

saúde em números

JULHO 96

VOLUME 11 N.º 3

SUMÁRIO

- 17 PAROTIDITE EPIDÉMICA EM PORTUGAL
- 21 EVOLUÇÃO DO PESO AO NASCER, NO PERÍODO DE 1980 A 1990
- 24 DOENÇAS DE DECLARAÇÃO OBRIGATÓRIA

PAROTIDITE EPIDÉMICA EM PORTUGAL

Dias JA⁽¹⁾; Cordeiro M⁽²⁾; Afzal MA⁽³⁾; Freitas MG⁽⁴⁾; Morgado MR⁽⁴⁾; Nunes JL⁽⁴⁾; Nunes LM⁽²⁾; Lima MG⁽¹⁾; Avilez F⁽⁵⁾

INTRODUÇÃO

Em Portugal, a vacinação programada contra a parotidite epidémica faz-se desde 1987, quando se introduziu no Plano Nacional de Vacinação (PNV), a vacina trivalente contra o Sarampo, Papeira e Rubéola (VASPR). No entanto, regista-se desde a primavera de 1995, um aumento considerável de casos notificados de parotidite, inicialmente à custa de surtos localizados sobretudo no norte e centro do país, atingindo também outras regiões desde o início de 1996.

Depois da introdução da VASPR em 1987, o número de casos notificados de parotidite diminuiu progressivamente até 1993 (Figura 1), excepção

feita ao ano de 1989 em que o aumento das notificações de parotidite poderá estar associado ao surto de sarampo⁽¹⁾ que actuou como estímulo para a notificação. Em 1994 o número de casos notificados de parotidite subiu para 1445, em 1995 atinge os 1841, tendo-se registado nos primeiros 6 meses do corrente ano 5767 casos.

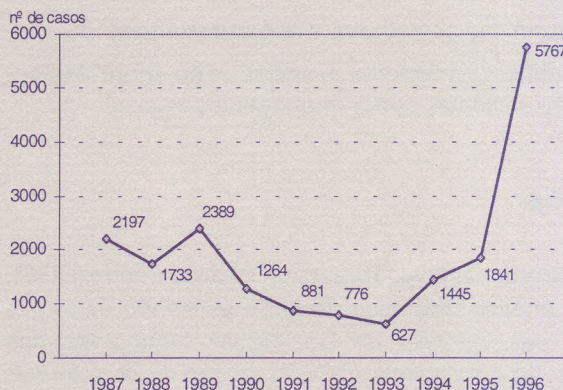


Figura 1 – Número de casos notificados de parotidite epidémica, 1987-1996

- (1) Divisão de Epidemiologia e Bioestatística da Direcção-Geral da Saúde, Lisboa
- (2) Divisão de Saúde Materna, Infantil e dos Adolescentes da Direcção-Geral da Saúde, Lisboa
- (3) Division of Virology, National Institute for Biological Standards and Control, London-UK
- (4) Divisão de Doenças Transmissíveis da Direcção-Geral da Saúde, Lisboa
- (5) Laboratório de Virulogia do Instituto Nacional de Saúde, Dr. Ricardo Jorge, Lisboa

Em Março de 1995, o aumento do número de notificações (Figura 2) justificou a particular atenção que foi sendo dada às características do surto epidémico, nomeadamente sua distribuição etária e regional, eventuais complicações associadas, estado vacinal dos atingidos, seus contactos e condições de vida, bem como, às condições inerentes à própria vacinação (lotes, cadeia de frio, administração, etc).

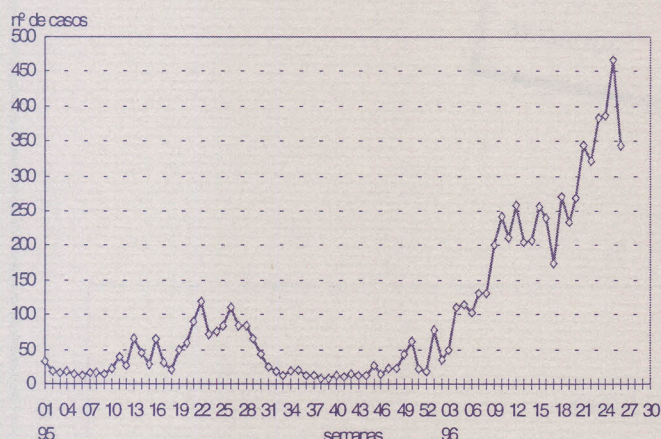


Figura 2 – Distribuição dos casos notificados de parotidite epidémica, segundo a semana de notificação, 1995-1996

Para além do acompanhamento da situação, foi desenhado um estudo para investigação das características do surto e dos principais factores a ele associados.

