

# saúde em números

OUTUBRO 1993

VOL. 8 N.º 4

## SUMÁRIO

- 25 EVOLUÇÃO RECENTE DA MORTALIDADE EM PORTUGAL NO GRUPO ETÁRIO DE 15 A 44 ANOS  
30 TUBERCULOSE EM IMIGRANTES:  
– Estudo preliminar em sete Serviços de Tuberculose e Doenças Respiratórias dos Distritos de Lisboa e Setúbal

## EVOLUÇÃO RECENTE DA MORTALIDADE EM PORTUGAL NO GRUPO ETÁRIO DE 15 A 44 ANOS

*Amélia Esparteiro Leitão*

A idade de uma população é uma das variáveis que mais impacto tem nos fenómenos vitais.

Ao comparar as taxas gerais brutas de mortalidade de diversas regiões, ou ao longo do tempo, verificamos que os valores são bastante afectados pela estrutura etária das populações em estudo.

Na realidade, como a probabilidade ou risco de morrer aumenta com a idade, quanto mais idosos houver em determinada população maior será o número de mortes que podem ocorrer.

Quando estão em análise as mortes causadas por doenças próprias das idades mais avançadas, ainda se torna mais notória a diferença entre os valores das taxas calculadas para essas populações com diferentes estruturas etárias.

Tomando como exemplo dois distritos de Portugal, um de população envelhecida, Portalegre, e outro de população mais jovem, Braga, constatamos que a probabilidade de morrer em 1991 foi de 1518,8 por 100000 no primeiro, e de 804,3 por 100000 no segundo.

Nestes casos, a comparação deve ser feita depois de proceder a processos de cálculo especiais, com os

quais se pretende que o peso da idade seja idêntico em todas as populações a comparar.

No método directo de padronização, por exemplo, o ajustamento obtém-se a partir das taxas de mortalidade específicas por idades, de cada uma das populações em estudo, calculando-se os óbitos teóricos totais que ocorreriam numa população padrão, se esta estivesse, sujeita ao risco de morrer por idades de cada região comparar.

Obtida a totalidade dos óbitos teóricos esperados é fácil calcular as taxas gerais ajustadas.

No caso dos distritos acima referidos os valores das taxas ajustadas para 1991, utilizando a população padrão europeia e o método directo, foram de 877,7/100000 para Portalegre e de 945,1/100000 para Braga. Em Portalegre, com uma grande proporção de idosos, há naturalmente um número elevado de óbitos; por essa razão, aparece uma taxa bruta de mortalidade com um valor tão alto. Em Braga, o risco de morrer por idades deve ser mais elevado que em Portalegre, visto que a taxa de mortalidade ajustada para a idade é mais alta em Braga.

No entanto, ao analisar taxas gerais, perde-se a informação que é dada pela observação das taxas específicas por idades e que, tanto ajuda a interpretar o fenómeno.

\* Chefe de Serviço de Saúde Pública – D.G. Saúde



Na realidade, o ajustamento para a idade não substitui esta análise por idades, que deve ser efectuada sempre que seja possível, e que complementa a informação.

Ao proceder a um estudo deste tipo para Portugal e para os últimos anos, constatamos um aumento do número de óbitos nas idades entre os 15 e os 44 anos, mais acentuado a partir de 1989, e que, em princípio, não era de esperar nestas idades dada a melhoria das condições sócio-económicas e de saúde verificadas na população portuguesa.

Entre os 15 e os 44 anos ocorreram em Portugal 6069 óbitos em 1985, 6530 em 1990, 6850 em 1991 e 6903 em 1992.

Neste trabalho, pretendemos analisar este fenómeno e verificar quais as causas de morte que mais contribuíram para este aumento.

Entretanto, tendo constatado que em Portugal, nos últimos anos, tem aumentado a ocorrência de óbitos de não residentes, fomos verificar qual a sua distribuição por idades e ver até que ponto poderiam afectar a nossa análise:

Quadro 1: Óbitos de Não Residentes ocorridos em Portugal, por idades e anos de ocorrência

IDADES	1985	1986	1987	1888	1989	1990	1991	1992
0-4	13	14	18	16	16	21	14	24
5-14	9	3	4	12	9	1	8	8
15-24	21	21	19	33	22	25	46	38
25-34	23	31	40	37	72	33	46	65
35-44	34	40	31	37	69	38	51	59
45-54	37	43	36	39	79	40	67	68
55-64	46	57	65	73	82	70	81	93
65-74	42	63	62	78	82	65	97	103
75-84	20	29	37	51	35	42	53	48
85+	9	6	9	16	11	12	16	17
TOTAL	254	307	321	392	477	347	479	523

Como se pode verificar pela observação do Quadro 1, as idades em estudo não são as mais afectadas. Mas, como o seu efectivo aumenta ao longo do período, decidimos não considerar neste trabalho os óbitos de não residentes, para não influenciar os resultados.

