



Mortalidade associada ao consumo do álcool na Região Demarcada do Douro

Fantina Tedim Pedrosa *
Cacilda Freitas **

1. Introdução

Nas últimas décadas, o estado de saúde da população portuguesa melhorou significativamente, o que é comprovado pela evolução favorável dos indicadores de mortalidade¹. Mas as variações geográficas dos padrões de mortalidade têm merecido insuficiente atenção por parte dos investigadores portugueses e pouco se tem escrito sobre esta temática em Portugal².

As desigualdades espaciais em termos de saúde resultam da conjugação complexa de factores individuais (psicossociais, biológicos, comportamentais, sociais e económicos) e das características do espaço geográfico nas suas componentes social, económica, ambiental e, ainda, da oferta e da qualidade dos serviços de saúde. O processo de modernização da sociedade portuguesa não conseguiu eliminar as desigualdades no acesso aos serviços de saúde e sobretudo no acesso à saúde, de modo que as desigualdades têm tendência a manter-se, senão a aumentar, entre grupos e entre áreas geográficas (Santana, 2003:110).

* Universidade do Porto, Faculdade de Letras

** Docente de Geografia do Ensino Secundário

¹ Face à deficitária informação sobre a incidência e prevalência de doenças de declaração não obrigatória os indicadores de mortalidade (mortalidade infantil, mortalidade específica, mortalidade por causas, mortalidade evitável, anos de vida potencial perdidos), não obstante algumas fragilidades, continuam a ser essenciais na análise do estado de saúde da população.

² Cayolla da Motta, 1986,1988; Botelho et al.1993; Rodrigues, 1993; Pereira 1995; Nogueira 2001; Santana, 2002,2003, 2005.

O Norte de Portugal tem surgido nalguns estudos como uma área de sinal de alerta onde há forte concentração de causas de morte de gradiente social (Santana, 2003:117). Segundo o Inquérito Nacional de Saúde 1998/1999, a percentagem de consumidores de bebidas alcoólicas na Nut II do Norte (43,5%) é superior à de todas as Nuts II do Continente que apresenta um valor de 36,0%³.

A mortalidade associada ao consumo de álcool surge como uma componente importante na explicação do número de óbitos, sobretudo se se considerar os que ocorrem de forma prematura⁴. Neste artigo pretende-se definir um gradiente na mortalidade associada ao consumo de álcool na Nut II do Norte e evidenciar a relação deste com as áreas produtoras de vinho, de modo a verificar se a Região Demarcada do Douro tem uma mortalidade associada ao consumo de álcool mais elevada do que outras áreas vitivinícolas do Norte de Portugal.

2. Álcool e saúde: uma relação complexa

O consumo de álcool é um hábito enraizado na cultura portuguesa, assim como em muitas outras sociedades e coloca vários desafios na perspectiva da saúde pública. Ao consumo excessivo de álcool está associado um conjunto de consequências individuais e sociais que se reflectem ao nível da mortalidade, morbilidade, incapacidade devido a acidentes e doenças que provoca, falta de produtividade no trabalho, dificuldades de aprendizagem, violência e acidentes de viação.

O consumo excessivo de álcool de forma continuada ou de forma esporádica está na origem do desenvolvimento de um conjunto de patologias. A meta – análise de avaliação dos impactes negativos para a saúde do consumo de álcool realizada por Corrao et al. (1999;2000) e English et al. (1995) apresenta o álcool como um dos factores de risco de neoplasias malignas, de problemas cardiovasculares, de pancreatite crónica e de acidentes e violência⁵. Neste caso foram definidas

³ Este valor refere-se apenas ao Continente.

⁴ Considerou-se como limite referencial os 65 anos.

⁵ Neoplasmas malignos dos lábios, cavidade bucal e da faringe (CID9:140-149); Neoplasma maligno do esófago (CID9:150); Neoplasma maligno do fígado (CID9:155); Neoplasma maligno do cólon (CID9:153); Neoplasma maligno do recto (CID9:154); Neoplasma maligno da laringe (CID9:161); Neoplasma maligno da mama (CID9:174); Hipertensão essencial (CID9:401); Hemorragias cerebrovasculares (CID9:430-432); Pancreatite crónica (CID9: 577.1); Doença isquémica do coração (CID9:410-414); Agressões (CID9: E960,E965,E966,E968,E969); Afogamentos (CID9:E910); Quedas acidentais (CID9:E880-E888); Acidentes causados pelo fogo (CID9:E890-899); Inalação e ingestão (CID9:E911);



funções de risco de mortalidade associadas ao consumo de álcool para cada uma das patologias e o número de óbitos pode ser estimado através do método do Risco Atribuível à População⁶.

O álcool é considerado o factor principal de morte no caso de psicoses alcoólicas (CID9:291), síndrome de dependência do álcool (CID9:303), abuso do álcool sem dependência (CID9:305.0), neuropatia alcoólica (CID9:357.5), cardiomiopatia alcoólica (CID9:425.5), gastrite alcoólica (CID9:535.5), doença crónica do fígado e cirrose (CID9:571.0-571.3) e intoxicação accidental por álcool (CID9:E860).

