



ISSN: 2230-9926

Available online at <http://www.journalijdr.com>

IJDR

International Journal of Development Research

Vol. 15, Issue, 01, pp. 67485-67490, January, 2025

<https://doi.org/10.37118/ijdr.29127.01.2025>



RESEARCH ARTICLE

OPEN ACCESS

CAUSAS IMEDIATAS DE ÓBITO DAS PESSOAS IDOSAS COM DIAGNÓSTICO DE DEMÊNCIA NO BRASIL

*Leticia Fernandes de Deus Moreira, ¹Andréia Clarice de Souza e Silva, ¹Bernardo de Sá Fernandes Camurça, ²Irven Mesquita Sampaio and ³Sarah Musy Leitão

¹Graduanda em Medicina pelo Centro Universitário Christus – Unichristus, Brasil

²Médico pelo Centro Universitário Christus – Unichristus, Brasil

³Professora do curso de Medicina do Centro Universitário Christus - Unichristus. Médica geriatra. Mestra em Ensino em Saúde e Tecnologias Educacionais

ARTICLE INFO

Article History:

Received 11th November, 2024

Received in revised form

06th December, 2024

Accepted 19th December, 2024

Published online 30th January, 2025

Key Words:

Demência. Declaração de óbito. Idosos. Epidemiologia. Brasil.

*Corresponding author:

Leticia Fernandes de Deus Moreira

ABSTRACT

Introdução: A prevalência de demência em idosos aumenta substancialmente ao longo dos anos, são raros os estudos que associam as causas de óbito nessa população, bem como os fatores de risco modificáveis que alteram esse desfecho. **Objetivo:** identificar as causas imediatas de óbito de pessoas idosas com demência. **Métodos:** estudo transversal, observacional e descritivo, com utilização de banco de dados público, proveniente da plataforma DATASUS/SIM (Sistema de Informação de Mortalidade). Foram analisadas as Declarações de Óbito (DO) de pessoas com idade maior ou igual a 60 anos e com registro de CID10 F03 (Demência não especificada), de todo o Brasil, com data do óbito de 2015 a 2019. **Resultados:** No período analisado, há 8.776 registros de DO de pessoas idosas com demência não especificada. A maioria dos óbitos foram de mulheres com 62,80% (5.511). A faixa etária de 80 a 89 anos representou o maior número de óbitos com 42,40% (3.139). Mais de 50% dos registros foram de idosos sem escolaridade ou com ensino fundamental incompleto. 70,54% (6.191) dos óbitos ocorreram em hospitais. Quanto à causa imediata da morte, a mais frequente foi septicemia não especificada, com 27,51% (2.344). As próximas causas mais prevalentes foram insuficiência respiratória aguda com 10,70% (912) e insuficiência respiratória não especificada com 9,31% (793). Analisando os dados, encontrou-se associação significativa entre óbito por sepse e idosos mais jovens com demência. **Conclusão:** As principais causas de óbito são insuficiência respiratória e sepse.

Copyright©2025, Leticia Fernandes de Deus Moreira. This is an open access article distributed under the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Citation: Leticia Fernandes de Deus Moreira. 2025. "Causas Imediatas de óbito das Pessoas idosas com Diagnóstico de Demência no Brasil". *International Journal of Development Research*, 15, (01), 67485-67490.

INTRODUCTION

Devido ao envelhecimento populacional, é esperado que a prevalência das demências também aumente. Por isso, um grande estudo publicado em 2022 utilizou fatores de risco para demência modificáveis, como índice de massa corporal alto, glicemia em jejum alta, tabagismo e nível educacional, para estimar a prevalência de demência em inúmeros países, em 2019 e em 2050. O resultado foram números alarmantes, afirmando a tendência de aumento importante de casos. As demências certamente já são um problema de saúde pública no mundo.¹ A prevalência das demências varia substancialmente entre as diversas regiões do mundo. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), mais de 55 milhões de pessoas (8,1% das mulheres e 5,4% dos homens com mais de 65 anos) estão vivendo com demência no mundo. Na América Latina, a prevalência é maior do que o esperado para o nível de envelhecimento populacional, fenômeno explicado pela combinação de baixo nível educacional e alta prevalência do perfil de risco vascular.^{2,3,4,5} Em 2017, a OMS aprovou o "Plano Global de Ação para uma Resposta de Saúde Pública à Demência 2017-2025", na Suíça, e o Brasil foi um dos 194

