

# saúde em números

OUTUBRO 95

VOLUME 10 N.º 4

## SUMÁRIO

- 25 INVESTIGAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DE UM SURTO DE PAROTIDITE NO CONCELHO DE LEIRIA  
28 NECESSIDADES DE VACINAÇÃO DE UMA POPULAÇÃO ESCOLAR  
32 DOENÇAS DE DECLARAÇÃO OBRIGATÓRIA

## INVESTIGAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DE UM SURTO DE PAROTIDITE NO CONCELHO DE LEIRIA

Rui Passadouro\* Ana Silva\* Odete Mendes\* Correia Lopes\*\*

### INTRODUÇÃO

A parotidite é uma doença transmissível causada pelo vírus da parotidite, um *Paramyxovirus*, caracterizada por febre, edema das parótidas, ou de outras glândulas salivares em 10% dos casos. Afecta, sobretudo, crianças em idade escolar ou adolescentes jovens. A orquite, uma das principais complicações, é rara antes da puberdade e ocorre em 20 a 30% dos homens que contraíam a doença, nessa fase de desenvolvimento. A ooforite ocorre em 5% das jovens adolescentes que contraem a doença, sendo a infertilidade uma sequela rara<sup>(1)</sup>. Outras complicações menos frequentes são a meningite, 1 a 10%, a pancreatite, 5%, e a encefalite, 0,02%. Um terço das infecções ocorrem de forma sub-clínica<sup>(1,2)</sup>. O Homem é o único reservatório conhecido do vírus, não se conhecen-

do portadores crónicos. A doença é transmitida por contacto com a saliva ou secreções de uma pessoa infectada<sup>(1,2)</sup>.

Antes da implementação da imunização contra a parotidite esta doença ocorria em 90% dos casos em crianças com menos de 14 anos. Após a imunização, a incidência baixou 95% nos Estados Unidos<sup>(3)</sup>. A eficácia da vacina calculada inicialmente em 90%<sup>(4)</sup> foi contestada no final da década de 80, estimando-se actualmente que a susceptibilidade pós-vacinal seja de 10 a 25%<sup>(5,6)</sup>.

A inclusão da vacina contra a parotidite no Plano Nacional de Vacinação ocorreu em 1987<sup>(7)</sup>, sendo a doença de notificação obrigatória desde esse ano.

A taxa de incidência no Continente, de 1988 a 1994, variou de 6,5 a 24,7/100000. No mesmo período oscilou entre 5,6 e 60,3/100000, no Concelho de Leiria e entre 11,5 e 54,6/100000 no Distrito de Leiria (Figura 1). Admite-se que haja uma sub-notificação, já que em Espanha, e no mesmo período, a incidência foi em média de 275/100000<sup>(8)</sup>. Nos Estados Unidos, nos anos de

(\*) Assistente da Carreira Médica de Saúde Pública no Centro de Saúde de Leiria Dr. Arnaldo Sampaio

(\*\*) Enfermeira Graduada do Centro de Saúde de Leiria Dr. Arnaldo Sampaio

1982-1990, a incidência média foi de 2/100000(9), estimando-se que a notificação corresponde apenas 6 a 8% dos casos(10).



Fonte: Serviço de Planeamento e Estatística da Sub-Região de Saúde de Leiria

Figura 1 - Taxa de incidência da Parotidite no Concelho de Leiria, no Distrito e no Continente (/100000 hab)

Nos meses de Novembro e Dezembro de 1994 verificou-se no Concelho de Leiria um aumento súbito de notificações de Parotidite, à custa de um surto numa escola C+S. Foram notificados, durante o ano de 1994, 63 casos de parotidite, 58 dos quais correspondendo a alunos da referida escola e os restantes 5 a casos ocorridos na comunidade. Constatou-se que o número de doentes conhecidos na escola era superior ao número de casos de parotidite notificados e que grande parte dos casos tinham sido previamente vacinados, o que desde logo envolveu esforços no sentido de confirmar os diagnósticos clínicos. Foram feitas colheitas de sangue a alguns dos casos clínicos para diagnóstico serológico. Fizeram-se também colheitas do exsudado da nasofaringe, para tipificação do vírus.

