

## **Anos Potenciais de Vida Perdidos e padrões de mortalidade por sexo em Santa Catarina, 1995.**

\*Heloisa Côrtes Gallotti Peixoto

\*\*Maria de Lourdes de Souza

**Resumo:** Este artigo é parte da dissertação de mestrado "Mortalidade em Santa Catarina. Aplicação do indicador Anos Potenciais de Vida Perdidos". Esta parte do trabalho analisa as diferenças no padrão da mortalidade por sexo segundo causas de óbito, para Santa Catarina, em 1995, sob a ótica do indicador Anos Potenciais de Vida Perdidos. A análise da mortalidade por sexo, através do indicador Apvp, mostra o excesso de mortalidade masculina, refletindo funções sociais e riscos diferentes na idade produtiva. A magnitude do indicador nos homens é 1,9 vezes maior que nas mulheres (LC 1,8-2,0), indicando que no sexo masculino, além de ocorrerem mais óbitos, a morte prematura se apresenta com maior frequência. As "causas externas" (acidentes, homicídios e suicídios) são as principais responsáveis pelas diferenças encontradas, visto que esse grupo tem um peso significativamente maior na mortalidade masculina. Também chama atenção a sobremortalidade masculina por doença crônica do fígado e cirrose hepática, com um risco de morte prematura quase 7 vezes maior do que o observado entre as mulheres. A sobremortalidade masculina pode ser verificada, mesmo nas faixa de idade iniciais, quando outros fatores, que não os biológicos, ainda não estão atuando. Isso pode ser comprovado através das razões de Apvp homem / mulher por 1000 menores de 1 ano, calculadas para os grupos das "perinatais", onde o risco de morte prematura foi estatisticamente maior para o sexo masculino. Entre as poucas de causas em que observou-se excesso de mortalidade no sexo feminino, destaca-se a diabetes mellitus e a febre reumática, porém, considerando os limites de confiança, essas diferenças não foram significativas. O grupo das "neoplasias malignas", 4ª causa de Apvp entre os homens, sobe para 2ª posição no sexo feminino, possivelmente porque as principais localizações de neoplasias neste sexo (mama e colo de útero), ocorrem em idades mais jovens.

**Unitermos:** Anos Potenciais de Vida Perdidos, Mortalidade, padrões por sexo.

### **Introdução**

O indicador Anos Potenciais de Vida Perdidos vem sendo apontado como uma alternativa interessante para comparar diferenças no padrão de mortalidade por sexo (Mahoney, 1989; Reichenheim e Werneck, 1994; Rodrigues e Motta, 1989 e Silva, 1984).

---

\* Aluna do Mestrado em Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina.

\*\* Doutora em Saúde Pública e docente dos Cursos de Mestrado em Saúde Pública e de Mestrado e Doutorado em Enfermagem da UFSC. Coordenadora Geral da REPENSUL.

A utilização do referido indicador na ordenação das principais causas de óbito observadas em cada sexo, permitiria identificar melhor a

sobremortalidade por algumas causas, contribuindo assim para o estabelecimento de prioridades de grupos populacionais específicos.

Com o objetivo de comparar os padrões de mortalidade por sexo, são apresentados e analisados, neste artigo, os resultados encontrados para Santa Catarina, em 1995.

## Material e Métodos

Utilizou-se a base de dados dos óbitos de residentes no Estado de Santa Catarina, ocorridos durante o ano de 1995 e processados pelo Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM, na Gerência de Estatística e Informática da Secretaria de Estado da Saúde.

As causas de morte foram analisadas com base na Nona Revisão de Classificação Internacional de Doenças (1985), considerando-se as categorias da lista CID-BR2, que permite uma agregação mais voltada para a capacidade de atuação, fornecendo uma melhor compreensão do perfil da mortalidade e das possibilidades de intervenção<sup>1</sup>.

Em algumas situações, recorreu-se a análise detalhada de um grupo de causas, com o objetivo de verificar os principais diagnósticos incluídos no grupo. Assim, serão também analisados os Apvps por algumas causas específicas, que não aparecem discriminadas na lista básica para tabulação em mortalidade utilizada neste trabalho.

