

Observatório Nacional de Saúde

Coletânea do Boletim *Observações*

1998-2009



Observatório Nacional de Saúde

Coletânea do Boletim *Observações*
1998-2009

Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, IP

Lisboa, 2024

TÍTULO

Observatório Nacional de Saúde: coletânea do Boletim Observações (1998-2009)

COORDENAÇÃO

Carlos Matias Dias

COORDENAÇÃO EDITORIAL

Elvira Silvestre

COMPOSIÇÃO E TRATAMENTO DE IMAGEM

Rodrigo Jorge

DIGITALIZAÇÃO DOCUMENTAL

Inês Batista

ISBN: 978-989-9236-05-9

EDIÇÃO

Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge

Av. Padre Cruz

1649-016 Lisboa

Portugal

Tel. (+351) 217 519 200

Email: info@insa.min-saude.pt

<http://www.insa.min-saude.pt/>

© Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, IP 2024

Lisboa, 8 novembro 2024

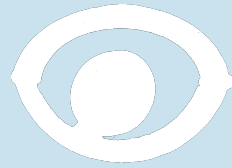
Índice

Notas introdutórias à coletânea

- *Carlos Matias Dias*
- *Isabel Marinho Falcão*

Coletânea do Boletim *Observações*: 1998-2009

- *Observações* n.º 1, setembro de 1998
- *Observações* n.º 2, dezembro de 1998
- *Observações* n.º 3, março de 1999
- *Observações* n.º 4, junho de 1999
- *Observações* n.º 5, setembro de 1999
- *Observações* n.º 6, dezembro de 1999
- *Observações* n.º 7, março de 2000
- *Observações* n.º 8, junho de 2000
- *Observações* n.º 9, setembro de 2000
- *Observações* n.º 10, dezembro de 2000
- *Observações* n.º 11, março de 2001
- *Observações* n.º 12, junho de 2001
- *Observações* n.º 13, setembro de 2001
- *Observações* n.º 14, dezembro de 2001
- *Observações* n.º 15, março de 2002
- *Observações* n.º 16, junho de 2002
- *Observações* n.º 17, setembro de 2002
- *Observações* n.º 18, março de 2003
- *Observações* n.º 19, junho de 2003
- *Observações* n.º 20, setembro de 2003
- *Observações* n.º 21, dezembro de 2003
- *Observações* n.º 22, março de 2004
- *Observações* n.º 23, junho de 2004
- *Observações* n.º 24, setembro de 2004
- *Observações* n.º 25, dezembro de 2004
- *Observações* n.º 26, março de 2005
- *Observações* n.º 27, junho de 2005
- *Observações* n.º 28, setembro de 2005
- *Observações* n.º 29, dezembro de 2005
- *Observações* n.º 30, março de 2006
- *Observações* n.º 31, junho de 2006
- *Observações* n.º 32, outubro de 2006
- *Observações* n.º 33, dezembro de 2006
- *Observações* n.º 34, março de 2007
- *Observações* n.º 35, junho de 2007
- *Observações* n.º 36, outubro de 2007
- *Observações* n.º 37, novembro de 2007
- *Observações* n.º 38, março de 2008
- *Observações* n.º 39, junho de 2008
- *Observações* n.º 40, outubro de 2008
- *Observações* n.º 41, dezembro de 2008
- *Observações* n.º 42, março de 2009
- *Observações* n.º 43, junho de 2009
- *Observações* n.º 44, novembro de 2009





Em 1998, uma decisão política trouxe um novo desafio à jovem equipa que trabalhava no Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge (INSA), com o Dr. Marinho Falcão desde 1994: a concretização da função observação no INSA, prevista nas suas Leis Orgânicas, através da criação de uma estrutura interna, o Observatório Nacional de Saúde que havia de ficar mais conhecido por “ONSA”. A marca ONSA foi registada e o seu logótipo perdurou cerca de 10 anos.

A transição do Centro de Epidemiologia e Bioestatística (CEB) para o ONSA fomentou o crescimento da equipa com ingresso de profissionais experientes na área da Saúde Pública, como a Dr.^a Maria João Branco e a Dr.^a Teresa Contreiras, e de outros, mais jovens, como Baltazar Nunes, jovem estatista, e Ausenda Machado, jovem engenheira química, que haveriam de se juntar à equipa que contava com Paulo Nogueira, Carlos Matias Dias, Zilda Pimenta, Inês Batista, iniciando-se no ONSA e ainda hoje trilhando brilhantes carreiras na área da epidemiologia e bioestatística. Muitos outros profissionais entraram nessa fase no ONSA.

Com a criação de novos sistemas de informação e incorporação de outros no ONSA, incrementou-se a produção, edição e publicação de relatórios temáticos sobre assuntos relevantes na saúde da população portuguesa, como os relatórios do Registo Nacional de Anomalias congénitas, registo iniciado por Maria de Jesus Feijoo, Adosinda Soares e Paula Braz, os relatórios dos terceiro e quarto Inquéritos Nacionais de Saúde, liderados pela Dr.^a Maria de Jesus Graça e pelo sociólogo João Vintém, ou os relatórios sobre acidentes domésticos e de laser, a população idosa, o consumo de tabaco, que se mantêm, entre muitos outros.

Mas em todas as fases, sempre construtivas, deste trabalho, a equipa liderada pelo Dr. Marinho Falcão procurou não apenas desenvolver e manter sistemas e estudos de observação em saúde e seus determinantes como, também, criar novos instrumentos para a disseminação rápida e acessível da informação e do conhecimento produzidos. Tal está refletido, entre outros, na publicação *Observações* veículo de disseminação da produção do ONSA, editada trimestralmente durante 14 anos, com 44 números publicados desde setembro de 1998 a novembro de 2009, e precursor do atual *Boletim Epidemiológico Observações* do INSA.

É a coletânea dessa primeira série do *Observações* do ONSA que agora se publica, como segunda monografia de homenagem ao trabalho desenvolvido pelo ONSA e ao seu fundador, o Dr. Marinho Falcão, editado em 2019. A publicação *Observações* permanece ainda no INSA, tendo sido continuada numa 2.^a série com o título *Boletim Epidemiológico Observações*, disponível *online* e em acesso aberto, a partir de julho de 2012, mantendo-se focada na disseminação de dados e informação de carácter epidemiológico, com base na população portuguesa, agora alargado à atividade desenvolvida por todos os Departamentos técnico-científicos do INSA. Outros instrumentos de disseminação rápida e desburocratizada, como o *website* dedicado ao ONSA, desativado em 2010 com a alteração orgânica que ainda hoje estrutura o INSA em seis departamentos científicos, ou a publicação “Notas Sobre”, mais extensa, permanecem como marcos adiante do desenvolvimento dessa época.

O título do editorial do *Observações* n.º 30, datada de março de 2006, é elucidativo da importância que o Dr. Marinho Falcão e a sua equipa atribuíam à informação sobre saúde obtida diretamente das pessoas: “Vigilância epidemiológica: nunca, nunca se esqueçam das pessoas”. Esse editorial merece ainda ser revisitado pela atualidade que algumas das propostas mantêm. A informação com base na população e não apenas nos registos clínicos que naturalmente são ricos em dados dos episódios agudos de contacto com os serviços de saúde, permanece, embora menos apoiada, como essencial para o planeamento, gestão e avaliação de qualquer sistema de saúde, plano ou programa, em especial para a avaliação do seu impacto, na população geral.

Carlos Matias Dias

Membro da equipa do antigo ONSA,
atual Coordenador do Departamento de Epidemiologia, INSA





Simples. Claro. Variado. Com dados recém-produzidos, “fresquinhos”, como gostávamos de dizer, ou apenas pouco conhecidos. Informal. Divertido. Apelativo. Colorido.

Lia-se com vontade, do princípio ao fim, com curiosidade científica e, muitas vezes, com um sorriso de divertimento nos lábios.

Foi assim que o Dr. Marinho Falcão, líder da equipa do Observatório Nacional de Saúde, concebeu a publicação *Observações*, em 1998.

O principal objetivo de *Observações* era divulgar dados e indicadores, novos ou pouco conhecidos, a uma larga rede de prestadores de cuidados, investigadores e administradores de saúde, estimulando dessa forma a aproximação e colaboração entre pares.

Esta publicação não deixava ninguém indiferente, face ao tom bem-humorado e amigável dos seus curtos artigos, alguns dos quais “levantavam apenas a ponta do véu” sobre os assuntos, aumentando a curiosidade para mais e melhor compreensão.

A missão de *Observações* foi cumprida durante 14 anos, com 44 números editados e divulgados. Ainda hoje os releio com prazer e interesse científico! Foi uma honra neles ter colaborado!

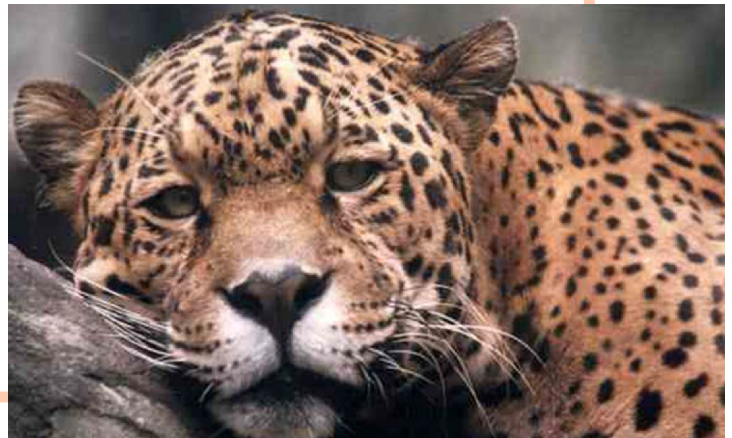
Isabel Marinho Falcão

Membro da equipa do antigo ONSA

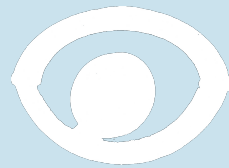


Observatório Nacional de Saúde
Onsa

Observatório Nacional de Saúde
Onsa



Os amigos d'  NSA



Coletânea do Boletim *Observações* 1998-2009



ISSN 0874-2928
Nº1 Setembro 98
Trimestral
Observatório Nacional de Saúde
Onsa

Editorial



Ao ser criado, o Observatório Nacional de Saúde recebeu a responsabilidade de juntar o seu esforço aos que estudam o estado de saúde dos Portugueses. Vai exercer essa responsabilidade com gosto e motivação.

OBSERVATÓRIO NACIONAL DE SAÚDE: MAIS UM PASSO PARA CONHECER O ESTADO DE SAÚDE DOS PORTUGUESES

José Marinho Falcão

O OBSERVATÓRIO NACIONAL DE SAÚDE (ONSA) foi criado no Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge com a missão de assegurar a observação do estado de saúde e de doença da população portuguesa e dos respectivos determinantes. Portugal não é um país pobre em informação sobre saúde. De facto, desde há longos anos muitas instituições e grupos estudam o estado de saúde dos portugueses. Assim, o ONSA deverá inserir-

A pouca gripe do Inverno passado!

Isabel Marinho Falcão*

Desde 1990 que a rede Médicos-Sentinelas realiza, regularmente, a vigilância epidemiológica semanal da síndrome gripal, em colaboração com o Centro Nacional da Gripe. Com o resultado das componentes clínica e laboratorial da vigilância é elaborado, semanalmente, um boletim



Gravidez e ácido fólico: um estudo na Rede Médicos-Sentinelas

Isabel Falcão*, Mário Silva**

As anomalias congénitas são um importante problema de saúde pública, e a principal causa de morbilidade e mortalidade perinatais nos países da gravidez, 721 (62,3%) só estavam grávidas e 220 (19% suplemento com AF/Quadro 1

Alguns indicadores sobre a saúde dos imigrantes

Carlos Matias Dias, Eleonora Paixão, Maria João Branco, José Marinho Falcão

Apresentam-se alguns resultados preliminares que mostram que os imigrantes vivem com provável sofrimento psicológico. Da análise

Análise GEOgráfica de Factores Ambientais e Socio-Económicos em Saúde: Projecto GeoFASES

Rita Nicolau, Ausenda Machado, José Marinho Falcão

Neste projecto propõe-se a análise geográfica das relações entre a mortalidade e a morbilidade por algumas causas com factores ambientais, socio-

Miranda do Corvo (152,4 óbitos por 100 000 hab/tes), Penafiel (151,8 óbitos por 100 000 hab/tes), Vila Nova de Paiva (149,6 óbitos por 100 000

Dor crónica na população Portuguesa: alguns resultados do 4º Inquérito Nacional de Saúde

Eleonora Paixão, Carlos Matias Dias

A dor crónica foi estudada pela primeira vez no 4º Inquérito Nacional de Saúde. Os resultados mostram que a dor crónica é um problema de saúde pública. O Quadro 2 - Prevalências populacionais (%) da dor

Roteiro dos Laboratórios

PROGRAMA NACIONAL DE AVALIAÇÃO EXTERNA DA QUALIDADE DO INSA (PNAEQ)

Tal como prometemos no número anterior estamos de volta... para falar da nossa actividade.

LEPTOSPIROSES EM PORTUGAL: INCIDÊNCIA A AUMENTAR?

José Marinho Falcão, Paulo Jorge Nogueira, Carlos Matias Dias, Zilda Pimenta



Maria João Branco, Paulo Jorge Nogueira, Baltazar Nunes, Teresa Contreiras

A actividade física é um dos factores que poderá contribuir para um estilo de vida saudável. O ONSA pretendeu aprofundar um pouco mais o conhecimento sobre este tema. Assim, em

Prevenção primária dos Defeitos do Tubo Neural. O papel do ácido fólico

Principais causas de morbilidade e mortalidade. As notificações provenientes dos Hospitais participantes no

Estratégias para a prevenção primária dos defeitos do tubo neural. Os defeitos do tubo neural representam o exemplo clássico do grupo de anomalias de etiologia multifactorial, isto é, dependentes simultanea-

Uma observação sobre a utilização de "cuidados preventivos" pelo homem, em Portugal Continental

Maria João Branco, Baltazar Nunes

As doenças com maior impacto na saúde do homem devem merecer uma atenção especial e, se a evidência científica assim o indicar, serem objecto de práticas preventivas. nomeadamente, a realização de exames de rastreio/diagnóstico precoce. Contudo, inerente à decisão da realização de exames de diagnóstico precoce deve estar o conheci-

Ter realizado, pelo menos, um exame periódico de saúde (EPS) há um ano ou menos -> 54% (IC95%: 49,1-59,1), nos indivíduos de >=50 anos (404); Ter feito um reforço da vacina antitetânica há 10 ou menos anos -> 62% (IC95%: 57,6-65,4), nos indivíduos de >=25 anos (624);

MINAS DE URÂNIO E MORTALIDADE POR NEOPLASIA MALIGNA DO PULMÃO, EM PORTUGAL

José Marinho Falcão*, Carlos Matias Dias*, Paulo Jorge Nogueira**

O encerramento das minas de urânio em Portugal, tem suscitado preocupação no que respeita ao seu eventual efeito sobre a saúde das populações. O estudo, cujos resultados se resumem, pretende verificar se existe associação entre exposição a minas de urânio e suas escombrelas (especialmente à mina da Urgeirica, no concelho de Nelas) e a mortalidade por alguns grupos de neoplasias malignas, nomeadamente, a "neoplasia maligna da traqueia, dos brônquios e do pulmão".

MATERIAL E MÉTODOS: A mortalidade da população do concelho de Nelas foi comparada com a de outros concelhos com minas e sem minas através das razões padronizadas de mortalidade (RPM) e das razões dessas RPM. Para cálculo das RPM utilizaram-se os óbitos observados, em

CANCRO DO PULMÃO E NÍVEL DE INDUSTRIALIZAÇÃO UMA ASSOCIAÇÃO QUE ... ATÉ PARECE MENTIR!!!

Falcão*, Carlos Matias Dias*, Baltazar Nunes**

Os potenciais efeitos nocivos da exposição às minas de actividades e aos seus resíduos têm suscitado estudos, estando em curso estudos destinados a esclarecer

RESULTADOS

Os valores das RPM e do indicador "nº de empresas/km²" constam do Quadro 1.



Nº44 Novembro 09
ISSN 0874-2929

TRIMESTRAL

EDITORIAL

A função "Referência" em epidemiologia

Ocorreu no passado dia 29 de Setembro o "Dia do

ROTEIRO DOS... PROJECTOS

EUROEVA 2009: estudo da efectividade da vacina antigripal na Europa, na época 2009-2010

Editorial



Ao ser criado, o Observatório Nacional de Saúde recebeu a responsabilidade de juntar o seu esforço aos que estudam o estado de saúde dos Portugueses. Vai exercer essa responsabilidade com gosto e motivação.

Mas vai empenhar-se também noutra tarefa imperiosa: evitar que o conhecimento existente fique invisível, seja ignorado ou esteja fora do alcance de quem precisa utilizá-lo.

OBSERVAÇÕES é um dos instrumentos com que o ONSA visa facilitar a aproximação entre os dados e os indicadores de saúde e aqueles que os utilizam. Nunca será sua vocação publicar trabalhos extensos e completos. Ao invés, tornará visíveis dados e indicadores pouco conhecidos ou recém-produzidos, divulgará instrumentos de observação de saúde e procurará estimular ideias, colaborações e boas vontades.

OBSERVAÇÕES não será uma publicação restrita, efémera ou irregular. Chegará junto a vários milhares de prestadores de cuidados, de administradores e de investigadores de saúde, a tempo e horas. Finalmente, permitam-nos que tentemos editar **OBSERVAÇÕES** com a informalidade e os toques de humor que tornam as coisas sérias mais atractivas.

A partir de agora, aberta, activa e informal, **OBSERVAÇÕES** vai cumprir a sua missão.

Neste número...

- **CERAC - Centro de Estudos e Registo de Anomalias Congénitas**
Uma Apresentação...
- **ECOS - "Em Casa Observamos Saúde"**
Um instrumento de observação..
- **Salmonelas, Tartarugas e Outros Animais de Estimação - Estimativas geradas pelo Projecto ECOS**
- **Inquérito Nacional de Saúde**
- **A utilização dos dados do INS em Portugal: o exemplo do consumo do tabaco**

OBSERVATÓRIO NACIONAL DE SAÚDE: MAIS UM PASSO PARA CONHECER O ESTADO DE SAÚDE DOS PORTUGUESES

José Marinho Falcão

O **OBSERVATÓRIO NACIONAL DE SAÚDE (ONSA)** foi criado no Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge com a missão de assegurar a observação do **estado de saúde e de doença** da população portuguesa e das respectivas **determinantes**.

Portugal não é um país pobre em informação sobre saúde. De facto, desde há longos anos muitas instituições e grupos estudam o estado de saúde dos portugueses. Assim, o ONSA deverá inserir-se com harmonia nessa vasta rede de entidades. **Duplicar** informação já existente seria inútil. **Competir** com actividades e projectos em curso seria indesejável. **Perturbar** esforços em desenvolvimento seria desastroso.

Assim, o ONSA foi concebido e está a desenvolver-se no sentido de:

GERAR, POR SI, DADOS E INDICADORES DE SAÚDE

Para esse fim recorrerá a:

... VÁRIOS INSTRUMENTOS DE OBSERVAÇÃO

Uns, como o **ECOS: "Em Casa Observamos Saúde"**, concebidos pelo ONSA; outros, como o **Inquérito Nacional de Saúde**, ou o **Registo Nacional de Anomalias Congénitas** já existentes e consagrados.

... À EXPLORAÇÃO ADICIONAL DE BASES DE DADOS...

Através de análises realizadas sobre bases de dados já existentes, como a da **Mortalidade**, a do **Inquérito Nacional de Saúde**, a de **"Médicos-Sentinela"**, etc

... E À REALIZAÇÃO DE ESTUDOS "AD HOC";

vocacionados para melhorar o conhecimento existente em áreas temáticas específicas.

IDENTIFICAR E RECOLHER DADOS E INDICADORES PUBLICADOS

O ONSA recolherá, de forma organizada, os dados e indicadores de saúde que tenham sido publicados ou lhe sejam cedidos por outras instituições e grupos.

ORGANIZAR OS DADOS E INDICADORES DISPONÍVEIS

O ONSA organizará uma **Central de Indicadores de Saúde** que conterá informação actualizada e incluirá um **Arquivo de Dados e Indicadores** dedicado à informação não actualizada, mas potencialmente útil.

PROMOVER A SUA DISSEMINAÇÃO

Através de veículos diversificados como **relatórios monográficos e gerais, artigos científicos, "newsletters"** e outras **publicações informais** que atinjam um número elevado de utilizadores

POSSIBILITAR A CONSULTA FÁCIL

Que se poderá concretizar **por via telefónica, por fax ou por via telemática**, de modo a facilitar o trabalho de todos os que tenham necessidade de dados e indicadores, com especial atenção para os administradores de saúde, os vários grupos de profissionais de saúde e os investigadores.

Desenvolvendo o ONSA de forma planeada, serena e em diálogo, empenhar-nos-emos em que a sua missão seja cumprida contribuindo, cada vez mais, para o conhecimento do estado de saúde dos portugueses.





**Centro de
Estudos e
Registo de
Anomalias
Congénitas**

O Centro de Estudos e Registo de Anomalias Congénitas (CERAC) é uma unidade do ONSA vocacionada especificamente para o estudo das anomalias congénitas.

Tem as seguintes atribuições

- Gerir o Registo Nacional de Anomalias Congénitas, com funções de sistema de vigilância epidemiológica.
- Determinar a prevalência de anomalias congénitas nos períodos pré-natal e neonatal, a nível Nacional e das regiões de Saúde.
- Realizar estudos epidemiológicos sobre anomalias congénitas, entre os quais a avaliação do papel do diagnóstico pré-natal na prevenção das anomalias congénitas graves.

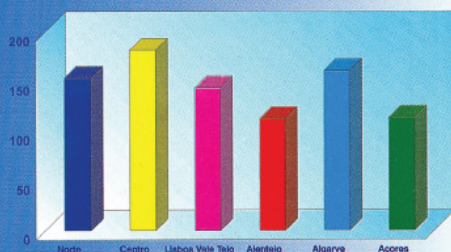
Este Programa de registo teve o seu início oficial em 1 de Janeiro de 1996. Foi solicitado aos Serviços de Obstetria e de Pediatria de 52 Instituições Hospitalares do Continente e Regiões Autónomas a notificação das anomalias detetadas até ao fim do período neonatal.

Foram recebidas 1650 notificações referentes ao ano de 1996.

O número de notificações recebidas representa uma boa adesão ao Registo Nacional, ficando, no entanto, aquém da realidade, uma vez que a prevalência esperada seria de 200 a 300/10 000.



**Prevalência de anomalias por Regiões de Saúde do
Continente e R.A dos Açores - 1996**
/10 000 nascimentos (NV+FM)



"WORKING FOR BETTER HEALTH". International conference. Cardiff International Arena. Wales, UK. 23-25 Setembro 1998, promovido pela Health Promotion Wales

"NEW TECHNOLOGY AND PUBLIC HEALTH". European Public Health Association. Annual Meeting. 10- 12 Dezembro 1998. Goteborg, Sweden



FALTERMAIER, Toni. Why public health research needs qualitative approaches: subjects and methods in change. *European Journal of Public Health* 1997; 7: 357-363

CARRIERI, M. P., et al.. A communicable disease network in Italy. Results from a pilot study. *European Journal of Public Health* 1998; 8: 71-74

BALDI, I., et al.. Effets retardés des pesticides sur la santé: état des connaissances épidémiologiques. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*

Anúncios Classificados

PRECISAM-SE

A "Central de Indicadores" do ONSA precisa de dados sobre ASMA BRÔNQUICA, em Portugal (morbilidade, prevalência, incidência, incapacidade). Recentes ou antigos.
Resposta para: fax 757 36 71 ou e-mail ceb@mail.telepac.pt

OFERECEM-SE

Dados sobre ALEITAMENTO MATERNO. Colhidos pelo Inquérito Nacional de Saúde em 1995 / 96. Para análise detalhada em colaboração com o ONSA

Ficha Técnica

Propriedade: ONSA - Observatório Nacional de Saúde

Responsável: Drª Maria João Branco

Equipa Redactorial: Baltazar Nunes, Paulo Nogueira, Zilda Pimenta

Design: Carla Espírito Santo

Sede: Avenida Padre Cruz 1699 LISBOA CODEX

Tel: (01) 751 05 49 **Fax:** (01) 757 36 71

e-mail: ceb@mail.telepac.pt

Tiragem: 5 000 exemplares Distribuição gratuita

Depósito Legal: 125868/98



“Em Casa Observamos Saúde”



é um instrumento de observação específico - uma amostra de famílias portuguesas com telefone. Foi criado pelo ONSA, para a obtenção de dados ou indicadores sobre saúde com grande rapidez e custo baixo, podendo ser utilizado por entidades externas ao INSA.

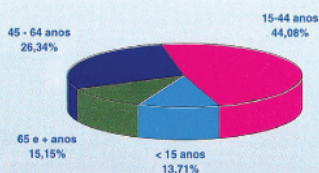
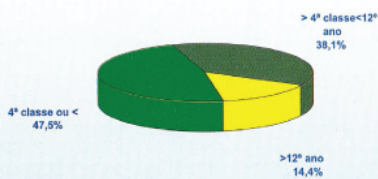
O instrumento ECOS é constituído por 1031 famílias homogeneamente distribuídas pelas 5 regiões de Portugal Continental (Norte, Centro, Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo e Algarve) com excepção de 31 famílias que pertencem ao estudo piloto executado nas regiões Centro e Lisboa e Vale do Tejo. Estas 1031 unidades de alojamento deram origem a 3030 indivíduos.

Estas famílias disponibilizaram-se a dar informações sobre saúde pelo telefone, sempre que contactadas pelo ONSA.

A amostra ECOS não é autoponderada. Assim, as estimativas apresentadas são corrigidas por ponderação.



Os Participantes São Assim!



Salmonella, Tartarugas e...Outros Animais de Estimação

- Estimativas geradas pelo Projecto ECOS

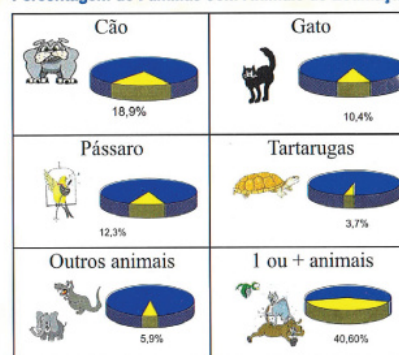


José Marinho Falcão, Baltazar Nunes

É bem conhecido que o contacto do homem com animais, mesmo de estimação, está associado a um número diversificado de doenças, transmissíveis e não transmissíveis. Em Portugal, em Setembro de 1996, foi possível associar um caso de salmonelose (*Salmonella urbana*), diagnosticado no Hospital de D. Estefânia, com uma tartaruga de estimação, da água de cujo aquário foi isolada uma estirpe semelhante.

Como contributo para apreciar a magnitude do problema, julgou-se oportuno estimar a percentagem de famílias que possuem tartarugas e, adicionalmente, estender o estudo a alguns dos outros animais de estimação. Para isso, foi utilizada a amostra ECOS.

Percentagem de Famílias com Animais de Estimação



Segundo as nossas Observações podemos concluir:

- Uma percentagem elevada das famílias residentes no Continente (40.6%) tem pelo menos um animal de estimação.
- Cães, gatos e pássaros predominam como animais de estimação.
- Das famílias inquiridas, 3.7% tinham tartarugas de estimação, valor que não é muito diferente das estimativas feitas para 1972, nos Estados Unidos da América (4.2%).

O conhecimento das estimativas agora calculadas para cada um dos animais poderá dar um contributo para avaliar a magnitude do risco de ter doenças a eles atribuídas na população portuguesa.

Inquérito Nacional de Saúde

Em Abril de 1998 o Inquérito Nacional de Saúde foi integrado no Observatório Nacional de Saúde.

Relembramos:

O Inquérito Nacional de Saúde (INS) é um sistema de informação, de carácter regular, que recolhe os seus dados directamente da população, considerando as necessidades de informação manifestadas pelos vários utilizadores.

A recolha processa-se através de entrevistas domiciliárias, recorrendo a uma amostra probabilística da população não institucionalizada, sendo a unidade estatística o alojamento familiar.

A informação é recolhida ao longo de 52 semanas a fim de garantir a representatividade temporal da amostra.

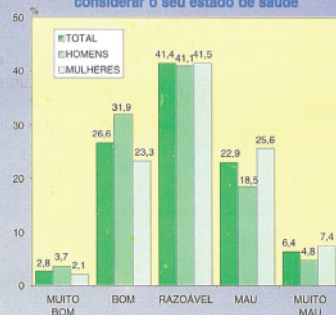
Os elementos colhidos são publicados numa brochura "INS-Dados Gerais". Algumas das informações consideradas de interesse geral são divulgadas, também, através de uma "Informação Síntese".

Está previsto que os trabalhos de campo do 3º Inquérito Nacional de Saúde se iniciem ainda em 1998.



Do INS observámos para si...

População com 15 ou mais anos que, referiu considerar o seu estado de saúde



A utilização dos dados do Inquérito Nacional de Saúde em Portugal: o exemplo do consumo de tabaco.

Carlos Matias Dias

(médico de Saúde Pública)

Os dados sobre o consumo de tabaco obtidos através dos Inquéritos Nacionais de Saúde (INS) de 1987 e de 1995 em Portugal permitem algumas observações sobre os hábitos tabágicos em amostras representativas da população.