O presente estudo, que decorreu de Dezembro de 1994 a Janeiro de 1995, desenvolveu-se com a finalidade de caracterizar os casos de doenças segundo a residência, sexo, idade e estado vacinal prévio à parotidite.

## OBJECTIVOS

1. Confirmar o diagnóstico de parotidite;
2. Determinação da taxa de ataque de parotidite entre os vacinados com a vacina da parotidite;
3. Determinar a taxa de ataque de parotidite entre os não vacinados com a vacina da parotidite;
4. Determinar a percentagem de alunos, a frequentar a referida escola, não vacinados com a vacina da parotidite;
5. Quantificar a sub-notificação da parotidite relativa ao surto ocorrido.

## METODOLOGIA

A população objecto do estudo foi constituída por todos os casos de parotidite ocorridos numa escola C+S do Concelho de Leiria durante os meses de Novembro e Dezembro de 1994, num total de 106 casos. Foram consultadas as fichas do arquivo de vacinação de todos os casos e recolhidos os dados sobre a idade, sexo, residência, data do diagnóstico da doença e estado vacinal prévio face à parotidite. Foi ainda verificado o estado vacinal de todos os alunos matriculados no estabelecimento de ensino onde se verificou o surto de parotidite, com o objectivo de comparar o número de casos de parotidite entre alunos vacinados e não vacinados.

Foi feita pelo laboratório de virologia do INSA a confirmação serológica, recorrendo à titulação de IgG e IgM, através do método de ELISA em 13 dos casos de parotidite, seleccionados aleatoriamente do total de casos conhecidos na escola. Em 3 dos 13 casos seleccionados, procedeu-se também ao isolamento do vírus em cultura celular, no mesmo laboratório.

## RESULTADOS

O surto de parotidite atingiu 106 dos 571 alunos que a frequentavam a escola, a que corresponde uma taxa de ataque de 18,6%. A taxa de ataque entre os alunos vacinados foi de 13,8% e entre os não vacinados de 25,5% (Quadro I).

Dos 106 casos de parotidite identificados 57 ocorreram no sexo masculino e 49 no feminino. A idade média foi de 12,7 anos, com um mínimo de 10 e um máximo de 20 anos. As idades mais frequentes foram os 11, 12 e 13 anos com 26, 23 e 29 casos, respectivamente.

Foram notificados à Autoridade de Saúde de Leiria 58 dos 106 casos de parotidite identificados na escola, a que corresponde uma percentagem de notificação de 54,7%.

Dos alunos que frequentavam a escola (571), 340 tinham recebido pelo menos uma dose da vacina anti-parotidite e 231 não tinham sido vacinados (Quadro I).

Quadro I - Taxa de ataque e teste de significância estatística

	N.º (%)	Doentes	Não doentes	Taxa ataque
Vacinados	340 (59,5%)	47	293	13,8 %
Não vacinados	231 (40,5%)	59	172	25,5 %
TOTAL	571 (100%)	106	465	18,6 %

$$\chi^2 = 11,729 \quad p = 0,00061$$

Relativamente aos casos de parotidite não tinham sido vacinados 59, mas 47 tinham recebido pelo menos uma dose da vacina (Quadro I).

Residiam na freguesia de Amor 72 casos (67,9%) e na de Monte Real 18 casos (17%). Dos restantes 16 casos (15%), 7 residiam na freguesia de Regueira de Pontes, 7 na de Carvide e 2 na de Ortigosa.

Foi possível fazer o diagnóstico serológico de parotidite recente em 12 dos 13 soros colhidos. Um dos soros revelou infecção antiga pelo vírus da parotidite.

O vírus da parotidite foi isolado em cultura celular, nas três colheitas de muco nasal efectuadas.

## DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

O diagnóstico de parotidite é habitualmente clínico<sup>(1)</sup>, no entanto o seu aparecimento em indivíduos previamente vacinados com a vacina anti-parotidite deve ser mais rigoroso, recorrendo à titulação de anticorpos ou isolamento do vírus em cultura celular<sup>(1)</sup>. O facto de 47 (44,3%) dos casos de parotidite terem ocorrido em indivíduos que tinham recebido, pelo menos uma dose da vacina anti-parotidite, levou a que os diagnósticos fossem confirmados laboratorialmente. Dos 106 casos ocorridos na escola C+S seleccionaram-se 13 (12,5%) aos quais foi colhida uma amostra de sangue para titulação de IgM e IgG. Em 12 amostras confirmou-se o diagnóstico de parotidite epidémica recente. Uma das amostras revelou infecção antiga pelo vírus. Este caso poderá traduzir erro de diagnóstico, no entanto algumas dúvidas poderão surgir, já que após a cura clínica os anticorpos IgM baixam, podendo não ser doseáveis um mês após a doença<sup>(1)</sup>. Uma vez que o estudo se desenvolveu durante dois meses, é possível que a amostra a que corresponde este caso de parotidite já não tivesse anticorpos da fase aguda em níveis doseáveis.

O isolamento do vírus em cultura celular e posterior estudo em microscopia electrónica confirmou, objectivamente o diagnóstico de parotidite epidémica.

A taxa de ataque de parotidite entre os vacinados foi de 13,8%, sendo nos não vacinados de 25,5%, facto que desde logo traduz um benefício real da vacinação, já que esta diferença é estatisticamente significativa ( $p < 0,00061$ ). A taxa de ataque de parotidite entre os vacinados (13,8%) situa-se entre os valores apontados para a susceptibilidade pós-vacinal para a parotidite<sup>(6,6)</sup>, no entanto, pôs-se a hipótese da susceptibilidade pós-vacinal encontrada ser devida, em parte, à inactivação da vacina por deficiente transporte e armazenamento.

A taxa de ataque entre os não vacinados (25,5%) foi cerca de quatro vezes inferior à apontada por outros estudos, também em casos de surtos de

parotidite<sup>(6,11)</sup>. Este facto poderá ser explicado pela eventual imunidade prévia de alguns alunos na sequência de parotidite anterior ao surto e que tenha passado despercebida. Poderá dever-se também, embora seja pouco provável, à menor exposição dos não vacinados ao vírus.

Verificou-se, através da revisão dos ficheiros de vacinação, que cerca de 40,5% dos alunos não tinham sido vacinados contra a parotidite, facto que desde logo levanta dúvidas sobre a eficácia do método usado para controlo de crianças vacinadas. O facto de, até à data do surto, se vacinarem com a VASPR, aos 11-12 anos, as crianças previamente vacinados só contra o Sarampo, poderá explicar parcialmente alguns não vacinados. Mas sendo a idade média dos alunos superior a 12 anos, alguns ficam por explicar.

A descentralização das actividades de vacinação, pelas extensões de saúde, a maioria delas dispondo só de um médico, um enfermeiro e um administrativo, leva a que aumente a probabilidade de haver profissionais de saúde menos motivados para a vacinação, descurando o controle eficaz e continuado dos ficheiros de vacinação. Sobretudo os enfermeiros, têm que repartir o seu tempo por múltiplas actividades, correndo o risco de privilegiar as de prestação de cuidados, protelando as de índole preventiva.

A realização do presente estudo veio confirmar as fortes suspeitas da sub-notificação das doenças de notificação obrigatória, mesmo tratando-se de um surto. Dos casos conhecidos de parotidite ocorridos na escola foram notificados apenas 54,7%. Sabe-se que é possível o controle deste tipo de surtos com a administração da vacina anti-parotidite logo que aparecem os primeiros casos<sup>(6,11)</sup>. A sub-notificação e a detecção tardia do presente surto inviabilizaram essa medida. Reforça-se a ideia do estabelecimento de sistemas de vigilância epidemiológica que permitam uma rápida e eficiente transmissão da informação.

