

saúde em números

JULHO 95

VOLUME 10 N.º 3

SUMÁRIO

- 17 ADOLESCENTES FUMADORES EM ESCOLAS PORTUGUESAS
- 19 DOENÇAS DE DECLARAÇÃO OBRIGATÓRIA
– Como estamos a notificar?
- 23 MORTALIDADE INFANTIL, NEONATAL, FETAL E PERINATAL
- 24 DOENÇAS DE DECLARAÇÃO OBRIGATÓRIA
– Casos de notificação no 2.º trimestre de 1994 e 1995

ADOLESCENTES FUMADORES EM ESCOLAS PORTUGUESAS

Ana Paula Machado*, Paulo Vicente*, Henrique Barros*

INTRODUÇÃO

O consumo de tabaco é um importante problema de Saúde Pública, sendo considerado o principal responsável por mortes evitáveis nos países desenvolvidos⁽¹⁾.

Em Portugal, a mortalidade por cancro do pulmão e das vias respiratórias, doenças altamente relacionadas com o tabagismo, tem vindo a sofrer um marcado incremento. Entre 1981 e 1990 a mortalidade bruta por estas patologias aumentou de 14,6 para 22,7 por 100000 indivíduos⁽²⁾ e foi de 7,4 para 9,1, o aumento das taxas padronizadas para idade, entre 1980-89⁽³⁾.

A habituação tabágica inicia-se precocemente, sendo a adolescência, pelas suas características próprias, o período de maior susceptibilidade quer para adquirir, quer para manter este hábito. Porque a prevenção primária é a melhor forma de abordar o problema do tabagismo, a implementação das medidas preventivas será potencialmente mais eficaz, se dirigida a esse grupo etário.

Para avaliar a prevalência de adolescentes fumadores realizou-se um estudo transversal, em 1993, nas escolas secundárias públicas das capitais de distrito do continente português.

MATERIAL E MÉTODOS

Em cada capital de distrito seleccionou-se, por aleatorização simples, uma escola secundária, sendo proposto a todos os alunos que a frequentavam, o preenchimento de um questionário desenhado com a finalidade de determinar a prevalência de asma e sintomas respiratórios⁽⁴⁾. Este permitiu, adicionalmente, a recolha de dados referentes à presença de hábitos tabágicos e sua idade de início. Responderam ao questionário, para as perguntas referentes ao tabagismo, 16013 dos 16109 estudantes com idades entre 12 e 19 anos.

As médias de idade do início do consumo foram comparadas pela prova *t de Student* ou por análise de variância, e as proporções distritais de fumadores comparadas pela prova do qui-quadrado. Estas prevalências distritais foram, em cada sexo, standardizadas para a composição etária, pelo método indirecto, usando como padrão as distribuições etárias e a proporção de fumadores observadas no conjunto da amostra nacional. A associação entre idade e proporção de fumadores foi medida através do coeficiente de correlação linear. Para as estimativas pontuais de prevalências calcularam-se intervalos de confiança a 95 %⁽⁵⁾.

*Serviço de Higiene e Epidemiologia
-Faculdade de Medicina do Porto

RESULTADOS

Na amostra total, a prevalência de fumadores foi de 12,9%, mais elevada no sexo masculino (14,6%) do que no feminino (11,3%, $p < 0,05$).

Com a idade, observou-se um aumento significativo da proporção de estudantes fumadores, em ambos os sexos ($r=0,97$ para o sexo masculino, e $r=0,98$ para o feminino $p < 0,001$). Como se pode observar no Quadro I, nos grupos etários mais jovens, abaixo dos 17 anos, não se verificaram diferenças significativas na proporção de fumadores entre sexos. Dos 17 aos 19 anos, a prevalência de tabagismo foi significativamente mais alta no sexo masculino.

Quadro I - Distribuição da proporção de fumadores por idade e por sexo

Prevalência de Fumadores (IC a 95 %)			
Idade (anos)	Total (%)	Sexo masculino (%)	Sexo feminino (%)
12	1,1	1,8 (0,6 - 3,8)	0,5 (0,1 - 1,9)
13	1,4	1,6 (0,8 - 2,8)	1,2 (0,6 - 2,3)
14	4,6	4,9 (3,7 - 6,5)	4,3 (3,2 - 5,7)
15	8,3	9,5 (8,0 - 11,2)	7,2 (5,9 - 8,6)
16	13,3	14,7 (13,0 - 16,5)	12,1 (10,7 - 13,7)
17	19,2	22,2 (20,0 - 24,6)	16,7 (14,9 - 18,7)
18	26,5	31,4 (28,2 - 34,7)	22,3 (19,7 - 25,1)
19	28,3	35,6 (30,4 - 41,0)	23,3 (19,6 - 27,3)

Independentemente da composição etária, a prevalência de fumadores variou significativamente entre os vários distritos. No sexo feminino as prevalências mais baixas, de 3,9 %, observaram-se na Guarda e em Vila Real, e a mais elevada em Lisboa, com 20,8 % (Figura 1).