Mas os efeitos do álcool sobre a saúde não são sempre negativos. Vários estudos sugerem que um consumo moderado de álcool pode reduzir o risco de doenças coronárias e, possivelmente, de acidentes vasculares cerebrais (Camargo,1989; Stampfer,1988; Poikolainen, 1995; Tomera, 1999). Isto não significa que o consumo de álcool deva ser encorajado como terapia de prevenção de doenças cardio-vasculares, como acontece com deixar de fumar, fazer exercício e adoptar uma correcta dieta alimentar (Britton et al., 2003:650).

Na relação entre consumo de álcool e mortalidade, os indivíduos que consomem moderadamente álcool têm benefícios face aos que são abstémios. Por exemplo, estima-se que por causa das propriedades cardio-protectoras do álcool, haja menos 2% de mortos em Inglaterra e Gales do que seria de esperar numa população que não ingerisse álcool (Britton e McPherson, 2001:383).

Mesmo que se considere haver vantagens no consumo moderado de álcool, há algumas restrições que importa considerar, nomeadamente impostas pela idade dos indivíduos, propensão para alcoolismo, razões religiosas, medicação que interaja com o álcool e gravidez.

A correlação entre a mortalidade e o consumo de álcool não é uma função simples pois expressa um desfasamento temporal entre a exposição e o efeito. A mortalidade por doença crónica do fígado e cirrose está muito relacionada com um consumo intenso e continuado com efeitos cumulativos que pode ser reflexo não do consumo actual, que pode até ter deixado de ser feito, mas sim dos níveis de consumo anteriores. As mortes por cirrose do presente reflectem consumos passados. O mesmo sucede com as doenças cardíacas e com os cancros. Já as mortes violentas

Acidentes causados por máquinas (CID9: E919,E920); Acidentes com veículos a motor (CID9:E810-825;Suicídio (CID:E950-959).

⁶ O Risco Atribuível à População é uma estimativa da medida em que determinada doença e os seus custos são atribuíveis a um factor de risco individual. Este método não foi utilizado neste artigo por não existirem informações consistentes sobre os consumos de álcool na Região Norte que servissem os objectivos do trabalho de investigação.

e os acidentes estão relacionados com uma simultaneidade entre o consumo e o efeito.

Em 2004 estimava-se existirem em Portugal 1 027 850 bebedores excessivos, dos quais 773 550 dependentes do álcool (Santana, 2005:97). O consumo de álcool per capita tem vindo a diminuir em Portugal, no entanto os valores encontram-se ainda acima da média da União Europeia, pelo que diminuir o consumo excessivo de álcool constitui um dos eixos de intervenção preconizado pelo Plano Nacional de Saúde 2004/2010⁷. O consumo de álcool puro em Portugal era de 16,3 litros por pessoa com 15 ou mais anos em 1990 e apresentou uma tendência decrescente desde então, sendo em 2003 de 11,4 litros⁸.

Esta diminuição do consumo de álcool per capita tem sido acompanhada pela adopção de padrões de consumo de maior risco quer ao nível do tipo de bebidas alcoólicas consumidas, quer da frequência. Assiste-se a uma diminuição do consumo de vinho e um aumento da ingestão de cerveja e de bebidas destiladas. O consumo regular de álcool às refeições, característico da cultura mediterrânea, tem sofrido uma desvalorização em favor de um consumo de ocasião, geralmente aos fins-de-semana, frequentemente excessivo de *shots*, *designer drinks* e de bebidas de elevada graduação alcoólica, por vezes associado a drogas ilícitas. Os jovens que consomem álcool têm o seu primeiro contacto com bebidas alcoólicas cerca dos 11 anos (8-15), predominando, entre os 15 e 24 anos, o consumo de cerveja e de bebidas destiladas fora das refeições, duas a três vezes por semana e em grande quantidade, no âmbito recreacional e de diversão nocturna, com mudanças nos padrões de consumo, que tendem a sublinhar a expressão das consequências ligadas ao consumo agudo em detrimento do crónico⁹.

O padrão de consumo de álcool na cultura mediterrânica é para alguns autores mais adequado do que o utilizado na Europa do Norte e Central (Britton *et al.*, 2003:650). Mas os especialistas divergem na determinação das consequências para a saúde das diferentes bebidas alcoólicas. Por exemplo, Norström considera que o tipo de bebida tem um papel muito menos importante do que habitualmente se lhe atribui na explicação das doenças associadas ao consumo de álcool (Norström, 2001).

⁷ No Plano de Acção Contra o Alcoolismo, definem-se como campos prioritários de intervenção a educação para a saúde, objectiva e persistente, sobre os riscos das bebidas alcoólicas nos vários grupos populacionais; a disponibilização de respostas terapêuticas descentralizadas e eficazes para os bebedores excessivos e as restrições à publicidade.

⁸ OECD HEALTH DATA 2005, consultado em www.oecd.org.

⁹ Plano Nacional de Saúde, 2004-2010, Vol II, consultado em www.dgsaude.min-saude.pt/pns/vol2_313.html.



Cleophas (1999: 422) realizou uma meta-análise de nove cohortes relacionando o risco de morte ou de contracção de uma doença coronária com o tipo de bebida alcoólica e concluiu não haver vantagens comparativas do vinho face a outras bebidas alcoólicas, embora o nível de significância fosse ligeiramente melhor para o vinho. No entanto, outros estudos demonstraram que o vinho confere maior protecção do que as outras bebidas alcoólicas (Gronbaek, 1999; Tomera, 1999), porque possui várias substâncias como fenóis, flavonóides, polifenóis e os taninos, que em concentração adequada conferem propriedades antioxidantes, antimutagénicas, quelantes e antiradicalares com vantagens na protecção contra doenças cardiovasculares.

