

saúde em números

JANEIRO 95

VOLUME 10 N.º 1

SUMÁRIO

- 1 NEOPLASIAS DA CAVIDADE ORAL
– Análise univariada de alguns dos principais factores de risco
- 4 MORTALIDADE POR CAUSAS EXTERNAS NA ADOLESCÊNCIA
– Variação segundo o sexo e a idade (1989 a 1993)
- 6 SAÚDE EM NÚMEROS – Volumes Publicados
- 8 DOENÇAS DE DECLARAÇÃO OBRIGATÓRIA

NEOPLASIAS DA CAVIDADE ORAL

– Análise univariada de alguns dos principais factores de risco*

*J. Aleixo Dias¹ A. Costa Miranda² P. Gameiro Costa³ P. Soares Oliveira⁴
Daniel Sousa⁵ J. Marinho Falcão⁶*

1 - INTRODUÇÃO

Os tumores da cavidade oral têm sido associados a uma série de factores de risco. O Tabaco, o álcool a má higiene oral e os Virus Papiloma Humanos (VPH) podem induzir a proliferação epitelial e o desenvolvimento de tumores no homem, bem como noutras espécies animais (3;5). De há alguns anos para cá, a hipótese de que os VPH, para os quais se encontraram associações de relativa importância no carcinoma do colo do útero, pudessem estar associados igualmente com os tumores da cavidade oral foi igualmente referida (1;3;4;5;7;11;12).

Em Portugal não se conhecem estudos que tenham estimado a prevalência de VPH nas lesões tumorais da cavidade oral, e/ou avaliado o risco de vir a sofrer de neoplasias desta localização, associadas à exposição ao vírus, bem como, a outros determinantes importantes de risco.

2 - OBJECTIVO DO ESTUDO

O estudo caso-controlo cujos resultados aqui se apresentam, pretendeu determinar a importância de determinados factores de risco na ocorrência de tumores malignos da cavidade oral, na população que ocorre ao Instituto Português de Oncologia de Francisco Gentil (IPOFG).

3 - MATERIAL E MÉTODOS

O carácter relativamente pouco frequente das neoplasias malignas da cavidade oral, aliado ao período mais ou menos longo que se julga decorrer

(*) Trabalho subsidiado pela Comissão de Fomento da Investigação em Cuidados de Saúde, do Ministério da Saúde, pelo P.I. - N.º 112/92

- (1) Divisão de Epidemiologia e Bioestatística da Direcção-Geral da Saúde, Lisboa;
- (2) Registo Oncológico Regional Sul - IPOFG, Lisboa;
- (3) Serviço de Virologia - IPOFG, Lisboa;
- (4) Serviço de Patologia Morfológica - IPOFG, Lisboa;
- (5) Serviço de Cirurgia I - IPOFG, Lisboa.
- (6) Centro de Epidemiologia - Instituto Nacional de Saúde, Lisboa.

entre a exposição aos vários factores de risco e o aparecimento da doença, fez-nos optar pelo modelo retrospectivo de tipo "caso-controlo".

Assim, os "casos" foram seleccionados entre os indivíduos a quem foram diagnosticadas, pela primeira vez, neoplasias malignas da cavidade oral nas consultas de Cirurgia 1 e Estomatologia do IPOFG e que, cumpriam os critérios de inclusão estabelecidos. Os "controles" foram constituídos por indivíduos que, tendo frequentado as mesmas consultas, não apresentaram lesões malignas, nem foram excluídos, em função dos critérios definidos.

Critérios de inclusão dos casos:

- Serem novos casos (incidentes) com diagnóstico de neoplasia maligna da cavidade oral, efectuado pelos serviços do IPOFG com confirmação histológica;

Critérios de exclusão dos casos:

- Haver conhecimento de terem sido submetidos a terapêuticas antivirais, radioterapia, quimioterapia ou imunoterapia, passíveis de alterar os resultados das análises histocitológicas; não estarem em condições, físicas ou psíquicas, de poderem dar respostas coerentes ao questionário a administrar, ou recusarem a participação no estudo.

Critérios de inclusão dos controles:

- Terem frequentado as consultas onde os casos foram identificados e não sofrerem, ou terem sofrido, de lesões malignas de qualquer localização.

Critérios de exclusão dos controles:

- Serem portadores de lesão reconhecidamente pré-maligna; haver conhecimento de sofrerem ou terem sofrido, de tumores malignos de qualquer localização; tenham sido alguma vez, ou estejam a ser submetidos a terapêuticas antivirais, radioterapia, quimioterapia, ou imunoterapia, ou não estarem em condições físicas ou psíquicas para poderem responder de forma coerente ao questionário a aplicar; recusarem a participação no estudo.