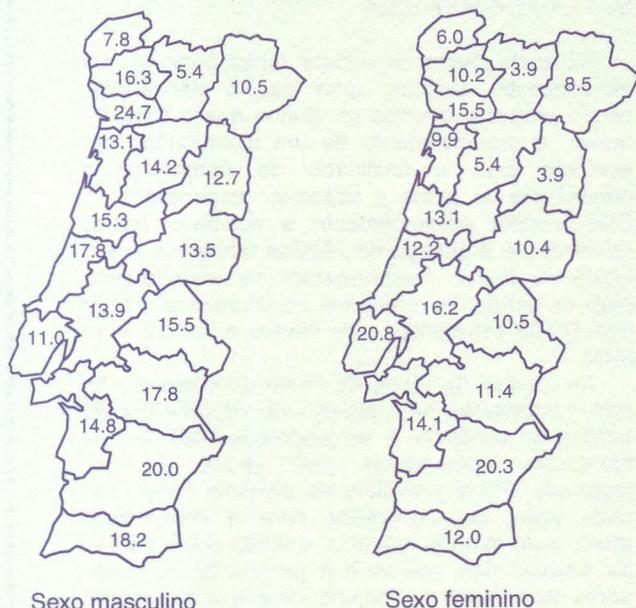


Figura 1- Prevalência de fumadores por capital de distrito e por sexo, standardizada pelo método indirecto para a composição etária

No sexo masculino, a prevalência mais baixa foi de 5,4% em Vila Real, e a mais alta, de 24,7 % no Porto (Figura 1).

A idade média de início do consumo de tabaco foi de 14,2 anos ($\pm 1,8$), semelhante nos dois sexos (14,1 no masculino e 14,2 no feminino). Nos diversos distritos foi semelhante para o sexo feminino mas para o sexo masculino detectaram-se significativas diferenças regionais, verificando-se a idade média de início mais baixa em Vila Real (12,7) e a mais alta na Guarda (15,0).

DISCUSSÃO

O presente estudo permitiu determinar a prevalência de fumadores numa larga amostra de adolescentes que, em 1993, frequentavam as escolas públicas do continente português, e mostrar que entre esses adolescentes essa prevalência é muito elevada.

Naturalmente o espaço amostral escolhido limita a representatividade do estudo por não abranger os adolescentes que por razões económicas, ou outras, abandonaram a Escola ou os que optaram pelo ensino particular e por se restringir às capitais de distrito. Estes factos, afectando a composição social e cultural da amostra retiram-lhe a possibilidade de generalizações para além do âmbito das suas características. Contudo, os resultados obtidos são um indicador importante da situação do tabagismo entre a população adolescente de Portugal e fornecem informações úteis para delinear estratégias de prevenção, identificando tendências etárias e regiões particularmente afectadas. Têm a vantagem adicional de resultarem de um questionário mais geral, sendo por isso menos previsível a sub-declaração do hábito de fumar.

Analisando a Figura 1 podemos constatar que em ambos os sexos os distritos do litoral e do sul apresentam uma maior proporção de adolescentes fumadores relativamente aos distritos do interior e do norte, respectivamente. Esta distribuição geográfica estará dependente de modelos culturais e padrões de desenvolvimento que devem ser tidos em conta na previsão da evolução dos hábitos tabágicos entre nós, e merecem uma caracterização sociológica cuja natureza ultrapassa os objectivos da presente investigação.

Por outro lado, verificamos que ao longo das idades, e consequentemente dos graus de escolaridade, a frequência de tabagismo sofre um franco aumento, o que faz pensar que a escolarização não está a ter o esperado papel formador de comportamentos, não parecendo sentir-se o efeito da mensagem anti-tabágica.

Ainda é globalmente superior, entre os estudantes destas escolas portuguesas, a prevalência de fumadores no sexo masculino mas essa diferença só é significativa a partir dos 17 anos. Este facto pode ser interpretado como reflexo de um efeito de coorte nos hábitos tabágicos mostrando uma aproximação recente de comportamentos entre jovens de ambos os sexos. Em Lisboa a prevalência de fumadores no sexo feminino foi mesmo muito superior à do sexo masculino. Entre os 15 e 19 anos (dados não apresentados), em Lisboa, a prevalência de fumadores masculinos foi nesta amostra de 14,6%, mais baixa que a de 36,4 % detectada em 1983; pelo contrário, foi agora de 27,0% no sexo feminino, superior à de 14,5% então

encontrada⁽⁶⁾. Esta tendência parece ser semelhante à descrita noutros países desenvolvidos e pode ter relação com as estratégias de publicidade ao consumo de tabaco, que se tem preferencialmente dirigido ao público feminino, recorrendo a modelos comportamentais, aspirações e ambientes que abandonando as tradicionais imagens do mundo masculino previlgiam antes o universo das mulheres⁽⁷⁾.