No conjunto das patologias em que o álcool é considerado o factor principal de morte, apenas se considera neste estudo a doença crónica do fígado e cirrose, que continua a ser o indicador clássico mais utilizado em estudos comparativos (Ramstedt, 2002:137), embora nem todas as mortes por cirrose do fígado estejam relacionadas com o álcool¹⁰. Em Portugal, no grupo da doença crónica do fígado e cirrose, a proporção de indivíduos vítimas de cirrose alcoólica do fígado é de 24% (Marques-Vidal et al., 2003)

3. Métodos e dados

Elegeu-se como período de análise a década de noventa, utilizando-se para comparação os óbitos médios nos períodos de 1990-1992 e 2000-2001¹¹. Os dados utilizados foram os óbitos por causa de morte, classificados segundo a 9ª revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-9), segundo o sexo e a idade, para todos os concelhos da Nut II do Norte. Para a Região Demarcada do Douro não foi possível obter os dados sobre mortalidade para os concelhos de Figueira de Castelo Rodrigo e Meda que integram a Nut II do Centro, por razões de segredo estatístico, não sendo disponibilizados pelo Instituto Nacional de Estatística.

Na análise efectuada pretendeu-se evidenciar diferenças de incidência de mortalidade em função da idade e sexo, pelo que se recorreu à taxa específica de mortalidade e aos anos de vida potenciais perdidos (AVPP). O recurso à taxa padronizada de mortalidade, calculada pelo método directo, procura eliminar

¹⁰ As cirroses alcoólicas são classificadas nas mortes por cirrose como 571.0-571.3, na CID-9.

¹¹ O facto de não se ter utilizado o ano de 2002 explica-se por a partir desse ano o Instituto Nacional de Estatística utilizar a 10ª revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10).

a influência das diferenças de estrutura etária entre as unidades territoriais consideradas.

Na primeira fase, comparou-se as tendências de mortalidade por doença crónica do fígado e cirrose na Região Demarcada do Douro com a Nut II do Norte e Portugal. Na segunda fase, aplicou-se o mesmo tipo de abordagem à escala concelhia para toda a região Norte.

4. Tendências da mortalidade por doença crónica do fígado e cirrose

4.1. Taxas específicas de mortalidade

Ao longo dos anos noventa, o decréscimo do número de óbitos por doença crónica do fígado e cirrose ocorreu nos três níveis territoriais considerados, mas a redução na Região Demarcada do Douro (variação de -37,3%) foi superior à apresentada pela Nut II do Norte (-33,4%) e por Portugal (-26,7%).

Todavia, em 2000-2001, esta patologia justifica ainda, 2,7% dos óbitos ocorridos na Região Demarcada do Douro. Este valor é superior ao da Nut II do Norte (2,1%) e ao de Portugal (1,8%). Trata-se fundamentalmente de mortalidade prematura, já que explica 8,1% dos óbitos que ocorrem antes dos 65 anos, contra 1,5% nas idades superiores (Quadro1). Pode-se ainda salientar que na Região Demarcada do Douro, entre os 45 e os 54 anos, 20,3% dos óbitos foram atribuídos a doença crónica do fígado e cirrose. As percentagens pela Nut II do Norte e por Portugal são inferiores.

Idades	Portugal						Nut II do Norte						Região Demarcada do Douro					
	1990/91/92			2000/2001			1990/91/92			2000/2001			1990/91/92			2000/2001		
	H	M	HM	H	M	HM	H	M	HM	H	M	HM	H	M	HM	H	M	HM
< 65 anos	8,2	6,3	7,6	5,1	3,9	4,7	7,1	7,2	7,1	5,2	5,2	5,2	10,1	6,9	9,0	8,4	7,4	8,1
> 65 anos	2,7	0,9	1,8	1,6	0,5	1,0	2,3	1,1	1,6	1,7	0,7	1,2	2,9	1,1	1,9	2,3	0,6	1,5

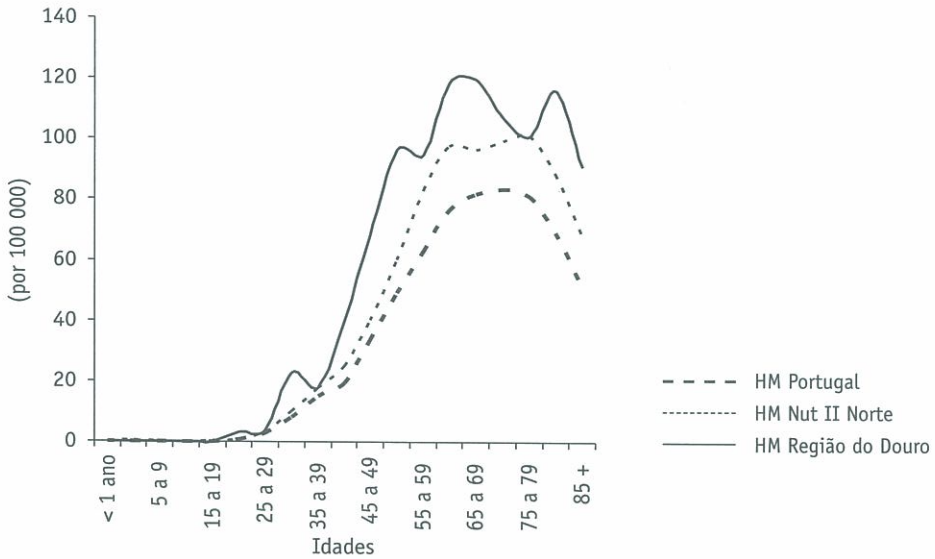
Fonte: Elaborado a partir de Estatísticas da Saúde, INE.

