

# saúde em números

2.<sup>a</sup> Edição revista

ABRIL 94

VOLUME 9 N.º 1

## SUMÁRIO

- 1 DIARREIA AGUDA EM PORTUGAL – 1992
- 5 ANÁLISE DA VARIAÇÃO PERCENTUAL DAS TAXAS DE MORTALIDADE POR ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL E DOENÇA ISQUÊMICA DO MIOCÁRDIO NOS TRIÊNIOS 80-82 A 90-92, A NÍVEL DISTRITAL
- 8 DOENÇAS DE DECLARAÇÃO OBRIGATÓRIA

## DIARREIA AGUDA EM PORTUGAL – 1992

Isabel Marinho Falcão\*  
Maria Teresa Paixão\*\*

### I. INTRODUÇÃO

A maior ou menor incidência da diarreia nas populações está directamente relacionada com o seu nível sócio-económico, com as condições de habitação e saneamento básico, variando a mortalidade e morbilidade consoante o seu desenvolvimento e nível cultural. Os dados epidemiológicos sobre a ocorrência de "diarreias" são escassos, uma vez que o indivíduo afectado nem sempre recorre ao médico. Por vezes, estas patologias não constituem doenças de declaração obrigatória, a não ser em alguns casos de etiologia conhecida e de particular importância em Saúde Pública.

A nível mundial, a Organização Mundial de Saúde (OMS) desenvolve, desde 1979, um programa<sup>(1)</sup> destinado a reduzir a incidência dos casos de diarreia aguda, no qual participam 110 países em vias de desenvolvimento. Em 1991, a OMS<sup>(2)</sup> escolheu quatro indicadores para monitorizar o progresso do Programa Mundial para o controlo das diarreias, assumindo que, se os objectivos propostos forem atingidos, a mortalidade sofrerá uma importante redução. No en-

tanto, os aspectos relacionados com a morbilidade são de difícil quantificação, não se dispondo de elementos fiáveis sobre os mesmos.

Os agentes infecciosos responsáveis pelos casos de diarreia aguda são principalmente bactérias, vírus e alguns protozoários, variando a sua distribuição geográfica e a sua prevalência consoante as regiões geográficas consideradas.

A gravidade do problema, a acessibilidade aos serviços médicos e aos meios complementares de diagnóstico e o registo adequado dos episódios condicionam a qualidade e a fiabilidade dos dados epidemiológicos existentes.

Com o intuito de se conhecerem os aspectos epidemiológicos sobre a ocorrência de diarreias em Portugal, o sistema de vigilância "Médicos-Sentinela" incluiu, em 1992, no conjunto de patologias a notificar, a diarreia aguda, de acordo com o critério de diagnóstico do médico de família.

### II. METODOLOGIA

#### 1. Origem dos dados

Os dados sobre a diarreia foram recolhidos através da rede "Médicos-Sentinela". Trata-se de uma rede de cerca de 220 médicos de clínica geral, espa-

\* Divisão de Epidemiologia e Bioestatística – Direcção-Geral da Saúde  
\*\* Centro de Vigilância Epidemiológica das Doenças Transmissíveis – INSA

lhados por todo o território do continente, que notificam semanalmente, para a Divisão de Epidemiologia e Bioestatística da Direcção-Geral da Saúde, todos os casos de um certo número de doenças e situações relacionadas, ocorridos em utentes das suas listas. Estas listas de utentes são conhecidas em relação ao grupo etário e sexo e fazem parte de uma base de dados que se constituiu como denominador sob observação.

Assim, durante o ano de 1992, cada médico notificou os casos de diarreia aguda ocorridos nos utentes da sua lista indicando a idade e o sexo, o número máximo de dejectões em 24 horas, a sintomatologia presente, nomeadamente febre, náuseas, vômitos ou dores abdominais, a existência de outros casos associados na família, ou noutra grupo, e, ainda, se foi pedida coprocultura e qual o agente identificado. Mencionava-se também se tinha ocorrido hospitalização ou óbito.

Foram considerados como casos de diarreia aguda todos os que foram notificados como tal pelos médicos de família, segundo os seus critérios habituais de diagnóstico.

Considerou-se "surto de diarreia aguda" a ocorrência de 2 ou mais casos desta patologia no mesmo agregado familiar, ou "relacionados" no espaço e no tempo.

## 2. Análise dos dados

Calculam-se "Índices de ocorrência anual da diarreia aguda" por sexo e grupo etário, segundo a fórmula

$$\text{ind. ocor.} = \frac{\text{n. de casos de diarreia aguda ocorridos em 1992}}{\text{popul. média sob observação durante o ano de 1992}} \times 10^5$$

A população "sob observação" foi constituída pelos utentes das listas consideradas para o cálculo daquele denominador.

Calculou-se ainda a distribuição de outros sintomas também presentes no quadro de diarreia aguda, segundo o sexo; a proporção de agentes etiológicos identificados nas coproculturas, a distribuição dos casos de hospitalização por sexo e os óbitos, segundo o sexo e grupo etário.