As prevalências e as tendências para a modificação de comportamentos observadas, semelhantes às ocorridas noutras populações⁽⁸⁻¹⁰⁾, mostram que em Portugal, continua a ser necessário investir na prevenção primária do tabagismo, pois estes adolescentes fumadores tenderão a ser adultos fumadores. Embora não haja dados anteriores que, a nível nacional, permitam conhecer o modo e as causas da evolução na prevalência de fumadores ao longo dos últimos anos, é lícito especular que os distritos que possuem actualmente as menores prevalências - os do norte e interior menos desenvolvidos - poderão vir a apresentar um incremento de fumadores se não forem rapidamente implementadas medidas preventivas que contrariem a esperada consequência do seu desenvolvimento natural.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Reducing the Health Consequences of Smoking: 25 years of Progress. A Report of the Surgeon General. Washington, D.C.:
2. U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Centers for Disease Control, Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, DHHS Publication No. (CDC) 89-8411, 1989.
3. International Profile - Alcohol and Other Drugs. Alcoholism and Drug Addition Research Foundation. Programme on Substance Abuse of the World Health Organization. 1994. 130.
4. Botelho J S, Dias J A A, Motta L C. Atlas da mortalidade evitável em Portugal 1980-1989. Departamento de Estudos e Planeamento da Saúde, Direcção-Geral dos Cuidados de Saúde Primários, Escola Nacional de Saúde Pública. Lisboa. 1993.
5. Vicente P, Rodrigues T, Silva A M, Tzer T S, Barros H. Prevalência de asma em estudantes das escolas secundárias Portuguesas. *Arq Med* 1995; 9 (2):90-92.
6. Fleiss J L. Statistical Methods for Rates and Proportions. 2nd Edition, John Wiley and Sons. 1981. 14-15.
7. Falcão J M. Fumar: homens e mulheres a caminho de uma igualdade desnecessária. *Saúde em Números* 1988; 3 (1): 4-6.
8. Ernster V L. Women and smoking. *Am J Public Health* 1993; 83 (9): 1202-3.
9. Young europeans, tobacco and alcohol - A survey in the twelve Member States of the European Community among young people aged 11 to 15. Smoking Prevention. European Bureau for Action on Smoking Prevention. 1990. Newsletter 11: 9-11.
10. Escobedo L G, Marcus S E, Holtzman D, Giovino G A. Sports participation, age at smoking initiation, and the risk of smoking among US high school students. *JAMA* 1993; 269 (11): 1391-95.
11. Kokkevi A, Stefanis C. The epidemiology of licit and illicit substance use among high school students in Greece. *Am J Public Health* 1990; 81 (1): 48-52.

DOENÇAS DE DECLARAÇÃO OBRIGATÓRIA - Como estamos a notificar ?

Margarida Meirinho*

INTRODUÇÃO

O conceito de vigilância epidemiológica, pressupõe uma correcta e atempada notificação de um conjunto de doenças que, pelas suas características, devem ser obrigatoriamente declaradas, de forma a permitir uma intervenção igualmente correcta e atempada.

Um registo completo, aliado à rapidez com que a notificação é efectuada à Autoridade de Saúde, permite circunscrever um surto, controlar uma epidemia e contribuir para um melhor conhecimento de outras situações que constituem problemas de saúde pública.

As Doenças de Declaração Obrigatória (DDO) bem como o sistema de informação que as suporta, foram criados, pela primeira vez em Portugal, em 1926, o que veio permitir a elaboração de relatórios e apuramentos específicos, sempre que tal se justifica.

Os instrumentos de notificação (mod.05901) cobrem um conjunto de variáveis consideradas importantes para a conveniente caracterização e estudo dos casos bem como para as medidas a implementar para o seu controlo.

A notificação destas doenças segue um dado circuito com tempos determinados conforme o estipulado na IS nº 11/86/DTP, de 18 de Dezembro.

Entre nós, no entanto, as notificações daquelas doenças têm apresentado variadíssimas deficiências, quer de preenchimento, quer em tempo decorrido entre a data do diagnóstico e a notificação à Autoridade de Saúde.