Quadro 1 - Percentagem dos óbitos por doença crónica do fígado e cirrose nos óbitos gerais.

No início dos anos noventa, a taxa específica de mortalidade por doença crónica do fígado e cirrose na Região Demarcada do Douro foi superior, em todas as idades, à da Nut II do Norte, que por sua vez foi superior à de Portugal (Figuras 1, 2). Esta situação continua genericamente a verificar-se em 2000-2001, embora nas

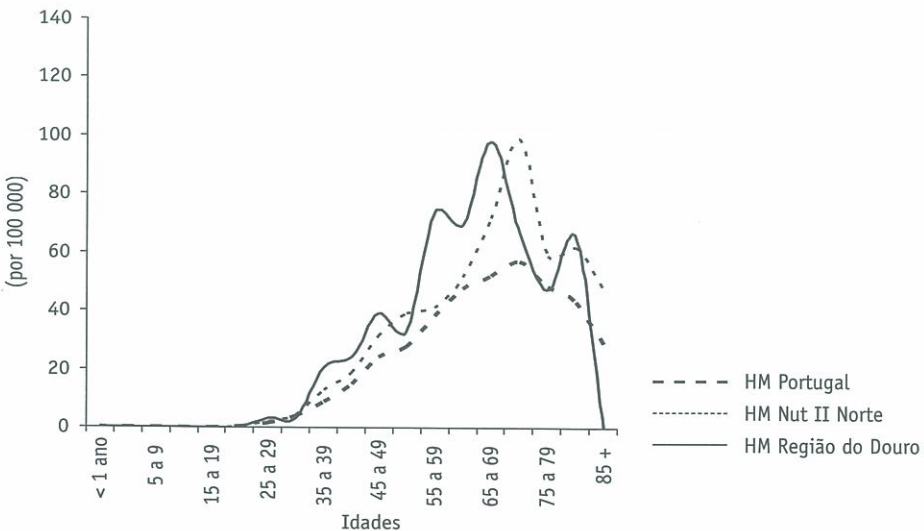


idades dos 70-79 anos os valores da taxa de mortalidade na Região Demarcada do Douro sejam inferiores aos da Nut II do Norte, o que todavia não se considera significativo pois pode ser um facto meramente conjuntural.



Fonte: Elaborado a partir de Estatísticas da Saúde, INE.

Figura 1 – Taxas específicas de mortalidade por doença crónica do fígado e cirrose em Portugal, Nut II do Norte e Região Demarcada do Douro, em 1990-1992.



Fonte: Elaborado a partir de Estatísticas da Saúde, INE.

Figura 2 – Taxas específicas de mortalidade por doença crónica do fígado e cirrose em Portugal, Nut II do Norte e Região Demarcada do Douro, em 2000 – 2001.

Na Região Demarcada do Douro a taxa de mortalidade mais elevada ocorre entre os 65-69 anos em ambos os períodos de análise, já em Portugal a taxa mais elevada ocorre nos 70-74 anos e na Nut II do Norte entre os 75-79 anos, no período de 1990-1992 e os 70-74 anos em 2000-2001.

Conclui-se que houve uma redução da mortalidade por doença crónica do fígado e cirrose nos três contextos territoriais considerados, embora não se tenham registado alterações significativas no modelo de mortalidade na Região Demarcada do Douro onde o máximo de mortalidade ocorre em indivíduos mais novos.

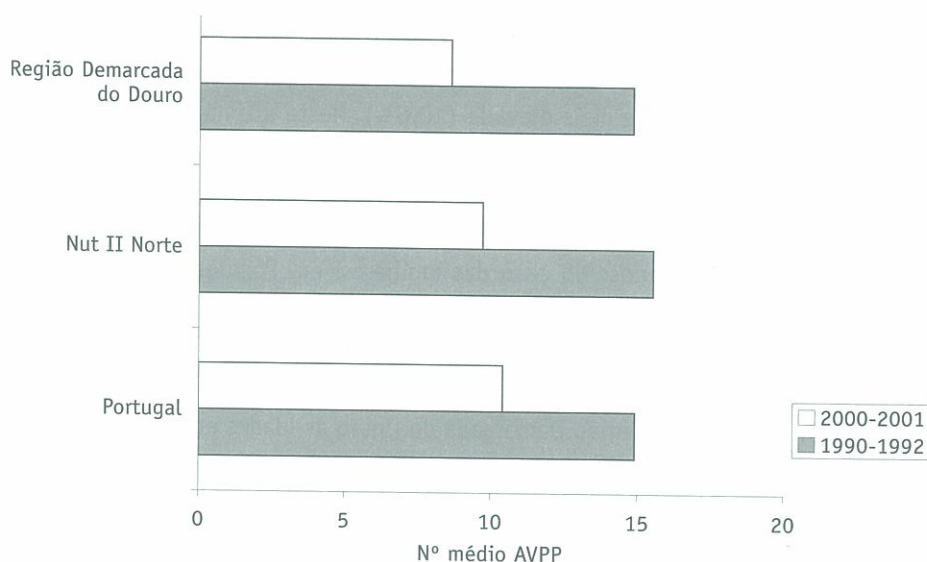
A situação na Região Demarcada do Douro é sempre mais desfavorável do que a da Nut II do Norte e a de Portugal. Daqui se depreende que a Região Demarcada do Douro é uma área-problema em termos de mortalidade relacionada com o consumo de álcool. Mas será que comparativamente com outras áreas vitivinícolas esta supremacia continua a manifestar-se?