## MATERIAL E MÉTODOS

Para o cálculo das taxas por idades deparamos com a dificuldade da escolha dos denominadores a utilizar.

Para a década de 1980, o INE elaborou estimativas da população por sexo e idades, corrigidas após os resultados preliminares do recenseamento de 1991.

No entanto, essas estimativas foram "ajustadas em função dos Resultados Preliminares do XIII Recenseamento Geral da População para o total e distribuição por sexos; a estrutura por idades resulta das estimativas inter-censitárias anteriores ao Censo" (INE).

O facto de não ter ainda sido feito o ajustamento por idades leva a resultados estranhos nos estudos longitudinais durante

este período, pelo que optamos por analisar apenas os anos de 1990, 1991 e 1992.

Como numerador das taxas utilizamos os óbitos por idades e causas apurados pelo INE para estes anos e para o total de residentes no Continente e nas Regiões Autónomas. Como denominador, preferimos usar os resultados pré-definitivos do Censo/91 para os três anos estudados, por três motivos:

- a população de Abril de 1991, parece representar razoavelmente bem o período de três anos em causa;
- as estimativas por idades para o ano de 1990 feitas nos moldes acima referidos não se ajustavam aos valores por idades dados pelo censo;
- ainda não dispomos da estimativa da população para 1992.

Nesta análise usam-se taxas de mortalidade gerais, específicas para a idade, para a idade e sexo, para a idade e causa de morte, para a idade, sexo e causa de morte.

O ano de 1985 foi escolhido como base de comparação. Para o cálculo das taxas para este ano, utilizou-se a população estimada pelo INE pelo método acima referido, isto é, total ajustado segundo os resultados do censo e estrutura por idades semelhante à que vinha a ser utilizada durante o período intercensitário.

## RESULTADOS

- 1 - Observando a distribuição dos óbitos por idades nos anos de 1990, 1991 e 1992, verifica-se que o aumento ocorrido para a totalidade dos óbitos, relativamente ao ano de 1985, se fica a dever, em grande parte, à subida do número de mortes nas idades mais avançadas, acima de 75 anos, e também a um aumento nas idades entre os 15 e os 44 anos:

Quadro 2: Diferença para 1985 do número de óbitos, por idades

IDADE	ÓBITOS EM 1985	DIFERENÇA PARA 1985		
		1990	1991	1992
0-4	2873	- 1277	- 1273	- 1505
5-14	678	- 103	- 92	- 204
15-24	1738	+ 46	+ 94	+ 15
25-34	1745	+ 226	+ 423	+ 379
35-44	2586	+ 189	+ 264	+ 440
45-54	5984	- 752	- 776	- 822
55-64	12030	- 298	- 36	- 726
65-74	22016	- 77	+ 20	- 459
75-84	32133	+ 3138	+ 3287	+ 1890
85+	15302	+ 4591	+ 4886	+ 4545
TOTAL	97082	+ 5683	+ 6797	+ 3553

- 2 - A mortalidade proporcional calculada para estes anos, tem sempre o mesmo peso no grupo de 15 a 24 anos e aumenta entre os 25 e os 44 anos:

Quadro 3: Mortalidade proporcional por idades (%)

IDADES	1985	1990	1991	1992
0-4	3,0	1,6	1,5	1,4
5-14	0,7	0,6	0,6	0,5
15-24	1,8	1,8	1,8	1,8
25-34	1,8	1,9	2,1	2,2
35-44	2,7	2,7	2,8	3,0
45-54	6,2	5,1	5,1	5,2
55-64	12,4	11,4	11,6	11,3
65-74	22,7	21,3	21,2	21,4
75-84	33,0	34,2	34,0	33,7
85+	15,7	19,3	19,4	19,6

3 - Analisando a evolução da mortalidade por idades entre os 15 e os 44 anos, tendo como base de comparação o ano de 1985, vemos que, na população total e no sexo masculino, há um aumento das taxas específicas por idades nos três grupos, embora se note uma descida em 1992 para as idades entre os 15 e os 34 anos. Na população feminina há um decréscimo ou estabilidade dos valores das taxas em relação a 1985, havendo um aumento consistente, a partir de 1990, para o grupo entre os 35 e os 44 anos.

