

saúde em números

MAIO 93

VOL. 8 N.º 2

SUMÁRIO

9 ACIDENTES EM RECINTOS DESPORTIVOS

— Estimativas de incidência, a partir de uma rede de “Médicos Sentinela”

13 PORTUGAL:

NASCIMENTOS A BAIXAR FECUNDIDADE A SUBIR?

ACIDENTES EM RECINTOS DESPORTIVOS

— Estimativas de incidência, a partir de uma rede de “médicos sentinela”

*José Augusto Aleixo Dias**

*Zilda Paulo Pimenta***

1. INTRODUÇÃO

Abordaremos aqui os acidentes que ocorrem no decurso de actividades desportivas, no seio da população inscrita nas listas dos médicos de Clínica Geral que participaram voluntariamente no sistema de informação “Médicos Sentinela”, durante o ano de 1992.

O projecto Médicos Sentinela reúne actualmente pouco mais de duas centenas de médicos que, quando activos, notificam semanalmente à Divisão de Epidemiologia da Direcção-Geral da Saúde, um conjunto seleccionado de acontecimentos ou doenças ocorridas, nas listas dos seus utentes (1). Este facto, aliado ao conhecimento de que dispomos da composição dessas listas em termos de

idade e sexo, permite-nos calcular taxas de incidência para estes fenómenos.

2. RESULTADOS

Em 1992 foram notificados pelos 220 médicos, então em actividade, 82 acidentes em recintos desportivos, no seio de uma população sob observação de 212 502 pessoas. As taxas de incidência encontradas exprimem uma incidência relativamente baixa: $3.86/10^4$, com $7.61/10^4$ no sexo masculino e $0.45/10^4$ no sexo feminino (Quadro I). Como se pode observar, este tipo de acidente atingiu fundamentalmente a população masculina, pois pertencem a esse sexo 94% dos acidentados.

As taxas mais elevadas verificaram-se, para o sexo masculino, no grupo etário de 15-24 anos com $22.47/10^4$, seguindo-se o dos 25-34 anos com $14.66/10^4$ e depois os indivíduos com ida-

* Assistente de Saúde Pública da Divisão de Epidemiologia da Direcção-Geral da Saúde.

** Primeiro Oficial da Divisão de Epidemiologia da Direcção-Geral da Saúde.



Quadro I : Taxas de incidência de Acidentes em Recintos Desportivos por sexo e grupo etário, nos utentes dos "Médicos Sentinela" em Portugal — 1992

Idades	Sexo Masculino			Sexo Feminino			TOTAL		
	Popul.	Aciden.	Tax/10 ⁴	Popul.	Aciden.	Tax/10 ⁴	Popul.	Aciden.	Tax/10 ⁴
05-09	7430	4	5.38	7062	—	—	14492	4	2.76
10-14	8268	6	7.26	7910	1	1.26	16178	7	4.33
15-24	17355	39	22.47	17981	2	1.11	35336	41	11.60
25-34	16372	24	14.66	17602	—	—	33974	24	7.06
35-44	12612	2	1.59	13284	2	1.51	25896	4	1.54
45-54	10202	—	—	11486	—	—	21688	—	—
55-64	10401	1	0.96	12337	—	—	22738	1	0.44
65 e >	13145	1	0.76	18432	—	—	31577	1	0.32
Total	101219	77	7.61	111283	5	0.45	212502	82	3.86

Nota: População sob observação em 1992 — dados provisórios.

jovens. De facto, acima dos 44 anos apenas dois acidentes de desporto se registaram neste sexo, o que deverá estar relacionado com a pouca prática nestes escalões, ou o maior cuidado na actividade praticada. No sexo feminino os números são muito pequenos e não permitem uma análise pormenorizada por grupo etário.