Após anuência voluntária ao convite para participarem no estudo, os casos e os controles foram submetidos a uma recolha de material de esfregaço da cavidade oral por *cytobrush*, bem como a uma entrevista sobre determinados hábitos alimentares e comportamentais. A colheita dos esfregaços e da entrevista, foi efectuada por pessoal treinado para o efeito, e executadas no Registo Oncológico Regional Sul (ROR Sul). As amostras foram analisadas no Laboratório de Patologia Morfológica daquela instituição.

Atendendo aos elevadíssimos custos dos primers e sondas destinados a tipar cada um dos virus em estudo (VPHs: 6;11;16 e 18), decidiu-se submeter todas as amostras a um "screening" prévio para se saber se continham, ou não, DNA viral. A colheita de material para análise efectuou-se a partir de esfregaços bucais realizados por citologia esfoliativa, efectuada nos casos e nos controles, independentemente de nos primeiros se realizarem também os exames histológicos habituais a partir de tecidos oriundos da biópsia da lesão e regiões envolventes.

Atendendo ao facto de que a detecção dos vários VPHs efectuado no primeiro ano do projecto não ter permitido

demonstrar a existência de DNA dos referidos virus no material recolhido a partir de esfregaço, decidiu-se estudar as peças recolhidas nos mesmos doentes, de forma a validar a informação obtida.

De facto, poderia acontecer não se encontrarem vestígios de DNA viral no esfregaço, mas os virus estarem presentes nas lesões. Pesquisou-se, assim, nas peças biopsadas ou excisadas dos referidos doentes, se existiam elementos que fundamentassem a presença de VPHs. Para tanto seleccionaram-se as lâminas dos doentes estudados e seus controles, efectuou-se a revisão das referidas lâminas e procedeu-se à hibridação *in situ*. O método baseou-se na utilização de sondas biotiniladas para os HPV's 6/11 e 16/18, que cobria igualmente os HPV's 31/33/35, nas secções de tecido fixado em formol, incluído em parafina e com uma espessura média de 4-5µ.

4 - RESULTADOS

4.1 - Da detecção do DNA viral por PCR

Após electroforese dos produtos identificados e subsequente visualização do gel sob iluminação ultravioleta, nenhuma amostra apresentou banda de DNA a nível dos 450 bp. Testaram-se durante o último trimestre de 1992, 41 amostras, correspondendo 22 a esfregaços orais referentes a "casos" e 19 amostras referentes a "controles". As amostras foram divididas em quatro lotes e para todas elas foi efectuado o controlo da presença de DNA pela beta-globina. Em todas as amostras analisadas, a detecção do genoma viral foi negativa.

4.2 - Da hibridação *in situ*

Todas as amostras objecto do estudo, com confirmação a partir da revisão de lâminas foram negativas. As amostras controlo utilizadas foram positivas. Não foi, portanto, possível confirmar ou informar a potencial associação dos vários VPHs estudados com os tumores de localização primitiva na cavidade oral, uma vez que, nem nos casos nem nos seus controles foram identificados genomas do DNA viral. Estes achados foram consistentes seja a partir de esfregaço oral, seja por detecção efectuada a partir de tecido biopsado e/ou excisado.

Atendendo à alta tecnologia utilizada e ao cuidado de validação dos métodos e procedimentos utilizados, apesar da reduzida dimensão da amostra estudada, estamos convencidos de que estes resultados apontam para uma reduzida importância dos VPH na etiologia dos tumores da cavidade oral na população portuguesa, nomeadamente, a que ocorre ao IPOFG.

4.3 - Do questionário dirigido aos factores de risco

Identificaram-se desde Janeiro de 1992 até 31 de Maio de 1993, 522 casos de tumores malignos e potenciais controles, que se seleccionaram a partir dos resultados dos exames histológicos das peças biopsadas ou excisadas no IPOFG de Lisboa. Durante os dois anos em que o estudo decorreu, foi possível contactar com sucesso, visando a colheita de produ-

tos biológicos e entrevista 322 (61.7%) utentes dessa instituição. Destes, 12 foram eliminados por não cumprirem os critérios de inclusão no estudo e 2 recusaram a sua participação.

Nos 308 utentes a quem se aplicou o protocolo, realizaram-se 17 reentrevistas, com o objectivo de testar a validade da informação recolhida. O estudo acabou, assim, por se basear em 289 utentes, dos quais 156 casos (54%) e 133 controlos (46%) de ambos os sexos e de todas as idades.

Odds-ratios brutas, obtidas a partir dos dados das entrevistas

Na Tabela I encontram-se resumidas as características de casos e controlos face a alguns factores de risco avaliados, o risco associado a cada um deles (odds ratio), o intervalo de confiança para 95% e a propabilidade estatística p do erro, em termos de análise univariada. A análise multivariada que permitirá controlar alguns dos potenciais confundimentos, está ainda a ser objecto de tratamento e será publicada posteriormente.