A proporção de fumadores era significativamente maior nos homens do que nas mulheres em ambos os INS, e variou significativamente de 1987 a 1995 em ambos os sexos, embora de forma diferente (quadro 1). Entre 1987 e 1995, as alterações mais notórias, por idade, verificaram-se no sexo feminino (quadro 2). Estas diferenças sugerem algumas reflexões;

A primeira refere-se à baixa proporção de fumadores habituais em jovens abaixo dos 15 anos, que difere dos valores obtidos noutros países europeus e noutros estudos em Portugal (1, 2, 3). Aspectos metodológicos (noutros estudos são considerados fumadores os jovens que consumiram tabaco pelo menos uma vez na última semana) e a abordagem dos jovens em ambiente familiar, podem explicar os baixos valores observados.

Por outro lado o aumento da proporção de mulheres fumadoras pode reflectir alterações sociais sobejamente descritas e que tão rapidamente têm ocorrido em Portugal (4). Esta alteração e também a diminuição na proporção de homens fumadores, será investigada tendo em conta outras variáveis demográficas e sociais, abordadas nos INS, e será objecto de próximas comunicações.

Referências:

1. OMS. Health Behaviour of School Aged Children. OMS Geneve 1994. 2. Luis H: Estudo dos hábitos tabágicos em adolescentes escolarizados. ENSP, Lisboa 1986. 3. Lopes FJ, Condeço J, Felício M, Correia I: Hábitos tabágicos numa população de adolescentes escolarizados. Rev. Port S P 14(4), 1996: 49-64. 4. Barreto A. A situação social em Portugal, 1960-1995. Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa, Lisboa, 1996.

Percentagem de entrevistados que declararam fumar todos os dias, e intervalos de confiança a 95%, segundo o sexo. Inquérito Nacional de Saúde (1987 e 1995).

	Proporção de fumadores *	
	1987	1995
Mulheres	4,8 (4,5 – 5,1)	6,2 (5,9 – 6,5)
Homens	28,1 (27,4 – 28,8)	24,7 (24,1 – 25,3)

* padronizada para a idade (método directo, população padrão europeia)

Percentagem de entrevistados que declararam fumar todos os dias segundo o sexo e o grupo etário. Inquérito Nacional de Saúde (1987 e 1995).

Sexo	Grupo etário	1987 % (n)	1995 % (n)
Feminino	10 – 14	na	0,2 (1613)
	15 – 24	10,4 (3058)	10,4 (3592)
	25 – 34	12,4 (2311)	17,2 (2795)
	35 – 44	6,3 (2676)	11,2 (3424)
	45 – 54	2,5 (2857)	4,1 (3563)
	55 – 64	1,0 (2874)	1,1 (3588)
	> 64	0,4 (3737)	0,6 (5394)
Masculino	10 – 14	na	0,2 (1664)
	15 – 24	31,2 (3319)	26,8 (3805)
	25 – 34	53,1 (2273)	48,8 (2781)
	35 – 44	41,3 (2300)	41,8 (3061)
	45 – 54	32,3 (2514)	31,6 (3092)
	55 – 64	28,1 (2466)	21,2 (3077)
	> 64	19,2 (2733)	13,2 (4136)

na: grupo etário não inquirido

Editorial

QUANDO 1+1+1>3

Ao contrário do que alguns possam imaginar existem em Portugal vários sistemas de informação de saúde que, não sendo perfeitos, permitem análises epidemiológicas úteis, rápidas e de baixo custo.

O sistema da **Mortalidade** é bem conhecido e indispensável. O sistema das **Doenças de Declaração Obrigatória** é igualmente conhecido e indispensável.

O sistema **Grupos de Diagnósticos Homogêneos**, na sua vertente referente às causas de internamento, é mais recente mas não menos importante.

Note-se que os dados gerados por estes três sistemas se sobrepõem parcelarmente mas são, também, claramente complementares.

Essa complementaridade torna possível a sua utilização integrada, fazendo uma abordagem muito mais ampla da epidemiologia de uma determinada doença ou problema de saúde.

Por outro lado a sobreposição parcelar que os caracteriza, quicá considerada inútil, revela-se muito desejável quando se visa eliminar as insuficiências que cada um dos sistemas tem. Em suma, vale a pena ter presente que a análise integrada dos resultados gerados pelos três sistemas pode ultrapassar bastante o somatório simples dos resultados de cada um deles.

O caso da **leptospirose**, sumariamente abordado neste número de "OBSERVAÇÕES", é exemplo da mais-valia proporcionada por esta análise integrada.

José Marinho Falcão

Neste número ...

• **ROTEIRO DOS LABORATÓRIOS**
 Centro Nacional da Gripe - Vigilância da Gripe na Europa

• **O CERAC**
 Última reunião

• **NES - Núcleo de Estudos de Seroepidemiologia**,
 Apresenta-se

• **Leptospirose em Portugal: incidência a aumentar?**

• **A Evolução da SIDA no futuro próximo em Portugal**

• **Nos bastidores do Inquérito Nacional de Saúde**

• **Hábitos Tabágicos e Níveis de Rendimento**
 segundo os dados do Inquérito Nacional de Saúde 1995/1996

ROTEIRO DOS LABORATÓRIOS

Centro Nacional da Gripe

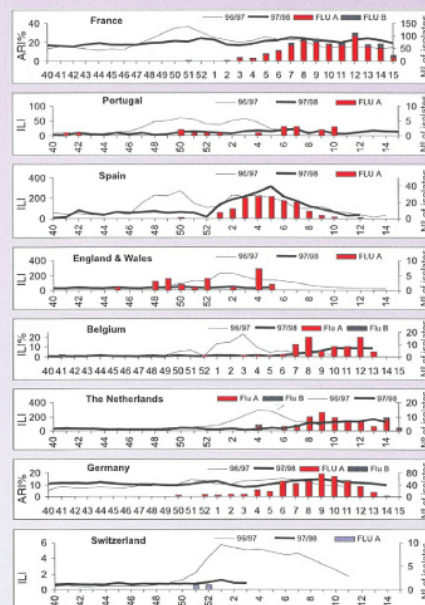
Vigilância da Gripe na Europa

A colaboração e o desenvolvimento duma vigilância clínico-viroológica integrada, em oito países europeus: França, Portugal, Alemanha, Bélgica, Espanha, Suíça, Inglaterra e Holanda, concretiza-se através dum sistema de vigilância, o EISS-*European Influenza Surveillance Scheme*.

O EISS envolve as redes nacionais de Médicos Sentinela e os correspondentes Laboratórios Nacionais de Virologia (Centros Nacionais da Gripe), a maior parte deles pertencendo à rede global de vigilância da gripe, da OMS. O principal objectivo do EISS é a harmonização da informação colhida em populações definidas nos diferentes países de modo a fornecer um sistema de alerta precoce e fiável relativo a epidemias de gripe.

A título de exemplo apresentam-se os gráficos da figura 1:

Figura 1: Taxas de incidência de síndrome gripal (ILI - *Influenza-like illness*) por 10⁵ hab, e % de consultas por infecção respiratória aguda (ARI - *acute respiratory illness*) em Clínica Geral, e nº de vírus influenza detectados, por semana.



Adaptado de EISS
 Maria Zambon (Public Health Laboratory Service, London)
 Sylvie van der Werf (Institut Pasteur, Paris)
 Helena Rebelo de Andrade (Instituto Nacional de Saúde, Lisboa)



Centro de
Estudos e
Registo de
Anomalias
Congénitas

Sede: Serviço de Genética Médica
Hospital de Egas Moniz
R. da Junqueira, 126
1300 Lisboa

Telefones: (01) 3650313 ou (01) 3650341
Fax: (01) 3650198

No passado dia 11 de Setembro realizou-se no Hospital de Vila Real mais uma reunião de trabalho do CERAC. Estiveram presentes os Directores dos Serviços de Pediatria e Obstetrícia e os Coordenadores de Registo dos quatro Hospitais das Sub-regiões de Saúde de Vila Real e Bragança:

Centro n.º 20 - Bragança
Centro n.º 21 - Mirandela
Centro n.º 22 - Chaves
Centro n.º 23 - Vila Real

A Reunião foi muito participada, tendo-se feito a avaliação e apreciação da qualidade e dos resultados dos Registos daqueles Centros.

Lembramos que os Registos, bem como toda a correspondência relativa a este assunto deverão ser enviados para a morada acima indicada.

Bibliografia recente sobre ... "Anomalias Congénitas:"

Van den Ende JJ et al (1998). The cerebro-costal-mandibular syndrome: seven patients and review of the literature. *Clin Dysmorphol* 7:87-95

Fryer AE (1998). Goldberg-Shprintzen syndrome: report of a new family and review of the literature. *Clin Dysmorphol* 7:97-101

Ercal D, Say B (1998). Cerebro-oculo-nasal syndrome: another case and review of the literature. *Clin Dysmorphol* 7:139-141

O NÚCLEO DE ESTUDOS SEROEPIDEMIOLÓGICOS (NES) APRESENTA-SE

Guilherme Gonçalves (médico de Saúde Pública)

O NES é uma unidade vocacionada para a investigação seroepidemiológica e de saúde materno-infantil.

A finalidade última do NES é fornecer dados fiáveis aos que têm de tomar decisões com implicações para a saúde pública, para que as decisões sejam eficazes. A intervenção deve basear-se na prova... "evidence based public health"! Perdoem os meus tiques de emigrante.

O NES é uma unidade de "porta aberta" ...no INSA-Porto... e estará sempre pronta para prestar apoio no domínio das metodologias epidemiológica e estatística.

POR FAVOR LEIA O QUE VAMOS ESCRREVENDO!

Gonçalves G, Tavares F, Andrade HR. Estudo de seroconversão pelo componente parotidite epidémica (Rubini) da VASPR, em adolescentes do concelho de Sabrosa. *Saúde em Números* 1997; 12: 12-14.

Gonçalves G, Santos MA, Cutts F. Anticorpos contra o tétano em puérperas e recém-nascidos (sob a forma de resumo). *Arquivos de Medicina* 1997; 11 (supl 5): 27.

Gonçalves G; Mendes R, Andrade HR, Forsey T, Cutts F. Anticorpos maternos residuais contra o sarampo, em crianças portuguesas (sob a forma de resumo). *Arquivos de Medicina* 1997; 11 (Supl 5): 27.

Gonçalves G, Tavares F, Sousa MC, Andrade HR. Parotidite epidémica em adolescentes vacinados de Sabrosa (sob a forma de resumo). *Arquivos de Medicina* 1997; 11 (Supl 5): 28.

Gonçalves G; Andrade HR. Comparação entre duas provas comerciais imuno-enzimáticas para doseamento de IgG anti-sarampo. *Arquivos de Medicina* 1998; 12: 196-200.

Tavares F, Gonçalves G, Sousa MC; Andrade HR. Quadro Clínico de parotidite epidémica em adolescentes vacinados de Sabrosa, Vila Real. *Revista da Sub-Região de Saúde de Vila Real*, 1998.

O Que vai acontecer...



7th International Conference on Health Promoting Hospitals
"Health Promoting and Quality: Challenges and Opportunities for Health Promoting Hospitals" Wales, Swansea. 21-23 de Abril, 1999. Tel: ++44-1222-752222; Fax: ++44-1222-7560000



NAVARRO, Vicente. A Historical Review (1965-1997) of Studies on Class, Health, and Quality of Life: A Personal Account. *International Journal of Health Services*. 1998; 28(3):

RUSSEL, Elizabeth. The Ethics of Attribution: the case of health care outcome indicators. *Social Science Medicine*. 1998; 47(9): 1161-1169.

VAN HOUWELINGEN, Hans C. The Future of Biostatistics: Expecting the unexpected. *Statistics in Medicine*. 1997; 16: 2773-2784.

BARNETT, Pauline, et al. To Integrate or Deintegrate? Fitting public health into New Zealand's reforming health system. *European Journal of Public Health*. 1998; 8: 79-86

Anúncios Classificados

ACHOU-SE

Informação sobre "traumatismos medulares" na Região Centro. Se estiver interessado, tome nota:

MARTINS, Fernando. Epidemiologie et Prise en Charge des Blessés Médullaires Traumatiques. Evaluation dans la Région Centre du Portugal. Bourgogne: Université de Bourgogne; Sciences de la vie et de la Santé, 1998. 238 f. Tese de doutoramento.

PRECISAM-SE

A "Central de Indicadores" do ONSA precisa de dados sobre ASMA BRÔNQUICA, em Portugal (morbilidade, prevalência, incidência, incapacidade). Recentes ou antigos.

Respostas para: fax 757 36 71 ou e-mail ceb@mail.telepac.pt

Ficha Técnica

Propriedade: ONSA - Observatório Nacional de Saúde
Responsável: Maria João Branco
Equipa Redatorial: Baltazar Nunes, Paulo Nogueira, Zilda Pimenta
Sede: Avenida Padre Cruz 1699 LISBOA CODEX
Tel: (01) 751 05 49 Fax: (01) 757 36 71 e-mail ceb@mail.telepac.pt
Tiragem: 5 000 exemplares Distribuição: gratuita
ISSN 0874-2928
Depósito Legal: 125868/98
Produção Gráfica: NEOGRIFO - Artes Gráficas, Lda.

LEPTOSPIROSES EM PORTUGAL: INCIDÊNCIA A AUMENTAR?

José Marinho Falcão, Paulo Jorge Nogueira, Carlos Matias Dias, Zilda Pimenta



As leptospiroses são doenças provocadas por diferentes serovares da espécie *Leptospira interrogans* cujo quadro clínico varia desde a forma semelhante a uma síndrome gripal até a situações de falência multi-órgãos, com óbito. Apesar disso, a relativa baixa incidência da doença tem-na afastado da primeira linha de preocupações.

Recentemente surgiu a oportunidade de analisar a situação da doença utilizando integralmente, os dados do sistema de Doenças de Declaração Obrigatória - DDO (DGSaúde), e as bases de dados de Grupos de Diagnósticos Homogêneos - GDH (IGIF) e da Mortalidade (INE).

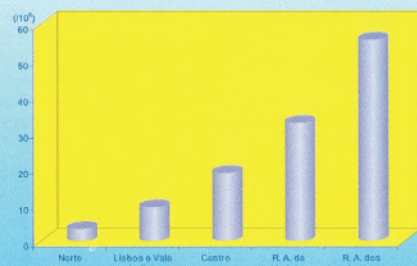
As taxas de internamento GDH foram mais elevadas do que as taxas DDO, apesar de abrangerem apenas o Continente. Ambas as séries de dados sugerem um aumento recente da incidência.

Figura 1 - Estimativas das taxas brutas de internamento por leptospirose (GDH, no Continente) e das taxas brutas de incidência (DDO, em Portugal), entre 1991 e 1997



Adicionalmente, foi ensaiada uma correcção das estimativas de incidência através das razões n° óbitos / n° de casos. Para isso, assumiu-se que os dados da mortalidade não continham erros relevantes e que aquelas razões poderiam ter valores entre 0.13 e 0.05 estimados a partir dos dados existentes. As estimativas corrigidas foram calculadas pelo produto n° óbitos em cada Região pelo inverso da razão n° óbitos / n° casos julgado mais apropriado (0.10). As taxas de incidência corrigidas foram mais elevadas na RA Açores (55.6 casos / 10^5) e na RA Madeira (32.6 / 10^5). No Continente, a Região Centro teve o valor mais elevado: 18.8 / 10^5 (Fig. 2). Note-se ainda que o valor corrigido para Portugal foi de 10.8 casos / 10^5 .

Figura 2 - Estimativas das taxas de incidência bruta média anual, calculadas com base numa razão n° de óbitos / n° de casos de 0.10



Os resultados sugerem que as leptospiroses têm uma incidência bastante superior ao que é frequentemente suposto, nomeadamente nas duas Regiões Autónomas e na Região Centro. Sugerem também que a incidência no País pode estar a aumentar.

Uma análise mais detalhada sobre a epidemiologia das leptospiroses em Portugal está em vias de publicação.

A EVOLUÇÃO DA SIDA NO FUTURO PRÓXIMO EM PORTUGAL

Paulo Jorge Nogueira



Olhando para o relatório "SIDA: A Situação na Europa a 30 de Setembro de 1997" (Comissão Nacional de Luta contra a SIDA) as questões que pareciam surgir naturalmente eram: **Será que a SIDA em Portugal vai ter uma evolução como se delineia globalmente na Europa, em particular em países como a Dinamarca e o Reino Unido? Está a SIDA em franco crescimento ou existe uma inflexão?**

Para tentar responder a estas questões, foram usadas as séries de dados da mortalidade por SIDA, por sexos (INE), e de casos de SIDA (total), por data de diagnóstico (Centro de Vigilância Epidemiológica das Doenças Transmissíveis do INSA).

O facto de as séries de dados serem bastante pequenas levanta algumas dificuldades técnicas na tarefa de previsão. Para a análise optou-se por uma abordagem bayesiana e utilizaram-se técnicas baseadas em modelos de regressão.

Parecem surgir pontos claros de inflexão com uma diferença de cerca de dois anos entre a série de diagnóstico e a de mortalidade. E uma inflexão negativa após o ponto de viragem, o que está de acordo com a tendência já visível na Europa globalmente.

Relativamente aos sexos a inflexão é significativamente negativa nos homens, enquanto que nas mulheres a inflexão não é significativa restando apenas a tendência linear.

Assim, é previsível que no futuro próximo em Portugal se verifique um abrandamento substancial do número de mortes por SIDA no sexo masculino, enquanto que no sexo feminino o número de mortes continue a crescer como nos últimos anos.

Pontos de viragem e tipo de inflexão após o ponto de viragem determinados pelo modelo bayesiano

	Ponto de Viragem	Beta2† Inflexão
SIDA por data de diagnóstico	1991	-10.33 (-16.06;-4.486)
Mortalidade Homens	1993	-54.73 (-91.66;6.67) ‡
Mortalidade Mulheres	1993	-0.46 (-9.08;5.901)

Beta2 - Parâmetro de regressão quadrático após o ponto de viragem

† Média (Quantil 2.5%; Quantil 97.5%)

‡ Quantil 95% negativo

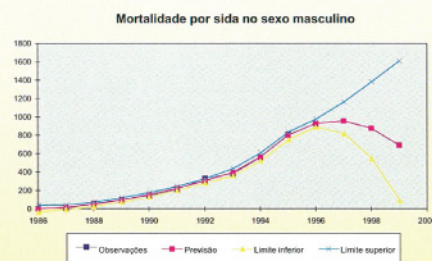


Figura 1 - Resultados do modelo bayesiano para o sexo masculino



Figura 2 - Resultados do modelo bayesiano para o sexo feminino

Nos bastidores do ...

Inquérito Nacional de Saúde

Conforme o previsto iniciaram-se, em 5 de Outubro último, os trabalhos de campo do 3º Inquérito Nacional de Saúde (INS), os quais irão prolongar-se por 52 semanas consecutivas.

A realização dum projecto deste tipo implica um conjunto de acções que vão desde a preparação do questionário à divulgação dos resultados.

Falemos, por agora, da acção *formação* do projecto INS.

A formação do pessoal de campo é da responsabilidade da equipa técnica do INS e engloba:

- a) a formação antes do trabalho de campo
 - sessões de formação em sala
 - inquérito-piloto e reunião-discussão dos seus resultados
- b) formação durante o trabalho de campo (*formação em serviço*)
 - acompanhamentos
 - reuniões de avaliação

As sessões de formação em sala destinam-se a dar instruções para que os entrevistadores entendam o questionário e desenvolvam e apliquem os conhecimentos adquiridos recorrendo a simulações de entrevistas. Procedem-se ainda à resolução de

exercícios práticos e a debates em grupo.

No Inquérito-Piloto cada entrevistador testa, por si próprio e já no terreno, o que apreendeu nas sessões de formação em sala. Os resultados são posteriormente discutidos com o objectivo de esclarecer dúvidas, relatar as dificuldades encontradas, etc..

Pretende-se, com esta actuação, uniformizar procedimentos e contribuir para a melhoria da qualidade do trabalho de campo.

Quanto à *formação em exercício*, ela concretiza-se através do acompanhamento de cada entrevistador por um supervisor que observa *in loco* o seu desempenho - de acordo com instruções previamente definidas pela equipa técnica do INS - e lhe dá as orientações necessárias à melhoria da qualidade do trabalho.

Por último, e ainda no âmbito da *formação em exercício*, há a referir as reuniões de avaliação. Realizam-se uma em cada trimestre, têm a participação do técnico do INS responsável pelo trabalho de campo e destinam-se a fazer o ponto de situação dos trabalhos já efectuados, a esclarecer dúvidas, a resolver dificuldades e a dar orientações para que as entrevistas se efectuem com maior eficácia e qualidade.

Hábitos tabágicos e nível de rendimento segundo os dados do Inquérito Nacional de Saúde de 1995/1996.

Carlos Matias Dias⁽¹⁾, Paulo Jorge Nogueira⁽²⁾, Maria de Jesus Graça⁽³⁾



Em Portugal, a percentagem de pessoas com idade superior a 15 anos que fumam diariamente parece ser maior naquelas que têm rendimentos económicos mais elevados, especialmente no sexo feminino.

Esta observação resulta do estudo dos dados do Inquérito Nacional de Saúde de 1995/1996¹.

O rendimento económico (rendimento familiar per capita: RFPC) foi calculado pelo quociente entre a soma do rendimento mensal bruto declarado por todos os membros do agregado familiar e o número de elementos do mesmo agregado.

Assim, depois de ter em conta o efeito da idade, observa-se uma tendência crescente da estimativa pontual da proporção de fumadores com a classe de RFPC em ambos os sexos (Quadro 1).

Esta tendência apenas parece ser confirmada no sexo feminino, onde existem diferenças significativas na proporção de fumadoras entre as classes de RFPC mais baixas e as mais altas.

A utilização do RFPC é criticável dada a possível sub-avaliação do rendimento declarado pelo entrevistado. No entanto, estas observações estão de acordo com outros trabalhos que descrevem uma maior percentagem de fumadores nas classes sociais mais altas².

Outros autores, utilizando o número de anos de escolaridade como indicador sócio-económico, observaram uma diminuição da prevalência de fumadores com o aumento da escolaridade³.

Parece assim importante aprofundar o estudo da relação entre os hábitos tabágicos da população portuguesa e indicadores socio-económicos.

Referências:

1. Portugal, Departamento de Estudos e Planeamento da Saúde. *Inquérito Nacional de Saúde de 1995/1996: dados gerais*. DEPS, 1997.
2. Magalhães E, Bastos FP. Inquérito às atitudes da população face ao tabagismo e a medidas legislativas em amostra representativa. *Cadernos do Conselho de Prevenção do Tabagismo nº 5*. Lisboa, 1987.
3. Giraldes MR. Estilos de vida e nível sócio-económico: o exemplo do consumo de tabaco em Portugal. *Rev. Port. Saúde Pública* 1996. 14(2): 69-76.

Quadro 1 - Percentagem de entrevistados com idade superior a 15 anos que declarou fumar todos os dias, ajustada para a idade*, segundo as classes da distribuição do rendimento familiar per-capita declarado pelo próprio.

Classes do rendimento familiar per-capita**	Sexo	
	masculino	feminino
1 ^a	31,4 (28,8 ; 34,2)	4,7 (3,9 ; 5,6)
2 ^a	31,7 (29,6 ; 33,9)	6,0 (5,3 ; 6,7)
3 ^a	31,9 (30,1 ; 33,7)	7,2 (6,5 ; 8,0)
4 ^a	32,6 (30,9 ; 34,2)	14,4 (13,0 ; 15,9)

* método directo, população padrão Europeia

** 1^a classe: rendimento familiar per-capita mais baixo

(... ; ...) intervalos de confiança a 95% para as percentagens.

(1) Médico de Saúde Pública, CEB, Observatório Nacional de Saúde.

(2) Estatista, Observatório Nacional de Saúde.

(3) Técnica Superior, responsável pelo Inquérito Nacional de Saúde.

Editorial

UM COMPANHEIRO PARA OBSERVAÇÕES !

Na apresentação de OBSERVAÇÕES dissemos querer contribuir para aproximar dados e indicadores de saúde daqueles que os utilizam. Essa aproximação exige divulgação oportuna e célere que não pode ser alcançada através de publicações científicas ou técnicas formais cujos atrasos são grandes.

Com os olhos postos nessa aproximação, o ONSA vai passar a editar uma segunda publicação, dando a OBSERVAÇÕES um companheiro !

Chamámos-lhe NOTAS SOBRE...!!!

Com um ar um pouco mais sério do que OBSERVAÇÕES e com uma tiragem menor NOTAS SOBRE... será usada pelo ONSA para dar a conhecer, com atraso mínimo, muitos dos resultados que gera.

NOTAS SOBRE... terá carácter monográfico: cada número acolherá apenas um único tema, abordando-o com profundidade e rigor científico adequados.

E será intencionalmente aperiódica: cada número será editado assim que resultados relevantes estiverem disponíveis ! Em regra, esses resultados serão preliminares embora próximos dos definitivos: estes últimos serão publicados, mais tarde, em revistas científicas.

Atenção! Não se espere que NOTAS SOBRE... seja uma publicação graficamente sofisticada: a sua produção será célere e de baixo custo. Editá-la-emos em papel reciclado: gostamos dele e a informação pode ter consciência ecológica.

A partir de Abril, NOTAS SOBRE... será distribuída gratuitamente.

A propósito, o 1º número de NOTAS SOBRE... é dedicado às diferenças no consumo de tabaco que se verificam entre os portugueses de vários níveis socio-económicos.

José Marinho Falcão

Neste número ...

Roteiro dos Laboratórios
 Centro Nacional de Salmonella

CERAC
 Não deixe para amanhã o que pode notificar hoje.

NES
 Leia o que publicámos

ECOS da Actividade Física

ECOS da Consulta Pré-Concepcional

Nos bastidores de Inquérito Nacional de Saúde

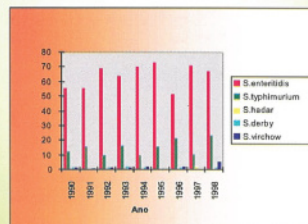
Roteiro dos Laboratórios

Se isola Salmonella... Conheça-as melhor!
Participe colaborando com o envio de estirpes para o ...

Centro Nacional de Salmonella Vigilância das Salmoneloses em Portugal

Os objectivos do Centro Nacional de Salmonella integram funções de referência (identificando estirpes isoladas em Portugal), de formação (efectuando cursos e workshops) e participação na vigilância epidemiológica, de cariz laboratorial, visando permitir uma intervenção nas estratégias de controlo das salmoneloses (humanas, veterinárias, alimentares e do meio ambiente) a nível nacional e internacional.

A título de exemplo podemos observar no gráfico a evolução da frequência dos 5 principais serotipos de Salmonella em Portugal de 1990 a 1998.



Vigilância das Salmoneloses na Europa (Projecto ENTER-NET)

O Centro Nacional de Salmonella participa também no projecto «International Surveillance of Food-borne Infections - Salmonella & VTEC O157 - ENTER-NET» no âmbito do programa BIOMED 2 (Comissão Europeia). Este programa tem entre as suas principais metas: criar uma base de dados internacional das Salmonella humanas a partir dos relatórios dos Laboratórios Nacionais de Referência, transferir e disseminar a informação, detectar conjuntos de casos para facilitar o reconhecimento internacional de surtos e chamar rapidamente a atenção para estes.

Na Tabela seguinte podemos observar as frequências de isolamentos dos 4 principais serotipos de Salmonella, de origem humana, em Portugal, Espanha, França, Inglaterra e País de Gales durante o último trimestre de 1998.

Serotipo	Portugal		Espanha		França		Inglaterra P. de Gales	
	Freq	%	Freq	%	Freq	%	Freq	%
S. enteritidis	62	66,0	279	32,0	666	30,5	3701	68,6
S. typhimurium	26	27,7	231	26,5	553	25,3	628	11,6
S. hadar	1	1,1	94	10,8	165	7,6	111	2,1
S. virchow	4	4,3	19	2,2	98	4,5	121	2,2

Centro de Bacteriologia (Laura Brum)
 Sector de Enterobacterias (Jorge Machado)
 Av. Padre Cruz 1699 Lisboa Codex-Portugal
 tel: 01/7519287 Fax: 01/7590441 Email: np47gb@mail.telepac.pt



**Centro de
Estudos e
Registo de
Anomalias
Congénitas**

Sede: Serviço de Genética Médica
Hospital de Egas Moniz
R. da Junqueira, 126
1300 Lisboa

Telefones: (01) 3650313 ou (01) 3650341
Fax: (01) 3650198

Não deixe para amanhã o que pode notificar Hoje!

Estamos no início de 1999 e é urgente que se possam avaliar os resultados de 1997.

No entanto, dos 57 Hospitais actualmente envolvidos no Registo Nacional de Anomalias Congénitas, 18 ainda não enviaram as notificações referentes a esse ano, o que corresponde a 40 566 nascimentos.

Pedimos aos Colegas em falta que nos enviem impreterivelmente essas notificações até ao fim do mês de Março, altura em que será feita a última análise dos dados existentes.

Chamamos a atenção para a importância deste trabalho conjunto, única forma de obter uma avaliação o mais próxima possível da realidade Nacional.

Bibliografia recente sobre Anomalias Congénitas

Chambers C D et al.. Maternal fever and birth outcome: a prospective study. *Teratology* 1998; 58: 251 - 257.

Rodríguez P E. Corticosteroids during pregnancy and oral defects; a case control study. *Teratology* 1998; 58: 2 - 5.