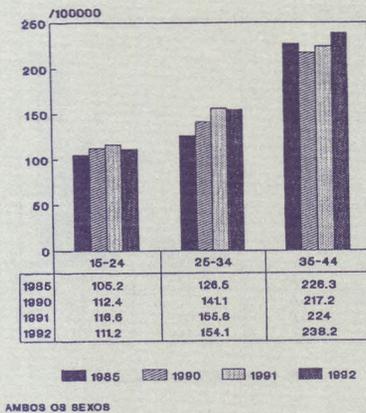


Fig. 1 - Evolução dos óbitos por todas as causas e por idades

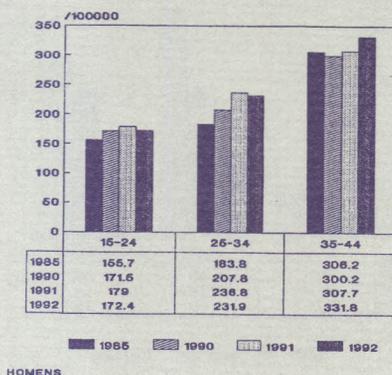


Fig. 2 - Evolução dos óbitos por todas as causas, por idades

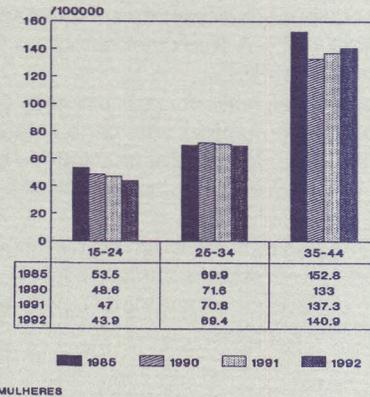


Fig. 3 - Evolução dos óbitos por todas as causas e por idades

4 - Identificaram-se as causas de morte que mais contribuíram para a totalidade dos óbitos ocorridos no grupo etário 15-44 anos em 1985; este conjunto de causas contribuiu com um peso cada vez maior para o total de mortes tendo passado de 80% em 1985 para 85% em 1992. A evolução foi a seguinte:

Quadro 4: Evolução dos óbitos nas idades entre 15 e 44 anos por grupos de causas de morte

Grupos de causas de morte CID-9	1985*	1990	1991	1992
■ Acid. de Viação (E47)	1326	1431	1559	1562
■ Tumores malignos (08-14)	991	987	1007	1006
■ D. Ap. Circulat. (25-30)	641	651	702	701
■ Sint. Sinais e Afecções mal definidas (46)	536	953	964	1009
■ D. Ap. Digestivo (34)	414	356	427	451
■ Outras Violências (E56)	378	441	418	425
■ Suicídios (E54)	336	313	332	225
■ D. Ap. Respiratório (32)	251	213	208	220
■ Infecção pelo VIH (57)	21	106	163	244
Soma	4894	5451	5780	5843
% em relação ao total	80%	83%	84%	85%
Todas as causas	6147	6530	6850	6903

\* Inclui não residentes, por não ter sido possível obter óbitos por causas e idades nesse grupo

Constata-se, como era de esperar, que houve um aumento importante do número de óbitos tendo por causa a infecção VIH/SIDA.

Existe, igualmente, um certo acréscimo do número de mortes provocadas pelos acidentes de viação.

No caso dos óbitos sem diagnóstico bem definido (46), o número quase duplica.

As mortes codificadas em "outras violências" (E56), embora tendo sofrido uma pequena alteração, são aqui referidas para

chamar a atenção para as situações em que não é possível o codificador saber (ou o médico indicar) se as lesões foram auto-infligidas ou acidentais.

Dado que os tumores malignos e as doenças dos aparelhos digestivo e circulatório mantém uma certa estabilidade neste período, e as doenças do aparelho respiratório e os suicídios descem, não nos vamos debruçar em detalhe sobre estas causas.

Para cada uma das três situações acima referidas, em que houve acréscimo do número de óbitos, calcularam-se as taxas de mortalidade específicas para a idade e para a idade e sexo que se apresentam a seguir.