Tabela I: Distribuição dos casos e controlos, Odds-ratios, intervalos de confiança e nível de significância, relativos a algumas das principais variáveis avaliadas por entrevista.

Variável	Casos	Controlos	Odds Ratio	Interv.Conf.95%	p
Sexo: Feminino	26	75	1	---	---
Masculino	130	58	6.47	3.76; 11.13	<0.001
Idade: <50 anos	17	34	1	---	---
50-59 "	42	29	2.90	1.37;6.13	0.005
60-69 "	42	37	2.27	1.09;4.72	0.028
70 e > "	55	33	3.33	1.62;6.88	0.001
Estudos: superior	24	44	1	---	---
secundário	85	64	2.44	1.35;4.41	0.003
analfabetos	43	25	3.15	1.57;6.35	0.001
Profissão: Independ.	11	19	1	---	---
Diferenciados	22	32	1.19	0.47;2.98	0.714
N/Diferenciados	122	82	2.57	1.16;5.68	0.020
Tabaco: n/fumadores	44	79	1	---	---
fum. regulares	110	54	3.66	2.24;5.98	<0.001
Tabaco (anos de exp)					
<25 anos	13	10	1	---	---
25-39 anos	28	18	1.20	0.43;3.30	0.729
>39 anos	56	12	3.59	1.88;10.09	0.015
Álcool: n/bebem	38	64	1	---	---
<1/2 garf./dia	21	25	1.49	0.73;3.04	0.268
1/2-1 garf./dia	33	17	3.45	1.69; 7.04	<0.001
>1 garrafa/dia	65	27	4.28	2.33;7.85	<0.001
Dores nas Gengivas: Não	115	96	1	---	---
Sim	38	37	0.86	0.51;1.45	0.567
Gengiv. Sangrantes: Não	119	101	1	---	---
Sim	33	31	0.90	0.52;1.58	0.721
Dentes pouco firmes: Não	88	90	1	---	---
Sim	50	34	1.50	0.89;2.54	0.128
Anos s/ vigil. dentária: ≤ 2 anos	69	85	1	---	---
> 2 anos	53	35	1.87	1.10;3.18	0.022
Verrugas na cav. oral: Não	149	128	1	---	---
Sim	5	5	0.86	0.24;3.03	0.813
Contacto directo com parceiros com verrugas	147	118	1	---	---
Sim	3	10	0.24	0.01;0.90	0.034

5 - CONCLUSÕES

Ressalta da análise preliminar dos dados, que:

- Nos efectivos estudados, seleccionados aleatoriamente entre os utentes que acorrem à consulta do IPOFG, não parece existir uma prevalência relevante de VPHs na cavidade oral, não tendo sido encontrado material genético dos referidos virus nos 22 utentes com tumores desta localização primitiva, nem nos seus 19 controlos; quer nos esfregaços, quer nas peças biopsadas ou excisadas;
- O método utilizado e a validação das técnicas efectuadas permite-nos assegurar que, se ele existisse, teria sido identificado;
- Com base nos dados recolhidos por entrevista a casos e controlos, a idade, o sexo masculino, os hábitos tabágicos regulares, o consumo de álcool, o baixo nível sócio-económico (indiciado pelo baixo grau de escolaridade e/ou profissões pouco diferenciadas) e uma vigilância

pouco regular da saúde oral, constituem-se como variáveis onde a associação entre a doença e os determinantes de risco se revelaram estatisticamente significativos;

- De facto, a probabilidade de ocorrência de neoplasias desta localização primitiva manifestou-se 6.5 vezes superior no sexo masculino, 2 a 3 vezes superior acima dos 50 anos de idade; 2 a 3 vezes superior em indivíduos com baixa escolaridade e profissão não diferenciada; 3.7 vezes superior nos fumadores regulares, bem como, 4 vezes maior nos bebedores do equivalente a uma ou mais garrafas de vinho por dia e 1.8 vezes superior naqueles que não efectuam uma vigilância regular da sua saúde oral;
- Gengivas sangrantes ou dolorosas constituem-se como factor de "protecção", porventura porque obrigam a uma vigilância clínica maior;
- A existência de verrugas na cavidade oral está igualmente associada a uma menor probabilidade de ocorrência da

doença, à semelhança do contacto directo com parceiros que igualmente as possuem. Este facto pode dever-se à maior vigilância que a patologia condiciona e eventualmente, à detecção precoce e eventual excisão de lesões que, de outro modo, poderiam evoluir e malignizar.

