

saúde em números

VOLUME 10 N.º 5

DEZEMBRO 95

SUMÁRIO

- 33 DIAGNÓSTICO PRÉ-NATAL EM PORTUGAL: 1992 A 1994
- 35 TOXINFEÇÃO ALIMENTAR NUMA BODA DE CASAMENTO
- 38 TENDÊNCIAS NA DISTRIBUIÇÃO DOS PESOS AO NASCER EM PORTUGAL
- 40 DOENÇAS DE DECLARAÇÃO OBRIGATÓRIA

DIAGNÓSTICO PRÉ-NATAL EM PORTUGAL: 1992 A 1994

*Luís Nunes**

INTRODUÇÃO

Portugal registou nos últimos anos uma melhoria progressiva dos principais indicadores de mortalidade infantil e juvenil devido principalmente à diminuição do número de óbitos causados por afecções evitáveis nomeadamente, as infecções respiratórias e digestivas, as carências alimentares e as relacionadas com o parto. Deste modo, tal como ocorreu noutros países mais desenvolvidos, as anomalias congénitas e as doenças genéticas ganharam maior importância epidemiológica para os serviços de saúde (1).

Por diagnóstico pré-natal (DPN) entende-se o conjunto de actividades pré-natais que são realizadas com o objectivo de determinar se um embrião ou feto é portador de anomalia congénita ou doença genética (2). Os procedimentos do DPN utilizam técnicas não invasivas (ex: ecografia) ou invasivas (ex: amniocentese para colheita de líquido amniótico). Como a realização de técnicas invasivas acarreta alguma mortalidade, devem seguir-se determinadas etapas: aconselhamento genético prévio, colheita de produtos fetais, estudo laboratorial, aconselhamento genético posterior e orientação do caso (terapêutica

fetal, interrupção de gravidez, etc.) caso se diagnostique uma anómalia fetal (3,4).

Dada a escassez de informação disponível em Portugal nesta área, procurámos conhecer a dimensão das actividades dos serviços de saúde no que se refere à parte laboratorial, à realização de técnicas invasivas de DPN e às consultas de aconselhamento genético (5). Os dados obtidos facilitam a tarefa de formular propostas de desenvolvimento dos serviços prestadores de cuidados de saúde.

MATERIAL E MÉTODO

A Direcção de Serviços de Saúde Pública da Direcção-Geral da Saúde preparou um inquérito que enviou aos directores dos laboratórios de citogenética, dos serviços de obstetrícia e das consultas de genética médica da rede oficial dos serviços de saúde, solicitando o seu preenchimento. O período avaliado foi de 92.01.01 a 94.09.30. Não foram consultadas as entidades privadas existentes. Apenas foram inquiridas instituições do Continente, pois não tínhamos nessa altura conhecimento de que se realizassem actividades de DPN nas Regiões Autónomas. Como a maior parte dos exames laboratoriais realizadas no

(*) Núcleo de Genética e Diagnóstico Pré-Natal

âmbito do DPN recorrem a técnicas de citogenética, limitámos o levantamento de actividades a esses laboratórios.

Foi pedida informação relativamente aos seguintes parâmetros:

- Laboratórios de citogenética: número de cariotipos fetais realizados e número dos pedidos por médicos de clínica privada.
- Serviços de obstetrícia: realização ou não de colheitas de produtos fetais e, se não, as razões; no caso de se efectuarem colheitas de produtos fetais: o número de colheitas, a indicação do DPN e o número de colheitas antecedidas por consulta de aconselhamento genético.
- Consultas de genética: número de consultas de aconselhamento genético.

RESULTADOS

À excepção dos serviços de obstetrícia do Hospital de S. Francisco Xavier (HSFX) e do Hospital de Santa Maria (HSM), obtivemos resposta de todas as instituições consultadas. Contudo, o sentido de algumas perguntas não foi bem compreendido por alguns serviços, pelo que nem todas as respostas foram válidas, como adiante será assinalado.

O total de cariotipos fetais realizados em Portugal está representado no quadro I. Os laboratórios de citogenética que realizaram mais cariotipos fetais foram os do Instituto de Genética Médica Jacinto Magalhães (IGM) no Porto e do Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge (INSA) em Lisboa. Neste período, foram efectuados a pedido de médicos de medicina privada 49 cariotipos fetais em 1992, 34 em 1993 e 17 em 1994.

