

APRESENTAÇÃO

Este trabalho é parte do Convênio entre a Secretaria de Estado da Saúde e a Universidade de São Paulo, por intermédio da Faculdade de Saúde Pública, visando à participação desta no Programa de Saúde Mental do Governo do Estado. O programa constava das seguintes partes: 1º) assistência psiquiátrica preventiva; 2º) pesquisas na área de saúde mental; 3º) cursos e atividades extra curriculares; 4º) cursos e atividades curriculares e 5º) assistência técnica na área de saúde mental.

As pesquisas na área de saúde mental foram representadas por:

- a) “Estudo dos transtornos mentais como causa básica ou associada na mortalidade em adultos de 15 a 74 anos de idade” e
- b) “Estudo dos transtornos mentais e suas características na população do distrito de São Paulo”.

O objetivo específico da primeira pesquisa era o estudo dos transtornos mentais como causa básica e associada na mortalidade de adultos; houve a possibilidade de uma investigação mais ampla para analisar todas as causas básicas e associadas de mortes ocorridas na área e período determinados, estudo esse que constitui o objeto desta publicação.

1. INTRODUÇÃO

Os estudos de mortalidade são tradicionalmente feitos por meio dos atestados de óbito. Esta metodologia, entretanto, apresenta restrições, visto que em primeiro lugar tem sido verificado que a qualidade dos mesmos não é boa (Milanesi e Laurenti¹³, 1964; Fonseca e Laurenti³, 1974). Além disso, é de uso comum codificar somente a causa básica do óbito. Outro modo, seria, então, uma análise de mortalidade segundo causas múltiplas, o que permitiria visualizar a frequência de doenças na população de falecidos, quaisquer que fossem as causas básicas. Pesquisa realizada na Faculdade de Saúde Pública, em 1973, já havia mostrado a importância da análise de mortalidade por causas múltiplas (Laurenti⁹, 1973). Essa pesquisa analisou uma amostra de óbitos ocorridos em hospitais de São Paulo, no período de março de 1971 a fevereiro de 1972; foram estudadas as causas básicas e as causas associadas, comparando-se os atestados de óbito originais com os novos atestados feitos a partir das informações adicionais obtidas após pesquisar o caso. Embora não tivesse sido um estudo específico para analisar os transtornos mentais, os resultados mostraram, desse ponto de vista, alguns aspectos bastante interessantes. De

fato, a análise de causas múltiplas evidenciou maior proporção de transtornos mentais do que quando se analisa só causa básica (atestados originais) e que essa proporção aumenta bastante quando se obtém informações adicionais.

Estudos de mortalidade que seguem uma metodologia que inclua o estudo dos casos através de entrevistas nos domicílios daqueles que faleceram e aos médicos, hospitais, clínicas, etc. que cuidaram dos mesmos, permitem uma análise profunda e realística quanto às causas básicas e associadas. Pesquisas desse tipo já foram realizadas entre nós, a primeira vez em 1962/1964 (Puffer e Griffith¹⁵, 1968) e depois em 1968/1970 (Puffer e Serrano¹⁶, 1973). A primeira objetivou estudar as características da mortalidade em adultos de 15 a 74 anos e a segunda, a mortalidade em crianças menores de 5 anos. O estudo realizado em 1962/1964, para analisar a mortalidade em adultos, levou em conta apenas as causas básicas de morte.

Investigações deste tipo evidenciam, claramente, a importância de se analisarem os óbitos através da metodologia de entrevistas. No que diz respeito aos transtornos

mentais, por exemplo, foi possível mostrar a sua verdadeira magnitude como causa básica, o que não estava traduzido nas estatísticas oficiais.

Para certos tipos de doenças, que raramente são causas básicas de morte, há necessidade, mesmo utilizando a metodologia acima referida, de serem analisadas, quer como causa básica, quer como associada.

2. OBJETIVO

A pesquisa objetiva, para residentes na Capital do Estado de São Paulo e para as cidades do interior do Estado (Botucatu e São Manoel):

- 1º — determinar as reais causas básicas e associadas de morte, em adultos de 15 a 74 anos;
- 2º — verificar a importância dos transtornos mentais como causas básicas e associadas de morte;
- 3º — verificar a associação existente entre doenças mentais e outras doenças e
- 4º — estudar características da mortalidade segundo as causas e certas variáveis.

Operacionalmente estes objetivos deverão ser alcançados através de estimativas dos devidos coeficientes de mortalidade.

3. MATERIAL E MÉTODO

Ao ser estabelecido o projeto, levando-se em conta as disponibilidades financeiras, foi estabelecido que seria estudada uma

amostra de, aproximadamente, 3.000 óbitos de indivíduos de 15 a 74 anos, ocorridos num período de 12 meses, de residentes no distrito da Capital (1º distrito do município de São Paulo). Para o município de Botucatu, para o mesmo período de tempo, seriam estudados todos os óbitos de indivíduos de 15 a 74 anos de idade. Dado, porém, o relativo pequeno número de casos nesse município, foi incluído também o município de São Manoel. Assim sendo, para finalidades do projeto considerou-se a existência de dois sub-projetos, o de São Paulo e o de Botucatu, esse último com duas áreas, município de Botucatu e município de São Manoel. Para essas áreas do interior o total esperado de óbitos era de, aproximadamente, 400.

O período de 12 meses a que se referem os óbitos foi de 1 de outubro de 1974 a 30 de setembro de 1975, para São Paulo e de 1 de novembro de 1974 a 31 de outubro de 1975, para o interior.

3.1. Seleção da amostra

O critério adotado para "residentes" foi o mesmo da Investigação Interamericana de Mortalidade de Adultos (Puffer e Griffith¹⁵, 1968) isto é, "aquele que nasceu e morava na área no momento da morte ou que veio para essa área com a intenção de nela fixar residência, independentemente, nesse caso, o tempo entre a chegada e a morte".

Para se estabelecer o fator de amostragem foi verificado o número total de falecidos de 15 a 74 anos, residentes na área, visto que se pretendia estudar 3.000 casos. A verificação desse número foi feita na Divisão de Demografia do Departamento de Estatística da Secretaria de Economia e Planejamento do Estado de São Paulo,*

* Atual Superintendência Estadual de Análise de Dados Estatísticos (SEADE). Foi utilizada esta sigla para as citações subsequentes desse Departamento.

e constou de uma contagem rápida, feita da seguinte maneira:

- a — separação de todos os atestados de óbitos de idade de 15 a 74 anos registrados no município de São Paulo, nos anos de 1972 e 1973;
- b — destes, separação daqueles cujo endereço da residência estava dentro dos limites do 1º distrito (independente do registro ter sido, ou não, feito num dos 48 cartórios do 1º distrito);
- c — verificação dos óbitos registrados em outros grandes municípios da Região da Grande São Paulo que poderiam "atrair" óbitos da área a ser estudada (isso foi feito para os municípios de Santo André, São Caetano do Sul, São Bernardo do Campo, Osasco, Guarulhos).

A verificação do endereço da residência e conseqüente certeza de que o mesmo pertencia à área de estudo foi feita de maneira rápida, pois o objetivo era apenas uma estimativa, mesmo que grosseira, do número desejado para se estabelecer o fator de amostragem.

Isso permitiu estimar que, num período de 12 meses, o número de óbitos de 15 a 74 anos, de residentes na área de estudo fora de 28.728. Como se pretendia estudar uma amostra de tamanho 3.000, o fator de amostragem foi de 9,576. A experiência de outros estudos havia mostrado, porém, que, quando se verificava mais cuidadosamente a indicação do endereço, este, em alguns casos, pertencia a outro distrito do município. Portanto, a estimativa feita de óbitos pertencentes à área de estudo deveria estar um pouco superestimada. Assim sendo, arbitrariamente, diminuiu-se o fator de amostragem para 9, esperando-se obter uma amostra de tamanho mais próximo do desejado.

O sorteio dos casos foi feito mensalmente, visto que o Departamento de Estatística da Secretaria de Economia e Planejamento recebe, nas duas primeiras semanas de cada mês, os atestados de óbitos registrados referentes ao mês anterior. Em seguida, os atestados eram separados por idade e, depois verificado cada endereço, para ver se o caso pertencia ou não à área de estudo. A seguir eram sorteados os casos. Cada caso sorteado recebia um número de ordem, tendo sido mantida a cronologia do registro no cartório.

Foram sorteados 2.875 casos, que constituíram, então, a amostra de estudo para a área do 1º distrito ou distrito da Capital do município de São Paulo.

No caso dos municípios de Botucatu e São Manoel não foi feita amostra, mas sim estudados todos os casos de óbitos de 15 a 74 anos, residentes nessas áreas. Para Botucatu, o número foi 220 e para São Manoel, 126 (foram também procurados casos de residentes nesses municípios e que faleceram fora, com a finalidade de incluí-los na pesquisa).

3.2. Coleta de informações

Para cada caso estudado foi preenchido um formulário (Anexo), por meio de entrevista domiciliar e entrevista junto a médicos, hospitais, pronto-socorros, etc.

A entrevista familiar foi realizada por educadoras sanitárias ou assistentes sociais devidamente treinadas. No início da entrevista eram confirmadas a idade do paciente e a residência do mesmo, para ver se o caso pertencia realmente à amostra. Por erros no preenchimento do atestado de óbito, alguns casos foram eliminados. Isso ocorreu, quer porque a idade não estava na faixa 15 a 74 anos, pois fora declarada erradamente no atestado, quer porque a residência não era também aquela declara-

da. Tais fatos levaram à redução do número de casos da amostra de 2.875 para 2.743.

Na entrevista familiar puderam ser obtidos dados completos da identificação do falecido, lugar de nascimento, tempo de residência na área, composição familiar, ocupação, entre outras, sendo dado grande destaque às perguntas referentes aos cuidados médicos que o falecido tinha recebido. Essas últimas informações serviram de ponto de partida para o preenchimento da parte médica do formulário, e possibilitaram, então, coletar todos os dados clínicos disponíveis, a fim de se estabelecerem as causas de morte (as informações foram obtidas a partir de prontuários hospitalares, fichas clínicas de ambulatórios, etc., além de exames complementares, dados de cirurgia e necrópsias, quando existentes, e entrevistas aos médicos que trataram dos falecidos).

3.3. *Análise dos formulários*

Após o preenchimento dos formulários — parte domiciliar e parte médica — os mesmos foram revistos, procurando-se, numa primeira vez, observar a qualidade do preenchimento. Posteriormente, a equipe médica lia minuciosamente caso por caso, discutindo os aspectos clínicos, a fim de chegar a uma conclusão sobre a causa básica, as causas consequenciais e as causas contributórias de cada morte. Cuidado especial foi dado à verificação da existência ou não de transtornos mentais, que poderiam ter atuado como causa básica ou associada, ou simplesmente existir, independente de contribuir como causa para a morte.

O estabelecimento dos diagnósticos foi baseado em todas as informações disponíveis. Quando não foi possível obter nenhuma informação, o que ocorreu em poucos casos, convencionou-se que os diagnósticos seriam os mesmos do atestado original.

Finalmente, a cada diagnóstico era atribuído o código correspondente, até a categoria de 4º algarismo, da Classificação Internacional de Doenças (CID)¹², 8ª Revisão, 1965.

3.4. *Apuração dos resultados*

Revistos os formulários, todos os dados foram codificados e passados para cartões IBM e as tabulações processadas eletronicamente. As causas básicas, as causas associadas e os transtornos mentais foram tabulados por sexo e idade. A partir destas tabelas e das estimativas de populações foram calculadas mortalidades proporcionais e os devidos coeficientes de mortalidade. Deve-se ainda notar que nem sempre os totais das diversas tabelas são os mesmos. Isto porque as apurações foram feitas segundo diferentes variáveis, não havendo, para algumas delas, possibilidade de obtenção de informação completa.

3.5. *Estimativas das populações*

A população de residentes do município de São Paulo, no meio do período (1 de outubro de 1974 a 30 de setembro de 1975), ou seja, no dia 1/4/1975, foi estimada para intervalos de dez anos de idade.

Aplicou-se interpolação linear para os dados fornecidos pelo SEADE, referentes aos anos de 1974 e 1975, fazendo-se a devida divisão pelo intervalo de amostragem, 9.

A distribuição, segundo os grupos etários, foi gerada a partir de estimativas elaboradas pela Secretaria de Estado da Saúde. Tais estimativas apresentam a população em intervalos de dez anos, mas defasados de cinco, em relação ao presente estudo. Desta forma, houve necessidade de reagrupar as idades; as estimativas para os

grupos etários desejados foram feitas utilizando-se o método de Newton e os multiplicadores de Sprague nas últimas idades (Jaffe⁵, 1951).

As proporções para cada sexo foram feitas em separado, bem como os totais, o que possibilitou um controle de possíveis erros de computação.

TABELA 1

População do distrito de São Paulo, estimada para 1.4.1975, segundo sexo e idade, usada como base para o cálculo dos coeficientes.

Idade	Sexo		Total
	Masc.	Fem.	
15 a 24	69 317	74 382	143 699
25 a 34	58 287	58 940	117 227
35 a 44	44 973	46 045	91 018
45 a 54	30 936	32 749	63 685
55 a 64	17 746	19 990	37 736
65 a 74	9 536	11 936	21 472
Total	230 795	244 042	474 837

Para Botucatu e São Manoel tomou-se a população total residente no meio do período (1.11.74/31.10.75), isto é, em 1.5.75.

A estimativa foi feita por interpolação linear a partir dos dados estimados para

1.7.74 e 1.7.75 pelo SEADE. As subpopulações segundo intervalos de idade e sexo tiveram mantidas as mesmas proporções encontradas no censo de 1970.

TABELA 2

População do município de Botucatu, estimada para 1.5.1975, segundo sexo e idade, usada como base para cálculo dos coeficientes.

Idade	Sexo		Total
	Masc.	Fem.	
15 a 24	5 590	5 511	11 101
25 a 34	2 869	3 410	6 279
35 a 44	3 103	3 304	6 407
45 a 54	2 350	2 429	4 779
55 a 64	1 639	1 692	3 331
65 a 74	939	928	1 867
Total	16 490	17 274	33 764

TABELA 3

População do município de São Manoel, estimada para 1.5.1975, segundo sexo e idade, usada como base para o cálculo dos coeficientes.

Idade	Sexo		Total
	Masc.	Fem.	
15 a 24	2 650	2 397	5 047
25 a 34	1 623	1 514	3 137
35 a 44	1 471	1 372	2 843
45 a 54	1 030	1 002	2 032
55 a 64	802	724	1 526
65 a 74	382	332	714
Total	7 958	7 341	15 299

4. RESULTADOS E COMENTARIOS — SÃO PAULO

4.1. Características da mortalidade segundo sexo e idade

A análise da amostra dos óbitos de adultos residentes no distrito de São Paulo ocorridos no período considerado revelou características e aspectos bastante interessantes. Estudando-se as 2.743 mortes, verifica-se que houve predominância do sexo masculino (62,81%) sobre o feminino (37,19%) (Tabela 4).

TABELA 4

Óbitos segundo sexo, distrito de São Paulo, 1974/1975 (nº e %)

Sexo	Nº	%
Masculino	1723	62,81
Feminino	1020	37,19
Total	2743	100,00

Em face do comportamento diferencial da mortalidade segundo sexo, (Puffer e Griffith¹⁵, 1968) também nesta pesquisa será examinada, sempre em separado, a mortalidade em cada sexo.

Quando se estudam esses óbitos dentro de cada grupo etário, é importante notar que, em todos os grupos etários, morrem também, mais homens do que mulheres.

Analisando a distribuição etária dentro de cada sexo, verifica-se, conforme mostra a Tabela 5, que, para o sexo masculino, as mortes se distribuem em percentuais de 7,74% para o grupo de 15 a 24 anos; 10,18% para o grupo de 25 a 34 anos; 12,56% para o grupo 35 a 44 anos; 19,78% para a faixa 45 a 54 anos; 24,55% de 55 a 64 anos e 25,19% para o último grupo (65 a 74 anos). Chama a atenção o fato de aproximadamente 50% destas mortes ocorrerem até 54 anos, fato não verificado quando se considera a distribuição no sexo feminino. Nas mulheres, pouco menos de 45% ocorre até 54 anos, estando os óbitos concentrados nas faixas etárias mais altas (23,85% no grupo 55 a 64 anos e 31,70% para o grupo de 65 a 74 anos de idade).

TABELA 5

Óbitos segundo sexo e idade, distrito de São Paulo, 1974/1975 (nº e %).

Idade	Sexo		Masculino		Feminino		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
15 a 24	133	7,74	58	5,69	191	6,98		
25 a 34	175	10,18	97	9,52	272	9,93		
35 a 44	216	12,56	139	13,64	355	12,97		
45 a 54	340	19,78	159	15,60	499	18,22		
55 a 64	422	24,55	243	23,85	665	24,29		
65 a 74	433	25,19	323	31,70	756	27,61		
Total	1719	100,00	1019	100,00	2738 *	100,00		

* Em 5 casos não foi possível conhecer a idade.

Em termos de risco, os coeficientes de mortalidade segundo grupos etários mostraram-se bastante diferentes segundo os sexos. Assim, o grupo de maior risco foi o de 65 a 74 anos, com coeficiente geral de 45,4 por mil homens, enquanto que para o sexo feminino esse mesmo grupo teve coeficiente igual a 27,1 por mil mulheres. Vem em seguida a faixa de 55 a 64 anos, na qual o sexo masculino apresentou coeficiente de 23,8 óbitos por mil homens e o feminino, 12,2 óbitos por mil mulheres e depois, em ordem decrescente de idade, para ambos os sexos: 11,0 por mil homens

e 4,9 por mil mulheres para o grupo 45 a 54 anos, e em seguida os grupos etários mais baixos, — 35 a 44 anos (4,8 por mil homens e 3,0 por mil mulheres), 25 a 34 anos (3,0 por mil para o sexo masculino e 1,6 por mil para o feminino) e 15 a 24 anos (1,9 por mil para o sexo masculino e 0,8 por mil para o feminino). A Tabela 6 apresenta os coeficientes segundo sexo e idade, bem como a razão entre os mesmos. É importante notar que o risco, sempre maior no sexo masculino, é acentuado nas idades 15 a 24 anos e 45 a 54 anos.

TABELA 6

Coefficientes de mortalidade segundo idade (X 1.000 habitantes) para os sexos masculino e feminino e razão entre eles, distrito de São Paulo, 1974/1975.

Idade	Sexo		Razão (M/F)
	Masculino	Feminino	
15 a 24	1,9	0,8	2,4
25 a 34	3,0	1,6	1,9
35 a 44	4,8	3,0	1,6
45 a 54	11,0	4,9	2,2
55 a 64	23,8	12,2	2,0
65 a 74	45,4	27,1	1,7
Total	7,5	4,2	1,8

A Tabela 7 apresenta a evolução temporal desses coeficientes, as taxas de mortalidade segundo sexo e idade na pesquisa atual e as obtidas na Investigação Interamericana de Mortalidade no Adulto, pes-

quisa que, com a mesma metodologia e referindo-se à mesma área, foi realizada no período 1962/1964 (Puffer e Griffith¹⁵, 1968).

TABELA 7

Coeficientes de mortalidade segundo sexo e idade em 1962/1964 e 1974/1975, distrito de São Paulo. (X 1.000 habitantes).

Idade	Sexo		Masculino		Feminino	
	Período		1962/1964	1974/1975	1962/1964	1974/1975
15 a 24			1,0	1,9	0,6	0,8
25 a 34			1,5	3,0	1,4	1,6
35 a 44			3,8	4,8	2,7	3,0
45 a 54			7,2	11,0	5,1	4,9
55 a 64			20,6	23,8	14,1	12,2
65 a 74			52,7	45,4	34,3	27,1
Total			5,4 (6,1) *	7,5	3,9 (4,5) *	4,2

* Padronizado pela população de 1974/1975.

Para o sexo masculino, o único grupo etário que não apresentou aumento do risco de morrer foi o de 65 a 74 anos; todos os demais apresentaram ascensão dos coeficientes, conforme pode ser constatado na Tabela 7.

As razões desse aumento estão, possivelmente, ligadas às alterações do comportamento das causas básicas de morte no período de tempo considerado, a serem analisadas no item específico. No sexo feminino, o comportamento da mortalidade foi bem diferente. Nota-se decréscimo dos coeficientes para todos os grupos acima de 45 anos, enquanto que para as idades mais jovens, os coeficientes aumentaram.

Da mesma forma que ocorreu com o sexo masculino, as razões dos aumentos e decréscimos desses coeficientes, estão ligados às causas de morte, a serem estudadas nos coeficientes correspondentes.

Analisando os coeficientes gerais de mortalidade para cada um dos sexos, nos dois

períodos considerados — sem padronização — nota-se que os aumentos respectivos do risco de morrer foram de 38,89% e 7,69% para os homens e as mulheres.

Entretanto, procedendo-se à padronização, pela população do período 1974/1975, há uma modificação desta situação, fazendo com que o risco masculino, em 1974/75, seja 22,55% maior, enquanto que no feminino há um decréscimo de 6,67% no risco de morrer.

4.2. Padrão de mortalidade segundo causa básica

Segundo a definição da Organização Mundial da Saúde, adotada desde 1948, causa básica da morte é (a) "doença ou lesão que iniciou a sucessão de eventos mórbidos que levou diretamente à morte, ou (b) as circunstâncias do acidente ou violência que produziram a lesão fatal".

A causa básica é aquela utilizada nas estatísticas de mortalidade por causa e deve ser declarada, no atestado de óbito, em último lugar da parte I, geralmente a linha "C".

A causa básica dá origem a outras doenças ou complicações que conduzem à morte, sendo que essas causas, devidas à básica, são chamadas "causas consequenciais". No atestado de óbito, as causas consequenciais devem ser registradas nas linhas acima daquela onde se registrou a causa básica.

Independentemente destas causas básicas e consequenciais, podem existir outras que, embora não entrando na cadeia de eventos que se inicia com a básica, podem favorecer ou contribuir também para a morte. São as chamadas causas contribuintes (ou contributórias) e que, no atestado de óbito, devem ser registradas na Parte II.