6 - DISCUSSÃO

Os resultados preliminares da investigação no que respeita à componente virológica, são absolutamente consistentes entre a citologia e exame *in situ*. Para salvaguardar adicionalmente a qualidade da técnica laboratorial e dos primers utilizados na identificação dos VPH, testaram-se os procedimentos em material de biópsia ginecológica que se sabia infectado pelos virus papiloma humanos e a resposta foi francamente positiva. Procedeu-se, ainda, à revisão das lâminas para verificar se existiam imagens sugestivas de infecção viral - o que se revelou negativo. O controlo da técnica de hibridação *in situ* foi igualmente efectuado, tendo a validação sido excelente. Relativamente aos resultados das variáveis recolhidas por entrevista, terão de ser interpretados com prudência, uma vez que esta análise é ainda preliminar e carece do controlo de possíveis e eventuais confundimentos, o que será efectuado por análise multivariada e objecto de posterior publicação.

7 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1 - Loning,T;Meichner,M;Milde-Langshok,K; et al -"HPV DNA detection in tumors of the head and neck: a comparative light microscopy and DNA hybridization study" - ORL J.Otorhinolaryngology Relat.Spec.; 1987; 49(5): 259-69;

2 - Shah,K; Kashima,H; Polk,BF; Shah,F;Abbey,H;Abramson,A-"Rarity of cesarian delivery in cases of juvenile-onset respiratory papillomatosis" - Obstet. Gynecol; 1986 Dec.; 68(6):795-9;
 3 - Singer,A; Campion,MJ; Mccance,DJ -"Human papillomavirus"- Br. J.Hosp.Med.; 1985 Aug.; 34(2): 104-8;
 4 - Helmuth,RA; Strate,RW - "Squamous carcinoma of the lung in a non irradiated, nonsmoking patient with juvenile laryngotracheal papillomatosis" - Am.J.Surg.Pathol.;1987 Aug.;11(8):643;
 5 - Weck,PK; Brandsma,JL; Whisnant,JK -"Interferons in the treatment of human papillomavirus diseases" - Cancer-Metastasis Rev ; 1986; 5(2): 39-65;
 6 - Mounts,P; Shah,KV -"Respiratory papillomatosis: etiological relation to genital tract papillomaviruses" -Prog.Med.Virol.; 1984; 29: 90-114;
 7 - Syrjanen, SM; Syrjanen, KJ; Lamberg, MA - "Detection of human papilloma virus DNA in oral mucosal lesions, using in situ DNA-hybridization applied on paraffin sections" - Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol.; 1986; 62:660-667;
 8 - Syrjanen, K; Gissmann, L; Koss, LG - "Papillomaviruses and human disease"; 1987; Springer-Verlag; Germany;
 9 - OMS-"Infecciones genitales por papilomavirus humanos y cáncer: Memorandum de una reunión de la OMS"; Boletín de La Oficina Sanitaria Panamericana; Vol.105; nº 2: 120-138;
 10 - Schlesselman,JJ - "Case-control studies: design, conduct, analysis"; 1982; Oxford University Press;
 11 - Demetrick,DJ; Inoue,M et al - "Human papillomavirus type 16 associated with oral squamous carcinoma in a cardiac transplant recipient"; Cancer - 1990; 66(8): 1726-31;
 12 - Maden,C; et al- "Human papillomaviruses, Herpes Simplex Viruses and the risk of Oral Cancer in Men"; American Journal of Epidemiology; 1992; Vol.135, Nº10:1093-1102.

AGRADECIMENTO

Os autores agradecem a colaboração dos funcionários do Registo Oncológico Regional Sul, nomeadamente aqueles que participaram nas entrevistas, D.Maria Beatriz, Lurdes Pereira e Célia Maria, bem como a D. Celeste Reis e Zilda Pimenta da Direcção-Geral da Saúde, na compilação, preparação e validação da base de dados para análise.

MORTALIDADE POR CAUSAS EXTERNAS NA ADOLESCÊNCIA

Variação segundo o sexo e a idade (1989 a 1993)

Vasco Prazeres*

Nas sociedades industrializadas a principal causa de morte no grupo etário dos 10 aos 19 anos é representada por um conjunto de fenómenos habitualmente designados por *Causas Externas* e que englobam os *acidentes*, os *suicídios* e os *homicídios*(1).

No nosso País, este conjunto de causas tem sido anualmente responsável por mais de metade dos óbitos verificados nestas idades - *Quadro I*(2).

Quadro I - Mortalidade Proporcional (%) por Causas Externas (10-19 anos)

Ano	1980	1989	1990	1991	1992	1993
Causas Externas (%)	54.1	54.0	57.2	57.1	58.3	50.1
(n.ºs absolutos)	753	562	655	680	614	476

No entanto, constata-se diferenças significativas nos valores encontrados quando se considera a variável **sexo** (*Quadro II*): assim, no sexo feminino os óbitos por *causas externas* nos últimos cinco anos foram responsáveis por 34

a 45% do total de óbitos, ao passo que no sexo masculino, para o mesmo tipo de causas e no mesmo período em estudo, os valores oscilaram entre 55 e 63% do total de óbitos.