Quadro I: Número de cariotipos fetais por laboratório

		1992	1993	1994*
Instituto de Genética Médica Jacinto de Magalhães	LA	825	900	500
	VC	45	22	6
	CC	27	25	12
	T	897	947	518
Faculdade de Medicina do Porto	LA	334	448	319
	VC	-	-	-
	CC	5	7	3
	T	339	455	322
Faculdade de Medicina de Coimbra	LA	118	229	299
	VC	6	1	-
	CC	-	7	11
	T	124	237	310
Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge	LA	664	741	598
	VC	-	-	-
	CC	-	-	-
	T	664	741	598
Hospital de Egas Moniz	LA	265	307	194
	VC	4	4	3
	CC	43	50	22
	T	312	361	219
TOTAL		2336	2741	1967

* Primeiros 9 meses
 LA = Líquido amniótico; VC = Vilosidades coriárias; CC = Cordocentese. Fonte: DGS/DSSP

Realizaram técnicas invasivas de DPN em 18 serviços de obstetrícia dos 51 existentes. Estes serviços localizam-se em instituições que na maior parte dos casos se situam nos grandes centros urbanos e na zona litoral. Só duas instituições realizaram mais de 400 colheitas por ano; e só oito efectuaram mais de 100.

No quadro II está apresentado o total de colheitas de produtos fetais entre 1992 e 1994 por Região de Saúde.

Quadro II: Colheitas de produtos fetais por Região de Saúde

ARS	1992	1993	1994*
Norte	1108	1219	1020
Centro	191	275	280
Lisboa e Vale do Tejo**	835	994	905
Alentejo	30	38	26
Algarve	0	0	12
TOTAL	2164	2526	2243

* Primeiros 9 meses
 ** Faltam dados dos Serviços de Obstetrícia do HSM e HSFX. Fonte: DGS/DSS

O quadro III mostra as indicações que conduziram à realização do DPN no ano de 1994; a distribuição por indicação é semelhante à encontrada nos anos de 1992 e 1993. Os hospitais que não realizaram exames de DPN invocaram os seguintes motivos: falta de recursos - 17; existência de protocolo com serviços centrais - 8; falta de apoio laboratorial - 5.

Quadro III: 1994* - número de DPN segundo a indicação por Região de Saúde

ARS	Idade Mat	35-37	38-39	≥ 40	Antec	An ecog	Outras
Norte ⁽¹⁾	710	333	166	166	27	78	204
Centro ⁽²⁾	159	64	54	41	2	2	0
Lisboa e Vale do Tejo ⁽³⁾	437	140	164	133	29	92	50
Alentejo	16	8	5	3	0	0	3
Algarve	9	0	2	7	3	0	0
TOTAL	1331	545	391	350	61	172	257

* Primeiros 9 meses
 Fonte: DGS/DSSP
⁽¹⁾ Faltam dados do S. Obstetrícia do HSJ (informação do gr. etário de 45 mulheres)
⁽²⁾ Faltam dados dos Hospitais da Universidade de Coimbra/M. Daniel de Matos;
⁽³⁾ Faltam dados dos S. de Obstetrícia do HSM, HSFX e Hospital D. Estefânia/M. Magalhães Coutinho.
 Antec. - Antecedentes - Filhos anteriores com cromossomopatia;
 An ecog - Suspeita ecográfica de anomalia congénita

Um número elevado de exames invasivos de DPN foi realizado sem aconselhamento genético prévio. Em 1992 só cinco instituições tinham esta prática em todos os exames, e três em alguns; em 1993 o número foi de cinco e quatro, respectivamente; em 1994 cinco e seis respectivamente. Não realizaram aconselhamento genético sete instituições em 1992, seis em 1993 e oito em 1994.

As consultas e serviços de genética médica, com excepção das do Hospital de Crianças Maria Pia, realizam aconselhamento genético a grávidas. Os dados apurados foram associados aos remetidos pelos serviços de obstetrícia, pelo que estão representados nos quadros II e III.

DISCUSSÃO

Os dados apurados mostram que na rede pública se realizam cerca de 2 500 cariotipos fetais por ano, em cinco laboratórios. Contudo, apenas dois têm um volume de actividade que se aproxima do que é necessário para se tornarem rentáveis; os restantes precisam de realizar pelo menos o dobro dos exames que efectuam actualmente (6).

No período avaliado foram sujeitas a técnicas invasivas entre 2 a 2,5% das grávidas, o que corresponde a metade do verificado em França (6,7). O panorama demográfico em Portugal, nomeadamente o facto de em 1994 terem ocorrido 10.394 partos de mulheres do grupo etário 35-49 anos, mostra que a satisfação das necessidades de saúde neste campo será de 1/3.