Ao conjunto de causas consequenciais e causas contribuintes é dado o nome de "causas associadas".

As estatísticas de mortalidade que analisam as causas básicas e as associadas são chamadas estatísticas segundo causas múltiplas.

Uma questão a ser analisada, porém, é a relativa à fidedignidade dos dados. Estariam os médicos declarando, corretamente, a causa básica de morte? Uma primeira avaliação deste aspecto, para o distrito da Capital, já havia sido feita na Investigação Interamericana de Mortalidade de Adultos, quando se evidenciou, por meio de metodologia igual à do presente estudo, que, praticamente, para todas as causas ou grupos de causas, havia variações para mais ou menos, em relação às estatísticas oficiais.

Assim, naquele estudo, na amostra de 4.361 óbitos, nos atestados originais havia 1.872 casos em que a causa básica era uma doença cardiovascular. Após a realização da pesquisa, verificou-se que esse valor era 1.788, isto é 4,5% a menos. Quando, porém, se analisava uma causa

específica e não um grupo de causas a diferença era bem maior. Assim, para a mesma amostra, a doença hipertensiva passou, como causa básica, de 155 para 248 casos, isto é um aumento de 60%.

Na Tabela 8 estão expostos o número de óbitos, coeficientes de mortalidade, mortalidade proporcional segundo sexo e causa básica de morte, pela Lista B da 8ª Revisão da CID¹²

As principais causas de morte são praticamente as mesmas em ambos os sexos, porém os valores são diferentes. Assim, no sexo masculino, a primeira causa de morte é a doença isquêmica do coração (DIC), que representa 17,8% do total das mortes, vindo a seguir as neoplasias malignas (14,7%), as lesões vasculares que afetam o sistema nervoso central (11,4%), os acidentes de veículos a motor (8,3%), a cirrose hepática e outras causas externas (ambas com 3,6%), outros acidentes (3,3%), as bronquites, enfisema e asma juntamente com as doenças hipertensivas (ambas com 3,1%); tuberculose do aparelho respiratório aparece, no sexo masculino, como a 10ª causa de morte (com 2,6% dos óbitos).

No sexo feminino, também a doença isquêmica do coração, as neoplasias malignas, as lesões vasculares que afetam o sistema nervoso central e os acidentes de veículo a motor representam, como no sexo masculino, as quatro primeiras grandes causas. Há de se notar, porém, que no sexo feminino as neoplasias malignas passam a constituir o primeiro grande grupo, enquanto a doença isquêmica do coração passa para o terceiro posto. Porém, para todos esses grupos de causas, o risco de morrer é muito maior no sexo masculino. A relação sexo masculino/sexo feminino, quanto ao risco de morrer, nos indivíduos de 15 a 74 anos é a seguinte:

Doença isquêmica do coração: 2,12

Neoplasias malignas: 1,34

Lesões vasculares que afetam o sistema nervoso central: 1,33

Acidentes de veículo a motor: 3,33.

TABELA 8

Número de óbitos, coeficientes de mortalidade (x 100.000 habitantes) e mortalidade proporcional segundo sexo e causa básica, distrito de São Paulo, 1974/1975. (Lista B da CID).

Causas	Mortalidade Sexo	Nº de óbitos		Coeficientes		Mort. proporc. (%)	
		Masc.	Fem.	Masc.	Fem.	Masc.	Fem.
B4 — Enterite e outras doenças diarréicas		6	2	2.60	0.82	0.3	0.2
B5 — Tuberculose do aparelho respiratório		45	14	19.50	5.74	2.6	1.4
B6 — Outras tuberculoses incluindo efeitos tardios		5	4	2.17	1.64	0.3	0.4
B11 — Infecções meningocócicas		36	15	15.60	5.33	2.1	1.5
B12 — Poliomielite aguda		1	—	0.43	—	0.1	—
B17 — Sífilis e suas sequelas		1	—	0.43	—	0.1	—
B18 — Todas as demais doenças infecciosas e parasitárias		38	26	16.46	10.65	2.2	2.6
B19 — Tumores malignos		253	199	109.62	81.54	14.7	19.5
B20 — Tumores benignos e os de natureza não especificada		6	10	2.60	4.10	0.3	1.0
B21 — Diabetes Mellitus		23	35	9.97	14.34	1.3	3.4
B22 — Avitaminoses e outras deficiências nutricionais		3	3	1.30	1.23	0.2	0.5
B23 — Anemias		—	2	—	0.82	—	0.2
B24 — Meningite		14	3	6.07	1.23	0.8	0.3
B25 — Febre reumática ativa		—	2	—	0.82	—	0.2
B26 — Doenças reumáticas crônicas do coração		15	29	6.50	11.88	0.9	2.8
B27 — Doenças hipertensivas		54	44	23.40	18.03	3.1	4.3
B28 — Doenças isquêmicas do coração		306	152	132.59	62.28	17.8	14.9
B29 — Outras formas de doenças do coração		35	22	15.16	9.01	2.0	2.2
B30 — Doenças cérebro-vasculares		196	155	84.92	63.51	11.4	15.2
B32 — Pneumonia		37	19	16.03	7.79	2.2	1.9
B33 — Bronquite, enfisema, asma		54	23	23.40	9.42	3.1	2.3
B34 — Úlcera péptica		24	5	10.40	2.05	1.4	0.5
B35 — Apendicite		3	1	1.30	0.41	0.2	0.1
B36 — Obstrução intestinal e hérnia		8	2	3.47	0.82	0.5	0.2
B37 — Cirrose hepática		62	5	26.86	2.05	3.6	0.5

TABELA 8

Número de óbitos, coeficientes de mortalidade (x 100.000 habitantes) e mortalidade proporcional segundo sexo e causa básica, distrito de São Paulo, 1974/1975. (Lista B da CID).

(continuação)

Causas	Mortalidade Sexo	Nº de óbitos		Coeficientes		Mort. proporc. (%)	
		Masc.	Fem.	Masc.	Fem.	Masc.	Fem.
B38 — Nefrite e nefrose		15	11	6.50	4.51	0.9	1,1
B39 — Hiperplasia de próstata		8	—	3.47	—	0.5	—
B40 — Aborto		—	8	—	3.28	—	0,8
B41 — Outras complicações da gravidez, parto e puerpério		—	28	—	9.88	—	2,4
B42 — Anomalias congênitas		5	1	2.17	0.41	0.3	0,1
B45 — Sintomas e estados mórbidos mal definidos		44	32	19.06	13.11	2.6	3,1
B46 — Todas as demais doenças		137	88	59.36	36.06	8,0	8,6
B47 — Acidentes de veículos a motor		142	48	61.53	19.67	8,3	4,7
B48 — Os demais acidentes		57	10	24.70	4.10	3,3	1,0
B49 — Suicídios e lesões auto-infligidas		24	16	10.40	6.56	1.4	1,6
B50 — As demais causas externas		62	11	26.86	4.51	3.6	1,1
Total		1719 *	1019 *	744.82	417.16	100.0	100.0

* Não estão incluídos 5 óbitos (4 masculinos e 1 feminino) por não terem idade conhecida.

A Tabela 8 permite ainda destacar alguns aspectos importantes quanto às causas básicas de mortalidade, quando se comparam os dois sexos. Assim, por exemplo, o diabetes (B21) é a sexta causa, em importância, no sexo feminino, ao passo que no sexo masculino não aparece entre as dez primeiras causas. O risco de morrer por diabetes é 1,4 vezes maior no sexo feminino. As doenças reumáticas crônicas do coração (B26) que representam a sétima causa de morte no sexo feminino vão aparecer somente depois das quinze primeiras causas no sexo masculino.

Os acidentes de veículo a motor, ainda que constituindo a quarta causa de morte, em ambos os sexos, apresentam, no femi-

nino, um risco de morrer muito menor (3,3 vezes menor).

Alguns grandes grupos de causas apresentam, de per si, algumas características importantes que merecem ser analisadas, como vem a seguir.

4.2.1. Doenças infecciosas e parasitárias

Esse grupo de causas representou, em conjunto, um risco de morrer de 15,19 e 24,18 por 100.000 habitantes respectivamente nos sexos masculino e feminino. Mesmo representando riscos menores que as doenças cardiovasculares, neoplasias

malignas e os acidentes em geral (e mesmo, mais especialmente, os acidentes de veículos a motor, no sexo masculino) é de se estranhar que as doenças infecciosas e parasitárias correspondam, nesse grupo etário, a 7,6% e 5,8% dos óbitos masculinos e femininos, respectivamente, pois nessa idade, seria de se esperar uma frequência bem menor. O estudo feito em 1962/64 (Puffer e Griffith¹⁵, 1968) mostrou que essas causas, para esse mesmo grupo etário, em áreas urbanas, ditas desenvolvidas, como Bristol, na Inglaterra e São Francisco, na Califórnia, atingiam, respectivamente, para os sexos masculino e feminino os valores 1,4% e 0,7% (Bristol) e 2,1% e 1,1% (S. Francisco). Nesse mesmo estudo, São Paulo apresentava os valores de 7,6% (masculino) e 5,0% (feminino). Portanto, como importância causal na mortalidade, pode-se dizer que não houve melhoria, desde 1962/1964 até o presente momento.

Um aspecto que precisa ser ressaltado, porém, é o que diz respeito às mortes por meningite meningocócica. De fato, durante a realização do presente estudo, a cidade de São Paulo passou por grave epidemia, sendo essa causa responsável, no grupo etário aqui considerado, por 27,3% (sexo masculino) e 22,0% (sexo feminino) dos óbitos por doenças infecciosas. Se se excluir, portanto, a meningite, a importância das doenças infecciosas cai, respectivamente, no sexo masculino e feminino, para 5,6% e 4,5% dos óbitos. Assim, se não se contassem os casos da epidemia de meningite referida, a mortalidade proporcional por doenças infecciosas estaria, neste estudo, com valores menores que os do estudo de 1962/64, embora ainda elevados.

A tuberculose, que aparece como a primeira causa de morte, entre as infecciosas, é mais importante no sexo masculino, em todos os grupos etários estudados. O mesmo comportamento foi observado no estudo feito em 1962/64, como se verifica na Tabela 9.

TABELA 9

Coefficientes de mortalidade por tuberculose do aparelho respiratório e outras localizações segundo sexo e idade em 1962/1964 e 1974/1975. distrito de São Paulo. (X 100.000 hab.).

Idade	Período		1962/1964		1974/1975	
	Sexo		Masculino	Feminino	Masculino	Feminino
15 a 24			7.0	4.9	4.3	—
25 a 34			19.4	9.7	20.6	6.8
35 a 44			41.1	16.6	20.0	13.0
45 a 54			48.4	7.1	57.7	12.2
55 a 64			42.8	18.9	39.4	20.0
65 a 74			83.3	6.3	31.4	—
Total			27.2	9.7	21.6	7.4

Em alguns grupos etários a mortalidade por tuberculose apresenta uma razão homem/mulher bastante alta, chegando, por exemplo, no grupo etário 45 a 54 anos a 4,2 (1974/1975) e 6,8 (1962/1964).

É importante ressaltar que, no sexo masculino, houve queda acentuada da mortalidade nos grupos 15 a 24, 35 a 44 e 65 a 74 anos, quando se comparam os dois estudos. Deve-se notar, porém, que nos grupos 45 a 54 e 25 a 34 anos houve um discreto aumento no sexo feminino. Também se observou queda acentuada da mortalidade nos dois grupos etários extremos; no grupo etário 45 a 54 anos houve aumento da mortalidade por tuberculose correspondente a 72%.

4.2.2. Doenças cardiovasculares

As doenças cardiovasculares (DCV), que compreendem todas as categorias da seção VII da 8ª Revisão da CID¹², vêm assumindo cada vez maior importância na mortalidade na cidade de São Paulo, pois representavam 16,1% do total de mortes, em 1940, e passaram, no final da década de 60, a 30,0% (Laurenti e Fonseca¹⁰, 1977).

O aumento da mortalidade por DCV tem sido observado em quase todos os países do mundo e, de maneira mais acentuada, nos chamados países desenvolvidos. Stamler¹⁸, 1970, refere que, enquanto no início do século XX as DCV eram responsáveis por 20% das mortes nos Estados Unidos, nos últimos anos, elas vêm respondendo pela maioria dos óbitos lá ocorridos. Assim, cita especialmente o ano de 1962, quando foram registradas 1.757.000 mortes, das quais 957.000 ou 54,5%, foram causadas por DCV.

No final da década de 1960, alguns países apresentavam as seguintes taxas de mortalidade por DCV: Estados Unidos da América, 466,1 por 100.000 habitantes, correspondendo a 50,5% do total de óbitos; Holanda, 308,9 por 100.000 e 64,6%; Japão, 267,1 por 100.000 e 39,5%; Finlândia, 485,5

por 100.000 e 50,7% e Suécia, 317,0 por 100.000 e 41,3% (Demographic Yearbook², 1975).

Em todos esses países, dentre as DCV, a doença que se sobressai em importância é a doença isquêmica do coração (DIC). O mesmo se verifica em São Paulo onde, aproximadamente, 40% é constituído pela DIC.

Nesta pesquisa, as DCV corresponderam a 35,2% de todos os óbitos masculinos e 39,6% dos femininos, representando portanto, o maior grupo de causas de morte, superando, inclusive, o conjunto das mortes por neoplasias malignas e por acidentes, envenenamento e violências.

Ainda que no sexo feminino, a importância relativa das DCV seja um pouco superior à observada no sexo masculino, neste, em todas as idades, o risco de morrer foi maior, como pode ser observado na Tabela 10.

No sexo feminino, a primeira DCV em importância é representada pelo grupo das lesões vasculares que afetam o sistema nervoso central (63,5 por 100.000), porém com valor bastante próximo à 2ª causa que é a DIC (62,3 por 100.000); vêm a seguir, as doenças hipertensivas (18,0 por 100.000), e a doença reumática crônica (11,9 por 100.000). O grupo residual, "outras formas de doenças do coração" (9,0 por 100.000) representou 5,4% de todas as DCV, valor este, comparável ao observado no sexo masculino.

A DIC, no sexo masculino, no grupo etário 15 a 74 anos, apresenta um coeficiente de 132,6 por 100.000 habitantes, vindo a seguir as lesões vasculares que afetam o sistema nervoso central (84,9 por 100.000). A terceira DCV em importância é o grupo das doenças hipertensivas (23,4 por 100.000) e a seguir a doença reumática crônica (6,5 por 100.000). Existe um grupo, "outras formas de doenças do coração" (15,2 por 100.000 habitantes) que representa 5,8% de todas as DCV e que corresponde, em grande parte, a doenças cardia-

TABELA 10

Coefficientes de mortalidade por doença cardiovascular, segundo suas categorias (Lista B), idade e sexo. Distrito de São Paulo, 1974/1975. (X 100.000 habitantes).

Categorias	Idade		25 a 34		35 a 44		45 a 54		55 a 64		65 a 74		Total		
	Sexo	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	Total	
															M
Febre reumática ativa (B25)		—	1,3	—	1,7	—	—	—	—	—	—	—	—	—	0,8
Doença reumática crônica (B26)		—	2,7	3,4	3,4	6,7	8,7	12,9	27,5	22,5	35,0	21,0	41,9	6,5	11,9
Doenças hipertensivas (B27)		1,4	—	5,2	1,7	13,3	32,6	48,5	18,3	66,6	50,0	178,3	100,5	23,4	18,0
Doença isquêmica do coração (B28)		—	—	8,6	—	48,9	13,0	168,1	45,8	591,7	210,1	1279,4	745,6	132,6	62,3
Outras formas doenças do coração (B29)		2,9	—	5,2	1,7	11,1	8,7	25,9	15,3	50,7	35,0	83,9	41,9	15,2	9,0
Doenças cérebro-vasculares (B30)		4,3	2,7	5,2	10,2	31,1	34,8	119,6	45,8	349,4	220,1	807,5	603,2	84,9	63,5
Total		8,6	6,7	27,6	18,7	111,1	97,8	375,0	152,7	1080,9	550,2	2370,1	1533,1	262,6	165,5

cas nas quais não foi possível se estabelecer um diagnóstico específico causal ou, em menor parte, a algumas categorias de doenças cardíacas em que se pôde estabelecer um diagnóstico, se não etiológico, pelo menos anatomopatologicamente bem definido, como miocardite aguda e cardiomiopatias.

No estudo de 1962/1964 (Puffer e Griffith¹⁵, 1968) as DCV também apresentaram uma participação importante na mortalidade de 15 a 74 anos (39,3% no sexo masculino e 43,3% no sexo feminino). Também naquele estudo, ainda que a proporção de óbitos por DCV fosse um pouco superior no sexo feminino, o risco de morrer foi menor. Da mesma maneira, em todos os grupos etários e para todos os tipos de DCV (exceto a doença reumática e suas complicações), as taxas de mortalidade foram maiores no sexo masculino.

Quando se analisam os resultados da presente investigação, no que se refere às DCV, deve ser destacado o papel da DIC, a qual, como se disse acima, se constituiu na primeira causa de morte no sexo masculino e terceira no sexo feminino; independentemente do sexo, foi a primeira causa de morte.

A mortalidade por DIC em São Paulo não tem apresentado uma evolução tão acentuadamente ascendente nos últimos anos, como a que vem sendo observada em áreas desenvolvidas do mundo. Assim, comparando-se com o que vem ocorrendo nos Estados Unidos, onde em 15 anos (1959 a 1973) houve um aumento de 25%, em São Paulo, para o mesmo período, o aumento foi da ordem de 5%. (Laurenti e Fonseca¹⁰, 1977).

É preciso salientar que o menor coeficiente de mortalidade por DIC, em São Paulo, comparativamente a áreas desenvolvidas pode ser devido, em parte, ao fato de o nosso município apresentar uma população cuja estrutura etária é jovem. Laurenti e Fonseca¹⁰, 1977, ajustando por idade

o coeficiente de mortalidade por DIC, em São Paulo, usando a população dos Estados Unidos como padrão, verificaram que aquele coeficiente se elevava. Assim, o risco de morrer por DIC, seria apenas 1,5 vezes maior e não 3,6, como quando compararam os coeficientes não padronizados para o ano de 1973.

Outra questão que tem sido muito enfatizada, ultimamente, quando se discute DCV, em especial a DIC, é aquela referente à morte súbita. Um dos aspectos é a necessidade de se conhecer melhor sua epidemiologia, numa tentativa de preveni-la. O conhecimento da frequência da morte súbita, entre nós, partindo-se das estatísticas rotineiras de mortalidade é impossível de ser obtido, ainda que os atestados de óbito fossem muito bem preenchidos. Somente um estudo como o que foi realizado permite esse conhecimento, visto que, para se saber se uma morte foi ou não súbita, é preciso que haja informação clara e precisa de que o falecido não apresentava queixas anteriores. Isso somente é possível por meio de entrevistas com familiares, metodologia como a que foi utilizada nesta investigação.

A definição de "morte súbita" para esse estudo foi aquela estabelecida pela Organização Mundial da Saúde e empregada por Kuller⁸ e col. (1967) em um estudo epidemiológico realizado em Baltimore que consideram como morte súbita "aquela em que o indivíduo morre devido a uma causa natural no domicílio, hospital, ou outro local, não se encontrando afastado de suas atividades normais, nem impossibilitado, por qualquer sintoma, de exercer essas atividades; é importante que o intervalo entre o início dos sintomas e o evento fatal seja inferior a 24 horas".

Na amostra estudada (2.743 mortes), 2.373 mortes foram devidas a causas naturais. Destas, 138, correspondendo a 5,8%, foram mortes súbitas. Quanto às causas deste tipo de morte pode-se observar a Tabela 11.

TABELA 11

Óbitos de "morte súbita", segundo causa básica. Distrito de São Paulo, 1974/1975. (nº e %).

Causa básica	Nº	%
Doença isquêmica do coração (DIC)	55	39,9
Lesão vascular que afeta sistema nervoso central	22	15,9
Aneurisma dissecante de aorta	9	6,5
Doença cardíaca hipertensiva	9	6,5
Meningite meningocócica	6	4,4
Outras doenças cardiovasculares	4	2,9
Outras causas	5	3,6
Causa desconhecida	28	20,3
Total	138	100,0

A principal causa de morte súbita, da mesma maneira como é observado em outros países, foi a DIC, correspondendo a 39,9%.

Em 20,3% dos casos não foi possível estabelecer o diagnóstico, ficando como "causa desconhecida". Deve-se salientar que, desses 28 casos, em 15 (53,6%) o médico havia declarado no atestado de óbito que a morte havia sido devida a "enfarte do miocárdio", mas, na realidade, apesar de todas as informações que foram obtidas, nas entrevistas, não foi possível chegar a essa conclusão.

As outras causas de morte súbita e seu posicionamento não são diferentes daquelas

verificadas em estudos feitos em outros países. Deve-se destacar, porém, que a meningite meningocócica, que aparece como a 5ª causa, não tem sido observada em outros estudos. Deve-se lembrar novamente que, durante a realização desta investigação, o município de São Paulo estava em plena epidemia dessa doença.

No que diz respeito ao sexo, observou-se uma relação masculino/feminino de 2,18. Quanto à idade, foi observado que a maior proporção de mortes súbitas ocorreu no grupo de 35 a 44 anos de idade, no qual 7,2% de todas as mortes foram súbitas. A proporção de morte súbita, nos diferentes grupos etários está exposta na Tabela 12:

TABELA 12

Óbitos por causas naturais e por morte súbita, segundo grupo etário. Distrito de São Paulo, 1974/1975.

Idade	Causas naturais	Morte súbita	
		Nº	%
15 a 24	102	7	6,9
25 a 34	184	11	6,0
35 a 44	278	20	7,2
45 a 54	455	22	4,8
55 a 64	621	37	6,0
65 a 74	728	41	5,6
Ignorada	5
Total	2.373	138	5,8

No que diz respeito a DIC, foi observado que 12,0% das mortes por essa causa foram do tipo súbito, sendo que algumas de suas características foram as seguintes: a razão masculino/feminino foi de 3,6 e quanto à

idade, a maior proporção foi verificada nos grupos etários 25 a 34 e 35 a 44 anos. A Tabela 13 mostra as mortes súbitas por DIC nos diferentes grupos etários.