Quadro II - Mortalidade Proporcional (%) por Causas Externas segundo o Sexo (10 - 19 anos)

Causas Externas	1980	1989	1990	1991	1992	1993
Sexo Masculino (%)	59.4	61.0	62.6	61.8	62.0	55.4
(n.ºs absolutos)	590	470	531	549	508	384
Sexo Feminino (%)	40.8	34.0	41.7	43.5	45.2	35.6
(n.ºs absolutos)	163	92	124	131	106	92

A comparação entre taxas de **mortalidade absoluta** e **proporcionalidade por causas externas**, considerando os sub-grupos 10-14 e 15-19 anos, permite-nos colocar em evidência algumas diferenças importantes entre ambos os sexos no que respeita às causas de morte - Figuras 1 e 2(2;3); assim, para qualquer dos sub-grupos etários e nos anos em estudo, a taxa de mortalidade e a taxa de mortali-

(*) Assistente de Clínica Geral - Direcção-Geral da Saúde - Divisão de Saúde Materna, Infantil e dos Adolescentes.

dade por *causas externas* foram sempre inferiores no sexo feminino.

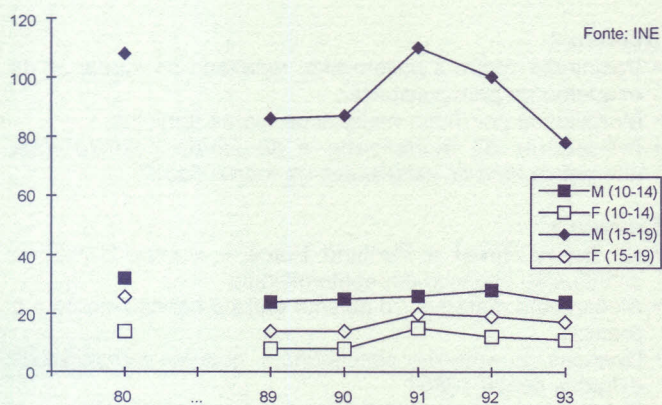


Fig.1 - Taxa de mortalidade por idade e por sexo dos 10 aos 19 anos (/100.000)

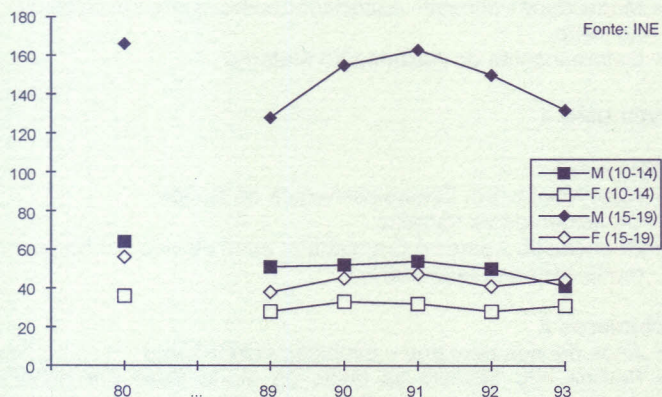
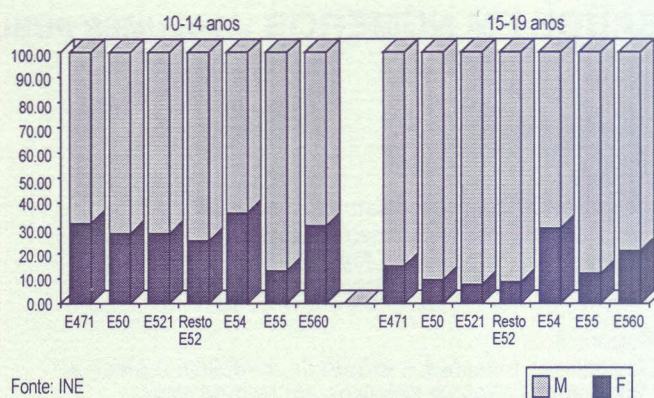


Fig.2 - Taxa de mortalidade por causas externas por idade e por sexo dos 10 aos 19 anos (/100.000)

No que respeita à **taxa de mortalidade**, os valores encontrados no sub-grupo dos 10 aos 14 anos foram entre 1.5 e 1.9 vezes superiores no sexo masculino. Estes valores foram, nos anos em estudo e para o sub-grupo dos 15 aos 19 anos, 2.8 a 4.2 vezes superiores no sexo masculino.

Esta diferença entre os sexos adquire ainda maior relevo quando considerada a **mortalidade por causas externas** já que as taxas encontradas apresentavam valores superiores para o sexo masculino de 1.7 a 2.9 vezes, entre os 10 e os 14 anos, e de 4.3 a 6.2 vezes entre os 15 e os 19 anos.

A distribuição dos óbitos por diferentes **causas externas** e por sexo nos últimos cinco anos (Figura 3) permite igualmente constatar a preponderância do sexo masculino nas diversas causas, mas igualmente encontrar diferenças relevantes no que respeita ao sexo feminino.