Neste artigo, o método do cálculo de Apvp<sup>2</sup> por uma determinada causa foi obtido por uma adaptação da técnica proposta por Romeder e McWhinnie (1977), cuja expressão matemática é dada como:

$$\text{Apvp} = \frac{\sum_{i=\text{limite inferior}}^{\text{limite superior}} \text{aidi}}{i} \quad \text{onde:}$$

**ai** = número de anos que faltam para completar a idade correspondente ao limite superior considerado, quando a morte ocorre entre as idades de *i* e *i* + 1 anos;

**di** = número de óbitos ocorridos entre as idades de *i* e *i* + 1 anos, empregando-se o ajuste de 0,5 quando se arbitra que todas as mortes ocorreram no meio do ano.

Apesar da maioria dos autores utilizarem esse método, existe muitas divergências em relação a escolha do limite potencial de vida<sup>3</sup>. Neste trabalho considerou-se todos os óbitos, ocorridos até os 69 anos.

---

<sup>1</sup> Aos interessados na discussão sobre a construção de listas de agregação de causas de morte a partir de eixos mais “epidemiológicos” sugere-se a leitura do trabalho de BECKER (1989).

<sup>2</sup> Vários métodos para o cálculo do *tempo perdido por morte prematura* tem sido propostos. As vantagens e desvantagens de cada um deles, muito apropriadamente apresentados por MURRAY (1995) foi também analisada em outra parte dessa dissertação.

<sup>3</sup> Discussão detalhada sobre a questão dos limites que devem ser considerados no cálculo de APVP também pode ser encontrada no capítulo de material e métodos da dissertação da qual faz parte este artigo,

Considerando que toda a base de dados de mortalidade estava disponível, em meio magnético, na Gerência de Estatística e Informática da Secretaria de Estado da Saúde, optamos por desenvolver um programa, utilizando a linguagem "Clipper", que realizasse automaticamente o cálculo dos Apvp para cada grupo de causas, buscando os dados sobre óbitos no Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM. Essa estratégia, trouxe alguns benefícios que gostaríamos de explicitar:

A maior vantagem é que a elaboração de um programa que calcula os Apvp por causas, permite que essa ferramenta seja utilizada de forma disseminada, podendo o indicador ser calculado para qualquer ano, para uma regional de saúde ou município.

Além disso, o procedimento de assumir que os óbitos ocorreram no ponto médio do intervalo de idade considerado, utilizado quando o cálculo é manual, ou em virtude de só dispormos do número de óbitos por faixas etárias, pode introduzir erros na medida do tempo perdido por morte prematura.

Com o processamento eletrônico, é possível calcular os Apvp considerando a idade correta em que o óbito ocorreu. Por exemplo, um óbito ocorrido aos 22 anos, fixado o limite de 70 anos, representaria, na primeira alternativa de cálculo, uma perda de 45 anos potenciais de vida, quando, na verdade, nesse caso, foram tolhidos 48 anos de vida.

No grupo etário de menores de 1 ano, assumiu-se, para efeitos de cálculo, que os óbitos ocorreram no ponto médio do intervalo, o que pode levar a pequenas distorções: se este procedimento é natural em quase todas as faixas etárias, poderia não ser o mais adequado para esse período da vida, onde a idade média ao morrer, é sabido, está mais próxima de zero do que de 1 ano. Porém, considerando que o reflexo da mudança do valor representativo da classe de meio ano para, por exemplo, 3 meses, no cálculo final do Apvp seria pequeno, e estaria concentrado, principalmente nas causas perinatais e anomalias congênitas, além do que, traria dificuldades operacionais, optou-se pela utilização desse procedimento.

O programa desenvolvido, exporta o número de óbitos e de Apvp de cada grupo de causa estudado para uma planilha do aplicativo "Excel", que facilita o trabalho de organização e apresentação dos dados, possibilitando a elaboração de tabelas e gráficos que oferecem uma melhor visualização dos resultados encontrados.