Após conclusão do presente estudo e na tentativa de diminuir o número de não vacinados passaram a vacinar-se com a VASPR todas as crianças com mais de cinco anos a quem tivesse sido administrada apenas a vacina do sarampo. No sentido de melhorar os desempenhos no controlo dos ficheiros de vacinação e nas técnicas de manuseamento das vacinas, foi levada a efeito uma acção de formação que envolveu todo o pessoal de enfermagem do Centro de Saúde, versando o tema da vacinação.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Stein JH, editor: Internal Medicine, ed.4ª, St. Louis, 1994, Mosby.

2. Benenson A. Control of Communicable Diseases in Man, 15ª edição, Washington, American Public Health Association, 1990.
3. Weibel RE, Stokes JJ, Buynak EB. Live attenuated mumps-virus vaccine Clinical and serologies aspects in a field evaluation 3. N Engl J Med 1967; 276: 245-251.
4. Hilleman MR, Weibel RE, Buynak EB. Live attenuated mumps-virus vaccine 4. Protective efficacy as measured in a field evaluation 4. N Engl J Med 1967; 276: 252-258.
5. Farley RK, Bart S, Stetler H. Clinical Mumps vaccine efficacy. Am J Epidemiol 1985; 121: 593-597.
6. Bescós JG, Marín MP, Colás VG, Sá MP, Monzón FA. La parotiditis en época posvacunal. Patrón epidemiológico y efectividad vacunal en un brote epidémico. Med Clin (Barc) 1992; 99: 281-285
7. Ministério da Saúde, Portaria nº 148/87 de 4 de Março.
8. Pena AA. Es prevenible la parotiditis en España?. Med Clin (Barc) 1992; 99: 300-302.
9. Centers for Disease Control, Summary of notifiable diseases, United States 1990. MMWR 1990; 39:53.
10. Falk W, Buchan K, Dow M, Garson J, Hill E, Nosal M et al. The epidemiology of mumps in Southern Alberta, 1980-1982. Am J Epidemiol 1989; 130: 736-749.
11. Rothman KJ. Epidemiologia Moderna. Madrid, Ediciones Diaz de Santos, S.A., 1987.

## NECESSIDADE DE VACINAÇÃO DE UMA POPULAÇÃO ESCOLAR

Manuel Garcia Vazquez\*      Laura Sousa\*\*

### INTRODUÇÃO

Os **Programas de Saúde** dirigidos a grupos de indivíduos e/ou populações continuam a ser uma das opções estratégicas de gestão das Administrações Regionais de Saúde, nomeadamente da Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo. (1)

Os programas de saúde são definidos com a finalidade de atingir objectivos determinados em relação a um problema de saúde identificado. (2)

O conceito de problema de saúde confunde-se com o de necessidade, havendo mesmo autores que os definem aparentemente como sinónimos. Recentemente alguns autores definiram o **Problema de Saúde** como um estado de saúde considerado deficiente pelo indivíduo, pelo médico ou pela comunidade. (2)

A **Necessidade de Saúde** exprime um desvio ou alteração entre o estado considerado óptimo, definido de forma normativa, e o estado actual ou presente. (2)

Na nossa interpretação, compartilhada por Pineault e Daveluy, a necessidade representa o conjunto de meios e métodos para resolver um problema identificado. A necessidade de saúde implica na generalidade dos casos prestação de serviços e esta mesma necessidade nem sempre pressupõe problemas no momento. Alguns exemplos práticos são citados na prestação de cuidados de saúde do ambulatório: uma Grávida pressupõe cuidados de vigilância pré-natal, um Recém-Nascido necessita cuidados de vigilância de saúde infantil, uma Criança necessita de administração de vacinas com a finalidade de proporcionar ambientes favoráveis ao estado de saúde considerado óptimo.

Neste estudo apresentamos o conceito de "**necessidades de vacinação de uma população escolar**" definidas como o que se torna necessário para que este grupo mantenha a sua saúde numa perspectiva normativa, neste caso de imunização activa/vacinação.

A **necessidade normativa** é definida na taxonomia de Bradshaw (2) como a que é criada pelo perito, pelo técnico de saúde ou o administrador de saúde em relação a uma determinada norma desejável. Neste mesmo conceito e tal como no nosso estudo, o grupo populacional

(\*) Assistente de Clínica Geral

(\*\*) Enfermeira - Centro de Saúde de Odívetas

(jovens escolarizados) em *estado de necessidade* corresponde aos que *não respondem a uma determinada norma (vacinação)*.