países signatários. Existem, porém, poucos estudos epidemiológicos originais sobre as demências no Brasil. Tais trabalhos mostram que, para a população brasileira com 60 anos ou mais, a prevalência da demência é estimada entre 12,5% e 17,5%, com uma incidência de 1037 por 100 mil habitantes. Devido aos fatores de risco e ao envelhecimento populacional, a estimativa é que em 2050 tenhamos cerca 6 milhões de brasileiros convivendo com a demência.^{1,2} Em 2024, foi publicado o primeiro Relatório Nacional sobre a demência no Brasil, trazendo inúmeras informações importantes sobre o tema, incluindo dados sobre prevalência estimada, incidência estimada, mortalidade e causas de óbito. Devido à dificuldade para se obterem dados populacionais sobre a demência no Brasil, foi elaborado um consenso de especialistas sobre incidência e prevalência das demências nas cinco macrorregiões brasileiras, como estudo inicial para não adiar a tomada de ações necessárias. De acordo com o consenso, a prevalência de demência entre pessoas idosas no Brasil foi estimada em 8,5% em 2019.² Quanto à mortalidade, há apenas um estudo original no Brasil, que mostra a demência como preditor importante de mortalidade por todas as causas, além de evidenciar a subnotificação de demência nas DO.⁶ Portanto, identificar o número

de óbitos dos idosos convivendo com demência e os motivos que contribuíram para sua ocorrência pode ser uma estratégia para auxiliar novas políticas de saúde pública. Então, além de prevenir a demência controlando os fatores de risco modificáveis, poderia-se mudar o desfecho da população já acometida pelas demências, com medidas de prevenção para os eventos que culminam na baixa qualidade de vida e no óbito.¹ Por meio das informações contidas nas Declarações de óbito (DO), podem-se obter informações sobre as causas imediatas de óbito das pessoas idosas convivendo com demência, além de analisar se existe associação entre tais causas de óbito com vários dados demográficos.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal, observacional e descritivo, com utilização de banco de dados público, proveniente da plataforma DATASUS/SIM (Sistema de Informação de Mortalidade). Os dados contidos nas DO estavam disponíveis publicamente no período da coleta de dados.⁷ O estudo foi realizado entre os anos de 2022 e 2023. Foram incluídas as DO de pessoas com idade maior ou igual a 60 anos e com registro de CID10 F03/F03X (Demência não especificada), de todo o Brasil, com data do óbito de 2015 a 2019. Tal período foi selecionado por ter registros concluídos no sistema, no momento da coleta de dados. Após localizar as DO de 2015 a 2019 no banco de dados do SIM, os dados foram tabulados no programa Excel® (Excel 2013). Os registros com CID10 F03 em qualquer dos campos das causas de morte foram identificados e selecionados. As causas imediatas (primeira linha do campo das causas de morte ou linha A) dessas DO foram verificadas. Utilizando o programa Epi info® (Epi Info 7.2.5.0), foram elaborados tabelas e gráficos, permitindo obter informações sobre frequência das causas imediatas de óbito, além de informações sobre dados demográficos e local de ocorrência dos óbitos analisados. Foi feita análise dos dados com o software SPSS® 2010. Por utilizar apenas informações de banco de dados público, dispensou-se a aprovação de comitê de ética para este estudo.

RESULTADOS

No período analisado, há 8.776 registros de DO de pessoas idosas com demência não especificada. A distribuição quanto ao sexo e à idade está representada na Figura 1. Mais de 50% dos registros foram de idosos sem escolaridade ou com ensino fundamental I incompleto. O hospital foi o local com maior frequência de ocorrência dos óbitos, com 70,54% (6.191), seguido de domicílio, com 21,26% (1.866) e outros estabelecimentos de saúde com 5,33% (468). Entre os municípios onde ocorreram os óbitos, São Paulo - SP apresentou a maior porcentagem com 16,55% (1.521) dos óbitos, seguido por Belo Horizonte - MG com 13,29% (1.166) e por Fortaleza - CE com 8,61% (756). Em relação à ocupação do falecido, 5010 registros trouxeram aposentado/pensionista ou dona de casa. Outros 404 falecidos eram agricultores ou trabalhadores de agropecuária em geral. Tais profissões totalizam mais de 60% das DO analisadas. Apenas 3,70% (300) das DO foram emitidas pelo Serviço de Verificação de Óbito (SVO), e 0,26% (21) foram preenchidas no Instituto Médico Legal (IML). (Tabela 1)