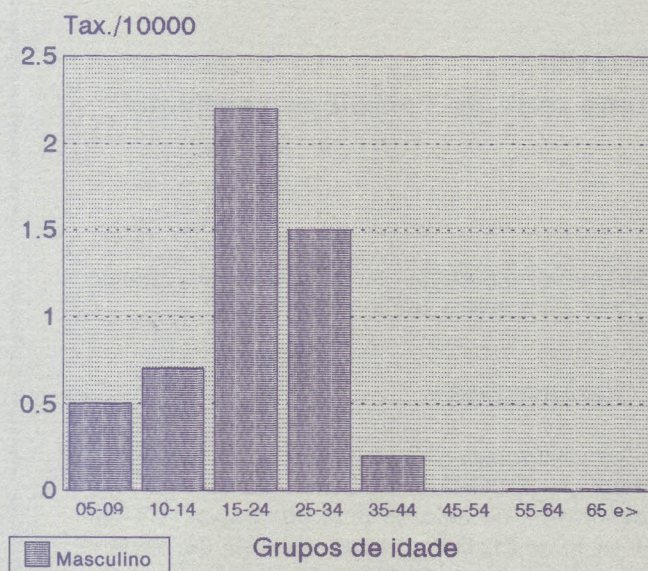


FIG. 1 — Taxas de incidência de Acidentes em Recintos Desportivos (/10000) segundo o grupo etário e sexo, na rede Médicos Sentinela em 1992.

No sexo masculino a média de idades dos indivíduos acidentados foi de 22.6 anos, variando entre um mínimo de 7 e um máximo de 71 anos. A moda verificou-se aos 19 anos. No sexo feminino, a idade média foi de 26 anos, variando o leque de idades entre os 12 e 39 anos, com moda aos 39 anos.

Relativamente à escolaridade dos sinistrados, poderemos referir que a maior percentagem de indivíduos era possuidor do ensino preparatório completo (Fig. 2), seguindo-se os possuidores de ensino primário completo, os com 9.º ano, 12.º anos, e outros.

Em termos de situação profissional, registre-se que 63.4% estavam no activo, 29,3% eram estudantes e 2.4% reformados (Fig. 3).

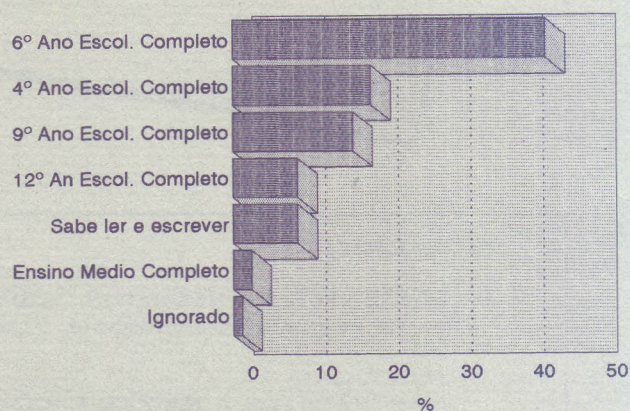


FIG. 2 — Distribuição dos acidentados segundo o seu Nível de Escolaridade

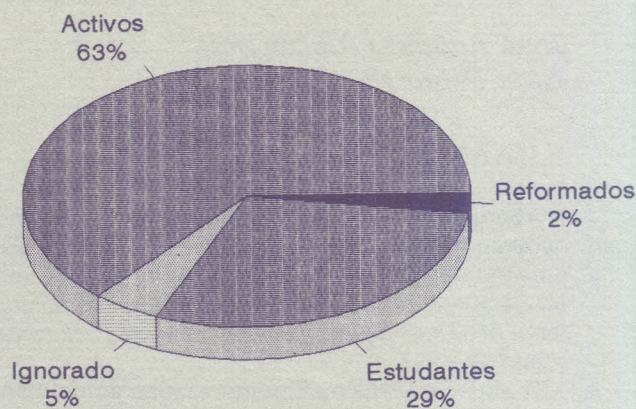


FIG. 3 — Distribuição dos acidentados segundo a situação Profissional.

A sazonalidade dos acidentes de desporto fica ilustrada na figura seguinte (Fig. 4). O comportamento das taxas é difícil de interpretar, sendo de destacar, talvez, uma maior incidência na Primavera e Outono. O mês de Janeiro registou os valores mais baixos e nos meses de Julho e Agosto as taxas foram idênticas. É natural que, os períodos de férias e as condições climáticas tenham implicações na distribuição obtida.