OBJECTIVOS

- Estimar o mais correctamente possível a importância, características e distribuição do surto epidémico de parotidite;
- Determinar as estirpes virais prevalentes;
- Identificar os factores associados ao aparentemente insuficiente, poder imunogénico vacinal.

MÉTODOS

Sob coordenação da Direcção-Geral da Saúde (DGS), fez-se a análise descritiva do surto utilizando os dados gerados pelo sistema de Declaração Obrigatória das Doenças Transmissíveis (DODT) acrescida da informação colhida em estudos epidemiológicos conduzidos pelas Autoridades de Saúde a nível local.

Foram feitos exames laboratoriais em alguns dos casos, para confirmação do diagnóstico e determinação das estirpes virais envolvidas.

Efectuou-se a revisão da definição de **caso** numa amostra de conveniência pela proximidade geográfica, dos diagnósticos efectuados em Centros de Saúde, Hospitais e Pediatras privados, seleccionados a partir da lista telefónica das áreas limítrofes de Lisboa.

Amostras de produtos biológicos, colhidos em áreas mais afectadas, foram enviados para o Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge (INSA), para confirmação laboratorial.

Dada a dificuldade operacional verificada na identificação e caracterização das estirpes virais prevalentes em Portugal, houve que recorrer ao *National Institute for Biological Standards and Control (NIBSC)* no Reino Unido⁽²⁾.

Para efeito da identificação das estirpes virais responsáveis pelo surto epidémico, foram considerados 21 casos, isto é, todas as crianças com o diagnóstico de parotidite efectuado nos serviços de urgência pediátrica dos Hospitais de St^a Maria, São Francisco Xavier e D. Estefânia que acorreram à urgência nos dias 14 e 15 de Maio de 1996. Aos pais, foi solicitada a comparência das crianças doentes na manhã seguinte, na DGS, em jejum e sem lavar os dentes, para a colheita de amostras de saliva, exsudado faríngeo, sangue e urina. A informação acerca do estado vacinal foi retirada dos Boletins de Vacinação e a referente ao início das queixas, sintomas e complicações foi obtida através dos acompanhantes das crianças. Os produtos biológicos colhidos foram conservados adequadamente (-70^o C para os exsudados faríngeos e saliva e -4^o C para o sangue e urina) e enviados posteriormente para o NIBSC por correio expresso, devidamente acondicionados.

RESULTADOS E CONCLUSÕES

As taxas de incidência de parotidite epidémica subiram de forma consistente a partir de 1993 e tiveram uma distribuição semelhante nos dois sexos. O surto de 1995/96 afectou todos os grupos etários, embora se possa observar uma taxa de incidência mais elevada no grupo etário dos 10-14 anos (Figura 3) que ultrapassou mesmo, a partir de 1995, as verificadas nos grupos 5-9 e 1-4 anos.

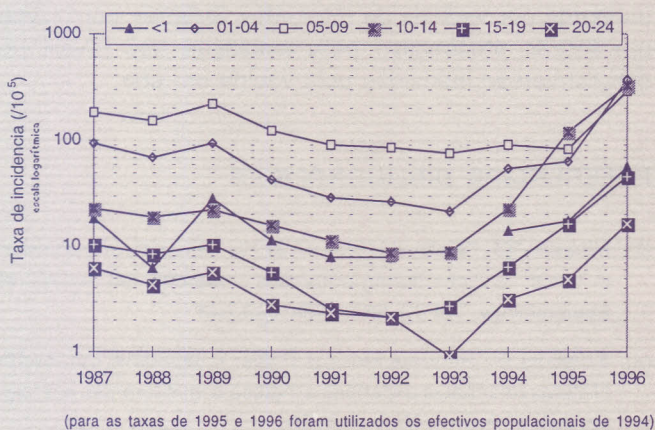


Figura 3 – Taxas de incidência de parotidite epidémica, segundo grupos etários, por ano, 1987-1996

Nos grupos etários acima dos 14 anos verificou-se o mesmo padrão de crescimento, podendo aqui haver alguma justificação nas baixas taxas de cobertura vacinal antes de 1990 (ano em que se introduziu o reforço vacinal aos 11-13 anos de idade⁽³⁾). O crescimento da taxa de incidência do grupo etário 1-4 anos é de mais difícil explicação, tanto mais que a taxa de cobertura vacinal no 2º ano de vida é elevada (Quadro I).