Martinez - Frias M L. Prenatal exposure to sex hormones. *Teratology* 1998; 58: 8 - 12.

A revista *Teratology* encontra-se disponível na sede do CERAC

Núcleo de estudos seroepidemiológicos (NES).

Unidade do ONSA, INSA, Delegação no Porto.
Guilherme Gonçalves
(médico de Saúde Pública)

Leia o que publicámos:

Gonçalves G, Rebelo de Andrade H, Cutts F. Concentração de IgG anti-sarampo em soros maternos e do cordão umbilical, segundo o estado vacinal das mães. *Acta Médica Portuguesa* 1998; 11: 883-892.

Este artigo recentemente publicado, mostra que as puérperas portuguesas vacinadas contra o sarampo durante a sua infância tem quantidades menores de IgG anti-sarampo (A-S) sérica do que as que nunca foram vacinadas. A produção de IgG A-S nestas últimas deveu-se ao contacto com o vírus selvagem. Como a eficácia de transporte transplacentar de IgG A-S foi igual nos dois grupos, os filhos das mães vacinadas nasceram com níveis inferiores de IgG A-S do que os filhos do outro grupo. Estas diferenças entre vacinadas e não vacinadas (e respectivos filhos) são consistentes com as encontradas noutros estudos e são biologicamente plausíveis.

Os níveis de IgG A-S encontrados são mais semelhantes aos descritos em países sub-desenvolvidos do que por exemplo na Grã-Bretanha. Este achado é biologicamente plausível, tendo em conta a epidemiologia do sarampo em Portugal antes e após a introdução da vacina no PNV. Note-se que a cobertura vacinal pela vacina contra o sarampo foi muito baixa nos anos seguintes à sua introdução no PNV.



"FOODBORNE ILLNESS"

PORTO, Fundação Eng.º António de Almeida. 28, 29 de Maio 1999.
Tel: (02) 5074320; Fax: (02) 5074329; e-mail: jscnaup@mail.telepac.pt; <http://www.caleida.pt/foodsafes>

"THE 15th NORDIC CONFERENCE IN SOCIAL MEDICINE"
ICELAND, Reykjavik. 3-5 de Junho 1999. Tel: +351 551 1730; Fax: +354 551 1736; e-mail: gestamot@centrum.is; <http://www.centrum.is/gestamot>

"FOURTH ADVANCED COURSE IN NUTRITIONAL AND LIFESTYLE EPIDEMIOLOGY"
HOLANDA, Graduate School VLAG. 7-12 de Junho 1999. Tel: +31 317 485108; Fax: +31 317 483342; e-mail: yvonne.smolders@staff.nutepi.wau.nl

SHORT COURSE IN REPRODUCTIVE HEALTH RESEARCH
London school Of Hygiene & Tropical Medicine. 21 Junho-16 Julho.
Tel: +44 171 299 4648; Fax: +44 171 323 0638; e-mail: shortcourses@lshtm.ac.uk



Berglund A, Lindmark G. The impact of obstetric risk factors and socioeconomic characteristics on utilization of antenatal care. *Journal of Public Health Medicine* 1998;20(4):455-62

McCool J F, Schneider J K. Home-Based Leg Strengthening for Older Adults Initiated through Private Practice. *Preventive Medicine* 1999;28(2): 105-10

Anuncios Classificados

Já piou para o PIO? Não! Ainda vai a tempo.

Contacte o (01) 751 0549

PRECISAM-SE

Dados sobre luxação congénita da anca.

Contacte (01) 751 0549

Ficha Técnica

Propriedade: ONSA - Observatório Nacional de Saúde

Responsável: Drº Maria João Branco

Equipa Redatorial: Baltazar Nunes, Paulo Nogueira, Zilda Pimenta

Sede: Avenida Padre Cruz 1699 LISBOA CODEX

Tel: (01) 751 05 49 Fax: (01) 757 36 71 e-mail ceb@mail.telepac.pt

Tiragem: 5 000 exemplares Distribuição: gratuita

ISSN 0874-2928

Depósito Legal: 125868/98

Execução: Gráfica 2000

ECOS da Actividade Física

Maria João Branco, Paulo Jorge Nogueira, Baltazar Nunes, Teresa Contreras

A actividade física é um dos factores que poderá contribuir para um estilo de vida saudável. O **Onsa** pretendeu aprofundar um pouco mais o conhecimento sobre este tema. Assim, em Setembro de 98, resolveu perguntar aos portugueses do Continente, dos 15-65 anos, que actividade física global realizavam, concretamente, a actividade física relacionada com o trabalho/escola e fora do trabalho.

Aplicou-se um questionário de autoavaliação directa, administrado por entrevista telefónica. Utilizou-se um instrumento, adaptado do "Health Insurance Plan (HIP) study of incidence and prognosis of coronary heart disease"

De acordo com as respostas a perguntas sobre a actividade física no trabalho/escola construiu-se uma escala de 4 pontos do "menos activo" para o "mais activo". "Uma escala semelhante foi elaborada para classificar a actividade física fora do trabalho. Finalmente os inquiridos eram classificados pela actividade global desenvolvida (ligeira, moderada e intensa) combinando a informação precedente.

Recorrendo à amostra ECOS-"Em casa observamos saúde" as nossas **observações** revelaram:

Dos 1059 entrevistados, 581 declararam exercer uma actividade laboral. Destes, foi possível obter informação, sobre dois tipos de actividade, em 481 inquiridos.

Nos gráficos apresentados caracterizam-se os nossos "atletas".

Figura 1. Distribuição conjunta da Actividade Física no trabalho e fora do trabalho.

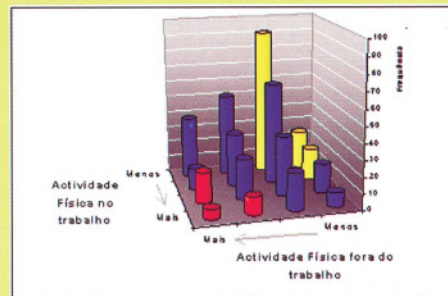
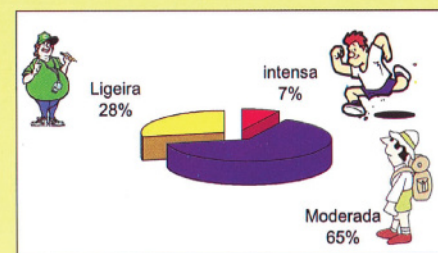


Figura 2. Distribuição da Actividade Física Global.



Para algum leitor menos atento será útil acrescentar que para se chegarem a estes resultados, muito se teve que "suar". Com efeito, este estudo, relativamente a materiais e métodos merece ser analisado e discutido, o que prometemos fazer, brevemente noutra espaço.

ECOS da Consulta Pré-Concepcional

Teresa Contreras e Baltazar Nunes

PROMOVER A SAÚDE NO PERÍODO PRÉ-CONCEPCIONAL tem sido uma preocupação da D.G.SAÚDE.

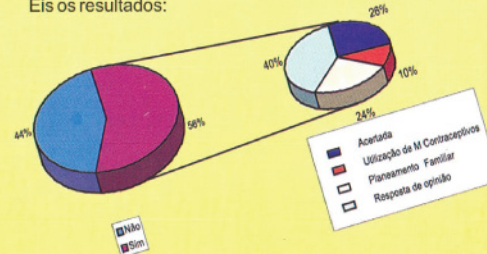
Neste contexto surge a Circular Normativa nº2/DSMIA/98 na qual "se estabelece que sejam desenvolvidos esforços no sentido de se alertar os cidadãos, em particular os mais novos e as mulheres em idade reprodutiva, sobre as vantagens do aconselhamento pré-concepcional".

Então...porque não perguntar às principais intervenientes o que pensam do assunto?

Na realidade foi o que a Divisão de Saúde Materna, Infantil e dos Adolescentes em colaboração com o ONSA fizeram.

Assim, em Setembro de 1998 a 373 mulheres dos 15 aos 44 anos, da amostra ECOS foi perguntado "SABE O QUE É UMA CONSULTA PRÉ-CONCEPCIONAL?"

Eis os resultados:



Com estes resultados, julgamos que ainda há muito a fazer para que a cegonha só venha quando for convidada!

Nos bastidores do ...

Inquérito Nacional de Saúde

Desta vez, acompanhe-nos para conhecer outra componente da acção de formação do projecto INS: a formação da equipa de Codificadores.

A codificação é um passo fundamental em qualquer inquérito. Com efeito, os códigos constituem um meio útil de sumariar grandes quantidades de informação. Tornam-se essenciais quando os dados vão ser tratados informaticamente.

No INS, a codificação é completada posteriormente ao trabalho de campo. Para a sua execução foram seleccionados 4 codificadores, cuja formação, da responsabilidade da equipa técnica do INS, foi iniciada em 1 de Outubro de 1998.

Nos conteúdos formativos há a destacar:

1. O conhecimento detalhado do questionário, de modo a permitir aos codificadores reverem e codificarem correctamente as entrevistas;

2. O conhecimento sobre classificações, nomeadamente:

- a) A Classificação Internacional de Doenças - 9ª Revisão (CID-9) - Código Pat (Patologias).
- b) Classificação Nacional de Profissões - Versão 1994 (CNP-94) - Código Prof (Profissões)
- c) Os Códigos CUID (Cuidados Médicos) e ESP (Especialidades Médicas e Tipos de Consultas)

3. A aferição de critérios a fim de uniformizar procedimentos.

A prática inicia-se com a codificação do Inquérito Piloto, sendo cada codificador acompanhado por um elemento da equipa técnica. De referir por último que, sendo o Inquérito Nacional de Saúde codificado a nível central, a equipa de codificação é acompanhada diariamente pelos técnicos do INS na resolução de problemas pontuais, dando orientações e esclarecendo dúvidas que ainda possam surgir.

E já agora...
Conheça a equipe do

Observatório Nacional de Saúde
ONSA



1.ª Fila: Teresa Contreiras, Marinho Falcão, Mª Jesus Graça, Mª Jesus Feijóo, João Vintém, Zilda Pimenta, Baltazar Nunes
2.ª Fila: Guilherme Gonçalves, Inês Batista, Sofia Lino, Mª João Branco, Ana Lino, Adozinda Sousa
3.ª Fila: Carlos Dias, Paula Valente, Paulo Nogueira, Anysabel Afonso, Margarida Catalão, Joana Antunes, Norberto Barata.

**Notícias da
última hora...**

AVC
<65

**ACIDENTES VASCULARES
CEREBRAIS ANTES DOS
65 ANOS DE IDADE:
um projecto que se conclui.**

O estudo de seguimento designado "AVC antes dos 65 anos" chegou ao fim. Foram objectivos deste projecto estudar: os factores de risco associados; a taxa de letalidade por AVC; a evolução/sobrevida e retorno à vida activa dos doentes; a utilização dos serviços de saúde dos que sofreram um primeiro AVC antes dos 65 anos. Parabéns ao Grupo Coordenador assim como aos 20 Serviços de Neurologia ou Medicina Interna dos hospitais participantes. Prometemos mais notícias para breve.

Editorial

No I CENTENÁRIO do INSA

OBSERVAÇÕES, olhares de olhos muitos sobre realidades mutáveis.

Nos cem anos passados, ao repararmos nos *olhares* do INSA, fitamos resíduos da História que nos orgulha: apesar de meios precários, impressionam os contributos dados.

Agora, importa fazer **OBSERVAÇÕES** sobre o presente que formata o futuro. Saudamos a definição das **ESTRATÉGIAS DE SAÚDE**, horizontes e metas ao virar do século. A actividade do **INSA**, nomeadamente a do **ONSA**, pode ajudar a defini-las e contribuir para a sua monitorização e avaliação. Todavia, precisam produzir-se também **OBSERVAÇÕES politicamente incorrectas** - inovadoras ou críticas, aquelas que fazem as rasgaduras no presente por onde chega o futuro.

A Saúde Pública precisa basear-se em factos: os decisores têm necessidade de substituir a *ideologia* por *saber(es)* que provêm de experiência clínica, conhecimento epidemiológico e verificações laboratoriais. O *querer* dos políticos, europeus ou portugueses e as recomendações das mundocracias precisam ser complementados com os *factos* impostos pelo *sentir* de cidadãos, grupos ou comunidades e com a objectividade científica. A humanização da Saúde reclama mais e melhor cidadania, nomeadamente no detetar de necessidades e no avaliar.

Ao **ONSA** está colocado o desafio de cruzar e entrecruzar *olha-res*, de profissionais e Serviços diversos, com os *olha-res* de cidadãos, nomeadamente através do Inquérito Nacional de Saúde e fazendo **ECOS**. A finalidade é descobrir ou aprofundar práticas e parcerias que facultem a quem toma decisões conhecimento pertinente e em tempo útil.

José Luís Castanheira

Neste número...

Roteiro dos Laboratórios:

Laboratório de Microbiologia de Alimentos do INSA

CERAC

Registo de Anomalias Congénitas (RAC) de 97: alguns resultados

Estudo Nacional da Satisfação dos Utentes com as Farmácias

Espelho meu, espelho meu... haverá alguém mais elegante do que eu?

Efeitos do excesso de calor na mortalidade: Projecto Ícaro

Epidemiologia da Interrupção Voluntária da Gravidez em Portugal Continental (1993-1997)

Roteiro dos Laboratórios

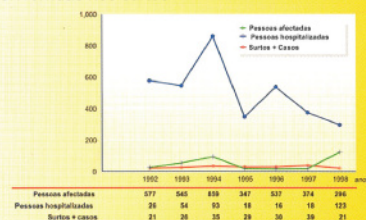
Laboratório de Microbiologia dos Alimentos

A investigação de surtos de toxinfecção alimentar é uma das principais actividades realizadas pelo Laboratório de Microbiologia dos Alimentos. No sentido de um rápido esclarecimento das ocorrências, implementaram-se métodos rápidos microbiológicos, os quais permitem a detecção das etiologias responsáveis em tempo útil.

O facto de não estar implementado no nosso País um Programa de Vigilância das Toxinfecções Alimentares, impossibilita que se conheçam as etiologias prevalentes.

Apresentam-se os dados relativos aos surtos que foram estudados neste Laboratório de 1992-1998, no total de 170 surtos e 31 casos isolados. Nestas ocorrências, de acordo com o que se verifica na Figura 1, foram afectadas 3535 pessoas, das quais 348 recorreram ao hospital.

Fig 1. - Nº de pessoas afectadas / hospitalizadas envolvidas nos surtos



Os agentes etiológicos mais isolados que se encontram expressos na Tabela 1, foram a *Salmonella enteritidis* e o *Staphylococcus aureus*, em igual número de surtos. Em 2 dos surtos identificou-se mais do que um agente etiológico.

Agentes Etiológicos	Surtos
<i>Staphylococcus aureus</i>	34
<i>Salmonella enteritidis</i>	34
Toxina botulínica tipo B	5
<i>Clostridium perfringens</i>	4
<i>Bacillus cereus</i>	2
<i>Salmonella</i> sp.	1
<i>Escherichia coli</i>	1
<i>Yersinia enterocolitica</i>	1
Aeróbios mesófilos	1
<i>S. aureus</i> + <i>S. enteritidis</i> + <i>B. cereus</i>	1
<i>S. aureus</i> + <i>B. cereus</i>	1

A colheita das amostras a enviar ao laboratório deve ser efectuada o mais rapidamente possível, após inquérito realizado pelas entidades competentes de modo a que sejam analisados os alimentos pertinentes, nas condições em que foram ingeridos.

O Laboratório está disponível para ajudar as Autoridades, com responsabilidades na área Alimentar, na cabal investigação dos incidentes, de modo a que sejam identificadas as causas que estiveram na origem dos mesmos e, por conseguinte, seja possível implementar as medidas necessárias à sua prevenção.

Para qualquer informação adicional estamos disponíveis no LNIV, Estrada de Benfica, 701 - 1700 Lisboa - Telef. 796 41 10.



Centro de
Estudos e
Registo de
Anomalias
Congénitas

Sede: Serviço de Genética Médica
Hospital de Egas Moniz
R. da Junqueira, 126
1300 Lisboa

Telefones: (01) 3650313 ou (01) 3650341
Fax: (01) 3650198

RAC 97 RAC 97

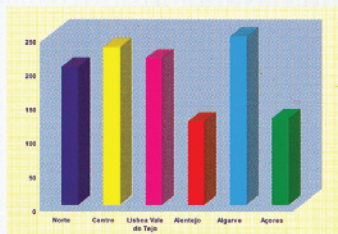
alguns resultados

Recebemos no CERAC 1570 notificações de anomalias congénitas em nados-vivos e fetos mortos referentes a nascimentos durante o ano de 1997. Em relação ao ano de 1996 nota-se um aumento de "prevalência" nas regiões de Lisboa e Vale do Tejo e Algarve e uma diminuição na região Centro. Relativamente à participação verificou-se uma diminuição da adesão dos hospitais das regiões Norte, Centro e Lisboa e Vale do Tejo.

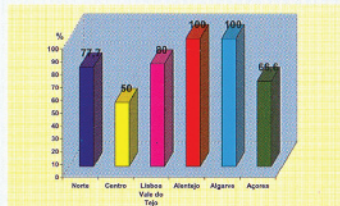
Prevalência de anomalias por Regiões de Saúde do Continente e R. A. dos Açores - 1997



/10 000 nascimentos (NV+FM)



% de hospitais e maternidades do SNS participantes, por Regiões de Saúde (Continente e R. A. Açores) - 1997



Blá, Blá, Blá ...

Alguns leitores pediram esclarecimentos sobre o nosso PIO .

Em primeiro lugar, as nossas desculpas àqueles que acharem a **piada** algo desafinada. Trata-se de assunto sério:

Está em causa o projecto "**PIO - Pesquisar Investigação Oculta**", cujo principal objectivo é o de criar uma base de dados de literatura cinzenta.

Em Faculdades, Institutos, Escolas e Serviços de saúde são produzidas dissertações, relatórios, trabalhos vários com metodologias inovadoras e/ou resultados sobre o estado de saúde (doença) e suas determinantes, de grupos populacionais, que nem sempre são publicados.

Pareceu-nos que seria útil a constituição duma rede de contactos com fontes potenciais deste tipo de informação

Assim, se quiser participar no PIO, basta **piar** para uma ficha de registo que poderá obter através do fax: (01) 7573671 ou email: ceb@mail.telepac.pt.

Brevemente haverá dados disponíveis na Internet



"THE XV International Scientific Meeting of the International Epidemiological Association"

Tema-"Epidemiology for Sustainable Health"
Florença, 31 de Agosto - 4 de Setembro 1999. Tel: +39-55-4223561;
Fax: +39-55-414277 <http://iea99.ds.unifi.it>

"XVII Reunión Científica de la Sociedad Española de Epidemiología-La Epidemiología en la puerta del futuro"
Santiago de Compostela, 27 - 29 de Outubro 1999. Tel: 981121556;
Fax: 981122415;
e-mail: congrega@cesatel.es; <http://www.cesga.es/XVIISEE>

"The Annual Meeting of the European Public Health Association 1989-1999, a decade of health care in Europe" Praga, 9 - 12 de Dezembro de 1999. Tel: +31-30-2729659; Fax: +31-30 2729729;
www.nivel.nl/eupha



Bird CE. Gender, Household Labor, and Psychological Distress: The Impact of the Amount and Division of Housework. *Journal of Health & Social Behavior* 1999;40(1):32-45

Trindade E, Topfer LA, Giusti MD. Internet Information Sources For The Identification of Emerging Health Technologies. *International Journal of Technology Assessment in Health Care* 1998;14(4):644-51

Comissão Europeia. Direcção-Geral Emprego, Relações Laborais e Assuntos Sociais. Unidade V/F-3. *Relatório sobre a osteoporose na Comunidade Europeia. Medidas de Prevenção* 1998

Amaral I. *Imagem e Sucesso. Guia de protocolo para empresas*. 3ª ed. Lisboa/S.Paulo: Editorial Verbo; 1998

Anúncios Classificados

Precisa-se

Dados sobre os seguintes tópicos:

Doença de Alzheimer,
Demência, Epilepsia,
Esclerose Múltipla

Aceita-se

Mão-de-obra qualificada para colaborações em análise de dados. Pagamento em espécie: reconhecimento público. Outras condições a discutir.

Ficha Técnica

Propriedade: ONSA - Observatório Nacional de Saúde

Responsável: Dr.ª Maria João Branco

Equipa Redactorial: Baltazar Nunes, Paulo Nogueira, Zilda Pimenta

Sede: Avenida Padre Cruz 1649-016 LISBOA CODEX

Tel: (01) 751 05 49 Fax: (01) 757 36 71 e-mail: ceb@mail.telepac.pt

Tiragem: 5 000 exemplares Distribuição: gratuita

ISSN 0874-2928

Depósito Legal: 125868/98

Produção Gráfica: Gráfica 2000

Estudo Nacional da Satisfação dos Utentes com as Farmácias



Baltazar Nunes, Teresa Conreiras, Inês Baptista, José Marinho Falcão

As farmácias desempenham um papel de grande importância na prestação de cuidados de saúde à população. O Centro de Estudos de Farmacoepidemiologia (CEFAR) da Associação Nacional das Farmácias, interessado em conhecer o grau de satisfação dos utentes com as farmácias, solicitou ao Observatório Nacional de Saúde a realização de um estudo sobre esse tema.

O estudo foi realizado sobre a amostra de famílias portuguesas com telefone que participam em ECOS: "Em Casa Observamos Saúde". Foi tentado o contacto telefónico com 1238 famílias, tendo sido obtida resposta válida de 999 (80.7%). Foi entrevistada apenas uma pessoa de cada família, sendo seleccionada a que declarou ir mais frequentemente à farmácia. Os dados foram colhidos em Janeiro 99.

O questionário incluiu um conjunto de perguntas que cobriam as seguintes áreas: **Satisfação global com a farmácia; Acesso à farmácia; Aspecto geral da farmácia; Características do atendimento.**

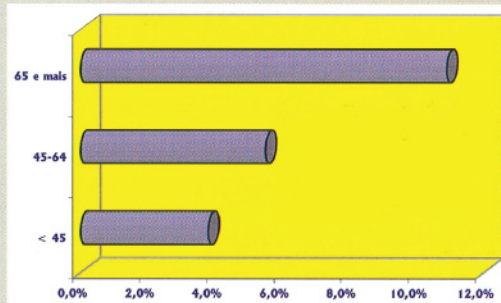
Descrevem-se a seguir os resultados gerais obtidos e, a título de exemplo, a distribuição percentual daqueles que declararam ser "difícil" ou "muito difícil" o acesso à farmácia, por idade.



% de respondentes que declararam insatisfação (ou opinião desfavorável) em relação a algumas características das farmácias

	"insatisfeitos" (%)
Satisfação Global	1.0
Acesso à Farmácia	6.3
Aspecto Geral	2.1
Tempo de Espera	6.1
Informação Oral	4.0
Informação Escrita	7.2

% de respondentes que declararam ser "difícil" ou "muito difícil" o acesso à farmácia, por idade



No plano global, os resultados do estudo revelam níveis de insatisfação muito baixos com as farmácias portuguesas. No entanto, foram reconhecidas percentagens relativamente elevadas de "insatisfeitos" em vários sub-grupos da população. Assim, e a título de exemplo, constatou-se que o Acesso à Farmácia era "difícil" ou "muito difícil" para os mais idosos, para os menos escolarizados e para os habitantes do Alentejo. O relatório completo do estudo será formalmente publicado mas os resultados podem ser já consultados no ONSA e no CEFAR (tel: 01 340 0670; e-mail: paula.david@anf.pt)

ESPELHO MEU, ESPELHO MEU...

haverá alguém mais elegante do que eu?

Maria João Branco, Paulo Nogueira, Pedro Graça*
*Nutricionista, Instituto Superior de Ciências da Nutrição e Alimentação, Universidade do Porto

A prevenção do excesso de peso corporal é o meio mais eficaz de controlar a obesidade.

A auto-percepção do peso corporal adequado poderá ser útil na sensibilização para situações extremas de desajuste ponderal.

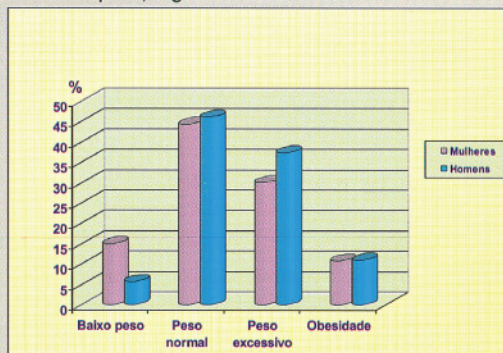
Em Setembro de 1998, o ONSA colaborou com o Instituto Superior de Ciências da Nutrição e Alimentação da Universidade do Porto na realização de um estudo de auto-avaliação da condição estado-ponderal da população portuguesa.

Assim, aplicámos um questionário por entrevista telefónica, a 1135 indivíduos, com 15 e mais anos de idade, da amostra ECOS: "Em Casa Observamos Saúde".

Controlando o apetite, aqui vão apenas algumas das nossas observações:

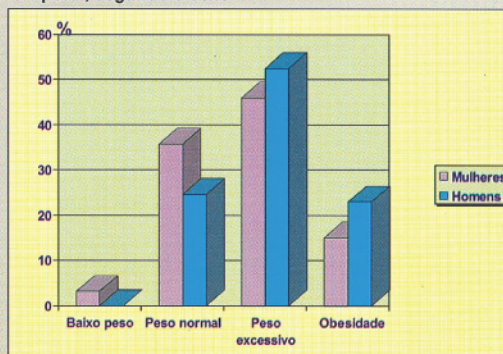


Distribuição dos inquiridos (%) por categorias do Índice de Massa Corporal, segundo o sexo



Legenda: Índice de Massa Corporal (IMC) = Kg/m²: Baixo Peso: IMC < 20; Peso Normal: IMC >= 20, e, < 25; Peso Excessivo: IMC >= 25, e, < 30; Obesidade: IMC >= 30

Distribuição dos inquiridos (%) que declararam estar a tentar perder peso por categorias do Índice de Massa Corporal, segundo o sexo



Efeitos do excesso de calor na mortalidade

e, assim, surge o



Importância do Excesso de Calor: Repercussão sobre os Óbitos

Baltazar Nunes, Paulo Nogueira, José Marinho Falcão

No seu desenvolvimento foi construído um modelo estatístico que visa estimar o número de óbitos esperados em função da previsão dos excessos de temperatura e da sua duração.

Neste contexto, o Instituto de Meteorologia e o Observatório Nacional de Saúde decidiram cooperar na criação de um sistema destinado a fazer a previsão das ondas de calor que constituam ameaça para a saúde da população.

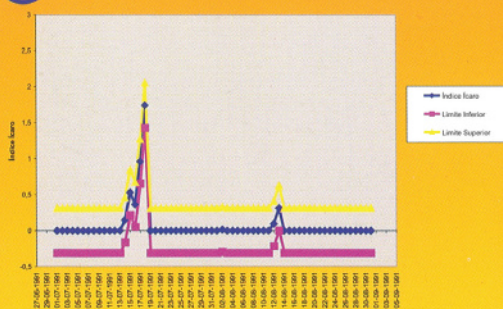
Na operacionalização do sistema, o Centro de Análise e Previsão do Tempo daquele Instituto assegura a previsão das temperaturas máximas com 3 dias de antecedência, o ONSA, baseado nesses valores, faz a previsão do número de óbitos que poderão ocorrer, utilizando o modelo estatístico referido.

Com base nestas previsões é calculado, diariamente, o Índice ÍCARO que facilitará o reconhecimento de situações alarmantes e permitirá às entidades competentes desencadearem intervenções que minimizem o efeito das possíveis ondas de calor.

O Índice ÍCARO é a razão entre o número de óbitos esperados, devido ao excesso de calor, e o número de óbitos esperados sem o impacto do calor, subtraído do valor um. Assim, um Índice de valor zero significa não existir nenhum efeito do calor na mortalidade humana.

A título de exemplo, mostramos como se comportaria o índice calculado em função da onda de calor do Verão de 91.

Simulação do Índice ÍCARO para Julho e Agosto 1991



Usando a previsão a 3 dias, como é feito agora, teria sido possível a 14 de Julho prever que dois dias depois, o índice rondaria o valor 1, podendo mesmo ultrapassá-lo, o que significaria ser necessário desencadear as medidas mais adequadas de prevenção dos efeitos do calor.

Epidemiologia da Interrupção Voluntária da Gravidez em Portugal Continental (1993 - 1997).

Carlos Matias Dias⁽¹⁾, Isabel Marinho Falcão⁽²⁾, José Marinho Falcão⁽¹⁾

⁽¹⁾ Médicos de Saúde Pública, Observatório Nacional de Saúde, Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge; ⁽²⁾ Médica de Clínica Geral, Divisão de Epidemiologia, Direcção Geral da Saúde

Em Portugal existem estimativas da incidência da Interrupção Voluntária da Gravidez (IVG) que, no entanto, ou não são representativas da população, ou não permitem estimar a ocorrência anual de IVG⁽¹⁻⁴⁾. Para ultrapassar este problema recorremos a dois sistemas de informação e estimámos, indirectamente, o número e taxas de incidência anuais de IVG na população feminina dos 10 aos 54 anos de idade de Portugal continental^(1,5,6). Assim, utilizámos: 1) a percentagem de IVG notificadas à rede Médicos Sentinela (MS) internadas por um período superior a 24 horas após a sua realização; 2) o número de internamentos nos hospitais públicos de Portugal continental (obtidos através do Sistema GDH) por "aborto induzido sem indicação legalmente admitida", "aborto não especificado" e "aborto espontâneo".