Legenda:

- CID 10 A419 refere-se à septicemia não especificada.
- CID 10 J960 refere-se à insuficiência respiratória aguda.
- CID 10 J969 refere-se à insuficiência respiratória não especificada.
- CID 10 R688 refere-se a outros sintomas e sinais gerais especificados.
- CID 10 J189 refere-se a pneumonia não especificada.
- CID 10 F03 é o código para Demência não especificada.
- CID 10 R092 refere-se a parada respiratória.
- CID 10 J690 refere-se à pneumonite causada por alimento ou vômito.

- CID 10 R99 refere-se a outras causas mal definidas e as não especificadas de mortalidade.
- CID 10 J180 corresponde à broncopneumonia não especificada.⁶
- CID 10 J15.9 é o código para pneumonia bacteriana não especificada.
- CID 10 R54, também conhecido por senilidade, envolve questões naturais do processo de envelhecimento e idade avançada, o que envolve sintomas de velhice, debilidade e outros problemas.

Quanto à causa imediata da morte, que corresponde à linha A da DO, a mais frequente foi septicemia não especificada, com 27,51% (2.344). As próximas causas mais prevalentes foram insuficiência respiratória aguda com 10,70% (912) e insuficiência respiratória não especificada com 9,31% (793). (Tabela 2)

Legenda:

Os resultados são baseados em linhas e colunas não vazias em cada subtabela mais interna.

*. A estatística qui-quadrado é significativa no nível ,05.

b. Mais de 20% das células nesta subtabela esperavam contagens de célula menores que 5. Os resultados de qui-quadrado podem ser inválidos.

c. A contagem de célula mínima esperada nessa subtabela é menor que um. Os resultados de qui-quadrado podem ser inválidos.

Analisando os dados, encontrou-se associação significativa entre óbito por sepse e idosos mais jovens com demência.

DISCUSSÃO

Com a análise dos dados disponíveis publicamente na plataforma DATASUS/SIM, foi possível identificar as causas imediatas de óbito dos idosos convivendo com demência não especificada no Brasil. A sepse e a insuficiência respiratória aparecem como as causas mais frequentes de óbito nessa população. Com método semelhante ao utilizado neste trabalho, o Relatório Nacional trouxe causas principais de óbito diferentes para essa mesma população: doença isquêmica do coração, acidente vascular encefálico isquêmico, infecção de vias aéreas inferiores. Tal diferença pode ter ocorrido por não especificarem a linha da DO utilizada e por terem considerado outros CID-10 além do F03: G30 (doença de Alzheimer), F00 (demência na doença de Alzheimer), F01 (demência vascular), F02 (demência em outras doenças classificadas em outras partes) e F03 (demência não especificada). Conforme o Relatório Nacional, a quarta causa de óbito mais frequente foi a própria doença de Alzheimer e outras demências.² Um estudo dinamarquês sobre causas de morte em idosos com demência, com dados de 2002 a 2015, trouxe a própria demência como a causa imediata mais frequente dos óbitos.⁸ De certo modo, os resultados achados no presente estudo são esperados, visto que muitos idosos com demência também são frágeis. A síndrome de fragilidade implica menor reserva funcional e maior vulnerabilidade a agravos agudos, como a sepse. Infelizmente, não há CID10 para fragilidade ou sinônimo, de forma que tal dado não pode ser avaliado pelas DO.⁹ Um dado alarmante é que, no Brasil, os hospitais públicos e privados registram, a cada hora, seis mortes em decorrência de eventos adversos graves, que seriam evitáveis em dois terços dos casos. Tais eventos ocorreriam principalmente por infecções relacionadas à assistência à saúde (como pneumonias aspirativas) e por erros assistenciais (uso inadequado de medicamentos, por exemplo). Tal dado pode ter relação com os achados deste estudo, considerando a vulnerabilidade dos idosos frágeis aos agravos.¹⁰