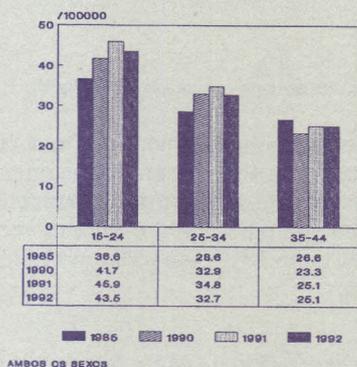


Fig. 4 - Evolução dos óbitos por acidentes de viação, por idades

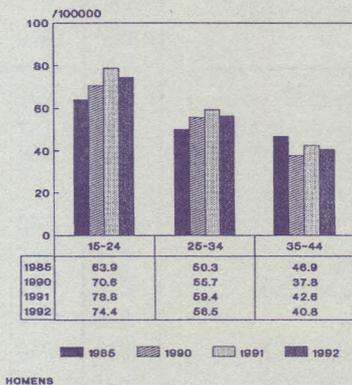


Fig. 5 - Evolução dos óbitos por acidentes de viação, por idades

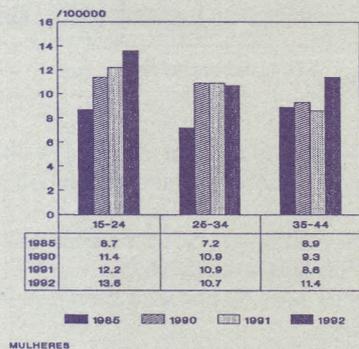


Fig. 6 - Evolução dos óbitos por acidentes de viação, por idades

4.1 - Analisando a evolução das mortes por acidentes de viação verifica-se um aumento da mortalidade entre os 15 e os 24 anos e entre os 25 e os 34 anos, na população total, nos homens e nas mulheres, com uma descida em 1992. O acréscimo é mais acentuado no sexo feminino.

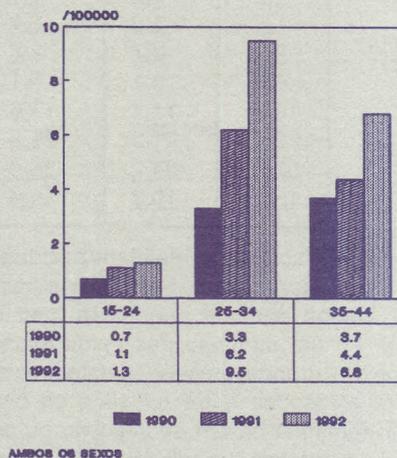


Fig. 7 - Evolução dos óbitos por VIH/SIDA, por idades

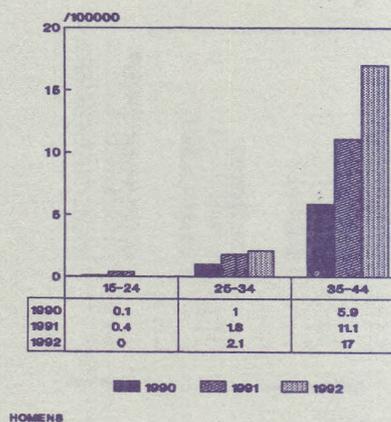


Fig. 8 - Evolução dos óbitos por VIH/SIDA, por idades

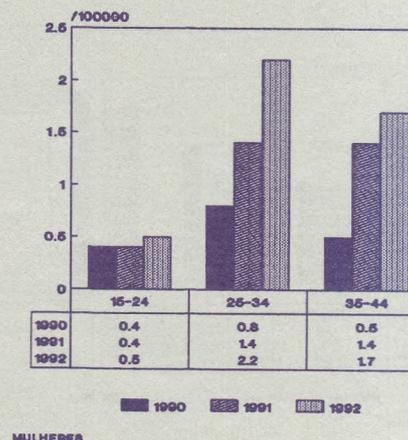


Fig. 9 - Evolução dos óbitos por VIH/SIDA, por idades

4.2 - O aumento da mortalidade por infecção VIH/SIDA obedece ao esperado, tendo em consideração o número de casos novos registados, o tipo e a evolução da epidemia.