Quadro I – Taxa de cobertura vacinal (%) de VASPR no 2º ano de vida, em Portugal, 1989-1995

1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995
90,8	83,3	96,9	99,0	95,2	91,6	96,1

Fonte: DEB/DGS

O surto teve no país, uma distribuição Norte-Sul, sendo o distrito de Viseu o primeiro a ser atingido de forma relevante, ainda na primavera de 1995. Em 1996, foram os distritos de Aveiro e Lisboa os mais atingidos, seguindo-se-lhes por ordem de importância relativa os do Porto e Viseu. No entanto, todos esses distritos referem elevadas taxas de cobertura vacinal para a VASPR no 2º ano de vida. Na realidade, um número considerável de casos notificados ocorreram em crianças de jardins infantis e escolas, sobre as quais se sabe estarem vacinadas com pelo menos uma dose de VASPR.

Outros estudos referem, porém, em adolescentes, taxas de cobertura muito mais baixas, como os 59,5% encontrados nalgumas Escolas do Ensino Secundário de Leiria⁽⁴⁾.

A doença manifestou-se, na maior parte dos casos, numa forma ligeira, com tumefacção de uma ou de ambas as parótidas, ou das glândulas submaxilares. A

forma unilateral foi frequente e registou-se uma baixa incidência de complicações, ainda que se tivesse conhecimento de alguns casos de orquite, pancreatite e meningite asséptica. Não se registaram casos fatais.

Os exames analíticos realizados no INSA, referentes aos surtos de Viseu, Parede e Almada, confirmaram que em 40 a 60% dos casos testados se tratava de crianças a quem tinha sido aplicada pelo menos uma dose de VASPR⁽⁵⁾.

Apurou-se ainda que, em 1987 as vacinas trivalentes (VASPR) existentes no mercado, incluíam três estirpes do vírus da parotidite: *Urabe Am9* (Japonesa), *Rubini* (Suiça) e *Jeryl Lynn* (Americana). Na sequência de casos de encefalite pós vacinais no Reino Unido, Canadá e Japão potencialmente relacionados com a estirpe *Urabe Am9*, a *Smith & Kline* suspendeu, a partir de Setembro de 1992, a comercialização da sua vacina em Portugal^(6,9). Desde então a vacina em uso no país é a *Triviraten Berna* (*Rubini*). O PNV abrange todo o país e a aquisição das vacinas é feita através de concurso público anual.

A comparação de taxas de incidência em diversos países da Europa⁽⁷⁾, mostra que a situação portuguesa em anos passados, foi semelhante à da Espanha, com taxas mais baixas que a Itália mas mais elevadas que as do Reino Unido (Quadro II). À excepção do Reino Unido que desde 1990 apenas utiliza a estirpe *Jeryl Lynn*⁽²⁾, todos os outros países utilizam, nas suas vacinas, a estirpe *Rubini*⁽⁸⁾.

Quadro II – Incidência de parotidite epidémica em vários países europeus⁽⁷⁾.

Anos	Itália		Espanha		R. Unido		Portugal		Média Europeia
	N.º de casos	Taxa /10 ⁵	N.º de casos	Taxa /10 ⁵	N.º de casos	Taxa /10 ⁵	N.º de casos	Taxa /10 ⁵	Taxa /10 ⁵
1992	30 185	53,10	10 029	25,71	3 040	5,24	779	7,90	46,33
1993	29 500	52,27	6 218	15,88	2 726	4,68	627	6,35	55,55
1994	37 976	67,77	7 002	17,85	3 133	5,39	1 445	14,69	73,66
1995	nd	-	nd	-	nd	-	1 870	19,03	-

nd - informação não disponível

Fonte: OMS

Representando em gráfico as notificações de parotidite ocorridas em 1995 e 1996, referentes às crianças nascidas depois de 1/1/1986, segundo a data possível de vacinação (mês/ano), pressupondo que todas elas foram vacinadas aos 15 meses de idade (Figura 4), pode-se observar um aumento do número de casos nas crianças supostamente vacinadas depois de Setembro de 1992, data em que foi suspensa a vacina com a estirpe *Urabe Am9*^(6,9). O subsequente declínio do número de casos, será provavelmente devido ao ainda reduzido efectivo de

casos acumulados. De facto, à medida que se vão acrescentando casos mais recentes, essa porção das curvas (depois de 1993) tende a elevar-se. Este cenário, a ser confirmado, é consistente com a hipótese de uma mais baixa eficácia da componente vacinal VASPR relativa à parotidite, desde que se passou a utilizar apenas a estirpe vacinal *Rubini*, em comparação com a situação anterior em que se usavam vacinas com as estirpes *Rubini* e *Urabe Am9*.