### Hospitalização

Considerou-se que houve hospitalização quando o utente permaneceu num hospital por um período igual ou superior a 24 horas.

## III. RESULTADOS

### 1. Ocorrência por Idade e Sexo

Durante o ano de 1992 foram notificados 1250 casos de diarreia aguda, distribuídos por sexo e grupo etário segundo o Quadro 1.

Quadro 1 – Estimativa dos índices de ocorrência (/10<sup>5</sup>) de diarreia aguda, por sexo e grupo etário, em 1992.

| GRUPO ETÁRIO | HOMENS |        | MULHERES |        | TOTAL |        |
|--------------|--------|--------|----------|--------|-------|--------|
|              | n.º    | índ.   | n.º      | índ.   | n.º   | índ.   |
| 00-04        | 151    | 2850.7 | 129      | 2563.1 | 280   | 2719.6 |
| 05-09        | 57     | 693.6  | 57       | 729.3  | 114   | 711.0  |
| 10-14        | 42     | 567.9  | 32       | 451.0  | 74    | 510.7  |
| 15-24        | 46     | 261.0  | 79       | 434.8  | 125   | 349.2  |
| 25-34        | 42     | 251.5  | 104      | 579.4  | 146   | 421.3  |
| 35-44        | 43     | 330.5  | 79       | 556.9  | 119   | 446.4  |
| 45-54        | 27     | 259.6  | 63       | 540.9  | 90    | 408.2  |
| 55-64        | 56     | 532.7  | 88       | 707.4  | 144   | 627.4  |
| 65-74        | 36     | 438.4  | 56       | 536.7  | 92    | 493.4  |
| 75 E+        | 22     | 406.5  | 44       | 504.8  | 66    | 467.1  |
| total        | 522    | 507.9  | 728      | 644.6  | 1250  | 579.4  |

A análise dos resultados revelou que 522 casos (41.8%) pertenciam ao sexo masculino e 728 (58.2%) ao sexo feminino.

O maior número de casos registou-se em ambos os sexos no grupo etário 0-4 anos, onde os índices de ocorrência da diarreia aguda são também os mais elevados, com 151 casos (2850.7/10<sup>5</sup>) e 129 casos (2563.1/10<sup>5</sup>), respectivamente, no sexo masculino e no feminino.

No sexo masculino verificou-se que o valor do índice sofre um decréscimo acentuado (para 1/4 do valor do grupo imediatamente anterior) no grupo etário 5-9 anos e que a partir daí diminui progressivamente até ao grupo 25-34 anos. Do grupo etário 45-54 para o 55-64 o valor do índice duplica, e volta a sofrer um ligeiro decréscimo nos 2 grupos seguintes.

No sexo feminino o valor do índice, no grupo etário 5-9 anos, é cerca de 3.5 vezes inferior ao do grupo 0-4. Em quase todos os outros grupos etários não se evidenciam grandes variações, à excepção do valor que se regista no grupo etário 55-64 (707.4), que é apreciavelmente superior.

### IND. DE OCORRÊNCIA DA DIARREIA AGUDA PORTUGAL – 1992

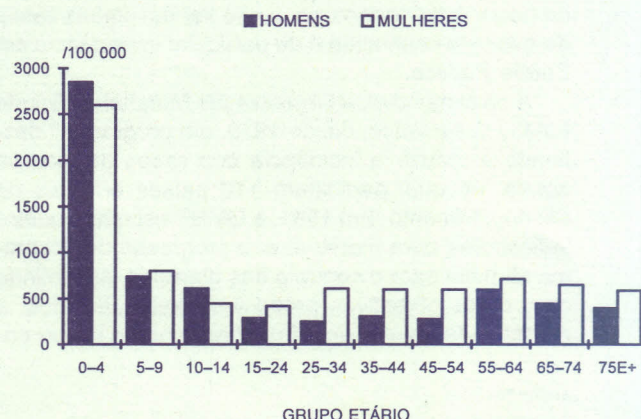


Fig. 1 – Distribuição dos casos de diarreia por sexo e grupo etário.

## 2. Frequência das dejectões

Relativamente à frequência das dejectões, verifica-se que a média (depois de retirados os casos sobre os quais não havia informação) foi de 10 dejectões/dia.

## 3. Sintomatologia presente no quadro de diarreia aguda

Em relação aos sintomas também presentes, verifica-se que os mais frequentes foram a dor abdominal e a náusea (quadro 2).

Quadro 2 – Distribuição de alguns sintomas também presentes no quadro de diarreia, por sexo (%).

|            | Homens |      | Mulheres |      | Total |        |
|------------|--------|------|----------|------|-------|--------|
|            | n.º    | %    | n.º      | %    | n.º   | n.º/b* |
| Febre      | 251    | 43.5 | 326      | 56.5 | 577   | 47.7   |
| Náusea     | 298    | 38.2 | 482      | 61.8 | 780   | 63.4   |
| Vómito     | 316    | 43.0 | 419      | 57.0 | 735   | 59.4   |
| Dor abdom. | 438    | 40.8 | 635      | 59.2 | 1073  | 86.6   |

\*b – número de casos de diarreia em que ocorreram os sintomas indicados, depois de retirados: 41 casos em que se desconhece se houve febre; em 19 se houve náusea; em 12 se houve vômito; em 11 se houve dor abdominal.