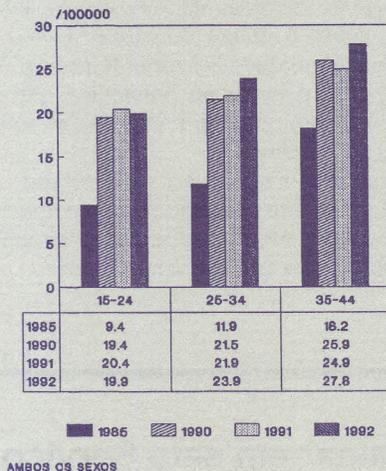


Fig. 10 - Evolução dos óbitos por sintomas, sinais e afecções mal definidas, por idades

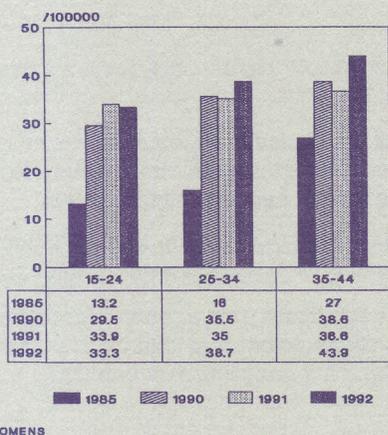


Fig. 11 - Evolução dos óbitos por sintomas, sinais e afecções mal definidas, por idades

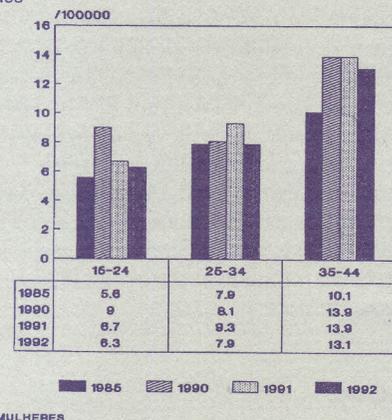


Fig. 12 - Evolução dos óbitos por sintomas, sinais e afecções mal definidas, por idades

4.3 - As taxas de mortalidade por sintomas, sinais e afecções mal definidas duplicaram entre 1985 e 1992, no grupo 15-34 anos, e aumentaram 50% acima dos 34 anos. Observando a evolução por sexos, nota-se uma diferença entre homens e mulheres: na realidade, o acréscimo é não só mais discreto nas mulheres, como, há mesmo uma descida em 1992. No sexo masculino a subida é importante sobretudo entre os 15 e os 34 anos em que as taxas aumentaram 2,5 vezes desde 1985.

## DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

O aumento das mortes no grupo 15-44 anos, analisado no período 1990-1992 foi mais importante em 1991, para as idades abaixo de 35 anos, ao contrário do que sucedeu entre os 35-44 anos em que a subida foi progressiva ao longo de período, tendo atingido o valor mais elevado em 1992.

Por outro lado, é acima dos 25 anos que as variações são mais importantes; enquanto o aumento máximo, no grupo 15-24 anos, não ultrapassa os 5%, ele atinge 24% no grupo 15-24 anos e 17% entre 35 e 44 anos.

Verifica-se, por outro lado, que a mortalidade proporcional calculada para as mortes entre 25-34 anos e entre 35-44 anos, aumenta ao longo de período, mantendo-se constante abaixo dos 25 anos, o que nos indica, que aumenta a importância relativa da mortalidade entre 25 e 44 anos.

A análise da evolução das causas de morte que mais contribuíram para a totalidade dos óbitos nas idades estudadas em 1985, mostra que as causas de morte não incluídas no conjunto estudado, tem cada vez menos peso, pois representam 20% em 1985 e 15% em 1992.

Se eliminarmos os óbitos causados pela infecção pelo VIH, estas percentagens não sofrem alteração.

É de realçar a importância crescente que tem os acidentes de viação nos óbitos de sexo feminino entre os 15 e os 44 anos, embora os valores das taxas de mortalidade nas mulheres, por esta causa, ainda estejam longe dos apurados para o sexo masculino. Este facto pode apenas ser a consequência de haver mais mulheres a conduzir; mas pode também reflectir uma mudança de atitude e de comportamento das mulheres, como condutoras.

O aumento para o dobro das taxas de mortalidade por sintomas, sinais e afecções mal definidas, calculadas para a população total entre 15 e 35 anos, resulta da subida encontrada no sexo masculino. Em 1985 houve 373 óbitos de homens falecidos entre os 15 e os 44 anos e em que a causa de morte registada no certificado de óbito foi codificada neste grupo (46); nos anos estudados este valor subiu, respectivamente, para 730, 751 e 815.