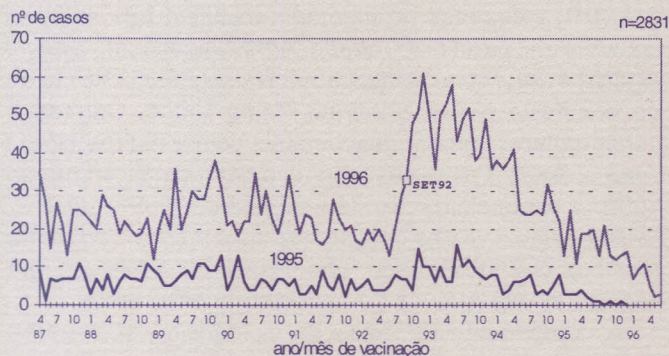


Figura 4 – Distribuição dos casos de parotidite epidémica notificados em 1995 e 1996, segundo a possível data de vacinação

Alguns estudos realizados na Suíça pela Rede Sentinela de Clínicos Gerais, referem de facto, uma mais baixa eficácia da estirpe *Rubini* em comparação com a *Jeryl Lynn* e *Urabe Am9*^{10,11}.

Os resultados das análises de material genético viral extraído por RT-PCR às 21 amostras enviadas para o NIBSC e os estudos das sequências de nucleótidos, permitiram estabelecer as relações filogenéticas do material isolado nas amostras portuguesas (*Afzal et al*, em preparação), mostrando que o surto tem sido causado por, pelo menos, 5 genótipos diferentes, pertencentes às estirpes B e C.

Pode-se, portanto, concluir que o surto de parotidite epidémica foi consequência de *Paramixovirus* dessas duas estirpes e não das existentes nas vacinas disponíveis (tipo A), nem de genótipos importados não-europeus.

Nesta conformidade e não existindo de momento outra alternativa vacinal, recomenda-se a manutenção do esquema vacinal tal como está previsto no PNV. Efectivamente, apesar da diferença entre as estirpes prevalentes e a vacinal, a vacina é a melhor opção na prevenção primária e os casos ocorridos em vacinados parecem, apesar de tudo, evoluir com menor gravidade.

Estão delineadas outras investigações envolvendo as Autoridades de Saúde, o INSA e a DGS, nomeadamente um estudo retrospectivo para avaliação da protecção

conferida por vacinas de diferentes estirpes, bem como um estudo prospectivo para avaliação dos níveis de seroconversão induzidos pela vacina em uso.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Miranda AM, Falcão JM, Dias JA et al - "Measles transmission in health facilities during outbreaks"; International Journal of Epidemiology, Vol. 23; Nº4, 1994: 843-848.
- (2) Salisbury D - Principal Medical Officer - Department of Health (Telefax referindo a experiência inglesa com diferentes estirpes vacinais); Londres, Maio de 1996.
- (3) Circular Normativa 10/DTP - "Normas de vacinação do Programa Nacional de Vacinação"; Direcção-Geral da Saúde; 4/09/1990.
- (4) Passadouro R, Silva A, Mendes O, Lopes C - "Investigação Epidemiológica de um surto de parotidite no Concelho de Leiria"; Saúde em Números, Vol. 10; Nº 4; Outubro 1995: 26-27.
- (5) Andrade, HR - Relatórios do Laboratório de Virulogia do INSA, sobre a positividade dos casos nalguns surtos seleccionados; 1995.
- (6) Nota Informativa sobre a suspensão da vacina Pluserix pela DGAF; Direcção-Geral da Saúde; 28/10/1992.
- (7) World Health Organization - "Health For All 2000"; Statistical Database (versão de Fevereiro de 1996) - OMS, 1996.
- (8) Raúl Vieira Limitada (Representante do Laboratório Berna - Telefax com informação sobre o fornecimento de vacinas em Portugal e noutros países Europeus); Lisboa, Maio de 1996.
- (9) SmithKline Beecham Farmacêutica - (Telefax com informação sobre o fornecimento de vacinas); Lisboa, Maio de 1996.
- (10) Office Fédéral de la Santé Publique Suisse - "Perspectives dans le domaine de la vaccination"; Information de l'OFSP et du groupe d'experts pour les questions liées à la vaccination; Bulletin de l'Office Fédéral de La Santé Publique; nº 38 - 3, 10; 1994: 650-651.
- (11) Zimmerman H, Matter HC, Kiener T et al - "Mumps - Epidemiologie in der Schweiz"; Ergebnisse der Sentinella-Uberwachung 1986-1993; Soz Präventivmed, 40; 1995: 80-92.