Utilizando a planilha do "Excel", os grupos de causas foram ordenados, segundo o número de Apvp. Foram ainda calculados os percentuais de Apvp de cada grupo, em relação ao total de Apvp, excluídos desse total os Apvp por "causas mal definidas", por ser esta uma categoria não discriminativa.

A mesma ordenação e o cálculo das proporções foi feita sem a utilização do critério do APVP, a fim de demonstrar as alterações ocorridas no ordenamento e na importância relativa das causas.

A média de Apvp por óbito, para cada grupo de causas, foi calculada na planilha, como resultado da divisão do total de Apvp pelo número de óbitos considerados. Esse procedimento permite conhecer a idade média em que

ocorreram os óbitos, também incluída nas tabelas de apresentação dos dados, pela diminuição desse valor do limite superior adotado.

Na análise dos Apvp segundo sexo, porém, não é aconselhável utilizarmos somente, as proporções em relação ao total. Isto porque o peso específico de cada causa, analisado através deste procedimento, pode distorcer-se quando os totais são diferentes em função dos riscos. Por exemplo, a proporção de Apvp por infecções respiratórias agudas em mulheres (5,9%) apresenta-se superior a observada no sexo masculino (4,0%), quando, na verdade, o problema é maior entre os homens. O que acontece é que, sem dúvida a magnitude da mortalidade por acidentes, homicídios e suicídios do sexo masculino, reduz a participação proporcional das infecções respiratórias agudas, assim como a de outras causas. Assim, na verdade, pode-se observar que a perda de anos de vida não é igual para ambos os sexos; enquanto a quantidade de Apvp por infecções respiratórias agudas foi 440,8 para cada 100.000 habitantes do sexo masculino, para as mulheres, o valor encontrado foi 335,7, o que corresponde a uma razão homem / mulher de 1,3 Apvp masculino para cada Apvp feminino.

Assim, o procedimento correto, é o cálculo do indicador como quociente dos Apvp sobre a população dentro do intervalo de idade e no sexo considerado, pois desta forma, pondera-se o risco de morrer por uma causa específica e a idade de ocorrência das mortes, permitindo que a importância de uma causa seja apreciada, sem interferência das magnitudes das outras.

Vários estudos e publicações tem usado, como denominador, o total da população residente para cada sexo estudado. No entanto, nesse caso, como lembra Marlow (1995) , enquanto o numerador incorpora ambos, a idade no momento da morte e o número de mortes, o denominador não é sensível a estrutura etária da população, isto é, se o denominador incluir também as pessoas com idade acima do limite potencial de vida considerado, estará incluindo os que não estavam expostos ao risco de morte prematura.

Assim, para demonstrar os diferenciais da mortalidade prematura por causas específicas, segundo a variável sexo, utilizamos o indicador *Apvp por 100.000 habitantes (homens ou mulheres) menores de 70 anos*.

Foram calculadas, ainda, para cada grupo de causas, as razões de APVP homem / mulher, que permite melhor compreensão do "excesso" de mortes prematuras em determinado sexo.

Para estabelecer se as diferenças encontradas são estatisticamente significantes, foram calculados os intervalos de confiança das razões, utilizando a fórmula proposta por Dever (1989), cuja expressão matemática é:

$$IC = R \pm 1,96 R \sqrt{\frac{1}{d1} + \frac{1}{d2}}$$

## **Resultados e Discussão**

As tabelas 1 e 2 apresentam a ordenação das causas de óbito pelos Apvp e pela magnitude, assim como as proporções em relação ao total (de óbitos e de Apvps), para os sexos masculino e feminino.

A tabela 3, complementa as duas primeiras e permite uma melhor visualização do excesso de mortalidade masculina, refletindo funções sociais e riscos diferentes na idade produtiva. A magnitude do indicador nos homens é 1,9

vezes maior que nas mulheres. Observamos que a quantidade de Apvp/100.000 habitantes por todas as causas é 47% maior para os homens. Isto indica que no sexo masculino, além de ocorrerem mais óbitos, a morte prematura se apresenta com maior frequência.