As causas de morte que aparecem nos apuramentos dos óbitos, resultam da selecção da causa básica que é feita no serviço de codificação de causas de morte. No processo de selecção seguem-se as regras internacionais estabelecidas, há mais de 40 anos, pela OMS, e que tem por finalidade identificar "a doença ou a lesão, que iniciou a cadeia de acontecimentos patológicos que conduziram directamente a morte ou as circunstâncias do acidente ou violência que produziram a lesão fatal" (OMS, CID-9).

Se a cadeia de estados patológicos indicada pelo clínico no certificado de óbito tem uma sequência lógica, é fácil seleccionar a causa básica.

Se o médico que certifica o óbito desconhece o encadeamento que levou à morte ou não informa convenientemente, não sendo possível ao codificador escolher uma causa que possa ser considerada básica segundo a definição acima referida, o codificador tem à sua disposição uma série de regras de selecção da causa básica produzidas pelos serviços competentes da OMS, aceites por todos os países, e cuja aplicabilidade tem por fim conseguir, tanto quanto possível, uniformidade na produção das estatísticas de mortalidade.

Na informação dada pelo médico é muito importante, por exemplo, a estimativa do intervalo de tempo entre o início da doença e a morte; este dado, que entre nós está muitas vezes

ausente, pode ser fundamental para a identificação da causa básica.

No caso de ocorrer a morte em indivíduos que chegam em estado muito grave a um serviço de urgência de um hospital, por exemplo, pode ser muito difícil ao médico informar convenientemente sobre a causa de morte. Como esta, outras situações haverá em que clinicamente pouca informação se poderá dar sobre a evolução patológica que antecedeu a morte. Noutros casos, porém, a informação existe, mas não vem indicada no certificado.

Não foi nossa intenção, com este estudo, identificar os motivos deste aumento, mas tão somente chamar a atenção para o facto detectado, e para algumas circunstâncias que podem contribuir para explicar o fenómeno.

## TUBERCULOSE EM IMIGRANTES: estudo preliminar em sete Serviços de Tuberculose e Doenças Respiratórias dos Distritos de Lisboa e Setúbal

Manuel Justo Gardete\* Maria de Lurdes Antunes\*\*

### INTRODUÇÃO

Em Portugal, a Tuberculose constitui ainda um problema importante de Saúde Pública. No contexto europeu, dados relativos a 1988 mostram Portugal como o país de maior incidência de tuberculose na Europa; os distritos de Lisboa, Porto, Braga, Faro, Setúbal e Viana do Castelo apresentam taxas superiores a 50 casos / 100 000 habitantes ( 1 ).

A incidência elevada de tuberculose nos imigrantes e refugiados, constitui actualmente um dos maiores problemas no controlo da tuberculose nos países europeus. Diversos estudos efectuados na Europa e América do Norte, têm comprovado que o risco de Tuberculose é superior nos imigrantes relativamente aos nacionais (2, 3, 4, 5, 6).

Em Portugal, a informação disponível sobre a incidência e/ou prevalência de tuberculose nos imigrantes é escassa e pouco conclusiva; no entanto, indicia uma incidência superior nos imigrantes originários dos PALOP e a sua relação com fenómenos de migração para a periferia das cidades de grupos de populações com condições sócio-económicas e de habitação deficientes (1, 7, 8).

Face às dificuldades na obtenção de estimativas fiáveis do número de Imigrantes existentes, com este estudo pretende-se:

- descrever a distribuição dos novos casos de tuberculose verificados em imigrantes e não-imigrantes, em 1991, por sexo, grupo etário, forma clínica e país de origem;

- testar a existência de associações, nomeadamente as hipóteses:
- nos STDRs estudados, a distribuição dos casos de tuberculose nos imigrantes e não-imigrantes, não apresenta diferenças estatisticamente significativas;
- nos STDRs estudados, o factor idade é independente do tipo de população (imigrante e não-imigrante);
- nos STDRs estudados, não existem diferenças estatisticamente significativas entre os imigrantes e não-imigrantes, relativamente à forma clínica da doença.

### MATERIAL E MÉTODOS

Foram seleccionados, no distrito de Lisboa 2 STDRs- Cascais e Venda Nova e no distrito de Setúbal 5 STDRs- Almada, Barreiro, Seixal, Sesimbra e Setúbal. Os novos casos de Tuberculose em 1991, recolhidos nas Fichas Clínicas, foram agrupados por STDR em imigrantes e não-imigrantes. A designação imigrantes é referida ao país de origem.

