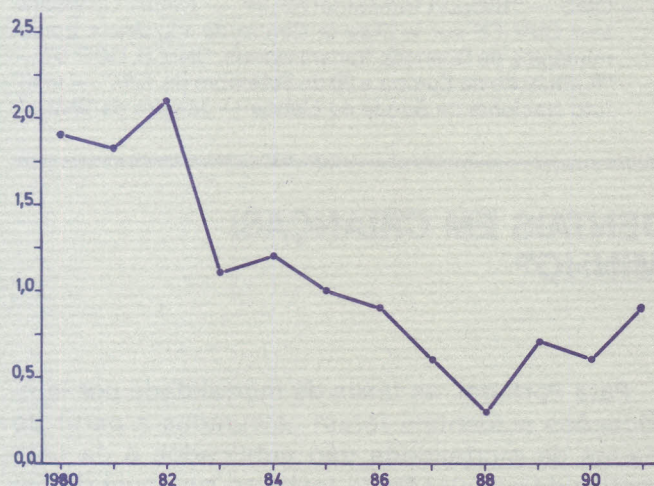


Fig. 1 — Taxas de mortalidade (\ 100 000) por intoxicações acidentais em crianças com menos de 10 anos. Portugal — 1980-1991.

Observando a evolução das taxas de mortalidade por intoxicações acidentais em crianças com menos de 10 anos, em Portugal, verifica-se um nítido decréscimo das taxas no período de 1980-1988, seguido de um acréscimo no período de 1989-1991 (Fig. 1).

Quadro 2 — Taxas de mortalidade (/100 000) por intoxicações acidentais (AE-140, CID-8, E-48, CID-9) em crianças de 1-4 anos de idade em Portugal e alguns países europeus — 1965-1990.

	Portugal	Itália	França	Noruega	Inglat.	Espanha
1965 .....	1.8	2.5	1.2	0.4	1.2	0.3
1970 .....	1.9	1.5	1.2	1.5	0.9	0.8

continua

	Portugal	Itália	França	Noruega	Inglat.	Espanha
<i>continuação</i>						
1973 .....	5.1	1.1	0.7	1.2	0.8	1.3
1976 .....	3.9	0.9	0.9	0.4	0.6	0.8
1977 .....	5.0	0.8	0.8	—	0.6	0.6
1978 .....	4.5	0.6	0.7	—	0.7	0.5
1979 .....	6.2	0.3	0.7	0.5	0.3	0.7
1980 .....	3.4	0.5	0.7	0.5	0.4	0.7
1981 .....	3.2	0.5	0.8	—	0.4	1.2
1982 .....	3.8	0.4	0.5	—	0.3	1.3
1983 .....	2.0	0.4	0.8	—	0.1	1.2
1984 .....	1.2	0.7	0.3	*	0.4	1.9
1985 .....	1.0	0.9	0.7	—	0.4	1.3
1986 .....	0.9	0.4	1.2	1.0	0.4	1.0
1987 .....	0.6	0.4	1.0	—	0.3	0.8
1988 .....	0.6	*	0.5	—	0.2	*
1989 .....	1.4	*	0.6	—	0.4	*
1990 .....	0.4	*	*	*	—	*
1991 .....	0.9	*	*	*	*	*

\* dados não disponíveis.

Comparativamente com outros países da Europa, verifica-se que, apesar da rápida aproximação dos últimos anos, Portugal continua com valores mais elevados.

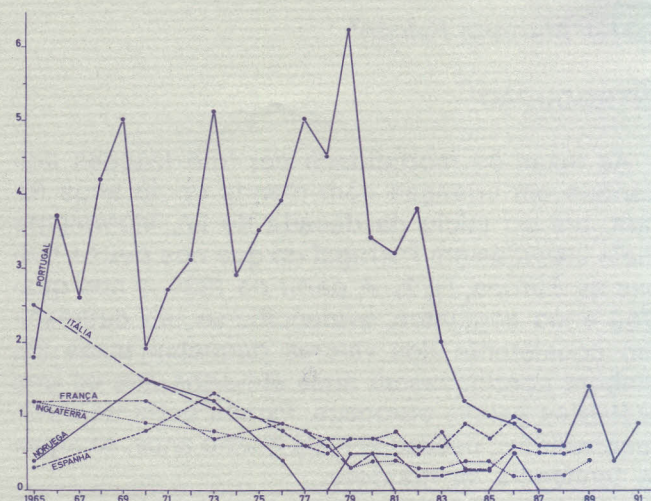


Fig. 2 — Taxas de mortalidade (/100 000) por intoxicações acidentais em crianças de 1-4 anos de idade, em Portugal e alguns países europeus — 1965-1991.