As estimativas variam entre 87824 IVG (2919.1 por 100000 mulheres por ano) em 1994 e 14005 IVG (465.3 por 100000 mulheres por ano) em 1996 e são superiores às obtidas isoladamente pela rede MS e pelo sistema GDH^(1,3). Parece haver uma diminuição da incidência de IVG no tempo (quadro 1) o que está de acordo com outros autores e pode reflectir a melhor utilização dos métodos de planeamento familiar⁽³⁾. Existe certamente uma sub-avaliação já que os dados não abrangem as utilizadoras de serviços de saúde privados oriundas de classes socio-económicas mais elevadas, com acesso a IVG de melhor qualidade técnica, factor condicionante de internamentos por complicações⁽⁶⁾. O resultado detalhado deste trabalho será publicado oportunamente.



Quadro 1: Estimativa indirecta do número e taxa de incidência anual e anual média de interrupção voluntária da gravidez na população feminina de Portugal Continental (10 a 54 anos de idade)

Ano	Cenário A ⁽¹⁾		Cenário B ⁽²⁾	
	número	taxa de incidência	número	taxa de incidência
1993	32633	1087.3	85295	2841.9
1994	35933	1194.3	87824	2919.1
1995	113018	3755.6	259541	8624.6
1996	14005	465.3	37401	1242.6
1997	16931	562.9	52427	1743.1
1993/97 ⁽³⁾	25822	858.6	68719	2285.0
1993/97 ⁽⁴⁾	22525	749.1	60294	2506.5

(1) considerando apenas os internamentos por aborto ilegal e falsos espontâneos;

(2) considerando além daqueles, todos os não especificados

(3) incluindo 1995

(4) excluindo 1995

Referências

- 1 - DG Saúde. Médicos Sentinela: relatórios anuais. Lisboa, DGS, 1993-1997.
- 2 - Catarino J. Interrupção voluntária da gravidez em Portugal, 1991-1995. Estimativas de incidência na rede "Médicos Sentinela". Saúde em Números 1996; 11(4): 30-32.
- 3 - Instituto Nacional de Estatística. Inquérito à Fecundidade e Família: resultados preliminares. Lisboa, INE, 1997.
- 4 - Tomé, MT. Contributo para o estudo da epidemiologia da interrupção voluntária da gravidez. Dissertação de mestrado. Univ de Coimbra, 1998.
- 5 - Instituto de Gestão Informática e Financeira do Ministério da Saúde. Base de dados dos internamentos hospitalares - GDH. Lisboa, IGIF, 1993-1997.
- 6 - Henshaw SK. Induced abortion: a worldwide perspective. Internat Fam Plann Perspectives 1987; 13(1): 12-16.

Editorial

INVESTIGAÇÃO EM SAÚDE: UM PAPEL PARA A COLABORAÇÃO SECTOR PÚBLICO - SECTOR PRIVADO

A investigação em saúde desenvolve-se, em Portugal, apoiada em recursos financeiros muito escassos, por vezes, de dimensão quase simbólica. Esta constatação aplica-se de forma especial à investigação em saúde pública.

Realisticamente, não pode esperar-se que os financiamentos de origem estatal, mesmo que progressivamente aumentados, assegurem o esforço de investigação que as necessidades de saúde da população e a criatividade dos cientistas exigem.

Assim, todas as oportunidades de financiamento e apoio, públicos, privados ou de outra natureza, podem e devem ser utilizadas, sem preconceitos mas com uma condição: que a *independência científica dos investigadores seja integral e efectivamente respeitada*.

O projecto *GAROTICE-Gastroenterites associadas a rotavirus: importância de uma causa evitável*, de que se revelam neste número alguns resultados, é exemplo recentíssimo da exequibilidade e das vantagens da colaboração entre instituições públicas e privadas, no domínio da investigação.

Os resultados obtidos contribuíram, por um lado, para que o INSA, vários Serviços de Pediatria e uma Empresa Farmacêutica se aproximassem dos seus objectivos próprios e interesses legítimos. Por outro lado, melhoraram o conhecimento epidemiológico sobre um problema de saúde das crianças portuguesas.

Uma experiência bem sucedida que pode e deve repetir-se!

José Marinho Falcão

Neste número ...

Roteiro dos Laboratórios:
Laboratório de Parasitologia do Porto

CERAC
notícias breves...

OBOB'S - Observatório de Óbitos 1997

ECOS do Atchim - A Cobertura da Vacina Anti-Gripal

**Epidemiologia do consumo de bebidas alcoólicas:
os dados do Inquérito Nacional de Saúde**

**GAROTICE - Gastroenterites associadas a rotavirus:
importância de uma causa evitável**

Roteiro dos Laboratórios

Laboratório de Parasitologia (Porto)

QUEM SOMOS

O **Laboratório de Parasitologia** da Delegação do Porto, desempenha diversas missões no âmbito do diagnóstico de infecções parasitárias e da formação técnico-científica de profissionais de saúde na área da Parasitologia, bem como desenvolve acções previstas em projectos de I&D em Parasitologia, estabelecidos em parceria com instituições científicas nacionais e estrangeiras e financiados quer pelo Governo Português, quer pela União Europeia.

O QUE FAZEMOS

Destacamos:

- Diversos testes serológicos, predominantemente testes imunoenzimáticos do tipo E.L.I.S.A. e/ou Enzyme-linked Immunoelctrotransfer Blot, para diagnóstico das seguintes infecções parasitárias no homem: **amebose, cisticercose, fasciolose, hidatidose, leishmaniose, schistosomose, toxocarose, toxoplasmose**. Em breve estaremos em condições de poder responder a solicitações sobre triquinose.

- Diagnóstico parasitológico directo de helmintos ou protozoários em fezes, sangue, aspirado duodenal, urina, expectorações ou cortes histológicos com particular interesse em: **Plasmodium spp., Cryptosporidium parvum, Microsporidia, Toxoplasma gondii, Leishmania infantum**, recorrendo, conforme os casos, a métodos de coloração revistos, ao uso de novos fluorocromos, à inoculação animal, à cultura celular axénica e a técnicas de PCR.

A manutenção da qualidade dos nossos serviços faz-se por recurso sistemático à formação contínua e à avaliação externa periódica.

DAMOS ESPECIAL ATENÇÃO EM TERMOS DE SAÚDE PÚBLICA:

- Plano Integrado de Controlo da Malária no Porto em parceria com a Autoridade de Saúde de Fronteiras no Porto e Hospital de Joaquim Urbano.

- Plano-piloto de controlo/erradicação da fasciolose humana no concelho de Cabeceiras de Basto em parceria com o Centro de Saúde e a Câmara Municipal de Cabeceiras de Basto.

- Análise predictiva do risco de infecção por Fasciola hepática, a partir do estudos dos vectores e de outros indicadores pertinentes, importante, nomeadamente, no controlo sanitário dos agriões.

- Plano de erradicação da cisticercose humana em parceria com o Serviço de Neurologia do Hospital de Santo António do Porto e o Departamento de Parasitologia do Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, U.S.A..

Temos parcerias definidas com as Universidades de Aveiro e do Porto, com a Unidade do INSERM 313 (Faculté de Médecine Pitié-Salpêtrière de Paris, França) e Unidade INSERM 167 (Instituto Pasteur de Lille, França), com o Departamento de Parasitologia do C.D.C. de Atlanta, U.S.A.,... **porque não consigo caro Leitor?**

Contacte-nos para Lab. Paras. Rua de S. Luis, 14-20, Porto;
Tele. 02-2082235 Fax. 02-2082154
e-mail: jmc.parasit.irj@mail.telepac.pt





Centro de
Estudos e
Registo de
Anomalias
Congénitas

Sede: Serviço de Genética Médica
Hospital de Egas Moniz
R. da Junqueira, 126
1300 Lisboa

Telefones: (01) 3650313 ou (01) 3650341
Fax: (01) 3650198

notícias breves...

Vai ser publicada, em breve, a análise dos dados referentes às Anomalias Congénitas registadas durante o ano de 1997.

O atraso desta publicação deve-se à demora verificada no envio das folhas de registo ao CERAC.

Numa tentativa de melhorar esta situação, o que é do interesse geral, pedimos, uma vez mais, que os coordenadores locais dos Centros nos enviem os Registos de 1998 que ainda tiverem em seu poder.

A data limite de recepção será o dia 31 de Dezembro de 1999.

Bibliografia recente sobre Anomalias Congénitas:

Carothers AD. International variation in reported livebirth prevalence rates of Down syndrome, adjusted for maternal age. *J Med Genet* 1999;36:386-393.

Mundlos S. Cleidocranial Dysplasia: clinical and molecular genetics. *J Med Genet* 1999;36:177-182.

Powell C. Townes-Brocks syndrome. *J Med Genet* 1999;36:89-93.

Snead MP. Clinical and molecular genetics of Stickler syndrome. *J Med Genet* 1999;36:353-59.

Blá, Blá, Blá ...

"... e vem-nos à memória uma frase batida, este é o primeiro ano do resto da nossa vida"

Pois é, começámos há um ano! Contudo, **para a nossa sobrevivência, é vital a sua opinião.** Não hesite! Critique-nos, elogie-nos, sugira, comente, mas... não nos ignore. Na volta do correio, meta no fax mais próximo, a folha de avaliação que anexamos.

Não fazemos publicidade enganosa, mas prometemos-lhe um grande :-)) da equipa.

ano



"Centenário do Instituto Ricardo Jorge - III SIMPOSIUM"
Temas: Ambiente e Saúde / Promoção da Saúde
Porto, 22 e 23 de Novembro de 1999. Ateneu Comercial do Porto.
Tel: 02-20005043

"VII Congresso da Sociedade Portuguesa de Estatística"
Fão, Esposende, Hotel Ofir 14-16 de Outubro 1999.
Fax: 053-604456
e-mail: VII-Congresso-SPE@ci.uminho.pt
URL: <http://www.eng.uminho.pt/~dps/eventos/spe/>



Laurie GT. In Defence of Ignorance: Genetic Information and the Right not to Know. *European Journal of Health Law* 1999; 6(2): 119-132

Gevers S. The Role of the Law with respect to Self-testing. *European Journal of Health Law* 1999; 6(2): 155-164

Priewasser R. Ecological sustainability and personal behavior: relations demonstrated by the decision-making process of selecting a certain transportation mean. *Environmental Management and Health* 1999;10(3): 165-169

Anúncios Classificados

Tendo como objectivo incentivar a Investigação Científica na área da Saúde, o Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, ao celebrar o seu I Centenário, vai atribuir os seguintes prémios:

Prémios científicos do I Centenário

Prémio Gonçalves Ferreira

Nutrição Alimentação

Prémio Laura Ayres

Controlo de Doenças Transmissíveis/Microbiologia

Prémio Luís Cayolla da Mota

Epidemiologia

Prémio Aloísio Coelho

Ambiente e Saúde

Prémio Ricardo Jorge - Saúde Pública

Prémio de atribuição cumulativa ao melhor trabalho

Valor de cada prémio - 5 000 000\$00

Candidaturas: Os originais dos trabalhos devem ser entregues neste Instituto até ao dia 1 de Dezembro de 2000.

Informações sobre o regulamento do concurso: Gabinete de Relações Públicas, Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, Av. Padre Cruz, 1649-016 LISBOA.
Tel: 751 9392, FAX: 759 0441.
Com o patrocínio da Caixa Geral de Depósitos

Ficha Técnica

Propriedade: ONSA - Observatório Nacional de Saúde
Responsável: Dr.ª Maria João Branco
Equipa Redatorial: Baltazar Nunes, Paulo Nogueira, Zilda Pimenta
Sede: Avenida Padre Cruz 1699 LISBOA CODEX
Tel: (01) 751 05 49 Fax: (01) 757 36 71 e-mail onsa@insarj.pt
Tiragem: 5 000 exemplares Distribuição: gratuita
ISSN 0874-2928
Depósito Legal: 125868/98
Produção Gráfica: Gráfica 2000

OBOB'S 97

Observatório de Óbitos 1997

Paulo Nogueira, Baltazar Nunes, José Marinho Falcão

Nos últimos anos temos assistido a um aumento do volume de dados informatizados na área da saúde, importantes para a gestão e investigação, como é o caso dos Grupos de Diagnóstico Homogêneos (GDH) e da Mortalidade. No entanto, à medida que os anos passam, estas bases de dados vão crescendo dando origem a uma grande quantidade de informação.

Por exemplo, a base de dados da Mortalidade do INE, com dados disponíveis de 1980 a 1997, contém dados sobre aproximadamente 1 800 000 óbitos, distribuídos por cerca de 3 000 causas de morte.

A pergunta que surge é: **Como olhar para esta quantidade de informação e estabelecer o que é importante?** Uma perspectiva histórica parece apontar para que seja a relevância clínica ou a importância em saúde pública o critério de escolha. Por outro lado, a disponibilização de dados de forma relativamente rápida permite uma monitorização de fenómenos para os quais as pessoas não estão atentas. É neste contexto que o projecto OBOB'S - Observatório dos Óbitos surge.

Os objectivos deste projecto são:

1. propor um procedimento de monitorização de fenómenos que se espera fiquem estáveis ao longo do tempo, baseado em dois índices, de variação e tendência;
2. usar os dados da mortalidade como exemplo da aplicação do procedimento e chamar a atenção, desde já, para causas de mortalidade que surjam como relevantes, em termos de alterações inesperadas, e que, de outra forma, passariam despercebidas.

Os índices de medição da variabilidade e/ou tendência ao longo do tempo, utilizados na monitorização baseiam-se em comparações simples entre observações anuais de um processo que se espera, em média, de acordo com o ocorrido nos anos anteriores.

Com base nos dados da mortalidade de 1980 a 1997 identificaram-se várias causas de morte que apresentam elevados graus de variação momentânea nos últimos anos. A título de exemplo temos a Infecção Pós-Operatória (CID9: 998.5) e Outras Hepatites Virais Especificadas com Coma Hepático (CID9:070.4), que, entre outras, merecem desde já uma atenção especial.



Fig. 1 Número de óbitos anual por Infecção Pós-Operatória CID-9:998.5, entre 1980 e 1997.

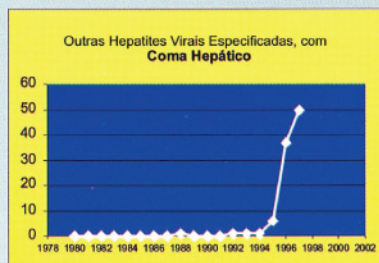


Fig. 2 Número de óbitos anual por Outras Hepatites Virais Especificadas, com Coma Hepático CID-9:070.4, entre 1980 e 1997.



A Cobertura da Vacina Anti-gripal

Teresa Contreiras, Baltazar Nunes

A gripe em Portugal é objecto de um sistema de vigilância desde 1950 através do Centro Nacional da Gripe. Este sistema tem vindo a ser aperfeiçoado e, desde 1990 existe um programa de cooperação entre o Centro Nacional da Gripe, a Divisão de Epidemiologia da Direcção Geral da Saúde, a rede "Médicos Sentinela (vigilância clínica), e o Centro de Vigilância Epidemiológica de Doenças Transmissíveis do Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge (vigilância laboratorial). Todos os anos são divulgadas informações à classe médica sobre a composição da vacina para o Inverno que se anuncia e ao público em geral alerta-se sobre grupos de risco que beneficiariam com a vacina anti-gripal.

Resta saber, na realidade, quem se vacina, para poder ser melhorado todo o sistema de informação e prevenção.

O Observatório Nacional de Saúde (ONSA) estudou, em Março, a cobertura vacinal da Gripe através do seu painel de observação de famílias portuguesas - a amostra ECOS -, aplicando um inquérito pelo telefone com perguntas relacionadas com a vacinação, e já está em posição de responder à pergunta:

Afinal, quem se vacina contra a gripe?

A estimativa da cobertura da vacina anti-gripal na população portuguesa (Portugal Continental) no Outono/Inverno de 1998/99 foi de 14,2% (I.C. 95%: 12,1-16,2).

A taxa de vacinação subiu com os grupos etários (Fig. 1). O grupo de risco definido pelos indivíduos com 65 e mais anos apresentou uma percentagem de cobertura da vacina de 31,3% (I.C. 95%: 26,7-36,0) valor que não é muito diferente dos obtidos noutros países da Europa (2).

Em termos regionais, a taxa mais elevada foi observada na região de Lisboa e Vale do Tejo 15,6% (I.C. 95%: 11,1-16,5) e no outro extremo esteve o Algarve com 10,2% (I.C. 95%: 7,6-12,8) (Quadro I).

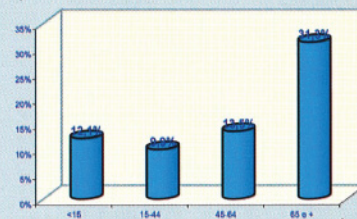


Fig. 1 Percentagem de indivíduos que declararam ter sido vacinados contra a Gripe, por grupo etário

Quadro I - Percentagem de indivíduos que declararam ter sido vacinados por Região de Saúde

Região	% (n)	I. C. 95%
Norte	13,8 (615)	11,1-16,5
Centro	13,6 (677)	11,0-16,2
Lisboa e V. do Tejo	15,6 (620)	12,5-18,7
Alentejo	12,2 (572)	9,5-14,9
Algarve	10,2 (538)	7,6-12,8

Apesar destes dados estarem próximos dos observados na Europa, é fundamental reforçar as mensagens preventivas que explicam porque é que a vacina anti-gripal está indicada.

1. Paixão, M.T.; Falcão IM.; Andrade,R.H.-Resultados da Vigilância Epidemiológica da Gripe 1990- 1995 Pathos

2. Gauthey, L.; Toscani, L.; Chamot, E.; Larequi, T.; Robert, C.F. -Influenza vaccination coverage in the geriatric population of the State of Geneva, Switzerland (1999). European Journal of Public Health (9): 36-40

Epidemiologia do consumo de bebidas alcoólicas: os dados do Inquérito Nacional de Saúde em Portugal

Sofia Guiomar*, Carlos Matias Dias**, Maria de Jesus Graça**

Portugal surge invariavelmente ao longo dos anos, entre os países de maior produção e consumo vinícola (1,2). Esta constatação surge de estatísticas que resultam de fontes próximas da produção ou da comercialização de bebidas alcoólicas e das quais se infere o consumo de álcool *per capita*/ano, com maior ou menor rigor.

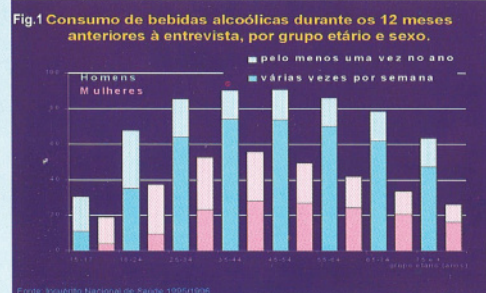
Os dados do Inquérito Nacional de Saúde 1995/1996 permitem analisar algumas características associadas ao consumo de bebidas alcoólicas, numa amostra representativa da população de Portugal Continental e estimar, com algum rigor, o consumo médio diário em gramas de álcool, *per capita* (2).

A prevalência do consumo de bebidas alcoólicas é mais elevada no sexo masculino, em todos os grupos etários e aumenta com a idade até aos 35-44 anos em ambos os sexos.

Cerca de 90% dos homens e 55% das mulheres, naquele grupo etário, declararam ter ingerido pelo menos uma bebida alcoólica nos 12 meses anteriores à entrevista (Fig. 1), enquanto que 81,2% dos homens e 37,3% das mulheres teriam consumido bebidas alcoólicas, pelo menos uma vez na semana anterior (Fig. 2). Por sua vez, 52,1% dos homens e 17,3% das mulheres declararam ter ingerido bebidas alcoólicas todos os dias na semana anterior à entrevista.

O consumo médio diário de etanol (em gramas) na semana anterior à entrevista é de 48,4 nos homens e 19,3 nas mulheres. A mediana dos consumos situa-se nos 38,7 gramas nos homens e 19,4 gramas nas mulheres, o que revela uma distribuição bastante assimétrica para o sexo masculino, com valores máximos de consumo de etanol muito elevados.

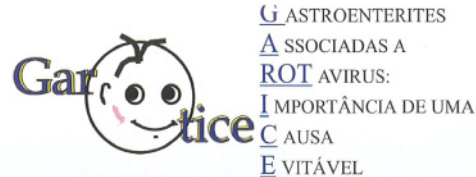
Verificou-se também que o consumo de bebidas alcoólicas é maior no sexo masculino em todas as regiões (NUTS II) e em todos os estratos de escolaridade, grupos profissionais e grupos de rendimento mensal familiar *per capita*. Estas observações serão apresentadas em próximas comunicações.



REFERÊNCIAS

- 1 - World Drink Trends, 1998.
- 2 - Departamento de Estudos e Planeamento da Saúde. Inquérito Nacional de Saúde de 1995/1996: dados gerais. DEPS, 1997.

* Centro de Estudos de Nutrição, INSA
 ** Observatório Nacional de Saúde, INSA



Acabou...

Tratou-se de um estudo realizado no âmbito de um contrato de investigação entre a Wyeth Lederle Portugal (Pharma) e o INSA, cujo **objectivo** foi estimar a proporção de gastroenterites agudas (com gravidade suficiente para provocar internamento hospitalar) que estão associadas a rotavírus, em crianças com idades entre 6 e 30 meses.

Para tal, foi realizado um **estudo controlado** com 127 casos e 379 controlos recrutados em hospitais da zona da grande Lisboa e creches da mesma área geográfica.

Participaram vários investigadores, nomeadamente do ONSA e do Laboratório de Virologia e pediatras dos vários Serviços de Pediatria hospitalares.

OBSERVAÇÕES espreitou e pode adiantar:

Quando a totalidade das crianças foi considerada, a percentagem de casos positivos para rotavírus (64,6%) foi muito superior à que se verificou nos controlos (4,0%). De acordo com os dados, a melhor estimativa pontual da percentagem de gastroenterites agudas, com internamento, atribuíveis a rotavírus foi, assim, de 60,6%.

É esse, teoricamente, o potencial **máximo** de prevenção de internamentos por esta causa que se pode esperar se uma vacina contra rotavírus for introduzida em Portugal. De acordo com os dados e estimativas disponíveis para 1997, esse potencial de prevenção corresponde a cerca de 500 casos por ano.

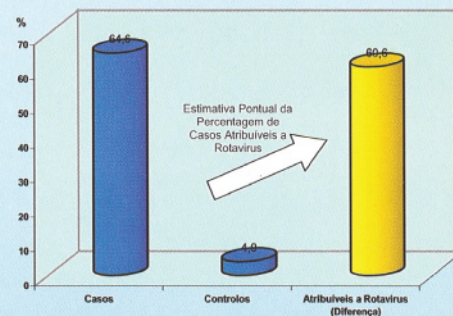


Fig. 1 - Percentagem de casos e controlos positivos para rotavírus e a estimativa pontual dos casos atribuíveis a rotavírus (%Casos-%Controlos)

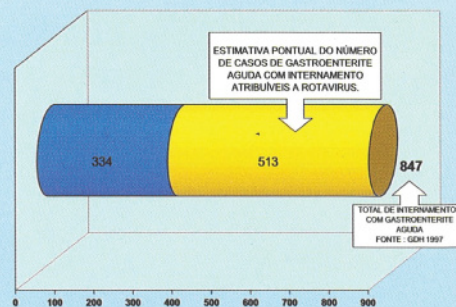


Fig. 2: Estimativa do número de casos de gastroenterites aguda com internamento atribuíveis a rotavírus.

Mais notas sobre o estudo serão divulgadas.

Editorial

UM “NADA DE...”

Em Portugal, as actividades de *garantia de qualidade* em análise de dados (epidemiológicos ou outros) estão na situação descrita abaixo.

No próximo ano haverá notícias!!!

José Marinho Falcão

Neste número ...

Roteiro dos Laboratórios:
Centro de Biopatologia

CERAC
Última chamada...

ECOS - Cuidados aos diabéticos

Utilização de medicamentos não convencionais em Portugal Continental

Associação entre morbilidade e clima em Portugal Continental

Inquérito Nacional de Saúde: O fim do trabalho de campo...

Quanto bebem os Portugueses?
Mais alguns resultados do Inquérito Nacional de Saúde de 1995/1996



INSTITUTO NACIONAL DE SAÚDE
DR. RICARDO JORGE

Roteiro dos Laboratórios

Centro de Biopatologia

Objectivos e âmbito:

Em geral, o objectivo do CBP é a identificação e caracterização dos factores biológicos determinantes, predisponentes ou associados a estados de saúde/doença em indivíduos e populações. Em particular, o CBP orienta a sua actividade para o estudo da etiologia e da patogénese de doenças crónico-degenerativas de grande impacto epidemiológico no conjunto da população ou em determinados dos seus segmentos (geográficos, etários, étnicos, ...). Em cada uma das áreas-problema de interesse (ver abaixo), o âmbito de intervenção do CBP desenvolve-se segundo quatro vectores:

- Investigação e desenvolvimento experimental
- Vigilância da saúde individual e colectiva
- Garantia de qualidade e metodologias de referência
- Formação interna e externa.

Áreas-problema de interesse:

- Polineuropatia amiloidótica familiar
- Carcinoma hepatocelular
- Hemoglobinopatias
- Coagulopatias
- Hepatites víricas
- Imunidade celular (SIDA)
- Doenças vasculares
- Deficiência na desidrogenase da glucose-6-fosfato
- Neurotoxicidade por metais pesados.

Serviços prestados:

O CBP presta serviços de apoio à clínica a entidades públicas e privadas, individuais e colectivas segundo uma extensa pauta analítica nos domínios da química clínica, hematologia, imunologia e endocrinologia.

Direcção do CBP: Adelina Gomes, João Lavinha e Paulo Pinho Costa

Unidades que constituem o CBP e respectivos coordenadores:

- Centro de Estudos de Paramiloidose (Paulo Pinho Costa)
- Laboratório de Endocrinologia (Aldil Fonseca)
- Laboratório de Hematologia - Lisboa (Teresa Seixas)
- Laboratório de Hematologia - Porto (Emília Silva)
- Laboratório de Imunologia (Luísa Rodrigues)
- Laboratório de Química Clínica - Lisboa (Odete Rodrigues)
- Laboratório de Química Clínica - Porto (Maria Manuel Freitas)
- Núcleo de Alcoologia (Jorge Penada).

Contactos telefónicos:
Unidades de Lisboa: 21.7519200
Unidades do Porto: 22.2005043 (LH e LQC) e 22.6009282 (CEP)



Ministério da Saúde



Centro de
Estudos e
Registo de
Anomalias
Congénitas

Sede: Serviço de Genética Médica
Hospital de Egas Moniz
R. da Junqueira, 126
1300 Lisboa

Telefones: 213650313 ou 213650341
Fax: 213650198

Última chamada

não deixe para o segundo milénio o que ainda tem que fazer neste...

de 1998....Registos de 1998....Registos de 1998.... Registos

A data limite de recepção será o dia 31 de Dezembro de 1999

só de si dependerá um RAC dinâmico e actual!

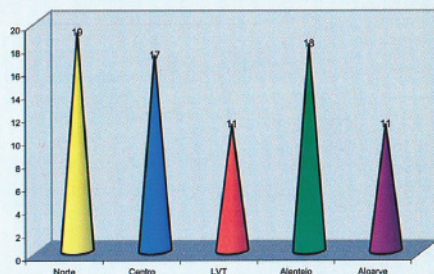
ECOS Cuidados aos diabéticos

Teresa Conreiras, Carlos Dias

Partindo da nossa amostra ECOS, foram seleccionados 188 indivíduos que, em inquérito anterior do ONSA afirmaram "sofrer de Diabetes". Destes, responderam 120 pessoas, das quais 76 confirmaram ser diabéticas (tomavam comprimidos para a diabetes ou faziam insulina).

Assim, numa análise preliminar da nossa amostra de diabéticos, encontrou-se a seguinte distribuição por regiões.

Quadro 1 - Distribuição dos diabéticos da amostra ECOS, por Região



Em relação ao desenvolvimento do Programa Nacional do Diabético apurámos que 87.5% dos inquiridos possuíam o guia do diabético. Em 53% dos indivíduos que tinham guia do diabético, na última consulta, verificou-se registo de alguma observação pelo médico ou enfermeiro.

Recebem com regularidade informações sobre a diabetes 50% dos inquiridos e a maioria tem conhecimentos dos benefícios atribuídos aos diabéticos. Continuaremos dentro de momentos.....



IARC International Course on Cancer Epidemiology with emphasis on environmental cancer
National Institute of Environmental Health
Budapest, Hungary 6-17 March 2000
Fax: +33 (0) 4 72 73 83 20; e-mail: davis@iarc.fr

16th Annual Meeting of the International Society of Technology Assessment in Health Care
The Hague, The Netherlands 18-21 June 2000
Tel: (31)30-2729751; Fax: (31)30-2729729; e-mail: e.zoer@nivel.nl



Bertinger G. Globalization and Global Health. *International Journal of Health Services* 1999; 29(3): 579-595

Deacon A, Mann K. Agency, Modernity and Social Policy. *Journal of Social Policy* 1999; 28(Part 3): 413-435

Ashcroft DM, PO ALW. Herbal Remedies: Economics and licensing. *PharmacoEconomics* 1999; 16(4): 321-328

Conrad P, Gabe G. Introduction: Sociological perspectives on the new genetics: an overview. *Sociology of Health & Illness* 1999; 21(5): 505-516

Blá, Blá, Blá ...