Verifica-se que todos os sintomas estudados foram mais frequentes no sexo feminino.

Em relação ao número de sintomas simultâneos acompanhados do quadro de diarreia, verifica-se que foi 3 o número referido com maior frequência (quadro 3).

Quadro 3 – Distribuição do número de sintomas também presentes no quadro de diarreia, por sexo (%).

|                             | Homens |      | Mulheres |      | Total |        |
|-----------------------------|--------|------|----------|------|-------|--------|
|                             | n.º    | %    | n.º      | %    | n.º   | n.º/c* |
| Sem qualquer refer. a sint. | 23     | 37.7 | 38       | 62.3 | 61    | 5.1    |
| 0 Sintomas                  | 24     | 54.5 | 20       | 45.5 | 44    | 3.7    |
| 1 Sintoma                   | 81     | 44.5 | 101      | 55.5 | 182   | 15.3   |
| 2 Sintomas                  | 128    | 40.4 | 189      | 59.6 | 317   | 26.7   |
| 3 Sintomas                  | 146    | 40.4 | 215      | 59.6 | 361   | 30.4   |
| 4 Sintomas                  | 120    | 42.1 | 165      | 47.9 | 285   | 24.0   |

\*c – total de casos de diarreia notificados em que foi referida outra sintomatologia (1189); em 61 casos não houve qualquer referência a essa sintomatologia.

## 4. Ocorrência de surtos

Foram notificados 50 surtos de diarreia. A análise dos casos não permite verificar uma concentração geográfica definida, assinalando-se, no entanto, alguns surtos, nomeadamente no mês de Maio, na cidade do Porto, em que foram afectadas cerca de 30 pessoas; em Viseu, também durante o mês de Maio, outro surto afectou 10 pessoas; no distrito de Leiria, durante o mês

de Junho, ocorreu um surto que afectou 18 pessoas; em Lamego, no mês de Agosto, durante um casamento, cerca de 50 pessoas foram afectadas; no distrito de Faro, durante o mês de Outubro, ocorreu um surto que afectou mais de 30 pessoas. Na grande maioria dos surtos notificados, não foi possível identificar o agente responsável (foi identificada uma Salmonella sp. em apenas um surto).

## 5. Pedido de coproculturas e agentes identificados

Somente em 83 casos (6.6%) foram pedidas coproculturas, das quais 15 (18.1%) resultaram positivas e 6 (7.2%) resultaram negativas. Assim, em 62 casos (74.7%) o resultado foi desconhecido.

Quadro 4 – Proporção dos agentes identificados nas coproculturas positivas.

| Agente               | n.º | %    |
|----------------------|-----|------|
| E. coli              | 3   | 20.0 |
| Salmonellas sp.      | 8   | 53.3 |
| Shigella             | 1   | 6.7  |
| Giardia lamblia      | 2   | 13.3 |
| Ascaris lumbricoides | 1   | 6.7  |

## 6. Distribuição anual dos casos de diarreia aguda e do número de agentes isolados

Quadro 5 – Distribuição do número de casos de diarreia aguda e do número de agentes isolados, ao longo do ano.

|                           | Jan | Feb | Mar | Abr | Mai | Jun | Jul | Ago | Set | Out | Nov | Dez |
|---------------------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| N.º casos de diarreia ag. | 77  | 90  | 98  | 86  | 130 | 110 | 121 | 149 | 162 | 98  | 82  | 47  |
| N.º agentes isolados      | 1   | 2   | 3   | 1   | 2   | 3   | 1   | -   | -   | -   | 1   | 1   |

Verifica-se que o número de casos notificados, que ultrapassaram o valor médio (104 notificações por mês), ocorreram durante os meses de Maio, Junho, Julho, Agosto e Setembro (Fig. 2).

**NUM. DE CASOS DE DIARREIA AGUDA E DE AGENTES ISOLADOS PORTUGAL – 1992**

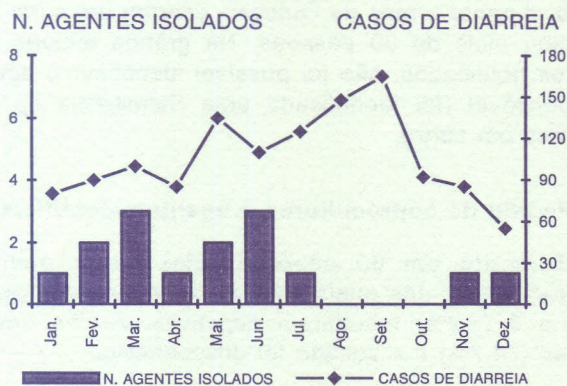


Fig. 2 – Distribuição do número de casos de diarreia aguda e do número de agentes isolados ao longo do ano.