Essas deficiências têm sido geradoras de perdas de tempo e dinheiro, gasto em telefonemas ou na elaboração de ofícios, visando a obtenção e a correcção da informação prestada. Apesar de tudo, muitas das falhas detectadas têm sido aceites, por termos considerado que a sua rectificação não era imprescindível, não justificando o gasto de tempo e dinheiro para as obter, o que de qualquer modo vai gerar uma informação bastante deficiente.

Foi com base nesta vivência e na preocupação pelos custos da "não-qualidade", já para não falar dos custos financeiros, mas dos custos decorrentes de uma informação deficiente, que decidimos fazer este trabalho. Os resultados obtidos devem constituir um ponto de partida para os profissionais de saúde envolvidos neste sistema

*Assessora Técnica de Enfermagem, licenciada em Estatística e Gestão da Informação. Divisão de Epidemiologia e Bioestatística - Direcção-Geral da Saúde.

de notificação, de forma a que a consciencialização dos erros possa levar a uma maior responsabilização pela qualidade da informação que habitualmente produzem.

FINALIDADE

- Avaliar o nível de qualidade do preenchimento do suporte de notificação das Doenças de Declaração Obrigatória.
- Demonstrar que mais de 50% das notificações não atingem um **bom** nível de qualidade, segundo critérios previamente definidos.

QUADRO CONCEPTUAL

O objectivo deste quadro conceptual é tornar os conceitos claros, compreensíveis, objectivos e adequados.

♦ Para Agnès Jacquery, Avaliar uma Qualidade "consiste em estimar os desvios encontrados entre a situação existente e uma situação considerada óptima"⁽¹⁾.

♦ Critério pode ser definido como "uma variável escolhida como indicador da qualidade - é o elemento que mede um aspecto de uma Norma"⁽²⁾.

♦ Como Critérios atingidos, consideraram-se aqueles para os quais foi obtido um resultado positivo.

♦ Definimos:

Critérios imprescindíveis - variáveis que não podem deixar de estar presentes (correctamente preenchidos) para a existência de um nível de qualidade minimamente aceitável.

Critérios essenciais - variáveis que sendo importantes não são imprescindíveis, mas contribuem para elevar o nível de qualidade.

Critérios desejáveis - variáveis cujo preenchimento é importante e embora a sua ausência prejudique o nível de qualidade, esse prejuízo não será tão grande como se de critérios essenciais se tratasse.

Esses critérios definiram quatro níveis de qualidade:

Elevado - se todas as variáveis do impresso estiverem correctamente preenchidas - critérios imprescindíveis, essenciais e desejáveis.

Bom - se todos os critérios imprescindíveis e essenciais e alguns desejáveis estiverem correctamente preenchidos.

Médio - se apenas, todos os critérios imprescindíveis e alguns outros, essenciais ou desejáveis, estiverem bem preenchidos.

Baixo - se só alguns critérios estiverem bem preenchidos, sejam eles imprescindíveis, essenciais ou desejáveis desde que não completem nenhuma das situações anteriores.

MATERIAL E MÉTODOS

Para o presente trabalho foi considerada uma amostra de 567 notificações recebidas na Divisão de Epidemiologia e Bioestatística (DEB) da Direcção-Geral

da Saúde nas 3^a, 4^a e 5^a semanas do ano em curso (de 16 de Janeiro a 4 de Fevereiro de 1995) cujos dados foram armazenados numa base de dados em Dbase III Plus e posteriormente tratados em computador pessoal no programa DBASE / EPINFO5.

As variáveis tratadas foram todas as constantes do modelo 05901 e outras duas introduzidas por nós - AS e DG.

Para a definição das variáveis AS e DG, baseámo-nos na IS nº 11/86/DTP (2.1 e 2.3):

- **AS** respeita ao número de dias decorridos entre a data da notificação e a data do conhecimento da Autoridade de Saúde. Quando qualquer uma destas datas era desconhecida, **AS** ficou em branco.

- **DG** respeita ao número de dias decorridos entre a data do conhecimento da Autoridade de Saúde e a data de chegada à Direcção-Geral da Saúde. Quando no impresso não constava a data do conhecimento da Autoridade de Saúde, contou-se para **DG** o número de dias entre a data da notificação e a data de chegada à Direcção-Geral da Saúde.

Apesar das disposições da IS atrás referida, considerou-se como correcto para AS um período inferior a quatro dias e para DG um período inferior a cinco dias, para salvaguarda dos atrasos durante os fins de semana.