O inquérito de opinião sobre a Observações, lançado no nº 5, leva-nos a concluir:

• Vitória esmagadora da abstenção: 98 %

• Os que nos classificaram, acham que valemos, numa escala de 1 a 10, em média:

7 em apreciação global
7 em pertinência de conteúdo
7 em utilidade
8 em aspecto gráfico

• Os resultados estão potencialmente enviados: os que não gostam não responderam

• A minoria dá-nos força para continuar

Ficha Técnica

Propriedade: ONSA - Observatório Nacional de Saúde
Responsável: Drª Maria João Branco
Equipa Redactorial: Baltazar Nunes, Paulo Nogueira, Zilda Pimenta
Sede: Avenida Padre Cruz 1649-016 LISBOA
Tel: 21.751 05 49 Fax: 21.757 36 71 e-mail onsa@insarj.pt
Tiragem: 5 000 exemplares Distribuição: gratuita
ISSN 0874-2928
Depósito Legal: 125868/98
Produção Gráfica: Gráfica 2000

Utilização de medicamentos não convencionais em Portugal Continental

(Trabalho financiado pela Comissão de Fomento da Investigação em Cuidados de Saúde)

Carlos Matias Dias*, Ballazar Nunes**, Teresa Conreiras*

A discussão sobre as denominadas medicinas não convencionais tem merecido uma atenção crescente por parte da população em geral e dos grupos profissionais ligados à saúde.

Neste trabalho pretendeu-se conhecer a utilização de produtos e substâncias associados às medicinas não convencionais. Assim, foram denominados medicamentos não convencionais, os produtos ou substâncias utilizados com fins terapêuticos que não tivessem sido comprados na farmácia nem receitados por um médico. Para a colheita dos dados utilizou-se o painel de famílias "ECOS", já descrito anteriormente (1).

Os dados preliminares que se apresentam inserem-se num projecto financiado pela Comissão de Fomento em Cuidados de Saúde que tem como objectivo caracterizar a prevalência e os gastos com estas substâncias em Portugal Continental (2).

Os resultados mostram que cerca de 20% das famílias inquiridas utilizaram medicamentos convencionais durante o inverno de 1998/99 (quadro 1) verificando-se a maior prevalência de utilização na região de Lisboa e Vale do Tejo (24%).

Durante o mesmo período (Dezembro de 1998 a Março de 1999) cada família gastou em média 16,6 mil escudos na compra de medicamentos fora da farmácia e não receitados por um médico, valor que não diferia significativamente entre as cinco regiões. No entanto, há que ter em atenção que a mediana dos gastos foi de 5,0 mil escudos por família, valor que reflecte a grande assimetria da distribuição, com gastos muito elevados em algumas famílias. Um outro aspecto estudado neste trabalho teve a ver com a percentagem de entrevistados que declararam que o seu médico já lhes tinha alguma vez receitado "medicamentos alternativos". Esta percentagem foi de cerca de 5,0 % e não variava significativamente de região para região (quadro 2).

Os resultados completos deste trabalho serão apresentados depois de concluída a segunda fase de recolha de dados, actualmente em curso.

Figura 1: Distribuição da percentagem de agregados familiares que declararam ter consumido produtos alternativos, por Região de Saúde.

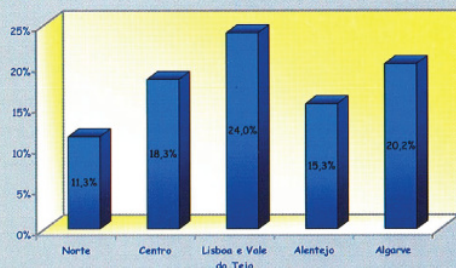
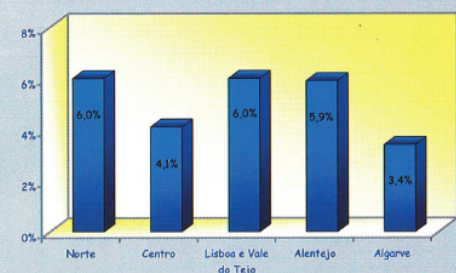


Figura 2: Distribuição da percentagem de agregados familiares que declararam já lhes terem sido receitados produtos alternativos por um médico, por Região de Saúde.



1. Conreiras, T. A amostra "ECOS". Observações 1998, 1.
2. Matias Dias, C. Caracterização dos gastos com substâncias terapêuticas alternativas numa amostra de famílias portuguesas. Protocolo do estudo. Centro de Epidemiologia e Bioestatística, Instituto Nacional de Saúde, 1998.

* Médicos de Saúde Pública, Observatório Nacional de Saúde
** Estatista, Observatório Nacional de Saúde.



Associação entre morbidade e clima em Portugal Continental

Paulo Jorge Nogueira*, Carlos Matias Dias**

No âmbito da investigação em curso no Observatório Nacional de Saúde sobre a importância do clima na saúde da população, foi estudada a associação entre a temperatura do ar e o número de internamentos por doença isquémica cardíaca (DIC), doença cerebrovascular (DCV) e asma.

O estudo refere-se à região de Lisboa durante os anos de 1993 a 1997. Foram utilizados dados sobre a temperatura diária máxima, média e mínima do ar, fornecidos pelo Instituto de Meteorologia e dados sobre o número diário de internamentos hospitalares, fornecidos pelo Instituto de Gestão Informática e Financeira do Ministério da Saúde.

Utilizaram-se técnicas de correlação linear para calcular os coeficientes de correlação entre a temperatura do ar e o número de internamentos por cada uma das causas, segundo o sexo e a idade. Foram também ensaiados modelos de regressão para modelar o efeito da temperatura do ar no número de internamentos, considerando efeitos sazonais (ano, estação do ano, mês do ano, dia da semana, feriados) bem como o efeito da idade.

Os resultados preliminares (quadro 1) sugerem que existem correlações estatisticamente significativas entre diferentes níveis de temperatura do ar e o número de internamentos por DIC e DCV, tanto nos homens como nas mulheres. Em ambas as doenças as correlações são mais fortes nos grupos etários mais velhos, em especial acima dos 65 anos de idade e não são significativas em pessoas com menos de 35 anos de idade. O número de internamentos por asma mostrou ter uma correlação negativa muito significativa com a temperatura máxima, em ambos os sexos.

Usando modelos de regressão linear que consideram os efeitos de outras variáveis nos internamentos, confirma-se que a temperatura desempenha um papel importante, mesmo depois do controlo do efeito de estações do ano.

Quadro 1 - Correlação entre as observações diárias da temperatura do ar e o número total de internamentos diários por Asma, Doenças Cerebro Vasculares e Doença Isquémica Cardíaca.

Grupos	Internamentos por		
	Asma Corr. de Spearman Temp. Máxima	DCV Corr. de Pearson Temp. Máxima	DIC Corr. de Spearman Temp. Mínima
Todos	-0.197 *	-0.164 *	-0.180 *
Sexo			
<i>Masculino</i>	-0.124 *	-0.109 *	-0.177 *
<i>Feminino</i>	-0.153 *	-0.156 *	-0.187 *
Grupo etário - Sexo			
0-14 anos M	-0.076	-0.011	-0.020
0-14 anos F	-0.017	0.004	-0.020
15-34 anos M	-0.047	0.036	0.041
15-34 anos F	-0.096 *	0.008	-0.026
35-64 anos M	-0.056	-0.054	-0.176 *
35-64 anos F	-0.117 *	-0.064 *	-0.175 *
+ 65 anos M	-0.076 *	-0.109 *	-0.182 *
+ 65 anos F	-0.076 *	-0.154 *	-0.181 *

* Valor estatisticamente significativo a um nível de 5%

Estes resultados suportam a necessidade de prosseguir o estudo do efeito dos factores ambientais, nomeadamente os climáticos, na ocorrência de morbidade em Portugal.

* Estatista, Observatório Nacional de Saúde.
** Médicos de Saúde Pública, Observatório Nacional de Saúde

Inquérito Nacional de Saúde

□ FIM DO TRABALHO DE CAMPO...

Terminou o trabalho de campo do 3º Inquérito Nacional de Saúde.

A equipa de campo do Instituto Nacional de Estatística (INE) - orientada por um técnico do Inquérito Nacional de Saúde (INS) - realizou entrevistas em cerca de 17550 unidades de alojamento (das 21808 inicialmente distribuídas), em todo o território continental, durante o período que decorreu entre 5 de Outubro de 1998 e 3 de Outubro de 1999.

Foram ainda realizadas cerca de 2232 reinquirições (segunda entrevista realizada por um entrevistador independente em unidades de alojamento seleccionadas ao acaso), com a finalidade de efectuar um controlo de qualidade, nomeadamente para verificar o cumprimento do plano de amostragem, a realização/não realização de entrevistas e suas causas, bem como a consistência de algumas respostas.

Vejamos, então, alguns indicadores de produtividade que nos permitem conhecer:

- a taxa de realização
- as causas de não realização - as que, eventualmente, se poderão imputar aos entrevistadores (recusas e ausências episódicas) e aquelas a que são estranhos (as restantes);
- o tempo gasto nas entrevistas.

Figura 1: Distribuição da taxa de realização

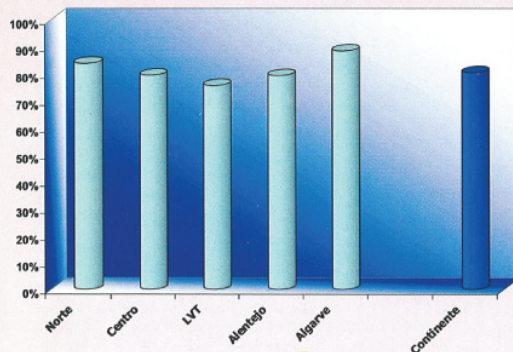
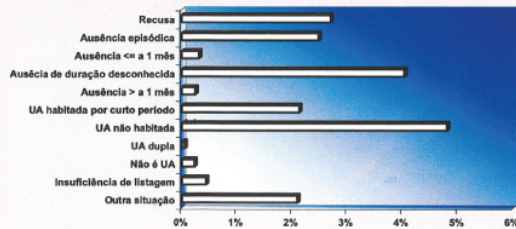


Figura 2: Causas de não realização (percentagem em relação ao total da amostra inicial).



UA - Unidade de Alojamento

Quadro 1: Distribuição do tempo médio de entrevista

Região	Duração (minutos)
Norte	52
Centro	47
Lisboa e Vale do Tejo	60
Alentejo	46
Algarve	48
Continente	52



Mais alguns resultados do Inquérito Nacional de Saúde de 1995/1996

Carlos Matias Dias, Sofia Guiomar, Maria de Jesus Graça

O Inquérito Nacional de Saúde (INS) permite obter estimativas do consumo de bebidas alcoólicas usando os dados da frequência e do volume ingerido em média por dia, durante a semana anterior à entrevista (1).

Como complemento aos dados já divulgados, apresentamos agora as estimativas do consumo médio diário de álcool puro, por sexo, obtidas através do INS de 1995/1996 (quadro 1). Para o cálculo destas estimativas utilizámos a informação sobre o teor em álcool puro das várias bebidas alcoólicas, de acordo com a Tabela de Composição dos Alimentos (2).

Os valores apresentados sugerem fortemente que, pelo menos em Portugal Continental, os hábitos de consumo de bebidas alcoólicas se traduzem numa ingestão de etanol que, no caso da população masculina, se situa em mais do dobro da que, segundo a OMS, não está associada à ocorrência de doença(3).

Tendo em conta que não existe ainda um instrumento recomendado internacionalmente para a recolha de dados de base populacional sobre o consumo de bebidas alcoólicas, é necessário realizar um trabalho de comparação crítica dos valores de consumo de álcool obtidos através de várias fontes, valorizando as tendências obtidas por cada fonte ao longo do tempo. As comparações internacionais devem também ter em conta os instrumentos e os métodos de recolha utilizados em cada país.

Quadro 1: Distribuição, por sexo, do consumo diário de bebidas alcoólicas (em gramas de álcool puro) na semana anterior à entrevista, em inquiridos* com idade igual ou superior a 15 anos.

	Homens	Mulheres
média (desvio padrão)	48,4 (41,9)	19,3 (17,5)
mediana	38,7	19,4
moda	19,4	19,4
máximo	635,2	539,0
mínimo	0,8	0,3

Fonte: Inquérito Nacional de Saúde de 1995/1996.

* Inquiridos que referiram consumir bebidas alcoólicas

1. Departamento de Estudos e Planeamento da Saúde. Inquérito Nacional de Saúde, 1995/1996. Lisboa, 1997.
2. Instituto Nacional de Saúde, Tabela de Composição dos Alimentos, Lisboa, 1987.
3. Organização Mundial da Saúde, citado em Boletim do Centro Regional de Alcoologia de Coimbra, 1998 (6): 2.

Editorial

Vemos, ouvimos e lemos,
não podemos ignorar...
a Saúde no Mundo

Segundo o Relatório da Directora-Geral, apresentado na 105ª Sessão do Conselho Executivo da Organização Mundial da Saúde, em 24 de Janeiro de 2000, pode ler-se: «no Mundo, mais de um bilião de pessoas têm sido excluídas dos benefícios do desenvolvimento económico e dos avanços em saúde humana alcançados no século XX. ...O contributo da saúde, numa estratégia para reduzir pobreza, deveria incluir as seguintes componentes:

- Actuar nos determinantes da saúde influenciando políticas de desenvolvimento.
- Reduzir riscos através de uma abordagem mais ampla de Saúde Pública.
- Focalizar nos problemas de saúde dos pobres.
- Assegurar que o sistema de saúde serve efectivamente os pobres.»

A finalizar o discurso de abertura na referida Sessão, a Directora-Geral afirmou:

«Saúde é, em si, oportunidade - para cada indivíduo e para a comunidade em que vivemos. No Mundo, confrontado por divisões económicas, étnicas, religiosas e culturais, a saúde permanece como um dos poucos valores verdadeiramente universais.

A Saúde pode ser um poder unificador, uma ponte para a paz, um antídoto para a intolerância, a origem de uma segurança partilhada.

Na construção do século XXI precisamos de alicerces para um futuro comum melhor.

A Saúde é um dos alicerces vitais.»

Maria João Branco

Neste número ...

Roteiro dos Laboratórios:
Centro de Genética Humana

CERAC
Centros de registo

Origem das substâncias terapêuticas utilizadas no Inverno de 1998 pelas famílias portuguesas.

Os esquecidos de Morfeu:
alguns resultados sobre a insónia

Regiões, sexo e idade e consumo de álcool em Portugal:
as evidências do Inquérito Nacional de Saúde (INS) 1995/96

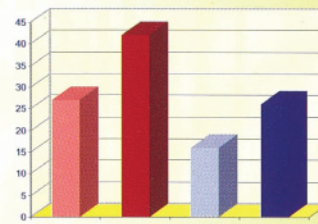
Este foi o Inverno do nosso descontentamento?

Roteiro dos Laboratórios

Centro de Genética Humana (CGH)

A actividade do CGH centra-se essencialmente em duas vertentes: 1) a de **investigação e desenvolvimento**, com mais de uma dezena de projectos, a decorrer nos próximos três anos, em doenças monogénicas, oncobiologia, cromossomopatias e toxicologia genética; 2) a da **prestação de serviços** laboratoriais de genética, contribuindo para o diagnóstico, prognóstico e prevenção das doenças cromossómicas e de uma gama de doenças génicas.

Assim, no âmbito das doenças constitucionais, efectua-se o diagnóstico de portadores de várias doenças monogénicas e o diagnóstico prenatal (DPN), cromossómico e molecular. No domínio do cancro, realça-se o impacto do programa de prevenção do cancro colo-rectal (CCR) familiar, levado a cabo em colaboração com centros hospitalares de Lisboa, Porto e Coimbra. Este programa consta da identificação dos elementos de famílias afectadas que são portadores da mutação familiar associada à patologia, respectivamente, no gene da polipose adenomatosa familiar (FAP) ou num dos genes do cancro colo-rectal hereditário sem polipose (HNPCC). Essa identificação determina o acompanhamento clínico-profilático dos portadores para várias formas de cancro e de cancro colo-rectal em particular.



História Familiar	FAP	FAP	HNPCC	HNPCC
Risco a priori de cancro*	25-50 %	25-50 %	20-40 %	20-40 %
Análise mutacional	Positivo	Negativo	Positivo	Negativo
Risco a posteriori de cancro*	~100 %	~4 %	~80 %	~4 %

Resultados da aplicação de testes genéticos preditivos para CCR (pesquisa de mutações nos genes APC para FAP e hMSH2 e hMLH1 para HNPCC) a membros de 45 famílias afectadas com FAP ou HNPCC. *Até aos 80 anos.

Oferta de serviços laboratoriais

Anomalias cromossómicas: Análise citogenética na população e no feto.

Doenças monogénicas: Fibrose quística e outras patologias associadas ao gene CFTR; deficiência e polimorfismo em vários factores da cascata da coagulação (hemofilias e trombofilias); hemoglobinopatias; doença de Norrie; síndrome oculocerebrorenal; síndrome de imunodeficiência com hiper IgM.

Patologias do desenvolvimento sexual: Doenças da espermatogénese; reversão e ambiguidade sexual; insensibilidade aos androgénios.

Cancro: Translocações e marcadores moleculares em doenças hematológicas malignas; mutações em genes de cancro colo-rectal; marcadores moleculares de prognóstico em neuroblastoma.

Contactos: Telefone: 21 7519324, e.mail: cgh@insarj.pt





Centro de
Estudos e
Registo de
Anomalias
Congénitas

Sede: Serviço de Genética Médica
Hospital Egas Moniz
R. da Junqueira, 126
1300 Lisboa
Telefones: 213650313 ou 213650341
Fax: 213650198

Publicados os dados de 1997 e estando na "forja" os referentes a 1998, julgamos de toda a justiça dar a conhecer quem esforçadamente deu expressão ao RAC de 1997.

Região Norte

(de 18 instituições, 15 enviaram notificações):
H. Vila Nova de Gaia, H. Bragança, H. Mirandela, H. Chaves, H. Vila Real, H. Amarante, H. Viana do Castelo, Maternidade Júlio Diniz, H. Stº António, H. Matosinhos, H. Vale do Sousa, H. Stº Tirso, H. Braga, H. Guimarães, H. Vila Nova de Famalicão.

Região Centro

(de 14 instituições, 7 enviaram notificações):
Maternidade Bissaya Barreto, H. Covilhã, H. Leiria, H. Figueira da Foz, H. Ovar, H. Oliveira Azeméis, H. Viseu.

Região de Lisboa e Vale do Tejo

(de 15 instituições, 12 foram participantes activas):
H. Setúbal, H. Almada, H. Barreiro, H. Cascais, H. S. Francisco Xavier, Maternidade Alfredo da Costa; H. D. Estefânia, H. Santarém, H. Stª Maria, H. Torres Novas, H. Abrantes.

Região Alentejo

(as 3 instituições participantes enviaram notificações):
H. Beja, H. Évora, H. Portalegre.

Região Algarve

(as 2 instituições participantes enviaram notificações):
H. Faro, H. Portimão.

Região Autónoma dos Açores

(2 das 3 instituições enviaram notificações):
H. Ponta Delgada, H. Angra do Heroísmo.

A Região Autónoma da Madeira iniciou a sua participação em 1999.



Após alguns atrasos de percurso, podemos finalmente anunciar que o **PIO** está na NET.

Do que é que estamos a falar?

De um projecto "Pesquisar Investigação Oculta" cujo objectivo é desenvolver uma base de dados de referências de "literatura" científica, nomeadamente, relatórios, dissertações, monografias, que na sua maioria não irá ser publicada.

Este tipo de informação, para além de contribuir para facilitar o contacto e o relacionamento de grupos com interesses científicos afins, poderá ser útil para facultar a validação de instrumentos e métodos.

O PIO está à sua disposição através do www.msmac.pt/indexpio/.

Utilize o formulário disponível para dar a conhecer o que tem feito.

Não resista à curiosidade!
Faça uma pesquisa para ver o que há por lá.



International conference "Reducing Social Inequalities In Health"
City of Copenhagen 27-29 September 2000
Tel: +45 4576 1701; Fax: +45 4576 7901;
E-mail: conference@topcon.dk

Erasmus summer programme 2000
Rotterdam, The Netherlands August 7-25
Tel: +31 (0)10408 7881
Fax: +31 (0)10408 9462
E-mail: info@emco.fgg.eur.nl
Internet: <http://www.eur.nl/fgg/emco/esp>



Burke M. *Valours feminines, le pouvoir demain*. Paris: Villagó Mondiale; 1998

Levi F, Pasche C, Lucchini F, Tavani A, La Vecchia C. Occupational and leisure-time physical activity and the risk of colorectal cancer. *Eur J Cancer Prevention* 1999; 8:487-93

Petticrew M, Song F, Wilson P, Wright K. Quality-Assessed Reviews of Health Care Interventions and The Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness (Dare). *Int J Technology Assessment in Health Care* 1999; 15(4): 671-8

Lavie P, *O mundo encantado do sono*. CLIMEPSI Editores; 1998

Anúncios Classificados

Lisboa prepara "fotografia" da sua saúde!

Em colaboração com a Escola Nacional de Saúde Pública, a Câmara Municipal de Lisboa deseja elaborar o **Perfil de Saúde de Lisboa - PerLis**. Lançamos assim um apelo a todos aqueles que têm informação resultante de estudos realizados a nível da cidade de Lisboa, nas várias áreas relacionadas com a demografia, estilos de vida, infra-estruturas, condições socioeconómicas, ambientes de suporte, condições ambientais e serviços de saúde. Partilhem-na com o grupo de trabalho PerLis.

O contacto pode ser feito através dos:
e-mail: perlis@mail.pt;
tel 21 7112 199; fax 21 758 2754
ao cuidado dos investigadores do PerLis:
Dr. Luís Saboga Nunes / Engª Madalena Bruto da Costa

*O projecto PerLis encontra-se na primeira fase de execução: identificação da toda a informação já produzida, pertinente para integrar a definição do perfil de saúde de Lisboa.

Ficha Técnica

Propriedade: ONSA - Observatório Nacional de Saúde
Responsável: Maria João Branco
Equipa Redactorial: Baltazar Nunes, Paulo Nogueira, Zilda Pimenta
Sede: Avenida Padre Cruz 1649-016 LISBOA
Tel: 21.751 05 49 Fax: 21.757 36 71 e-mail onsa@insarj.pt
Tiragem: 6000 exemplares Distribuição: gratuita
ISSN 0874-2928
Depósito Legal: 125868/98
Produção Gráfica: Centro Gráfico da DGS

Origem das substâncias terapêuticas utilizadas no Inverno de 1998 pelas famílias portuguesas.

(Trabalho financiado pela Comissão de Fomento da Investigação em Cuidados de Saúde)

Carlos Matias Dias*, Baltazar Nunes**, Teresa Conreiras***

Na primeira fase de um estudo sobre substâncias terapêuticas alternativas, realizado pelo Centro de Epidemiologia e Bioestatística do Observatório Nacional de Saúde, em 1999, foram inquiridas por telefone 987 pessoas sobre a última substância terapêutica utilizada, na respectiva família, durante o Inverno de 1998¹.

Em mais de metade dos casos (60,3%), as substâncias terapêuticas obtidas fora da farmácia foram-no por aconselhamento de alguém, enquanto as obtidas na farmácia foram, na sua maioria, receitadas (84,0%) (quadro 1). Destas últimas, mais de 90% foram receitadas ou aconselhadas por um médico enquanto que, para as substâncias terapêuticas obtidas fora da farmácia, o leque de pessoas envolvidas é mais amplo, com especial destaque para o "naturista/homeopata" (34,1%) e o "ervanário" (27,2%) (figura 1).

Apesar de fragilidades inerentes à definição das variáveis em estudo e ao método de colheita dos dados, os resultados sugerem a necessidade de aumentar a base de conhecimento sobre o consumo e as características das substâncias terapêuticas utilizadas pela população, em especial as obtidas fora da farmácia por indicação de um conjunto variado de pessoas, algumas das quais podem, eventualmente, não ter uma formação adequada.

Quadro 1: Distribuição dos agregados familiares segundo o local da aquisição e o tipo de indicação da última substância terapêutica utilizada no Inverno de 1998.

Tipo de indicação	Substâncias obtidas	
	Na farmácia	Fora da farmácia
Receitado	84,0	17,9
Aconselhado	10,8	60,3
Dado/emprestado	0,5	2,7
Outra	4,7	19,1

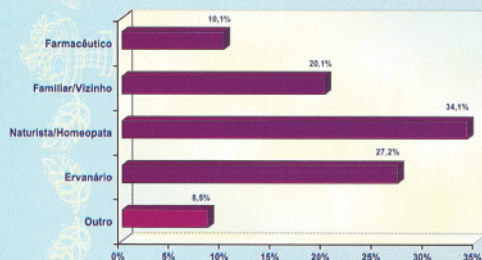


Figura 1 - Distribuição dos agregados familiares segundo a origem da indicação da última substância terapêutica, obtida fora da farmácia, utilizada no Inverno de 1998.

1. Matias Dias, C. Caracterização dos gastos com substâncias terapêuticas alternativas numa amostra de famílias portuguesas. Protocolo do estudo. Lisboa, Centro de Epidemiologia e Bioestatística, 1998.

* Médico de Saúde Pública, ONSA, INSA

** Estatista, ONSA, INSA

*** Médica de Saúde Pública, DGS

Os esquecidos de Morfeu

alguns resultados sobre a insónia

Teresa Conreiras*, Baltazar Nunes**, Maria João Branco***

As perturbações do sono são prevalentes nas nossas sociedades¹⁾ e o seu impacto socioeconómico e na saúde é considerável. Destas perturbações, as queixas de insónia são das mais comuns na prática clínica. Diferentes estudos apontam para uma prevalência de insónia em 15 a 35% da população adulta²⁾.

No Inquérito Nacional de Saúde 95/96, 12,4% (5244) dos inquiridos com mais de 15 anos referiram ter tomado comprimidos para dormir nas duas semanas anteriores à entrevista. Destes, 78,9% fizeram-no regularmente (em 5 ou mais dias) e invocaram queixas de insónia como razão do consumo.

Em Setembro de 1999, tentámos conhecer os hábitos de sono de uma amostra da população portuguesa. Utilizámos um instrumento de observação do ONSA, a amostra ECOS. Foram entrevistados, com sucesso, pelo telefone, 867 indivíduos com 18 ou mais anos. Desse estudo apresentamos os resultados referentes a questões sobre a insónia. Definiu-se operacionalmente insónia como a dificuldade em adormecer e em manter-se adormecido. Com base no questionário, estabeleceram-se as seguintes definições: **dificuldade em adormecer**, os indivíduos que declararam sofrer deste problema "frequentemente", **dificuldade em manter o sono**, os indivíduos que declararam acordar durante a noite "mais de uma vez por semana" e que, nestas situações, ficavam acordados duas e mais horas.

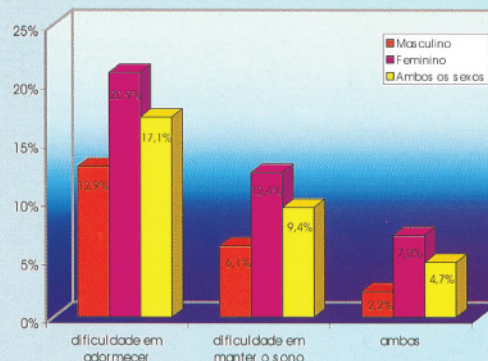


Figura 1 - Distribuição percentual, por sexo, dos indivíduos com perturbações do sono.

A perturbação do sono que apresentou a prevalência mais elevada foi a dificuldade em adormecer com 17,1%. Por outro lado a dificuldade em manter o sono é representada por 9,4% dos entrevistados. No entanto, é de referir que 4,7% sofrem das duas perturbações em simultâneo.

Pela observação da figura 1 verifica-se que foram as mulheres que apresentaram a mais elevada prevalência, para todos os casos. É ainda de notar que esta associação com o sexo foi sempre estatisticamente significativa ($\alpha=5\%$).

Conscientes de que o sono é cada vez mais alvo de investigação aprofundada³⁾, julgamos que este estudo, cuja potencialidade em termos de resultados não está completamente explorada, poderá trazer algum contributo para aprofundar o conhecimento nesta matéria.

Referências:

1. Mahowald M. Sleepiness and sleep disorders. Causes and consequences. *Minn Med* 1994; 77(9):27-32
2. Ferreira P, Coelho R. Insónia. *Perspect-Prat-Med* 1996;1(4):16-7
3. Ohayo M, M., Guilleminault C, Paiva T, Priest R, G., Rappoport D, M., Sagales T, Smirne S., Zulley J. An International Study on Sleep Disorders in General Population: Methodological Aspects of the Use of the Sleep-EVAL System. *Sleep* 1997; 20(12):1086-1092.

* Médica de Saúde Pública, DGS

** Estatista, ONSA, INSA

*** Médica de Saúde Pública, ONSA, INSA

Regiões, sexo e idade e consumo de álcool em Portugal: as evidências do Inquérito Nacional de Saúde (INS) 1995/96⁽¹⁾

Fernanda Pestana *, Carlos Matias Dias **

O INS aplicado em 1995/96, em Portugal Continental, permite estudar a prevalência de consumo e os consumos médios diários de bebidas alcoólicas, na semana anterior à inquirição, por grupo etário, sexo e região.