As *doenças infecto-contagiosas* em todos os países, incluindo Portugal, continuam a ter uma expressão qualitativa e quantitativa que nos permitem algumas apreciações sobre o estado de saúde/doença de uma comunidade.(2)

Doenças como *o tétano, o sarampo, a rubéola, as hepatites e outras* continuam a ter expressão em Portugal,(3) mantendo-se com regularidade as notificações obrigatórias destas doenças por todos os clínicos.(4;5;6)

Poderemos considerar como *indicador de saúde* não só o *estado de morbi-mortalidade (taxa de incidência de determinada doença, taxa de prevalência e taxa de mortalidade)*, mas também a *taxa de cobertura vacinal* de uma comunidade, nomeadamente para as doenças atrás citadas e para as quais existem disponíveis, acessíveis e gratuitas "*as Vacinas*".(7;8)

Os "casos-incidência" destas doenças serão os problemas identificados com eventual perspectiva de solução com a imunização activa/vacinação instituídos em norma como necessidade (7;8).

Acreditamos que os Serviços de Vacinação das várias unidades de saúde em Portugal mantêm uma imunização activa dos utentes, acessível e disponível e, com o devido preenchimento dos vários suportes de informação com especial destaque o Boletim Individual de Saúde.

A actividade vacinação habitualmente feita por profissionais de saúde habilitados pressupõe um cumprir de normas, de conservação desses produtos (vacinas), respeito de doses, seguir directivas sobre o calendário vacinal e muitas outras que não vamos avaliar neste estudo.

Um dos programas de saúde implementado nalguns centros de saúde foi o "*Programa de Saúde Escolar*". (1)

Uma das grandes finalidades do Programa de Saúde Escolar, em termos do Centro de Saúde de Odivelas na Sub-Região de Saúde de Lisboa, é o de prevenir situações de risco ou problema de saúde que possam comprometer o bem-estar da população escolar, bem como o normal percurso escolar.(9)

Um dos objectivos do Plano de Actividades da Saúde Escolar do Centro de Saúde de Odivelas para o ano lectivo 1994/95 é:

**"...Promover a cobertura vacinal da população escolar através da verificação dos Boletins Individuais de Saúde e de Vacinação..."**

(Plano de Actividades 1994/95) (9)

## Finalidades e Objectivos do Estudo

As finalidades deste estudo foram:

- Sensibilizar um grupo populacional de alunos para a vacinação, nomeadamente para as vacinas previstas no Programa Nacional de Vacinação;
- Estimular os profissionais de saúde a manter os suportes de informação actualizados e com as anotações devidas, nomeadamente o Boletim Individual de Saúde;
- Estimular os profissionais de saúde a avaliar o impacto das suas actividades com destaque para a vacinação.

Uma das equipas de saúde escolar do Centro de Saúde de Odivelas levou a efeito um estudo descritivo numa das áreas da sua actuação com o objectivo:

- "*Identificação das necessidades de imunização activa, nomeadamente das vacinas integradas no Programa Nacional de Vacinação, dos jovens a frequentar duas escolas da área de intervenção da equipa de saúde escolar*"

## MÉTODOS

Foi feito um estudo descritivo transversal realizado aos alunos de duas escolas:

- *Escola EB 2.3 Arroja;*
- *Escola EB 2.3 Ramada.*

O *universo do estudo* foram todos os alunos que frequentavam o **2ºCiclo** (5ºe 6ºano) e **3ºCiclo** (7º,8º e 9ºano) durante o ano lectivo de 1994/95, num total de **1148 indivíduos**.

A *unidade de observação* foi cada *aluno* através do seu Boletim Individual de Saúde e de Vacinação.

O estudo realizou-se de **Outubro de 1994 a Março de 1995**.

Seleccionou-se uma *amostra aleatória de conveniência* por convite a todos os encarregados de educação, através dos professores directores de turma, a apresentar os Boletins Individuais de Saúde e de Vacinação dos seus educandos.