A pouca diferenciação dos serviços portugueses é evidente quando se constata que apenas oito serviços de obstetrícia realizam mais de 100 colheitas de produtos fetais por ano e que na maior parte dos casos a colheita de produtos fetais não é antecedida por consulta de aconselhamento genético, ao contrário do que é recomendado internacionalmente (3,4,7). Os dados apurados não permitem calcular taxas de cobertura por grupo etário da grávida. Contudo, parece que apenas numa pequena percentagem das grávidas com mais de 38 anos de idade realizaram exames de DPN, já que, em 1984, cerca de 40% dos exames realizados pela indicação "idade materna" se referiram a mulheres com idades entre 35 e 37 anos de idade. Por outro lado apenas se realizaram técnicas invasivas do DPN pela indicação "suspeita ecográfica de anomalia fetal" a 0,2% das grávidas quando o esperado é 1 a 1,5% (6). Este facto poderá significar que um certo número de grávidas não realizaram ecografia, que, se se realizaram, elas foram de má qualidade ou ainda que nalguns serviços não é proposta a realização de aminocentese quando se detecta uma anomalia fetal ou um sinal ecográfico de "alerta".

Os dados apurados confirmam a pertinência e a actualidade de serem elaboradas propostas que permitam desen-

volver a rede de serviços que realizam actividades de DPN a preparação de orientações técnicas adequadas e o crescimento do número e da diferenciação dos recursos humanos nesta área (8,9). Estas propostas carecem de urgência e devem ser tanto quanto possível consensuais no sentido de que exprimam acordos interprofissionais (obstetras, médicos geneticistas, pediatras, etc). O Grupo de Trabalho sobre Genética Médica que funciona na Direcção-Geral da Saúde e outras entidades não governamentais poderão dar um contributo neste objectivo.

Agradecimentos:

Contribuíram com críticas e sugestões para a elaboração deste artigo a Dra. Maria Celsa Afonso de Carvalho, Dra. Maria da Purificação Araújo e Dra. Beatriz Calado.

BIBLIOGRAFIA

1. Instituto Nacional de Estatística. Estatísticas Demográficas da Saúde. Lisboa, vários anos
2. Asociacion Española de Diagnóstico Prenatal. Manual de diagnóstico prenatal para sanitários. Madrid: Ministério de Sanidad y Consumo, 1991
3. European Association of Prenatal Medicine. Recommendations and protocols for prenatal diagnosis. In Carrera JM, Di Renzo GC eds. Report of the European Study Group on Prenatal Diagnosis, 1993
4. The Royal College of Physicians of London. Prenatal diagnosis and genetic screening. London: The Royal College of Physicians of London, 1989
5. Instituto de Genética Médica de Jacinto Magalhães. Relatório de actividades. Porto, vários anos.
6. Boué A. La Medicine du foetus. Paris. Éditions Odile Jacob, 1995
7. Briard ML, Dumez Y, Fekete NC. La Loi de Bioethique va-t-elle modifier nos comportements? Rapport of the 13^{ème} Seminaire de diagnostic prenatal et medicine foetale. Paris, 1994
8. Carrera JM, Alegre M, Salvador C, et al. Prenatal diagnosis today. J. Perinat Med 1991; 19 (suppl 1): 35-41
9. Modell B, Kuliev AM, Wagner M. Community genetics services in Europe. Copenhagen: WHO, 1991. (European Series n.º 38)

TOXINFECCÃO ALIMENTAR NUMA BODA DE CASAMENTO

Maria Irene Francisco* Fátima Basto* Joaquim Moreira** Celeste Neves***

RESUMO

Este trabalho surge na sequência da tomada de conhecimento da existência dum surto de gastroenterite aguda, ocorrido durante uma boda de casamento.

Procedeu-se de imediato à investigação epidemiológica. Os resultados obtidos da aplicação, através de questionário, da tabela de consumo alimentar a 113 participantes da refeição (97,4% do total), apontam com uma alta probabilidade para ter sido o bolo gelado o alimento responsável pela toxi-infecção alimentar (risco relativo de 4,12), não se tendo conseguido identificar o agente etiológico.

INTRODUÇÃO

O aumento do número de casos de toxi-infecções alimentares é um facto verificado em todos os países (1), constituindo um problema importante de Saúde Pública. Por tal facto, impõe-se o assegurar de medidas que garantam a inocuidade, a salubridade e a boa conservação dos produtos alimentares, desde a produção até ao consumo.

O termo genérico de toxi-infecções alimentares compreende todas as doenças intestinais agudas, de aparecimento brusco e evolução rápida, devidas ao consumo de alimentos contaminados por tóxicos, toxinas bacteriana ou determinadas espécies de bactérias, e que têm quadros clínicos característicos de intoxicação ou de infecção (1). A maioria de surtos de toxi-infecção alimentar estudados no INSA

* Assistente de Saúde Pública do Centro de Saúde de Santa Maria da Feira

** Técnico Auxiliar Sanitário do Centro de Saúde de Santa Maria da Feira

*** Assistente de Saúde Pública do Centro de Saúde de Ovar

Dr. Ricardo Jorge em 1989, em que foi possível determinar o agente etiológico, deveram-se à "Salmonela enteritidis" e ao "Staphilococcus aureus" (2).