Assim, um primeiro aspecto a salientar é o de que 45,3% dos entrevistados declarou ter consumido bebidas alcoólicas nos últimos sete dias (66% dos homens e 31% das mulheres). Na região Norte, foi observado o valor mais elevado (57%), seguido da região Centro (49%). A região com menor prevalência parece ser o Alentejo, com 31%. Verificamos também que, dos 25 aos 64 anos, mais de 50% respondeu afirmativamente e que, entre os 35 e 54, esse valor é mesmo superior a 55%.

Analisando agora os consumos médios de etanol, é nas regiões do Alentejo e do Centro, e na faixa etária dos 35 aos 44 anos, que encontramos os maiores consumos médios diários, mais elevados nos homens do que nas mulheres (Fig. 1 e Fig. 2).

Nos homens, os consumos médios declarados são superiores aos valores sem risco estabelecidos pela OMS⁽²⁾, em todas as regiões e grupos etários, sendo mesmo superiores a 40 gramas de etanol entre os 25 e os 64 anos. É na região Centro, em todos os grupos etários e em todas as idades, que se verificaram os maiores consumos médios, logo seguida do Alentejo e de Lisboa e Vale do Tejo.

Relativamente ao sexo feminino, os consumos médios diários são por vezes inferiores aos 16 gr estabelecidos pela OMS para um consumo sem risco⁽²⁾ - caso de Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo e Algarve (para alguns grupos etários) - e são sempre inferiores a 28 gr. Entretanto, e contrariamente ao sexo masculino, os maiores consumos médios verificam-se entre os 15 e os 24 anos, no Alentejo (24,15 gr), e dos 25 aos 34 anos, no Algarve (23,38 gr). Para os restantes grupos etários, é nas regiões Centro e Norte que se declaram os maiores consumos médios, com um valor médio máximo de 20,47 gr. Em textos futuros continuaremos a apresentar os resultados do estudo desta problemática.

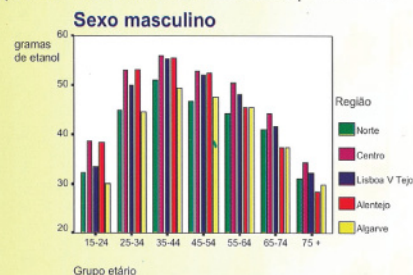


Figura 1 - Consumo médio diário de etanol (na última semana antes da entrevista), em gramas.

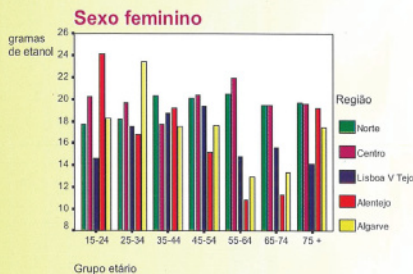


Figura 2 - Consumo médio diário de etanol (na última semana antes da entrevista), em gramas.

1. Esta análise tem como base os 40 844 inquiridos com mais de 15 anos de idade, que declararam rendimento mensal familiar, e faz parte de um trabalho de investigação mais alargado.

2. OMS, citado em: Boletim do Centro Regional de Alcoologia Maria Lucília Mercês de Mello, 1998, 6: 2.

*Economista, Escola Superior de Tecnologia de Setúbal, IPS

** Médico de Saúde Pública, ONSA, INSA

Este foi o Inverno do nosso descontentamento?

Helena Rebelo de Andrade*, Isabel Marinho Falcão**

Durante os meses de Janeiro e Fevereiro, muito se falou, nos meios de comunicação social, sobre gripe, mas uma pergunta ficou ainda por responder: chegou ou não a Portugal a tão falada epidemia de gripe?

A resposta está, em parte, na observação da figura 1.

Ao analisar a incidência do síndrome gripal ao longo dos últimos 10 Invernos, verificamos que foi em 1998-1999 que se registou o valor mais elevado da taxa de incidência, correspondendo a 252,9 casos por 100.000 habitantes, seguindo-se 1993-1994 com uma taxa de 168,8 por 100.000. Apesar de, para o Inverno de 1999-2000, só estarem disponíveis as taxas de incidência provisórias, o valor máximo foi de 98,2 casos por 100.000 (semana 3), enquanto que, para o Inverno anterior, o valor máximo, também provisório, foi de 122,6 (semana 4). Os números falam por si!

Sabemos ainda que durante esta época os vírus influenza do tipo AH3 foram predominantes e responsáveis por 95,2% dos casos analisados, seguindo-se os vírus influenza AH1, que estiveram associados a 4,8%. As estirpes AH3 analisadas foram maioritariamente idênticas a A/Sydney/5/97 (variante que integrou a vacina antigripal de 1999-2000) e um pequeno número idêntico a A/Moscow/10/99 (que irá integrar a vacina de 2000-2001). As variantes das estirpes AH1 isoladas foram idênticas a A/New Caledonia/20/99.

Será que os dados apresentados são suficientes para mostrar que existe em Portugal um sistema de vigilância da gripe que, semanalmente, dá informação actualizada sobre a incidência da doença e a circulação dos vírus influenza?

Se estiver interessado em saber mais sobre a gripe, contacte-nos! Todos os Invernos temos informação actualizada para lhe fornecer!

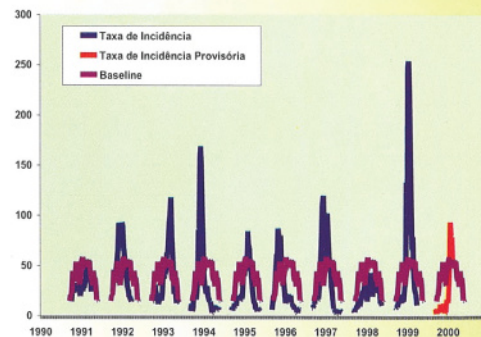


Figura 1 - Taxas de incidência observadas pelo sistema Médicos-Sentinelas nos Invernos de 1990/1991 a 1998/1999 e taxas de incidência provisórias para o Inverno de 1999/2000.

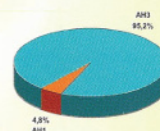


Figura 2 - Distribuição percentual dos tipos de vírus Influenza detectados.

Nota: A vigilância epidemiológica da gripe desenvolve-se através de um programa de colaboração que envolve o Centro Nacional da Gripe e a Rede de Médicos-Sentinelas do Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge.

*Virologista, Centro Nacional da Gripe, INSA

**Assistente graduada de Clínica Geral, ONSA, INSA

Editorial



Ter sido convidado para exercer funções no ONSA foi um desafio e uma honra. Desafio porque a missão do ONSA - observar e aprofundar o estudo da saúde da população residente em Portugal, designadamente no que respeita a aspectos particulares relacionados com a promoção de saúde e com

a doença, bem como as evoluções e tendências de alguns fenómenos, e os determinantes individuais, familiares, sociais e ambientais da saúde - não é fácil e requer uma estratégia muito bem delineada. Uma honra porque, conhecendo a excelência dos profissionais que trabalham no ONSA e a qualidade do trabalho até agora produzido, poder entrar nessa mesma equipa só pode ser considerado como um privilégio.

Temos muito trabalho pela frente e tentaremos reger-nos pelos valores da participação; isenção e equidistância; compromisso, complementaridade, cooperação e parceria; rigor científico, técnico e profissional; dinamismo, inovação e ecletismo, sentindo a sociedade e acompanhando os seus ritmos, por forma a dar aos projectos uma vertente humana e social que traduza as diversas realidades e prioridades existentes em Portugal. Além de tentar desenhar o perfil da saúde da população, investiremos no desenvolvimento de um Sistema fluido de circulação da informação relevante e actual, como forma de colocar o nosso trabalho ao serviço dos outros, de uma maneira rápida, fácil e eficiente, para que, no "final dos finais", as nossas acções se traduzam por ganhos em saúde palpáveis e consistentes na população residente em Portugal.

Mário Cordeiro
Assessor

Neste número ...

Roteiro dos Laboratórios:
Centro de Estudos de Vectores e Doenças Infecciosas (CEVDI)

CERAC
Resultados Finais

Diabetes Mellitus: 26810 motivos para reflexão

Desfrute do SOL, mas...
Alguns resultados sobre hábitos de protecção do sol na praia.

Olhares sobre as Amígdalas...
...da epidemiologia...do laboratório...da terapêutica

Roteiro dos Laboratórios

Centro de Estudos de Vectores e Doenças Infecciosas (CEVDI)

O CEVDI, sediado em Águas de Moura, nasceu da convicção de que o trabalho que se pretendia realizar era de interesse para a Saúde Pública em Portugal. A sua especificidade resulta da componente de trabalho a efectuar no campo e no laboratório com os vários agentes patogénicos, dificilmente realizável num contexto diferente daquele que lhe é conferido como Centro do Instituto Nacional de Saúde.

Na viragem do século, a situação das **rickettsioses** continua a ser motivo de preocupação para os Serviços de Saúde. A existência das **Borrelias** como agentes patogénicos para o Homem é outra realidade. Com efeito, nos últimos anos, o Centro confirmou a ocorrência de cerca de 60 novos casos de borreliose por ano. A existência das "**febres hemorrágicas virais**", até há alguns anos parecia ser, entre nós, apenas objecto de estudo de interesse académico. Hoje sabemos que há vários agentes que sobrevivem em roedores silvestres na natureza que podem originar um conjunto de situações graves em qualquer altura.

Da actividade do CEVDI, destacamos, pela sua importância epidemiológica, a seguinte:

Estudos sobre Flavivirus: pretende-se contribuir para o diagnóstico das doenças causadas por estes agentes e, nomeadamente, no futuro cooperar com os PALOP no seu estudo;

Ecologia das Borrelias e borreliose de Lyme: a borreliose de Lyme foi declarada doença de notificação obrigatória pela Direcção-Geral da Saúde, em 1999, tomando-se assim de grande utilidade estudar as estirpes de Borrelias isoladas de doentes, vectores e reservatórios do agente infeccioso;

Ecologia das Rickettsias e rickettsioses: no âmbito deste estudo todas as serologias para diagnóstico de febre escaro-nodular deveriam ser comprovadas laboratorialmente no CEVDI;

Arenavirus e Hantavirus em Portugal: pretende-se determinar a importância em Saúde Pública do vírus da Coriomeningite Linfocitária e dos Hantavirus (agentes das febres hemorrágicas com síndrome renal);

Estudo da bartonelose e Bartonelas: pretende-se isolar a estirpe portuguesa da Bartonela responsável por algumas doenças, nomeadamente, a doença da arranhadura do gato.

A melhoria do diagnóstico e detecção de doenças emergentes tornam imprescindível a colaboração com os Serviços de Saúde.

Aguardamos o seu contacto: tel.: 265912222; e.mail: cevdi@mail.telepac.pt





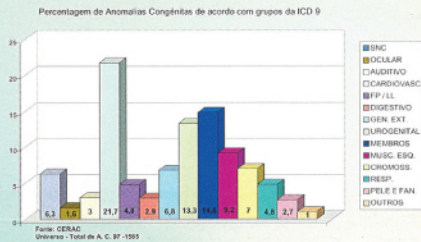
Centro de
Estudos e
Registo de
Anomalias
Congénitas

Sede: Serviço de Genética Médica
Hospital Egas Moniz
R. da Junqueira, 126
1300 Lisboa
Telefones: 213650313 ou 213650341
Fax: 213650198

Resultados Finais

Está concluída a avaliação do Registo de Anomalias Congénitas referente ao ano de 1997, que em breve será publicada.

Podemos no entanto adiantar que, em relação à distribuição das anomalias congénitas por grupos da ICD 9, o grupo mais frequentemente referido foi o das anomalias cardiovasculares seguindo-se o grupo das anomalias dos membros, urogenitais e musculoesqueléticas, como se pode apreciar no gráfico.



Blá, Blá, Blá ...

Antena

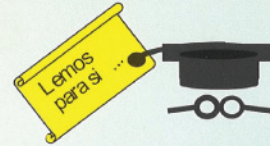
No dia 20 de Março nasceu a Antena O. Esperemos que em breve comece a emitir... Que não se criem mal-entendidos! Estamos a falar de um Observatório de Saúde Oral. Surge da celebração de um protocolo de cooperação entre o Instituto Nacional de Saúde e a Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa, por intermédio do ONSA e da disciplina de Medicina Dentária Preventiva e Comunitária. Tem por finalidade a disponibilização de indicadores sobre o estado de saúde oral da população.

em pleno voo...

Efectivamente, desde Maio, mais uma vez está em curso o sistema de alerta das ondas de calor com efeito na mortalidade. No fim da época estival dar-lhe-emos notícias do "voo".



"Inequalities in Child Health. The role of the health professional"
European Society of Social Pediatrics (ESSOP)
St Anne's College, Oxford University
Oxford 13th-17th September 2000
Tel e Fax: 44(0) 1865 721758
E-mail: aidanmacfa@aol.com



Rosa M J V. Notas sobre a população - desequilíbrios entre sexos. *Análise Social* 2000; XXXIV(151-152):703-9

Carrigan M, Szmigin I. Advertising in Ageing Society. *Ageing and Society* 2000; 20:217-33

MacGregor A C. Do Condoms in Public Schools Affect the Pregnancy Rate? *Canadian Journal of Public Health* 2000; 91(1):33

Ashton J, Morris M. A ready man? The evidential and ethical basis for conferences. *J Epidemiol Community Health* 2000; 54:322-23

TOME NOTA!



A rede Médicos-Sentinela, sistema nacional de informação em saúde, responsável pela vigilância epidemiológica de numerosas doenças com interesse para a Saúde Pública, foi coordenada, desde 1989, pela Divisão de Epidemiologia da Direcção-Geral da Saúde.

Recentemente, a equipa que coordena a actividade de Médicos-Sentinela "mudou de casa!"

Pois é verdade! Desde 14 de Fevereiro que estamos no Observatório Nacional de Saúde!

E que bem que estamos!!!

Se quiser conhecer mais sobre Médicos-Sentinela ou sobre a informação que este sistema produz, contacte-nos!

Acredite que temos sempre alguma coisa para si!!!

Tel: 21 7510538 E-mail: ms.onsa@insarj.pt

Ficha Técnica

Propriedade: ONSA - Observatório Nacional de Saúde
Responsável: Maria João Branco
Equipa Redactorial: Baltazar Nunes, Paulo Nogueira, Zilda Pimenta
Sede: Avenida Padre Cruz 1649-016 LISBOA
Tel: 21.751 05 49 Fax: 21.757 36 71 e-mail onsa@insarj.pt
Tiragem: 6 000 exemplares Distribuição: gratuita
ISSN 0874-2928
Depósito Legal: 125868/98
Produção Gráfica: E. Santos, Artes Gráficas, Lda.
Rua Passos Manuel, 82 - A - Lisboa

Diabetes Mellitus: 26 810 motivos para reflexão

Isabel Marinho Falcão*, Paulo Jorge Nogueira **

A Diabetes Mellitus (DM) tem sido, ao longo dos anos, motivo de estudo e reflexão por parte dos profissionais de saúde que lidam de perto com esta doença e com as suas complicações.

Em Portugal, a informação publicada sobre a incidência e prevalência da DM tem sido, até agora, escassa. Com base no INS, foi estimada em 4,7% a prevalência bruta da doença e, a partir de um estudo realizado no Cartaxo, em 3,3%.

Tem sido preocupação da rede Médicos-Sentinela contribuir para melhorar o conhecimento sobre a epidemiologia da DM, coligindo informação nacional que permita, como principal objectivo, estabelecer estimativas de incidência da doença. Os dados que a seguir se apresentam foram recolhidos através daquela rede, durante o período de 1992 a 1999.

Foram notificados 3513 novos casos de DM, sendo 1604 (45,7%) do sexo masculino e 1909 (54,3%) do feminino.

A taxa bruta de incidência de DM foi estimada em 270,3/10⁵.

A distribuição das taxas de incidência de DM por sexo e grupo etário encontra-se na figura 1.

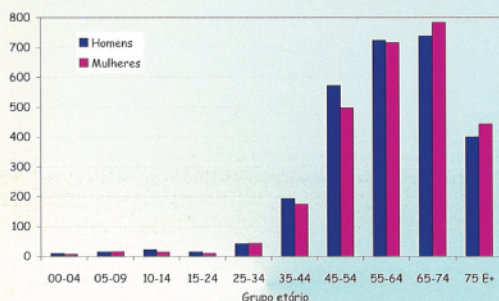


Fig. 1 Distribuição das taxas de incidência de DM por sexo e grupo etário, de 1992 a 1999.

Verificou-se que a taxa foi mais elevada, para cada sexo, no grupo etário 65-74 anos, com os valores de 738,2/10⁵ e 783,5/10⁵, respectivamente, para o sexo masculino e feminino. Não se evidenciaram diferenças, segundo o sexo, entre as taxas de incidência de cada grupo etário. Dos casos identificados, 85 (2,4%) eram insulino-dependentes e 3428 (97,6%) não insulino-dependentes.

Ajustando a taxa encontrada de DM, à população portuguesa, estimou-se em 214 483 o número de novos casos surgidos no período de 1992 a 1999, o que representa uma média anual de 26 810 novos casos.

Dada a importância de DM e a escassez de informação publicada em Portugal sobre esta doença, afigura-se necessário otimizar os sistemas de informação existentes e desenvolver estudos complementares, de forma a permitir um conhecimento mais aprofundado da epidemiologia da Diabetes.

Bibliografia

1. Portugal. Ministério da Saúde. Departamento de Estudos e Planeamento da Saúde. Inquérito Nacional de Saúde. 1995
2. Portugal. Ministério da Saúde. Direcção-Geral dos Cuidados de Saúde Primários. Associação Protectora dos Diabéticos de Portugal. Estudo de prevalência da diabetes e da retinopatia, no concelho do Cartaxo, no âmbito da Declaração de St. Vincent.
3. Carmona R, Martins P. Diabetes em Portugal: a mortalidade continua a aumentar. *Saúde em Números* 1991, 7:5:33-36.
4. Rebelo MJ. Aumento da mortalidade por diabetes nos idosos: realidade ou artefacto? *Saúde em Números* 1988, 3, 2:15-16.
5. Portugal. Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde. Relatórios da actividade de Médicos-Sentinela. Vários anos.

* Assistente Graduada de Clínica Geral, ONSA, INSA

** Estatista, ONSA, INSA

Desfrute o SOL, mas...

Alguns resultados sobre hábitos de protecção do sol na praia.

Baltazar Nunes*, Carlos Matias Dias**

A exposição excessiva à luz solar e, em particular, à radiação ultra violeta (UV), constitui um factor de risco para o desenvolvimento de várias doenças, nomeadamente do melanoma da pele¹. A praia e o acto de lazer que lhe está associado é uma das condições que proporciona uma maior exposição a este risco. No entanto, protecção adequada, tal como a utilização de creme protector solar, de chapéu, a permanência à sombra durante as horas de maior intensidade da luz solar (11-16h), a ingestão regular de líquidos são, entre outras, formas de redução deste risco.

Por outro lado, o crescente aumento da procura da praia como acto de lazer e a progressiva redução da camada de ozono com o consequente aumento da radiação UV à superfície da terra² são razões para uma maior preocupação e atenção sobre esta matéria, em especial agora que se aproxima a "época de praia". Desta forma, o Centro de Epidemiologia e Bioestatística do ONSA, utilizando o instrumento ECOS³, executou um inquérito telefónico sobre as formas que habitualmente os inquiridos utilizavam para se protegerem do sol na praia. Assim, foram inquiridos em Outubro de 1999, 867 indivíduos com mais de 18 anos.

Tabela 1 Distribuição da percentagem de indivíduos que declaram utilizar sempre ou quase sempre na praia meios de protecção ao sol, por sexo e grupo etário.

	Creme protector	Chapéu na cabeça	Senta-se à sombra	Bebe líquidos
Total	63,5 (730)	53,0 (770)	78,9 (774)	80,4 (780)
Sexo				
Masculino	53,6 (118)	56,7 (147)	73,1 (203)	81,9 (220)
Feminino	73,0 (321)	49,5 (237)	83,8 (415)	78,9 (404)
<i>p</i>	0,000	0,138	0,023	0,367
Grupo Etário (em anos)				
18-44	65,3 (214)	50,9 (128)	51,7 (225)	55,4 (259)
45-64	23,9 (167)	30,1 (180)	29,8 (255)	27,4 (242)
65 e +	10,8 (58)	19,0 (196)	17,0 (138)	17,2 (129)
<i>p</i>	0,000	0,443	0,000	0,075

p: *p*-value do teste de χ^2

(...) número de respostas válidas

Os resultados apresentados na tabela 1 mostram que é elevada a percentagem de indivíduos que declaram utilizar sempre ou quase sempre a sombra (78,9%) e a ingestão de líquidos (80,4%) como forma de protecção. O creme protector solar e o chapéu surgem logo a seguir e são utilizados por mais de metade dos indivíduos. É de notar que o creme protector solar e a sombra são utilizados preferencialmente por mulheres. A percentagem de uso destes meios de protecção diminui com a idade, mas este decréscimo apenas é estatisticamente significativo na utilização do creme protector solar e da sombra. Entre outras razões, esta diminuição poderá ser devida ao facto das pessoas idosas frequentarem a praia em horas de menos calor e por períodos mais curtos, o que pode resultar numa menor necessidade de protecção do sol.

Estes resultados, embora animadores pelas percentagens elevadas de pessoas que declaram utilizar formas de protecção contra o sol na praia, necessitam de ser complementados, caracterizando a forma e a frequência com que são adoptadas as medidas de protecção individual.

Bibliografia

- 1- Robinson JK, Rademaker AW, Sylvester JA, Cook B; Summer sun exposure: Knowledge, Attitudes, and Behaviors of Midwest Adolescents. *Preventive Medicine* 1997; 26:364-372.
- 2- Henriques D, Programa operacional de prevenção do índice UV em Portugal. *Revista Portuguesa de Saúde Pública* 1999; volume temático Clima e Saúde: 47-60.
- 3- ECOS - Em Casa Observamos Saúde. ONSA 1998 (documento interno).

* Estatista, ONSA, INSA

** Médico de Saúde Pública, ONSA, INSA

Olhares sobre as Amigdalites...

...da epidemiologia

"Incidência da Amigdalite aguda na população da Rede "Médicos-Sentinelas" no ano de 1998"

José Augusto Simões*, Isabel Marinho Falcão**, Carlos Matias Dias***

De acordo com a literatura, as amigdalites são frequentes nas crianças e têm, na maior parte dos casos, etiologia viral¹. Nas amigdalites bacterianas, apesar do agente mais frequentemente isolado ser o estreptococo-hemolítico do grupo A, começam também a ser frequentes os estreptococos dos grupos C e G e outros agentes (estafilococos, haemophilus influenza, maxarella catarrhalis, anaeróbios e pneumococos), facto importante dada a sua possível contribuição para a falência da terapêutica com a penicilina.^{1,2} Este trabalho teve como objectivo determinar a taxa de incidência de Amigdalite aguda na população da rede "Médicos-Sentinelas" no decorrer do ano de 1998 e estimar o número de casos na população portuguesa. A notificação incluía os sintomas referidos (CIPS-2 Definida), o início da antibioterapia e a outra medicação realizada no decurso do episódio clínico.³

Grupo Etário	Homens			Mulheres		
	pop obs	Nº casos	Tx Incid /10 ⁵	pop obs	Nº casos	Tx Incid /10 ⁵
00-04	2950	115	3898,3	2966	101	3405,3
05-09	3745	137	3658,2	3609	116	3214,2
10-14	4393	97	2208,1	4320	79	1828,7
15-24	10427	131	1256,4	10598	172	1622,9
25-34	11050	66	597,3	11752	141	1199,8
35-44	9282	42	452,5	9489	107	1127,6
45-54	7014	21	299,4	7654	79	1032,1
55-64	6658	13	195,3	7904	55	695,9
65-74	6019	16	265,8	7545	36	477,1
75 E+	4178	3	71,8	6668	9	135,0
Total	65716	641	975,4	72505	895	1234,4

Numa população sob observação de 138.221 utentes (65.716 homens e 72.505 mulheres) foram notificados 1.536 casos (641 do sexo masculino e 895 do sexo feminino), a que corresponde uma taxa de incidência de Amigdalite aguda de 1111,3/10⁵ habitantes, em 1998. O sexo feminino foi o que maior taxa de incidência teve (1234,4/10⁵). Por sua vez, foram os grupos etários mais jovens que obtiveram as maiores taxas de incidência, o que era esperado, diminuindo a incidência com a idade, apesar de um ligeiro aumento nos homens entre os 65 e os 74 anos (265,8/10⁵), o que não se verificou nas mulheres nem na incidência global (Quadro 1). Com base nestas taxas e nas estimativas da população residente em 1998, pode-se estimar que tenham ocorrido 110.898 casos de amigdalite aguda em Portugal naquele ano. Fizeram antibioterapia 98,1% dos casos, tendo o antibiótico mais prescrito sido a associação de Amoxicilina com Ácido clavulânico (25,8%), seguido pelas Penicilinas (23,2%), pela Amoxicilina isolada (17,5%) e pela Claritromicina (8,4%) (Quadro 2). Estes dados parecem estar de acordo com os do consumo de medicamentos em Portugal no ano de 1998 em que a associação da Amoxicilina com o Ácido clavulânico foi o antibiótico mais vendido⁴.

Quadro II: Antibióticos prescritos nos casos de Amigdalite aguda notificados na Rede Médicos Sentinela em 1998

	n	%
Amoxi. + Ac. Clavul.	389	25,8
Penicilinas	359	23,2
Amoxicilina	264	17,5
Claritromicina	127	8,4
Azitolomicina	79	5,2
Eritromicina	67	4,4
Cefaclor	30	2,0
Outros	202	13,5
Total	1508	100

Este estudo fornece dados importantes sobre a ocorrência de amigdalite aguda em Portugal e aponta para a necessidade de se proceder à caracterização laboratorial dos agentes em causa.

Bibliografia:

1. Cauwenberge PBV, Anne-Marie V. Pharyngitis: a survey of the microbiologic etiology. *Pediatric Infectious Diseases J* 1991; 10(10):S39-S42.
2. Pichichero ME. The rising incidence of penicillin failures in group A streptococcal tonsillopharyngitis: an emerging role for the cephalosporins? *Pediatric Infectious Diseases J* 1991; 10(10):S50-S55.
3. CIPS-2 Definida. APMCG 1ª Edição, Lisboa; 1988: 47.
- Ribeiro CAF. Análise do consumo e custo com medicamentos a nível nacional em 1998. *Informação Terapêutica* 1999; 3:7-8.

* Assistente Graduado de Clínica Geral, Centro de Saúde de Góis

** Assistente Graduada de Clínica Geral, ONSA, INSA

*** Médico de Saúde Pública, CEB, ONSA, INSA

...do laboratório

de Bacteriologia, INSA.

Em 1999 foram estudados 267 exsudados faríngeos de doentes que recorreram ao Instituto. Apenas em 31 casos (11,6%) foi possível isolar agente bacteriano. Na figura 1 encontram-se discriminados os agentes isolados.

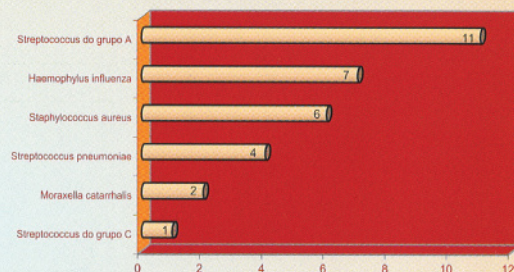


Fig. 1 Distribuição dos agentes isolados.

Os resultados encontrados relativamente aos agentes isolados parecem ser consistentes com os de outros estudos epidemiológicos já publicados.

...da terapêutica

Mário Cordeiro*

Um estudo realizado nos EUA, no ano passado, e publicado na revista *Pediatrics* (1999: 103:47-51), provou que a terapêutica das amigdalites a estreptococo com amoxicilina em dose única diária é tão eficaz como a terapêutica com penicilina oral em três doses diárias. Estes resultados foram confirmados tanto clínica como bacteriologicamente e revelaram-se consistentes com outros estudos (*Pediatr Infect Dis J* 1996; 15:678-82, *J Fam Pract* 1997; 44:241-2).

A Academia Americana de Pediatria emitiu um comunicado à imprensa em 1999, dando assim ampla publicidade ao que consideram uma "boa prática médica" (e relembramos que estamos a falar de um país onde existe uma grande cautela em relação às afirmações públicas) em que se afirma textualmente que "as crianças americanas com amigdalite irão beneficiar largamente de uma mudança terapêutica para a amoxicilina em dose única diária" (site da AAP na internet).

Dado o enorme aumento das resistências dos estreptococos do grupo A aos macrólidos, designadamente às várias eritromicinas (situando-se já, em certas regiões europeias, na ordem dos 30%) e considerando, por um lado, a ausência no mercado da penicilina oral, por outro, a agressividade e má aceitação da penicilina parentérica e ainda o eventual não cumprimento de terapêuticas em três doses repartidas e durante dez dias, estas propostas, de utilização da amoxicilina em dose única diária durante apenas seis dias parece vir a dar um contributo importantíssimo para um incremento de uma boa prática na amigdalite estreptocócica, sem risco evidente de recrudescimento da febre reumática.

*Pediatria, ONSA, INSA

Editorial



Para o processo de tomada de decisão - seja a nível de uma consulta de um utente, seja a nível central, no diagnóstico de situação, identificação das prioridades, valorização das estratégias possíveis e avaliação das medidas implementadas e dos planos de

Acção - é essencial dispor atempadamente (o que hoje em dia quer dizer "na hora") de informação produzida com pertinência, critério e rigor.