**7. Hospitalização e óbito**

Os dados sobre hospitalização são referidos somente em 1230 casos. Ocorreu hospitalização por diarreia aguda em 33 casos (2.7%), tendo o maior número de casos sido registado no grupo etário 0-4 anos (8 casos).

Quadro 6 – Distribuição dos casos de diarreia aguda em que ocorreu hospitalização, por sexo (%).

|                | Homens |      | Mulheres |      | Total |        |
|----------------|--------|------|----------|------|-------|--------|
|                | n.º    | %    | n.º      | %    | n.º   | n.º/d* |
| Hospitalização | 13     | 39.4 | 20       | 60.6 | 33    | 2.7    |

\*d – número de casos de diarreia notificados em que o médico menciona se ocorreu ou não hospitalização.

Relativamente à letalidade, verificou-se apenas um óbito em 1231 casos referidos. Tratava-se de um indivíduo do sexo masculino com 64 anos de idade.

**IV. DISCUSSÃO / CONCLUSÕES**

De acordo com os clínicos gerais que integram a rede "Médicos-Sentinelas", introduziu-se pela primeira vez em 1992 o estudo da diarreia aguda com o intuito de utilizar aquele sistema de vigilância para uma primeira abordagem, no país, do conhecimento epidemiológico da diarreia. Assim, foi possível estabelecer, um índice de ocorrência para as diarreias, numa população de características conhecidas.

Adicionalmente, foi feito um questionário a todos os médicos que notificaram surtos de diarreia, com o objetivo de conhecer os alimentos responsáveis por eles, os agentes suspeitos e identificados e o local em que as pessoas foram infectadas.

Da análise dos resultados foi possível verificar que o número de casos de diarreia no sexo feminino foi supe-

rior ao número de casos referidos para o sexo masculino. Se considerarmos que as mulheres recorrem com mais frequência do que os homens às consultas do seu médico de família (4,5), então, os dados respeitantes ao sexo masculino podem estar subavaliados.

Da mesma forma, em relação à idade é provável que os resultados tenham algum viés, se considerarmos que quanto mais novas são as crianças, mais frequente e precocemente são levadas pelos pais às consultas do respectivo médico de família.

Em relação aos sintomas que acompanham o quadro de diarreia aguda, verifica-se que o sintoma mais frequente foi a dor abdominal, seguido da náusea, do vômito e da febre.

O número de sintomas que com maior frequência acompanhou o quadro de diarreia foi 3.

Da análise dos resultados, verifica-se que a grande maioria dos casos não teve confirmação laboratorial, pelo que o papel dos agentes etiológicos implicados é inconclusivo.

Os meses de maior ocorrência, Maio-Setembro, em que o número de casos notificados ultrapassou o valor da média (104 notificações por mês), correspondem a períodos de "grande variabilidade" dos agentes habitualmente isolados.

Em face dos resultados obtidos, parece oportuno salientar que se deve recorrer com maior frequência à caracterização laboratorial dos agentes etiológicos, uma vez que a mesma sintomatologia pode ser provocada por diversos agentes.

O diagnóstico laboratorial da diarreia está condicionado ao desenvolvimento tecnológico dos laboratórios da(s) área(s) onde o estudo foi realizado. Assim, frequentemente, só é possível proceder a estudos parasitológicos e bacteriológicos, não se evidenciando os casos de origem viral.

Parece, portanto, justificar-se o aumento dos esforços feitos na identificação laboratorial dos agentes etiológicos da diarreia, o que trará benefício, quer para a prática médica em Clínica Geral, quer para o conhecimento epidemiológico da situação.

**REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. Wkly Epidem Rec 1990, 65, 289-292.
2. Wkly Epidem Rec 1993, 68, 345-349.
3. Canada Diseases Weekly Report 1987, Março, vol 13-9, 39-41.
4. Miranda A.; Afonso M., et al – Requisição de exames complementares de diagnóstico em Clínica Geral. Revista Portuguesa de Clínica Geral, Fevereiro 1992, vol. 9, n.º 2:45-54.
5. Falcão M.; Roque C., et al – Requisição de exames de Imagiologia em Clínica Geral (em fase de publicação).

# ANÁLISE DA VARIAÇÃO PERCENTUAL DAS TAXAS DE MORTALIDADE POR ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL E DOENÇA ISQUÊMICA DO MIOCÁRDIO NOS TRIÊNIOS 80-82 A 90-92, A NÍVEL DISTRITAL

José Augusto Aleixo Dias\*  
Isabel Marinho Falcão\*\*

As doenças do Aparelho Circulatório foram responsáveis, em 1992, por 43.7% dos óbitos registados, enquanto que 42.7% em 1980. As taxas de mortalidade referentes ao Acidente Vascular Cerebral (AVC) e Doença Isquémica do Coração (DIC), principais componentes do grupo, registaram, na década de oitenta, algumas flutuações que indicaram, até 1989, um decréscimo da sua importância relativa.