A verdadeira escala do seu impacto na saúde continua desconhecido uma vez que apenas chega ao conhecimento dos Serviços de Saúde Pública uma reduzida proporção de casos e muitas vezes tardiamente.

A seguir descreve-se e apresenta-se a abordagem efectuada e a intervenção dos Técnicos de Saúde/Autoridade de Saúde na instrução do processo, na sequência de uma toxinfecção alimentar.

MÉTODOS

Em 29 de Setembro de 1994, o serviço de Saúde Pública de Santa Maria da Feira foi informado, através duma queixa apresentada, da existência dum surto de gastroenterite aguda, ocorrido durante a boda de casamento do queixoso, no dia 24 do mesmo mês.

A investigação epidemiológica iniciou-se de seguida, começando pela vistoria, no próprio dia, ao restaurante onde foi servida a boda, e convocação dos manipuladores de alimentos para a realização de exames médicos. Tendo-se tido conhecimento dos bolos não terem sido confeccionados no local (excepto o pudim e o bolo gelado), levounos também a efectuar vistoria ao estabelecimento de preparação ("pastelaria"), e convocação dos respectivos manipuladores de alimentos para a realização de exames médicos.

Em virtude de não ter havido notificação do caso em tempo útil e da queixa ter sido apresentada cinco dias após a boda, não foi possível realizar colheita dos alimentos consumidos, para análise.

Paralelamente contactou-se a Autoridade de Saúde Concelhia de Ovar para actuação conjunta, visto a família do noivo ser desse Concelho.

Elaborada a tabela de consumo alimentar, esta foi aplicada aos convidados da boda, com o fim de identificar os doentes, sintomas, período de incubação e alimento(s) suspeito(s).

Englobaram-se em outros bolos, os de ananás, amêndoa, ovos moles e fios de ovos, devido à dificuldade dos convidados identificarem o bolo ingerido e por terem sido confeccionados com a mesma massa e o mesmo recheio, apenas diferindo na cobertura (e terem sido todos sujeitos a temperaturas elevadas para "queimar" a cobertura).

Foi ainda efectuado contacto com os hospitais de referência (Ovar e S.Paio de Oleiros), com o fim de obter informações acerca das diligências tomadas aos doentes que lá recorreram, e possíveis conclusões (nomeadamente no que respeita a exames laboratoriais).

RESULTADOS

Foram 105 os convidados da boda de casamento. No entanto, como os onze cozinheiros/ajudantes de cozinha do

restaurante também participaram da refeição servida, o inquérito foi realizado a 113 indivíduos (97,4% do total de 116 participantes da refeição).

Dentro destes, 57 (50,4%) manifestaram sinais/sintomas de doença, dos quais 34 (30,1% do total) sentiram necessidade de recorrer ao Hospital ou Centro de Saúde e 10 (8,8% do total) foram sujeitos a internamento, um dos quais durante cinco dias.

A maior parte dos doentes apresentaram diarreia (75,4%), cólicas abdominais (64,7%) e febre (57,9%). Em menor frequência apareceram as cefaleias, vómitos, náuseas, tonturas e dores musculares (quadro I).

Quadro I – Sintomas – número e frequência relativa

SINTOMAS	Nº	%
Diarreia	43	75,4
Cólicas	37	64,9
Febre	33	57,9
Cefaleias	22	38,6
Vómitos	17	29,8
Náuseas	13	22,8
Tonturas	5	8,8
Dor muscular	3	5,3
TOTAL	57	100,0

Fonte: Inquérito

As idades dos convidados variaram entre os 3 e os 77 anos, tendo aparecido doentes em ambos os sexos e em todos os grupos etários considerados, mas com uma predominância nos grupos etários 0-9 e 10-19 anos, com cerca de 70% dos indivíduos atingidos (quadro II).

Quadro II – Doentes por sexo e grupo etário

Grupos etários(anos)	Doentes		Doentes		total inquiridos
	homens	mulheres	nº	%	
0-9	2	7	9	69,2	13
10-19	3	4	7	70,0	10
20-59	21	18	39	47,0	83
≥ 60	1	1	2	28,6	7
TOTAL	27	30	57	50,4	113

Fonte: Inquérito

O período de incubação variou entre as 2 e 67 horas, com uma média de 25,8 horas e com um desvio padrão de 15,7 horas. Entre as 12 e as 36 horas apareceram 57,9% dos

casos, e entre as 6 e 67 horas verificaram-se 91,2% dos mesmos.

De acordo com a tabela de consumo alimentar elaborada, calcularam-se as taxas de ataque (nos expostos e nos não expostos) e o risco relativo para cada alimento considerado. Assim, apenas se encontrou um alimento com um risco relativo considerado relevante – o bolo gelado com um risco relativo de 4,12 (quadro III).