TABELA 13

Óbitos e morte súbita por doença isquêmica do coração (DIC), segundo grupo etário, Distrito de São Paulo, 1974/1975.

Idade	Óbitos por DIC	Morte súbita por DIC Nº	%
15 a 24	—	—	—
25 a 34	5	2	40,0
35 a 44	28	2	39,3
45 a 54	67	7	10,4
55 a 64	147	12	8,2
65 a 74	211	23	10,9
Total	458	55	12,0

Quanto à duração dos sintomas, isto é, o tempo entre o aparecimento do primeiro sintoma e a morte, observou-se que 36,4% (20 casos) ocorreram em menos de 15 min.; 38,2% (21 casos) chegaram a óbito num período de tempo compreendido entre 15 min. e menos de 2 horas e 25,4% (14 casos), entre 2 e 24 horas.

Quanto ao hábito de fumar, 50,1% dos que tiveram morte súbita por DIC eram fumantes; a hipertensão arterial estava presente em 45,4% e o diabete existia em 21,8% dos casos.

Em 34,5% dos casos o diagnóstico foi estabelecido por autópsia e naqueles casos onde a autópsia não foi realizada, o quadro clínico final foi sugestivo de DIC, a qual foi confirmada, na maioria dos casos, por eletrocardiograma.

4.2.3. *Neoplasias malignas*

O câncer constitui-se em um dos principais problemas de saúde, atualmente, em áreas desenvolvidas e já é sentida a sua atuação no distrito de São Paulo.

Nesta pesquisa, o câncer representou a principal causa de morte, para as mulheres de 15 a 74 anos, com uma taxa de mortalidade de 81,5 por cem mil mulheres; para os homens, foi a segunda principal causa de morte, com um risco de 109,6 por cem mil homens de 15 a 74 anos (Tabela 8). Apesar do risco de morte ter sido 1,3 vezes maior para o sexo masculino, ao se analisar a contribuição percentual desta causa, dentre todos os óbitos, vê-se que o câncer, para as mulheres, representou 19,5% dos óbitos, enquanto que no sexo masculino esta proporção foi de 14,7% (Tabela 8).

TABELA 14

Coefficientes de mortalidade (X 100.000 hab.) e mortalidade proporcional (%) por câncer, segundo sexo. Distrito de São Paulo, 1962/1964 e 1974/1975.

Sexo	Mortalidade	Mort. proporcional		Coef. de mortalidade	
	Ano	1962/1964	1974/1975	1962/1964 *	1975
Masculino		16,5	14,7	101,7	109,6
Feminino		22,4	19,5	100,7	81,5

* Padronizada pela população de 1974/1975.

Analisando-se a tendência temporal, tendo como ponto de referência a pesquisa da Mortalidade Urbana — 1962/1964 (Puffer e Griffith¹⁵, 1968) vê-se que o risco de morrer por câncer diminuiu, no decorrer do período, para o sexo feminino, o mesmo não ocorrendo, entretanto, para os homens. Padronizando-se os coeficientes de mortalidade por câncer, de 1962/1964 pela população do distrito de São Paulo em 1974/

/1975, obteve-se uma taxa de 100,7 por cem mil mulheres, havendo pois um decréscimo de 19%, no período de 12 anos; o risco no sexo masculino foi de 101,7 por cem mil homens, inferior ao apresentado em 1974/1975 (Tabela 14).

Diante do comportamento diferencial da mortalidade por sexo, fez-se necessário analisar o risco de morrer segundo os grupos etários específicos (Tabela 15).

TABELA 15

Coefficientes de mortalidade por câncer (X 100.000 hab.) segundo sexo e grupos etários. Distrito de São Paulo, 1962/1964 e 1974/1975.

Grupos etários	Sexo	Ano	Masculino		Feminino	
			1962/1964	1974/1975	1962/1964	1974/1975
15 a 24			6,3	4,3	2,7	5,4
25 a 34			10,2	24,2	22,5	8,5
35 a 44			29,9	40,0	61,1	63,0
45 a 54			139,1	197,2	161,1	158,8
55 a 64			450,3	495,9	412,5	260,1
65 a 74			908,0	723,6	562,9	477,6
Total			101,7 *	109,6	100,7 *	81,5

* Padronizado pela população de 1974/1975.

O risco de morrer, em 1975, foi maior para os homens em relação às mulheres, exceto nos grupos etários 15 a 24 anos e 35 a 44 anos. Comparando estes coeficientes com os de 1962/1964 verifica-se que, nestes doze anos, o risco de morte no sexo masculino aumentou nos grupos etários entre 25 a 64 anos; já no sexo feminino, a situação é diferente, no sentido que o risco de morrer por câncer foi maior em quase todos os grupos etários, exceto em menores de 24 anos e entre 35 a 44 anos.

A probabilidade de morrer por câncer, para as mulheres de 15 a 74 anos, residentes no distrito de São Paulo, analisada

segundo algumas localizações específicas, mostra um quadro interessante, dadas as diferenças que aconteceram no período citado. (Tabela 16). Em 1962/1964 foi a localização estômago a que correspondeu a um maior risco de morte, pois foi a responsável por 17,7% dos óbitos femininos por câncer. Na presente pesquisa, representaram os óbitos por esta localização, 11,6% do total de óbitos por câncer; relativamente ao coeficiente de mortalidade padronizado, o risco caiu aproximadamente em 50%, isto é, em 1962/1964 era igual a 18,3 por cem mil mulheres e em 1975 foi 9,4 por cem mil mulheres (Tabela 16).

TABELA 16

Coeficiente de mortalidade (X 100.000 mulheres) e mortalidade proporcional (%) por câncer, no sexo feminino, segundo algumas localizações específicas. Distrito de São Paulo, 1962/1964 e 1974/1975.

Localizações específicas	Mortalidade	Mortalidade Proporcional		Coeficientes de mortalidade	
	Ano	1962/1964	1974/1975 ^b	1962/1964 *	1974/1975
Estômago (A 47)		17.7	11.6	18.3	9.4
Intestino (A 48)		5.2	3.0	5.5	2.5
Pulmão (A 51)		3.0	2.0	3.1	1.6
Mama (A 54)		16.6	23.1	16.5	18.9
Colo do útero (A 55)		12.9	8.6	12.9	7.0

* Padronizado segundo a população de 1974/1975.

A localização colo do útero foi responsável por 12,9% dos óbitos por câncer e o risco foi de 12,9 por cem mil mulheres, em 1962/1964, enquanto que em 1974/1975, passou a ser de 7,0 por cem mil mulheres de 15 a 74 anos, representando 8,6% dos óbitos femininos por câncer. Relativamente ao tumor maligno primário de mama, o seu comportamento, do ponto de vista de risco de morrer, propiciou um aumento desta taxa pois em 1962/1964 era de 16,5 por cem mil mulheres passando em 1974/1975

a 18,9 por cem mil mulheres de 15 a 74 anos, respectivamente, 16,6% e 23,1% do total de óbitos femininos por câncer (Tabela 16).

Tal comportamento mostraria, talvez, uma mudança no padrão de desenvolvimento sócio-econômico e de serviços de saúde do distrito de São Paulo, nestes doze anos. Esta análise decorre do fato de que os tumores típicos de populações de países em desenvolvimento como os de estômago e colo uterino, terem apresen-

tado um risco menor em 1974/1975 enquanto que a mama, tumor típico de países desenvolvidos, passou a representar maior risco de morte.

No sexo masculino, analisando-se no tempo, o risco de morrer por câncer segundo as localizações mais frequentes (Tabela 17), vê-se que o tumor maligno de estômago apresentou uma tendência decrescente pois em 1962/1964, 25% dos óbitos masculinos por câncer foram desta localização, passando em 1974/1975 à proporção de 21%; o risco de morrer passou de 25,6

para 23 por cem mil homens. Quanto ao câncer de pulmão, em 1974/1975, foi responsável por 13,4% dos óbitos masculinos, sendo o risco de morrer de 14,7 por cem mil homens; em 1962/1964, os valores foram, respectivamente, 14,4% e 14,7 por cem mil homens, portanto, praticamente, não apresentou diferença no tempo. A localização laringe, por sua vez, presentemente, representou um maior risco, pois, a taxa de mortalidade foi 8,2 por cem mil homens em 1974/1975, 4,4 por cem mil homens em 1962/1964.

TABELA 17

Coefficientes de mortalidade (X 100.000 homens) e mortalidade proporcional (%) por câncer, no sexo masculino, segundo algumas localizações específicas. Distrito de São Paulo, 1962/1964 e 1974/1975.

Localização específica	Mortalidade	Mortalidade proporcional		Coefficientes de mortalidade	
	Ano	1962/1964	1974/1975	1962/1964*	1974/1975
Esôfago (A 46)		8,3	5,1	8,4	5,6
Estômago (A 47)		25,0	21,0	25,6	23,0
Laringe (A 50)		4,5	7,5	4,4	8,2
Pulmão (A 51)		14,4	13,4	14,7	14,7
Próstata (A 57)		5,0	5,1	5,1	5,6

* Padronizados segundo a população de 1974/1975.

4.2.4. Causas maternas

As causas maternas são representadas pelas complicações da gravidez, do parto e do puerpério, categorias 630 a 678 da Classificação Internacional de Doenças.

Analisando os óbitos de mulheres, verificou-se que, no total de 1019 óbitos de todas as idades, 28,85% ocorreram no grupo etário de 15 a 45 anos — grupo chamado “em idade fértil” e no qual se verifica a ocorrência das causas maternas (Tabela 18).

TABELA 18

Óbitos femininos segundo causa básica e idade. Distrito de São Paulo, 1974/1975.

Idade	Causas	Maternas	Outras	Total
Fértil		32	262	294
Outras		—	725	725
Total		32	987	1019

Medida em termos de proporção, a mortalidade por causas maternas representou 3,14% dos óbitos femininos e 10,88% quando considerados somente os óbitos femininos em idade fértil (de 15 a 44 anos).

Cabe notar que esses dados, de aproximadamente 10%, correspondem à importante causa de óbito desse grupo etário, conforme se vê na Tabela 19.

TABELA 19

Proporção dos óbitos de mulheres em idade fértil segundo principais causas (Lista B) nos grupos etários. Distrito de São Paulo, 1974/1975.

Causas	Grupo etário (anos)		
	15 a 24	25 a 34	35 a 44
Infecções meningocócicas	8,62(4*)	*	*
Tumores malignos	6,90(5*)	5,15(5*)	20,86(1*)
Doenças hipertensivas	*	*	10,79(3*)
Doença isquêmica do coração	*	*	4,32(5*)
Doenças cerebrovasculares	*	6,19(4*)	11,51(2*)
Pneumonias	6,90(5*)	*	*
Nefrites e nefroses	*	5,15(5*)	*
Causas maternas	18,97(1*)	18,56(1*)	*
As demais doenças	12,07(3*)	14,43(2*)	10,79(3*)
Acidentes de veículos a motor	15,52(2*)	10,31(3*)	6,47(4*)
Suicídios	*	6,19(4*)	*
As demais causas exrternas	*	6,19(4*)	*

Nota: Os números entre parênteses correspondem ao posto ocupado por cada grupo de causas, dentro da faixa etária.

* Não apareceram entre as cinco primeiras.

Assim, no grupo etário 15 a 24 anos, as causas maternas corresponderam à primeira causa de óbito, representando 18,97% do total de mortes nessa faixa. No grupo etário seguinte (25 a 34 anos), essas causas se constituíram, ainda, na mais importante, totalizando 18,56%. Vê-se dessa forma, a magnitude do problema da mortalidade materna em relação à mortalidade geral das mulheres na faixa reprodutiva. Nas mulheres de 35 a 44 anos de idade sua importância decresce, não aparecendo, as

causas maternas, entre as cinco mais importantes.

Em termos de risco de morrer por essas causas, foram construídos os coeficientes de mortalidade para causas maternas como um todo (15,6 por dez mil nascidos vivos) e sua sub-divisão em coeficiente de mortalidade por aborto (3,90 por dez mil nascidos vivos) e mortalidade por outras causas maternas (11,72 por dez mil nascidos vivos), sendo o número de nascidos vivos no período — 184.358 — fornecido pelo

Departamento de Estatística da Secretaria de Economia e Planejamento. É importante notar que o valor encontrado (15,6 por dez mil nascidos vivos) é bastante elevado, principalmente quando comparado ao de países como Suécia, Estados Unidos e Canadá, onde o coeficiente de mortalidade materna, em 1973, foi respectivamente igual

a 0,3, 1,5 e 1,1 por 10 mil nascidos vivos. (World Health Statistics Annual,²⁰ 1976).

Comparando os valores desta pesquisa com o verificados na mesma área, no período 1962/1964 (Investigação de Mortalidade em Adultos)¹⁵ — Tabela 20 — podem ser tiradas algumas importantes conclusões.

TABELA 20

Coefficientes de mortalidade por causas maternas segundo as categorias. Distrito de São Paulo, 1962/1964 e 1974/1975. (X 10.000 nascidos vivos)

Período	1962/1964	1974/1975
Coeficientes		
Aborto	1,7	3,9
Demais causas maternas	7,0	11,7
Causas maternas	8,7	15,6

O coeficiente por causas maternas passou de 8,7 para 15,6 por dez mil nascidos vivos, o que representou um aumento de 79,31%. Com relação ao aborto esse coeficiente foi 2,3 vezes maior neste período e às outras causas maternas de 1,7 vezes maior.

Estudando as causas maternas isoladamente, a fim de verificar a importância de cada uma delas, obtiveram-se os dados da Tabela 21.

TABELA 21

Nº e % de óbitos por causas maternas, segundo o tipo de causa. Distrito de São Paulo, 1974/1975.

Causa	Nº	%
Toxemias da gravidez e puerpério	7	21,88
Hemorragia da gravidez e do parto	2	6,24
Abortos	8	25,00
Infecções do parto e puerpério	7	21,88
Outras complicações da gravidez, parto e puerpério	8	25,00
Total	32	100,00

4.2.5. *Acidentes, envenenamentos e violências*

A mortalidade por este grupo de causas merece atenção especial, dado que vem, em vários países, contribuindo cada vez mais, para a mortalidade em todas as idades. Destaca-se porém, a faixa etária de maior produtividade, ou seja, a população economicamente ativa, onde o risco de morte por estas causas é muito grande.

A presente pesquisa confirmou o papel preponderante desse grupo de causas de morte na população do distrito de São Paulo.

Considerando-se todas as mortes violentas (homicídios, suicídios, envenenamentos e acidentes) como um grupo, foi ele o responsável por 16,6% e 8,4%, respectivamente,

dos óbitos masculinos e femininos de 15 a 74 anos, residentes no distrito. O risco de morrer por este grupo de causas foi de 123,5 por cem mil homens e 34,9 por cem mil mulheres.

Na análise temporal proposta, isto é, comparar os atuais resultados com aqueles da pesquisa de 1962/1964 (Puffer e Griffith¹⁵, 1968) nota-se o grande aumento ocorrido em relação à taxa de mortalidade. Em 1962/1964, os coeficientes de mortalidade padronizados foram de 63,4 por cem mil homens e 19,8 por cem mil mulheres. Representaram estes óbitos respectivamente 11,5% e 4,9% do total de óbitos masculinos e femininos (Tabelas 22 e 23). Portanto, em doze anos, o risco de morrer por este grupo de causas aumentou, praticamente, 100% para os homens e 80% para as mulheres.

TABELA 22

Mortalidade proporcional (%) e coeficientes de mortalidade (X 100.000 homens) segundo os grupos específicos de mortes violentas, sexo masculino. Distrito de São Paulo, 1962/1964 e 1974/1975.

Grupos específicos de mortes violentas	Mortalidade	Mortalidade proporcional		Coeficiente de mortalidade	
	Anos	1962/1964	1974/1975	1962/1964*	1974/1975
Acidentes de veículos a motor		3,2	8,3	18,6	61,5
Demais acidentes		4,3	3,3	23,6	24,7
Suicídios e lesões auto-infligidas		2,5	1,4	13,4	10,4
Homicídios e demais causas externas		1,5	3,6	7,8	26,9
Todos		11,5	16,6	63,4	123,5

* Padronizados pela população de 1974/1975.

Na análise do risco de morrer segundo as faixas etárias específicas (Tabela 24), verifica-se que em 1974/1975 os maiores riscos de morte são os da faixa etária 55 a 64 anos, para os homens e do grupo etário 65 a 74 anos, para as mulheres.

Em ambos os sexos, o risco de morrer cresce com o aumento da idade, havendo apenas uma inversão, no sexo feminino, em relação ao grupo etário 25 a 34 anos que apresenta risco de morrer maior que os dois grupos subsequentes.

TABELA 23

Mortalidade proporcional (%) e coeficientes de mortalidade (X 100.000 mulheres) segundo os grupos específicos de morte violenta, sexo feminino. Distrito de São Paulo, 1962/1964 e 1974/1975.

Grupos específicos de mortes violentas	Mortalidade	Mortalidade proporcional		Coeficientes de mortalidade	
	Anos	1962/1964	1974/1975	1962/1964 *	1974/1975
Acidentes de veículos a motor		1,0	4,7	4,4	19,7
Demais acidentes		1,4	1,0	5,9	4,1
Suicídios e lesões auto-infligidas		1,9	1,6	7,1	6,6
Homicídios e demais causas externas		0,6	1,1	2,4	4,5
Todos		4,9	8,4	19,8	34,9

* Padronizados pela população de 1974/1975

TABELA 24

Coeficientes de mortalidade por causas violentas (X 100.000 habs.) segundo sexo e faixas etárias. Distrito de São Paulo, 1962/1964 e 1974/1975.

Faixas etárias	Sexo	Masculino		Feminino	
		1962/1964	1974/1975	1962/1964	1974/1975
15 a 24		53,1	106,8	8,3	20,2
25 a 34		53,7	108,1	19,9	42,4
35 a 44		59,9	120,1	22,9	30,4
45 a 54		63,6	116,4	18,5	24,4
55 a 64		78,6	180,3	38,4	60,0
65 a 74		188,4	178,3	51,9	92,2
Total		63,4 *	123,4	19,8 *	34,8

* Padronizados pela população de 1974/1975

Comparando-se os riscos de morrer no período de doze anos vê-se que no sexo masculino houve um aumento de 100% em todas idades, apenas no último grupo etário é que houve decréscimo. Entretanto, no sexo feminino, os maiores aumentos ocorreram nos grupos abaixo de 35 anos e acima de 65 anos.

Ao serem analisados os vários componentes deste grupo de causas de mortes violentas, concluiu-se que o principal item é o dos acidentes de veículos a motor (BE 47). Para os homens, o risco de morrer, em 1974/1975, por esta causa foi 50% do risco de morrer pelas causas violentas e, em relação ao período 1962/1964, triplicou

o seu valor. Realmente, hoje, os acidentes de veículos a motor são um grave problema de Saúde Pública. Dentre estes acidentes, os atropelamentos apresentaram uma taxa de mortalidade de 40,7 por cem mil homens, enquanto que as colisões entre dois ou mais veículos representaram um risco de morrer de 11,3 por cem mil homens (Tabela 25).

No sexo feminino, os óbitos por acidentes de veículos a motor representaram 56% das mortes violentas, com um risco de morte 4,5 vezes maior que o risco existente em 1962/1964. A taxa de mortalidade por atropelamentos foi 14,3 por cem mil mulheres e a devido às colisões entre dois ou mais veículos foi de 2,9 por cem mil mulheres (Tabela 25).

A relação encontrada entre os coeficientes do sexo masculino e feminino, para o distrito de São Paulo, foi igual a 3,1, valor inferior ao detectado para o município, através de dados oficiais, para o período 1970/1973, em outros trabalhos (Laurenti e col.¹¹, 1972 e Silveira e Gottlieb¹⁷, 1976).

Relativamente aos demais acidentes, agrupados na categoria B-E-48 e os suicídios - B-E-49 - os níveis dos riscos de morte praticamente mantiveram-se iguais aos de 1962/1964, se bem que a taxa de mortalidade por suicídios apresenta um discreto declínio.

TABELA 25

Coeficientes de mortalidade por algumas causas violentas (X 100.000 hab.) segundo sexo. Distrito de São Paulo, 1974/1975.

Causas *	Sexo	
	Masculino	Feminino
Acidentes de trânsito por colisão entre 2 ou mais veículos (E-812)	11,3	2,9
Acidente de trânsito por colisão de 1 veículo e transeuntes (E-814)	40,7	14,3
Suicídio e envenenamento auto-infligido por substâncias sólidas ou líquidas (E-950)	1,7	2,5
Suicídio e lesão auto-infligida por enforcamento (E-953)	1,7	—
Suicídio e lesão auto-infligida por armas de fogo e explosivo (E-955)	3,0	1,2
Suicídio e lesão auto-infligida por precipitação de um lugar elevado (E-957)	0,9	2,1
Ataque com arma de fogo e explosivos (E-965)	14,7	0,8
Ataque com instrumentos cortantes e penetrantes (E-966)	5,2	1,6
Demais causas	54,3	9,5
Todas causas violentas (E-800 a E-999)	123,5	34,9

* Classificação Internacional de Doenças.¹² — 8ª Revisão.

Quanto aos suicídios, apesar da mortalidade proporcional ser maior no sexo feminino, o risco de morrer é maior entre os homens, sendo que, no mesmo sentido já concluiu Barbosa¹, 1972, relativamente ao período 1959 a 1968.

Na atual pesquisa, os meios mais utilizados para sua execução variaram conforme o sexo. Assim, para os homens, foi a arma de fogo o instrumento mais usado e o envenenamento foi o que proporcionou maior risco de morte, para as mulheres, seguindo-se, para estas, a precipitação de um lugar elevado.

Outro ponto a ser ressaltado é o grande risco de morte, para os homens, devido aos homicídios. Em 1975, com uma taxa de morte de 26,9 por cem mil homens, representou um risco 3,5 vezes maior do que o existente em 1962/1964 (Tabela 22); para as mulheres, o risco praticamente dobrou. (Tabela 23).