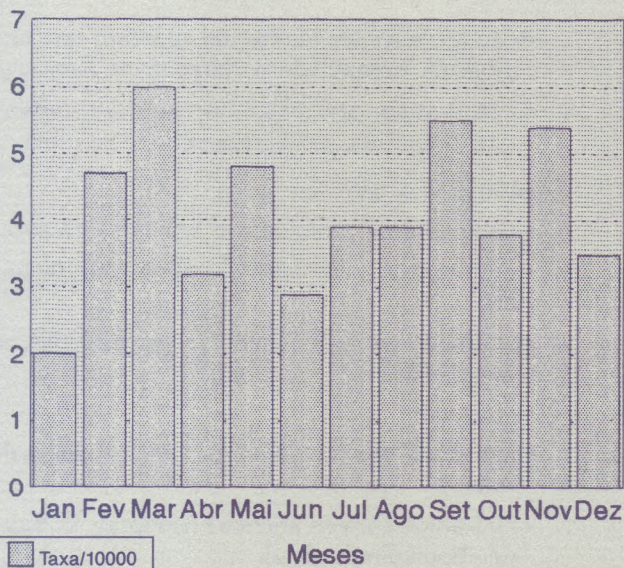


FIG. 4 — Distribuição dos acidentes segundo o mês de ocorrência.

Relativamente à forma como o acidente se verificou, valerá a pena destacar que 58,5% foram quedas de vários tipos, seguindo-se os impactos contra objectos ou pessoas 28%, excesso de exercício — exaustão ou desfalecimento — 2.4% e, acidentes com animais ou com armas de fogo, 1.2% (Fig. 5).

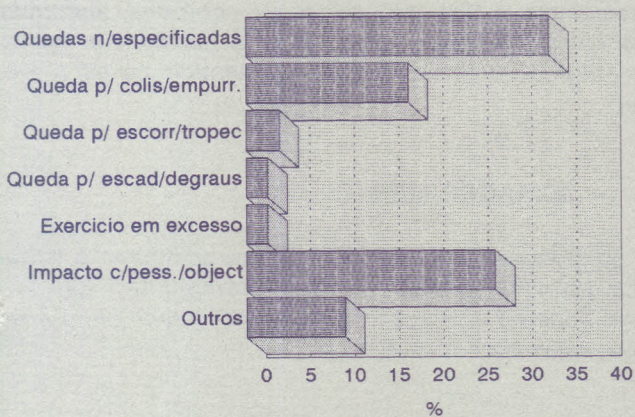


FIG. 5 — Distribuição dos acidentes segundo a forma como ocorreram.

Do conjunto de acidentes de desporto notificados, apenas em 5 se justificou a hospitalização dos sinistrados, todos do sexo masculino e com idades compreendidas entre os 7 e os 24 anos. Nestes, verificaram-se quatro quedas, três das quais por empurrão e uma não especificada. O quinto acidente ocorreu com uma arma de fogo.

3 — CONCLUSÕES

A incidência exacta de acidentes em recintos desportivos é difícil de determinar, em função do enorme

número de determinantes envolvidos e a multiplicidade de circunstâncias favorecedoras. Pretendeu-se aqui, não só analisar a distribuição da sua ocorrência nos indivíduos mas, também, conhecer melhor as características do acidente, tendo em vista a sensibilização dos leitores e a oportunidade para a divulgação de algumas medidas preventivas.

Os acidentes em recintos desportivos, embora globalmente tenham uma incidência relativamente baixa, em algumas idades e particularmente no sexo masculino, podem constituir um problema de saúde importante, mormente pelo tipo de lesão e vulnerabilidade às acções de prevenção.

As quedas constituíram neste grupo de acidentes, tal como acontece nos acidentes domésticos e de lazer (2), a principal ocorrência accidental, sendo responsáveis por quase 60% das notificações. Sobre esta matéria, importa alertar os praticantes, de modo a que determinadas acções preventivas possam ser tomadas. Quanto à segunda componente, os impactos, a sua prevenção é mais difícil, não só porque muitas das actividades desportivas pressupõem o contacto físico, como por outro lado, a sua componente aleatória deverá ser maior.