Contudo, em 1990, 1991 e 1992, os valores das taxas sofreram um acréscimo que se revelou mais importante para a DIC e que não pode ser apenas atribuído à correcção dos denominadores populacionais efectuados pelo Instituto Nacional de Estatística (INE), com base no XIII Recenseamento Geral da População. De facto, o número absoluto de óbitos, por DIC e AVC, aumentou ligeiramente de 1990 para 1991, tendo sofrido em 1992 um decréscimo que veio situar o número de mortes por aquelas causas em valores inferiores aos de 1991. Actualmente, face aos dados disponíveis, pode dizer-se que houve, na década de oitenta uma tendência decrescente das taxas de mortalidade por AVC e DIC ajustadas para a idade, mais consistente para o AVC (Figs. 1 e 2).

A inflexão positiva da tendência registada por estas entidades, no final da década, carece ainda de confirmação, em função dos dados referentes aos próximos anos. A evolução do comportamento das taxas a nível distrital não foi, porém, homogéneo, havendo distritos ou regiões em que se registaram subidas, enquanto que, noutros, os decréscimos foram relativamente acentuados.

\* Assistente Graduado de Saúde Pública - Divisão de Epidemiologia; Direcção-Geral da Saúde.

\*\* Assistente de Clínica Geral - Divisão de Epidemiologia; Direcção-Geral da Saúde.

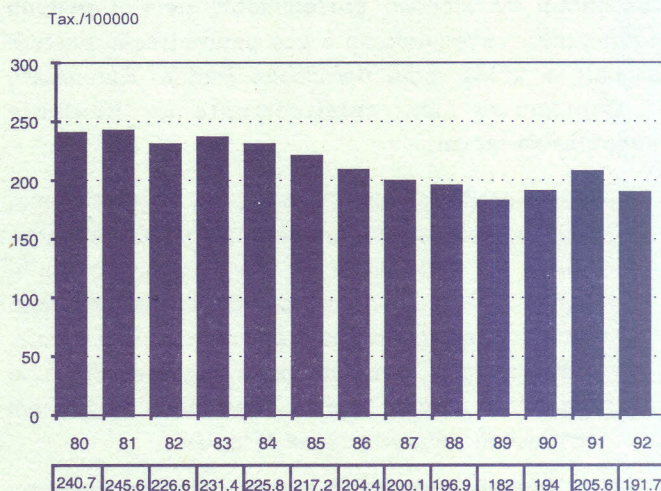


Fig. 1 - Taxas de mortalidade por AVC, padronizadas para a idade (População Padrão Europeia), em Portugal, no conjunto dos dois sexos, no período 1980-1992.

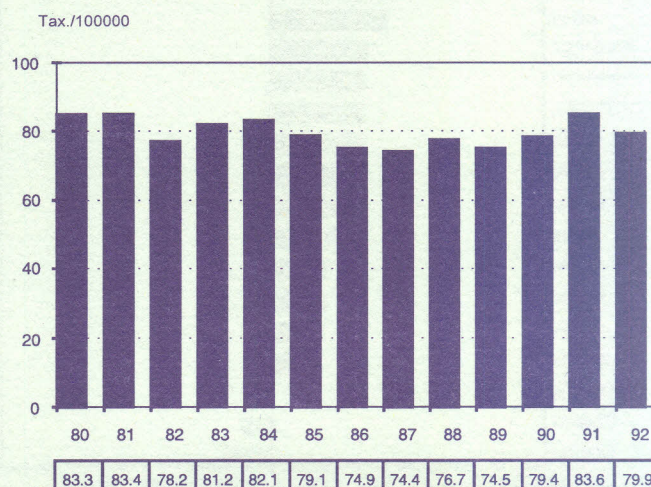


Fig. 2 - Taxas de mortalidade por DIC, padronizadas para a idade (População Padrão Europeia), em Portugal, no conjunto dos dois sexos, no período 1980-1992.

É esse aspecto evolutivo que pretendemos ilustrar nesta abordagem, analisando a variação das taxas de mortalidade ajustadas para a idade, por estas patologias, segundo o sexo. Comparam-se, assim, as variações percentuais dos valores das referidas taxas, nos triénios 1980-1982 e 1990-1992, a nível das regiões e destas, com o País <sup>(1, 2, 3)</sup>.

Consideram-se como valores de princípio do período, as taxas obtidas pelo quociente da média dos óbitos ocorridos em 1980-1982 e a população média dos referidos anos. As taxas referentes ao fim do período resultaram de idêntico procedimento para o período 1990-1992, procedendo-se à sua padronização posterior para a idade, pela População Padrão Europeia<sup>(4)</sup>.