Vê-se que o ataque com arma de fogo propiciou uma taxa de mortalidade de 14,7 por cem mil homens e 0,8 por cem mil mulheres, enquanto que o ataque com instrumentos cortantes e penetrantes teve uma taxa de morte de 5,2 por cem mil homens e 1,6 por cem mil mulheres.

4.3. *Causas múltiplas de morte*

Tendo-se em vista os erros que podem existir nas estatísticas de mortalidade que levam em conta uma só causa e, principalmente o fato de que, nem sempre, uma morte depende de uma só causa, vem sendo sentida a necessidade de se obterem estatísticas de mortalidade segundo causas múltiplas (Laurenti⁹, 1973).

A causa básica dá origem a uma sucessão de afecções que são as chamadas consequenciais, a última das quais chamada

causa imediata ou direta. Outras causas, que não entram na cadeia iniciada pela básica, e que, no atestado devem ser declaradas na parte II, são as chamadas causas contributórias ou contribuintes do óbito, sendo que, ao conjunto de causas consequenciais e contributórias dá-se o nome de "causas associadas".

As estatísticas de mortalidade por causas múltiplas são aquelas obtidas pela classificação de todas as causas — básicas e associadas — existentes nos atestados e apresentadas segundo essas características (Laurenti,⁹ 1973). Segundo Jansen⁶, 1940; Puffer¹⁴, 1970 e Laurenti,⁹ 1973 somente através das causas múltiplas é possível medir a real magnitude de vários problemas de saúde, os quais têm permanecido ocultos, porque os estudos feitos são baseados, somente, em uma única causa.

Nesta apresentação serão analisadas as causas básicas e associadas, ambas consideradas "na opinião do investigador", entendendo-se por isso o resultado das informações obtidas nas entrevistas domiciliar e médica e não somente através dos atestados de óbito.

Na análise da Tabela 26 observa-se claramente que o simples uso das estatísticas de mortalidade por causa básica não mede corretamente, para a maioria das doenças, as frequências das mesmas para a população de falecidos. Essa tabela apresenta, para cada sexo, o número de vezes que cada uma das categorias da lista A da CID¹², 8ª Revisão, foi mencionada, o número de vezes que foi selecionada como causa básica, segundo a opinião do investigador, bem como a relação entre esses valores.

TABELA 26

Causas de morte segundo sexo, o número de vezes que foram mencionadas e o número de vezes que foram consideradas básicas. Distrito de São Paulo, 1974/1975.

Causas (Lista A)	Sexo Diagnósticos	Masculino			Feminino		
		Nº diag- nóstico	Causa básica	Relação	Nº diag- nóstico	Causa básica	Relação
		(1)	(2)	1/2	(3)	(4)	(3/4)
Febre paratífóide e outras salmoneloses	(3)	1	—	*	—	—	—
Enterite e outras diarréicas	(5)	12	6	2,0	3	2	1,5
Tuberculose do aparelho respiratório	(6)	65	45	1,4	19	14	1,4
Tuberculose das meninges e do sistema nervoso central	(7)	2	—	*	1	1	1,0
Tuberculose dos intestinos, peritônio e gânglios mesentéricos	(8)	1	—	*	2	—	*
Outras tuberculoses, incluindo efeitos tardios	(10)	14	5	2,8	4	3	1,3
Lepra	(14)	1	—	*	1	—	*
Erisipela	(18)	—	—	—	1	1	1,0
Infecções meningocócicas	(19)	36	36	1,0	13	13	1,0
Tétano	(20)	3	2	1,5	—	—	—
Outras infecções bacterianas	(21)	19	1	19,0	15	—	*
Poliomielite aguda	(22)	2	1	2,0	2	—	*
Efeitos tardios da poliomielite aguda	(23)	—	—	—	1	—	*
Hepatite infecciosa	(28)	6	5	1,2	4	4	1,0
Outras viroses	(29)	5	1	5,0	1	1	1,0
Tifo e outras rickettsioses	(30)	1	—	*	—	—	—
Malária	(31)	1	—	*	—	—	—
Tripanossomiase	(32)	14	12	1,2	14	12	1,2
Outras sífilis	(37)	1	1	1,0	—	—	—
Esquistossomiase	(39)	12	8	1,5	8	4	2,0
Ancilostomiase	(42)	3	—	*	3	—	*
Outras helmintíases	(43)	6	1	6,0	7	1	7,0
Todas as demais doenças infecciosas e parasitárias	(44)	9	8	1,1	6	3	2,0
Tumor maligno da cavidade bucal e faringe	(45)	11	10	1,1	1	1	1,0
Tumor maligno do esôfago	(46)	14	13	1,1	2	2	1,0
Tumor maligno do estômago	(47)	55	53	1,0	23	23	1,0

TABELA 26

Causas de morte segundo sexo, o número de vezes que foram mencionadas e o número de vezes que foram consideradas básicas. (continuação)

Causas (Lista A)	Sexo Diagnósticos	Masculino			Feminino		
		Nº diag- nóstico (1)	Causa básica (2)	Relação 1/2	Nº diag- nóstico (3)	Causa básica (4)	Relação 3/4
Tumor maligno do intestino exceto do reto	(48)	8	8	1,0	6	6	1,0
Tumor maligno do reto e da porção reto sigmóide	(49)	2	2	1,0	8	5	1,6
Tumor maligno da laringe	(50)	20	19	1,1	—	—	—
Tumor maligno da traquéia, brônquios e pulmão	(51)	34	34	1,0	4	4	1,0
Tumor maligno dos ossos	(52)	4	4	1,0	4	4	1,0
Tumor maligno da pele	(53)	12	11	1,1	2	2	1,0
Tumor maligno da mama	(54)	1	1	1,0	50	46	1,1
Tumor maligno do colo do útero	(55)	—	—	—	17	17	1,0
Outros tumores malignos do útero	(56)	—	—	—	12	11	1,1
Tumor maligno da próstata	(57)	14	13	1,1	—	—	—
Tumor maligno de outras localizações e de localização não especificada	(58)	130	62	2,1	159	58	2,7
Leucemia	(59)	7	7	1,0	12	10	1,2
Outros tumores do tecido linfático e órgãos hematopoéticos	(60)	16	16	1,0	11	10	1,1
Tumores benígnos e os de natureza não especificada	(61)	12	6	2,0	20	10	2,0
Bócio não tóxico	(62)	5	1	5,0	2	—	*
Tireotoxicose com ou sem bócio	(63)	1	1	1,0	—	—	—
Diabetes mellitus	(64)	146	23	6,4	151	35	4,3
Avitaminoses e outras deficiências nutricionais	(65)	254	3	84,7	145	3	48,3
Outras doenças das glândulas endócrinas e metabolismo	(66)	33	1	33,0	35	2	17,5
Anemias	(67)	82	—	*	64	2	32,0
Outras doenças do sangue e órgãos hematopoéticos	(68)	3	—	*	7	2	3,5
Psicose	(69)	25	11	2,3	13	4	3,3

TABELA 26

Causas de morte segundo sexo, o número de vezes que foram mencionadas e o número de vezes que foram consideradas básicas. (continuação)

Causas (Lista A)	Sexo Diagnósticos	Masculino			Feminino		
		Nº diag- nóstico (1)	Causa básica (2)	Relação 1/2	Nº diag- nóstico (3)	Causa básica (4)	Relação 3/4
Neuroses, transtornos da personalidade e outros transtornos mentais não psicóticos (70)		260	26	10,0	31	6	5,2
Deficiência mental (71)		2	1	2,0	3	—	*
Meningite (72)		19	14	1,4	7	3	2,3
Esclerose múltipla (73)		—	—	—	3	3	1,0
Epilepsia (74)		21	7	3,0	7	4	1,8
Catarata (76)		—	—	—	2	1	2,0
Otite média e mastoidite (78)		—	—	—	3	1	3,0
Outras doenças sistema nervoso e órgão do sentido (79)		27	4	6,8	15	2	7,0
Febre reumática ativa (80)		1	—	*	2	2	1,0
Doenças reumáticas crônicas do coração (81)		32	15	2,1	42	29	1,5
Doenças hipertensivas (82)		204	54	3,8	162	44	3,7
Doenças isquêmicas do coração (83)		438	306	1,4	236	152	1,6
Outras formas de doenças do coração (84)		369	35	10,5	276	22	12,6
Doenças cerebrovasculares (85)		284	196	1,5	224	155	1,5
Doenças das artérias, arteríolas e vasos capilares (86)		108	32	3,4	60	12	5,0
Tromboses venosas e embolias (87)		27	3	9,0	28	4	7,0
Outras doenças aparelho circulatório (88)		27	—	*	19	—	*
Infecções respiratórias agudas (89)		1	—	*	3	—	*
Outras pneumonias (92)		223	37	6,0	110	19	5,8
Bronquite, enfisema e asma (93)		177	54	3,3	80	23	3,5
Hipertrofia das amígdalas e vegetações adenóides (94)		1	—	*	—	—	—
Empiema e abscesso de pulmão (95)		10	—	*	—	—	—
Outras doenças do aparelho respiratório (96)		103	10	10,3	55	8	6,9
Doenças dos dentes e suas estruturas de sustentação (97)		3	—	*	—	—	—

TABELA 26

Causas de morte segundo sexo, o número de vezes que foram mencionadas e o número de vezes que foram consideradas básicas. (continuação)

Causas (Lista A)	Sexo	Masculino			Feminino		
		Diagnósticos	Nº diag- nóstico	Causa básica	Relação 1/2	Nº diag- nóstico	Causa básica
		(1)	(2)	1/2	(3)	(4)	(3/4)
Úlcera péptica	(98)	35	24	1.5	9	5	1.8
Gastrite e duodenite	(99)	3	1	3.0	2	—	*
Apendicite	(100)	3	3	1.0	1	1	1.0
Obstrução intestinal e hérnia	(101)	23	8	2.9	12	2	6.0
Cirrose hepática	(102)	118	62	1.9	24	11	2.2
Colelitíase e colecistite	(103)	6	—	*	11	—	*
Outras doenças aparelho digestivo	(104)	34	28	1.2	52	15	3.5
Nefrite aguda	(105)	5	—	*	6	3	2.0
Outras nefrites e nefroses	(106)	17	15	1.1	13	8	1.6
Infecções do rim	(107)	19	2	9.5	12	4	3.0
Cálculos do aparelho urinário	(108)	6	3	2.0	6	—	*
Hiperplasia de próstata	(109)	23	8	2.9	—	—	—
Doenças da mama	(110)	—	—	—	3	—	*
Outras doenças do aparelho genitourinário	(111)	91	3	30.3	78	4	19.5
Toxemias da gravidez e puerpério	(112)	—	—	—	10	7	1.4
Hemorragias da gravidez e parto	(113)	—	—	—	2	2	1.0
Outros abortos ou não especificados	(115)	—	—	—	8	8	1.0
Infecção de parto e puerpério	(116)	—	—	—	7	7	1.0
Outras complicações gravidez, parto e puerpério	(117)	—	—	—	9	8	1.1
Infecções da pele e do tecido celular subcutâneo	(119)	2	1	2.0	2	—	*
Outras doenças pele e do tecido celular sub- cutâneo	(120)	4	—	*	6	—	*
Artrite e espondilite	(121)	14	1	14.0	13	2	6.5
Reumatismos não artícu- lares e não especificados	(122)	5	—	*	9	2	4.5
Ancilose e deformidades osteomusculares adqui- ridas	(124)	2	—	*	1	—	*
Outras doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	(125)	1	1	1.0	8	6	1.3
Espinha bífida	(126)	1	—	*	—	—	—

TABELA 26

Causas de morte segundo sexo, o número de vezes que foram mencionadas e o número de vezes que foram consideradas básicas. (continuação)

Causas (Lista A)	Sexo Diagnósticos	Masculino			Feminino		
		Nº diag- nóstico (1)	Causa básica (2)	Relação 1/2	Nº diag- nóstico (3)	Causa básica (4)	Relação 3/4
Anomalias congênicas do coração	(127)	3	3	1,0	2	1	2,0
As demais anomalias congênicas	(130)	7	2	3,5	2	—	*
Sintomas e estados mórbidos maldefinidos	(137)	46	44	1,0	32	32	1,0
Acidentes de veículos a motor	(138)	142	142	1,0	49	48	1,0
Outros acidentes de transporte	(139)	1	1	1,0	—	—	—
Envenenamentos acidentais	(140)	4	3	1,3	1	—	*
Quedas acidentais	(141)	20	18	1,1	7	4	1,8
Acidentes causados pelo fogo	(142)	5	5	1,0	4	3	1,3
Afogamento e submersões acidentais	(143)	8	7	1,1	2	1	2,0
Acidente causado por arma de fogo	(144)	1	1	1,0	1	1	1,0
Acidentes de caráter principalmente industrial	(145)	13	12	1,1	—	—	—
As demais causas acidentais	(146)	41	10	4,1	28	1	28,0
Suicídio e lesões auto infligidas	(147)	25	24	1,0	17	16	1,1
Homicídios e lesões provocadas intencionalmente por outras pessoas; intervenção legal	(148)	55	55	1,0	8	8	1,0
Lesões das quais se ignora se foram acidental ou intencionalmente infligidas	(149)	8	7	1,1	3	3	1,0
Todas as causas		4231	1719	2,5	2681	1019	2,6

* Relação não efetuada devido ao fato de o denominador ser igual a zero.

4. 3. 1. Doenças infecciosas e parasitárias

Verifica-se, no sexo masculino, que, dentre as doenças infecciosas e parasitárias (A-3 a A-44), foi o grupo "outras doenças

bacterianas" (A-21), aquele em que, maior número de informações foi perdido, quando se considerou somente a causa básica da morte. Isto porque, tabulando todas as vezes que a categoria apareceu, encontrou-se um número 19 vezes maior do que

aquele obtido quando somente a causa básica era selecionada.

Considerando o grupo das infecciosas, como um todo, a causa básica representou 61,7% da frequência total que alguma doença infecciosa esteve presente no grupo de falecidos.

Para o sexo feminino, a categoria mais discrepante foi o das "outras helmintíases" — (A-43), que apareceu 7 vezes a mais, quando se consideraram as causas múltiplas. Considerando apenas a causa básica de morte, o grupo das infecciosas, como um todo, neste sexo, representou 56,2% da frequência total.

4.3.2. *Neoplasias malignas*

O grupo das neoplasias malignas (A-45 a A-60) foi representado, no sexo masculino, pelos seguintes valores: foi mencionado 328 vezes quando todas as causas foram consideradas e 523 quando se levou em conta apenas a causa básica. Assim, a informação, baseada na causa básica representou apenas 77% das vezes em que essa causa apareceu. Não se notou, para esse sexo, para cada tipo de câncer, individualmente considerado, maior ganho de informação.

No sexo feminino, duas categorias apresentam ganho de informação quando analisadas por causas múltiplas: "tumor maligno do reto e da porção reto-sigmóide (1,6 vezes) e "tumor maligno de outras localizações e de localizações não especificadas".

Para quase todos os tipos de neoplasias malignas pôde-se observar uma frequência igual ou bastante próxima do número de diagnósticos e do número de vezes que ele foi selecionado como básico.

4.3.3. *Diabetes mellitus*

O diabetes mellitus (A-64) constituiu a categoria onde a sua frequência, considerando todas as causas, foi 6,4 vezes maior do que a simples informação da causa básica, no sexo masculino. Entre as mulheres, essa relação foi de 4,3.

4.3.4. *Doenças cardiovasculares*

As doenças cardiovasculares, importante grupo de doenças, conforme já foi referido, representaram, como causa básica, apenas 43,0% das informações para o sexo masculino e 40,1% para o feminino. Analisando cada categoria de per si, entre A-80 e A-88, pôde-se verificar que, em todas elas houve ganho de, no mínimo 40 e 50%, respectivamente para os sexos masculino e feminino. O A-84, "outras formas de doença do coração", mostra que a informação de causa básica não chega a ser 10% do total, para ambos os sexos. Outra importante categoria, a A-87 "tromboses venosas e embolias", mostra uma relação igual a 9 e 7, respectivamente, para os homens e mulheres.

4.3.5. *Doenças do aparelho respiratório*

As doenças do aparelho respiratório (A-89 a A-96) constituíram-se também em grupo onde o ganho foi bastante significativo: no sexo masculino 5,1 vezes e no feminino 4,4, dados que mostram que, através da computação da causa básica, conhece-se, aproximadamente, apenas 20% da real frequência dessas doenças. As pneumonias, em especial, apareceram seis vezes a mais, em qualquer dos sexos.

4.3.6. *Acidentes, envenenamentos e violências*

No grupo dos acidentes, é importante notar que o A-146, constituído pelas "demais causas externas" foi citado apenas

uma vez como causa básica, no sexo feminino, tendo aparecido, na verdade, 28 vezes enquanto que, no masculino, os valores passaram de 10 para 41.

Nos demais tipos de acidentes, a relação foi praticamente igual a um.

4.3.7. *Transtornos mentais*

Os transtornos mentais, representados pelas categorias A-69, A-70 e A-71, por merecerem destaque especial, neste tipo de análise, serão apresentados no capítulo seguinte.

4.4. *Transtornos mentais*

Os transtornos mentais constituem as categorias 290 a 315 da Sessão V da 8ª Revisão da CID¹² e são representados pelos agrupamentos das "psicoses" (290-299), "neuroses, transtornos da personalidade e outros transtornos mentais não psicóticos" (300-309) e a "deficiência mental" (310-315). Além desses, no presente trabalho, considerou-se também a epilepsia (Categoria 345) como sendo um transtorno mental.

Na presente pesquisa, três foram os critérios usados para saber se, ao morrer, o indivíduo apresentava algum transtorno mental:

- 1º — casos em que havia diagnóstico médico bem estabelecido, obtido pela entrevista médica;
- 2º — casos em que havia forte suspeita, pela entrevista familiar, de que o falecido tinha um transtorno mental, ou mesmo havia a informação de que realmente havia sido tratado por médico, hospitais, etc., e na entrevista médica e/ou hospitalar, por qualquer motivo, não foi possível obter uma boa descrição da doença, mas tão somente a confirmação de sua existência;

3º — casos em que o falecido nunca havia recebido assistência médica para tratamento de transtorno mental, porém a entrevista familiar deu indicações que possibilitaram firmar um possível diagnóstico. Nesses casos, na maioria das vezes, somente foi possível concluir que havia transtorno mental, mas não se pode firmar um diagnóstico. A conduta nesses casos consistiu em se diagnosticar a existência de um "transtorno mental não especificado" para o qual criou-se uma categoria não incluída nos códigos 290 a 315 da Sessão V da Classificação Internacional de Doenças.¹²

Uma vez constatada a presença de um ou mais transtornos mentais, estes diagnósticos eram assinalados numa parte especial do questionário, quer tivessem sido considerados causa básica, conseqüencial, contributória da morte, ou simplesmente tivessem aparecido sem entrar no processo causal da mesma.

4.4.1. *Presença de transtorno mental*

Em todas as idades, foi possível caracterizar presença de transtorno mental. Foram feitos 869 diagnósticos, sendo que, em alguns falecidos houve presença de dois transtornos mentais (Tabela 27). Do total, 59 foram considerados como causa básica (6,80%), sendo 48 (5,52%) de transtornos mentais do capítulo V da CID¹² e 11 casos de epilepsia, categoria 345; 303 (34,87%) causas conseqüenciais e contribuintes e os restantes 507 (58,33%) somente estiveram presentes, sem participar, entretanto, do processo causal da morte.

O valor encontrado parece muito alto, sendo, porém, impossível qualquer comparação, visto inexistirem outros estudos que analisem o problema segundo essa meto-

TABELA 27

Óbitos de 15 a 74 anos, segundo sexo e o número de transtornos mentais existentes no momento da morte. Distrito de São Paulo, 1974/1975.

Nº Transtornos mentais	Sexo		Feminino		Total	
	Masculino		Nº	%	Nº	%
0	1132	65,7	799	78,3	1931	70,4
1	542	31,5	213	20,9	755	27,5
2	49	2,8	8	0,8	57	2,1
Total	1723	100,0	1020	100,0	2743	100,0

dologia, quer no Brasil, quer em outros países. Segundo as idades, observou-se que, no sexo masculino, a maior proporção de óbitos com transtorno mental presente foi no grupo etário 45 a 54 anos (44,4%). No grupo etário 15 a 24 anos verificou-se a menor frequência, 14,3%. Excetuando-se esse grupo etário, em todos os outros verificou-se que a presença de transtorno mental foi bem maior no sexo masculino, chegando, inclusive, no grupo etário 45 a 54 anos a se verificar relação 2,5 vezes maior. Na Tabela 28 estão os resultados sobre a frequência de transtorno mental nos óbitos de 15 a 74 anos, segundo grupos etários e sexo.

TABELA 28

Proporção de óbitos em que houve presença de transtorno mental, segundo sexo e grupo etário. Distrito de São Paulo, 1974/1975.

Idade	Sexo	
	Masculino %	Feminino %
15 a 24	14,3	22,4
25 a 34	38,9	26,8
35 a 44	40,3	25,2
45 a 54	44,4	17,6
55 a 64	35,6	18,9
65 a 74	26,6	22,6
Total	34,3	21,7

A partir da Tabela 29, que apresenta todos os tipos de transtornos mentais existentes na amostra estudada, é possível destacar os 5 grupos mais importantes em cada sexo:

Masculino

1 — Alcoolismo	52,34%
2 — Psicose alcoólica	10,62%
3 — Neuroses	9,08%
4 — Psicoses associadas com outras afecções cerebrais	7,66%
5 — Transtorno mental não especificado	5,78%

Feminino

1 — Psicoses associadas com outras afecções cerebrais	20,51%
2 — Alcoolismo	17,47%
3 — Neuroses	17,04%
4 — Transtorno mental não especificado	13,00%
5 — Transtornos mentais não especificados como psicóticos associados com afecções somáticas	7,43%

TABELA 29

Transtornos mentais segundo tipo e sexo. Distrito de São Paulo, 1974/1975. (nº e %).