Os autores agradecem a colaboração generosa e empenhada do National Institute for Biological Standards and Control, bem como o apoio dos Drs: Ana Santos Silva, Helena Andrade, Teresa Paixão; Enfermeiras: Barbara Menezes, Ana Batista e Margarida Valente, bem como, da Técnica Guilhermina Simões no decurso da investigação. Agradece-se também ao Dr. João Feliciano pela contribuição referente à disponibilização e análise dos dados referentes às Doenças de Declaração Obrigatória.

EVOLUÇÃO DO PESO AO NASCER EM PORTUGAL, NO PERÍODO DE 1980 A 1990

Gertrudes Mendonça*

INTRODUÇÃO

O peso ao nascer constitui um importante indicador do estado de saúde e do nível de desenvolvimento de uma população. Numerosos estudos, alguns dos quais revisitos em⁽²⁾, têm referido a existência de uma relação entre a proporção de baixo peso ao nascer e outros indicadores do estado de saúde, tais como, a mortalidade infantil, o estado nutricional da população, a paridade precoce ou tardia, a qualidade da assistência pré-natal, etc.

Este trabalho tem por objectivo a análise do peso ao nascer em Portugal, em três momentos do período de 1980 a 1990.

MATERIAL

Utilizaram-se os dados publicados pelo Instituto Nacional de Estatística⁽¹⁾, referentes aos anos de 1980, 1985 e 1990.

RESULTADOS

a) Peso ao Nascer

O quadro I contém a distribuição de frequência de nascidos vivos por escalão de peso, nos três anos em estudo.

Quadro I - Número de nascidos vivos, por peso (excluindo gémeos) Portugal, 1980, 1985, 1990

Peso (gramas)	1980		1985		1990	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
<500	4	0,0	12	0,0	4	0,0
500-999	159	0,1	194	0,2	191	0,2
1000-1499	413	0,3	385	0,3	385	0,3
1500-1999	867	0,6	862	0,7	852	0,8
2000-2499	4769	3,2	4512	3,6	4032	3,5
2500-2999	22066	14,8	21649	17,0	20151	17,7
3000-3499	59172	39,7	52036	41,1	47361	41,6
3500-3999	46569	31,2	36924	29,2	32102	28,2
4000-4499	12569	8,4	8617	6,8	7581	6,7
4500-4999	2269	1,5	1260	1,0	1008	0,9
5000 e +	292	0,2	171	0,1	84	0,1
Total	149149	100,0	126622	100,0	113751	100,0

(*) Epidemiologista, colaboradora da Direcção-Geral da Saúde

A diferença mais importante na distribuição de frequência verifica-se na classe de 2500-2999g onde a proporção passou de 14,8% em 1980 para 17,7% em 1990 ($p < 10^{-9}$). Para o cálculo do peso médio e respectivo desvio-padrão, excluíram-se os intervalos abertos "<500g" e "5000g e +", tendo-se obtido os seguintes resultados:

Parâmetros	1980	1990	Nível de signif.
Peso médio	3390,6g	3324,9g	$p < 10^{-9}$
Desvio-padrão	526,5g	521,9g	..
Peso inferior a 2500g	4,16%	4,80%	$p < 10^{-9}$
Peso inferior a 3000g	18,96%	22,52%	$p < 10^{-9}$

Todas as diferenças são muito significativas do ponto de vista estatístico, devido à elevada dimensão das populações; no entanto, a única alteração que nos parece preocupante é o aumento da proporção de crianças com peso inferior a 3000 gramas (peso deficiente), sendo provável que este grupo seja o principal responsável pela diminuição do peso médio. A situação de Portugal, no que se refere ao baixo peso (<2500g) à nascença, era bastante favorável em relação aos valores mundiais, conforme se pode verificar nos seguintes valores regionais⁽³⁾.