E471 - Acidentes de trânsito de veículos a motor
 E50 - Quedas acidentais
 E521 - Afogamentos e submersão acidentais
 Resto E2 - Outros acidentes e efeitos tardios de lesões acidentais
 E54 - Suicídios e lesões auto infligidas
 E55 - Homicídios e lesões provocadas intencionalmente por outras pessoas
 E560 - Lesões em que se ignora se foram acidental ou intencionalmente infligidas
 Classificação das Doenças, Traumatismos e Causas de Morte (OMS-9.ª Rev - 1975)

Fig. 3 - Distribuição dos óbitos segundo causas externas e sexo no período de 1989-93 (%)

Assim, e apesar desta distribuição por causas ser muito heterogénea, a distribuição da variável sexo para cada uma das causas consideradas coloca em evidência o *suicídio* como a *causa externa* de maior relevo no sexo feminino em ambos os sub-grupos etários considerados (35 a 30%, respectivamente).

Por outro lado, o *afogamento* e a *submersão acidentais* representam uma das causas de morte menos relevantes no sexo feminino, atingindo apenas 6% entre os 15 e os 19 anos.

A diversidade de valores encontrada neste estudo sobre Mortalidade na Adolescência, nomeadamente quando consideradas as variáveis **sexo** e **idade**, e no que diz respeito à mortalidade por *causas externas*, parece apontar para a necessidade de:

- ao investigar-se a mortalidade na adolescência por causas externas, estudarem-se os acidentes, os suicídios e os homicídios tendo em conta as variáveis sexo e idade, sob pena de apenas se obter um esboço grosseiro do fenómeno em estudo;
- ao procurar diminuir a mortalidade (e a morbilidade) por este tipo de causas durante a segunda década da vida, prevenindo comportamentos de risco a elas ligados, ter em consideração nas acções a desenvolver quer a diversidade de causas, quer a idade, quer o sexo dos adolescentes alvo dessas iniciativas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 - Tursz A, Souteyrand Y, Salmi R. Adolescence et Risque. Syrus, Paris 1993.
- 2 - Instituto Nacional de Estatística. "Estatísticas da Saúde", vários anos.
- 3 - Instituto Nacional de Estatística. "Estimativas da População Residente", vários anos.

SAÚDE EM NÚMEROS – VOLUMES PUBLICADOS

VOLUME 1

Número 1

- Mortalidade cardiovascular: Em Declínio?
- Intoxicações Acidentais nas Crianças
- Comparar Taxas Brutas: Atenção ao efeito da Idade
- População Portuguesa: Estimativa em 30/06/1984

Número 2

- Neoplasias Malignas – estudo da mortalidade precoce
- Insuficientes Renais Crónicos em Hemodiálise,
- Mortalidade por Acidentes Vasculares Cerebrais em Portugal – Evolução e perspectivas
- População residente em Portugal: Estimativa em 30/06/1985

VOLUME 2

Número 1

- Mortalidade por Doença Isquémica Cardíaca
- Análise da mortalidade a nível de Distrito ou Concelho
- População de Portugal 1985
- Saldo Fisiológico de Portugal em 1985

Número 2

- Equidade na Saúde
- Consultas em Cuidados Primários
- Tuberculose em Portugal

Número 3

- Doença de Hansen em Portugal Continental, em 1986
- Evolução da mortalidade infantil, neo-natal e post-neonatal em Portugal
- Cirrose hepática e alimentação – análise da mortalidade em função dos hábitos alimentares

Número 4

- Mortalidade por intoxicações acidentais em crianças: diferenças regionais em Portugal
- Comportamento geográfico da mortalidade por alguns tumores malignos do aparelho digestivo
- Tetano Neonatal
- População residente em Portugal: Estimativa em 30/06/1986

VOLUME 3

Número 1

- Doenças de declaração obrigatória – o impacto de um novo sistema de notificação
- Mortalidade por acidentes de trânsito com veículo a motor
- Fumar: Homens e mulheres a caminho de uma igualdade desnecessária
- Mortalidade por tumor maligno da traqueia, brônquios e pulmão

Número 2

- Efeitos de uma onda de calor na mortalidade da população do distrito de Lisboa
- Bebidas alcoólicas e neoplasia do estômago - associação possível?
- Aumento da mortalidade por diabetes nos idosos: realidade ou artefacto?

Número 3

- Vacinação contra a poliomielite: resultado da mudança do esquema da primovacinação
- Mortalidade por tumor maligno da mama feminina
- Indicadores de mortalidade e de saúde positiva -que alternativa face às estatísticas de mortalidade?