As estratégias de prevenção primária e a melhoria da prestação dos cuidados de saúde não foram suficientes para alcançar decréscimos relevantes das taxas de mortalidade nos últimos anos, pelo que dever-se-á reflectir sobre a viabilidade de intensificar novos esforços de prevenção.

---

## REFERÊNCIAS

- 1 — World Health Organisation. World Health Statistics. Geneve: WHO (vários anos).
  - 2 — DGCSP-Serv. Inf. Saúde: Intoxicações acidentais nas crianças: taxas de mortalidade em Portugal e na Europa. Saúde em números Agosto 1986; 1: 4-5.
  - 3 — DGCSP-Serv. Inf. Saúde: Mortalidade por intoxicações acidentais em crianças: evidência de uma evolução favorável. Saúde em Números Julho 1989 4: 20-21.
  - 4 — INE: dados não publicados sobre as causas de morte. INE: estimativa da população.
- 

## CONSULTAS DE CLÍNICA GERAL PARA PROCEDIMENTOS ADMINISTRATIVOS

Ana Maria Pisco\*

Luís Pisco\*

Antero Dias\*\*

Regina Carmona\*\*\*

José Marinho Falcão\*\*\*

### INTRODUÇÃO

Os médicos da Carreira de Clínica Geral referem-se com frequência ao que consideram uma excessiva sobrecarga de consultas que se destinam, essencialmente, a procedimentos administrativos.

Esta sobrecarga acarreta uma diminuição do tempo disponível para a realização de actos essencialmente clínicos, além de ocasionar desmotivação dos profissionais, dado o seu carácter rotineiro e desinteressante.

Uma das formas utilizadas para disciplinar e ordenar este tipo de procura consiste em afectar-lhe horários bem definidos, geralmente no princípio ou no fim da consulta.

Esta solução, que aparentemente melhora a acessibilidade, parece incrementar a procura, criando um círculo vicioso que aumenta também o risco de fomentar o adiamento sucessivo de controlos médicos necessários e de dificultar a comunicação médico-doente.

Para conhecer melhor esta situação foi realizado um estudo sobre as consultas de clínica geral efectuadas para procedimentos de tipo adminis-

trativo, no sentido de avaliar a sua importância no volume total de consultas, assim como identificar os procedimentos que, mais frequentemente, são motivo exclusivo de consulta.

### MATERIAL E MÉTODOS

O estudo foi realizado no âmbito do Projecto "Médicos-Sentinela".

Nele participaram 15 médicos de clínica geral que exercem actividade em centros de saúde de 15 distritos (não estiveram representados os distritos de Coimbra, Guarda e Setúbal).

Esses médicos registaram o número total de consultas que realizaram durante 3 dias consecutivos do mês de Março de 1992 (16 a 18 ou 23 a 25). Fizeram igualmente o registo das consultas que realizaram exclusivamente para a "emissão de um documento" (por exemplo: transcrição de receitas ou de exames complementares de diagnóstico, renovação de receituário para doentes crónicos, atestados de vários tipos, etc).

Estas consultas foram definidas como: "as que se realizaram exclusivamente para a emissão de um impresso ou documento, tenha ou não havido avaliação clínica do utente/doente".

Prestaram ainda informação sobre a existência de um horário específico para a resolução destas situações.

---

\* Centro de Saúde das Caldas da Rainha

\*\* Centro de Saúde de Celas.

\*\*\* Divisão de Epidemiologia — DGCSP

Na análise foram calculadas as percentagens de consultas que se realizaram exclusivamente para procedimentos "administrativos", bem como para cada uma das principais categorias desses procedimentos.

## RESULTADOS

### CONSULTAS REALIZADAS

Dos 15 médicos participantes, 13 efectuaram o estudo durante três dias e os outros dois durante somente dois dias, perfazendo um total de 43 dias de consulta.

Realizaram-se um total de 968 consultas, das quais 65.2% respeitaram a mulheres e 34.7% a homens (Quadro 1).

Verificou-se uma média de 22.5 consultas por médico e por dia, variando esta média entre 32.3 e 13.3 consultas por dia.