Nota-se ainda que a maioria dos idosos estudados tinham baixo nível de escolaridade. De fato, baixos níveis de educação têm sido associados a um risco aumentado de demência.^{11,12} Encontrou-se a associação entre óbito por sepse e idosos mais jovens com demência. Algo semelhante foi encontrado em um estudo feito na Espanha.¹³ Como limitações deste estudo, sabe-se que há dificuldade dos

médicos no preenchimento adequado da DO, principalmente quando se trata de descrever a cascata de eventos que levaram ao óbito. É possível que haja dado superestimado quanto aos óbitos ditos por sepse, no contexto de exacerbações ou progressão de doenças crônicas. É provável também que o registro quanto à demência tenha sido subestimado nas DO de idosos mais velhos, devido à percepção equivocada de que ela não estaria associada à cascata de eventos do óbito.^{6,14,15} Outra limitação deste estudo foi a impossibilidade de considerar os demais CIDs que correspondem às demências. Não foi possível também comparar os achados deste estudo com um grupo controle de idosos sem demência que faleceram no Brasil. Além disso, os dados epidemiológicos encontrados no Brasil são bastante desatualizados para coleta de dados das declarações de óbito. O Relatório Nacional (2024), utilizando o mesmo banco de dados, mas considerando os registros de 2010 a 2021, contabilizou 440.318 óbitos relacionados à demência no Brasil. Portanto, o presente estudo (n = 8776) considerou apenas 2% da população em análise.² Diante disso, são necessários estudos futuros que comparem as causas imediatas de óbito entre pessoas idosas com e sem demência. Outrossim, faz-se necessário investigar a relação de idosos com demência e de idade menos avançada com a presença do óbito pela sepse, com intuito de intervir na causa base desse desfecho. Apesar das limitações citadas, este estudo foi importante para identificar as causas que levam as pessoas idosas com demência ao óbito. Com tais dados, já podem-se promover planos de ação em saúde, incluindo vacinação de idosos contra infecções respiratórias, educação continuada em segurança do paciente e desospitalização, treinamento de protocolos assistenciais, além de cursos para cuidadores de idosos, a fim de prevenir óbitos evitáveis.¹⁶ As informações obtidas também justificariam a educação continuada em cuidados paliativos para as equipes de saúde, com a finalidade de promover qualidade de vida no contexto dos óbitos inevitáveis de idosos com demência.^{17,18} Educação continuada em preenchimento de DO para os médicos também poderia ser bem vinda, utilizando casos clínicos e análise da coerência da cascata de eventos do óbito, fazendo-se necessária a adoção dessa estratégia no plano da saúde como um todo, no Brasil.¹⁹

CONCLUSÃO

O presente estudo demonstrou que as principais causas imediatas de óbito dos idosos convivendo com demência não especificada no Brasil são insuficiência respiratória e sepse, a qual é mais frequente em óbitos de idosos com demência e idade menos avançada. Dessa forma, mais estudos são imprescindíveis para investigar tal achado. Com os dados obtidos, podem-se promover planos de ação em saúde, de modo a prevenir óbitos evitáveis. Para os casos em que o óbito é inevitável, educação continuada em cuidados paliativos se faz necessária para toda a equipe multiprofissional.