No tratamento estatístico, alé da análise descritiva dos resultados, para testar as hipóteses em estudo, foi utilizado o teste do Qui-quadrado e, nas hipóteses em que se verificaram diferenças estatisticamente significativas, foi efectuada a Partição do Qui-quadrado ( 9 ).

### RESULTADOS

Em 1991, nos STDRs estudados, verificaram-se 622 novos casos de Tuberculose dos quais 82 - 13,2% em imigrantes.

\* Assistente de Saúde Pública; Autoridade de Saúde - A.R.S.L.

\*\* Chefe de Serviço de Pneumologia; Directora de Serviço de Tuberculose e Doenças Respiratórias - D.G.S.

Conforme se pode verificar no Quadro 1, o STDR com menor valor percentual de casos em imigrantes relativo ao total de casos é Cascais com 7% , e o valor superior é observado no Barreiro - 28,6%.

Quadro 1: TUBERCULOSE - Novos casos 1992 - nas populações imigrantes e não imigrantes - N.ºs absolutos e % relativa ao total de casos por STDR.

STDR	IMIGRANTES		NÃO IMIG.		TOTAL
	N.º	%	N.º	%	
CASCAIS	8	7	107	93,0	115
VENDA NOVA	25	15,3	138	84,7	163
ALMADA	16	9,9	146	90,1	162
BARREIRO	16	28,6	40	71,4	56
SEIXAL	8	13,8	50	82,2	58
SESIMBRA	2	13,3	13	84,7	15
SETÚBAL	7	13,2	46	86,8	53
TOTAL	82	13,2	540	86,8	622

Fonte: D.G.S. - Divulgação de Serviços de Tuberculose e D. Respiratórias

Existem diferenças estatisticamente significativas ( $X^2 = 17,71$   $p=0,007$ ) entre os vários STDRs na distribuição dos casos de Tuberculose nos imigrantes e não-imigrantes. Estas diferenças, verificam-se com maior significado nos STDRs do Barreiro, Cascais e Almada.

Nos casos de Tuberculose nos imigrantes, 54 - 66% são do sexo masculino e 28-34% do sexo feminino. A idade média dos casos nos Imigrantes é de 31,2 (DP=11,8) anos, tendo o mais novo 2 anos e o mais velho 66 anos. A distribuição por grupos etários é a verificada no Quadro 2; sendo a % relativa ao total de casos superior nos imigrantes, nos grupos etários 15 - 24 e 25 - 44 anos.

Quadro 2: TUBERCULOSE - Novos casos 1991 - distribuição por grupos etários - N.ºs absolutos e % relativa, por grupo etário, ao total de casos nos imigrantes e não imigrantes.

Grupos Etários	IMIGRANTES		NÃO IMIG.		TOTAL
	N.ºs	%	N.ºs	%	
0-14	3	3,7	65	12,0	68
15-24	24	29,2	77	14,3	101
25-44	44	53,7	200	37,0	244
45-64	10	12,2	138	25,6	148
≥ 65	1	1,2	60	11,1	61
TOTAL	82	100	540	100	622

Para os STDRs estudados, a distribuição das idades dos casos de Tuberculose é diferente entre os imigrantes e os não-imigrantes ( $X^2=31,9$ ;  $p=0,000002$ ). Esta relação é

particularmente significativa nos grupos etários 15 - 24 anos e 65 e + anos.

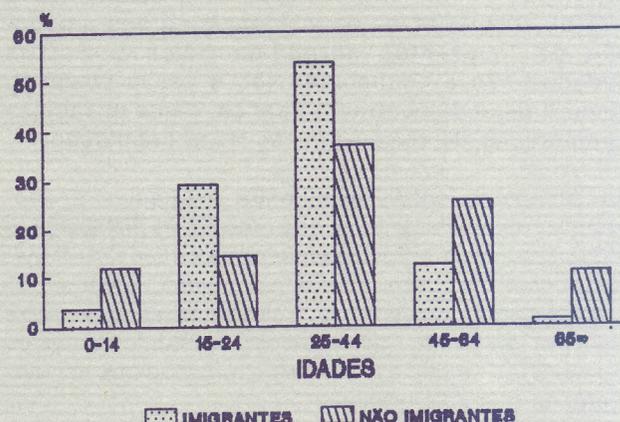


Fig. 1 - Distribuição percentual segundo a idade

Os 82 novos casos de Tuberculose, distribuem-se por ordem decrescente em números absolutos e percentuais pelos seguintes países de origem: Cabo Verde 35 - 42,7%, Angola 25 - 30,5%, Moçambique 9 - 11,0%, Guiné 5 - 6,1%, Timor 4 - 4,8%, S. Tomé 3 - 3,7%, União Indiana 1 - 1,2%.