Número 4

- De Broad Street a Portland Place – a importância da distribuição espacial em epidemiologia
- Aleitamento materno – o abismo entre o conhecimento e a prática
- Doenças do aparelho circulatório – quantas mortalidades evitadas desde 1980?
- População residente em Portugal: estimativa em 1987

Número 5

- Mortes Evitáveis na Europa – Diferenças Nacionais e Regionais
- Mortalidade Perinatal – Associação com o local e a assistência ao parto
- Determinantes do Aleitamento Materno

VOLUME 4

Número 1

- Nascimentos em Estabelecimentos de Saúde
- Os acidentes de trabalho
- Doenças do Aparelho Circulatório: anos de vida ganhos por morte evitada (1980-1987)

Números 2

- Anos de vida perdidos – evolução (1976-1986)
- Porque não descem as taxas de mortalidade por tumor maligno do estômago na Região Norte?

Número 3

- A Doença de Hansen em Portugal Continental - 1988
- Mortalidade por intoxicações acidentais em crianças: evidência de uma evolução favorável
- Saúde em Números – que aceitação?

Número 4

- Preferência de dígitos e arredondamentos – limitações na precisão de medidas
- Nascimentos em Portugal de mães com menos de vinte anos
- Os fumadores estão a diminuir em Portugal?

VOLUME 5

Número 1

- Evolução da mortalidade materna em Portugal - 1979-1987
- Mortalidade no primeiro ano de vida: tendências recentes em Portugal
- Estimativa da população residente – 30/6/90

Número 2

- Síndrome gripal em 1988-1990: resultados da vigilância epidemiológica nos distritos de Setúbal, Beja e Évora
- Prova de Mantoux a 1 unidade
- O sarampo “em números”

Número 3

- "Médicos-sentinela". 9 passos em frente
- Qualidade dos certificados de óbito em Vila Nova de Gaia

Número 4

- Conceito de saúde – inquérito em 3 escolas
- Carie dentária em molares permanentes - o seu "peso" na saúde oral de uma população Jovem

VOLUME 6

Número 1

- Óbitos sem certificação médica em Portugal – uma situação a corrigir
- Mortalidade cardiovascular: potenciais de prevenção distritais e nacionais

Número 2

- Análise de um surto de sarampo no distrito de Santarém
- As principais doenças profissionais em Portugal - 1988-1990
Estimativa da população residente, em 30.06.89, por distrito

Número 3

- Cooperar é preciso, prevenir também! – Reflexões sobre o risco de contrair paludismo em viagens internacionais, nomeadamente para África
- Surto de gastroenterite em estabelecimento hospitalar

Número 4

- Excesso de mortalidade em 1990: O papel do surto de gripe do inverno de 1989-1990
- Registo oncológico regional-sul - 2 anos de trabalho

Número 5

- Diabetes em Portugal - a mortalidade continua a aumentar
- Brucelose humana - 1990
- Nados vivos e a idade das mães – Alguns aspectos de uma análise evolutiva

VOLUME 7

Número 1

- Vigilância de Gripe 1990-1991
- Algumas características da fecundidade em Portugal nos últimos anos
- Dados referentes ao Programa de Controlo da Hipertensão Arterial

Número 2

- A tosse convulsa em Portugal – sub ou sobre-notificada?
- Gripe em 1990/1991: Resultados da vigilância clínica e laboratorial

Número 3

- Os idosos e a promoção da saúde
- Os acidentes domésticos em idosos
- A fisioterapia como forma de prevenção da perda de mobilidade/autonomia no idoso.
- Estimativas da pop. residente - 31.12.90

Número 4

- Sida na Comunidade Europeia – análise das taxas de incidência e razões de crescimento
- Mortalidade por intoxicações acidentais em crianças: será que continuamos no bom caminho?
- Consultas em clínica geral para procedimentos administrativos

Número 5

- Doenças cérebro-vasculares: Quantas mortes foram evitadas desde 1981?
- Doenças transmitidas por via sexual: qual a sua incidência?
- Fenómenos raros, amostras grandes; fenómenos frequentes, amostras pequenas: Porquê?

VOLUME 8

Número 1

- Amostragem – Métodos de frequente aplicação
- Saúde em Estarreja: Contribuição para a sua avaliação
- Saúde em Números Volumes Publicados

Número 2

- Acidentes em recintos desportivos
Estimativas de incidência, a partir de uma rede de "Médicos Sentinela"
- Portugal: Nascimentos a baixar, fecundidade a subir?

Número 3

- A gripe das épocas 1991-1992 e 1992-1993
Resultados da vigilância epidemiológica
- Farmacovigilância
– Segurança na terapêutica

Número 4

- Evolução recente da mortalidade em Portugal, no grupo etário de 15 a 44 anos
- Tuberculose em emigrantes: Estudo preliminar em sete serviços de Tuberculose e Doenças Respiratórias dos Distritos de Lisboa e Setúbal

Número 5

- Tosse convulsa e doença de Parkinson: Estudo de uma possível associação
- Os fumadores continuam a diminuir, em Portugal: diferenças da evolução entre os sexos

VOLUME 9

Número 1

- Diarreia aguda em Portugal – 1992
- Análise da variação percentual das taxas de mortalidade por acidente vascular cerebral e doença isquémica do miocárdio nos triénios 80-82 e 90-92, a nível distrital.
- Doenças de declaração obrigatória – casos notificados nos primeiros trimestres de 1993 e 1994.