Tipo	Sexo		Feminino		Total	
	Masculino		Nº	%	Nº	%
290 — Demência senil e pré-senil	—	—	5	2,18	5	0,58
.0 — Demência senil	—	—	5	2,18	5	0,58
291 — Psicose alcoólica	68	10,62	9	3,93	77	8,86
.0 — Delirium tremens	14	2,19	2	0,87	16	1,84
.2 — Outras alucinações alcoólicas	3	0,47	1	0,44	4	0,46
.3 — Paranóia alcoólica	4	0,62	1	0,44	5	0,58
.9 — Outras, ou não especificadas	47	7,34	5	2,18	52	5,98
292 — Psicoses associadas com infecção intracraniana	—	—	3	1,41	3	0,35
.0 — Com paralisia geral	—	—	1	0,44	1	0,12
.9 — ou não especificadas	—	—	2	0,97	2	0,23
293 — Psicoses associadas com outras afecções cerebrais	49	7,66	47	20,51	96	11,05
.0 — com arteriosclerose cerebral	21	3,28	23	10,04	44	5,06
.1 — com outros transtornos cerebrovasculares	14	2,19	18	7,86	32	3,68
.2 — com epilepsia	6	0,94	—	—	6	0,69
.3 — com tumor intracraniano	1	0,16	2	0,87	3	0,35
.4 — com doenças degenerativas do sistema nervoso central	2	0,31	—	—	2	0,23
.5 — com traumatismo cerebral	2	0,31	2	0,87	4	0,46
.9 — ou não especificadas	3	0,47	2	0,87	5	0,58
294 — Psicoses associadas com outras afecções somáticas	8	1,25	4	1,75	12	1,39
.1 — com transtornos do metabolismo e da nutrição	4	0,62	1	0,44	5	0,58
.8 — com outras afecções	3	0,47	3	1,31	6	0,69
.9 — sem outra especificação	1	0,16	—	—	1	0,12
295 — Esquizofrenia	4	0,63	37	3,06	41	4,69
.0 — tipo simples	—	—	1	0,44	1	0,12
.1 — tipo hebefrênico	2	0,31	—	—	2	0,23
.2 — tipo catatônico	—	—	1	0,44	1	0,12
.3 — tipo paranóide	1	0,16	1	0,44	2	0,23
.9 — tipo não especificado	1	0,16	4	1,75	5	0,58
296 — Psicoses afetivas	7	1,09	4	1,75	11	1,28
.0 — melancolia involutiva	4	0,62	1	0,44	5	0,58
.2 — maníaco-depressiva	1	0,16	2	0,87	3	0,35
.9 — não especificada	2	0,31	1	0,44	3	0,35
297 — Estados paranóides	6	0,94	4	1,75	10	1,16
.9 — outros	1	0,16	3	1,31	4	0,46
298 — Outras psicoses						
.0 — reativo-depressiva	4	0,62	1	0,44	5	0,58
.3 — reação paranóide aguda	1	0,16	—	—	1	0,12
299 — Psicose não especificada	1	0,16	—	—	1	0,12
300 — Neuroses	58	9,08	39	17,04	97	11,19
.0 — de ansiedade	4	0,62	3	1,31	7	0,81
.1 — histérica	1	0,16	2	0,87	3	0,35

TABELA 29

Transtornos mentais segundo tipo e sexo. Distrito de São Paulo, 1974/1975. (continuação)

Tipo	Sexo		Feminino		Total	
	Masculino		Nº	%	Nº	%
.3 — obsseivo-compulsiva	1	0,16	1	0,44	2	0,23
.4 — depressiva	8	1,25	9	3,93	17	1,96
.5 — neurastenia	36	5,63	19	8,30	55	6,33
.6 — síndrome de despero- nalização	—	—	1	0,44	1	0,12
.7 — hipocondríaca	1	0,16	1	0,44	2	0,23
.8 — outras	1	0,16	—	—	1	0,12
.9 — não especificada	6	0,94	3	1,31	9	1,04
301 — Transtornos da personali- dade	12	1,89	2	0,87	14	1,64
.0 — personalidade paranóide	1	0,16	—	—	1	0,12
.3 — personalidade explosiva	4	0,62	1	0,44	5	0,58
.4 — personalidade anancástica	1	0,16	—	—	1	0,12
.6 — personalidade astênica	1	0,16	—	—	1	0,12
.7 — personalidade anti-social	1	0,16	—	—	1	0,12
.8 — outros	3	0,47	—	—	3	0,35
.9 — tipo não especificado	1	0,16	1	0,44	2	0,23
302 — Desvio sexual	4	0,64	—	—	4	0,46
.0 — homossexualidade	3	0,47	—	—	3	0,35
.2 — pedofilia	1	0,16	—	—	1	0,12
303 — Alcoolismo	335	52,34	40	17,47	375	43,15
.0 — excesso alcoólico episódico	3	0,47	1	0,44	4	0,46
.1 — excessos alcoólicos habituais	20	3,12	2	0,87	22	2,53
.2 — dependência do álcool	246	38,44	24	10,48	270	31,07
.9 — outras formas de alco- lismo, ou não especificadas	66	10,31	13	5,68	79	9,09
304 — Dependências de droga	7	1,10	1	0,44	8	0,94
.3 — outros hipnóticos e seda- tivos ou "tranquilizantes"	1	0,16	—	—	1	0,12
.5 — cannabis sativa	3	0,47	—	—	3	0,31
.6 — outros psicoestimulantes	1	0,16	—	—	1	0,12
.9 — não especificada	2	0,31	1	0,44	3	0,35
305 — Transtornos somáticos de origem psíquica presumível	1	0,16	1	0,44	2	0,23
.0 — cutâneos	—	—	1	0,44	1	0,12
.6 — geniturinários	1	0,16	—	—	1	0,12
306 — Sintomas especiais não classificáveis em outras partes	6	0,94	3	1,32	9	1,05
.0 — balbucio e gagueira	—	—	1	0,44	1	0,12
.2 — tiques	3	0,47	—	—	3	0,35
.4 — transtornos específicos do sono	2	0,31	1	0,44	3	0,35
.9 — outros	1	0,16	1	0,44	2	0,23
307 — Transtornos transitórios de inadaptação a situações especiais	4	0,62	2	0,87	6	0,69

TABELA 29

Transtornos mentais segundo tipo e sexo. Distrito de São Paulo, 1974/1975. (continuação)

Tipo	Sexo		Feminino		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
309 — Transtornos mentais, não especificados como psicóticos, associados com afecções somáticas	15	2,35	17	7,43	32	3,70
.2 — com traumatismo cerebral	3	0,47	1	0,44	4	0,46
.3 — com transtornos circulatorios	3	0,47	8	3,49	11	1,27
.4 — com epilepsia	7	1,09	3	1,31	10	1,15
.5 — com transtornos do metabolismo, do crescimento ou da nutrição	1	0,16	—	—	1	0,12
.6 — com doença cerebral senil ou pré-senil	—	—	1	0,44	1	0,12
.8 — com doenças degenerativas do sistema nervoso central	—	—	1	0,44	1	0,12
.9 — com outras doenças somáticas ou não especificadas	1	0,16	3	1,31	4	0,46
310 — Deficiência mental limiar	1	0,16	—	—	1	0,12
313 — Deficiência mental severa	—	—	1	0,44	1	0,12
314 — Deficiência mental grave	1	0,16	2	0,87	3	0,35
315 — Deficiência mental de grau não especificado	5	0,78	4	1,75	9	1,05
345 — Epilepsia	11	1,73	4	1,75	15	1,72
Transtorno mental não especificado.	37	5,78	30	13,00	67	7,71
Total	640	100,00	229	100,00	869	100,00

Alcoolismo

O alcoolismo (categoria 303) foi o mais importante transtorno mental no sexo masculino, sendo responsável por 52,34% de todos os tipos. Se se acrescentar a esse valor as psicoses alcoólicas (categoria 291) que apareceram em segundo lugar (10,62%), verifica-se que 62,96% de todos os diagnósticos de transtornos mentais foi relacionado a ingestão de álcool. No sexo feminino, o alcoolismo apareceu como segundo tipo, porém com uma frequência bem menor que a observada no sexo masculino - 17,47%. Observou-se também que as psicoses alcoólicas não apareceram entre os cinco principais tipos e sua frequência foi, aproximadamente, um terço daquela verificada no sexo masculino.

Outras considerações sobre o alcoolismo serão feitas no final do capítulo de Transtornos Mentais.

Neuroses

As neuroses (categoria 300) representaram 11,19% de todos os transtornos mentais diagnosticados, sendo, porém, sua frequência muito maior no sexo feminino (17,04%) que no sexo masculino (9,08%). Essa frequência maior, quase o dobro no sexo feminino é interessante ser assinalada e está de acordo com o que é observado em clínica psiquiátrica de ambulatório. Dentre as neuroses, foi mais frequente a "neurastenia" (categoria 300.5), vindo a seguir a "neurose depressiva" (categoria 300.4).

Psicoses associadas com outras afecções cerebrais

As “psicoses associadas com outras afecções cerebrais” (categoria 293) representaram 20,51% de todos os transtornos mentais no sexo feminino, sendo o primeiro grupo em importância. No sexo masculino apareceu em quarto lugar com 7,66%. A frequência 2,7 vezes maior no sexo feminino foi devida, em grande parte, a que, nesse sexo, ocorreu maior proporção de diagnóstico de “psicose associada com arteriosclerose cerebral” (categoria 293.0) e “psicose associada com outros transtor-

nos cerebrovasculares” (categoria 293.1). Esses dois tipos de psicoses ocorrem em pacientes portadores de afecções cerebrovasculares especificados na categoria 437 (psicose associada com arteriosclerose cerebral — 293.0) e nas categorias 430-436 e 438 (psicose associada com outros transtornos cerebrovasculares — 293.1). Representaram 11,05% da frequência total dos transtornos mentais e, dentre todos os casos que apresentavam lesões vasculares cerebrais (categorias 430-438), 18,9% tinham, concomitantemente, essas psicoses, como mostra a Tabela 30.

TABELA 30

Casos com lesão vascular cerebral como causa básica ou associada (categorias 430-438, segundo sexo e presença de psicose (categorias 293.0 e 293.1). Distrito de São Paulo, 1974/1975.

Sexo	Psicoses		Não		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Masculino	49	17,2	235	82,9	284	100,0
Feminino	47	20,1	177	79,9	224	100,0
Total	96	18,9	412	81,1	508	100,0

Transtornos mentais não especificados

Os transtornos mentais não especificados apareceram em 7,71% do total de diagnósticos de transtornos mentais, sendo 13,10% no sexo feminino e 5,78% no sexo masculino. Tratava-se daqueles casos em que na entrevista familiar eram fornecidas informações altamente sugestivas da presença de algum tipo de transtorno, porém, não era possível identificá-lo. Em alguns casos havia a informação da família de que o falecido havia tido tratamento psiquiátrico ou, como era informado, “tratamento para nervos” ou “para doença mental”, porém, não se conseguiu saber o nome do médico ou hospital que o tratara, nem mesmo qual o diagnóstico que havia sido feito. Por

outro lado, em outros casos, nunca havia sido feito tratamento psiquiátrico, mas a entrevista evidenciava determinado tipo de comportamento e a própria família, quando interrogada, referia que “deveria ter sido feito tratamento psiquiátrico”.

Transtornos mentais não especificados como psicóticos associados com afecções somáticas

Os “transtornos mentais não especificados como psicóticos, associados com afecções somáticas” (categoria 309) foram o quinto tipo de transtorno mental, por ordem de frequência, no sexo feminino (7,43%); no sexo masculino sua frequência foi bem mais baixa (2,35%) e não apareceu entre

os mais comuns. Trata-se daqueles casos que não são especificados como psicóticos e que surgem como consequência ou simplesmente associados a afecções somáticas tais como: infecções intracranianas (309.0), intoxicação geral por toxinfecção ou por drogas ou por venenos (309.1), traumatismo cerebral (309.2); transtornos circulatórios (309.3), epilepsia (309.4), transtornos do metabolismo, do crescimento ou da nutrição (309.5), doença cerebral senil ou pré-senil (309.6), tumor intracraniano (309.7), doenças degenerativas do sistema nervoso central (309.8) e outras doenças somáticas ou não especificadas (309.9).

A frequência relativamente baixa desses casos pode ser explicada ou pela baixa prevalência real dessa causa e/ou pela pouca importância que se dá a algum tipo de alteração de comportamento psíquico (geralmente leve) em casos de afecções somáticas, as quais são mais importantes como risco de morte, chamando, portanto, muito mais a atenção dos médicos e dos familiares do que o transtorno mental, propriamente dito.

Praticamente todos os tipos de transtornos mentais especificados nas categorias e sub-categorias da Sessão V da 8ª Revisão da CID¹² estiveram presentes na amostra de óbitos de 15 a 74 anos, como pode ser visto na Tabela 29. Porém, excetuando-se aqueles que foram comentados acima, a frequência foi muito baixa para se fazer uma descrição um pouco mais detalhada. A esquizofrenia teve uma frequência muito baixa no sexo masculino (0,63% dos transtornos mentais e 0,23% no total de óbitos masculinos); no sexo feminino a frequência foi maior (3,06% dos transtornos mentais e 0,68% nos óbitos femininos), porém, mesmo assim, não se chegou aos níveis de frequência que se estimam para populações. As deficiências mentais (categorias 310-315) também tiveram uma frequência bastante baixa, em ambos os sexos, predominando porém no sexo feminino (3,06% dos transtornos mentais) em relação ao masculino (1,10%).

4.4.2. *Transtorno mental como causa associada de morte*

Ainda que tenha havido, na amostra, uma frequência total de 869 transtornos mentais, como se viu em 4.4.1, 303 diagnósticos foram considerados causa associada do óbito. Estas compreendem as causas consequenciais e contributórias (consideradas estas as causas que, declaradas na parte II, não entram na cadeia iniciada pela básica) (Laurenti,⁹ 1973).

A Tabela 31 apresenta a distribuição dos transtornos mentais quer como causa consequencial quer como causa contributória, na amostra.

Destacaram-se “neuroses, transtornos da personalidade e outros transtornos mentais não psicóticos” (categorias 300-309), representando, praticamente a totalidade dos casos e a seguir, com uma frequência bem mais baixa, as “psicoses” (categoria 290-299). Em ambos os agrupamentos, consequenciais do alcoolismo apareceram com maior frequência: nas “neuroses”, as categorias 303.0 a 303.9 (alcoolismo) e nas “psicoses”, a psicose alcoólica (291.0 a 291.9). No caso das psicoses, ocorreram alguns casos de esquizofrenia (295.0 a 295.9).

4.4.3. *Transtorno mental como causa básica de morte*

Os transtornos mentais, categorias 290-315 do capítulo V da CID, foram considerados causa básica de morte em 48 casos da amostra, sendo 38 no sexo masculino e 10 no sexo feminino. O número relativamente pequeno deve-se ao fato de que este tipo de afecção raramente inicia uma sucessão de eventos que leva à morte. Deve-se notar, também, que na própria CID¹² (8ª Revisão) na Sessão V, em seu início, existe uma nota que recomenda que “para a Classificação de Mortalidade por Causas Primárias, bem como para a Classificação de Morbidade, na qual o principal interesse

TABELA 31

Transtornos mentais como causa associada (consequencial ou contributória) da morte, segundo modalidade e sexo. Distrito de São Paulo, 1974/1975.

Modalidade	Sexo	
	Masculino	Feminino
Demência senil e pré-senil	290	2
Psicose alcoólica	291	3
Psicoses associadas com outras afecções cerebrais	293	1
Esquizofrenia	295	2
Psicoses afetivas	296	1
Neuroses	300	—
Acoolismo	303	27
Dependência de drogas	304	—
Transtornos mentais não especificados como psicóticos associados com afecções somáticas	309	—
Deficiência mental limiar	310	—
Deficiência mental grave	314	2
Deficiência mental de grau não especificado	315	1
Epilepsia	345	3
Total	261	42

não é o estado mental do paciente, tais categorias não devem ser usadas, sendo a classificação feita em relação ao estado patológico associado ou à afecção orgânica subjacente". Assim sendo, quer no grupo das psicoses, quer no das neuroses e outros transtornos mentais não psicóticos, bem como no das deficiências mentais, uma categoria somente é considerada causa básica da morte quando não resta nenhuma dúvida que a afecção nela incluída, de fato, iniciou a sucessão de eventos que levaram a morte. Por essa razão, o número de vezes que os transtornos mentais foram considerados causa básica da morte representava somente 5,5% do total de vezes em que eles existiram.

Os transtornos mentais como causa básica ocorreram em 1,75% das mortes da amostra, valor esse bastante próximo daquele que foi encontrado na "Investigação Inter-

americana de Mortalidade em Adultos" (Puffer e Griffith¹⁵, 1968). Nesse estudo, no conjunto das doze cidades participantes, os transtornos mentais foram considerados causa básica da morte, em 1,4% de todas as mortes. Considerando-se somente o Distrito da Capital de São Paulo encontrou-se 1,6%.

A Tabela 32 apresenta os coeficientes de mortalidade por transtorno mental, segundo sexo, obtidos no presente estudo e na Investigação de Mortalidade em Adultos.

O risco de morrer por transtorno mental, no sexo masculino foi maior que no sexo feminino, no período 1962/1964 e essa característica continuou a existir no presente estudo. Em ambos os sexos aumentou o risco no intervalo de tempo considerado, devendo-se, porém, salientar que o aumento, no sexo feminino (13,9%), foi bem menor que o observado no sexo masculino (21,3%).

TABELA 32

Coefficientes de mortalidade por transtorno mental no grupo etário 15 a 74 anos, segundo sexo. Distrito de São Paulo, 1962/1964 e 1974/1975. (X 100.000 habitantes).

Sexo	Período	
	1962/1964	1974/1975
Masculino	13,6	16,5
Feminino	3,6	4,1

Deve ser levado em conta que nos casos em que foram considerados causa básica não se incluem aqueles de "alcoolismo"

que levaram a uma "cirrose hepática". Por uma disposição da CID (Regra de Associação), nesses casos, é codificada a cirrose hepática (571. —) acrescentando um 4º algarismo (.0) para indicar a existência do alcoolismo básico ou associado. Todos esses casos — 51 — vão aparecer como "cirrose hepática" e não como "alcoolismo". Verificou-se que o grupo das "neuroses, transtornos da personalidade e outros transtornos mentais não psicóticos" (categorias 300-309) contribuíram com maior número de casos como causa básica, quer no sexo masculino, quer no sexo feminino (Tabela 33).

TABELA 33

Transtornos mentais como causa básica, segundo tipo e sexo (número e coeficiente X 100.000 hab.). Distrito de São Paulo, 1974/1975.

Transtorno mental	Sexo		Total			
	Masculino		Feminino		Total	
	Nº	Coef.	Nº	Coef.		
Psicoses (A-69)	11	4,8	4	1,6	15	3,2
Neuroses (A-70)	26	11,3	6	2,5	32	6,7
Deficiências mentais (A-71)	1	0,4	—	—	1	0,2
Total	38	16,5	10	4,1	48	10,1

Das categorias 300 a 309 contidas no agrupamento das "neuroses, transtornos de personalidade e outros transtornos mentais não psicóticos" somente foi causa básica a categoria 303 (alcoolismo) nas suas diferentes especificações .0 a .9. Do total de 32 casos, em alguns pode ser constatado, pelas informações adicionais obtidas em hospitais, junto a médicos, etc., que havia também cirrose hepática, que, todavia, não havia levado a morte, mas sim o alcoolismo por si mesmo, por meio de outras complicações. Por essa razão foi atribuída à causa básica a categoria 303 e não a categoria 571, com um quarto algarismo .0.

No grupo das psicoses (categorias 290-299) também contribuiu o alcoolismo, na

maioria dos casos, visto que as psicoses alcoólicas (291.0 a 291.9) foram também consideradas causas básicas de morte.

Quanto às deficiências mentais, foram consideradas causa básica de morte em apenas um caso, das quatorze vezes que apareceram. Esse único caso era do sexo masculino.

A epilepsia — categoria 345 — como causa básica esteve presente em onze casos, sendo sete no sexo masculino e os restantes, quatro, no feminino.

A Tabela 34 mostra o total de diagnósticos de transtornos mentais e o número de vezes que cada um deles apareceu como causa básica e causas associadas (consequencial e contributória).

TABELA 34

Transtornos mentais como frequência total, causas associada e básica, segundo sexo (número e %). Distrito de São Paulo, 1974/1975. (Nº %)

Transtornos mentais	Freq. total		Causa associada		Causa básica	
	M	F	M	F	M	F
A-69 Psicose (290-299)	142 (22,2)	83 (36,2)	12 (4,6)	7 (17,5)	11 (24,4)	4 (28,6)
A-70 Neurose, transtorno da personalidade e outros transtornos mentais não psicóticos (300-309)	443 (69,2)	105 (45,9)	232 (89,6)	27 (67,5)	26 (57,8)	6 (42,8)
A-71 Deficiência mental (310-315)	7 (1,1)	7 (3,1)	1 (0,4)	3 (7,5)	1 (2,2)	—
Epilepsia (345)*	11 (1,7)	4 (1,7)	14 (5,4)	3 (7,5)	7 (15,6)	4 (28,6)
Transtorno mental não especificado	37 (5,8)	30 (13,1)	—	—	—	—
Total	640 (100,0)	229 (100,0)	259 (100,0)	40 (100,0)	45 (100,0)	14 (100,0)

* No caso da epilepsia, na coluna referente à frequência total, estão excluídos os casos em que esta doença estava presente, concomitantemente à psicose, como especificado na categoria 293. e a outro transtorno mental, como especificado na categoria 309.4.

4.4.4. Cirrose hepática e alcoolismo

A excessiva ingestão de álcool, ou ingestão em um nível que foi possível caracterizar-se como “transtorno mental” — quer como “alcoolismo” (categoria 303) quer como “psicose alcoólica” (categoria 291) — representou 62,96% dos transtornos mentais no sexo masculino e 21,40%, no sexo feminino. Foi verificado, porém, que apenas pequena parcela desses casos foi causa básica de morte, como se descreveu anteriormente. Ocorre, todavia, que, em muitos casos, conforme já foi comentado, o alcoolismo foi a causa que levou a uma cirrose hepática e é essa que aparece como a causa básica, segundo disposição da CID. As Tabelas 35 e 36 mostram os casos de alcoolismo que foram acompanhados ou não de cirrose hepática como causa básica.