O excesso de exercício, exaustão ou desfalecimento foram responsáveis por 2.4% dos acidentes. tratava-se nas duas situações registadas, de adultos jovens do sexo masculino (22 e 25 anos, respectivamente), nos quais não se verificou necessidade de hospitalização. Contudo, esta é uma situação muito perigosa e extremamente vulnerável à prevenção. De facto a prática desportiva salutar exige moderação e bom senso, não devendo ser excedidos determinados limites.

Os acidentes com animais (1.2%) ocorrem frequentemente quando estes são parte integrante do conjunto (ex: hipismo), ou quando a prática desportiva expõe o atleta à intervenção dos mesmos. Estão neste último caso e fundamentalmente, os desportos velocipedicos — ciclismo e motociclismo e a corrida.

De facto, é frequente os parques e recintos desportivos serem igualmente frequentados por pessoas que aí se dirigem com animais de estimação que, podem perturbar a prática desportiva alheia, contribuindo para o acidente.

Os acidentes com armas de fogo (1.2%), embora raros, podem ser muito perigosos, pelo que toda a atenção deve ser prestada ao rigoroso cumprimento das adequadas medidas de prevenção.

A popularidade crescente da prática desportiva, nomeadamente pelo efeito benéfico que pode trazer ao indivíduo e à sociedade, tem vindo a ganhar adeptos ao longo das últimas décadas. As estruturas adequadas a essa prática, as características do meio físico e os apoios para a sua execução segura, estão muitas vezes aquém do desejável, ou mesmo, completamente ausentes.

Cabe, assim, fundamentalmente ao praticante estar informado sobre os riscos que corre ao desenvolver determinada actividade física desportiva, em ambientes frequentemente pouco seguros, de modo a poder proteger-se do acidente e evitar as suas mais dolosas consequências.

Cabe ainda aos serviços, desenvolver acções de sensibilização sobre esta matéria junto das populações alvo que venham a identificar, bem como, estarem adequadamente preparados para poder responder às solicitações inerentes à prática desportiva e seus problemas.

4 — MEDIDAS PREVENTIVAS

Do ponto de vista da prevenção, importa actuar na cadeia de factores que podem contribuir para o acidente e não só nalguns deles. Assim, se admitirmos actuar a nível da **prevenção passiva, semi-activa e activa**, teremos a nível de:

4.1. — estruturas e características do meio físico

As estruturas destinadas à prática desportiva devem possuir as condições mínimas para a sua prática segura e, estar dotados de meios operacionais próprios para a vigilância e socorro.

— se possível **eliminar** o risco, através da adequação das estruturas aos propósitos da prática desportiva em causa;

— se não, **diminuí-lo**, nomeadamente no que diz respeito a:

- superfícies irregulares, esburacadas, escorregadias;
- desníveis, mal ou não protegidos (escadas, degraus);
- objectos colocados em zonas que perturbem a prática segura da modalidade (postes, barreiras, correntes, fios, etc...);

4.2. — informação e educação dos indivíduos

— divulgação das regras e procedimentos de segurança, inerentes à actividade em causa, bem como dos riscos a que os praticantes estão sujeitos.

— estimular a realização de exames regulares de saúde, avaliando do risco eventual para a prática da modalidade seleccionada;

— estimular comportamentos:

- evitar conflitos;
- efectuar aquecimento muscular antes do esforço;

- não exceder os limites do razoável em termos de intensidade e duração do esforço;

- não praticar sob calor ou frio muito intensos, sobretudo sem protecção adequada;

— estimular o uso de:

- equipamento adequado e em bom estado;
- protecções (caneleiras, capacetes, luvas, etc...);

— esclarecer sobre as medidas de assistência disponíveis;

- atitudes;

- activação dos meios de assistência disponíveis;

- contactos com os serviços (Hospital, C. Saúde; Bombeiros, etc...);

4.3. — organização do apoio dos serviços

— no sentido de vigiar e dar apoio às actividades desportivas;

— no socorro e atendimento dos acidentados;

— no tratamento e recuperação dos mesmos;

Os serviços devem ainda, analisar regularmente a frequência e tipo dos acidentes ocorridos, alertando as entidades responsáveis para a gestão dos meios e dirigindo as suas acções no sentido de os prevenir.