Variáveis consideradas **Critérios Imprescindíveis**:

- o número do caso
- a designação da doença
- o nome
- o apelido
- o sexo
- a profissão
- a data do nascimento
- a data da notificação
- a data do conhecimento da Autoridade de Saúde Concelhia
- a assinatura da Autoridade de Saúde

Variáveis consideradas **Critérios Essenciais**:

- a confirmação ou não da doença
- a data de início
- a fonte mais provável de infecção
- a existência ou não de mais casos
- o número de dias decorrido entre a data de notificação e a data do conhecimento da Autoridade de Saúde (AS)
- o número de dias decorrido entre a data do conhecimento da Autoridade de Saúde e a data da chegada à Direcção-Geral da Saúde (DG).

Variáveis consideradas **Critérios Desejáveis** :

- a indicação do distrito
- a indicação do ano a que respeita
- o código da doença
- preenchimento da parte respeitante ao hospital
- a indicação se houve ou não hospitalização
- o nome do hospital, em caso de hospitalização
- a indicação de falecimento ou não
- o concelho de residência
- o concelho onde exerce a profissão (caso tenha)
- o nome do médico

- a residência do médico
- o local de trabalho da Autoridade de Saúde (Concelhia).

Nos campos "data de início", "fonte de infecção" e "houve mais casos" foi considerado correctamente preenchido mesmo que apenas, tenha sido indicado um "?", uma vez que isso demonstra a preocupação do médico em preencher esses parâmetros, ainda que provavelmente não dispusesse da informação.

A "profissão" e o "Concelho onde exerce" foram sinalizados com "zero" no caso das crianças, dos reformados e dos desempregados.

RESULTADOS

No período considerado, foram notificados 567 casos de Doenças de Declaração Obrigatória, que foram estudadas quanto ao preenchimento das suas variáveis.

Das 567 notificações, apenas, duas (0.35%) atingiram um elevado nível de qualidade por terem conseguido responder, em simultâneo, aos critérios imprescindíveis, aos essenciais e aos desejáveis; vinte e seis (4.59%) atingiram um bom nível de qualidade por terem respondido positivamente a todos os critérios imprescindíveis e a todos os essenciais, independentemente, de terem respondido, também, a alguns dos critérios desejáveis. Trezentos e vinte e oito (57.85%) atingiram um nível médio de qualidade por terem atingido todos os critérios imprescindíveis, independentemente de terem atingido, também, alguns dos outros. Todas as outras notificações - duzentos e onze (37.21%) apresentaram um baixo nível de qualidade, por só terem atingido alguns critérios sem, no entanto, terem satisfeito nenhuma das condições anteriores.

Os critérios atingidos por distrito podem ser observados no Quadro I.

Quadro I - Distribuição das notificações recebidas segundo os critérios atingidos, por distrito
16 de Janeiro a 4 de Fevereiro de 1995

Distritos	Notificações recebidas		Critérios Imprescind.	Critérios Impr+essenc	Critérios Impr+essen+Desej	Critérios Essenciais	Critérios Desejáveis
	Nº	%					
AVEIRO	39	6.8	26	2	0	3	7
BEJA	6	1.1	4	0	0	0	0
BRAGA	21	3.7	16	3	0	3	0
BRAGANÇA	1	0.2	1	0	0	0	0
C.BRANCO	23	4.1	15	3	0	4	4
COIMBRA	29	5.1	15	0	0	1	0
ÉVORA	19	3.4	7	0	0	1	3
FARO	23	4.1	15	0	0	0	4
GUARDA	20	3.5	7	5	0	9	0
LEIRIA	31	5.5	15	0	0	0	1
LISBOA	135	23.8	73	2	0	3	3
PORTALEG.	8	1.4	3	1	0	1	0
PORTO	55	9.7	32	1	1	3	3
SANTARÉM	16	2.8	13	2	0	2	0
SETÚBAL	75	13.2	43	2	1	4	19
V.CASTELO	2	0.4	2	0	0	0	0
V.REAL	15	2.6	11	3	0	4	2
VISEU	37	6.5	24	2	0	4	3
R.A.MADEIRA	12	2.1	6	0	0	1	2
TOTAL	567	100.0	328	26	2	43	51

Nota: A Região Autónoma dos Açores só envia dados no final do ano.

O quadro II dá-nos a panorâmica do nível de qualidade obtido pelas 567 notificações que constituíram a nossa população, indicando o número de distritos e de notificações em cada nível.

Quadro II - Distribuição dos distritos e notificações segundo o nível de qualidade

Critérios	Nº distritos	Nº de notificações	Nível de Qualidade
Todos (I,E,D)	2	2	Elevado
Todos (I,E)	11	26	Bom
Todos (I)	19	328	Médio
Só alguns	14	211	Baixo

I - imprescindíveis; E - essenciais; D - desejáveis.

Análise de algumas variáveis

Pela sua importância e pelos resultados obtidos, as variáveis AS e DG mereceram-nos uma análise mais detalhada.