REFERÊNCIAS

- Akhade SP, Dash SK, Akhade KS. The knowledge assessment and reducing the errors of medical certificate of cause of death with sensitization training of physicians: a quality improvement intervention study. *J Educ and Health Promot.* 2022;11:19. https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_502_21
- Bouza C, Martínez-Alés G, López-Cuadrado T. The impact of dementia on hospital outcomes for elderly patients with sepsis: a population-based study. *PLoS One* [Internet] 2019 [Acesso em 04 set. 2024]; 14(2):e0212196. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0212196>. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0212196>
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Gestão do Cuidado Integral. Relatório nacional sobre a demência no Brasil: Epidemiologia, (re)conhecimento e projeções futuras Brasília: Ministério da Saúde; 2024. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio_nacional_demencia_brasil.pdf. Acesso em: 03 out. 2024
- Chaves DG, Pinheiro SC, Pestana TV. Declaração prévia de vontade: a vontade dos pacientes terminais à luz do princípio da autonomia e da dignidade da pessoa humana. *Revista de Direito.* 2019;10(2):195–237. <https://doi.org/10.32361/20181022021>
- Conselho Federal de Medicina. Código de ética médica. Resolução CFM nº 2.217, de 27 de setembro de 2018, modificada pelas Resoluções CFM nº 2.222/2018 e 2.226/2019. 2019. Brasília: Conselho Federal de Medicina; 2019. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/images/PDF/cem2019.pdf>. Acesso em: 04 set. 2024
- Fonseca LAM, Laurenti R. Qualidade da certificação médica da causa de morte em São Paulo, Brasil. *Rev Saude Publica.* 1974;8(1):21–9. <https://doi.org/10.1590/S0034-89101974000100003>
- GBD 2019 Dementia Forecasting Collaborators.. Estimation of the global prevalence of dementia in 2019 and forecasted prevalence in 2050: an analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet Public Health* [internet]. 2022;7(2):e105-25. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/s2468-2667\(21\)00249-8](https://doi.org/10.1016/s2468-2667(21)00249-8). Acesso em: 04 out. 2024
- Ministério da Saúde. DATASUS. Tabnet. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: <https://search.app/Y6fuivM6GUnapYQ17>. Acesso em: 22 jul. 2023
- Nitrini R, Caramelli P, Herrera Jr E, Castro I, Bahia VS, Anghinah R et al. Mortality from dementia in a community-dwelling Brazilian population. *Int J Geriatr Psychiatry.* 2005;20:247-53. <https://doi.org/10.1002/gps.1274>
- Pastor PP, Santiago-Saéz A, Guijarro-Castro C, Fernández ED, Juan EA. Cumplimentación del certificado médico de defunción en Madrid: un estudio descriptivo transversal. *Rev Clin Esp.* 2020;220(4):215–27. <https://doi.org/10.1016/j.rce.2019.05.015>
- Prince M, Acosta D, Ferri CP, Guerra M, Huang Y, Rodriguez JLL et al. Dementia incidence and mortality in middle-income countries, and associations with indicators of cognitive reserve: a 10/66 Dementia Research Group population-based cohort study. *Lancet.* 2012; 380(9836):50–8. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60399-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60399-7)
- Rizzi L, Rosset I, Roriz-Cruz M. Global epidemiology of dementia: Alzheimer's and vascular types. *BioMed Res Int.* 2014; 2014(1):1–8. <https://doi.org/10.1155/2014/908915>
- Saltarelli RMF, Prado RR do, Monteiro RA, Machado ÍE, Teixeira BSM, Malta DC. Mortes evitáveis por ações do Sistema Único de Saúde na população da Região Sudeste do Brasil. *Cien Saude Colet.* 2019; 24(3):887–98. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018243.01282017>
- Santos CS, Bessa TA, Xavier AJ. Fatores associados à demência em idosos. *Cien Saude Colet.* 2020;25(2):603–11. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020252.02042018>
- Santos MR, Cunha CC, Ishitani LH, França EB. Mortes por sepse: causas básicas do óbito após investigação em 60 municípios do Brasil em 2017. *Rev Bras Epidemiol* [Internet] 2019 [Acesso em 04 set. 2024];22(suppl 3): E190012.supl.3. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbepid/a/Cgzjb3tpGSZjspvqJphZG7C/?lang=pt>. <https://doi.org/10.1590/1980-549720190012.supl.3>
- Takasugi T, Tsuji T, Hanazato M, Miyaguni Y, Ojima T, Kondo K. Community-level educational attainment and dementia: a 6-year longitudinal multilevel study in Japan. *BMC Geriatr.* 2021;21(1). <https://doi.org/10.1186/s12877-021-02615-x>
- Taudorf L, Nørgaard A, Islamoska S, Laursen TM, Waldemar G. Causes of Death in People with Dementia from 2002 to 2015: A Nationwide Study. *J Alzheimers Dis.* 2021;82(4):1609–18. <https://doi.org/10.3233/JAD-201400>
- Waite SJ, Maitland S, Thomas A, Yarnall AJ. Sarcopenia and frailty in individuals with dementia: A systematic review. *Arch Gerontol Geriatr* [Internet] 2021 [Acesso em: 04 set. 2024];92:104268. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33011431/>. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2020.104268>
- World Health Organization. Global status report on the public health response to dementia. Geneva: World Health Organization; 2021. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240033245>. Acesso em: 23 ago. 2024.