Quadro III – Taxa de ataque e risco relativo por alimento

Alimento	indivíduos que consumiram			indivíduos que não consum.			Risco Relativo
	Doentes	Total	T. ataque	Doentes	Total	T. ataque	
rissóis	28	63	44,4	29	50	58,0	0,77
bol.bacalhau	26	58	44,8	31	55	56,4	0,79
camarão	42	77	54,5	15	36	41,7	1,31
rojões	19	47	40,4	38	66	57,6	0,70
salpicão	10	20	50,0	47	93	50,5	0,99
queijo	12	24	50,0	45	89	50,6	0,99
fiambre	11	25	44,0	46	78	59,0	0,75
sopa legumes	46	94	48,9	11	19	57,9	0,84
bacalhau	49	99	49,5	8	14	57,1	0,87
puré	46	93	49,5	11	20	55,0	0,90
lombo	15	42	35,7	42	71	59,2	0,60
vitela	38	65	58,5	19	48	39,6	1,48
cabrito	9	26	34,6	48	87	55,2	0,63
batata	27	62	43,5	30	51	58,8	0,74
alface	26	56	46,4	31	47	66,0	0,70
tomate	24	53	45,3	33	50	66,0	0,69
bolo noiva	13	28	46,4	44	85	51,8	0,90
pudim	43	73	58,9	14	40	35,0	1,68
bolo gelado	52	81	64,2	5	32	15,6	4,12
bolo chocol.	9	14	64,3	48	99	48,5	1,33
outro bolo	28	53	52,8	29	60	48,3	1,09

Fonte: Inquérito

Das vistorias efectuadas, foram realizados os respectivos autos de vistoria, tendo sido o proprietário do estabelecimento comercial (restaurante) notificado a criar condições de armazenamento e acondicionamento dos géneros alimentícios e materiais/utensílios utilizados na laboração, e proceder às análises laboratoriais da água de consumo. O proprietário do “estabelecimento industrial – pastelaria” foi notificado a encerrar por não reunir as condições higio-sanitárias de instalação e funcionamento.

Os exames médicos efectuados aos 13 manipuladores de alimentos, não revelaram alterações.

Dos hospitais contactados não se conseguiu obter confirmação do agente responsável pela toxi-infecção.

DISCUSSÃO/CONCLUSÕES

O conjunto das diligências efectuadas e os resultados obtidos, apontam com uma alta probabilidade para ter sido o bolo gelado o alimento responsável pela toxi-infecção alimentar.

Verificaram-se cinco casos de indivíduos com sinais/sintomas de doença que não ingeriram o bolo gelado, mas em três destes o período de incubação foi de 2 ou 3 horas, e em nenhum dos casos houve recurso ao Hospital ou Centro de Saúde. Estes casos podem ser devidos, entre outros, a sugestão/influência ou a outro processo patológico subjacente.

O agente etiológico pela toxi-infecção alimentar deveria ter sido confirmado por exames bromatológicos, o que não foi possível por não ter havido notificação atempada do caso.

É importante sensibilizar os médicos em particular e a população em geral para estes problemas, de forma a existir uma notificação em tempo útil, que permitirá o início mais precoce do processo e assim possibilitar a recolha de alimentos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Ferreira, F.A. Gonçalves. Moderna Saúde Pública, 5ªed., Lisboa, Fundação Calouste Gulbenkian, 1982, vol.I.
- (2) Novais, Maria do Rosário. Surtos de toxinfecções alimentares estudados no laboratório de microbiologia dos alimentos do INSA em 1989, Boletim Epidemiológico (INSA), Abril 1990, p.2-7.

BIBLIOGRAFIA

- Benenson, Abram S. Control of communicable diseases in man, 15ªed., Washington, American Public Health Association, 1990.
- Ferreira, F.A. Gonçalves. Moderna Saúde Pública, 5ªed., Lisboa, Fundação Calouste Gulbenkian, 1982, vol.I.
- Gardete, Manuel Justo. Surto de gastroenterite em estabelecimento hospitalar. Saúde em Números, Agosto 1991; 6(3): 22-23.
- Mausner e Bahn. Introdução à Epidemiologia, Lisboa, Fundação Calouste Gulbenkian, 1990.
- Novais, Maria do Rosário. Surtos de toxinfecções alimentares estudados no laboratório de microbiologia dos alimentos do INSA em 1989, Boletim Epidemiológico (INSA), Abril 1990, p.2-7.
- Valente, Carlos; Fonseca, Rui Passadouro; Mendes, Odete. Investigação Epidemiológica de um surto de Gastroenterite numa Unidade Militar. Saúde em Números, Agosto 1994; 9(2).