Quando comparamos a ordenação e a importância relativa das principais causas de óbito entre homens e mulheres, verificamos que são as "causas externas" as principais responsáveis pelas diferenças encontradas, visto que esse grupo tem um peso significativamente maior na mortalidade masculina, isto é, os homens estão mais expostos ao risco de morrer por acidentes, homicídios e suicídios. Enquanto no sexo masculino, 37,7 % do total de Apvp se devem a essas causas, no caso das mulheres representam somente 18,4%.

Os "acidentes de trânsito", que mantém o 1º lugar quando se aplica o critério dos Apvp, no sexo masculino, caem para 3ª colocação entre as mulheres, em parte pelo fato de que a proporção desse grupo em relação ao total de óbitos é quase a metade no sexo feminino (7% contra 13,8% no sexo masculino). Comparando-se os riscos de morte prematura entre os dois sexos, observa-se que a razão homem/mulher por esta causa foi de 3,5 (IC= 3,2 - 3,8).

No caso dos "outros acidentes", que incluem os afogamentos, quedas acidentais, acidentes por corrente elétrica, fogo e outros, essa diferença da idade média no momento da morte é maior ainda. Enquanto as mulheres, faleceram, em média aos 21,7 anos, os homens morreram aos 28,6 anos, ou seja, quase sete anos antes. Isso se reflete na ordenação das causas de morte por Apvp de cada sexo, fazendo que o grupo apareça como 3ª causa entre os homens e 7ª entre as mulheres.

Os "homicídios" e "suicídios" assumem lugar de destaque na mortalidade masculina, principalmente quando se considera os anos potenciais de vida tolhidos por essas causas. Considerados os Apvp, os homicídios, que ocupavam o 9º lugar pela frequência de óbitos, passam para 5ª posição em Apvp. Os suicídios, bem menos frequentes, aparecem em 10º lugar.

Na mortalidade feminina, os homicídios caem para 16ª colocação, com um número de Apvp menor do que o observado para os suicídios. É interessante notar que, apesar de ter uma magnitude muito menor entre as mulheres, esse tipo de óbito ocorre, nesse sexo, numa idade mais jovem.

Ortega-Cavazos (1989), analisando dados do México, para 1983, encontrou uma razão homens/mulheres de Apvp por homicídio igual a 12. Em Santa Catarina, a sobremortalidade masculina por essa causa parece bem menor, correspondendo a 6,9 (IC=5,3-8,5) Apvp por homicídio no sexo masculino para cada Apvp pela mesma causa no sexo feminino.

Para os suicídios, a razão de Apvp homem/mulher, diminui um pouco, assumindo o valor de 4,3 (IC=3,3-5,3).

Como consequência da perda da importância relativa das mortes violentas na mortalidade feminina, as "perinatais" e as "anomalias congênitas" sobem na ordenação. Para comparar o risco de morte por esses dois grupos, calculamos os *Apvp por 1000 menores de um ano*, para cada sexo, mostrando um risco 1,33 vezes maior no sexo masculino. Enquanto esses dois grupos de causas roubaram 822,53 Apvp de cada 1.000 menores de um ano do sexo masculino, entre as

meninas a perda foi de 618,44. Isso mostra que a sobremortalidade masculina pode ser verificada, mesmo nas faixa de idade iniciais, quando outros fatores, que não os biológicos, ainda não estão atuando.

Com relação às enfermidades crônicas e degenerativas, o diabetes, afeta preferencialmente as mulheres. Enquanto a perda de anos potenciais por esta causa foi de 85,4 para cada 100.000 mulheres, entre os homens, foi de 76,5. No entanto, os intervalos de confiança calculados para essa causa, não mostraram diferenças estatisticamente significantes.

Chama atenção a sobremortalidade masculina por doença crônica do fígado e cirrose hepática, com um risco de morte prematura quase 7 vezes maior do que o observado entre as mulheres (IC=4,6-9,2). O grupo das "doenças do esôfago, estômago e duodeno" também apresenta um excesso de mortalidade masculina e a explicação dessas diferenças seguramente está relacionada com hábitos comportamentais, como o uso do álcool e fumo, o que se confirma observando o comportamento do grupo "transtornos mentais", que também mostra uma perda 5,8 vezes maior para os homens (IC=2,6-9,0).