4.2. Anos de Vida Potencial Perdidos

Em Portugal, no período 1990-1992, faleceram devido a doença crónica do fígado e cirrose, em média, 1922 pessoas com menos de 70 anos (523 mulheres e 1399 homens), correspondendo a 28 547 AVPP. Estes óbitos representam uma perda média anual de 317,4 anos de vida por cada 100 000 habitantes. Cada indivíduo que morreu antes dos 70 anos de idade perdeu, em média, 14,9 anos. Este valor é semelhante ao que se encontrou na Região Demarcada do Douro (14,8 anos) e inferior ao da Nut II do Norte (15,5 anos) (Figura 3), embora a perda média anual de anos potenciais de vida, por 100 000 habitantes, na Região Demarcada do Douro seja muito superior (543,7 anos).

Em 2000-2001, o número médio de óbitos foi em Portugal de 1334 ocorrências (1008 homens e 326 mulheres), a que correspondeu 20 066 AVPP, representando a perda média anual de 218,1 anos de vida por cada 100 000 habitantes. Este valor é inferior em 29,7% ao registado em 1990-1992, mas traduz uma redução menor do que a verificada quer na Região Demarcada do Douro (42,2%), quer na Nut II do Norte (37,3%). Todavia, a Região Demarcada do Douro continua a apresentar uma perda média anual de anos de vida elevada (350 anos por 100 000 habitantes).

Em termos de número médio de anos de vida potencial perdidos, por indivíduos com menos de 70 anos de idade, houve uma evolução positiva que se traduz em valores que oscilam entre 8,6 AVPP na Região Demarcada do Douro e 10,4 AVPP em Portugal (Figura 3).



Fonte: Elaborado a partir de Estatísticas da Saúde, INE.

Figura 3 – Número médio de anos de vida potencialmente perdidos, nas três áreas geográficas, em 1990-1992 e 2000-2001.

Concluindo, verifica-se uma evolução favorável em termos de mortalidade que abrange os três níveis territoriais de análise, embora com ritmos diferenciados.

4.3. Mortalidade diferencial em função do sexo

A mortalidade por doenças relacionadas com o consumo de álcool no sexo masculino, nas três áreas geográficas em análise, é aproximadamente três vezes superior à registada no sexo feminino, sobretudo a partir dos 40 anos. Apesar do decréscimo do número de óbitos, no período em análise, a sua incidência continua a ser superior nos homens.

De facto, enquanto que a doença crónica do fígado e cirrose justificou 10,9% e 9,3% da mortalidade nos homens em Portugal e na Nut II do Norte, respectivamente, já na Região Demarcada do Douro foi responsável por 12,9% da mortalidade, em todas as idades, em 1990-1992. Porém, no caso das mulheres, a Região Demarcada do Douro apresenta valores semelhantes a Portugal (7,9% e 7,3%), sendo a Nut II do Norte a que apresenta maior incidência, 8,3%. Todavia, nas mulheres entre os 45 e os 59 anos, o número de óbitos por doença crónica do fígado e cirrose, na Região Demarcada do Douro, é superior ao registado na Nut II do Norte.

Em 2000-2001, em Portugal e na Nut II do Norte a doença crónica do fígado e cirrose justificou 6,7% e 6,9% da mortalidade, enquanto que na Região Demarcada do Douro o valor foi bastante mais elevado (10,8%). Nesta última, as taxas específicas com valores superiores a 100 (por 100 000 habitantes), nos homens, surgem a partir da classe etária dos 55-59 anos, enquanto que na Nut II do Norte só se observam valores da mesma magnitude a partir dos 65 – 69 anos, e em Portugal, apenas nas idades 70-74 anos. No caso das mulheres, em Portugal e na Nut II do Norte o peso da doença crónica do fígado e cirrose na mortalidade, apresentava valores mais próximos, 4,4% e 5,9% respectivamente, reflectindo uma redução significativa, enquanto que na Região Demarcada do Douro o valor de 8% traduz uma estabilização. Contudo, na Região Demarcada do Douro as idades entre os 55 e os 69 anos são as mais críticas, enquanto que na Nut II do Norte e em Portugal as maiores ocorrências verificam-se a partir dos 70 anos. Neste último período, verifica-se que o máximo da taxa de mortalidade por doença crónica do fígado e cirrose, ocorre mais cedo nas mulheres (55-59 anos) da Região Demarcada do Douro do que nos homens (65-69 anos).