A evolução vertiginosa da comunicação, com saltos qualitativos como a informatização e a circulação de dados por via cibernética, a possibilidade de digitalização de documentos antigos e o correio electrónico, entre outros, veio exigir novas respostas e metodologias, relegando para um papel menor as "velhas" formas, designadamente os grandes relatórios de "não sei quantas" páginas, repletos de números e de estatísticas "acéfalas".

Assim, o ONSA elegeu como uma das suas prioridades o desenvolvimento da informática, o estabelecimento de redes cibernéticas de colheita, produção e circulação de dados e de indicadores, e a elaboração de um site "robusto" na Internet, com vários níveis de acesso mas que permitirá ampliar enormemente a acessibilidade da informação em saúde.

As perspectivas de concretizar este desejo e objectivo parecem boas. Sem "embandear em arco", temos a esperança que no início de 2001 possamos também contactá-los através da Internet. E o nosso já frutuoso diálogo será com certeza intensificado e altamente valorizado. Contem connosco.

Mário Cordeiro

Neste número ...

Roteiro dos Laboratórios:

Centro de Saúde e Ocupacional: Núcleo de Qualidade do Ar Interior - Porto

O Voo de ÍCARO no Verão de 2000

Perfil Terapêutico da Hipertensão Arterial em Clínica Geral

ECOS Atchim 2000

A cobertura da Vacina Anti-gripal

Mortes Evitáveis...

Agressividade e Violência nos Jovens
Dados para reflexão

Roteiro dos Laboratórios

Núcleo de Qualidade do Ar Interior - Porto

Acompanhando a evolução dos conceitos de saúde e conforto surge uma maior exigência das comunidades relativamente aos ambientes que frequentam e conseqüente aumento das queixas sobre a qualidade do ar. Os problemas de qualidade do ar interior (QAI) têm como principais causas o próprio edifício e/ou a sua utilização. Com o objectivo de minimizar os custos energéticos são construídos edifícios fechados, com reduzida entrada de ar exterior, por outro lado, na construção e mobiliário, são utilizados materiais que podem ser responsáveis pela emissão de substâncias diversas. Também pode contribuir para a contaminação do ar interior a deficiente manutenção dos sistemas de aquecimento, ventilação e ar condicionado. Todas estas situações podem configurar condições de contaminação do ar no interior do edifício. Por outro lado a utilização incorrecta do edifício ou mesmo a permanência de um número superior de ocupantes também contribui para uma deficiente qualidade do ar.

Entre os principais contaminantes do ar interior podem-se destacar os seguintes:

- poluentes químicos - partículas e aerossóis (fumo do cigarro), vapores de compostos orgânicos voláteis, formaldeído e gases (óxidos de carbono, óxidos de azoto, ozono);
- agentes físicos - temperatura, humidade, velocidade do ar, iluminação e ruído;
- microorganismos.

Associados à contaminação do ar podem surgir queixas e sintomas físicos e psicológicos, particularmente em pessoas mais sensíveis. No sentido de dar resposta a este problema de saúde ambiental foi criado, na Delegação do Porto do INSA, o Núcleo de Qualidade do Ar Interior.

Um estudo de qualidade do ar interior inicia-se pela caracterização física dos espaços e respectiva utilização, sendo também analisada a actividade desenvolvida em cada espaço pelos respectivos ocupantes. Face aos elementos recolhidos são identificadas potenciais fontes emissoras dos diferentes contaminantes. Em seguida procede-se à monitorização ambiental que, através de técnicas instrumentais e analíticas, permite a medição dos níveis para os diferentes poluentes ambientais. A comparação dos níveis medidos com valores de referência permite uma caracterização do ar interior. Os resultados da monitorização ambiental são cruzados com resultados de inquéritos administrados aos ocupantes do espaço respectivo. Se necessário são sugeridas medidas correctivas / preventivas.

Núcleo de Qualidade do Ar Interior
Centro de Saúde Ambiental e Ocupacional
Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge - Porto
Largo 1º de Dezembro 4049-019 Porto
Tel: 22 2005043
Fax: 22 2005323
e-mail: olgamayan@mail.telepac.pt



Blá, Blá, Blá ...



O Voo do ÍCARO no Verão de 2000

Quando o calor aperta - ainda nem tudo funciona na perfeição

Paulo Jorge Nogueira*

Pela primeira vez, nos dois anos de existência do sistema de vigilância ÍCARO (1), ocorreram ondas de calor que mereceram desencadear mecanismos de alerta. Mais exactamente, ocorreram três ondas de calor com prováveis efeitos na mortalidade, nomeadamente de 14 a 16 de Junho, de 13 a 16 de Julho e de 5 a 9 de agosto (ver figura).

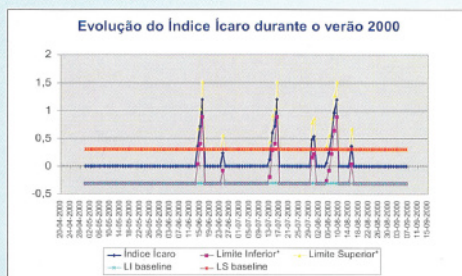
Mas um sistema de vigilância de ondas de calor, não é, e não pode ser só um produto técnico onde existem números a serem enviados diariamente pelo ciberespaço. Tem de envolver, comprometidamente, instituições e ter uma componente de acção, no contexto da qual se adoptem as medidas adequadas por forma a minorar possíveis efeitos nocivos do calor.

Em Junho, na ocorrência da primeira onda, verificámos que o sistema de alerta estabelecido precisa de ser aperfeiçoado. Com efeito existiu uma boa coordenação entre o ONSA e o Instituto de Meteorologia. A DGS fez circular informação relacionada com a adopção de medidas preventivas. Mas...será que não se conseguirá inverter a constatação que é mais fácil falar de acontecimentos catastróficos do que tentar minimizar os efeitos dos mesmos.

Felizmente, as ondas de calor deste verão não foram muito longas o que poderá significar que não tenham tido consequências dramáticas, o que só será confirmado daqui a algum tempo quando se conhecer a mortalidade ocorrida naquele período.

Estamos de facto longe de conseguir um sistema de alerta como o de Philadelphia dos EUA (2), onde se conseguem envolver instituições directa ou indirectamente ligadas com a saúde, nomeadamente, instituições de idosos, departamentos de bombeiros, de emergência médica, de enfermagem e todo um conjunto de outras entidades.

Terão de ser dados passos para que o sistema de vigilância ÍCARO, funcione e se alcancem os objectivos preconizados, isto é, que não se "morra de calor". Mas como é que se motivam as pessoas e as instituições que podem fazer a diferença? Como é que se diz que esta é uma missão que passa por todos nós?



[1] Nogueira, P. J., Nunes, B., Dias, C.M., Falcão, J.M. (1999). Um Sistema de Vigilância de Ondas de Calor com Efeitos na Mortalidade: o Índice Ícaro. *Clima e Saúde. Revista Portuguesa de Saúde Pública*. Volume temático: 1. 79-84.

[2] Kalkstein, L. S., Jamason, P. F., Greene, J. S., Libby, J. e Robinson, L. (1996). The Philadelphia Hot Weather Health Watch/Warning System: Development and Application, Summer 1995. *Bulletin of the American Meteorological Society*, 77 (7), 1519-1528.

* Estatista.



- Conferência Internacional: "Alterações Climáticas: Bases Científicas e Implicações Económicas e Políticas". Lisboa, 3-4 de Novembro 2000. Climate changes in Portugal: SIAM. Telef: + 352 21 361 67 48 / 39; fax: +351 21 361 67 52 email: suraje@siam.oal.ul.pt; Web: www.oal.ul.pt/SIAM/
- 4ª Conferência de Farmacoepidemiologia: "A Vigilância do Consumo de Medicamentos, um passo no seu uso racional". Centro de Estudos de Farmacoepidemiologia (CEFAR) da Associação Nacional de Farmácias (ANF). Lisboa, 29-30 Novembro de 2000. Tel: 21 340 06 00; Fax: 21 340 0795.
- Annual meeting 2000 of the European Public Health Association (EUPHA). "Reducing Health Inequalities". Paris, 14-16 de Dezembro 2000. Tel: +33 (0)5 34 45 26 45; Fax: +33 (0)5 34 45 26 46; Email: europa@europa-organisation.com



Ferreira AC, Diegues J, Rodrigues JJ, Martins M. *Estórias de ânimo & acção*. Gouveia: GAF (edição); 2000

Pinto MM, Ramos F, Pereira J. Health Technology Assessment in Portugal. *International Journal of Technology Assessment in Health Care* 2000;16(2):520-531

TOME NOTA!

Se se interessa pela saúde dos jovens esta notícia é para si! Foi publicado, em Junho de 2000, o relatório "A Saúde dos Adolescentes Portugueses", no âmbito do projecto "Health Behaviour of School-Aged Children (HBSC)". Trata-se de uma rede de investigação patrocinada pela OMS, integrada, desde 95/96 no programa Aventura Social e Saúde, coordenado pela Professora Margarida Gaspar de Matos, da Faculdade de Motricidade Humana.

Os acidentes de viação são, talvez, o maior problema isolado de Saúde Pública requerendo, entre outras, uma abordagem ambiental regional e local. É assim fundamental a disponibilidade de dados e indicadores relativos a essa situação, designadamente o número de mortos, feridos graves e ligeiros, tipo de acidentes, grupos etários envolvidos, situação dos sinistrados (condutores, passageiros ou peões), bem como números relativos ao parque automóvel, cartas de condução, etc., e a elaboração de um mapa com os "pontos negros" na rede viária nacional.

O Observatório da Direcção-Geral de Viação (DGV) dispõe destes dados e publica-os trimestralmente e anualmente. É possível obter mais dados, designadamente referentes aos vários concelhos e distritos.

As publicações podem ser solicitadas ao Observatório DGV, Tel: 21 312 21 61; Fax: 21 353 59 85.

Ficha Técnica

Propriedade: ONSA - Observatório Nacional de Saúde
Responsável: Maria João Branco
Equipa Redactorial: Baltazar Nunes, Paulo Nogueira, Zilda Pimenta
Sede: Avenida Padre Cruz 1649-016 LISBOA
Tel: 21.751 05 49 **Fax:** 21.757 36 71 **e-mail:** onsa@insarsj.pt
Tiragem: 6 000 exemplares **Distribuição:** gratuita
ISSN 0874-2928
Depósito Legal: 125868/98
Produção Gráfica: E. Santos Artes Gráficas, Lda.

Perfil Terapêutico da Hipertensão em Clínica Geral

MÉDICOS SENTINELA

Domingues J. C.*; Falcão, I. M.*; Goucha, P.*; Martins, A. P.**; Melo, M.**; Mendes, Z.***; Miranda, A. C.****

Entre 15 de Setembro e 30 de Outubro de 1998 foi realizado, pelo Centro de Estudos de Farmaco-epidemiologia da Associação Nacional das Farmácias (CEFAR-ANF), em colaboração com a rede Médicos-Sentinela, um estudo com o objectivo de determinar o perfil terapêutico da hipertensão arterial em Clínica Geral, em indivíduos com idade igual ou superior a 18 anos. O cálculo da dimensão da amostra foi realizado com base no Inquérito Nacional de Saúde, realizado em 1995, para um erro absoluto de 3% e um nível de confiança de 95%, com distribuição proporcional por sexo e idade. Participaram neste estudo cerca de 60% dos médicos que pertenciam à rede Médicos-Sentinela. A distribuição dos 1125 doentes seleccionados, por grupo etário segundo o sexo, mostra que cerca de ¼ dos doentes tinham mais que 54 anos.

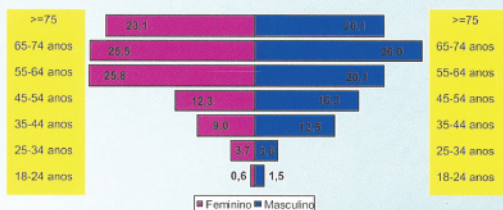


Fig. 1 Distribuição dos doentes por grupo etário e o sexo

Mais de metade dos doentes tinha hipertensão moderada (57,7%), 29,8% ligeira e 12,4% grave. Verificou-se ainda que cerca de ¼ dos doentes tinha hipertensão há 3 anos ou menos e cerca de 1/3 há mais de 10 anos.

Em 35,7% dos hipertensos (n=399) não existia qualquer morbilidade associada e, entre os restantes, a dislipidémia (67%), a hiperuricémia (27,7%), a diabetes (27,5%) e as perturbações da condução aurículo-ventricular (24,9%) foram as mais relevantes.

O número de doentes que não apresentaram danos em órgãos alvo foi de 582 (52,2%); dos restantes, os órgãos alvo mais atingidos foram o coração (76,0%) e o cérebro (30,2%).

Os regimes terapêuticos mais frequentemente prescritos pelos clínicos gerais foram a monoterapia (47,6%; n=536) e a terapia dupla (36,2%; n=407).

O grupo terapêutico mais prescrito em situações de monoterapia foi o dos inibidores da enzima de conversão da angiotensina I em II (IECA) (50,9%; n=273), seguido dos bloqueadores selectivos dos canais de cálcio (17,7%; n=95) e dos diuréticos (12,9%; n=69). O captopril e o lisinopril foram os IECA mais prescritos, nas doses diárias de 50 mg e 20 mg, respectivamente. A nifedipina e o diltiazem foram os bloqueadores dos canais de cálcio mais prescritos, nas doses diárias de 30 mg e 180 mg, respectivamente. Dos diuréticos, a dose diária predominante foi 2,5mg de indapamida.

A associação de dois fármacos mais frequentemente prescrita foi a de um IECA com um diurético (48,2%; n=196), sendo o enalapril com a hidroclorotiazida, e o captopril com a hidroclorotiazida, as associações mais prescritas.

Este estudo é um contributo para um melhor conhecimento do perfil de tratamento da hipertensão na população portuguesa e pode ser utilizado como um dos suportes da definição de estratégias para a prescrição e uso racional dos medicamentos na hipertensão.

* Assistente graduado de Clínica Geral
** Farmacéutica no CEFAR
*** Estatista no CEFAR
**** Consultora do CEFAR



Maria João Branco*, Baltazar Nunes**

No início do ano, o ONSA realizou o estudo "Gripe 2000", no âmbito de um contrato de investigação entre o INSA e a Roche Farmacéutica Química, entidade financiadora.

O projecto teve como objectivo contribuir para o conhecimento sobre comportamentos adoptados perante a gripe.

Do ponto de vista metodológico tratou-se de um inquérito por entrevista telefónica, utilizando a amostra ECOS¹.

Um dos aspectos estudados visava conhecer a prática relacionada com a vacinação anti-gripal e comparar os resultados com os obtidos no estudo² realizado sobre a mesma temática, no Inverno 98-99.

Foram inquiridos 1261 indivíduos com mais de 18 anos, um por cada unidade de alojamento. Os inquiridos prestavam também informação relativa à vacinação dos restantes elementos da unidade de alojamento. Obtiveram-se dados relativos a 3796 indivíduos.

Na figura 1 e quadro 1 apresentam-se as percentagens de indivíduos que declararam terem sido vacinados contra a gripe, por grupo etário e Região de Saúde.

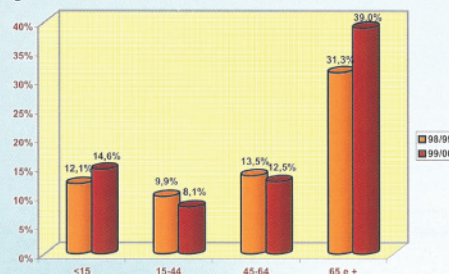


Fig. 1 Percentagem de indivíduos que declararam terem sido vacinados contra a Gripe, por grupo etário, nos Invernos de 98/99 e 99/00.

A estimativa da cobertura da vacina anti-gripal na população portuguesa (Portugal Continental) no Outono/Inverno 1999/00 foi de 15,6%.

Os resultados obtidos permitem-nos concluir não haver diferenças com significado estatístico na evolução da vacinação anti-gripal entre as duas épocas estudadas, isto é, constata-se não ter havido aumento significativo da percentagem de cobertura vacinal.

É interessante assinalar que dos 1261 respondentes e apenas destes, aqueles que referiram ter sido vacinados, a maior parte concretizou-a até final de Novembro e por aconselhamento médico.

Quadro 1. Percentagem de indivíduos que declararam terem sido vacinados contra a Gripe, por grupo Região de Saúde. No Invernos de 98/99 e 99/00.

	1998/1999		1999/2000	
	% (I.C. 95%)	n	% (I.C. 95%)	n
Continente	14,2 (12,1; 16,2)	2923	15,6 (13,3; 18,0)	3796
Região				
Norte	13,8 (11,1; 16,5)	615	16,0 (13,5; 18,5)	832
Centro	13,6 (11,0; 16,2)	677	15,0 (12,6; 17,4)	836
Lisboa e Vale do Tejo	15,6 (12,5; 18,7)	520	16,3 (13,5; 19,1)	650
Alentejo	12,2 (9,5; 14,9)	572	15,0 (12,4; 17,6)	727
Algarve	10,2 (7,8; 12,8)	539	11,0 (8,8; 13,2)	751

Considerando que anualmente, por esta altura, se fazem campanhas informativas sobre a vacina da gripe, o conhecimento destes resultados poderá ser um contributo para a reflexão e adopção de medidas por parte dos decisores.

Bibliografia

1. Contreiras T, ECOS: "Em Casa Observamos Saúde". OBSERVAÇÕES 1998;1
2. Contreiras T, Nunes B. ECOS Atchim...A cobertura da vacina anti-gripal. OBSERVAÇÕES 1999;5

* Médica de Saúde Pública, ONSA, INSA
** Estatista, ONSA, INSA

Mortes evitáveis...

Mário Cordeiro*

Mortes "estúpidas" e dramáticas, que por vezes até justificam as primeiras páginas dos jornais ou a abertura dos noticiários, tocam o cidadão comum.

No ano de 1999, segundo os dados da DGV, morreram nas estradas portuguesas cerca de 250 pessoas com menos de 19 anos.

A pergunta é: será que estas mortes, a "conta-gotas", de cidadãos nacionais, tantas vezes nossos familiares, amigos ou conhecidos, despertam o mesmo sentimento de horror? Estamos em crer que não, já que há muito tempo que são conhecidos os sistemas de segurança simples, fáceis, eficazes e de "custo zero" que permitem diminuir, em cerca de 80%, as consequências de um acidente de viação.

Façamos as contas: estudos de observação realizados pela Associação para a Promoção da Segurança Infantil (APSI) revelaram um uso destas medidas preventivas muito aquém do necessário (ver Quadro), mesmo após anos e anos de informação maciça e de campanhas sobre o assunto.

Quadro 1. Percentagem de crianças transportadas com dispositivos de retenção ("cadeiras", "bancos" ou cinto de segurança), segundo a adequação de utilização

	1996	1997 antes da campanha	1997 após a campanha	Dez 1998	Jun 1999
Total - Crianças 0-12 anos	16,2	19,4	22,9	29,3	31,4
Adequadamente	13,5	15,0	19,5	24,3	21,3
Com uso errado óbvio	2,7	4,4	3,4	5,0	10,1
Crianças 0-3 anos	34,4	38,9	40,9	47,4	50,5
Adequadamente	24,4	26,4	30,2	35,2	33,4
Com uso errado óbvio	10,0	12,5	10,7	12,2	17,1
Crianças 4-12 anos	10,6	11,0	16,9	19,4	22,6
Adequadamente	9,5	9,0	15,3	18,3	15,7
Com uso errado óbvio	1,0	2,0	1,6	1,0	6,9

Estes dados são limitados, visto que as contagens foram feitas apenas na portagem de uma auto-estrada (Alverca), durante um dia, não se sabendo pois o que se passa noutros ambientes, designadamente em meio urbano e em estradas rurais ou nacionais.

Contudo, dado que a metodologia utilizada nas diferentes observações ao longo do tempo foi sempre igual, poderemos perceber algumas tendências, nomeadamente o aumento dos dispositivos de segurança, sem contudo ter diminuído a má utilização.

Os resultados obtidos estão ainda aquém do desejável, especialmente se tivermos em consideração, que a maior percepção do risco em auto-estrada, pelas velocidades atingidas e distâncias percorridas, tem um efeito promotor do uso das medidas. Este facto leva-nos a pensar que noutros tipos de estradas o panorama será ainda pior.

Para estudar melhor este assunto e poder inferir resultados a nível nacional, a Direcção-Geral de Viação comissionou a APSI para realizar um estudo alargado com base numa amostra representativa das rodovias nacionais. O ONSA colaborará com esta Associação, na definição e desenvolvimento da metodologia.

Se aceitarmos, todavia, que na melhor das hipóteses só um quinto das crianças até doze anos são transportadas de forma correcta, que este número baixa significativamente com a idade, e calculando em 80% o grau de eficácia dos dispositivos de segurança, poderemos estimar que, se a Lei de 1994 que obriga ao transporte seguro fosse cumprida, poder-se-iam evitar, por ano, pelo menos 150 mortes na população infantil e juvenil.

Mortes estúpidas e desnecessárias de centena e meia de crianças e jovens, a maior parte sem notícia...

*Pediatra, ONSA, INSA

"Agressividade e Violência nos jovens"

Dados para reflexão

Maria da Luz Duque*, Ballazar Nunes**, Maria João Branco***

Portugal, através do Ministério da Saúde - Programa de Educação Para Todos (PEPT) participou, em parceria, com Espanha, através de Escuela Nacional de Sanidad do Instituto de Salud Carlos III num estudo sobre agressividade e violência nos jovens. O ONSA colaborou com o PEPT no desenho da amostra e na análise dos dados.

Um dos objectivos do Projecto era conhecer a relação entre os jovens e a violência e identificar factores que induzem à violência neste grupo etário.

Os dados foram colhidos através da aplicação de um questionário de 45 perguntas fechadas auto-preenchido, recorrendo à colaboração das equipas do projecto PEPT e dos Centros de Saúde. A população alvo estudada foram jovens escolarizados, com idades compreendidas entre os 14-19 anos da Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo. Obtiveram-se 672 questionários válidos.

Apresentam-se alguns resultados preliminares:

- 99.0% (n=626) dos jovens inquiridos consideram-se capazes de gostarem de outras pessoas;
- 92.8% (n=568) dos jovens inquiridos acham que a comunicação e as relações afectuosas com as pessoas ajudariam a diminuir a violência;
- 90.6% (n=638) dos jovens inquiridos tem um grupo de amigos, 4.4% (n=630) refere que os amigos são frequentemente violentos
- «a educação e o ambiente familiar» e «viver num meio social violento» foram, entre outros, os factores assinalados por maior percentagem de jovens como influenciando muito a conduta violenta dos jovens, nomeadamente 82.1% (n=631) e 81.4% (n=640);
- «grupos desportivos, religiosos, de voluntariado social e artístico ou cultural» foram os grupos a que maior percentagem de jovens referiram pertencer ou gostariam de pertencer (Figura 1).

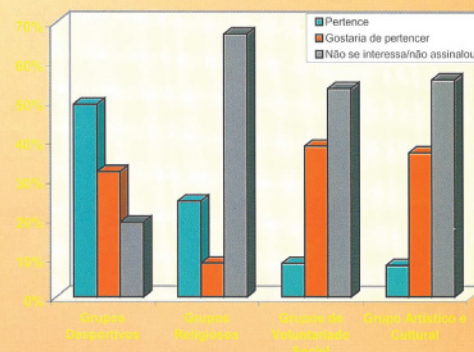


Fig. 1 Percentagem de indivíduos que declaram, em relação a alguns grupos associativos, "pertencer", "gostariam de pertencer" ou "não se interessavam".

Alguns *media* tem propagado uma imagem de uma juventude violenta e agressiva. Não se tratará de uma generalização abusiva? Há razões para considerar os jovens factores de insegurança devido à sua violência e agressividade?

Uma certeza, parece-nos, podemos transmitir: A maioria dos jovens inquiridos não se revê em comportamentos violentos.

* Médica de Saúde Pública, PEPT, Ministério da Saúde

** Estatista, ONSA, INSA

*** Médica de Saúde Pública, ONSA, INSA

Editorial



Cada vez é mais fácil produzir e ter acesso a números, estatísticas e indicadores. Os métodos informáticos e a universalização dos documentos, *sites* e outras fontes de informação permitem que, neste início de século, rapidamente se obtenham "n" dados sobre qualquer assunto. Este facto é excelente porque informação é saber e informação é poder e quanto mais um e outro forem partilhados e expandidos, tanto mais a sociedade será consciente e consciencializada, participativa e democrática. E avançará, do ponto de vista científico.

No entanto, como em tudo, há que haver critério, bom senso, juízo e lucidez. Sem estes ingredientes, e sobretudo sem espírito crítico, perspicácia e sagesa, corremos o risco de ficarmos "inundados de dados", ou seja, deixarmos de distinguir o trigo do joio e tirarmos conclusões e desencadearmos acções com base em indicadores incompletos, limitados ou mesmo cientificamente errados.

Por outro lado, as várias fontes de informação fornecem-nos dados parciais, não no sentido de "viés", mas de "árvores isoladas". E quem quiser observar a "floresta" terá que ver as diferentes árvores e a forma como se agregam no seu conjunto. Pegar numa dada informação sem a cruzar, acarear, avaliar e avalizar, pode constituir um risco, principalmente se o curso dos acontecimentos levar a tomadas de decisão e a medidas que, por vezes, são dificilmente reversíveis, para além dos enormes custos que sempre acarretam.

O ONSA, na sua missão de "observar o estado de saúde e os seus determinantes", da população residente em Portugal, tudo fará para que a informação seja vasta, ampla, mas rigorosa e organizada, atendendo às prioridades e às necessidades primeiras, para que possamos ficar informados, agradados, ajudados, resguardados... mas não inundados.

Mário Cordeiro

Neste número ...

Roteiro dos Laboratórios:
Laboratório de Parasitologia (Lisboa)

CERAC

O que não registar. O que queremos no ...

As esperanças de vida sem incapacidade física de longa duração. Resultados do Inquérito Nacional de Saúde e das Tábuas de mortalidade de 1995/96.

Ruído, Crianças e Adolescentes

Saúde oral dos jovens portugueses
o III Inquérito Nacional Exploratório (INE 1999)



INSTITUTO NACIONAL DE SAÚDE
DR. RICARDO JORGE

Roteiro dos Laboratórios

Laboratório de Parasitologia (Lisboa)

O laboratório foi criado em 1990, a partir da Unidade de Toxoplasmose, com o objectivo de desenvolver metodologias de identificação de problemas específicos, em infecções parasitárias humanas, harmonizando a qualidade de desempenho com a investigação, ensino e prestação de serviços. Ao longo de dez anos fomos alargando o leque de parasitoses estudadas que, posteriormente, foram sendo introduzidas na nossa pauta analítica. Privilegiamos, em especial, algumas parasitoses que consideramos importantes em Portugal, nomeadamente toxoplasmose, hidatidose e giardose.

Neste número equacionamos questões sobre as Infecções humanas por *Toxoplasma gondii* - protozoário oportunista que origina malformações congénitas e formas patententes, muitas vezes mortais, resultantes da reactivação da infecção crónica, em cerca 25% dos imunodeprimidos seropositivos para toxoplasma. O parasita apresenta uma estrutura clonal das suas populações e três genótipos com características biológicas distintas. No estudo das estirpes isoladas de formas de infecção humana foram encontradas 10% de estirpes do genótipo I, 80% do tipo II e 9% do tipo III. As estirpes do genótipo II e III têm sido isoladas, nos animais destinados à alimentação, em percentagens que indicam um elo epidemiológico bem definido entre as infecções humanas e a via carnívora de transmissão destas estirpes. As estirpes do genótipo I não foram encontradas em animais de abate e a percentagem de identificação em animais selvagens e domésticos é inferior a 3%.

- ✓Existem factores de patogenicidade que determinem o aparecimento de malformações e/ou sintomatologia ???
- ✓Como identificar a susceptibilidade ao aparecimento de formas patententes nos imunodeprimidos sem conhecer os factores de patogenicidade ???
- ✓Porque são as estirpes do genótipo I isoladas em percentagens mais elevadas nas infecções humanas do que nas infecções animais ???
- ✓Porque não são isoladas estas estirpes nos animais destinados à alimentação ???
- ✓Na natureza qual é, então, o reservatório das estirpes do genótipo I ???
- ✓Quais são as fontes de infecção para o homem ???
- ✓As normas profiláticas de prevenção da infecção na grávida e no imunodeprimido incluem, realmente, todas as fontes de infecção por *T. gondii* ???

Questões e perguntas muitas perguntas... Se estas perguntas são também suas, então, venha ajudar-nos a tentar responder a algumas.

Contacte-nos.

No próximo número estaremos de volta para lhe colocar questões e perguntas sobre outras parasitoses

Laboratório de Parasitologia - INSA - Lisboa
Telefone: 21 7519294/5 E-mail: cdt@insarj.pt



Ministério da Saúde



Centro de
Estudos e
Registo de
Anomalias
Congénitas

Sede: Serviço de Genética Médica
Hospital Egas Moniz
R. da Junqueira, 126
1300 Lisboa
Telefones: 213650313 ou 213650341
Fax: 213650198

O que **NÃO** registar

Surgem muitas vezes dúvidas quanto à notificação de anomalias minor, pelo que nos parece importante fazer o ponto da situação.