Os riscos de morte prematura por doenças do aparelho circulatório, são sempre maiores no sexo masculino, com exceção do sub-grupo "febre reumática e doença reumática do coração", sendo este, inclusive, um dos poucos grupos onde a razão de Apvp homem/mulher, é inferior a 1, o que sugere a necessidade de investigações com o objetivo de descobrir as causas desse fenômeno, apesar do limite de confiança superior ter sido igual a 1,1.

Os "neoplasmas malignos", 4ª causa de Apvp entre os homens, sobem para 2ª posição no sexo feminino. Esse grupo foi responsável por 931 mortes de mulheres menores de 70 anos, em Santa Catarina. Excluídas as mal definidas, esta é hoje a principal causa de morte no estado, representando 19,6% do total de óbitos femininos.

Considerando a dinâmica de crescimento populacional, esse número tende a aumentar, se o risco de morrer por esta causa não mudar, o que justifica um olhar mais atento sobre este grupo de causas, na busca de subsídios que possam orientar medidas preventivas visando a sua redução.

## **Comentários Finais**

São sumamente relevantes as discrepâncias observadas no padrão da mortalidade por sexo de Santa Catarina. A informação obtida a partir das razões de Apvp por sexo difere marcadamente da que se obtém quando se examinam somente as taxas de mortalidade, e pode constituir-se em instrumento importante do planejamento em saúde, orientando de forma mais eficaz as ações de saúde, na medida em que conseguem identificar melhor as principais causas de mortalidade prematura observadas em cada sexo.

O uso do indicador APVP na análise da mortalidade por sexo pode contribuir ainda para o direcionamento de investigações epidemiológicas sobre possíveis fatores de risco envolvidos com algumas causas de óbito. Neste

trabalho, por exemplo, identificou-se sobremortalidade feminina por "febre reumática e doença reumática do coração", sugerindo a necessidade de investigações que ampliem o conhecimento sobre os fatores de risco de mortalidade por esta causa, os quais, aparentemente, podem estar relacionados com a variável sexo.

### **Referências Bibliográficas**

- BECKER, R.A., LIMA, D.D., LIMA, J.T.F. & COSTA JR.,M.L..Investigação sobre perfis de saúde:Brasil, 1984.Centro de Documentação do ministério da Saúde, Série C (estudos e projetos, 8). Brasília, 1989.
- CENTRO DA OMS PARA CLASSIFICAÇÃO DE DOENÇAS EM PORTUGUÊS. Classificação Internacional de Doenças.9a revisão de 1975, São Paulo, 1985.
- DEVER, G.E.A . A epidemiologia na administração dos serviços de saúde. São Paulo: Pioneira, 1988.
- MAHONEY, M.C. et al Years of potencial life lost among a Native American population. Public Health Rep; 104(3):279-85, 1989 May-Jun.
- MARLOW, A.K. Potencial Years of life lost : what is the denominator?. Journal Epidemiol Community Health; 49(3):320-2, 1995 Jun.
- MURRAY, C.J.L. Cuantificación de la carga de enfermedad: la base técnica del cálculo de los anos de vida ajustados en función de la discapacidad. Bol Oficina Sanit Panam 118(3), 1995.
- ORTEGA-CAVASOS et al. Años de vida potencial perdidos: sua utilidad en analisis de la mortalidad en Mexico. Salud Pública Mex; 31(5):610-624, 1989 Sep-Oct.
- REICHENHEIM, M.E. e WERNECK, G.L. Anos potenciais de vida perdidos no Rio de Janeiro, 1990. As mortes violentas em questão. Cadernos de Saúde Pública, 10 (supl.1): pp 188-198, 1994.
- ROMEDER, J.M.& J.R. McWHINNIE. Años de vida potencial perdidos entre las edades de 1 y 70 años: un indicador de mortalidad prematura para la planificación de la salud. In: Buck C et cols. (org), El Desafio de la Epidemiologia, OPAS, Washington, 1988.
- RODRIGUEZ LAC, e MOTTA, LC. Years of potencial life lost: Application of an indicator for assessing premature mortality in Spain and Portugal. World Health Statistics Quarterly 1989;42:50-6.
- SILVA M.G.C. Anos potenciais de vida perdidos segundo causas em Fortaleza (Brasil), 1978-80. Revista de Saúde Pública, São Paulo 1984; 18:108-21.