5 — AGRADECIMENTO

Agradece-se a todos os "médicos sentinela" o trabalho que voluntariamente vêm desenvolvendo e que, tornou possível a criação da base dados que gerou a informação aqui analisada.

6 — REFERÊNCIAS

1. Falcão, JM — "Médicos Sentinela — Um novo olhar sobre a saúde"; Direcção-Geral dos Cuidados de Saúde Primários; Junho de 1992;
2. Dias, JAA — "Acidentes domésticos em idosos"; Saúde em Números, Vol. 7; N.º 3; 1992;
3. World Health Organization — "Symposium on accident prevention in childhood"; Report on a WHO/ICC/IPA Meeting; Manilla, 1983.
4. Sousa, AT; Carvalho, MCA — "Acidentes — sua prevenção na infância"; Divisão de Saúde Materna e Infantil; Direcção-Geral dos Cuidados de Saúde Primários; Texto de apoio N.º 6; Lisboa, Abril de 1990.

PORTUGAL: NASCIMENTOS A BAIXAR, FECUNDIDADE A SUBIR?

Amélia Esparteiro Leitão*

INTRODUÇÃO

A análise das taxas gerais de fecundidade em Portugal, mostra que o fenómeno tem uma tendência decrescente, que se mantém desde há cerca de 30 anos. No entanto, para certos grupos etários e para determinadas paridades, verifica-se um aumento das taxas de fecundidade ou uma certa estabilização do fenómeno, o que parece reflectir uma atitude dos casais face à opção do número de filhos e ao momento da vida em que desejam ter esses filhos.

É uma hipótese que temos vindo a estudar e que os valores para os anos de 1991 e 1992, parecem confirmar.

Neste trabalho foram escolhidos os anos de 1989, 1990, 1991 e 1992, por serem aqueles em que possuímos estimativas da população, por idades, calculadas após os resultados preliminares do censo/91.

MATERIAL E MÉTODOS

Os dados sobre nados-vivos foram obtidos de quadros de apuramento do INE, disponíveis e não publicados.

Neste apuramento apenas foram considerados os nados-vivos de mães residentes nos distritos do Continente e nas R. Autónomas dos Açores e da Madeira, não tendo sido incluídos os nados-vivos de mães com outras residências; estes nados-vivos totalizaram 77 em 1989, 62 em 1990, 116 em 1991 e 92 em 1992 (em 1980 esse número foi de 53).

Para o cálculo das taxas usaram-se, como denominadores, as estimativas da população fornecida pelo INE, para 31 de Dezembro de 1990, para 30 de Junho de 1991, e para 31 de Dezembro de 1991, com base nos resultados preliminares do censo/91; para o ano de 1989 calcularam-se os efectivos para os grupos etários utilizados, ponderando a população feminina estimada pelo INE para o ano de 1989 com as proporções por grupo de idade da estimativa do ano de 1990.

Na análise do fenómeno utilizaram-se números absolutos, percentagens, taxas gerais e taxas específicas de fecundidades por idades das mães, por paridade e por idades das mães segundo a paridade.

A paridade, ou ordem de nascimento, foi obtida contando o número de nados-vivos anteriores na vida das mulheres, mais um.