Assim, para AS os resultados obtidos foram os seguintes:

- A média foi de 9,3 dias com um desvio-padrão de 9,41 dias;
- O mínimo foi zero e o máximo 106 dias;
- A moda foi zero;
- A mediana foi de 4 dias;

Verificaram-se ainda 37 notificações em que não foi possível calcular AS. No quadro III, encontra-se a distribuição das notificações segundo AS.

Quadro III - Distribuição das notificações segundo AS < 4 dias ou AS ≥ 4 dias

Notificações	AS		
	< 4 dias	≥ 4 dias	S/Registo
Nº (%)	207 (36.5)	323 (56.8)	37 (6.5)

Para DG obtivemos os seguintes resultados:

- A média foi de 8,2 dias com um desvio-padrão de 6,3 dias;
- O mínimo foi zero e o máximo foi 266 dias;
- A moda foi dois dias
- A mediana foi de 5.

No quadro IV, encontra-se a distribuição das notificações segundo DG.

Quadro IV - Distribuição das notificações segundo DG < 5 dias ou DG ≥ 5 dias

Notificações	DG	
	< 5 dias	≥ 5 dias
Nº (%)	257 (45.3)	310 (54.7)

CONCLUSÕES

→ O objectivo foi atingido, como se pode verificar pelos níveis de qualidade obtidos pelas notificações:

- 0,35 % obtiveram um **elevado nível de qualidade**;
- 4,59 % obtiveram um **bom nível de qualidade**;
- 57,85 % obtiveram um **nível médio de qualidade**;
- 37,21 % obtiveram um **baixo nível de qualidade**.

→ Em relação aos distritos envolvidos:

- Dois distritos obtiveram, embora com uma única notificação em cada, um elevado nível de qualidade tendo também, algumas notificações com bom e médio nível de qualidade.
- Onze distritos conseguiram em 26 notificações, um bom nível de qualidade.

- Todos os distritos obtiveram em 328 notificações, um nível médio de qualidade.

→ O máximo de dias decorridos entre a data da notificação e o conhecimento da Autoridade de Saúde foi de 106 e o mínimo foi zero.

→ O máximo de dias decorridos entre o conhecimento da Autoridade de Saúde e a chegada das notificações à Direcção-Geral da Saúde foi de 266 dias e o mínimo foi zero.

Os resultados deste estudo podem ter sido prejudicados pelo período (início do ano) em que foi efectuado. É normalmente nesta época, que os Centros de Saúde fazem revisões aos ficheiros e talvez por isso, se tenha encontrado um grande número de notificações com um intervalo demasiado longo entre a data da notificação e o conhecimento da Autoridade de Saúde e entre este e a chegada à DG.

O período escolhido pode parecer não ter sido o mais indicado mas, pareceu-nos ser o mais neutro, na medida em que não era nem período epidémico ou de surtos nem tão pouco, período alto de sazonalidade de algumas doenças o que poderia enviesar os resultados da nossa pesquisa.

Os resultados podem ainda ter sido afectados, pelas modificações operadas na reorganização das Autoridades de Saúde.

SUGESTÕES

Pelos resultados apresentados, parece-nos importante que:

- As Autoridades de Saúde em geral e todos os médicos em particular, se debrucem um pouco mais sobre os objectivos da notificação das Doenças de Declaração Obrigatória e invistam na melhoria dos circuitos da informação e na qualidade dos dados fornecidos.
- As Autoridades de Saúde, como entidades responsáveis, se empenhem e alertem os médicos notificadores para a necessidade de produzir uma informação correcta e atempada, para que possa ser eficaz.
- Os médicos tentem uma maior participação e envolvimento na notificação das DDO não só em períodos epidémicos ou de surto.
- Se promova uma maior retroinformação junto dos médicos, fazendo circular relatórios mensais, trimestrais e anuais ou sempre que a situação o justifique.
- Haja uma tomada de consciência não só em relação à promoção mas também, em relação à garantia da qualidade do desempenho de cada um.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. JACQUERYE, Agnès - "Guide d'évaluation de la qualité des Soins Infirmiers". Paris, 1983. Le Centurion.
2. VUORI, H.V. - "L'assurance de la qualité des prestations de Santé - concepts et méthodes". Genève, 1984. OMS.

MORTALIDADE INFANTIL, NEONATAL, FETAL E PERINATAL

Teresa Amaral Martins*

Com a informação disponível para 1994, relativa a mortalidade infantil, neonatal, perinatal e respectivas componentes, elaborou-se o quadro I que fornece uma panorâmica do País nessa área, através das Regiões de Saúde do Continente e das Regiões Autónomas.