**Tabela 1 - Anos Potenciais de Vida Perdidos e óbitos (de 0 70 anos), no sexo masculino, segundo grupos de causas, Santa Catarina, 1995**

Posição	cód	Grupos de Causas (Cid-Br2)	Anos potenciais de vida perdidos			idade média	
			número	%	Apvp/óbito		
1	31	Acidentes de trânsito de veículo a motor	47829,0	18,3	38,4	1244	31,6
2	30	Afec orig periodo perinatal (exc tetano neonatal)	34743,5	13,3	69,5	500	0,5
3	32	Acid exceto de trans de veic motor	29557,0	11,3	41,4	714	28,6
4	7	Neoplasmas malignos	20072,0	7,7	15,3	1314	54,7
5	34	Homicídios	12896,0	4,9	37,6	343	32,4
6	29	Anomalias congênitas	11029,0	4,2	66,8	165	3,2
7	19	Infeções respiratórias agudas	10583,0	4,0	39,6	267	30,4
8	15	Doença isquêmica do coração	10160,0	3,9	13,3	764	56,7
9	17	Doença cerebrovascular	9666,5	3,7	13,8	702	56,2
10	33	Suicídios	8429,0	3,2	31,0	272	39,0
11	24	Doença crônica do fígado e cirrose	6369,0	2,4	21,3	299	48,7
12	16	Doença da circ pulm e out form de doença do cor	6178,5	2,4	16,8	368	53,2
13	1	Doenças infecciosas intestinais	5009,5	1,9	55,7	90	14,3
14	20	Doença pulmonar obstrutiva crônica e afec afins	3728,5	1,4	10,3	362	59,7
15	6	Meningites (incl meningococia excl tuberculosa)	3069,5	1,2	54,8	56	15,2
16	5	Septicemia	2759,0	1,1	43,1	64	26,9
17	35	Lesões em que se ignora se foram acid ou intenc	2563,0	1,0	34,6	74	35,4
18	11	Transtornos mentais	2061,0	0,8	29,9	69	40,1
19	9	Diabetes mellitus	1837,0	0,7	13,7	134	56,3
20	21	Edema agudo e outras doenças do pulmão	1832,0	0,7	25,8	71	44,2
21	25	Doenças do aparelho urinário	1596,5	0,6	18,8	85	51,2
22	8	Neopl benign carcin comport incerto e não espec	1439,0	0,6	24,8	58	45,2
23	23	Apend hern cav abdom e out afec intest e perit	1352,0	0,5	18,3	74	51,7
24	4	Doen infec reduct saneam contr vetor e out medid	1270,5	0,5	32,6	39	37,4
25	14	Doença hipertensiva	1009,0	0,4	13,8	73	56,2
26	12	Epilepsia	980,0	0,4	36,3	27	33,7
27	3	D infec reductivos p diagnost e tratam precoc	866,0	0,3	22,8	38	47,2
28	22	Doenças do esôfago estômago e duodeno	863,5	0,3	18,8	46	51,2
29	18	Doenças das artérias arteríolas e capilares	831,0	0,3	14,6	57	55,4
30	10	Deficiências nutricionais e anemias carenciais	735,5	0,3	49,0	15	21,0
31	2	Doenças imunopreveníveis	346,5	0,1	28,9	12	41,1
32	13	Febre reumática e doença reumática do coração	236,0	0,1	19,7	12	50,3
33	26	Doenças dos órgãos genitais masculinos	151,0	0,1	21,6	7	48,4
	36	Todas as outras doenças e lesões (definidas)	19467,5	7,4	31,5	618	38,5
		Sub-total	261516,0	100,0	29,0	9033	41,0
	37	Sinais sintomas e afecções mal definidas	27065,0	9,4	23,2	1167	46,8
		TOTAL	288581,0		28,3	10200	41,7