RESULTADOS

1. Neste período de 4 anos, e tendo em conta os dados utilizados, verifica-se uma descida no número de nados-vivos e das taxas de fecundidade:

	1989	1990	1991	1992
n.º de nados-vivos	118483	116321	116300	114924
taxas de fecundidade %	47.7	46.9	46.9	46.0

2. A evolução do número de nados-vivos por paridade e as respectivas taxas de fecundidade podem ser observados no quadro 1 e no gráfico 1:

Quadro 1

EVOLUÇÃO DOS NASCIMENTOS VIVOS POR PARIDADE

Paridade	1989	1990	1991	1992
1.º s	60 617	59 956	60 447	59 900
2.º s	36 912	36 918	37 190	36 894
3.º s	11 642	11 161	10 953	10 765
4.º s e +	9 296	8 259	7 695	7 355
Ignorada	16	27	14	10

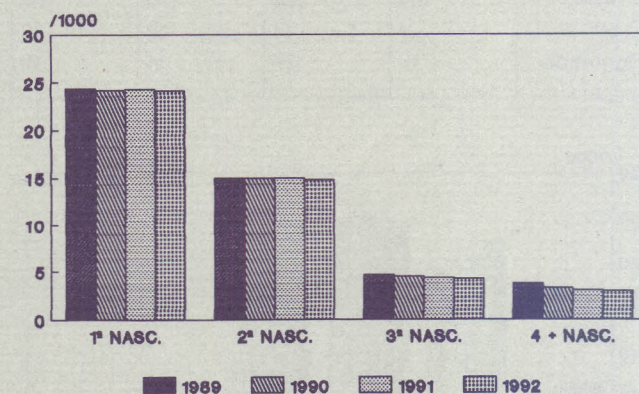


GRÁFICO 1 — TAXAS DE FECUNDIDADE POR ORDEM DE NASCIMENTO

Verifica-se uma descida dos nascimentos e das taxas nas paridades 3 e 4 e +. Ao mesmo tempo há uma certa estabilidade nas paridades 1 e 2.

As famílias numerosas são cada vez mais raras. Há um decréscimo constante do número e das taxas de fecundidade para as paridades 3 e 4 ou mais.

Verifica-se que, em relação ao total de nascimentos vivos, a percentagem de nascimentos de paridade 4 ou

* Directora do Serviço de Informação de Saúde.

mais foi de 11,4% em 1980, de 7,8% em 1989, de 7,1% em 1990, de 6,6% em 1991 e de 6,4% em 1992.

A descida do número de nados-vivos entre 1989 e 1992 foi de 3% para o total de nascimentos, de 1,2% para os primeiros nascimentos, de 0,1% para os 2.ºs, de 7,5% para os 3.ºs e de 21% para os 4.ºs e mais filhos.

3. A evolução dos nascimentos varia consoante a idade das mães. Há um decréscimo nos grupos etários de 15 a 19 anos e de 20 a 24 anos, um aumento nítido do grupo 30-34 anos e uma subida até 1991 no grupo dos 15 aos 29 anos.

Descem ainda os nascimentos de mães acima dos 40 anos sendo esta tendência mais evidente a partir dos 45 anos (quadro 2 e gráfico II).

Quadro 2

EVOLUÇÃO DOS NASCIMENTOS VIVOS POR IDADE DAS MÃES

IDADE DAS MÃES	n.º de nados vivos			
	1989	1990	1991	1992
< 15	92	91	107	112
15-19	10 602	9 900	9 738	9 337
20-24	36 317	34 150	32 534	30 961
25-29	39 491	40 126	40 470	40 278
30-34	21 684	22 069	23 157	24 073
35-39	8 141	7 937	8 240	8 181
45-49	164	138	136	106
50 +	9	14	12	13
Ignorada	16	27	14	10

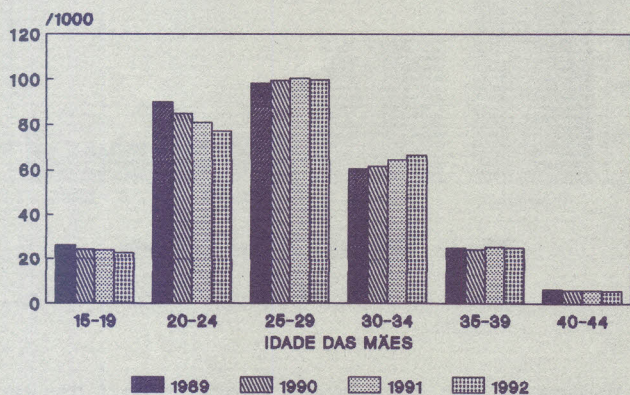


GRÁFICO II — TAXAS DE FECUNDIDADE POR IDADE DAS MÃES

4. Em 1991 e 1992 houve um aumento dos nados-vivos de mães com menos de 15 anos. Para o período

considerado, a distribuição dos nascimentos por idades das mães foi a seguinte:

Quadro 3

Nascimentos vivos em mães com menos de 15 anos

IDADE EM ANOS	1989	1990	1991	1992
11	—	—	1	—
12	—	—	5	2
13	8	7	20	17
14	84	84	17	93
TOTAL	92	91	106	112

5. Cruzando as variáveis idade da mãe e paridade, verifica-se que a descida observada nas idades entre os 15 e os 24 anos existe em todas as paridades estudadas.

Já o mesmo não sucede nos outros grupos etários analisados.

A probabilidade de nascerem crianças entre as mulheres de 25 e 29 anos aumenta de forma constante nos primeiros nascimentos e baixa nitidamente nos 3.ºs e nos 4.ºs e mais filhos. Quanto aos 2.ºs nascimentos há, nestas idades, pequenas oscilações entre 1989 e 1991, esboçando-se um decréscimo em 1992.

A subida das taxas de fecundidade para o grupo dos 30-34 anos só se mantém até ao 3.º filho, constatando-se uma diminuição, em todos os anos estudados, a partir do 4.º filho.

Nas mulheres de 40-44 anos, o número de nascimentos entre 1989 e 1992 para os 1.ºs, 2.ºs e 3.ºs filhos aumentou, respectivamente, de 39, 58 e 59, diminuindo sempre nos 4.ºs e mais filhos.