Número 2

- Investigação epidemiológica de um surto de gastroenterite numa unidade militar
- Eficácia da vacina, cobertura vacinal na população e proporção de doentes vacinados.
- Doenças de declaração obrigatória – casos notificados nos segundos trimestres de 1993 e 1994

Número 3

- Acidentes no ano de 1992 – estimativas de incidência na rede de médicos sentinela
- Irradiação do couro cabeludo para tratamento da tinea capitis) e risco de desenvolvimento de doença
- Doenças de declaração obrigatória – casos notificados nos terceiros trimestres de 1993 e 1994

DOENÇAS DE DECLARAÇÃO OBRIGATÓRIA

Casos notificados no 4.º trimestre de 1993 e 1994*

PORTUGAL (excepto Açores)**

DOENÇAS	Código OMS CID - 9	CASOS DECLARADOS 4.º Trimestre		CASOS ACUMULADOS 4.º Trimestre		MEDIANA 1991-1993		ÍNDICE EPIDÉMICO ⁽¹⁾	
		1994	1993	1994	1993	4.º Trim.	Acum.	4.º Trim.	Acum.
D. infec. intestinais									
febres tif. e paratifóides	002	74	73	322	344	59	321	1.25	1.00
outras salmoneloses	003	19	18	194	144	20	134	0.90	1.44
shigelose	004	9	1	19	15	1	2	9.00	9.50
amebíase	006	2	5	8	0	0	5	0.00	1.60
Zoonoses por bactérias									
carbúnculo	022	4	3	5	4	0	3	0.00	1.67
brucelose	023	213	256	1239	1200	161	1160	1.32	1.07
Outras doenças bacterianas									
doença de Hansen	030	1	2	6	6	0	6	0.00	1.00
tosse convulsa	033	5	1	19	25	3	25	1.67	0.76
escarlatina	034.1	158	91	481	397	103	397	1.52	1.21
meningite meningocócica	036.0	25	42	146	210	35	181	0.74	0.81
outras inf. meningocócicas	036	7	22	58	97	15	70	0.47	0.83
tétano (exclui tét. neon.)	037	4	3	27	25	8	37	0.50	0.73
D. por vírus com exantema									
sarampo	055	34	223	3213	597	23	274	1.43	11.72
rubéola (exc. rub. cong)	056	28	32	536	600	36	515	0.78	1.04
Outras d. por vírus									
hepatite por vírus A	070.0-070.1	68	110	469	616	175	631	0.38	0.74
hepatite por vírus B	070.2-070.3	277	250	1082	1224	250	801	0.78	1.35
hepatite p/out. vírus esp.	070.4-070.5	4	1	16	11	0	0	0.00	0.00
hepatite por vírus C		151	350	453	350	0	0	0.00	0.00
hepatite por vírus n/esp.	070.6-070.9	17	34	109	176	58	269	0.33	0.40
parotidite	072	221	140	1431	621	140	776	1.58	1.84
Rickettsioses e outras doen. transmit. por artrópodes									
febre escarar-nodular	082.1	62	52	624	716	52	1106	1.19	0.56
outras rickettsioses	080	10	5	49	46	5	46	2.00	1.07
malária (casos importados)	084	12	8	67	49	16	61	0.75	1.10
leishmaníase	085	4	3	23	18	3	22	1.33	1.05
Sífilis e outras doenças venéreas									
sífilis precoce sint.	091	20	38	97	129	33	129	0.58	0.74
sífilis precoce laten.	092	16	12	88	60	13	54	0.92	1.56
infecções gonocócicas	098	26	36	85	148	49	168	0.53	0.51
cancro mole	099.0	1	1	5	5	2	15	0.50	0.33
linfogran. venéreo	099.1	0	1	2	3	1	5	0.00	0.40
Outras d. provocadas por espiroquetas									
leptospirose	100	5	12	34	33	5	20	0.80	1.65
Helmintíases									
hidatidose	122	19	0	27	5	0	9	0.00	3.00
Infecções do período peri-natal									
rubéola congénita	771.0	1	1	3	1	0	0	0.00	0.00
tétano neonatal	771.3	0	0	0	1	1	0	0.00	0.00
Tuberculose									
pulmonar e ap. resp.	011/012	1172	-	2431	4484	-	-	-	-
meníngea e do SNC	013	28	-	30	41	-	-	-	-
miliar	018	22	-	29	38	-	-	-	-

* os dados relativos a 1994 são provisórios em 95.02.13;

** os dados relativos à 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
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