ANEXO

Tabela 1. Causas imediatas de óbito de idosos com demência no Brasil, entre 2015 e 2019, contabilizadas por idade em tercís

		Idade (em tercís)					
		<= 83		84 - 91		92+	
		Contagem	% de N da coluna	Contagem	% de N da coluna	Contagem	% de N da coluna
CID10 Linha A	A419	911	32,0%	1000	31,2%	591	23,9%
	J960	293	10,3%	338	10,5%	284	11,5%
	J969	249	8,7%	297	9,3%	250	10,1%
	R688	170	6,0%	210	6,6%	188	7,6%
	J189	196	6,9%	253	7,9%	180	7,3%
	F03X	179	6,3%	183	5,7%	170	6,9%
	R092	118	4,1%	133	4,1%	118	4,8%
	J690	114	4,0%	119	3,7%	111	4,5%
	R99X	101	3,5%	92	2,9%	73	3,0%
	J180	43	1,5%	52	1,6%	54	2,2%
	J159	43	1,5%	34	1,1%	43	1,7%
	R54X	20	0,7%	36	1,1%	37	1,5%
	R64X	58	2,0%	48	1,5%	37	1,5%
	N390	26	0,9%	42	1,3%	29	1,2%
	R578	52	1,8%	32	1,0%	24	1,0%
	R960	15	0,5%	7	0,2%	21	0,9%
	E46X	6	0,2%	8	0,2%	19	0,8%
	R98X	18	0,6%	9	0,3%	16	0,6%
	I499	15	0,5%	16	0,5%	15	0,6%
	I469	15	0,5%	21	0,7%	14	0,6%
	R570	16	0,6%	16	0,5%	14	0,6%
	N179	9	0,3%	21	0,7%	12	0,5%
	R571	6	0,2%	10	0,3%	12	0,5%
	A418	15	0,5%	21	0,7%	11	0,4%
	L089	10	0,4%	4	0,1%	11	0,4%
	J984	22	0,8%	27	0,8%	10	0,4%
	I509	5	0,2%	6	0,2%	9	0,4%
	J182	6	0,2%	6	0,2%	9	0,4%
	L89X	10	0,4%	12	0,4%	9	0,4%
	R090	7	0,2%	12	0,4%	9	0,4%
	E43X	10	0,4%	12	0,4%	8	0,3%
	R579	13	0,5%	24	0,7%	8	0,3%
	E86X	5	0,2%	8	0,2%	6	0,2%
	N19X	7	0,2%	6	0,2%	6	0,2%
	E878	9	0,3%	16	0,5%	5	0,2%
	J81X	4	0,1%	5	0,2%	5	0,2%
	N189	6	0,2%	3	0,1%	5	0,2%
	F329	2	0,1%	1	0,0%	4	0,2%
	I269	11	0,4%	14	0,4%	4	0,2%
	J22X	2	0,1%	4	0,1%	4	0,2%
	J988	7	0,2%	12	0,4%	4	0,2%
	W849	7	0,2%	5	0,2%	4	0,2%
	Y95X	6	0,2%	6	0,2%	4	0,2%
	G931	2	0,1%	3	0,1%	3	0,1%
	I461	1	0,0%	1	0,0%	3	0,1%
	I48X	0	0,0%	0	0,0%	3	0,1%
	I490	1	0,0%	1	0,0%	3	0,1%
	I500	3	0,1%	2	0,1%	3	0,1%
	J80X	1	0,0%	1	0,0%	3	0,1%
	R100	1	0,0%	0	0,0%	3	0,1%
T179	6	0,2%	4	0,1%	3	0,1%	
E872	8	0,3%	11	0,3%	2	0,1%	
G319	2	0,1%	0	0,0%	2	0,1%	
I219	5	0,2%	10	0,3%	2	0,1%	
I64X	2	0,1%	1	0,0%	2	0,1%	
J188	0	0,0%	2	0,1%	2	0,1%	
A408	0	0,0%	0	0,0%	1	0,0%	
A413	0	0,0%	0	0,0%	1	0,0%	
A499	0	0,0%	0	0,0%	1	0,0%	
B99X	1	0,0%	2	0,1%	1	0,0%	
D649	1	0,0%	2	0,1%	1	0,0%	
E440	0	0,0%	1	0,0%	1	0,0%	
F068	0	0,0%	0	0,0%	1	0,0%	
F220	0	0,0%	0	0,0%	1	0,0%	
F509	0	0,0%	0	0,0%	1	0,0%	
G932	0	0,0%	0	0,0%	1	0,0%	
I10X	1	0,0%	0	0,0%	1	0,0%	
J069	0	0,0%	0	0,0%	1	0,0%	
J153	0	0,0%	0	0,0%	1	0,0%	
J449	0	0,0%	0	0,0%	1	0,0%	
K528	0	0,0%	0	0,0%	1	0,0%	