Foram presentes à equipa de saúde escolar **454** Boletins Individuais de Saúde e de Vacinação, correspondendo a uma *amostra de 39,6%* do universo.

Preencheu-se uma *matriz de registo* onde se anotaram os seguintes dados:

- Nome da Escola;
- Estado do Programa Nacional de Vacinação (PNV) "**Actualizado**" se vacina Anti-Tetânica (T), vacina Anti-Rubéola (VAR), vacina Anti-Sarampo (VAS) ou associação vacinal Anti-Sarampo, Anti-Papeira e Anti-Rubéola (VASPR) anotado no Boletim Individual de Saúde, como **acto vacinal realizado** segundo as orientações da Direcção Geral da Saúde (DGS);(8)
- Estado do Programa Nacional de Vacinação (PNV) "**Não Actualizado**" se vacina Anti-Tetânica (T), vacina Anti-Rubéola (VAR), vacina Anti-Sarampo (VAS) ou associação vacinal Anti-Sarampo, Anti-Papeira e Anti-Rubéola (VASPR) anotado no Boletim Individual de Saúde, como **acto vacinal não realizado** segundo as orientações da Direcção Geral da Saúde (DGS).(8)

Presumiu-se que bastava apenas uma das orientações da DGS não estar cumprida para o PNV ser considerado "Não Actualizado".

## RESULTADOS

Foram observados todos os Boletins Individuais de Saúde e de Vacinação dos alunos das duas escolas presentes à equipa de saúde escolar num total de 454 (39,6% do universo).

Foram identificados 204 Boletins com "**PNV Não Actualizado**", correspondendo a 44,9% da amostra dos alunos estudada e eventualmente com necessidades de imunização activa.

Foram identificados 250 Boletins com "**PNV Actualizado**", correspondendo a 55,1% da amostra estudada.

Apresenta-se no Quadro I a caracterização do PNV dos alunos por escola:

Quadro I – Caracterização do PNV dos alunos por Escola

Escola	PNV Actualizado	PNV Não Actualizado	Total
Escola EB 2.3 Ramada	229 (61,7%)	142 (38,3%)	371 (100%)
Escola EB 2.3 Arroja	21 (25,3%)	62 (74,7%)	83 (100%)
<b>TOTAL</b>	<b>250 (55,1%)</b>	<b>204 (44,9%)</b>	<b>454 (100%)</b>

454 Boletins Individuais de Saúde e de Vacinação analisados

## DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

Este estudo descritivo apresenta algumas **limitações** que foram assumidas pelo grupo de investigadores e das quais destacamos:

- A globalidade das necessidades de saúde podem ser mais vastas, no entanto o Programa de Saúde Escolar do Centro de Saúde de Odivelas incutiu nas equipas (Médicos e Enfermeiras) a necessidade de imunização activa como prioritária;
- Admitiu-se que o Serviço de Vacinação cumpriu as normas de conservação, administração e registos das vacinas com regularidade e em condições óptimas;
- O estudo não pretendeu quantificar "graus de cumprimento" do PNV, considerando apenas "actualizado" ou "não actualizado" na globalidade das vacinas previstas no momento do estudo;
- Excluiu-se a vacinação contra a Hepatite B em virtude do Centro de Saúde de Odivelas só muito recentemente ter disponível este recurso para a imunização activa dos jovens dos 11 aos 13 anos;
- A população de alunos não foi devidamente caracterizada por idade e sexo, visto que não foi previsto nos objectivos do estudo, facto que criou algumas limitações à análise dos resultados;
- O universo do estudo apenas contempla duas escolas, puramente por condições circunstanciais no local e temporalmente, futuramente pretende-se alargar o horizonte deste trabalho a todas as escolas;
- A amostra aleatória de conveniência (39,6%) apresentou grandes limitações, porém foi a forma elegante encontrada por consenso (Investigadores, Conselhos Directivos, Professores e Encarregados de Educação);
- Os resultados foram apresentados na globalidade da amostra em virtude do número restrito de dados disponíveis e pelo impacto desejável em ambas as escolas e não comparativamente, visto que os ambientes são semelhantes e a equipa trabalha regularmente com os dois grupos populacionais;
- Apenas se manteve um dos quadros de estratificação por escola estimulando uma melhor colaboração Escola/Saúde Escolar.