**Tabela 2 - Anos Potenciais de Vida Perdidos e óbitos (de 0 70 anos), no sexo feminino, segundo grupos de causas, Santa Catarina, 1995**

Posição	cód	Grupos de Causas (Cid-Br2)	Anos potenciais de vida perdidos				
			número	%	Apvp/óbito	número	idade média
1	30	Afec orig periodo perinatal (exc tétano neonatal)	23352,0	17,2	69,5	336	0,5
2	7	Neoplasmas malignos	16722,5	12,3	18,0	931	52,0
3	31	Acidentes de trânsito de veículo a motor	13823,0	10,2	41,9	330	28,1
4	29	Anomalias congênitas	9576,0	7,1	65,6	146	4,4
5	19	Infeções respiratórias agudas	8059,0	5,9	46,6	173	23,4
6	17	Doença cerebrovascular	7461,0	5,5	14,7	509	55,3
7	32	Acid exceto de trans de veic motor	7387,0	5,4	48,3	153	21,7
8	15	Doença isquêmica do coração	4931,0	3,6	12,1	407	57,9
9	16	Doença da circ pulm e out form de doença do cor	4782,0	3,5	16,3	294	53,7
10	6	Meningites (incl meningococia excl tuberculosa)	3129,5	2,3	59,0	53	11,0
11	1	Doenças infecciosas intestinais	3001,0	2,2	54,6	55	15,4
12	20	Doença pulmonar obstrutiva crônica e afec afins	2877,0	2,1	14,8	194	55,2
13	9	Diabetes mellitus	2051,0	1,5	11,9	173	58,1
14	5	Septicemia	2011,0	1,5	36,6	55	33,4
15	33	Suicídios	1946,0	1,4	33,0	59	37,0
16	34	Homicídios	1874,0	1,4	39,0	48	31,0
17	25	Doenças do aparelho urinário	1562,5	1,2	24,0	65	46,0
18	14	Doença hipertensiva	1286,0	0,9	14,6	88	55,4
19	21	Edema agudo e outras doenças do pulmão	1180,0	0,9	33,7	35	36,3
20	28	Complicações da gravidez do parto e do puerperio	1112,0	0,8	41,2	27	28,8
21	23	Apend hern cav abdom e out afec intest e perit	988,0	0,7	19,8	50	50,2
22	10	Deficiências nutricionais e anemias carenciais	949,0	0,7	47,5	20	22,6
23	24	Doença crônica do fígado e cirrose	929,0	0,7	18,6	50	51,4
24	8	Neopl benign carcin comport incerto e não espec	896,0	0,7	24,9	36	45,1
25	3	D infec reductíveis p diagnóst e tratam precoc	583,5	0,4	26,5	22	43,5
26	4	Doen infec reduct saneam contr vetor e out medid	563,5	0,4	33,1	17	36,9
27	12	Epilepsia	554,5	0,4	42,7	13	27,3
28	22	Doenças do esôfago estômago e duodeno	470,0	0,3	26,1	18	43,9
29	13	Febre reumática e doença reumática do coração	404,0	0,3	23,8	17	46,2
30	18	Doenças das artérias arteríolas e capilares	378,0	0,3	13,5	28	56,5
31	35	Lesões em que se ignora se foram acid ou intenc	355,0	0,3	32,3	11	37,7
32	11	Transtornos mentais	354,0	0,3	27,2	13	42,8
33	27	Doenças dos órgãos genitais femininos	118,0	0,1	29,5	4	40,5
34	2	Doenças imunopreveníveis	95,5	0,1	23,9	4	46,1
	36	Todas as outras doenças e lesões (definidas)	9953,5	7,3	31,7	314	38,3
		<b>Sub-total</b>	135715,0	100,0	28,6	4748	41,4
	37	Sinais sintomas e afecções mal definidas	16643,0	10,9	23,0	725	47,0
		<b>TOTAL</b>	152358,0		27,8	5473	42,2

**Tabela 3 - Apvp (100.000 habitantes), razão homem/mulher e limites de confiança da razão, segundo grupos de causas de óbito e sexo, Santa Catarina, 1995.**