Como as taxas específicas de mortalidade são mais elevadas nos homens do que nas mulheres, compreende-se que o número de AVPP nos homens seja mais do dobro do das mulheres. Na Região Demarcada do Douro as mulheres perdem em média 9,7 anos, o que representa mais de 1,5 AVPP do que os homens, o que traduz uma situação inversa da existente na Nut II do Norte, onde os homens perdem mais 1,1 AVPP. Nos valores dos AVPP apresentados por Portugal observa-se um equilíbrio entre os homens (10,5 anos) e as mulheres (10,3 anos).

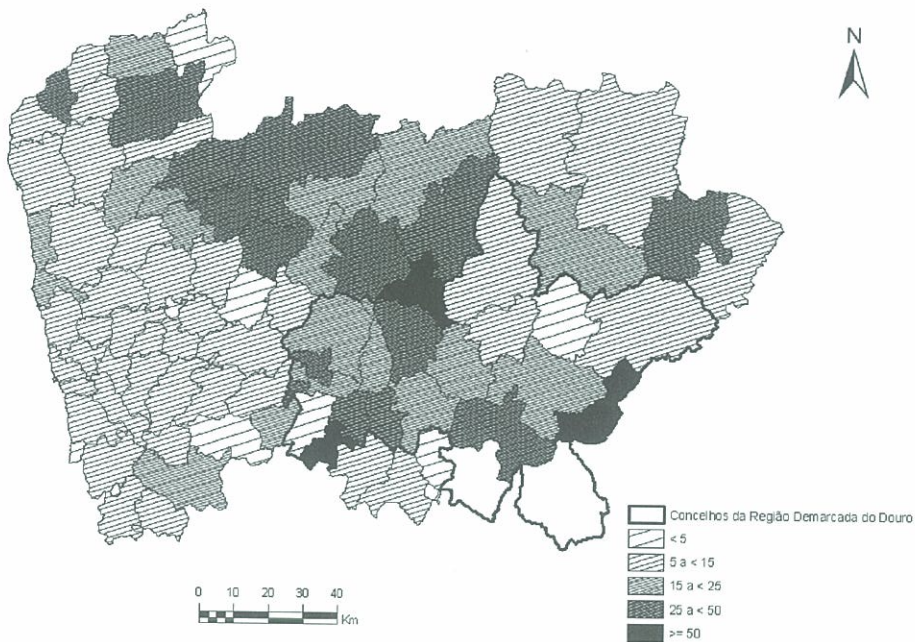
5 – A Região Demarcada do Douro – uma área homogénea?

5.1. Taxa padronizada de mortalidade

A análise da taxa padronizada de mortalidade em 2000-2001 para todos os concelhos da Nut II do Norte não permite constatar um comportamento homogéneo da Região Demarcada do Douro ou um gradiente tomando como referência as três sub-regiões.

Considerando as idades inferiores a 65 anos verifica-se que é em Freixo de Espada à Cinta e em Murça que a mortalidade é mais elevada (Figura 4).

Mas também se encontram outros municípios da Região Demarcada do Douro, como Lamego e Alfândega da Fê, em que a mortalidade associada à patologia em



Fonte: Elaborado a partir de Estatísticas da Saúde, INE.

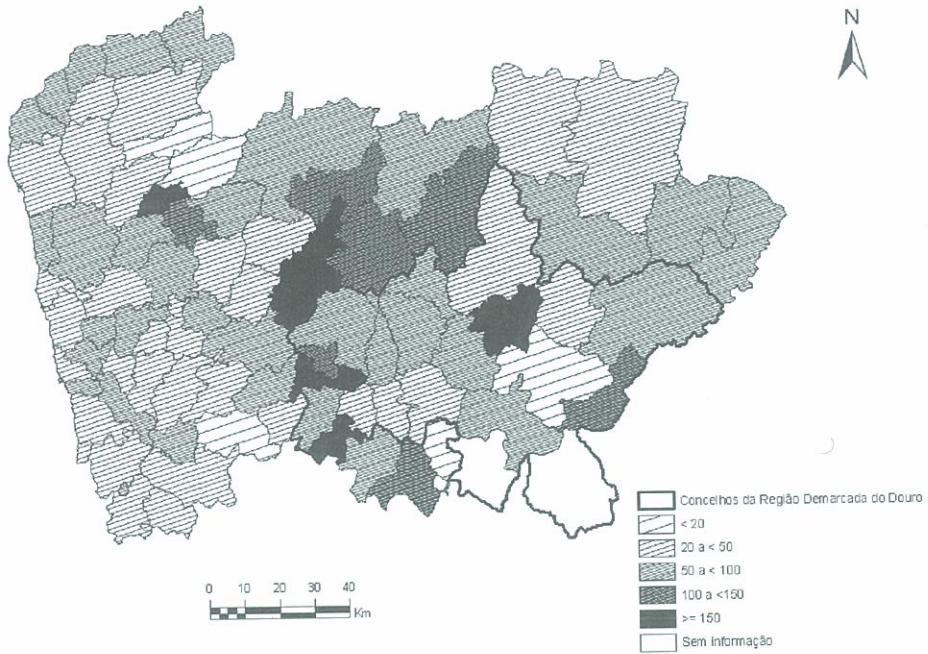
Figura 4 – Taxa padronizada de mortalidade por doenças crónicas do fígado e cirrose da população com menos de 65 anos, na Nut II do Norte, em 2000-2001.

análise tem expressão reduzida. A área de vinha e a dimensão média da propriedade não são variáveis com influência no comportamento de mortalidade por doença crónica do fígado e cirrose¹². Por outro lado, encontram-se valores muito elevados em Tarouca e Montalegre, que não são áreas de produção vitivinícola, enquanto que Vieira do Minho e Terras de Bouro que fazem parte da Região dos Vinhos Verdes, embora apresentem elevadas taxas de mortalidade, têm produções de vinho muito reduzidas¹³.