Como **conclusão** destacamos que habitualmente, as necessidades de vacinação de uma população mantêm-

-se satisfeitas nos jovens estudantes como foi o exemplo de 55,1% da amostra de alunos em estudo, no entanto neste trabalho foram identificados 44,9% dos Boletins Individuais de Saúde e de Vacinação analisados com vacinas "em atraso" (em estado de necessidade). Sugeriu-se **acções de informação sobre vacinas** dirigidas aos profissionais das escolas, encarregados de educação e alunos previstas para o próximo ano lectivo com o objectivo de actualização futura do Programa Nacional de Vacinação dos jovens educandos e uma maior disponibilidade de recursos para operacionalizar as actividades de imunização activa.

### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Ministério da Saúde. Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo. Programas de Saúde 1995. Lisboa 1995;
- (2) Pineault R, Daveluy C. La Planificación Sanitária. Cap2 La Determinación de Necesidades. Masson,S.A. Barcelona 1987;
- (3) Botelho JS, Dias JA, Motta LC. Atlas da Mortalidade Evitável em Portugal 1980-89. DEPS, Lisboa 1993;
- (4) Portaria nº18143/60 de 21 de Dezembro;
- (5) Portaria nº766/86 de 26 de Dezembro;
- (6) Portaria nº148/87 de 4 de Março;
- (7) Direcção Geral dos Cuidados de saúde Primários. Programa Nacional de Vacinação. Orientações Técnicas. Lisboa 1991;
- (8) Direcção Geral da Saúde. Circ Normativa nº15/DSDT de 27/9/94;
- (9) Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo. Sub-Região de Saúde de Lisboa. Centro de Saúde de Odivelas. Plano de Actividades de Saúde Escolar e Saúde Oral. Anos 1994/95/96/97. Odivelas 1995.

### SAÚDE EM NÚMEROS – Normas de Publicação

O Boletim "Saúde em Números" publica artigos de índole epidemiológica, cujo conteúdo científico, técnico ou clínico, possa contribuir para um melhor conhecimento da ocorrência e distribuição das doenças e seus factores de risco, tendo em vista a sua utilização no âmbito de programas e acções, nomeadamente a nível dos Cuidados de Saúde.

O material enviado para publicação deve respeitar as seguintes normas:

1. Serem originais e redigidos em língua portuguesa.
2. Não ultrapassar seis páginas A4 (incluindo texto, gravuras e referências bibliográficas), dactilografadas a dois espaços.
3. Limitar o uso de abreviaturas às que são universalmente aceites, ou se necessário às indicadas no texto.
4. Quadros e figuras em folhas separadas, seriadas por números romanos nos quadros e números árabes nas figuras e assinaladas no texto quanto à sua inclusão.
5. Dever-se-á privilegiar a representação gráfica, sobretudo quando esta permita uma mais fácil descrição do fenómeno ou ideia que se pretende transmitir.
6. Referências bibliográficas, por ordem de citação no texto e obedecendo aos requisitos gerais constantes das normas de Vancouver, com os seguintes elementos essenciais:
  - autor(es)
  - título do artigo
  - título da publicação ou edição
  - ano da publicação
  - número do volume
  - página, ou primeira e última páginas do artigo referido

ex. Falcão J M. "Médicos-Sentinela" – 9 passos em frente. Saúde em Números 1990; 5 (3): 17-21.
7. Os artigos que não se ajustem à índole do boletim, ou pelo seu carácter ou linguagem, se tornem restritos a um pequeno número de leitores, não serão publicados.