Constata-se que, **relativamente ao Acidente Vascular Cerebral:**

- A generalidade dos distritos ou regiões registou decréscimos importantes nas taxas de mortalidade por esta causa, no sexo masculino, verificando-se que, em quase metade das regiões, houve reduções superiores à encontrada para o País. Pelo contrário, nos distritos de Vila Real, Viana do Castelo e Castelo Branco, registou-se mesmo um acréscimo daquelas taxas (Fig. 3);

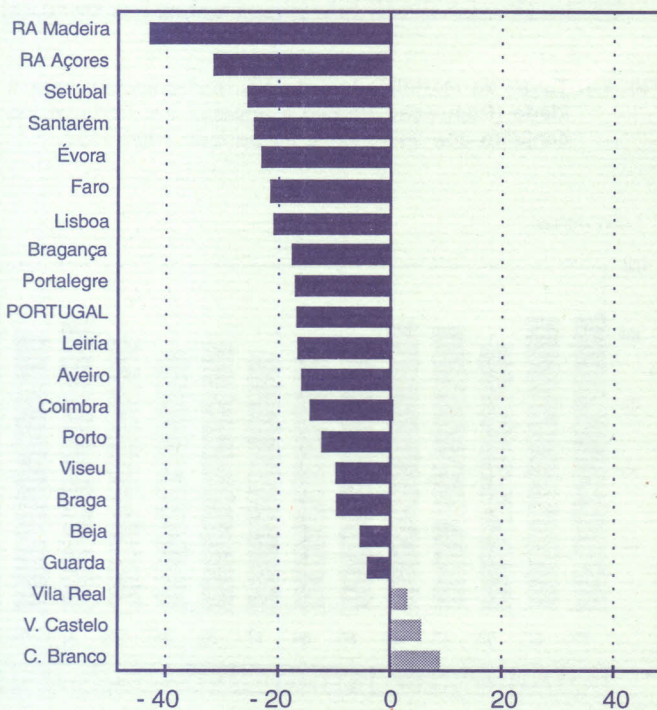


Fig. 3 - Variação percentual das taxas de mortalidade por AVC, padronizadas para a idade (População Padrão Europeia), no sexo masculino, nos Distritos e Regiões Autónomas de Portugal: 1980/82-1990/92

- no sexo feminino o comportamento das taxas foi semelhante ao do sexo masculino em quase todos os Distritos, à excepção do de Vila Real que apresenta uma redução, embora ligeira (Fig. 4);

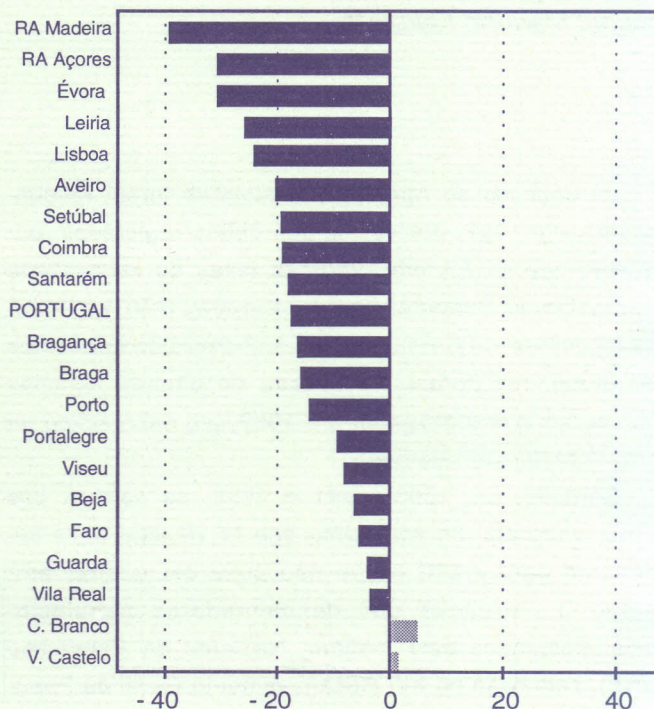


Fig. 4 - Variação percentual das taxas de mortalidade por AVC, padronizadas para a idade (População Padrão Europeia), no sexo feminino, nos Distritos e Regiões Autónomas de Portugal: 1980/82-1990/92

- as Regiões Autónomas da Madeira e dos Açores registaram as mais importantes variações negativas das suas taxas de mortalidade.

No que respeita à Doença Isquémica do Coração:

- Mais de metade das regiões registaram decréscimos das suas taxas padronizadas, no sexo masculino, superiores ao verificado para o país (-0.7%); nalguns distritos, evidenciam-se variações positivas de relativa importância, nomeadamente em Vila Real, Beja, Viana, Castelo Branco, Viseu, Faro e Coimbra (Fig. 5);

— no sexo feminino verificaram-se algumas importantes reduções das taxas de mortalidade, nomeadamente na Região Autónoma da Madeira e nalguns distritos do norte e centro do país (Fig. 6); nos distritos de Vila Real e Portalegre evidenciam-se acréscimos das taxas superiores a 20%; no Distrito de Faro o acréscimo é inferior a 20%, e nos distritos de Beja, Santarém, Setúbal e Lisboa revelaram-se inferiores a 10%.