Quadro 1 — Consultas realizadas por sexo e número médio de consultas por dia e por médico

Homens	Mulheres	Total	N.º médio/dia/méd.
336	632	968	22.5

### CONSULTAS PARA PROCEDIMENTOS "ADMINISTRATIVOS"

Efectuaram-se 341 consultas para procedimentos "administrativos" (35.2% do total de consultas) (Quadro 2). Houve uma diferença apreciável entre o médico que teve a percentagem mais elevada (57.1%) e o que registou a mais baixa (19.6%).

A média diária de consultas para procedimentos "administrativos" foi de 7.9 consultas por médico, variando esta média entre 23.3 e 3.6 consultas.

Quadro 2 — Percentagem de consultas para procedimentos "administrativos"

	N.º	%
Transcrição de receitas	224	23.1
Req. exames complem.	38	3.9
Req. cons. especialid.	20	2.1
Credenciais de transporte	10	1.0
Concessão de baixa/alta	50	5.2
Relatório para reforma	7	0.7
Carta de condução	4	0.4
Outros procedimentos	8	0.8
Total	341	35.2

A renovação ou transcrição de receituário foi o procedimento mais frequentemente praticado (23.1% do total de consultas) seguindo-se a concessão de baixa/alta (5.2%) e as transcrições de exames complementares de diagnóstico (3.9%).

### VARIAÇÃO COM A IDADE E O SEXO

Verifica-se que a proporção de consultas para procedimentos "administrativos" foi superior nos homens do que nas mulheres (Quadro 3).

A proporção mais alta ocorreu nos indivíduos mais idosos, desenhando-se uma tendência geral decrescente, embora irregular, com a diminuição da idade. Os valores mais baixos registaram-se no grupo etário 0-4 anos.

Quadro 3 — Percentagem de consultas para procedimentos "administrativos" por idade e sexo

	0-4	5-14	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75+	Total*
H	10.0 (3)	31.3 (10)	40.6 (13)	37.0 (10)	38.1 (8)	44.1 (15)	42.9 (27)	33.3 (15)	53.8 (28)	39.9 (134)
M	11.1 (3)	16.7 (4)	25.4 (16)	38.6 (27)	29.4 (20)	35.6 (31)	36.5 (42)	25.0 (26)	40.5 (30)	32.9 (208)
HM	10.5	25.0	30.5	38.1	31.5	38.0	38.8	27.5	46.0	35.2

\* foram excluídos 5 homens e 9 mulheres cuja idade não estava registada.

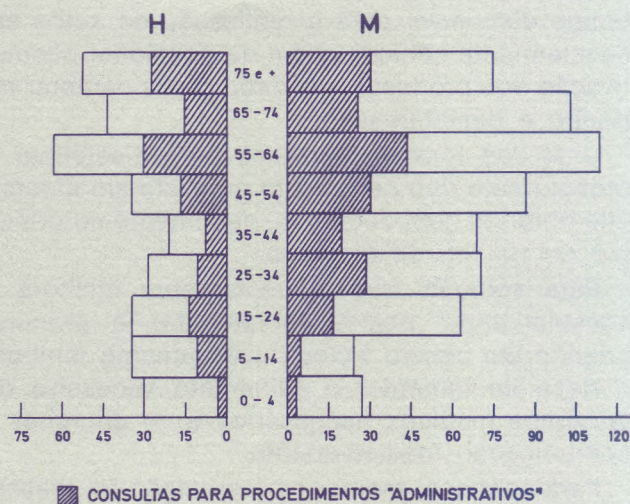


Fig. 1 — Número total de consultas e número de consultas para procedimentos "administrativos".

### HORÁRIO ESPECÍFICO PARA PROCEDIMENTOS "ADMINISTRATIVOS"

Novo médicos (60%) declararam não ter um período específico para atendimento de proble-

mas "administrativos", ao contrário dos restantes seis médicos (40.0%) que responderam afirmativamente (Fig. 2).

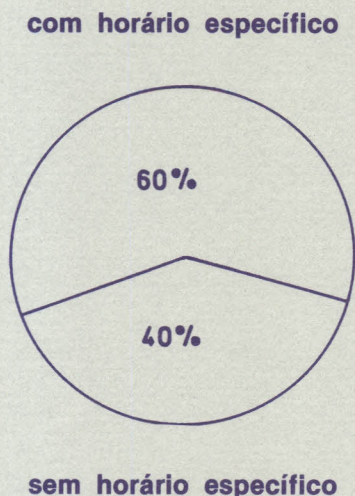


Fig. 2 — Proporção de médicos com horário específico para resolução de problemas "administrativos".