Os artigos para publicação deverão ser enviados para:

**Divisão de Epidemiologia e Bioestatística  
Direcção-Geral da Saúde  
Alameda D. Afonso Henriques N.º 45-7.º andar  
1056 LISBOA CODEX**

**DOENÇAS DE DECLARAÇÃO OBRIGATÓRIA\***  
**Casos notificados no 3.º trimestre de 1994 e 1995\*\***  
**PORTUGAL (excepto Açores)\*\*\***

DOENÇAS	Código OMS CID - 9	CASOS DECLARADOS 3.º Trimestre		CASOS ACUMULADOS 3.º Trimestre		MEDIANA 1992-1994		ÍNDICE EPIDÉMICO®	
		1995	1994	1995	1994	3.º Trim.	Acum.	3.º Trim.	Acum.
<b>D. infec. intestinais</b>									
febres tif. e paratífóide	002	119	100	298	248	100	248	1.19	1.20
outras salmoneloses	003	44	75	149	176	75	126	0.59	1.18
shigelose	004	14	6	21	10	6	10	2.33	2.10
amebíase	006	3	1	4	6	1	5	3.00	0.80
<b>Zoonoses por bactérias</b>									
brucelose	023	195	267	807	1025	267	999	0.73	0.81
<b>Outras doenças bacterianas</b>									
tosse convulsa	033	5	10	12	14	7	17	0.71	0.71
escarlatina	034.1	64	58	332	323	51	323	1.25	1.03
inf. mening. (excl. 036.0)	036	11	10	44	51	10	56	1.10	0.79
meningite meningocócica	036.0	5	27	79	120	27	143	0.19	0.55
tétano (exclui tét. neonat.)	037	7	10	21	23	10	23	0.70	0.91
<b>D. por vírus com exantema</b>									
sarampo	055	66	152	175	3180	39	374	1.69	0.47
rubéola (exc. rub. cong)	056	23	75	115	508	75	508	0.31	0.23
<b>Outras doenças por vírus</b>									
hepatite vírus A	070.0-070.1	60	103	235	401	115	456	0.52	0.52
hepatite vírus B	070.2-070.3	204	218	744	806	218	806	0.94	0.92
hepatite vírus C		79	81	338	303	91	238	0.87	1.42
hepatite p/out. vírus esp.	070.4-070.5	7	0	16	12	1	10	7.00	1.60
hepatite por vírus n/esp.	070.6-070.9	8	27	16	90	29	90	0.28	0.39
parotidite	072	414	241	1567	1210	139	657	2.98	2.39
<b>Rickettsioses e outras doenças transmitidas por artrópodes</b>									
rickett (excl. 082.1)	080-083	15	22	32	39	22	39	0.68	0.82
febre escaro-nodular	082.1	571	413	695	563	544	664	1.05	1.05
malária (casos importados)	084	19	28	70	55	19	41	1.00	1.71
leishmaníase	085	4	3	14	19	5	19	0.80	0.74
<b>Sífilis e outras doenças venéreas</b>									
sífilis precoce sintom.	091	26	21	91	81	26	89	1.00	1.02
sífilis precoce latente	092	15	17	50	72	17	48	0.88	1.04
infecções gonocócicas	098	12	22	44	58	31	112	0.39	0.39
cancro mole	099.0	1	2	1	4	2	4	0.50	0.25
linfogran. venéreo	099.1	1	0	3	2	0	2	-	1.50
<b>Outras d. provocadas por espiroquetas</b>									
leptospirose	100	6	6	19	29	9	21	0.67	0.90
<b>Helmintíases</b>									
hidatidose	122	7	3	22	8	3	8	2.33	2.75
<b>Tuberculose</b>									
pulmonar e ap. resp.	011-012	807	859	2361	2197	(ii)	(ii)	(ii)	(ii)
meníngea e do SNC	013	9	11	35	29	(ii)	(ii)	(ii)	(ii)
miliar	018	10	22	38	47	(ii)	(ii)	(ii)	(ii)

\* apenas se indicam as doenças relativamente às quais houve casos notificados no trimestre em referência.

\*\* os dados relativos a 1995 são provisórios em 12 Out 95.

\*\*\* os dados relativos à Reg. Autónoma dos Açores, só se encontram disponíveis por anos.

(i) 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:  $\leq 0,75$  - baixo;  $0,76 - 1,24$  - normal;  $\geq 1,25$  - alto.

(ii) Dados não disponíveis.

**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  
 JANEIRO/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