Uma leitura rápida, tendo como referência os valores calculados para o País, permite constatar:

- A Região de Saúde do Alentejo apresenta, para todas as taxas indicadas, valores que lhe são superiores. No entanto, a Sub-Região de Saúde de Beja, pelo contrário, detém, para a quase totali-

dade dos mesmos indicadores, valores inferiores ao padrão considerado;

- À Região de Saúde do Centro correspondem taxas que lhe são inferiores ou pelo menos, iguais;

- A Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, apesar de possuir uma taxa de mortalidade infantil mais baixa, detém para a mortalidade perinatal um valor ligeiramente superior ao atribuído ao País;

- Nas restantes Regiões de Saúde, para as taxas referenciadas, foram obtidos resultados ora superiores ora inferiores aos valores-padrão.

QUADRO I
MORTALIDADE INFANTIL E PERINATAL E SUAS COMPONENTES - 1994

REGIÕES	NADOS VIVOS	Nº DE ÓBITOS					NV+ FM 28s	TAXAS DE MORTALIDADE					
		INFANT	NN	POS NN	NN PREC	FET 28s		INFANT **	NN **	POS NN**	NN PREC**	FETAL 28s***	PER 28s***
PORTUGAL*	109227	865	516	349	370	638	109851	7.9	4.7	3.2	3.4	5.8	9.2
CONTINENTE	102223	799	471	328	338	592	102815	7.8	4.6	3.2	3.3	5.8	9.0
NORTE	37487	311	184	127	120	199	37686	8.3	4.9	3.4	3.2	5.3	8.5
Braga	10622	81	46	35	27	56	10678	7.6	4.3	3.3	2.5	5.2	7.8
Bragança	1224	13	7	6	5	7	1231	10.6	5.7	4.9	4.1	5.7	9.7
Porto	21049	170	101	69	66	115	21164	8.1	4.8	3.3	3.1	5.4	8.6
V.Castelo	2407	23	15	8	13	12	2419	9.6	6.2	3.3	5.4	5.0	10.3
V.Real	2185	24	15	9	9	9	2194	11.0	6.9	4.1	4.1	4.1	8.2
CENTRO	23786	175	100	75	80	135	23921	7.4	4.2	3.2	3.4	5.6	9.0
Aveiro	7859	60	31	29	25	49	7908	7.6	3.9	3.7	3.2	6.2	9.4
C.Branco	1716	16	11	5	9	19	1735	9.3	6.4	2.9	5.2	11.0	16.1
Coimbra	4042	25	18	7	13	17	4059	6.2	4.5	1.7	3.2	4.2	7.4
Guarda	1522	10	6	4	6	6	1528	6.6	3.9	2.6	3.9	3.9	7.9
Leiria	4398	31	18	13	16	23	4421	7.0	4.1	3.0	3.6	5.2	8.8
Viseu	4249	33	16	17	11	21	4270	7.8	3.8	4.0	2.6	4.9	7.5
L.V.TEJO	33484	250	150	100	108	210	33694	7.5	4.5	3.0	3.2	6.2	9.4
Lisboa	21818	174	97	77	69	143	21961	8.0	4.4	3.5	3.2	6.5	9.7
Santarém	3935	29	19	10	13	14	3949	7.4	4.8	2.5	3.3	3.5	6.8
Setúbal	7731	47	34	13	26	53	7784	6.1	4.4	1.7	3.4	6.8	10.1
ALENTEJO	3822	34	21	13	17	23	3845	8.9	5.5	3.4	4.4	6.0	10.4
Beja	1293	8	3	5	3	6	1299	6.2	2.3	3.9	2.3	4.6	6.9
Évora	1456	17	11	6	8	12	1468	11.7	7.6	4.1	5.5	8.2	13.6
Portalegre	1073	9	7	4	6	5	1078	8.4	6.5	1.9	5.6	4.6	10.2
ALGARVE	3644	29	16	13	13	25	3669	8.0	4.4	3.6	3.6	6.8	10.4
R.A. AÇORES	3654	30	23	7	15	28	3682	8.2	6.3	1.9	4.1	7.6	11.7
R.A. MADEIRA	3336	36	22	14	17	18	3354	10.8	6.6	4.2	5.1	5.4	10.4

Legenda: INFANT- NFANTIL; PREC-PRECOCE; FET-FETAL; NV-NADOS VIVOS; NN-NEONATAL; FM-FETOS MORTOS; PER-PERINATAL; 28s-28 E MAIS SEMANAS.