Já nas idades iguais ou superiores a 65 anos (Figura 5), os valores mais elevados da taxa padronizada de mortalidade por doença crónica do fígado e cirrose ocorreram em Mesão Frio, Peso da Régua e Vila Flor, mas, por exemplo, em Mirandela e Alfandega da Fé, os valores são muito baixos, o que permite concluir que não

¹² Segundo informações fornecidas pelos Serviços Cadastrais da Casa do Douro referentes a 2002, a dimensão média da propriedade em Freixo de Espada à Cinta é de 1,09 ha e em Alfandega da Fé é de 1,11 ha. Já em Murça o valor é de 0,89 ha.

¹³ Na campanha 2005/2006 a produção de vinho nos concelhos de Vieira do Minho e Terras de Bouro foi respectivamente de 9500 litros e 41 000 litros.



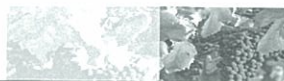
Fonte: Elaborado a partir de Estatísticas da Saúde, INE.

Figura 5 – Taxa padronizada de mortalidade por doença crónica do fígado e cirrose da população com mais de 65 anos, na Nut II do Norte, em 2000-2001.

é possível individualizar um comportamento homogéneo na Região Demarcada do Douro. Tarouca continua a apresentar valores muito elevados de mortalidade, apesar da mudança de classe etária, o que reflecte a permanência de um perfil desfavorável. É possível encontrar valores muito elevados também em concelhos da Região dos Vinhos Verdes - Mondim de Basto, Ribeira de Pena, Amares.

Enquanto alguns concelhos apresentam valores de mortalidade por doença crónica do fígado e cirrose sempre elevados (Tarouca, Mesão Frio), outros caracterizam-se por uma ocorrência pouco significativa, independentemente da faixa etária em análise (Alfandega da Fé). Noutros casos, como sucede por exemplo em Freixo de Espada à Cinta e Murça, a mortalidade ocorre mais cedo, enquanto que noutros concelhos apresenta uma incidência mais tardia (Peso da Régua e Vila Flor).

Em síntese, a geografia da mortalidade por doença crónica do fígado e cirrose no Norte de Portugal não coincide com a expressão espacial das regiões vitivinícolas e não há correlação significativa entre os níveis de mortalidade e a produção vinícola.



5.2. Ranking das doenças

A selecção das cinco principais doenças responsáveis pelos óbitos ocorridos em 2000-2001 na Região Demarcada do Douro permite constatar que nas idades inferiores a 65 anos, a doença crónica do fígado e cirrose surge como primeira causa de morte nos concelhos de Santa Marta de Penaguião, Tabuaço, Alijó, Freixo de Espada à Cinta, Murça e Sabrosa e como segunda nos concelhos de Armamar, Peso da Régua, S. João da Pesqueira, Vila Real e Resende. Nos restantes concelhos a mortalidade por cirrose tem uma importância menor, não surgindo mesmo no grupo das cinco principais causas de morte nos concelhos de Alfândega da Fé e de Lamego.

Nas idades superiores a 65 anos, a doença crónica do fígado e cirrose só surge no grupo das cinco primeiras causas de morte no concelho de Peso da Régua, o que evidencia um carácter mais tardio deste tipo de mortalidade.

6. Conclusão

A Região Demarcada do Douro apresenta uma mortalidade associada ao consumo de álcool mais elevada do que outras áreas vitivinícolas, identificando-se como uma área-problema. Mas não se apresenta como um espaço homogéneo, pois aí se encontram os níveis de mortalidade mais elevados, mas também os mais baixos da Região Norte. Diferenças na estrutura fundiária e no volume de produção vinícola não justificam esta heterogeneidade, pelo que importa identificar os factores de contexto e composicionais com maior impacte na mortalidade por doença crónica do fígado e cirrose.

Se bem que a implementação de medidas de informação e de sensibilização para os riscos do consumo excessivo e desadequado de bebidas alcoólicas se justifique em todo o território nacional, o conhecimento da variabilidade espacial da mortalidade permite identificar concelhos que devem ser objecto de uma intervenção específica.

Como os óbitos por doença crónica do fígado e cirrose reflectem não tanto os níveis de consumo actuais mas os passados, importa desenvolver instrumentos de monitorização dos consumo que permitirá aumentar a eficácia das medidas de saúde pública.

Agradecimentos

As autoras agradecem ao Dr. João Gonçalves a elaboração da cartografia, utilizando ArcView.