K562	0	0,0%	0	0,0%	1	0,0%
K566	0	0,0%	0	0,0%	1	0,0%
K590	0	0,0%	0	0,0%	1	0,0%
K922	2	0,1%	4	0,1%	1	0,0%
K929	0	0,0%	0	0,0%	1	0,0%
L039	0	0,0%	1	0,0%	1	0,0%
L088	0	0,0%	0	0,0%	1	0,0%
M869	1	0,0%	0	0,0%	1	0,0%
N119	0	0,0%	0	0,0%	1	0,0%
N180	0	0,0%	1	0,0%	1	0,0%
R060	0	0,0%	0	0,0%	1	0,0%
R268	2	0,1%	2	0,1%	1	0,0%
R402	3	0,1%	1	0,0%	1	0,0%
R418	0	0,0%	1	0,0%	1	0,0%
R53X	0	0,0%	1	0,0%	1	0,0%
R57X	0	0,0%	0	0,0%	1	0,0%
R58X	0	0,0%	1	0,0%	1	0,0%
R630	3	0,1%	1	0,0%	1	0,0%
R798	0	0,0%	1	0,0%	1	0,0%
R961	2	0,1%	5	0,2%	1	0,0%
T173	0	0,0%	0	0,0%	1	0,0%
T178	0	0,0%	0	0,0%	1	0,0%
T810	0	0,0%	0	0,0%	1	0,0%
T818	0	0,0%	0	0,0%	1	0,0%
Y833	0	0,0%	0	0,0%	1	0,0%
A403	1	0,0%	2	0,1%	0	0,0%
A411	0	0,0%	1	0,0%	0	0,0%
A412	1	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
A415	2	0,1%	0	0,0%	0	0,0%
B962	0	0,0%	1	0,0%	0	0,0%
D538	1	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
D65X	0	0,0%	1	0,0%	0	0,0%
D759	0	0,0%	1	0,0%	0	0,0%
E149	1	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
E15X	0	0,0%	1	0,0%	0	0,0%
E870	2	0,1%	0	0,0%	0	0,0%
E875	2	0,1%	1	0,0%	0	0,0%
E889	1	0,0%	1	0,0%	0	0,0%
F02X	4	0,1%	3	0,1%	0	0,0%
F051	1	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
F059	1	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
F420	0	0,0%	1	0,0%	0	0,0%
F453	0	0,0%	1	0,0%	0	0,0%
F99X	0	0,0%	1	0,0%	0	0,0%
G419	1	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
G459	0	0,0%	1	0,0%	0	0,0%
G934	3	0,1%	1	0,0%	0	0,0%
G939	0	0,0%	1	0,0%	0	0,0%
G968	1	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
I228	1	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
I494	0	0,0%	1	0,0%	0	0,0%
I498	0	0,0%	1	0,0%	0	0,0%
I519	1	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
J129	1	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
J156	1	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
J158	3	0,1%	3	0,1%	0	0,0%
J181	5	0,2%	0	0,0%	0	0,0%
J698	1	0,0%	1	0,0%	0	0,0%
J850	1	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
J952	1	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
J961	2	0,1%	2	0,1%	0	0,0%
J980	1	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
K254	1	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
K279	0	0,0%	1	0,0%	0	0,0%
K631	1	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
K729	1	0,0%	1	0,0%	0	0,0%
K920	2	0,1%	1	0,0%	0	0,0%
K921	1	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
L022	1	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
L511	0	0,0%	1	0,0%	0	0,0%
M799	0	0,0%	1	0,0%	0	0,0%
N12X	0	0,0%	1	0,0%	0	0,0%
N178	0	0,0%	1	0,0%	0	0,0%
N309	0	0,0%	1	0,0%	0	0,0%
N398	1	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
R001	0	0,0%	2	0,1%	0	0,0%