*Inclui os casos de residência ignorada. **por 1000 nados vivos. ***por 1000 (NV + FM de 28s)

* Assessora Principal - Divisão de Epidemiologia e Bioestatística
Direcção-Geral da Saúde

DOENÇAS DE DECLARAÇÃO OBRIGATÓRIA
Casos notificados no 2º trimestre de 1994 e 1995*
PORTUGAL (excepto Açores)**

DOENÇAS	Código OMS CID-9	CASOS DECLARADOS 2º Trimestre		CASOS ACUMULADOS 2º Trimestre		MEDIANA 1992-1994		ÍNDICE EPIDÉMICO(1)	
		1995	1994	1995	1994	2º Trim.	Acum.	2º Trim	Acum.
D. infec. intestinais									
febres tif. e paratifóide	002	89	89	171	148	82	148	1.09	1.16
outras salmoneloses	003	69	89	76	101	48	64	1.44	1.19
shigelose	004	1	0	5	4	1	4	1.00	1.25
amebíase	006	1	2	1	5	1	1	1.00	5.00
Zoonoses por bactérias									
brucelose	023	339	430	580	758	430	735	0.79	0.79
Outras doenças bacterianas									
doença de Hansen	030	5	2	7	31	2	3	2.50	2.33
tosse convulsa	033	5	3	6	4	7	10	0.71	0.60
escarlatina	034.1	141	149	229	265	149	265	0.95	0.86
meningite meningocócica	036.0	22	47	65	93	47	107	0.47	0.61
outras inf.meningocócicas	036	10	20	36	41	20	42	0.50	0.86
tétano (exclui tét.neonatal)	037	7	6	12	13	7	14	1.00	0.86
D. por virus com exantema									
sarampo	055	64	1435	103	3028	223	349	0.29	0.30
rubéola (exc.rub.cong.)	056	70	275	89	433	275	433	0.25	0.21
Outras doenças por virus									
hepat. por virus A	070.0-070.1	66	189	166	298	189	329	0.35	0.50
hepat. por virus B	070.2-070.3	200	297	486	587	297	587	0.67	0.83
hepat.out.virus esp.	070.4-070.5	106	7	111	12	7	8	15.14	13.88
hepat.por virus C		103	116	247	212	98	147	1.05	1.68
hepat.p/virus n/esp.	070.6-070.9	13	27	24	63	52	110	0.25	0.22
parotidite	072	813	549	1113	969	276	518	2.95	2.15
Rickettsioses e outras doenças transmitidas por artrópodes									
febre escaro-nodular	082.1	86	106	120	150	106	150	0.81	0.80
outras rickettsioses	080	9	14	17	17	14	17	0.64	1.00
malária (casos importad)	084	23	16	45	27	12	22	1.92	2.05
leishmaníase	085	6	8	9	16	5	10	1.20	0.90
Sífilis e outras d. venéreas									
sífilis precoce sintom.	091	33	28	61	60	38	60	0.87	1.02
sífilis precoce latente	092	12	26	29	55	12	26	1.00	1.12
infecções gonocócicas	098	16	11	31	36	53	81	0.30	0.38
linfogran. venéreo	099.1	1	2	2	2	2	2	0.50	1.00
Outras d. provocadas p/ espiroq.									
leptospirose	100	3	0	10	23	0	2	0.00	0.83
Helminthíases									
hidatidose	122	7	5	15	5	6	12	1.40	3.00
Tuberculose									
pulmonar e ap.resp.	011-012	888	770	1554	1377	0	0	0.00	0.00
menígea e do SNC	013	15	10	26	28	0	0	0.00	0.00
miliar	018	12	18	28	28	0	0	0.00	0.00

* os dados relativos a 1995 são provisórios em 95.07.12.

** os dados da Reg. Autónoma dos Açores só se encontram disponíveis por anos;

- só se indicam as doenças relativamente às quais houve casos notificados.

(1) Índice epidémico é a razão entre os casos notificados num determinado período e os casos que se esperam (mediana do triénio anterior) para o mesmo período.

Valores: ≤ 0,75 – baixo; 0,76 - 1,24 – normal; ≥ 1,25 – alto.

DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE
DIRECÇÃO DE SERVIÇOS DE EDUCAÇÃO E PROMOÇÃO DA SAÚDE

Alameda D. Afonso Henriques, 45
 1056 LISBOA Codex

Tel. 847 55 15
 Fax: 847 68 39

COMPOSIÇÃO E IMPRESSÃO:
 PENTAEDRO, PUBLICIDADE E ARTES GRÁFICAS, LDA.
 PTA. DA REPÚBLICA, LOJA B, PÓVOA DE STO. ADRIÃO – 2675 ODIVELAS
 JULHO/95
 2000 EXEMPLARES
 DEPÓSITO LEGAL 59272/92
 ISSN 0871-0813

As opiniões expressas pelos autores são da sua exclusiva responsabilidade e não reflectem necessariamente os pontos de vista da DGS

Autorizada a reprodução total ou parcial de figuras e texto sem autorização prévia, desde que sejam referidas a fonte e o autor