Grupos de Causas (CID-BR2)		Apvp p/100.000 habitantes		Razão masc/fem	Limites de confiança	
		homens	mulheres		inf	sup
1	Doenças infecciosas intestinais	208,7	125,0	1,7 *	1,3	2,1
2	Doenças imunopreveníveis <sup>1</sup>	14,4	4,0	3,6	-0,4	7,6
3	D infec redutíveis p diagnost e tratam precoc	36,1	24,3	1,5	0,7	2,3
4	Doen infec redut saneam contr vetor e out medid	52,9	23,5	2,3 *	1,2	3,4
5	Septicemia	114,9	83,8	1,4	1,0	1,8
6	Meningites (incl meningococia excl tuberculosa)	127,9	130,4	1,0	0,8	1,2
7	Neoplasmas malignos	836,1	696,6	1,2 *	1,1	1,3
8	Neopl benign carcin comport incerto e não espec	59,9	37,3	1,6	0,9	2,3
9	Diabetes mellitus	76,5	85,4	0,9	0,6	1,2
10	Deficiências nutricionais e anemias carenciais	30,6	39,5	0,8	0,4	1,2
11	Transtornos mentais	85,8	14,7	5,8 *	2,6	9,0
12	Epilepsia	40,8	23,1	1,8	0,9	2,7
13	Febre reumática e doença reumática do coração	9,8	16,8	0,6	0,1	1,1
14	Doença hipertensiva	42,0	53,6	0,8	0,5	1,1
15	Doença isquêmica do coração	423,2	205,4	2,1 *	1,7	2,5
16	Doença da circ pulm e out form de doença do cor	257,4	199,2	1,3 *	1,1	1,5
17	Doença cerebrovascular	402,6	310,8	1,3 *	1,1	1,5
18	Doenças das artérias arteríolas e capilares	34,6	15,7	2,2	0,9	3,5
19	Infecções respiratórias agudas	440,8	335,7	1,3 *	1,1	1,5
20	Doença pulmonar obstrutiva crônica e afec afins	155,3	119,8	1,3	1,0	1,6
21	Edema agudo e outras doenças do pulmão	76,3	49,2	1,6	1,0	2,2
22	Doenças do esôfago estômago e duodeno	36,0	19,6	1,8	0,8	2,8
23	Apend hern cav abdom e out afec intest e perit	56,3	41,2	1,4	0,8	2,0
24	Doença crônica do fígado e cirrose	265,3	38,7	6,9 *	4,6	9,2
25	Doenças do aparelho urinário	66,5	65,1	1,0	0,7	1,3
26	Doenças dos órgãos genitais masculinos	6,3	0,0	-		
27	Doenças dos órgãos genitais femininos	0,0	4,9	-		
28	Compl. da gravidez do parto e do puerperio	0,0	46,3	-		
29	Anomalias congênitas <sup>1</sup>	459,4	398,9	1,2	1,0	1,4
30	Afec orig peri.perinatal (exc tetano neonatal) <sup>1</sup>	1447,2	972,7	1,5 *	1,4	1,6
31	Acidentes de trânsito de veículo a motor	1992,3	575,8	3,5 *	3,2	3,8
32	Acid exceto de trans de veic motor	1231,2	307,7	4,0 *	3,5	4,5
33	Suicídios	351,1	81,1	4,3 *	3,3	5,3
34	Homicídios	537,2	78,1	6,9 *	5,3	8,5
35	Lesões em que se ignora se foram acid ou intenc	106,8	14,8	7,2 *	3,3	11,1
36	Todas as outras doenças e lesões (definidas)	810,9	414,6	2,0 *	1,8	2,2
	Sub-total	10893,2	5653,1	1,9 *	1,8	2,0
37	Sinais sintomas e afecções mal definidas	1127,4	693,2	1,6 *	1,4	1,8
	TOTAL	12020,5	6346,3	1,9 *	1,8	2,0

<sup>1</sup> razões por 1000 menores de 1 ano.

\* diferença estatisticamente significativa



**Razões de Apvp (homem/mulher),  
segundo alguns grupos de causas,  
Santa Catarina, 1995**