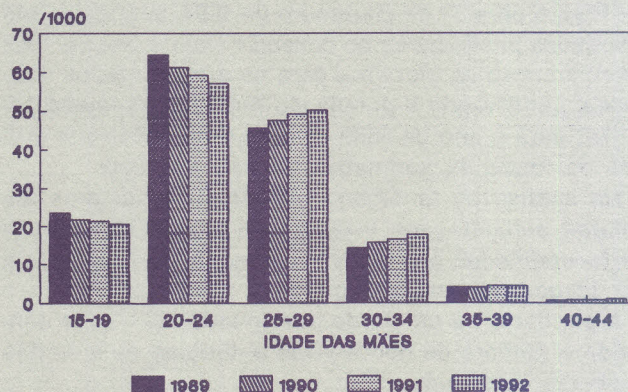


GRÁFICO III — TAXAS DE FECUNDIDADE DOS PRIMEIROS NASCIMENTOS

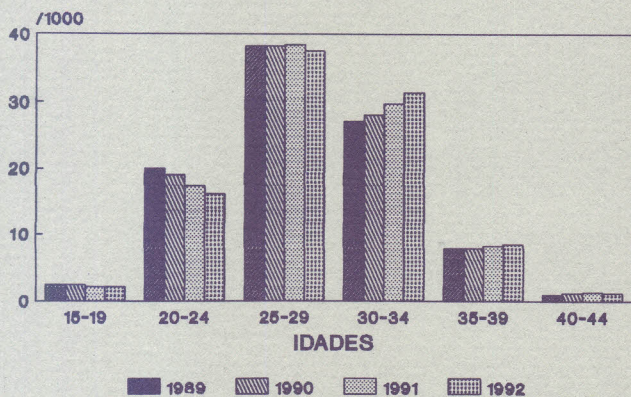


GRÁFICO IV — TAXAS DE FECUNDIDADE DOS SEGUNDOS NASCI-
MENTOS

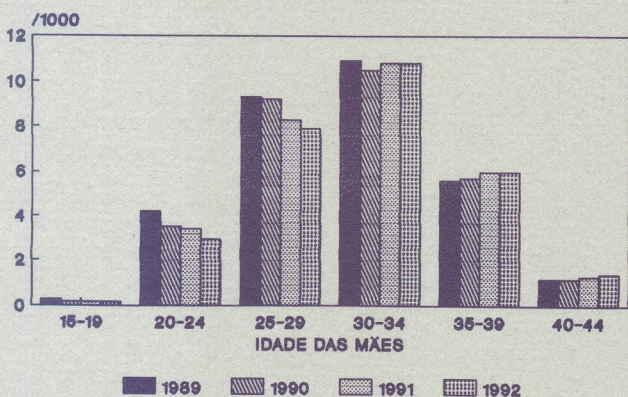


GRÁFICO V — TAXAS DE FECUNDIDADE DOS TERCEIROS NASCI-
MENTOS

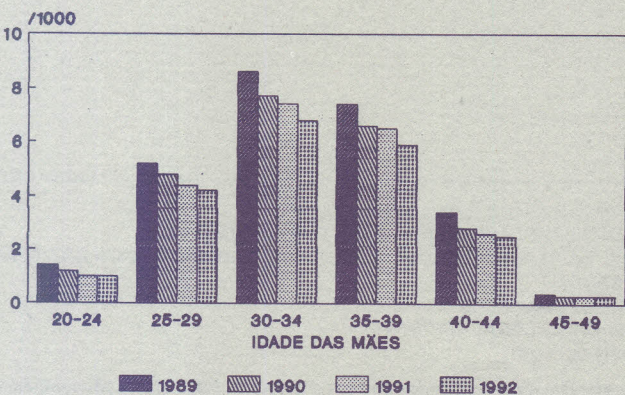


GRÁFICO VI — TAXAS DE FECUNDIDADE DOS QUARTOS E MAIS
NASCIMENTOS

DISCUSSÃO

No período entre 1989 e 1992 há uma descida na fecundidade geral, havendo menos 1,7 filhos por 1000 mulheres em idade fértil.

O número médio de filhos por mulher em idade de procriar, baixou de 1,534 para 1,490.

No entanto, para certos grupos de idade e para algumas paridades, a fecundidade aumenta de forma consistente.

É o caso de fecundidade entre os 25 e os 29 anos para os 1.ºs nascimentos, da fecundidade no grupo 30-34 anos, para os 1.ºs e 2.ºs nascimentos e da fecundidade do grupo 35-39 anos para os 1.ºs, 2.ºs e 3.ºs nascimentos.

De notar a descida **em todas as idades** de fecundidade para os 4.ºs e mais filhos, e da diminuição, **em todas as paridades**, da fecundidade nos grupos etários 15-19 e 20-24 anos.

Não devemos esquecer, porém, que as análises transversais da fecundidade apenas nos dizem o que se passa num determinado ano.

De facto, calcula-se o número médio de filhos por casal e as taxas de reprodução, partindo da hipótese de que um grupo hipotético de mulheres de 15 a 49 anos estaria sujeita, ao longo da sua vida reprodutiva, à probabilidade ter filhos segundo as taxas encontradas em determinado ano, o que não é totalmente correcto.

Se o espaçamento entre os nascimentos aumentar, os valores anuais das taxas de fecundidade podem diminuir sem que isso signifique que a fecundidade total esteja a decrescer.

Para conhecer o comportamento dos casais em relação com o número total de filhos, espaçamento, paridade, etc., seria necessário proceder a estudos longitudinais, acompanhando uma população feminina desde os 15 até aos 49 anos.

Confirma-se, assim, a tendência para a limitação do n.º de nascimentos até ao 3.º filho, e para a opção de ter filhos mais tarde, sobretudo a partir dos 25 anos.

DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE
SERVIÇO DE INFORMAÇÃO DE SAÚDE

Alameda D. Afonso Henriques, 45
1056 LISBOA Codex

Tel. 847 55 15
Fax: 847 68 39

COMPOSIÇÃO E IMPRESSÃO:
PENTAEDRO, PULICIDADE E ARTES GRÁFICAS, LDA.
PTA. DA REPÚBLICA, LOJA B, PÓVOA STO. ADRIÃO — 2675 ODIVELAS
MARÇO/93
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**