TENDÊNCIAS NA DISTRIBUIÇÃO DOS PESOS AO NASCER EM PORTUGAL

Margarida Tavares* Henrique Barros*

INTRODUÇÃO

O peso ao nascimento é reconhecido como um determinante fundamental da morbilidade e mortalidade infantil⁽¹⁾. Recentemente tem sido também relacionado com o desenvolvimento de doenças na vida adulta, tais como a doença coronária, a diabetes não insulino-dependente e até o risco de suicídio⁽²⁾. Assim, o conhecimento das tendências nacionais deste indicador de saúde pode revestir-se adicionalmente de grande interesse para prever a evolução de algumas das principais causas de doença crónica e de mortalidade nas sociedades desenvolvidas.

MATERIAL E MÉTODOS

Em Portugal, as informações referentes ao peso ao nascimento são fornecidas pelo Instituto Nacional de

Estatística – Estatísticas Demográficas – desde 1980⁽³⁾. A partir delas, calculam-se para cada ano as proporções de nascimentos de acordo com as classes de peso e avaliou-se a sua evolução temporal através de regressão linear simples. A associação entre proporções de nascimentos por classes de peso, ou entre elas a taxa de mortalidade infantil foi calculada por correlação de Pearson.

RESULTADOS

No Quadro I apresenta-se a proporção de nascimentos, ano a ano, por classe ponderal, entre 1980 e 1994. Ao longo do período considerado os nascimentos de baixo peso (<2500 g) cresceram de 4,64% para 6,09% (0,09% por ano, $p < 0,0005$) e os nascimentos de peso maior ou igual a 4000 gramas decresceram de 9,55% para 6,73% (0,18% por ano, $p < 0,0005$).

Quadro I – Distribuição percentual dos nados-vivos por classes ponderais, em Portugal, 1980-1994.

Ano	NADOS-VIVOS TOTAL	PESO AO NASCIMENTO (gramas)											
		Ign*	<500	500 a 999	1000 a 1499	1500 a 1999	2000 a 2499	2500 a 2999	3000 a 3499	3500 a 3999	4000 a 4499	4500 a 4999	≥5000
1980	158 352	4,30	0,002	0,13	0,33	0,74	3,44	14,44	37,60	29,46	7,94	1,43	0,18
1981	152 102	3,58	0,002	0,14	0,30	0,77	3,42	14,92	38,45	29,29	7,68	1,26	0,18
1982	151 029	3,08	0,009	0,14	0,33	0,83	3,47	15,05	38,75	29,30	7,67	1,21	0,15
1983	144 327	2,25	0,007	0,16	0,34	0,83	3,63	15,76	39,25	29,09	7,36	1,19	0,14
1984	142 805	1,73	0,008	0,18	0,33	0,86	3,60	16,38	39,96	28,58	7,17	1,08	0,11
1985	130 492	1,39	0,011	0,19	0,37	0,84	3,91	17,16	40,09	28,30	6,60	0,96	0,13
1986	126 748	1,05	0,011	0,18	0,33	0,92	3,93	17,20	40,58	28,12	6,61	0,98	0,10
1987	123 218	0,93	0,009	0,20	0,35	0,89	3,86	17,56	41,05	27,65	6,47	0,93	0,09
1988	122 121	0,65	0,006	0,18	0,34	0,88	3,77	17,37	40,90	28,09	6,79	0,93	0,10
1989	118 560	0,58	0,003	0,18	0,33	0,92	3,97	17,81	41,22	27,56	6,43	0,88	0,10
1990	116 388	0,50	0,004	0,20	0,42	0,96	4,02	17,93	40,90	27,61	6,51	0,87	0,07
1991	116 415	0,48	0,004	0,19	0,38	0,96	4,06	17,62	41,20	27,82	6,34	0,86	0,10
1992	115 018	0,53	0,004	0,19	0,40	0,99	3,95	17,99	41,11	27,55	6,32	0,87	0,10
1993	114 030	0,43	0,004	0,22	0,46	1,01	4,23	18,59	41,25	28,86	6,03	0,83	0,08
1994	109 287	0,38	0,007	0,22	0,46	1,07	4,33	18,98	41,14	26,68	5,92	0,73	0,08

* Ign = Ignorado

No mesmo período, observou-se um decréscimo progressivo da proporção de nascimentos registados com peso ignorado (4,30% em 1980 e 0,38% em 1994, um decréscimo anual de 0,26%, $p < 0,0005$) e detectou-se uma correlação linear negativa forte entre a evolução dessas proporções e as de nascimentos de baixo peso ($r = 0,87$, $p < 0,0005$) e também uma forte correlação, mas positiva, com o decréscimo de pesos ao nascimento maiores ou iguais a 4 000 gramas ($r = 0,96$, $p < 0,0005$).