Região	Baixo Peso (%)
Todo o Mundo (1982)	16,0
África	14,0
América do Norte	6,8
América Latina	10,1
Ásia	19,7
Europa	6,5
Oceania	11,6
URSS	8,0
Portugal (1980)	4,8

Quanto à proporção de peso deficiente, não existe esta informação por região, mas apenas de alguns países⁽²⁾, que indicamos a seguir:

País	Ano	Peso Def. (%)
Portugal	1980	19,0
Est.Un.América	1983	16,1
Chile	1985	19,5
Costa Rica	1984	22,5
Cuba	1984	24,0
Portugal	1990	22,5

b) Baixo Peso e Peso Deficiente por idade da mãe

Quadro II - Baixo Peso e Peso Deficiente, por grupo etário da mãe, Portugal, 1980 e 1990

Grupo Etário	1980				1990					
	Total NV	<2500g	%	<3000g	%	Total NV	<2500g	%	<3000g	%
<15	178	7	3,9	55	30,9	88	13	14,8	32	36,4
15-19	17167	1146	6,7	4566	26,6	9843	826	8,4	3158	32,1
20-24	53015	2411	4,5	10809	20,4	34029	1928	5,7	8576	25,2
25-29	43138	1890	4,4	7877	18,3	39962	1973	4,9	8637	21,6
30-34	23259	1067	4,6	4021	17,3	21984	1147	5,2	4705	21,4
35-39	10141	560	5,5	1989	19,6	7881	482	6,1	1788	22,7
40-44	4103	229	5,6	808	19,7	1850	140	7,6	452	24,4
45-49	497	36	7,2	89	17,9	134	15	11,2	39	29,1
50 e+	15	1	6,7	2	13,3	12	2	16,7	3	25,0
Total	151523	7347	4,8	30216	19,9	115783	6526	5,6	27390	23,7

Nota: Existem algumas diferenças entre os totais deste quadro e os do quadro I, devido à exclusão dos casos "sem informação". Para o cálculo dos indicadores nacionais, utilizaram-se os dados do quadro I.

Na figura 1 podem comparar-se as proporções de peso baixo ao nascer segundo o grupo etário das mães, nos anos de 1980 e 1990.

De acordo com a mesma figura 1, verifica-se um agravamento do baixo peso em todos os grupos de idade, sendo este agravamento muito pronunciado nas idades superiores a 40 anos.

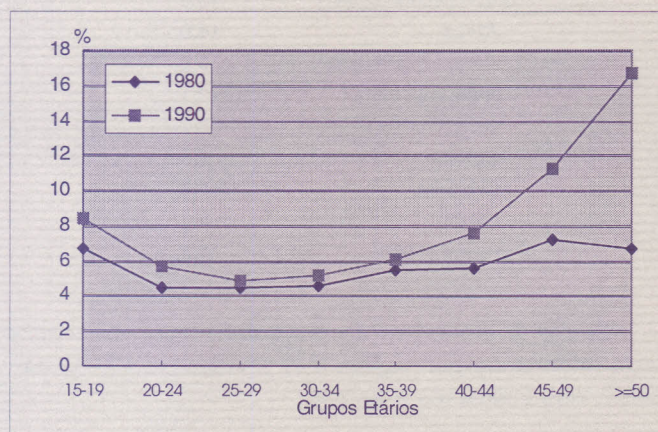


Figura 1 - Proporção de Baixo Peso ao nascer segundo o grupo etário das mães, Portugal 1980 e 1990

Na figura 2, compara-se a evolução do peso deficiente por grupos de idade da mãe, nos anos de 1980 e 1990.

O agravamento da proporção de peso deficiente é muito mais acentuado do que o do baixo peso, verificando-se uma quase perfeita translação da curva de 1980, sendo que este agravamento afecta todos os grupos de idade com uma dimensão semelhante.