## DISCUSSÃO

O presente estudo foi inicialmente concebido para desempenhar o papel de um ensaio-piloto, prévio a um estudo de maior dimensão. Por isso, nele participaram um número limitado de médicos (15). Os resultados encontrados levaram os autores a considerar que se não justificava lançar um estudo definitivo de grande dimensão cujas conclusões certamente não difeririam profundamente das agora apresentadas.

Com efeito, apesar de incluir apenas 15 médicos, os resultados baseiam-se num número elevado de consultas (968), o que assegura uma satisfatória estabilidade das percentagens e médias estimadas.

A generabilidade das estimativas pode suscitar dúvida já que os médicos participaram voluntariamente no estudo, sendo de admitir, por isso, que poderão não representar satisfatoriamente a totalidade dos médicos de clínica geral. Contudo, a grande variação verificada, quer no número médio de consultas realizadas por dia (mínimo de 13.3 e máximo de 32.3 consultas) quer na percentagem de consultas para procedimentos "administrativos" (mínimo de 19.6% e máximo de 57.1%), são argumentos a favor de uma razoável representatividade.

O estudo debruçou-se apenas sobre o *número de consultas* realizadas para procedimentos "administrativos" e não sobre o *tempo dispendido* com essas consultas. Saliente-se, aliás, que este tempo é, em regra, bastante reduzido em relação ao tempo total de consulta.

Importa ainda realçar que foram estudadas apenas as consultas que se realizaram *exclusivamente* para a emissão de um impresso ou documento, tenha havido ou não avaliação clínica do utente/doente. Não foram, portanto, considerados os procedimentos "administrativos" decorrentes do funcionamento normal das consultas.

Os resultados do estudo não devem ser interpretados, pois, como reflectindo a carga administrativa total do médico de clínica geral, mas apenas uma parte dessa carga.

## REFERÊNCIAS

- 1 — Andrade Isabel, Cunha M.<sup>a</sup> Carmo, Luz António, Rodrigues Ivo, Zacarias Alexandre. Quem consultou o médico e porquê? Rev. Port. Clínica Geral. 1985 n.º 9.
- 2 — Costa M.<sup>a</sup> Conceição. Um ano de consulta no Centro de Saúde de Peso da Régua — 1987. Rev. Port. Clínica Geral 1990 7; 3: 102-107.
- 3 — Miranda JA Planeamento e gestão do tempo numa consulta de clínica geral. Rev. Port. Clínica Geral, 1990 7; 6: 206-211.

## AGRADECIMENTO

Os autores desejam agradecer aos quinze colegas que, participando voluntariamente neste estudo, o tornaram viável.

## MÉDICOS PARTICIPANTES

Maria Emília Correia de Barros (CS Espinho)  
Maria Elisa Simões Marques (CS Odemira)  
António J. Pimenta Marinho (CS Vila Verde)  
António J. Silva Valente (CS Bragança)  
José A. Rodrigues Simões (CS Góis)  
José A. Marques Robalo (CS Alandroal)  
João Paulo Fragoso Almeida (CS Vila Real S<sup>to</sup> António)  
Celso Ruivo Crespo (CS Leiria)  
Joaquim Manuel Costa Domingues (CS Ajuda)  
Maria Gracinda Pereira Rodrigues (CS Ponte de Sôr)  
Jesus Perez y Sanchez (CS Maia)  
Sérgio Júlio Lopes Serra (CS Cartacho)  
Rosa Maria Castro Gomes (CS Ponte de Lima)  
Maria da Conceição Fraga da Costa (CS Peso da Régua)  
Eliza Maria Guia Pereira (CS Armamar)

---

**DIRECÇÃO-GERAL DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS  
SERVIÇO DE INFORMAÇÃO DE SAÚDE**

Alameda D. Afonso Henriques, 45  
1056 LISBOA Codex

Tel. 352 45 15  
Fax: 57 14 55

---

**COMPOSIÇÃO E IMPRESSÃO:**  
PENTAEDRO, PULICIDADE E ARTES GRÁFICAS, LDA.  
PTA. DA REPÚBLICA, LOJA B, PÓVOA STO. ADRIÃO — 2675 ODIVELAS  
OUTUBRO/92  
2000 EXEMPLARES  
DEPÓSITO LEGAL 59272/92  
ISSN 0871-0813

**As opiniões expressas pelos autores são da sua exclusiva responsabilidade  
e não reflectem necessariamente os pontos de vista da D.G.C.S.P.**

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

---