Entre 1980 e 1994, registou-se um aumento continuado da proporção de nascimentos nas classes de pesos considerados normais (2500-3999 g), de 81,5% para 86,8% que se verificou a ritmos diferentes (0,74% por ano até 1987 e apenas 0,07% de 1987 a 1994).

Nos anos considerados, a mortalidade infantil diminuiu de 24,3 para 7,9 por 1000 nados vivos apresentando uma correlação negativa forte com o aumento da proporção de nascimentos de baixo peso ($r = -0,92$, $p < 0,00005$) e com o aumento da proporção de recém-nascidos de peso normal ($r = -0,93$, $p < 0,00005$), e uma correlação positiva forte com a diminuição de nascimentos na classe ponderal de 4000 g ou mais ($r = 0,95$, $p < 0,00005$).

COMENTÁRIOS

A distribuição nacional dos pesos ao nascimento sofreu alterações marcadas no últimos anos, no sentido de pesos mais baixos, tendo aumentado a proporção de nascimentos em todas as classes ponderais até aos 3499 g e decrescido nas classes superiores.

No mesmo período, observou-se um decréscimo progressivo dos nascimentos registados com peso ignorado, o qual se correlaciona significativamente com as alterações referidas anteriormente. Este facto poderia sugerir simplesmente um aumento artefactual da proporção de baixos pesos devido a um registo progressivamente melhor dos nados-vivos mais leves. No entanto, noutras populações europeias, onde num período semelhante também se verificou uma diminuição no registo de nascimento com peso ignorado, a tendência na distribuição dos pesos ao nascimento foi oposta à observada em Portugal⁽⁴⁾. Adicionalmente, existem entre nós razões que podem justificar um real aumento proporcional de baixos pesos, como o aumento dos partos múltiplos, a tendência para a indução de partos pré-termo em gravidezes que espontaneamente terminariam em mortes fetais e uma crescente prevalência do tabagismo feminino⁽⁵⁾.

O decréscimo observado em Portugal na mortalidade infantil, de 75,5 por mil em 1960 para 7,9 por 1000 em 1994, associou-se sobretudo à acentuada diminuição dos partos sem assistência, actualmente menos de 0,2% sendo também um importante contributo o declínio da fertilidade⁽⁶⁾. É no entanto bem conhecida a dependência da mortalidade infantil da distribuição de nascimentos por classes ponderais, sendo o baixo peso o seu determinante independente mais importante⁽¹⁾. A correlação inversa encontrada, nos últimos 15 anos, entre a diminuição da mortalidade infantil e o aumento da proporção de baixos pesos é nesse contexto uma observação paradoxal. Ela poderá ser explicada

pelo papel preponderante de outros factores, como a evolução dos cuidados obstétricos e perinatais que acompanhou estas modificações e cuja importância suplanta com benefício o impacto do risco associado ao baixo peso. A mortalidade infantil em Portugal continua

ainda a reflectir mais o papel do sucesso em evitar mortes em recém-nascidos de peso normal que a sobrecarga das mortes inevitáveis associadas com o baixo e o muito baixo peso ao nascimento, preponderantes em populações com mortalidades inferiores à portuguesa.

Este aumento da prevalência de baixo peso obriga a reflectir na possibilidade dos índices de saúde infantil tenderem naturalmente para uma lentificação à medida que as condições globais de saúde melhoram. Uma vez que a mortalidade específica por classe de peso ao nascimento é melhor indicador da quantidade e da qualidade dos cuidados de saúde perinatais do que, por exemplo, o valor bruto da mortalidade infantil⁽⁷⁾, e esses dados não estão disponíveis em Portugal, mais urgente se torna proceder à ligação automática (*linkage*) dos sistemas de informação de nascimento e mortalidade para monitorizar e compreender essa evolução.