Bibliografia

- Botelho, J. *et al.* (1993) – *Atlas da mortalidade evitável em Portugal, 1980-1989*, DEPS, DGCS, ENSP, Lisboa.
- Britton, A.; McPherson, K. (2001) – Mortality in England and Wales attributable to current alcohol consumption, *Journal of Epidemiology and Community Health*, 55, p.383-388.
- Britton, A; *et al.* (2003) – A comparison of the alcohol-attributable mortality in four European countries, *European Journal of Epidemiology*, 18, p. 643-651.
- Camargo, C.A.(1989) – Moderate alcohol consumption and stroke: the epidemiological evidence, *Stroke*, 20, p. 1611-1626.
- Cayolla da Motta, L. (1986) – A saúde em Portugal em meados da década de 80. Desigualdades regionais. in: *Arquivos do Instituto Nacional de Saúde Classificação Ascendente Hierárquica*, 11, pp. 117-213.
- Cayolla da Motta, L. (1988) – Mortes evitáveis na Europa: diferenças nacionais e regionais. *Saúde em Números*, 4 (2), pp. 33-35.
- Cleophas, Tj, (1999) – Wine, beer and spirits and the risk of myocardial infarction: a systematic review, *Biomedicine and Pharmacotherapy*, 53, p. 417-423.
- Corrao, G., Bagnardi, V., Zambon, A., & Arico, S. (1999) – Exploring the dose-response relationship between alcohol consumption and the risk of several alcohol-related conditions: A meta-analysis. *Addiction*, 94, 1551-1573.
- Corrao, G., Rubbiati, L., Bagnardi, V., Zambon, A., & Poikolainen, K. (2000) – Alcohol and coronary heart disease: A meta-analysis. *Addiction*, 95, 1505-1523.
- Direcção-Geral da Saúde (2001) – *Risco de morrer em Portugal 1999*, Direcção de Serviços de Informação e Análise, Divisão de Epidemiologia, Lisboa.
- Direcção Geral da Saúde (2005) – *Ganhos de saúde em Portugal. Ponto de situação*, Lisboa, p. 56-60.
- English, D. R., Holman, C. C. D. J., Milne, E., Hulse, G., & Winter, M. G. (1995) – *The quantification of drug caused morbidity and mortality in Australia* (1995 Edition). Commonwealth Department of Human Services, Canberra: AGPS.
- Eurostat (2002) – *Atlas on Mortality in the European Union- data 1994-96*, Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities,
- Gronbaek, M.(1999) – Type of Alcohol and Mortality from Cardiovascular Disease, *Food and Chemical Toxicology*, 37, p. 921-924.
- Marques-Vidal, Pedro; Dias, Carlos Matias (2003) – Prevalência do consumo de bebidas alcoólicas segundo o grau de instrução em Portugal Continental, *Resultados dos Inquéritos Nacionais de Saúde de 1996 e 1999*, nº21, Instituto Nacional de Saúde.
- Mello, Maria Lucília Mercês de; Barrias, José Carvalho Barrias e Breda, João Joaquim (2001) – *Álcool e Problemas Ligados ao Álcool em Portugal*, Direcção-Geral da Saúde, Lisboa, pp. 120.
- Nogueira, H. (2001) – *Mortalidade e Morbilidade Hospitalar por Tumor Maligno em Portugal Continental. Contributo da Geografia da Saúde*. Tese de Mestrado apresentada na Faculdade de Letras, Universidade de Coimbra.
- Norström, Thor (ed.) (2001) – *Per capita alcohol consumption and all-cause mortality in 14 European countries*, Swedish Inst. for Social Research, Stockholm University, S-106 91 Stockholm, Sweden.
- Norström, Thor (ed.) (2002) – *Alcohol in postwar Europe, consumption, drinking patterns, consequences and policy responses in 15 European countries*, National Institute of Public Health, Stockholm.
- Pereira, J. (1995) – *Inequity in infant mortality in Portugal, 1971-1991*, Lisboa, APES (4/95)



- Poikolainen, K. (1995) – Alcohol and mortality: A review. *Journal of Clinical Epidemiology*, 48, p. 455-465.
- Ramstedt, Mats (2002) – Alcohol-related mortality in 15 European Countries in the postwar period. *European Comparative Alcohol Study*, p.137-156.
- Rodrigues, V. (1993) – *Epidemiologia Geográfica de Cancro. Aplicação de Estimativa Bayesiana Empírica à Análise da Distribuição Geográfica da Mortalidade por Tumores Malignos em Portugal*, Universidade de Coimbra (Tese de Doutoramento, policopiado).
- Santana, P. (2003) – Mortalidade “evitável” em Portugal Continental, 1989 a 1993, *Revista de Estudos Demográficos*, nº 32, INE, Lisboa, p. 107-118.
- Santana, Paula; Vaz, Artur; Fachada, Marta (2004) – O estado de saúde dos portugueses. Uma perspectiva espacial. *Revista de Estudos Demográficos*, nº 36, INE, Lisboa.
- Santana, Paula (2005) – *Geografias da saúde e do desenvolvimento, evolução e tendências em Portugal*, Almedina, Coimbra.
- Stampfer MJ, Colditz GA, Willett WC, *et al.* (1988) – A prospective study of moderate alcohol consumption and the risk of coronary disease and stroke in women. *N. Engl J. Med*, 319, p. 267-73.
- Tomera, John F. (1999) – Current knowledge of the health benefits and disadvantages of wine consumption, *Trends in Food Science & Technology*, 10, p.129-138.