A forma clínica predominante nos imigrantes e não-imigrantes é a pulmonar com 68,3% e 69,6% respectivamente, as formas pleural e ganglionar apresentam valores superiores nos imigrantes - Quadro 3.

Quadro 3: TUBERCULOSE - Novos casos 1991 - formas clínicas nas populações imigrantes e não-imigrantes

Forma	IMIGRANTES		NÃO IMIG.		TOTAL	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%
Pulmonar	56	68,3	377	69,8	433	69,6
Pleural	11	13,4	58	10,7	69	11,1
Ganglionar	5	6,1	23	4,3	28	4,5
Outras	10	12,2	82	15,2	92	14,8
TOTAL	82	100	540	100	622	100

No entanto, não existem diferenças estatisticamente significativas nos imigrantes e não-imigrantes, relativamente à forma clínica da doença ( $X^2=1,45$   $p=0,6914$ ).

## DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

Poderemos concluir, para os STDRs estudados e novos casos diagnosticados em 1991, que a Tuberculose nos imigrantes representou 13,2% do total de casos; atinge predominantemente o sexo masculino, o adulto jovem (15 - 44 anos) sendo 42,7% dos casos originários de Cabo Verde.

Inporta salientar que as comparações feitas entre imigrantes e não-imigrantes se baseiam no número absoluto de casos identificados. Com efeito, não é possível calcular taxas de incidência, já que a população de Imigrantes abrangida pelos 5 STDRs estudados não é conhecida. Não é assim possível, estimar o risco de contrair a doença, o que inviabiliza a comparação do risco entre as duas populações.

As diferenças encontradas entre imigrantes e não-imigrantes nomeadamente no que respeita às distribuições por STDR e grupo etário, podem não corresponder apenas a níveis de risco diferentes, mesmo quando são estatisticamente significativas. Pelo menos em parte, elas podem ser explicadas pelo número de utentes servidos por cada STDR e pelas prováveis diferenças nas estruturas etárias dos dois grupos.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Antunes M. L.: Epidemiologia da tuberculose - situação em Portugal. Comunicação à 5.ª Reunião de Pneumologistas do Hospital Pulido Valente - Lisboa 1991 : Monografia Beecham 27-39;
2. MRC Tuberculosis and Chest Disease Unit: National survey of tuberculosis notifications in England and Wales in 1983. British Medical Journal 1985; 291: 658-661;
3. Ferline R.: Antituberculosis measures for displaced persons in the Federal Republic of Germany. Bull. of IUATLD 1988; 63, 4: 27-28;
4. Van Geuns H.: A few comments on imigrants in the Netherlands. Bull. of IUATLD 1988; 63, 4: 32-33;
5. Centers for Disease Control: Tuberculosis morbidity in the United States - final data. 1990. MMWR 1992; 40, SS-3: 23-27;
6. Enarson D., Fanning E., Allen E.; Case-finding in the elimination phase of tuberculosis: high risk groups in epidemiology and clinical practice. Bull. of IUATLD 1990; 65, 2-3: 73-74;
7. Antunes M. L. et al.: Tuberculosis among imigrant workers in Portugal. Poster temático ao II Annual Congress of European Respiratory Society - Viena 1992;
8. Carreira M.: Avaliação da qualidade do sistema de controlo da tuberculose no concelho da Amadora. Trabalhos de alunos - Escola Nacional de Saúde Pública-Curso 1991/92.
9. Siegel S., Castellan N. J.: Non parametric statistics for the behavioral sciences. McGraw-Hill 2.ª ed. 1988; 111-124.

**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, PUBLICIDADE E ARTES GRÁFICAS, LDA.  
PTA. DA REPÚBLICA, LOJA B, PÓVOA DE STO. ADRIÃO - 2675 ODIVELAS  
OUTUBRO/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 a o autor