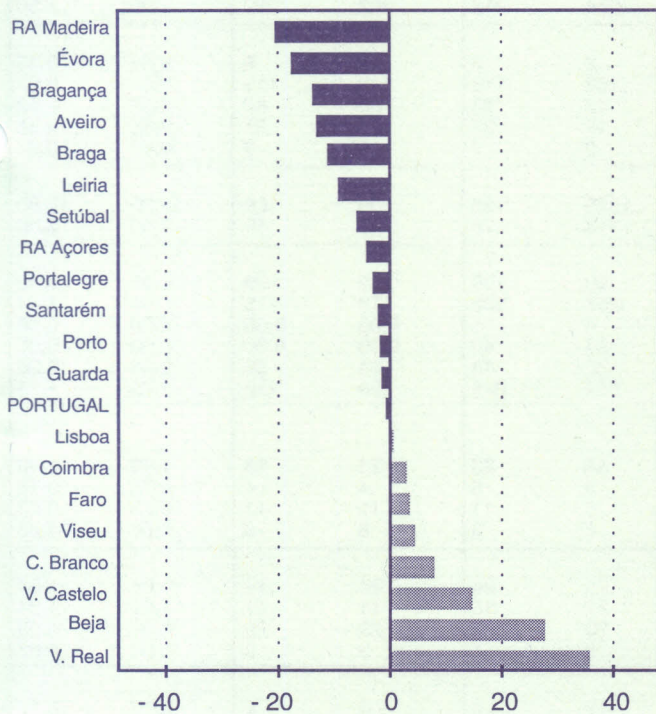


Fig. 5 — Variação percentual das taxas de mortalidade por DIC, no sexo masculino, padronizadas para a idade (População Padrão Europeia), nos Distritos e Regiões Autónomas de Portugal: 1980/82-1990/92.

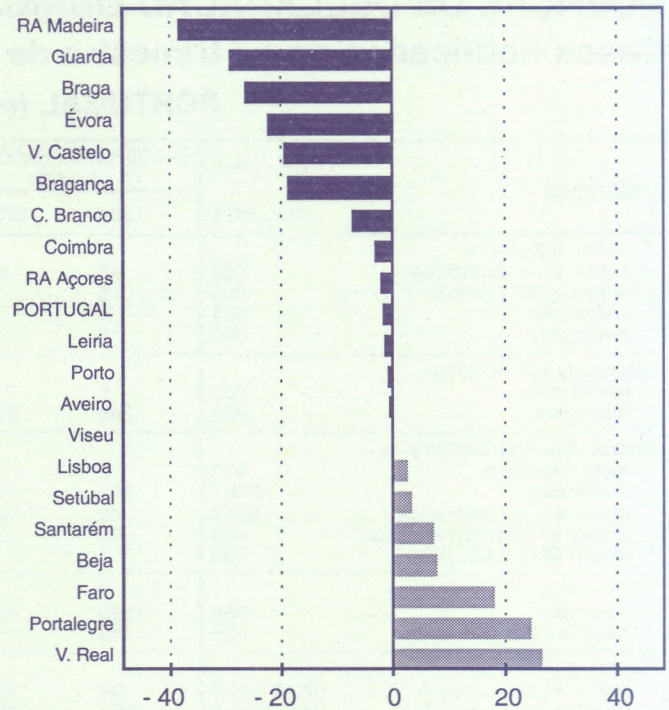


Fig. 6 — Variação percentual das taxas de mortalidade por DIC, no sexo feminino, padronizadas para a idade (População Padrão Europeia), nos Distritos e Regiões Autónomas de Portugal: 1980/82-1990/92.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 — Serviço de Informação de Saúde — "Risco de Morrer em Portugal"; Direcção-Geral da Saúde; Lisboa, vários anos;
- 2 — Instituto Nacional de Estatística — "Estatísticas de Saúde"; Lisboa, vários anos;
- 3 — Instituto Nacional de Estatística — "Estatísticas Demográficas"; Lisboa, vários anos;
- 4 — World Health Organization — "World Health Statistics"; Genève; 1992.