As alterações na distribuição dos pesos ao nascimento, para além da relação com indicadores de saúde infantil, podem ter implicações mais vastas, a confirmarem-se as observações recentemente descritas que relacionam o desenvolvimento intra-uterino com a morbilidade e a mortalidade na vida adulta⁽²⁾. Em ambos os sexos, os indivíduos que nasceram com baixo peso apresentaram, para as doenças cardiovasculares, razões de mortalidade estandardizadas significativamente mais altas⁽⁷⁾. Mesmo considerando que possa ser de pequena magnitude o risco associado ao peso ao nascimento, em Portugal este factor pode ter um impacto relevante em termos de saúde populacional pois a prevalência de baixo peso vem a apresentar um aumento gradual sendo actualmente cerca de 6%. Nomeadamente para a compreensão da evolução epidemiológica das doenças cardiovasculares, responsáveis por quase metade dos óbitos anuais⁽⁸⁾, este fenómeno merecerá uma atenção particular.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Mc Cornic M. The contribution of low birth weight to infant mortality and childhood morbidity. *N Engl J Med* 1985; 312: 82-90.
2. Barker DJP, ed. *Fetal and infant origins of adult disease*. London: British Medical Journal, 1992.
3. Instituto Nacional de Estatística. *Estatísticas demográficas*. Lisboa 1980-94.
4. Power C. National trends in birth weight: implications for future adult disease. *Br Med J* 1994; 308: 1270-1271.
5. Machado AP, Vicente P. Barros H. Adolescentes fumadores em escolas portuguesas. *Saúde em Números* 1995; 10: 17-19.
6. Barros H. *Mortalidade Infantil. O caso português*. Universidade do Porto. Porto. 1991.
7. Osmond C, Barker DJP, Winter PD, Fall CHD, Simmonds S.J. Early growth and death from cardiovascular disease in women. *Br Med J* 1993; 307: 1519-1523.
8. Dias JAA, Falcão IM. Análise da variação percentual das taxas de mortalidade por acidente vascular cerebral e doença isquémica do miocárdio nos triénios 80-92 e 90-92, a nível distrital. *Saúde em Números* 1994; 9: 5-7.

DOENÇAS DE DECLARAÇÃO OBRIGATÓRIA*
Casos notificados no 4.º trimestre de 1994 e 1995**
PORTUGAL (excepto Açores)***

DOENÇAS	Código OMS CID - 9	CASOS DECLARADOS 4.º Trimestre		CASOS ACUMULADOS 4.º Trimestre		MEDIANA 1992-1994		ÍNDICE EPIDÉMICO ⁽ⁱ⁾	
		1995	1994	1995	1994	4.º Trim.	Acum.	4.º Trim.	Acum.
D. infec. intestinais									
febres tif. e paratifóide	002	113	75	425	323	73	323	1.55	1.32
outras salmoneloses	003	33	19	190	195	19	144	1.74	1.32
shigelose	004	113	9	138	19	1	15	113.00	9.20
Zoonoses por bactérias									
brucelose	023	99	216	915	1241	216	1200	0.46	0.76
Outras doenças bacterianas									
tosse convulsa	033	9	5	22	19	3	20	3.00	1.10
escarlatina	034.1	134	159	472	482	103	463	1.30	1.02
inf. mening. (excl. 036.0)	036	25	7	69	58	14	70	1.79	0.99
meningite meningocócica	036.0	24	26	105	146	35	178	0.69	0.59
tétano (exclui tét. neonat.)	037	5	5	28	28	5	28	1.00	1.00
D. por vírus com exantema									
sarampo	055	15	34	190	3214	34	597	0.44	0.32
rubéola (exc. rub. cong)	056	7	28	124	536	32	536	0.22	0.23
Outras doenças por vírus									
hepatite vírus A	070.0-070.1	71	68	311	469	110	616	0.65	0.50
hepatite vírus B	070.2-070.3	202	286	968	1092	262	1092	0.77	0.89
hepatite vírus C		101	158	447	461	112	350	0.90	1.28
hepatite p/out. vírus esp.	070.4-070.5	14	4	32	16	1	11	14.00	2.91
hepatite por vírus n/esp.	070.6-070.9	9	19	45	109	19	109	0.47	0.41
parotidite	072	285	221	1867	1431	140	776	2.04	2.41
Rickettsioses e outras doenças transmitidas por artrópodes									
rickett (excl. 082.1)	080-083	4	10	38	49	5	46	0.80	0.83
febre escaro-nodular	082.1	48	62	763	625	52	716	0.92	1.07
malária (casos importados)	084	8	12	81	67	12	61	0.67	1.33
leishmaníase	085	4	4	18	23	3	22	1.33	0.82
Sífilis e outras doenças venéreas									
sífilis precoce sintom.	091	30	23	127	104	33	122	0.91	1.04
sífilis precoce latente	092	23	18	80	90	13	60	1.77	1.33
infecções gonocócicas	098	26	26	71	84	36	148	0.72	0.48
cancro mole	099.0	1	1	2	5	1	5	1.00	0.40
linfogran. venéreo	099.1	1	0	4	2	0	3	-	1.33
Outras d. provocadas por espiroquetas									
leptospirose	100	4	5	24	34	5	33	0.80	0.73
Helminfases									
hidatidose	122	16	20	39	28	0	14	-	2.79
Infecções do período perinatal									
rubéola congénita	771.0	1	1	2	3	0	2	-	1.00
Tuberculose									
pulmonar e ap. resp.	011-012	706	744	3067	2941	(ii)	(ii)	(ii)	(ii)
meníngea e do SNC	013	9	11	44	40	(ii)	(ii)	(ii)	(ii)
miliar	018	8	12	46	59	(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 09 Fev 96.

*** 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