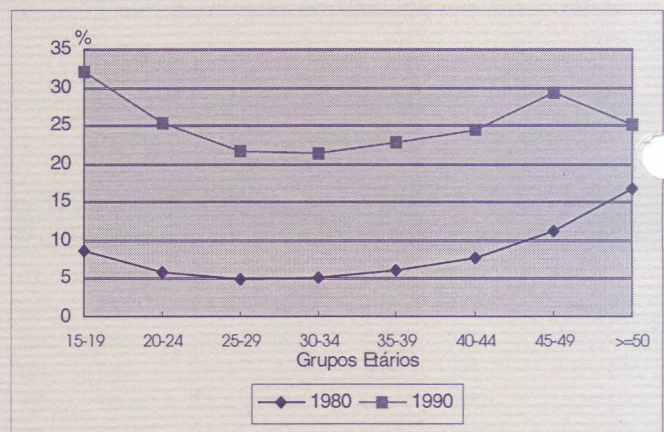


Figura 2 - Proporção de Peso Deficiente segundo o grupo etário das mães, Portugal 1980 e 1990

As análises que se seguem já incluem os nascimentos múltiplos.

c) Idade da Mãe

Quadro III – Número de Nascidos vivos, por idade da mãe, Portugal, 1980, 1985 e 1990

Grupo Etário	1980		1985		1990	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
<15	185	0,1	107	0,1	91	0,1
15-19	17788	11,2	13574	10,4	9903	8,5
20-24	55042	34,8	44265	33,9	34168	29,4
25-29	44730	28,3	39547	30,3	40148	34,5
30-34	24391	15,4	21070	16,2	22085	19,0
35-39	10996	6,9	8981	6,9	7938	6,8
40-44	4595	2,9	2615	2,0	1870	1,6
45-49	568	0,4	285	0,2	138	0,1
50e+	20	0,0	36	0,0	15	0,0
Total	158315	100,0	130480	100,0	116356	100,0

Houve uma alteração da distribuição relativa dos grupos de idade, verificando-se uma diminuição da proporção de mulheres com menos de 25 anos (46,1% em 1980 para 38,0% em 1990) e um aumento das proporções dos grupos de 25-29 e 30-34 (43,7% em 1980 e 53,5% em 1990). Assim, observa-se um "envelhecimento" das parturientes durante o período em estudo. A classe modal que em 1980 e 1985 se situava no grupo de idade 20-24 anos, passa a localizar-se no grupo 25-29 anos em 1990.

Para o cálculo da idade média do período fértil foram eliminados os intervalos abertos das respectivas distribuições, tendo-se obtido os seguintes resultados:

Ano	Média das Idades	Desvio-Padrão
1980	26,61	6,16
1985	26,61	5,87
1990	27,08	5,60

A média das idades das parturientes aumentou em 5,6 meses, sendo este aumento muito significativo ($p < 10^{-8}$).

DISCUSSÃO e algumas CONCLUSÕES

O peso médio do recém-nascido português diminuiu ligeiramente durante a década de 80, tendo passado de 3390,6 gramas em 1980 para 3324,9 gramas em 1990. Observou-se um aumento preocupante da proporção de crianças nascidas com menos de 3000 gramas (peso

deficiente); esta proporção passou de 18,96% em 1980 para 22,52% em 1990.

Na figura 2 pode-se constatar que o indicador piorou durante a década, em todos os grupos de idade. Também se verifica neste gráfico que os grupos de idade com os melhores resultados, se situam entre 20 e 34 anos agravando-se a situação nas idades mais baixas e mais elevadas.

É provável que esta evolução desfavorável tenha por causa uma alteração da composição da população devida a um maior afluxo imigratório, facto que se tem verificado em outras capitais europeias, mas que não é possível confirmar no caso de Portugal, visto não possuímos os dados necessários a essa análise. No entanto, atendendo à relevância do agravamento da proporção de peso deficiente, sugerimos que se proceda a uma investigação deste mesmo indicador com mais detalhe, levando em consideração a origem e o tempo de residência da parturiente em Portugal. Seria igualmente importante, averiguar a qualidade dos dados, quer da pesagem, quer do registo.

Ainda no que se refere ao peso deficiente, Portugal apresenta uma situação favorável em 1980, mas desfavorável em 1990, em relação à maioria dos países citados (1983-1985); dos 4 países onde foi possível obter esta informação apenas Cuba (1984) apresenta uma percentagem (24%) superior à de Portugal (22,5%) em 1990.

Em relação ao baixo peso ao nascer (<2500g) a situação de Portugal mostra-se bastante favorável quando comparada com a do resto do Mundo. Na verdade, a Europa é a região com menor proporção de peso baixo (6,5%) em 1982 e em Portugal esta percentagem foi de 4,2% em 1980 e 4,8% em 1990.