# DOENÇAS DE DECLARAÇÃO OBRIGATÓRIA

## Casos notificados no 1.º trimestre de 1993 e 1994\*

PORTUGAL (excepto Açores)\*\*

| DOENÇAS  | Código OMS<br>Rev. 1975 | CASOS DECLARADOS<br>1.º Trimestre |      | CASOS ACUMULADOS<br>1.º Trimestre |      | MEDIANA<br>1991-1993 |       | ÍNDICE<br>EPIDÉMICO |       |
|--|-------------------------|-----------------------------------|------|-----------------------------------|------|----------------------|-------|---------------------|-------|
|  |                         | 1994                              | 1993 | 1994                              | 1993 | 1.º Trim.            | Acum. | 1.º Trim.           | Acum. |
| D. infec. intestinais                                    |                         |                                   |      |                                   |      |                      |       |                     |       |
| febres tif. e paratífóide                                | 002                     | 47                                | 66   | 47                                | 66   | 63                   | 63    | 0.75                | 0.75  |
| outras salmoneloses                                      | 003                     | 8                                 | 7    | 8                                 | 7    | 7                    | 7     | 1.14                | 1.14  |
| shigelose  | 004                     | 4                                 | 2    | 4                                 | 2    | 1                    | 1     | 4.00                | 4.00  |
| amebíase   | 006                     | 3                                 | 0    | 3                                 | 0    | 2                    | 2     | 1.50                | 1.50  |
| Zoonoses por bactérias                                   |                         |                                   |      |                                   |      |                      |       |                     |       |
| carbúnculo   | 022                     | 1                                 | 0    | 1                                 | 0    | 0                    | 0     | 0.00                | 0.00  |
| brucelose  | 023                     | 284                               | 212  | 284                               | 212  | 262                  | 262   | 1.00                | 1.00  |
| Outras doenças bacterianas                               |                         |                                   |      |                                   |      |                      |       |                     |       |
| tosse convulsa   | 033                     | 2                                 | 6    | 2                                 | 6    | 6                    | 6     | 0.33                | 0.33  |
| escarlatina  | 034.1                   | 103                               | 118  | 103                               | 118  | 118                  | 118   | 0.87                | 0.87  |
| meningite meningocócica                                  | 0360                    | 43                                | 93   | 43                                | 93   | 82                   | 82    | 0.52                | 0.52  |
| outras inf. meningocócicas                               | 036                     | 15                                | 37   | 15                                | 37   | 27                   | 27    | 0.56                | 0.56  |
| tétano (exclui tét. neon.)                               | 037                     | 6                                 | 7    | 6                                 | 7    | 9                    | 9     | 0.67                | 0.67  |
| D. por vírus com exantema                                |                         |                                   |      |                                   |      |                      |       |                     |       |
| sarampo  | 055                     | 1395                              | 126  | 1395                              | 126  | 109                  | 109   | 12.80               | 12.80 |
| rubéola (exc. rub. cong)                                 | 056                     | 118                               | 70   | 118                               | 70   | 59                   | 59    | 2.00                | 2.00  |
| Outras d. por vírus                                      |                         |                                   |      |                                   |      |                      |       |                     |       |
| hepatite por vírus A                                     | 070.0-070.1             | 90                                | 199  | 90                                | 199  | 199                  | 199   | 0.45                | 0.45  |
| hepatite por vírus B                                     | 070.2-070.3             | 257                               | 328  | 257                               | 328  | 178                  | 178   | 1.44                | 1.44  |
| hepatite p/out. vírus esp.                               | 070.4-070.5             | 4                                 | 1    | 4                                 | 1    | 0.00                 | 0.00  | 0.00                | 0.00  |
| hepatite por vírus C                                     |                         | 84                                | 49   | 84                                | 49   | 0.00                 | 0.00  | 0.00                | 0.00  |
| hepatite por vírus n/esp.                                | 070.6-070.9             | 32                                | 88   | 32                                | 88   | 88                   | 88    | 0.36                | 0.36  |
| parotidite   | 072                     | 384                               | 220  | 384                               | 220  | 220                  | 220   | 1.75                | 1.75  |
| Rickettsioses e outras doen. transmit.<br>por antrópodes |                         |                                   |      |                                   |      |                      |       |                     |       |
| febre escaro-nodular                                     | 082.1                   | 34                                | 23   | 34                                | 23   | 23                   | 23    | 1.48                | 1.48  |
| outras rickettsioses                                     | 080                     | 3                                 | 6    | 3                                 | 6    | 4                    | 4     | 0.75                | 0.75  |
| malária (casos importados)                               | 084                     | 8                                 | 11   | 8                                 | 11   | 11                   | 11    | 0.73                | 0.73  |
| leishmaníase   | 085                     | 7                                 | 6    | 7                                 | 6    | 8                    | 8     | 0.88                | 0.88  |
| Sífilis e outras doenças venéreas                        |                         |                                   |      |                                   |      |                      |       |                     |       |
| sífilis precoce sint.                                    | 091                     | 25                                | 24   | 25                                | 24   | 24                   | 24    | 1.04                | 1.04  |
| sífilis precoce laten.                                   | 092                     | 21                                | 15   | 21                                | 15   | 11                   | 11    | 1.91                | 1.91  |
| infecções gonocócicas                                    | 098                     | 20                                | 29   | 20                                | 29   | 29                   | 29    | 0.69                | 0.69  |
| linfogran. venéreo                                       | 099.1                   | 2                                 | 1    | 2                                 | 1    | 3                    | 3     | 0.67                | 0.67  |
| Outras d. provocadas por espiroquetas                    |                         |                                   |      |                                   |      |                      |       |                     |       |
| leptospirose   | 100                     | 13                                | 6    | 13                                | 6    | 6                    | 6     | 2.17                | 2.17  |
| Helminthiases  |                         |                                   |      |                                   |      |                      |       |                     |       |
| hidatidose   | 122                     | 0                                 | 2    | 0                                 | 2    | 6                    | 6     | 0.00                | 0.00  |
| Infecções congénitas                                     |                         |                                   |      |                                   |      |                      |       |                     |       |
| rubéola congénita  | 771.0                   | 2                                 | 0    | 2                                 | 0    | 0                    | 0     | 0.00                | 0.00  |

\* os dados relativos ao ano em curso são provisórios.

\*\* os dados relativos aos Açores são anuais

– só se publicam as doenças para as quais houve casos notificados

– para a Tuberculose só existem dados disponíveis até 1992

(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  
ABRIL/94  
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