É possível, portanto, calcular-se coeficientes ajustados de mortalidade por transtorno mental, acrescentando-se os 51 óbitos apontados na Tabela 35. Tem-se, então os seguintes valores: coeficiente ajustado de mortalidade por transtorno mental (incluindo cirrose hepática com menção de alcoolismo):

Sexo masculino: 37,70 por cem mil homens
Sexo feminino: 4,92 por cem mil mulheres

As taxas de mortalidade por cirrose hepática com menção de alcoolismo (causa básica) foram maiores no sexo masculino, em todos os grupos etários. Neste sexo, o coeficiente de mortalidade (21,2 por 100.000 homens) foi muito mais elevado que o observado no sexo feminino (0,8 por

TABELA 35

Nº e % de casos de alcoolismo (categorias 291 e 303) segundo sexo e presença ou não de cirrose hepática. Distrito de São Paulo, 1974/1975.

Sexo	Cirrose hepática	Sim		Não		Total	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%
Masculino		49	12,15	354	87,85	403	100,0
Feminino		2	4,08	47	95,92	49	100,0
Total		51	11,28	401	88,72	452	100,0

100.000 mulheres), portanto 27 vezes maior. É interessante assinalar que no realizado em 1962/1964, a mortalidade no

sexo masculino foi também superior à do sexo feminino, apresentando uma relação oito vezes maior (Tabela 36).

TABELA 36

Coefficiente de mortalidade por cirrose hepática com alcoolismo (categoria 571.0) segundo sexo e grupo etário. Distrito de São Paulo, 1962/1964 e 1974/1975. (Coefficientes X 100.000 habitantes).

Idade	Sexo	Masculino		Feminino	
		1962/1964	1974/1975	1962/1964	1974/1975
15 a 24		0,7	—	—	—
25 a 34		4,8	8,6	2,5	—
35 a 44		24,4	28,9	4,3	2,2
45 a 54		22,9	61,4	4,1	3,0
55 a 64		65,2	50,7	—	—
65 a 74		81,8	31,5	—	—
15 a 74		17,6	21,2	2,0	0,8

No sexo masculino, no presente estudo, a mortalidade por cirrose hepática aumenta rapidamente do grupo etário 25 a 34 anos até o grupo 45 a 54 anos, passando a decrescer até o último grupo etário analisado. É interessante comparar, para os dois estudos, os coeficientes de mortalidade no sexo masculino nos diferentes grupos etários, como está exposto na Tabela 36; verifica-se que nas idades 25 a 34 anos, o risco atual foi, praticamente, duas vezes o constatado em 1962/1964.

Chama a atenção também a idade 45 a 54 anos onde o risco, na presente pesquisa, foi 2,7 vezes maior. A partir daí, ocorre uma inversão, pois na faixa 55 a 64 anos, o risco diminui (em 1962/1964 era 1,3 vezes maior que o atual) e, na faixa seguinte, diminui ainda mais (em 1962/1964 era 2,6 vezes maior que em 1974/1975).

As alterações temporais verificadas com relação à cirrose hepática com alcoolismo — e evidenciadas através dos dados da Tabela 36 — sugerem que o risco, nos

homens de 15 a 74 anos, apesar de não ter sido tão maior que o da pesquisa anterior (1,2 vezes), mostra-se mais importante dentro de determinadas faixas etárias. Assim, na presente investigação, o risco nas idades mais jovens, como já se viu anteriormente, é bastante mais elevado, possibilitando a formulação de hipótese de um etilismo mais precoce.

No estudo realizado em 1962/1964, quando da comparação da mortalidade por cirrose hepática com alcoolismo em São Paulo com as onze outras cidades que participaram da pesquisa, foi possível verificar que ela apresentava um valor intermediário. De fato, não era tão alta como em Santiago, Cidade do México ou São Francisco da Califórnia, nem tão baixa como Bristol, na Inglaterra (quando se considerava o sexo masculino). Pode-se dizer mesmo, como se observa na Tabela 37, que a mortalidade era moderadamente baixa. Infelizmente, não se dispõe de dados atuais dessas outras cidades para se saber se houve mudança na mortalidade ou isso foi uma característica de São Paulo.

TABELA 37

Coefficientes de mortalidade por cirrose hepática com alcoolismo nas doze cidades que participaram da Investigação Interamericana de Mortalidade em Adultos, 1962/1964 (X 100.000 habitantes)

Cidade	Sexo	
	Masculino	Feminino
Bogotá	11,2	2,2
Bristol	1,2	0,3
Cali	8,9	0,3
Caracas	13,1	0,7
Guatemala	26,9	4,6
La Plata	20,6	3,0
Lima	8,0	0,7
México	102,5	31,1
Rib. Preto	13,1	1,8
S. Francisco	71,3	43,4
Santiago	143,0	38,4
S. Paulo	17,6	2,0

Fonte: Puffer e Griffith, 15 1968.

4.4.5. Mortalidade por diferentes formas de alcoolismo

O alcoolismo esteve presente em 403 casos de óbitos do sexo masculino (23,4%) e 49 casos do sexo feminino (4,8%) correspondendo a 16,5% de presença no total de óbitos no grupo etário 15 a 74 anos. Representou, como já foi dito, o mais importante transtorno mental.

O alcoolismo, como causa de morte, atuar quer como básica, quer como causa associada, constituindo essa última, sua forma mais frequente.

Dos 452 casos em que foi assinalada a ingestão de álcool caracterizada como transtorno mental, foi causa básica, quer como "alcoolismo" (categoria 303) ou "psicose alcoólica" (categoria 291), 35 vezes (7,74%). Houve, ainda 51 casos em que a ingestão de álcool poderia ter sido considerada como a causa básica, porém, teve como causa consequencial uma cirrose hepática, ocorrendo a morte por uma complicação dessa afecção, aparecendo, esta última, então, como causa básica, conforme já salientado. Portanto, pode-se considerar que houve 86 casos (3,14% do total de mortes) em que o alcoolismo, por qualquer mecanismo, iniciou a seqüência causal da morte.

O valor encontrado, isto é, de que em cada 100 mortes, no grupo etário 15 a 74 anos, 3 foram consequência de alcoolismo, pode ser considerado bastante alto se se comparar com a primeira causa de morte, a doença isquêmica do coração, que foi responsável por 16,7% das mortes (causa básica), portanto, 5,3 vezes mais que o alcoolismo.

O alcoolismo, como causa primária de morte, constituindo as categorias 291, 303 ou 571.0, foi mais importante que numerosas doenças. Dentre elas, podem ser citadas: tuberculose do aparelho respiratório, em que o alcoolismo foi 1,45 vezes mais frequente; meningite meningocócica, 1,75 vezes mais (mesmo considerando que se estava na vigência de uma epidemia);

hepatite a virus, 9,55 vezes; doença de Chagas, 3,54 vezes; tumor maligno de esôfago, 5,73 vezes; tumor maligno de estômago, 1,13 vezes; tumor maligno de pulmão, 2,26 vezes; leucemias, 4,52 vezes e doença reumática crônica do coração, 1,95 vezes mais frequente.

É importante citar que a maior proporção de morte por alcoolismo corresponde ~~aqueles~~ **aqueles casos com cirrose hepática.** Assim,

dos 86 casos em que ocorreu, em 51, ou 59,30% havia cirrose hepática. Essa proporção pode ser considerada relativamente baixa comparativamente com o observado em outras áreas. Isso pode ser afirmado pelos resultados da pesquisa de Puffer e Griffith¹⁵, onde as cidades de Guatemala, São Paulo e Lima apresentaram os menores valores de associação de alcoolismo com cirrose hepática, como causa básica de morte (Tabela 38).

TABELA 38

Mortalidade por todas as formas de alcoolismo (categorias 291, 303 e 571.0) e proporção com cirrose hepática, segundo sexo, em onze cidades das Américas e uma inglesa. Grupo etário 15 a 74 anos. (coeficiente padronizado por idade x 100.000 habitantes)

Cidade	Sexo	Masculino		Feminino	
		Coeficiente	% com cirrose	Coeficiente	% com cirrose
Santiago		164,5	85,9	40,0	96,2
México		116,8	87,9	32,7	95,1
São Francisco		79,7	89,5	48,5	89,5
Guatemala		79,8	33,7	7,5	61,3
São Paulo		29,8	59,1	3,7	54,1
La Plata		23,0	73,6	4,1	73,2
Ribeirão Preto		20,8	63,0	5,7	31,6
Caracas		16,1	81,4	1,2	58,3
Lima		14,1	56,7	1,2	58,3
Cali		13,0	68,5	0,9	33,3
Bogotá		13,0	86,2	2,9	75,9
Bristol		1,4	85,7	0,3	90,9

FONTE: Puffer e Griffith,¹⁵ 1968.

Puffer e Griffith,¹⁵ 1968, discutindo esses aspectos, comentam que, na epidemiologia do alcoolismo, vários fatores devem ser levados em conta como: a quantidade de diferentes tipos de bebidas que são produzidas, em relação a população; padrões de consumo de bebida nesta população e a relação entre o desenvolvimento da doença e lesão hepática nas outras causas, inclusive desnutrição. Assim, referem que, na Argentina, Chile e Califórnia há produção

abundante de vinho o qual é muito barato; na Colombia, Peru, Inglaterra e Venezuela não há produção de vinho em grande escala, o que o torna mais caro e a população consome mais cerveja. No México, por outro lado, uma bebida alcoólica bastante consumida entre as pessoas de baixo poder aquisitivo é o "pulque", que é produzido pela fermentação de suco de um tipo de cactus.

Alguns estudos têm sido realizados sobre os padrões ou características de consumo de bebidas alcoólicas. Desses estudos, vários no Chile, onde as consequências fatais do alcoolismo são uma das mais altas observadas no mundo e o que chama a atenção é que o consumo de álcool é tão elevado como na Itália e Espanha, onde não se observam essas consequências. Horwitz e col.⁴ (1958) relatam que 11,2% de uma amostra de adultos do sexo masculino, em Santiago, eram alcoólatras e outros 17,0% eram bebedores excessivos. Stegen¹⁹ (1959) relata que 10% dos menores de 15 anos, em uma pequena cidade próxima a Valparaíso, eram bebedores excessivos. Jellinek⁷ (1960) sugere que a magnitude do problema, no Chile, deve ser dependente de uma atitude social em relação ao álcool, o que ele compara com aquela atitude prevalente na França; chama a atenção que, na Argentina, também um país vinícola, o problema é muito menos sério, atribuindo isso a certas características ou padrões de consumo que se assemelham àqueles observados na Itália e na Espanha.

Fazendo algumas considerações sobre consumo de álcool e tipo de álcool consumido, Puffer e Griffith¹⁵, (1968) reportam-se a estudos em que se comparam as taxas de mortalidade por cirrose em 46 Estados norte americanos, em 1950, relacionando-as com o consumo "per capita" de vinho, cerveja e destilados, tendo sido verificado que o consumo de vinho é fator mais associado à mortalidade do que o consumo de cerveja e destilados. Por outro lado, sugerem os autores do estudo que, por razões econômicas, em algumas regiões os bebedores excessivos consomem mais vinho, por ser mais barato, sendo esse grupo de bebedores, por sua vez, aqueles mais sujeitos a deficiências nutricionais, que seria o fator mais importante para o desenvolvimento da cirrose.

Quanto à distribuição da frequência relacionada ao tipo de bebida alcoólica consumida pela população da área de estudo,

não se tem conhecimento de pesquisa que caracterize esse aspecto. Entretanto, na amostra estudada foi possível caracterizar-se o tipo de bebida que era ingerido, independente de ter sido causa de alcoolismo clínico. Assim, entre os falecidos, o maior consumo foi de aguardente de cana, representando 42,0%; a esse valor deve-se acrescentar 33,4% em que houve referência de ingestão de aguardente de cana e outro tipo qualquer de bebida alcoólica. Portanto, em 75,4% dos que bebiam utilizaram o aguardente de cana, só ou associado a outro tipo de bebida alcoólica. Seguem-se, na preferência, a cerveja (12,5%) e o vinho (6,9%); outros tipos apresentam frequência bem menor.

4.4.6. *Frequência de transtornos mentais associados com algumas causas de morte*

Determinadas doenças orgânicas são frequentemente consideradas como tendo relação ou mesmo associadas com transtornos mentais, principalmente certos tipos de neuroses. Constitui mesmo afirmação comum dizer-se que, entre outras doenças, o enfarte do miocárdio e a hipertensão arterial têm, entre seus fatores de risco, um estado emocional ou psíquico alterado. Determinadas afecções gástricas, especialmente a úlcera péptica, são imputadas a alterações do comportamento psíquico, tais como tensão, angústia, etc. Essas afirmações, ainda que aceitas, nem sempre são baseadas em observações cientificamente corretas ou, pelo menos, criteriosamente interpretadas.

Uma maneira de poder afirmar algo a respeito seria medir a frequência de determinada doença na população geral e comparar com aquela observada em uma população com transtorno mental. Isso, que teoricamente é simples, na prática apresenta dificuldades de execução, pois, como se

reconhece, a medida da frequência de doenças na população não é simples.

Neste relatório, esta questão pode ser examinada, mas tão somente, no sentido de se observar se a frequência de transtornos mentais, em falecidos por certas causas de morte, difere da frequência média verificada no total de mortes.

Os transtornos mentais, como foi referido antes, existiam em 34,3% dos óbitos do sexo masculino e 21,7%, do sexo feminino. Quanto à frequência, independente de sexo, foi de 29,6%. Nas Tabelas 39 e 40 os óbitos são apresentados segundo algumas causas de morte e a proporção destes com e sem transtorno mental.

TABELA 39

Óbitos segundo algumas causas básicas e percentagem com e sem transtorno mental. Sexo masculino. Distrito de São Paulo, 1974/1975.

Causa	Transtorno mental		Não		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Doenças isquêmicas do coração	75	24,5	231	75,5	306	100,0
Doenças cerebrovasculares	81	41,3	115	58,7	196	100,0
Úlcera péptica	9	37,5	15	62,5	24	100,0
Suicídios	15	62,5	9	37,5	24	100,0
Todas as causas	590	34,3	1129	65,7	1719	100,0

TABELA 40

Óbitos segundo algumas causas básicas e percentagem com e sem transtorno mental. Sexo feminino. Distrito de São Paulo, 1974/1975.

Causas	Transtorno mental		Não		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Doenças isquêmicas do coração	30	19,7	122	80,3	152	100,0
Doenças cerebrovasculares	56	36,1	99	63,9	155	100,0
Úlcera péptica	1	20,0	4	80,0	5	100,0
Suicídios	8	50,0	8	50,0	16	100,0
Todas as causas	221	21,7	798	78,3	1019	100,0

Das causas que foram escolhidas e estão apresentadas nas Tabelas 39 e 40 parece não haver dúvidas que o suicídio é a causa que, em maior número de vezes, se acompanha de transtorno mental: 62,5% para o sexo masculino e 50,0% para o sexo feminino.

Outra causa básica de morte que apresenta transtorno mental associado em proporção superior à média é constituída pelo grupo das doenças cerebrovasculares. Isso pode ser explicado, em parte, pelo fato de, na maioria das vezes, ser a arteriosclerose cerebral, a responsável por um quadro

cerebrovascular e, nesses casos, é muito comum coexistir uma psicose arteriosclerótica (categoria 293.0).

Quanto à doença isquêmica do coração, verificou-se que a associação com transtorno mental foi inferior à média, quer no sexo masculino quer no feminino.

No que diz respeito a úlcera péptica, a associação com transtorno mental foi um pouco superior à média no sexo masculino, foi porém, muito próxima à média no sexo feminino.

5. RESULTADOS E COMENTÁRIOS — BOTUCATU E SÃO MANOEL

5.1. *Características da mortalidade segundo sexo e idade*

Analisando-se as distribuições dos óbitos de São Paulo e dos municípios do interior, deve-se notar a semelhança de comportamento quanto às percentagens de óbitos segundo sexo. A maior parte dos óbitos se dá no sexo masculino (Tabela 4).

TABELA 41

Distribuição dos óbitos segundo o sexo. Botucatu e São Manoel, 1974/1975.

Sexo \ Região	Botucatu		São Manoel	
	Nº	%	Nº	%
Masculino	135	61,36	83	65,87
Feminino	85	38,64	43	34,13
Total	220	100,00	126	100,00

A Tabela 42 mostra um comportamento não esperado da mortalidade em Botucatu. Seria de se esperar que a mortalidade proporcional aumentasse à medida que a idade aumentasse, a exemplo de São Manoel e de São Paulo. Todavia, isso não ocorreu; no sexo masculino, as idades 35 a 44 e 65 a 74 e no sexo feminino a idade 25 a 34 têm número de óbitos não de todo coerente com o ocorrido nas outras idades. Este fato vai se refletir no cálculo dos devidos coeficientes específicos de mortalidade. Não foi possível estabelecer a razão desse comportamento diferente, a não ser por variabilidade casual.

A Tabela 43 mostra os coeficientes de mortalidade segundo idade e sexo, para cada cidade, apresentando, também, as razões entre os coeficientes. Ficam mais evidentes aqui as irregularidades na morta-

lidade, já comentadas anteriormente. Chama a atenção, ainda, a alta mortalidade no grupo etário 65 a 74 anos em São Manoel, para ambos os sexos.

É interessante notar, no entanto, que, apesar da comparação com São Paulo ficar bastante prejudicada, no estudo idade a idade, a razão masculino/feminino é praticamente a mesma quando se comparam as mortalidades para todas as idades (1,7 em Botucatu, 1,8 em São Manoel e 1,8 em São Paulo).

5.2. *Padrão de mortalidade segundo causa básica*

É interessante notar que as três principais causas de óbito, no sexo masculino, em Botucatu, são as mesmas que as de São Paulo e na mesma ordem (B28-doenças

TABELA 42

Distribuição proporcional dos óbitos segundo o sexo e idade. Botucatu e São Manoel. 1.11.74/31.10.75.

Idade	Município		Botucatu				São Manoel			
			Masculino		Feminino		Masculino		Feminino	
	Sexo	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
15 a 24		4	2,96	6	7,06	6	7,23	2	4,65	
25 a 34		16	11,85	3	3,53	6	7,23	2	4,65	
35 a 44		6	4,44	9	10,59	6	7,23	6	13,95	
45 a 54		24	17,78	15	17,65	18	21,69	6	13,95	
55 a 64		46	34,08	17	20,00	21	25,30	6	13,95	
65 a 74		39	28,89	35	41,17	26	31,32	21	48,84	
Total		135	100,00	85	100,00	83	100,00	43	100,00	

TABELA 43

Coefficientes de mortalidade (por mil habitantes) segundo idade e sexo e respectivas razões. Botucatu e São Manoel, 1.11.74/31.10.75.

Idade	Município		Botucatu			São Manoel		
			Masculino	Feminino	Razão M/F	Masculino	Feminino	Razão M/F
	Sexo							
15 a 24		0,72	1,09	0,7	2,26	0,83	2,7	
25 a 34		5,58	0,88	6,3	3,70	1,32	2,8	
35 a 44		1,93	2,72	0,7	4,08	4,37	0,9	
45 a 54		10,21	6,18	1,7	17,48	5,99	2,9	
55 a 64		28,07	10,05	2,8	26,19	8,29	3,2	
65 a 74		41,53	37,72	1,1	68,06	63,25	1,1	
Total		8,19	4,92	1,7	10,43	5,86	1,8	
		7,24 *	4,56 *		9,58 *	5,97 *		

* Padronizado segundo a população do distrito de São Paulo, 1974/1975.

isquêmicas do coração, B19-tumores malignos, B30-doenças cérebro vasculares; a quinta causa em Botucatu é a quarta em São Paulo (B47-acidentes de veículos a motor). No sexo feminino, ocorre quase a mesma situação: as três primeiras causas de óbito estão na mesma ordem apresentada no sexo masculino, diferindo de São Paulo, na medida que a ordem, neste município, é B19, B30, B28. A causa B46-todas as demais doenças — está presente em

quinto lugar em Botucatu e quarto em São Paulo (Tabela 44).

São Manoel parece apresentar características próprias. Uma diferença chama a atenção: como primeira causa de óbito, no sexo feminino, tem-se B26 — doenças reumáticas crônicas do coração — que não aparece entre as cinco primeiras em nenhum dos sexos, quer em São Paulo, quer em Botucatu (Tabela 45).

A relação masculino/feminino relativa aos riscos de morrer é, em geral favorável à mulher. Em Botucatu, para todas as idades estudadas, tem-se 1,7 e em São Manoel, 1,8.

Esta relação, estudada para as primeiras causas de óbito, tem os seguintes valores:

B28 — Doença isquêmica do coração:
Botucatu = 1,46 São Manoel = 1,58
B19 — Tumores malignos:

Botucatu = 1,17 São Manoel = 0,92
B30 — Doenças cerebrovasculares:

Botucatu = 1,43 São Manoel = 4,38
B26 — Doenças reumáticas crônicas do coração:

Botucatu = 2,09 São Manoel = 1,58

Doenças infecciosas e parasitárias

Este grupo de causas, códigos B1 a B18, teve os seguintes coeficientes (Tabelas

TABELA 44

Nº de óbitos, coeficiente de mortalidade (X 100.000 hab.) e mortalidade proporcional segundo sexo e causa. Botucatu, 1.11.74/31.10.75.