Pela figura 1 pode constatar-se que este indicador piorou durante a década, embora a diferença não seja tão pronunciada como no peso deficiente. Verifica-se que o maior risco de baixo peso acontece na idade materna superior a 40 anos.

Houve um aumento aproximado de 6 meses na média das idades do período fértil, durante o período em análise.

BIBLIOGRAFIA

- (1) INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA, Estatísticas de Saúde e Estatística Demográfica, 1980, 1985, 1990.
- (2) PUFFER, RR; SERRANO, CV, Características del Peso al Nacer, OPAS, Publicacion Científica n.º 504, 1988.
- (3) Weekly Epidemiological Records, Vol.59: 205, 1984.

DOENÇAS DE DECLARAÇÃO OBRIGATÓRIA*
Casos notificados no 2.º trimestre de 1995 e 1996**
PORTUGAL (excepto Açores)***

DOENÇAS	Código OMS CID - 9	CASOS DECLARADOS 2.º Trimestre		CASOS ACUMULADOS 2.º Trimestre		MEDIANA 1993-1995		ÍNDICE EPIDÉMICO [®]	
		1996	1995	1996	1995	2.º Trim.	Acum.	2.º Trim.	Acum.
D. infecciosas intestinais									
febres tifóide e paratífóide	002	77	98	137	181	89	148	0,87	0,93
outras salmoneloses	003	27	86	37	105	86	101	0,31	0,37
amebíase	006	0	0	1	0	0	0	-	-
Zoonoses por bactérias									
carbúnculo	022	2	0	3	2	0	1	-	3,00
brucelose	023	332	353	517	613	391	613	0,85	0,84
Outras doenças bacterianas									
tosse convulsa	033	6	5	7	6	5	6	1,20	1,17
escarlatina	034.1	317	167	558	270	149	265	2,13	2,11
infecções meningocócicas	036	17	11	25	39	20	41	0,85	0,61
meningite meningocócica	036.0	26	23	69	68	47	93	0,55	0,74
tétano (exclui tétano neonatal)	037	5	9	8	14	7	14	0,71	0,57
D. por vírus com exantema									
sarampo	055	47	68	63	109	223	349	0,21	0,18
rubéola (exclui rubéola congénita)	056	87	71	132	92	275	433	0,32	0,30
Outras doenças por vírus									
hepatite por vírus A	070.0-070.1	115	69	191	174	189	298	0,61	0,64
hepatite por vírus B	070.2-070.3	188	221	430	542	297	588	0,63	0,73
hepatite por vírus C		108	110	212	262	110	212	0,98	1,00
hepatite p/ outros vírus especif.	070.4-070.5	2	2	7	8	7	8	0,29	0,88
hepatite p/vírus não especif.	070.6-070.9	12	14	20	27	27	63	0,44	0,32
parotidite	072	3789	847	5538	1157	549	969	6,90	5,72
Rickettsioses e outras doenças transmitidas por artrópodes									
rickettsioses	080-083	4	9	12	17	9	17	0,44	0,71
febre escaro-nodular	082.1	96	90	123	125	90	125	1,07	0,98
malária (casos importados)	084	23	25	43	51	16	27	1,44	1,59
leishmaníase	085	3	7	7	10	7	10	0,43	0,70
Sífilis e outras doenças venéreas									
sífilis precoce sintomática	091	22	34	46	66	34	62	0,65	0,74
sífilis precoce latente	092	30	16	40	36	16	36	1,88	1,11
infecções gonocócicas	098	22	16	36	32	16	36	1,38	1,00
Outras d. provocadas p/ espiroquetas									
leptospirose	100	10	5	12	13	6	13	1,67	0,92
Helmintíases									
hidatidose	122	12	7	17	15	5	5	2,40	3,40
Tuberculose									
pulmonar e aparelho respiratório	011-012	958	888	1696	1377	(ii)	(ii)	(ii)	(ii)
meníngea e do SNC	013	11	15	20	28	(ii)	(ii)	(ii)	(ii)
miliar	018	14	12	37	28	(ii)	(ii)	(ii)	(ii)

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

** os dados relativos a 1996 são provisórios a 15 Jul 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:
 EUROPRESS EDITORES E DISTRIBUIDORES DE PUBLICAÇÕES, LDA.
 PTA. DA REPÚBLICA, LOJA A, PÓVOA DE STO. ADRIÃO - 2675 ODIVELAS
 AGOSTO/96
 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