R048	1	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
R098	0	0,0%	1	0,0%	0	0,0%
R190	0	0,0%	1	0,0%	0	0,0%
R401	3	0,1%	0	0,0%	0	0,0%
R568	1	0,0%	2	0,1%	0	0,0%
R633	0	0,0%	1	0,0%	0	0,0%
R649	0	0,0%	1	0,0%	0	0,0%
R683	0	0,0%	1	0,0%	0	0,0%
R68X	0	0,0%	1	0,0%	0	0,0%
R69X	2	0,1%	1	0,0%	0	0,0%
R739	1	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
R778	1	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
R80X	1	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
T175	3	0,1%	1	0,0%	0	0,0%
T71X	0	0,0%	1	0,0%	0	0,0%
T814	0	0,0%	1	0,0%	0	0,0%
W780	1	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
W789	3	0,1%	1	0,0%	0	0,0%
W844	0	0,0%	1	0,0%	0	0,0%

Tabela 2. Teste qui-quadrado de Pearson

		Idade (em tercis)
CID10 A419 na Linha A	Qui-quadrado	440,452
	gl	332
	Sig.	,000*,b,c
Os resultados são baseados em linhas e colunas não vazias em cada subtabela mais interna.		
*. A estatística qui-quadrado é significativa no nível ,05.		
b. Mais de 20% das células nesta subtabela esperavam contagens de célula menores que 5. Os resultados de qui-quadrado podem ser inválidos.		
c. A contagem de célula mínima esperada nessa subtabela é menor que um. Os resultados de qui-quadrado podem ser inválidos.		

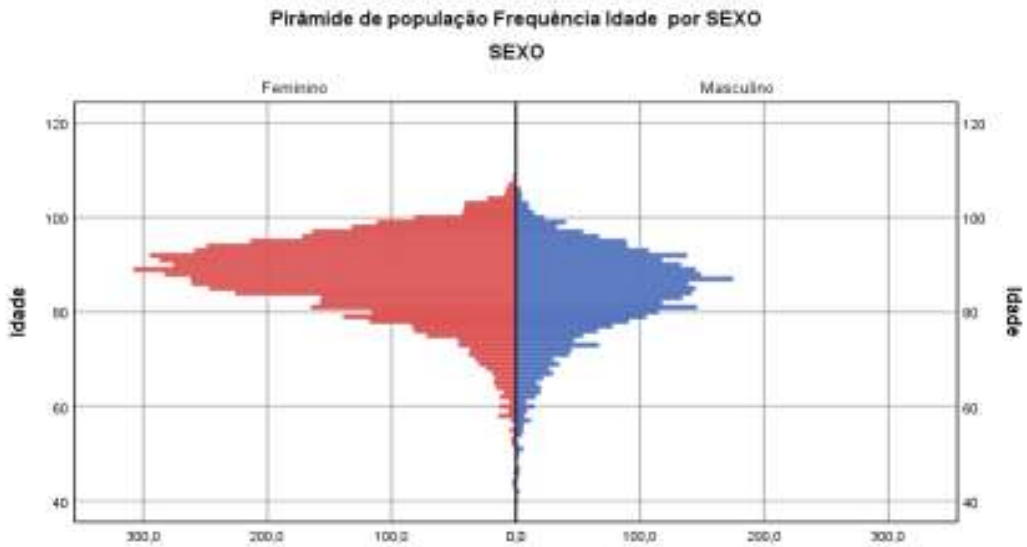


Gráfico 1.