Causa *	Mortali- dade		Coeficiente		Mortalidade proporcional (%)	
	Sexo					
	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino	Masculino**	Feminino**
B11	1	—	6,06	—	0,74	—
B18	1	—	6,06	—	0,74	—
B19	19	17	115,22	98,41	14,07(2)	20,00(2)
B20	—	1	—	5,79	—	1,18
B21	2	1	12,13	5,79	1,48	1,18
B22	3	3	18,19	17,37	2,22	3,53
B26	2	1	12,13	5,79	1,48	1,18
B27	2	2	12,13	11,58	1,48	2,35
B28	32	23	194,06	133,15	23,70(1)	27,06(1)
B29	10	10	60,64	57,89	7,41(4)	11,76(4)
B30	15	11	90,96	63,68	11,11(3)	12,94(3)
B32	2	1	12,13	5,79	1,48	1,18
B33	2	—	12,13	—	1,48	—
B34	3	—	18,19	—	2,22	—
B37	5	—	30,32	—	3,70	—
B41	—	1	—	5,79	—	1,18
B45	11	2	66,71	11,58	8,15	2,35
B46	8	7	48,51	40,52	5,93	8,23(5)
B47	9	—	54,58	—	6,67(5)	—
B48	5	1	30,32	5,79	3,70	1,18
B49	2	2	12,13	11,58	1,48	2,35
B50	1	2	6,03	11,58	0,74	2,35
Total	135	85	818,68	492,07	100,00	100,00

* Lista B da Classificação Internacional de Doenças 12 — 8ª Revisão, 1965.

** Os números entre parênteses representam as cinco primeiras causas da morte.

TABELA 45

Nº de óbitos, coeficiente de mortalidade (X 100.000 hab.) e mortalidade proporcional segundo sexo e causa. São Manoel, 1.11.74/31.10.75.

Causa*	Mortali- dade		Coeficiente		Mortalidade proporcional (%)	
	Sexo					
	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino	Masculino**	Feminino**
B4	1	1	12,57	13,62	1,20	2,33
B5	—	1	—	13,62	—	2,33
B11	—	1	—	13,62	—	2,33
B18	2	—	25,13	—	2,41	—
B19	6	6	75,40	81,73	7,23(4)	13,95(2)
B20	1	—	12,57	—	1,20	—
B21	1	—	12,57	—	1,20	—
B24	—	1	—	13,62	—	2,33
B26	12	7	150,79	95,85	14,46(2)	16,28(1)
B27	1	1	12,57	13,62	1,20	2,33
B28	12	6	150,79	81,73	14,46(2)	13,95(2)
B29	9	6	113,09	81,73	10,84(4)	13,95(2)
B30	19	4	238,75	54,49	22,89(1)	9,30(6)
B32	1	—	12,57	—	1,20	—
B36	—	1	—	13,62	—	2,33
B37	2	1	25,13	13,62	2,41	2,33
B38	—	1	—	13,62	—	2,33
B46	6	5	75,40	68,11	7,23(6)	11,63(5)
B47	3	1	37,70	13,62	3,61	2,33
B48	4	—	50,26	—	4,82	—
B50	3	—	37,70	—	3,61	—
Total	83	43	1.043,08	585,75	100,00	100,00

* Lista B da Classificação Internacional de Doenças¹² — 8ª Revisão, 1965.

** Os números entre parênteses representam as cinco primeiras causas de morte.

44 e 45), em Botucatu 12,1 óbitos por 100.000 homens, não havendo nenhum óbito no sexo feminino; no sexo masculino as doenças infecciosas e parasitárias representaram 1,48% dos óbitos. Em São Manoel os valores observados foram 37,69 por 100.000 homens e 40,86 por 100.000 mulheres, correspondendo a 3,6% e 6,9% dos óbitos masculinos e femininos, respectivamente.

As infecções meningocócicas (B11) aparecem com um caso masculino em Botucatu e um caso feminino em São Manoel. A tuberculose do aparelho respiratório (B5)

contribuiu com apenas um óbito, no sexo feminino, em São Manoel.

Doenças cardiovasculares

Este conjunto de doenças como causa de óbito correspondeu a 45,19% de todos os óbitos no sexo masculino (61 em 135) e 55,29% no sexo feminino (47 em 85) em Botucatu. Para São Manoel, as mortalidades proporcionais pelas doenças cardiovasculares foram 63,86% (53 óbitos em 83) e 55,81% (24 em 43), respectivamente para o sexo masculino e o feminino (Tabela 44 e 45).

TABELA 46

Nº de óbitos e coeficientes de mortalidade (X 100.000 habitantes) por doenças cardiovasculares (B25 a B30), segundo sexo e idade e relação masculino/feminino. Botucatu e São Manoel. 1.11.74/31.10.75.

Idade	Município		Botucatu					São Manoel				
			Masculino		Feminino		M/F	Masculino		Feminino		M/F
	Nº	Coef.	Nº	Coef.		Nº	Coef.	Nº	Coef.			
15 a 24	1	17,89	—	—	.	2	75,47	—	—	.		
25 a 34	4	139,42	1	29,32	4,8	1	61,61	—	—	.		
35 a 44	2	64,45	2	60,53	1,1	3	203,94	3	218,65	0,9		
45 a 54	11	468,08	8	288,18	1,6	12	1.165,04	4	399,20	2,9		
55 a 64	20	1.220,25	11	650,11	1,9	18	2.119,70	5	552,48	3,8		
65 a 74	23	2.449,41	25	2.693,96	0,9	18	4.712,04	13	3.915,66	1,2		
Total	61	369,92 310,91*	47	272,08 244,60*	1,4	54	665,99 591,68*	25	326,93 331,59*	2,0		

* Padronizado pela população do distrito de São Paulo, 1974/1975.

Estes resultados e aqueles vistos na Tabela 48 mostram que as duas cidades têm características diferentes também neste aspecto. Chamam a atenção os coeficientes a partir de 45 anos, em São Manoel, no sexo masculino, bem mais altos do que os correspondentes a Botucatu.

As razões entre as mortalidades, geralmente desfavoráveis para os homens, mostram também comportamentos diferentes. Assim, em São Manoel, esta relação é sempre maior do que em Botucatu (exceto na idade 35 a 44). Para todas as idades, em Botucatu o risco de um homem morrer de doença cardiovascular é 1,4 vezes maior do que o de uma mulher, enquanto que, em São Manoel, este risco é 2 vezes maior.

A comparação com São Paulo mostra uma melhor situação para esta cidade, quer no sexo masculino, quer no feminino. São Manoel tem sempre a maior mortalidade, sendo seguida por Botucatu.

Além disso, as tabelas mostram que, dentre as doenças cardiovasculares, São Paulo, Botucatu e São Manoel apresentam discrepâncias. Isto pode ser mostrado

quando se ordenam as causas por mortalidade proporcional decrescente, segundo sexo e cidade:

Sexo Masculino

1. São Paulo

- 1ª Doenças isquêmicas do coração 50,51%
- 2ª Doenças cerebrovasculares 32,34%
- 3ª Doenças hipertensivas 8,91%
- 4ª Outras formas de doenças do coração 5,75%

2. Botucatu

- 1ª Doenças isquêmicas do coração 52,46%
- 2ª Doenças cerebrovasculares 24,59%
- 3ª Outras formas de doenças do coração 16,39%
- 4ª Doenças reumáticas crônicas do coração 3,28%
- Doenças hipertensivas 3,28%

3. São Manoel

1ª Doenças cerebrovasculares	35,85%
2ª Febre reumática	22,64%
Doenças isquêmicas do coração	22,64%
4ª Outras formas de doenças do coração	16,98%

Sexo Feminino

1. São Paulo

1ª Doenças cerebrovasculares	38,37%
2ª Doenças isquêmicas do coração	37,64%
3ª Doenças hipertensivas	10,88%
4ª Doenças reumáticas crônicas do coração	7,19%

2. Botucatu

1ª Doenças isquêmicas do coração	48,94%
2ª Doenças cerebrovasculares	23,40%
3ª Outras formas de doenças do coração	21,28%
4ª Doenças hipertensivas	4,26%

3. São Manoel

1ª Febre reumática ativa	29,17%
2ª Doenças isquêmicas do coração	25,00%
Outras formas de doenças do coração	25,00%
4ª Doenças cerebrovasculares	16,67%

TABELA 47

Coefficientes de mortalidade por neoplasias malignas (B19) (X 100.000 habitantes), segundo sexo e idade e relação masculino/feminino, Botucatu e São Manoel, 1.11.74/31.10.75.

Idade	Município		Botucatu				São Manoel					
	Sexo	Nº	Masculino		Feminino		M/F	Masculino		Feminino		M/F
			Nº	Coef.	Nº	Coef.		Nº	Coef.	Nº	Coef.	
15 a 24		—	—	—	—	.	1	37,73	—	—	.	
25 a 34		1	34,95	1	29,32	1,2	—	—	1	66,05	.	
35 a 44		—	—	3	90,79	.	—	—	—	—	.	
45 a 54		2	85,11	5	205,85	0,4	1	97,08	1	99,80	1,0	
55 a 64		10	610,13	4	236,41	2,6	1	124,68	—	—	.	
65 a 74		6	638,97	4	431,03	1,5	3	785,34	4	1.204,81	0,7	
Total		19	115,22	17	98,41	1,2	6	75,39	6	81,73	0,9	
			93,52*		92,28*			66,38*		88,27*		

* Padronizado pela população do distrito de São Paulo, 1974/1975.

As neoplasias malignas, que correspondem ao código 19 da lista B da CID, foram responsáveis, em Botucatu, por 14,07% dos óbitos do sexo masculino (19 em 135) e 20,00% do sexo feminino (17 em 85). Em São Manoel as percentagens foram, na mesma ordem, 7,23% (6 em 83) e 13,95% (6 em 43).

Devido ao pequeno número de óbitos a comparação entre as duas cidades fica bastante prejudicada. Mas, observando-se a Tabela 47 parece lícito, mais uma vez, presumir diferença entre Botucatu e São Manoel.

É interessante notar, ainda, que a mortalidade do distrito de São Paulo é interme-

diária, quer no sexo masculino, quer no feminino, quando se usam os coeficientes brutos. No entanto, tomando a população

de São Paulo como padrão, este resultado se altera. Tem-se, então, São Paulo com a maior mortalidade no sexo masculino, mas com a menor no sexo feminino.

Causas maternas

TABELA 48

Óbitos femininos, segundo causa básica e idade. Botucatu, 1.11.74/31.10.75.

Idade	Causas	Maternas		Outras		Total	
		Nº	(%)	Nº	(%)	Nº	(%)
Fértil		1	(5,55)	17	(94,45)	18	(100,00)
						21,17%	
Outras		—	—	67	(100,00)	67	(100,00)
						78,83%	
Total		1	(1,17)	84	(98,83)	85	(100,00)
						(100,00%)	

A Tabela 48 mostra que, dos 85 óbitos de mulheres ocorridos em Botucatu, 18 (21,17%) verificaram-se em idade fértil sendo apenas 1 por causa materna (5,55% dos óbitos em idade fértil). Tais valores correspondem, respectivamente aos seguintes coeficientes específicos de mortalidade por causa materna, dentro do grupo em idade fértil: 147,24 por 100.000 mulheres em idade fértil e 8,18 por 100.000 mulheres em idade fértil.

O coeficiente de mortalidade materna, porém, deve ser medido em relação ao número de nascidos vivos, que foi 1210. Assim, esse risco foi de 8,26 por 10.000 nascidos vivos, praticamente metade do resultado encontrado para o distrito da Capital.

Em São Manoel não houve nenhum óbito por causa materna; do total de 43 óbitos, 10 (23,25%) ocorreram em idade fértil, correspondendo a 189,29 por 100.000 mulheres. O número de nascidos vivos no período foi 614.

Acidentes, envenenamentos e violências

As mortes violentas (homicídios, suicídios e acidentes) foram responsáveis por 12,6% dos óbitos masculinos e 5,9% dos óbitos femininos em Botucatu. Deve-se ressaltar que a sub-classificação BE47 (acidentes de veículos a motor) é a 5ª principal causa de óbito entre os homens (Tabela 44). Os coeficientes de mortalidade segundo idade não se comportam segundo o padrão da Capital, para ambos os sexos.

No sexo masculino chamam a atenção as grandes diferenças encontradas nos dois grupos etários extremos, onde Botucatu apresenta mortalidade bem baixa em relação a São Paulo. No geral, a mortalidade é menor em Botucatu (Tabela 49).

Quanto às quatro sub-classificações, os sexos confirmam a diversidade na comparação com o distrito de São Paulo. No sexo masculino, os coeficientes de mortalidade por acidentes de veículos a motor (BE47) são próximos nas duas cidades (54,58/100.000 em Botucatu e 61,5/100.000 em São Paulo), bem como os demais aci-

TABELA 49

Nº de óbitos e coeficientes de mortalidade (X 100.000 habitantes) por acidentes, envenenamentos e violências (BE47 a BE50), segundo sexo e idade e relação masculino/feminino. Botucatu e São Manoel, 1.11.74/31.10.75.

Idade	Município		Botucatu				São Manoel			
			Masculino		Feminino		M/F	Masculino		Feminino
	Nº	Coef.	Nº	Coef.		Nº	Coef.	Nº	Coef.	
15 a 24	2	35,78	2	36,29	0,99	1	37,74	1	41,72	0,90
25 a 34	5	174,28	—	—	.	4	246,46	—	—	.
35 a 44	4	128,91	1	30,27	4,26	2	135,96	—	—	.
45 a 54	3	127,66	—	—	.	2	194,17	—	—	.
55 a 64	3	183,04	1	59,10	3,10	—	—	—	—	.
65 a 74	—	—	1	107,76	.	1	261,78	—	—	.
Total	17	103,09	5	28,95	3,56	10	125,66	1	13,62	9,23
		111,07*		26,88*			136,91*		12,72*	

* Padronizado pela população do distrito de São Paulo, 1974/1975.

dentes (BE-48), 30, 32/100.000 e 24,7/100.000 e os suicídios e lesões auto-infligidas (BE-49) (12,13/100.000 e 10,4/100.000); no entanto, na classificação BE50 — homicídios e demais causas externas, a mortalidade em São Paulo é quatro vezes e meia maior do que em Botucatu. Quando se compara o sexo feminino, o que se observa é uma mortalidade sempre maior nas categorias BE48, BE49 e BE50 em Botucatu, enquanto que a grande diferença é para a categoria BE47 — acidentes de veículos a motor, onde Botucatu não apresenta óbitos femininos, enquanto em São Paulo o coeficiente é de 19,7/100.000 mulheres.

É interessante notar que São Manoel apresenta um coeficiente de mortalidade por causas violentas, no sexo masculino, maior do que o de São Paulo. Mas o sexo feminino tem o menor dos coeficientes entre as três cidades. A Tabela 45 mostra, ainda, que a distribuição das sub-classificações é bem diferente de Botucatu e São Paulo, notando-se que a categoria BE49 não aparece em nenhum dos sexos e que o único óbito feminino foi devido à causa BE47.

5.3. Transtornos mentais

Presença de transtorno mental

A Tabela 50 mostra que, em Botucatu, foram diagnosticados 80 transtornos mentais (quatro óbitos apresentaram 2 diagnósticos cada), e, em São Manoel, 32 (dois óbitos apresentaram 2 diagnósticos cada). Na Tabela 51 vê-se que não foi em todas as idades, em São Manoel, que se teve transtorno mental, enquanto que, em Botucatu, todas as idades, em ambos os sexos, apresentaram o problema.

A distribuição das percentagens, segundo idade, não parece apresentar um padrão bem marcado, salientando-se, apenas, a idade 35 a 44 anos, onde se encontra sempre alta proporção de óbitos com transtorno mental presente.

Comparando-se as porcentagens totais entre as três cidades, verifica-se que, em cada sexo, houve a mesma ordem, sendo Botucatu a cidade com maior percentagem de óbitos em que se detectou transtorno mental, vindo a seguir São Paulo (Tabela 27) e depois São Manoel.

TABELA 50

Número e percentagem de óbitos de 15 a 74 anos, segundo sexo e o número de transtornos mentais existentes, no momento da morte. Botucatu e São Manoel, 1.11.1974/31.10.1975.

Cidade	Botucatu							São Manoel						
	Sexo		Masculino		Feminino		Total		Masculino		Feminino		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
0	81	60,0	63	74,1	144	65,5	60	72,3	36	83,7	96	76,2		
1	51	37,8	21	24,7	72	32,7	21	25,3	7	16,3	28	22,2		
2	3	2,2	1	1,2	4	1,8	2	2,4	—	—	2	1,6		
Total	135	100,0	85	100,0	220	100,0	83	100,0	43	100,0	126	100,0		

TABELA 51

Proporção de óbitos, em cada idade, em que houve presença de transtorno mental, segundo sexo e grupo etário. Botucatu e São Manoel, 1.11.1974/30.10.1975.

Idade	Município		Botucatu		São Manoel	
	Sexo		Masculino	Feminino	Masculino	Feminino
			%	%	%	%
15 a 24			25,0	50,0	—	—
25 a 34			62,5	66,7	16,7	—
35 a 44			66,7	55,6	50,0	50,0
45 a 54			54,2	26,7	27,8	16,7
55 a 64			23,2	11,8	33,3	—
65 a 74			33,3	17,1	23,1	14,3
Total			40,0	25,9	27,7	16,3

As Tabelas 52 a 55 mostram os transtornos mentais identificados, para Botucatu e São Manoel, segundo sexo. Nas Tabelas 52 e 54 as porcentagens estão calculadas em relação ao total de diagnósticos, e estes

podem ter sido causa básica, causa associada ou simples presença (a maior parte); nas Tabelas 53 e 55 as porcentagens são calculadas em relação ao total de óbitos.

TABELA 52

Transtornos mentais, segundo tipo e sexo. Botucatu 1.10.1974/31.10.1975. (Número e %)

Tipo	Sexo		Feminino		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
291 — Psicose alcoólica	6	10,53	—	—	6	7,50
.0 — Delirium tremens	2	3,51	—	—	2	2,50
.9 — Outras, ou não especificadas	4	7,02	—	—	4	5,00
293 — Psicoses associadas com infecção intracraniana	6	10,52	2	8,70	8	10,00
.0 — com arterioesclerose cerebral	5	8,77	1	4,35	6	7,50
.1 — com outros transtornos cerebrovasculares	1	1,75	—	—	1	1,25
.3 — com tumor intracraniano	—	—	1	4,35	1	1,25
295 — Esquizofrenia	1	1,75	—	—	1	1,25
.2 — tipo catatônico	1	1,75	—	—	1	1,25
296 — Psicose afetiva	—	—	1	4,35	1	1,25
.2 — maníaco-depressiva	—	—	1	4,35	1	1,25
298 — Outras psicoses	—	—	1	4,35	1	1,25
.0 — reativa depressiva	—	—	1	4,35	1	1,25
300 — Neuroses	4	7,01	6	26,10	10	12,50
.0 — de ansiedade	2	3,51	2	8,70	4	5,00
.4 — depressiva	1	1,75	1	4,35	2	2,50
.5 — neurastenia	1	1,75	3	13,05	4	5,00
303 — Alcoolismo	36	63,15	8	34,80	44	55,00
.1 — excessos alcoólicos habituais	2	3,51	—	—	2	2,50
.2 — dependência do álcool	30	52,63	7	30,45	37	46,25
.9 — outras formas de alcoolismo, ou não especificadas	4	7,01	1	4,35	5	6,25
304 — Dependência de droga	—	—	1	4,35	1	1,25
.9 — não especificada	—	—	1	4,35	1	1,25
309 — Transtornos mentais não especificados como psicóticos associados com afecções somáticas	—	—	1	4,35	1	1,25
.4 — com epilepsia	—	—	1	4,35	1	1,25
314 — Deficiência mental grave	—	—	1	4,35	1	1,25
.0 — subseqüente à infecção	—	—	1	4,35	1	1,25
319 — Transtorno mental não especificado	1	1,75	1	4,35	2	2,50
345 — Epilepsia	3	5,25	1	4,35	4	5,00
.1 — convulsiva generalizada	1	1,75	—	—	1	1,25
.2 — estado epilético	1	1,75	—	—	1	1,25
.9 — outras ou não especificadas	1	1,75	1	4,35	2	2,50
Total de diagnósticos	57	100,00*	23	100,00*	80	100,00*

* Devido aos pequenos números observados, nem sempre os arredondamentos permitem que a soma das parcelas seja exatamente igual ao total.

TABELA 53

Número e percentagem de transtornos mentais segundo o tipo e sexo, em relação ao total de óbitos. Botucatu. 1.11.1974/31.10.1975.

Tipo	Sexo		Feminino		Nota	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
291 — Psicose alcoólica	6	4,44	—	—	6	2,73
.0 — Delirium tremens	2	1,48	—	—	2	0,91
.9 — Outras, ou não especificadas	4	2,96	—	—	4	1,82
293 — Psicoses associadas com infecção intracraniana	6	4,44	2	2,35	8	3,64
.0 — com arterioesclerose cerebral	5	3,70	1	1,18	6	2,73
.1 — com outros transtornos cerebrovasculares	1	0,74	—	—	1	0,45
.3 — com tumor intracraniano	—	—	1	1,18	1	0,45
295 — Esquizofrenia	1	0,74	—	—	1	0,45
.2 — tipo catatônico	1	0,74	—	—	1	0,45
296 — Psicose afetiva	—	—	1	1,18	1	0,45
.2 — maníaco-depressiva	—	—	1	1,18	1	0,45
298 — Outras psicoses	—	—	1	1,18	1	0,45
.0 — reativo depressiva	—	—	1	1,18	1	0,45
300 — Neuroses	4	2,96	6	7,06	10	4,55
.0 — de ansiedade	2	1,48	2	2,35	4	1,82
.4 — depressiva	1	0,74	1	1,18	2	0,91
.5 — neurastenia	1	0,74	3	3,53	4	1,82
303 — Alcoolismo	36	26,67	8	9,41	44	20,00
.1 — excessos alcoólicos habituais	2	1,48	—	—	2	0,91
.2 — dependência do álcool	30	22,22	7	8,24	37	16,82
.9 — outras formas de alcoolismo, ou não especificadas	4	2,96	1	1,18	5	2,27
304 — Dependência de droga	—	—	1	1,18	1	0,45
.9 — não especificada	—	—	1	1,18	1	0,45
309 — Transtornos mentais não especificados como psicóticos com afecções somáticas	—	—	1	1,18	1	0,45
.4 — com epilepsia	—	—	1	1,18	1	0,45
314 — Deficiência mental grave	—	—	1	1,18	1	0,45
.0 — subseqüente à infecção	—	—	1	1,18	1	0,45
319 — Transtorno mental não especificado	1	0,74	1	1,18	2	0,91
345 — Epilepsia	3	2,22	1	1,18	4	1,82
.1 — convulsiva generalizada	1	0,74	—	—	1	0,45
.2 — estado epilético	1	0,74	—	—	1	0,45
.9 — outras ou não especificadas	1	0,74	1	1,18	2	0,91
Total de diagnósticos	57	42,22	23	27,06	80	36,36
Total de óbitos	135	100,00	85	100,00	220	100,00

a) Devido aos pequenos números observados, nem sempre os arredondamentos permitem que a soma das parcelas seja exatamente igual ao total.

b) Um óbito pode ter mais de um diagnóstico.

Tipo	Sexo		Feminino		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
290 — Demência senil e pré-senil	1	4,00	1	14,29	2	6,25
.0 — demência senil	1	4,00	1	14,29	2	6,25
291 — Psicose alcoólica	1	4,00	—	—	1	3,13
.0 — delirium tremens	1	4,00	—	—	1	3,13
293 — Psicoses associadas com infecção intracraniana	1	4,00	2	28,57	3	9,38
.0 — com arteriosclerose cerebral	—	—	1	14,29	1	3,13
.1 — com outros transtornos cerebrovasculares	1	4,00	—	—	1	3,13
.2 — com epilepsia	—	—	1	14,29	1	3,13
303 — Alcoolismo	21	84,00	3	42,86	24	75,00
.0 — excesso alcoólico episódico	1	4,00	—	—	1	3,13
.1 — excessos alcoólicos habituais	1	4,00	1	14,29	2	6,25
.2 — dependência do álcool	18	72,00	1	14,29	19	59,38
.9 — outras formas de alcoolismo, ou não especificada	1	4,00	1	14,29	2	6,25
319 — Transtorno mental não especificado	—	—	1	14,29	1	3,13
345 — Epilepsia	1	4,00	—	—	1	3,13
.1 — convulsiva generalizada	1	4,00	—	—	1	3,13
Total	25	100,00	7	100,00	32	100,00

* Devido ao pequeno número observado, nem sempre os arredondamentos permitem que a soma das parcelas seja exatamente igual ao total.

TABELA 55

Número e porcentagem de transtornos mentais segundo tipo e sexo em relação ao total de óbitos. São Manoel. 1.11.1974/31.10.1975.

Tipo	Sexo		Feminino		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
290 — Demência senil e pré-senil	1	1,20	1	2,33	2	1,59
.0 — demência senil	1	1,20	1	2,33	2	1,59
291 — Psicose alcoólica	1	1,20	—	—	1	0,79
.0 — delirium tremens	1	1,20	—	—	1	0,79
293 — Psicoses associadas com infecção intracraniana	1	1,20	2	4,65	3	2,38
.0 — com arteriosclerose cerebral	—	—	1	2,33	1	0,79
.1 — com outros transtornos cerebrovasculares	1	1,20	—	—	1	0,79
.2 — com epilepsia	—	—	1	2,33	1	0,79
303 — Alcoolismo	21	25,30	3	6,98	24	19,05
.0 — excesso alcoólico episódico	1	1,20	—	—	1	0,79
.1 — excessos alcoólicos habituais	1	1,20	1	2,33	2	1,59
.2 — dependência do álcool	18	21,69	1	2,33	19	15,08
.9 — outras formas de alcoolismo, ou não especificada	1	1,20	1	2,33	2	1,59
319 — Transtorno mental não especificação	—	—	1	2,33	1	0,79
345 — Epilepsia	1	1,20	—	—	1	0,79
.1 — convulsiva generalizada	1	1,20	—	—	1	0,79
Total de diagnósticos	25	30,12	7	16,28	32	25,40
Total de óbitos	83	100,00	43	100,00	126	100,00

* Devido ao pequeno número observado, nem sempre os arredondamentos permitem que a soma das parcelas seja exatamente igual ao total.

Para cada cidade e sexo, a ordem de importância dos transtornos mentais é a seguinte, constando o número de diagnósticos e respectiva percentagem: (Tabela 52 e 54).

Botucatu

Masculino		Feminino	
1 --- Alcoolismo	36(63,16%)	1 — Alcoolismo	8(34,78%)
2 — Psicose alcoólica	6(10,53%)	2 — Neuroses	6(26,09%)
3 — Psicoses associadas com outras infecções intracranianas	6(10,53%)	3 — Psicoses associadas com outras infecções intracranianas	2(8,70%)
4 — Neuroses	4(7,02%)		
5 --- Epilepsia	3(5,26%)		

São Manoel

Masculino		Feminino	
1 — Alcoolismo	21(84,00%)	1 — Alcoolismo	3(42,86%)
		2 — Psicoses associadas com outras infecções intracranianas	2(28,57%)

Os transtornos que aparecem só uma vez não estão na lista acima. Nota-se que o alcoolismo é o mais importante transtorno mental, em ambos os sexos e nas duas cidades. As comparações entre Botucatu, São Manoel e São Paulo, quer quantitativamente, quer pela ordem de importância das doenças mentais reveladas, mostram diferenças.

Transtornos mentais como causa associada na mortalidade

A Tabela 56 mostra quantas vezes os transtornos mentais aparecem como causa associada do óbito. Fica mais uma vez evidente o grande problema representado pelo alcoolismo que, tanto para Botucatu como para São Manoel, destaca-se entre os outros transtornos. Deve-se notar, inclusive, que, no sexo feminino, nas duas cidades, nenhum outro transtorno mental foi notado como causa associada. Dentro do espírito

de causa múltipla, é válido, ainda, calcular-se coeficientes de mortalidade por causa associada.

Usando a lista A da CID ¹², 8ª Revisão, têm-se os seguintes valores: em Botucatu, no sexo masculino, as “neuroses, transtornos da personalidade e outros transtornos mentais não psicóticos” (A-70) ocuparam o primeiro lugar com 189,0 por cem mil homens; as “psicoses” (A-69) e “epilepsia” (A-74) apresentaram o mesmo risco, de 18,2 por cem mil homens. No sexo feminino, apenas, houve presença de “neuroses, transtornos da personalidade e outros transtornos mentais não psicóticos” (A-70), com um risco de 34,7 por cem mil mulheres.

Em São Manoel, por sua vez, as “neuroses” (A-70), com 163,4 por cem mil homens e as “psicoses” (A-69) com 12,6 por cem mil homens; no sexo feminino somente apareceram as “neuroses” (A-70) com um valor igual a 13,6 por cem mil mulheres.

TABELA 56

Transtornos mentais como causa associada de morte (consequencial e contributória), segundo sexo. Botucatu e São Manoel. 1.11.1974/31.10.1975.

Modalidade	Município		Botucatu				São Manoel			
	Sexo		Masculino		Feminino		Masculino		Feminino	
			Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Demência senil e precoce(290)			—	—	—	—	1	7,1	—	—
Psicose alcoólica(291)			2	5,4	—	—	—	—	—	—
Esquizofrenia(295)			1	2,7	—	—	—	—	—	—
Neuroses(300)			2	5,4	—	—	—	—	—	—
Alcoolismo(303)			29	78,4	6	100,0	13	92,9	1	100,0
Epilepsia(345)			3	8,1	—	—	—	—	—	—
Total			37	100,0	6	100,0	14	100,0	1	100,0

TABELA 57

Número de óbitos e coeficientes de mortalidade (X 100.000 habitantes) por transtornos mentais, segundo tipo e sexo. Botucatu e São Manoel. 1.11.1974/31.10.1975.

Transtorno mental	Município		Botucatu						São Manoel					
	Sexo		Masculino		Feminino		Total		Masculino		Feminino		Total	
			Nº	Coef.	Nº	Coef.	Nº	Coef.	Nº	Coef.	Nº	Coef.	Nº	Coef.
Neuroses, transtornos da personalidade e outros transtornos mentais não psicóticos(A70)			4	24,26	—	—	4	11,85	2	25,10	1	13,62	3	19,61
Epilepsia(A74)			1	6,06	1	5,79	2	5,92	—	—	—	—	—	—
Total			5	30,32	1	5,79	6	17,77	2	25,10	1	13,62	3	19,61

Cirrose hepática e alcoolismo

Já se viu a grande importância do alcoolismo como transtorno mental em geral e como causa básica de óbito em particular, primeiro em São Paulo e agora nas duas cidades do interior.

Pôde-se verificar, também nestas, o aparecimento da cirrose hepática alcoólica (571.0) como causa básica de óbito. Não houve nenhuma morte no sexo feminino

nestas condições, mas no sexo masculino foram detectados 6 casos em Botucatu e 3 em São Manoel.

Foi possível calcular os respectivos coeficientes de mortalidade por cirrose hepática alcoólica: 36,4/100.000 homens em Botucatu e 37,7/100.000 homens em São Manoel, valores bem mais elevados do que aqueles encontrados em São Paulo. As idades afetadas foram, em Botucatu: 25 a 34 anos (35,8/100.000 homens), 45 a 54 (127,7/

100.000 homens) e 65 a 74 anos (106,5/100.000 homens). Em São Manoel: 35 a 44 anos (68,0/100.000 homens), 45 a 54 anos (97,1/100.000 homens) e 65 a 74 anos (261,8/100.000 homens).

A exemplo do que foi proposto para a Capital, apresentam-se também, os coefi-

cientes ajustados de mortalidade por transtorno mental (incluindo-se cirrose hepática com menção de alcoolismo): para Botucatu no sexo masculino, 66,71 por 100.000 homens e no feminino, 5,79 por 100.000 mulheres; em São Manoel, 62,83 por 100.000 homens e 13,62 por 100.000 mulheres.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BARBOSA, V. Estudo descritivo do suicídio no município de São Paulo (Brasil) 1959 a 1968. *Rev. Saúde públ.*, S. Paulo, 8:1-14, 1974.
2. DEMOGRAPHIC YEARBOOK: 1974. (United Nations) New York, 1975.
3. FONSECA, L. A. & LAURENTI, R. A qualidade da certificação médica da causa de morte em São Paulo, Brasil. *Rev. Saúde públ.*, S. Paulo, 8:21-9, 1974.
4. HORWITZ, J. et al. Investigaciones epidemiológicas acerca de morbilidad mental en Chile. *Rev. Serv. nac. Salud*, 3:277-309, 1958.
5. JAFFE, A. J. *Handbook of statistical methods for demographers*. Washington, D. C., US Government Printing Office, 1951.
6. JANSEN, T. A. Importance of tabulating multiple causes of death. *Amer. J. publ. Hlth*, 30:871-9, 1940.
7. JELLINEK, E. M. *The disease concept of alcoholism*. New Haven, Conn., Hillhouse Press, 1960.
8. KULLER, L. et al. An epidemiological study of sudden and unexpected deaths in adults. *Medicine*, 46:341-8, 1967.
9. LAURENTI, R. *Causas múltiplas de morte*. São Paulo, 1973. [Tese de Livre-Docência — Faculdade de Saúde Pública da USP]
10. LAURENTI, R. & FONSECA, L. A. M. A evolução da mortalidade por doenças isquêmicas do coração no município de São Paulo de 1940 a 1973. *Arq. bras. Cardiol.*, 30:351-5, 1977.
11. LAURENTI, R. et al. Alguns aspectos epidemiológicos da mortalidade por acidentes de trânsito de veículos a motor na cidade de São Paulo, Brasil. *Rev. Saúde públ.*, S. Paulo, 6:329-41, 1972.
12. MANUAL da Classificação Estatística Internacional de Doenças, Lesões e Causas de óbito: 8ª revisão. Washington, D. C., Organização Pan-Americana de Saúde, 1969. (OPAS — Publ. cient., 190)
13. MILANESI, M. L. & LAURENTI, R. O estudo interamericano de mortalidade em São Paulo. I — Estado atual da certificação médica da causa de óbito no distrito da Capital. *Rev. Ass. med. bras.*, 10:111-6, 1964.
14. PUFFER, R. R. Estudio de multiples causas de defuncion. *Bol. Ofic. sanit. panamer.*, 69:93-114, 1970.
15. PUFFER, R. R. & GRIFFITH, G. W. *Características de la mortalidad urbana*. Washington, D. C., Organización Panamericana de la Salud, 1968. (OPAS — Publ. cient., 151)
16. PUFFER, R. R. & SERRANO, C. V. *Patterns of mortality in childhood*. Washington, D. C., Pan American Health Organization, 1973. (PAHO — Scient. publ., 262).
17. SILVEIRA, M. H. & GOTLIEB, S. L. D. Acidentes, envenenamentos e violências como causa de morte dos residentes no município de São Paulo, Brasil. *Rev. Saúde públ.*, S. Paulo, 10:45-55, 1976.
18. STAMLER, J. *Cardiologia preventiva*. Barcelona, Ed. Científico-Médico, 1970.
19. STEGEN, G. Consumo de bebidas alcohólicas en la población infantil. *Rev. chil. Pediat.*, 30:2-3, 53-7, 1959.
20. WORLD HEALTH STATISTICS ANNUAL: 1973-1976. (World Health Organization) Geneva, 1976.

Recebido para publicação em 25/07/1979

Aprovado para publicação em 30/07/1979

ANEXO — FORMULÁRIO
 FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA — USP
 ESTUDO DE MORTALIDADE DE ADULTOS

pág. 1

Confidencial

- 1) NOME 2) nº de ordem _____
 3) Data de morte ___/___/___ 4) Idade _____ 5) Sexo _____ 6) Est. Civil _____
 7) Endereço: _____ 8) Cidade ou Sub-Distrito _____
 9) Cartório de Registro do óbito: _____ 10) Nº do Registro _____
 11) Dados sobre locais de residência do falecido (Residência nos últimos 10 anos)

Residência	Cidade e Estado	Nº de anos vividos	Urbano/Rural	Obs.
Lugar de nascimento				
Outros lugares (1)				
(2)				
(3)				
Residência atual				

- 12) Composição da família (atual)

Nº	Nome	Relação c/o chefe	Idade	Sexo	Est. Civil	Escolaridade	Tempo de Resid.	OBS.
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								

- 13) Qual a relação do falecido na composição familiar _____
 14) Qual a escolaridade _____
 15) O falecido tinha alguma forma de seguro social (INPS, IAMSPE, Particular (convênio), etc)
 SIM _____ NÃO _____ IGNORA _____ Se sim, qual? _____

- 16) Qual a ocupação do falecido?
 PRINCIPAL: Função (descrever o que fazia) _____
 Era: autônomo empregador empregado
 dona de casa estudante aposentado desempregado
 desocupado fazendo o Serviço Militar
 Local de trabalho (nome; se indústria, o que produz)

 SECUNDÁRIA: Função (descrever o que fazia) _____
 Era: autônomo empregador empregado
 dona de casa estudante aposentado
 desempregado desocupado Fazendo Serv. Militar
 Local de trabalho (nome; se indústria, o que produz)

Data ___/___/___

Entrevistador _____

Confidencial

pág. 2

NOME _____ Nº de Ordem _____

17) Durante o ano que precedeu a morte, foi atendido por médico, hospital, clínica, etc? Sim ___ Não ___ Ignore ___

Nome do Hosp., Clín., Méd., etc.	Tipo	Data	Dias no hosp.	Motivo	Nº de consultas
1)					
2)					
3)					
4)					

tipo: atendido em Clínica (ambulatório, hospital, centro saúde, clínicas) C; internado em Hosp. H; Médico Particular P; Pronto Socorro, Emergência E:

18) Antes do ano que passou, recebeu assistência médica Sim ___ Não ___ Ign. ___

Nome do Hosp., Clín., Méd., etc.	Tipo	Data	Dias no Hosp.	Motivo	Nº de consultas
1)					
2)					
3)					
4)					

tipo: igual pergunta anterior

19) O falecido fumava cigarro? Sim ___ Não ___ Ign. ___ 20) Quantos por dia? _____

21) Sabe dizer há qto. tempo fumava? (especificar) _____

22) O falecido bebia? Sim ___ Não ___ Ign. ___

23) Com que frequência bebia: Diária ___ Ocasional ___ Regularmente ___ Ign. ___

24) Se bebia (SIM na 22), a quantidade na sua opinião, era:
Pequena ___ Moderada ___ Grande ___ Ignorada ___

25) Pode especificar a quantidade? _____

26) Quais os tipos de bebida que Consumia? _____

27) Há quanto tempo bebia? _____

28) Acha que o hábito de beber se constituía num problema para a família ou para o falecido? (Descrever) _____

Data ___/___/___

Entrevistador _____

Confidencial

pag.3

- 29) Alguma vez fez tratamento para deixar de beber? Sim ___ Não ___ Ign. ___
- 30) Se fez tratamento, onde foi? Em casa, orientado por médico _____
Em casa, outros _____ Internado em Hospital _____
(nome e data)
- 31) Se não fez, acha que deveria ter feito tratamento para deixar de beber?
Sim ___ Não ___ Ignora _____
Se sim, porque? _____

- 32) Acha que o hábito de beber contribuiu para a morte? Sim ___ Não ___ Ign. ___
De que maneira _____

- 33) Citar outros fatos que possam esclarecer melhor o hábito e/ou os pro-
blemas que dele possam ter surgido _____

- 34) O falecido tinha outros vícios? Quais _____

- 35) Tomava habitualmente remédio para dormir? Sim ___ Não ___ Ignora _____
Tomava habitualmente algum tipo de excitante? Sim ___ Não ___ Ignora _____
Tomava habitualmente algum tipo de calmante? Sim ___ Não ___ Ignora _____
- 36) O falecido tinha alguma perturbação mental? Sim ___ Não ___ Ignora _____
Se sim, descrever _____

- 37) Alguma vez fez tratamento para "nervos"? Sim ___ Não ___ Ignora _____
Se sim:
- | Nome do Hosp., Clín., Méd., | Tipo | Dias no hosp. | motivo | Nº de cons. |
|-----------------------------|------|---------------|--------|-------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
- tipo: Clínica C; Internado em Hospital H; Médico particular P; Pronto-socorro, Emergência E.
- 38) Se não fez tratamento, acha que deveria ter feito? Sim ___ Não ___ Ign. ___

Data ___/___/___

Entrevistador _____

GUIMARAES, C. et al. Mortalidade de adultos de 15 a 74 anos de idade em São Paulo, Botucatu e São Manoel (Brasil), 1974/1975. *Rev. Saúde públ.*, S. Paulo, 13(Supl. 2), 1979.

Confidencial

pág.6

Nome _____ Nº de Ordem _____

53) Dados referentes a consultas anteriores (relacionados ou não com a doença atual)

54) Informações sobre transtornos mentais:

55) Fonte de informação: Hospital _____ Clínica _____ Méd.Pártilcular _____ Outro _____

Data __/__/__

Entrevistador _____

Confidencial

pág. 7

NOME _____

Nº de Ordem _____

EXAMES COMPLEMENTARES

Assinalar aqueles com resultados importantes para confirmar ou não a doença ou complicação. Assinalar também aqueles importantes, mesmo não relacionados à doença atual, porém que podem indicar um diagnóstico de uma causa associada.

56) Laboratório

TIPO	DATA	RESULTADOS

(use o verso se necessário)

57) Raios X

TIPO	DATA	RESULTADOS

(use o verso se necessário)

58) Outros exames (E.C.G., etc)

TIPO	DATA	RESULTADOS

(use o verso se necessário)

59) Citologia/biópsia (descrever o material e resultados) _____

60) Operações e achados (data, tipo e resultados) _____

61) Diagnósticos clínicos _____

62) Autópsia: Sim ___ Não ___

63) Data de hospitalização ___/___/___ Data de saída ___/___/___

64) Onde morreu? Domicílio ___ Ambulatório ou Consultório ___
Hosp. menos de 48 horas ___ Hosp. mais de 48 hs ___ P.S. ___

Outro (especificar) _____

Data ___/___/___

Entrevistador _____

Confidencial

pag. 8

NOME _____ Nº de Ordem _____

65) Tempo aproximado entre a morte e a autópsia _____

66) Descrição do cadáver _____

67) Exame macroscópico de cavidades e segmentos (dados positivos do crânio, tórax, abdomen, pelvis, pescoço, membros)

68) Exame macroscópico de órgãos (dados positivos de órgãos macroscopicamente anormais ou daqueles solicitados pelos clínicos)

69) Exame microscópico de órgãos e tecidos (dados positivos)

70) Dados de laboratório de autópsia:

71) Diagnósticos finais de autópsia:

72) Diagnósticos associados não relacionados com a causa básica

73) Tipo de autópsia ___ Hospital completa ___ Verificação do óbito ___
Médico Legal ___ Hosp. Incompleta ___ Parcial ___

Data ___/___/___

Entrevistador _____

GUIMARAES, C. et al. Mortalidade de adultos de 15 a 74 anos de idade em São Paulo, Botucatu e São Manoel (Brasil), 1974/1975. *Rev. Saúde públ.*, S. Paulo, 13(Supl. 2). 1979.

Confidencial

pag.9

NOME _____ N° de Ordem _____

ENTREVISTA DO MÉDICO NO DOMICÍLIO

74) Descrição da doença que levou ao óbito:

Data ____/____/____

Entrevistador _____

Confidencial

pág. 10

NOME _____ Nº de Ordem _____

75) Atestado de óbito original (cópia exata)	<u>Duração</u>	<u>Código</u>
I - a) _____	_____	_____
b) _____	_____	_____
c) _____	_____	_____
II - _____	_____	_____
_____	_____	_____

76) Resumo da Investigação

Entrevistador Médico _____

	<u>RESUMO FINAL</u>	<u>Base do diagnóstico</u>	<u>Código</u>
77) Causa básica _____	_____	_____	_____
78) Causas consequenciais _____	(terminal) _____	_____	_____
	_____	_____	_____
	_____	_____	_____
	_____	_____	_____
	_____	_____	_____
79) Causas contributórias _____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____
	_____	_____	_____
	_____	_____	_____
	_____	_____	_____
80) Transtornos mentais _____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____
	_____	_____	_____
	_____	_____	_____

COLABORADOR PRINCIPAL _____