Assim, quando isoladas, **não devem ser registadas** as seguintes anomalias:

- Anca instável
- Anomalias minor dos dedos dos pés
- Apêndices pré-auriculares
- Artéria umbilical única
- Criptorquidia
- Deformações de origem postural (pé boto, metatarsus varus ou adductus e talipes calcaneovalgus)
- Espinha bífida oculta.
- Estenose do canal lacrimal
- Fimose
- Fosseta sagrada.
- Freio sub-lingual
- Hérnia umbilical, inguinal, para-umbilical, do hiato.
- Hidrocelo
- Hipospádias do 1º grau
- Lesões cutâneas com superfície <4cm² (nevus, angiomas, etc.)
- Mamilos ectópicos ou supranumerários
- Pectus excavatum
- Persistência do canal arterial (< 37 semanas/<2500g)
- Prega palmar única
- Sopro cardíaco funcional

O que nós **QUERÍAMOS** no ...



Resultados do Registo mais actuais.
De facto toda a equipa está empenhada numa maior celeridade na divulgação da informação, o que só pode ser concretizado com a vossa dedicação...
Enviem-nos os registos *em tempo!*

Blá, Blá, Blá ...

Parabéns!!!



À rede MÉDICOS-SENTINELA e ao CEFAR pelo poster sobre o trabalho realizado em conjunto *Perfil terapêutico da hipertensão arterial*, apresentado no Congresso Anual da International Society for Epidemiology, em Barcelona, ao qual foi atribuído o PRIMEIRO PRÉMIO!



Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International* 2000; 15 (3): 259-267

Imperatori E. *Mais de 1001 Conceitos para Melhorar a qualidade dos serviços de saúde*. Glossário. Lisboa: Edinov; 1999

Tavani A, La Vecchia C. Coffee and cancer: a review of epidemiological studies, 1990-1999. *European Journal of Cancer Prevention* 2000;9:241-256

TOME NOTA!

Que não se diga que não falamos de Gripe...

ARGUMENTOS...

Continuamos apresentar alguns resultados do estudo "Gripe 2000", projecto financiado pela Roche Farmacêutica, realizado com o objectivo de contribuir para o conhecimento sobre comportamentos adoptados perante a gripe.

Assim, no Inverno de 1999-2000, de 1261 indivíduos estudados, 27% (336) referiram ter tido "gripe".

O que fizeram?

De acordo com os resultados 18% optaram por não fazer nada. Os outros, na sua maioria, referiram várias práticas.

Os três principais comportamentos adoptados pelos indivíduos que referiram ter tido "gripe" foram os seguintes:

46% (156) fizeram tratamentos caseiros;

43% (148) consultaram o médico;

37% (121) tomaram medicamentos por iniciativa própria.

Na generalidade, os inquiridos pareceram saber diferenciar gripe de constipação.

ARGUMENTOS...

No âmbito do Plano de Contingência da Gripe (PCG), desencadeado em 1999/00, pela Direcção Geral de Saúde/Centro Nacional da Gripe, foi implementado um sistema de vigilância orientado para o alerta epidemiológico, baseado em serviços de urgência hospitalar (SUs), assim como, em serviços de atendimento permanente ou similares (SAP/SAC/CATUS/Consulta de recurso) dos centros de saúde.

Este sistema viria complementar o sistema de vigilância da gripe, já existente e bem consolidado graças ao empenho dos Médicos-Sentinela.

O êxito da iniciativa, medido pelos objectivos e adesão alcançados, levou o Centro Nacional da Gripe (CNG) a ensaiar, agora, noutra contexto, a manutenção por mais algum tempo daquele sistema sazonal de vigilância com o objectivo de cada vez melhor descrever e intervir num problema de saúde pública, como é o da gripe.

Ficha Técnica

Propriedade: ONSA - Observatório Nacional de Saúde

Responsável: Maria João Branco

Equipa Redactorial: Baltazar Nunes, Paulo Nogueira, Zilda Pimenta

Sede: Avenida Padre Cruz - 1649-016 LISBOA

Tel: 21.751.05.49 Fax: 21.757.36.71 e-mail onsa@insarj.pt

Tiragem: 6 000 exemplares Distribuição: gratuita

ISSN 0874-2928

Depósito Legal: 125868/98

Produção Gráfica: Litomaiores Ind. Litográfica, Lda. - Rio Maior

As esperanças de vida sem incapacidade física de longa duração.

Resultados do Inquérito Nacional de Saúde e das Tábuas de mortalidade de 1995/1996

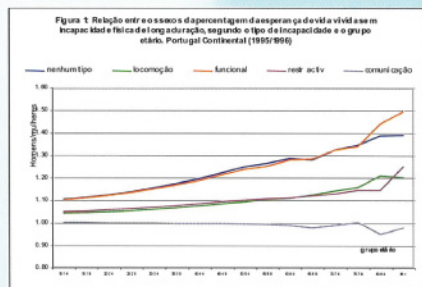
Maria de Jesus Graça*, Maria José Carrilho**, Maria dos Anjos Campos**, Carlos Matias Dias*

Durante as últimas décadas a esperança de vida da população portuguesa aumentou significativamente (1). Com o objectivo de contribuir para a avaliação da qualidade associada a esses anos de vida ganhos foi calculado pela primeira vez para a população Portuguesa um tipo de indicadores denominado "esperança de vida sem incapacidade" (2). Estes indicadores avaliam conjuntamente dois fenómenos complementares: a mortalidade, medida globalmente pela esperança de vida; e a morbilidade que, neste trabalho, foi representada através da prevalência de incapacidade física de longa duração (3).

Assim, foi possível obter para cada sexo e grupo etário as esperanças de vida sem os seguintes tipos de incapacidade física de longa duração:

- sem incapacidade para a locomoção
- sem incapacidade funcional
- sem incapacidade que restrinja a actividade
- sem incapacidade para a comunicação
- sem nenhum tipo de incapacidade

Dos diversos resultados obtidos neste trabalho é importante realçar a diferente forma como a incapacidade física de longa duração parece afectar homens e mulheres ao longo da vida (figura 1). De facto, podemos observar que, nas idades mais avançadas, os homens parecem ter uma maior percentagem da esperança de vida passada sem incapacidade quando comparados com as mulheres. As maiores diferenças entre os sexos parecem verificar-se para a incapacidade de tipo funcional e para a ausência de incapacidade. Por outro lado, a maior proximidade entre os valores da percentagem da esperança de vida sem incapacidade dos homens e das mulheres surge, em termos relativos, nas esperanças de vida sem incapacidade para a comunicação.



Da análise deste e de outros resultados, que constam do texto entretanto publicado, pode afirmar-se que, apesar das mulheres viverem mais anos, os homens podem esperar viver, em termos relativos, mais tempo sem incapacidade física de longa duração. A única excepção parece verificar-se na incapacidade para a comunicação em que a percentagem da esperança de vida passada sem aquele tipo de incapacidade é semelhante em ambos os sexos. A sobremortalidade masculina, traduzida por uma menor esperança de vida, parece assim contrapor-se uma vantagem decorrente da maior percentagem do número de anos de vida que os homens podem esperar viver sem incapacidade.

Bibliografia

1. Instituto Nacional de Estatística. Estatísticas Demográficas, Estimativas de população residente, 1995 e 1996, Tábuas de mortalidade, 1995/1996. Lisboa, INE, 1995 e 1996.
2. Instituto Nacional de Estatística, Instituto Nacional de Saúde Dr Ricardo Jorge. Esperanças de vida sem incapacidade física de longa duração. Portugal 1995-1996. INE, Cadernos temáticos nº10. Lisboa, 2000.
3. Ministério da Saúde. Departamento de Estudos e Planeamento da Saúde. Inquérito Nacional de Saúde, 1995/1996. Lisboa, DEPS, 1997.

* Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, Observatório Nacional de Saúde
** Instituto Nacional de Estatística - Gabinete de Estudos e Conjuntura

RUÍDO, Crianças e Adolescentes

Mário Cordeiro*

Em muitos organismos nacionais e internacionais, é grande a apreensão pelos níveis de ruído a que as crianças e adolescentes europeus estão sujeitos. Dos *walkman*, às discotecas, passando pelo ruído produzido nas escolas, o barulho da TV, da música *rock* ou dos aviões que sobrevoam aglomerados populacionais, são várias as fontes de ruído que parecem ameaçar a saúde física e mental da população infantil e juvenil. Mas quais as evidências científicas? E o que pensam os próprios do assunto, se assumirmos que uma correcta percepção do risco é passo essencial para o êxito das medidas preventivas?

Foi neste sentido que a Comissão Europeia deu luz verde a um projecto, liderado pelo Instituto de Saúde Pública da Dinamarca e que tem como parceiros Portugal, a Holanda, o Reino Unido e a Suécia.

Os objectivos do estudo foram avaliar alguns aspectos relacionados com a percepção do risco, designadamente a identificação das profissões em maior risco e a atitude dos vários sectores envolvidos. No estudo exploratório que constituiu a contribuição portuguesa para a primeira fase, foram questionadas mais de mil pessoas, desde profissionais de várias áreas até crianças e adolescentes, do 4º e do 9º anos, respectivamente.

A abordagem escolhida foi, depois de identificadas as profissões mais relacionadas com a temática, contactar associações sócio-profissionais e outras organizações, por forma a ter uma amostra alargada - responderam taxistas, educadores, polícias, pediatras, professores, *disk-jokeys*, pilotos de avião, crianças e adolescentes, num total de cerca de mil respondentes.

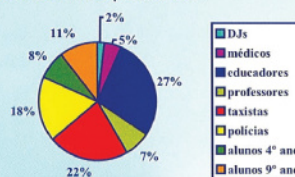


Fig. 1 Distribuição percentual dos inquiridos.

Os tópicos dos questionários disseram respeito a: identificação de fontes de ruído, efeitos do ruído sobre as pessoas e sobre o inquirido, profissões mais expostas, necessidade de tomar medidas para diminuição do ruído e por quem ou por que organismo, etc.

Os dados respeitantes a estes itens foram cruzados com outros, designadamente a auto-classificação do estado de saúde, a atribuição de responsabilidade pela promoção de saúde, bem como com os dados "demográficos".

As crianças e adolescentes parecem bem informados sobre os efeitos do ruído, não diferindo muito das respostas dos adultos (excepto no que respeita ao ruído relacionado com "debates políticos na TV" e a "pessoas a discutir", a que as crianças são muito mais sensíveis).

Como efeitos do ruído, os respondentes apontaram cansaço, desagrado, insónias, nervosismo, falta de concentração e *stress*, bem como baixa de audição, entre outros, o que corresponde ao que a Ciência também demonstra.

As profissões consideradas mais em risco são, por ordem, os *disk-jokeys*, profissionais do aeroporto, taxistas, pilotos de avião e polícias. As crianças e os adolescentes não são considerados em grande risco.

A maioria dos respondentes classificam a sua saúde como "boa" ou "muito boa", e não há relação entre este item e as restantes respostas.

Embora 95% dos inquiridos afirmem que há que fazer alguma coisa para reduzir os níveis de ruído, os do sexo feminino e os que têm maior escolaridade consideraram-se, em percentagem significativamente maior, como capazes de fazer alguma coisa, pessoalmente. Os do sexo masculino e os com menor grau de escolaridade delegam em maior número no governo e nas autarquias essa função.

O estudo prosseguirá se a Comissão Europeia avaliar positivamente a segunda fase do projecto. De qualquer forma, tudo o que pudermos fazer para reduzir os níveis de ruído, produzido por nós próprios ou globalmente nos locais de trabalho, lazer e espaços domésticos, será sempre um contributo positivo para evitar os efeitos nocivos deste novo factor de risco.

* Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, Observatório Nacional de Saúde

Saúde oral dos jovens portugueses:

o III Inquérito Nacional Explorador (INE 1999)

C. M. Almeida*, S. Jesus*, A. Toscano*

O III INE, concretizado em 1999, incidiu sobre uma amostra de 1599 jovens de 6 (n=799) e 12 anos (n=800) habitando Portugal continental. Teve como finalidade a obtenção de dados actualizados sobre a prevalência e tendência evolutiva das afecções da boca e dos comportamentos de risco com maior relevância para a saúde pública. Tal como nos estudos anteriores, de 1984 e 1990, utilizou-se o método "pathfinder", proposto pela OMS¹, o qual se baseia numa técnica de amostragem de conveniência, estratificada, por aglomerados seleccionados em localidades eleitas pelos investigadores como provavelmente representativas dos diferentes níveis de doença presentes na comunidade. Observaram-se 16 aglomerados de 50 jovens de cada nível etário e ambos os sexos, frequentando escolas básicas e secundárias de 16 diferentes pontos de Portugal continental (Fig. 1). As escolas foram seleccionadas com a cooperação dos Centros de Saúde das respectivas localidades e salvo razões imperiosas, como o seu encerramento, estas escolas foram as mesmas nos 3 sucessivos estudos (1984^{1,2,3,4}, 1990⁵ e 1999). As observações foram efectuadas por dois dos autores (CMA e S.J) devidamente calibrados para o efeito. CMA também participou nas observações, nos dois estudos anteriores. Foram aplicadas medidas de controlo da infecção cruzada e efectuadas duplas observações em cerca de 10% dos jovens, para análise da concordância intra e inter-observador, a qual, expressa em estatística k, registou, no diagnóstico da cárie, respectivamente os valores 0,93 e 0,90.

Iniciamos a apresentação dos resultados obtidos com a publicação das prevalências da cárie e da fluorose dentária.



Fig. 1 Distribuição das localidades e número de crianças observadas.

Na dentição decidua aos 6 anos, a cárie está presente em 47% dos jovens e a média de dentes cariados, perdidos por extração e obturados (cpod), para a totalidade dos jovens observados, foi de 2,14 (dp 3,32). A componente de dentes obturados representa 6,5% da totalidade do cpod. De 84 a 90 e de 90 a 99, o cpod desceu de forma estatisticamente significativa, respectivamente 15% (p<1%) e 50% (p<0,1%) (Fig. 2).

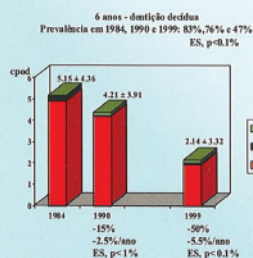


Fig. 2 Prevalência e severidade da cárie, aos 6 anos em 1984, 1990 e 1999.

Por sua vez, na dentição permanente aos 12 anos, a cárie está presente em 53% dos jovens e a média de dentes cariados, perdidos por extração e obturados (CPOD) para a totalidade dos jovens observados, foi de 1,50 (dp 2,06), com a componente de dentes obturados a registar 38,0% da totalidade do CPOD. De 84 a 90 e de 90 a 99 o CPOD desceu de forma estatisticamente significativa, respectivamente 15% (p<5%) e 52% (p<0,1%) (Fig. 3).

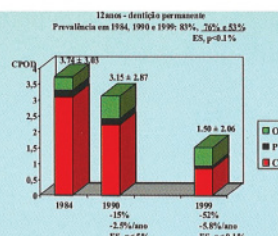


Fig. 3 Prevalência e severidade da cárie, aos 12 anos, em 1984, 1990 e 1999.

A percentagem de dentes tratados registada em qualquer das dentições permanece baixa ainda que se tenha verificado um crescimento acentuado desde 1984, como se pode constatar na Fig. 4. Mas aos 12 anos, em 1999, ainda só um pouco mais de um terço dos dentes cariados se apresentam tratados, o que constitui uma situação de risco elevado para a conservação dos dentes não tratados e acarretará inevitavelmente a progressiva perda de alguns destes dentes por se verificar, entretanto, a sua progressiva e irreversível destruição.

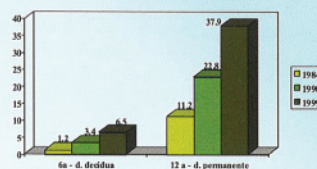


Fig. 4 Percentagem de dentes tratados.

Podemos assim concluir que nos aglomerados de 50 jovens de 6 e 12 anos, dos dois sexos, observados em três diferentes períodos (1984, 1990 e 1999), em cada uma das mesmas escolas de 16 diferentes pontos do continente português, se verificou uma baixa acentuada e significativa da severidade da cárie a qual, nestes jovens, apresenta actualmente níveis classificados como baixos de acordo com a escala de severidade da OMS. Esta baixa, no período de 90 a 99 foi de cerca de 50%, quer para a dentição decidua aos 6 anos, quer para a dentição permanente aos 12 anos, mas permanece um acentuado déficite no tratamento das cáries presentes.

Pelo que respeita à fluorose dentária a sua presença foi diagnosticada, na dentição decidua em 30% dos jovens de 6 anos, e na dentição permanente em 47% dos jovens com 12 anos (Fig. 5).

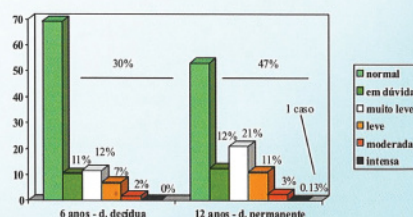


Fig. 5 Prevalência dos diferentes níveis de fluorose dentária nas dentições decidua e permanente.

A grande maioria dos casos recebeu a classificação de "em dúvida", "muito leve" ou "leve" segundo o índice de Dean (1). Mas, os casos moderados ou severos presentes (3,1%) na dentição permanente dos jovens com 12 anos realçam a necessidade de uma monitorização cuidadosa do evoluir da situação no próximo futuro.

Referências bibliográficas:

- 1.WHO. *Oral health surveys. Basic methods*, 4th ed. Geneva: World Health Organisation, 1997.
- 2.Almeida CM, Emilio MC, Möller I, Marthaler T. 1º inquérito nacional explorador de prevalência das doenças e necessidades de tratamento na cavidade oral. *Rev Port Estomatol Cir Maxilofac* 1990;31:137-49.
- 3.Almeida CM, Emilio MC, Möller I, Marthaler T. 1º inquérito nacional explorador de prevalência das doenças e necessidades de tratamento na cavidade oral. II parte. *Rev Port Estomatol Cir Maxilofac* 1990;31:215-30.
- 4.Almeida CM, Emilio MC, Möller I, Marthaler T. 1º inquérito nacional explorador de prevalência das doenças e necessidades de tratamento na cavidade oral. III parte. *Rev Port Estomatol Cir Maxilofac* 1991;32:9-22.
- 5.Almeida CM. *As doenças da cavidade oral nos jovens portugueses*. Estudo epidemiológico (Tese). Lisboa: Faculdade de Medicina, 1997.

(Projecto financiado pela Fundação para a Ciência e a Tecnologia (Praxis/PSAU/13161/1988) e por uma doação da Colgate/Palmolive Portugal).

*Docentes da Faculdade de Medicina Dentária de Lisboa

Editorial



Desde 1987 que se realiza o Inquérito Nacional de Saúde (INS), peça fundamental no desenho lógico da Observação em Saúde, a qual permite aprofundar os conhecimentos sobre o estado de saúde da população residente em Portugal, bem como as evoluções e tendências de alguns fenómenos e os determinantes individuais, familiares, e sociais da saúde.

O INS obedece a uma metodologia complexa, mas necessária para assegurar a sua representatividade e qualidade. Portugal não dispõe de outros sistemas de observação que permitam extrapolações a nível nacional e regional sobre aspectos tão variados da saúde, como as características demográficas, doenças crónicas, incapacidades de curta e longa duração, utilização de serviços e opinião sobre os mesmos, consumos de substâncias nocivas, hábitos de higiene e prática desportiva, entre outros, por grupos etários, e permitindo todo o tipo de cruzamento de variáveis, designadamente com as vertentes sociais e económicas, individuais e familiares.

Contudo, esta contribuição para o conhecimento, monitorização e avaliação da saúde, só terá integral eficiência se forem cumpridos dois requisitos essenciais: por um lado, a divulgação atempada dos resultados e a disponibilização das bases de dados; por outro, a utilização o mais ampla e generalizada possível dos indicadores e achados do Inquérito, não apenas no sector da Saúde mas igualmente nas áreas sociais e das Ciências Humanas, comunicação social e tantas outras. O ONSA, ao divulgar o Inquérito e colocar à Vossa disposição a base de dados, responde à primeira questão. À segunda cabe responder o público leitor e utilizador.

Mário Cordeiro
Assessor

Neste número

Roteiro dos Laboratórios

Laboratório de Parasitologia (Lisboa)

Saúde oral dos jovens portugueses

III inquérito Nacional Exploratório (INE 1999), 2ª parte.

Como as pessoas avaliam o seu próprio estado de saúde em Portugal. Dados dos Inquéritos Nacionais de Saúde de 1995/1996 e de 1998/1999

O que é que lhe aconteceu???

Ser ou não ser? Uma questão sobre... Gripe!



INSTITUTO NACIONAL DE SAÚDE
DR. RICARDO JORGE

Roteiro dos Laboratórios

LABORATÓRIO DE PARASITOLOGIA (LISBOA)

Tal como prometemos no número anterior estamos de volta ... para falar de Hidatidose e Giardose, temas em estudo no nosso laboratório.

Hidatidose humana

Doença de declaração obrigatória desde Janeiro de 1987, a hidatidose humana representa, no nosso País, um problema clínico e epidemiológico sub-valorizado já que a média de 20 casos/ano notificados está muito abaixo dos 200 casos/ano apontados pelas estatísticas hospitalares. Os estudos da equinococose-hidatidose efectuados no nosso país centram-se essencialmente no Alentejo. Do ponto de vista clínico a infecção humana tem uma terapêutica essencialmente cirúrgica e do ponto de vista laboratorial os resultados das técnicas clássicas não reflectem, muitas vezes, a evolução clínica dos doentes já que se mantêm positivos por longos períodos após a cirurgia.

- Que metodologias utilizar na vigilância da infecção hidática após a cirurgia ???
- Que marcadores se devem utilizar para identificar a infecção activa por reinfeção ou reactivação no doente hidático operado ???
- Que relação existe entre o perfil da resposta imunológica e a cura real do doente ???
- Que estirpes estão implicadas nas infecções humanas ???
- Qual a sua distribuição geográfica ???

Infecções humanas por *Giardia lamblia*

Identificado por Leeuwenhoek em 1681 como *Giardia duodenalis* é considerado pelo CDC como o parasita intestinal mais frequentemente diagnosticado nos laboratórios de saúde pública. A infecção é endémica em muitos países, incluindo Portugal e, muito recentemente, o parasita tem sido responsabilizado por numerosos surtos epidémicos, principalmente de origem hídrica.

- Quais são as principais fontes de infecção no nosso país ???
- Que espécies estão envolvidas na infecção humana ???
- Os animais podem servir de potencial reservatório de espécies que infectam o homem ???
- Porque se tornam crónicas algumas infecções por *Giardia* spp ???
- Existem factores de patogenicidade das estirpes ou a relação parasita - hospedeiro está essencialmente dependente do sistema imunológico do hospedeiro ???

Questões e perguntas... muitas perguntas... Se estas perguntas são também suas, então, contacte-nos... sobre estas ou outras infecções parasitárias.

Laboratório de Parasitologia INSA - Lisboa
Telefone: 21 7519294/5
E-mail: cdt@insa.min-saude.pt
helena.angelo@insa.min-saude.pt



Ministério da Saúde

Saúde oral dos jovens portugueses:

O III Inquérito Nacional Explorador (INE 1999) - 2ª parte

C. M. Almeida*, S. Jesus*, A. Toscano*

Na OBSERVAÇÕES nº 10 iniciámos a divulgação dos resultados obtidos no III INE. Relembramos que este inquérito foi realizado em 1999, utilizando uma amostra de 1599 jovens de 6 (n=799) e 12 anos (n=800) do Continente.

Neste número apresentamos os resultados relativos à prevalência e tendência evolutiva dos comportamentos com maior relevância para a saúde oral, nomeadamente a «escovagem diária dos dentes» e a «consulta anual de vigilância oral».

Constata-se que afirmaram escovar diariamente os dentes 58% e 84% dos jovens com 6 e 12 anos mas só um terço e metade, respectivamente, o faz duas vezes ao dia (Fig. 1). Por sua vez referem ter visitado o dentista nos últimos 12 meses 18% e 58% dos mesmos jovens (Fig. 2).

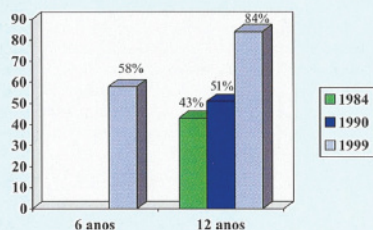


Fig. 1 Prevalência da escovagem diária.

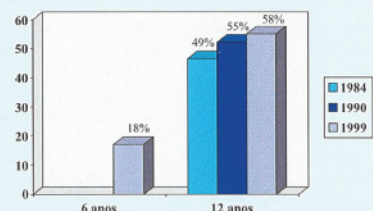


Fig. 2 Prevalência de jovens que visitaram o dentista no último ano.

Verifica-se uma melhoria clara de comportamentos importantes para a manutenção da saúde oral mas ainda muito insuficiente. As acções de educação para a saúde em saúde oral devem produzir efeitos mais cedo, assegurando que a prevalência de escovagem bi-diária se verifique em mais de 90% dos jovens aos 6 anos.

Conclusões: Apesar de se ter verificado, desde 1984, um declínio significativo na prevalência e gravidade da cárie constatou-se nos jovens com 6 e 12 anos a existência de grupos importantes com níveis elevados de cárie, com grandes necessidade de tratamento e com crescimento da prevalência da fluorose. Sugere-se que se iniciem as acções de educação para a saúde em saúde oral antes dos 6 anos de idade, incidindo em particular nos grupos de risco e que sejam introduzidos programas de prevenção e tratamento da cárie alargados a todos os jovens desde os 6 meses de idade.

(Projecto financiado pela Fundação para a Ciência e a Tecnologia (Praxis/P/SAU/13161/1998) e por uma doação da Colgate/Palmolive Portugal).



Ananda Fernandes (2000). *Crianças com dor. O Quotidiano do trabalho de dor no hospital.* Coleção Saúde e Sociedade, 6, Quarteto Editora.

Anúncios Classificados

Tendo como objectivo incentivar a Investigação Científica na área da Saúde, o Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, ao celebrar o seu I Centenário, vai atribuir os seguintes prémios:

Prémios científicos do I Centenário



Candidaturas: Os originais dos trabalhos devem ser entregues neste Instituto até ao dia 31 de Maio de 2001. Informações sobre o regulamento do concurso: Gabinete de Relações Públicas, Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, Av. Padre Cruz, 1649-016 LISBOA. Tel.: 21 751 93 92 FAX: 21 759 04 41

Blá, Blá, Blá...

“Novo-Ehlass” em pleno arranque

O novo sistema de registo de acidentes domésticos e de lazer (ADL) está em pleno arranque, com a adesão de inúmeros hospitais e centros de saúde. Brevemente teremos criada a rede logística e informatizada que permitirá conhecer, em tempo praticamente real, o número de ADL, e algumas das suas características, bem como dos acidentados.

Com regularidade serão produzidos relatórios de evolução, com dados essenciais para a monitorização dos ADL, bem como realizados estudos mais aprofundados sobre temas de relevância particular.

A Comissão Europeia apoiou este projecto, pelo seu interesse em saúde pública, e o “novo-EHLASS” (assim designado porque sucede ao anterior *European Home and Leisure Accident Surveillance System*) constituirá um ponto fundamental do sistema de observação em saúde, numa área onde os ganhos em saúde têm ainda um longo caminho a percorrer.

Ficha técnica

Propriedade: ONSA - Observatório Nacional de Saúde
Responsável: Drª Maria João Branco
Equipa Redactorial: Baltazar Nunes, Paulo Nogueira, Zilda Pimenta, Inês Batista
Sede: Avenida Padre Cruz 1649-016 LISBOA
Tel: 21 751 05 49 Fax: 21 757 36 71
Tiragem: 5 000 exemplares Distribuição: gratuita
ISSN 0874-2928
Depósito Legal: 125868/98
Produção Gráfica: Litomaior Ind. Litográfica, Lda. - Rio Maior

COMO AS PESSOAS AVALIAM O SEU PRÓPRIO ESTADO DE SAÚDE EM PORTUGAL

Dados dos Inquéritos Nacionais de Saúde de 1995/1996 e de 1998/1999.

Maria Jesus Graça, Carlos Matias Dias (EQUIPA CENTRAL DO INQUÉRITO NACIONAL DE SAÚDE)

A opinião que cada pessoa tem do seu estado de saúde é um indicador recomendado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) para a avaliação do estado de saúde das populações (1).

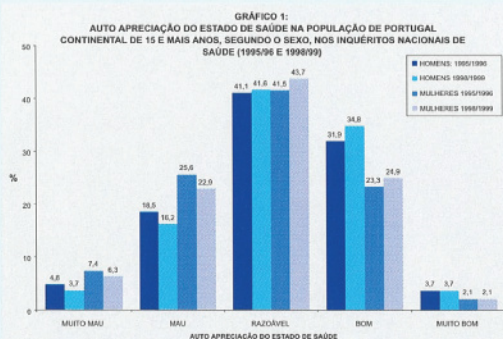
A autoapreciação do estado de saúde parece estar associada a outras medidas do estado de saúde, à utilização dos serviços, assim como à taxa de sobrevivência nos idosos.

O instrumento recomendado pela OMS para a colheita deste indicador foi utilizado, pela primeira vez, em Portugal no Inquérito Nacional de Saúde (INS) de 1995/1996. O INS de 1998/1999 incluiu-o, de novo, permitindo agora uma primeira comparação.

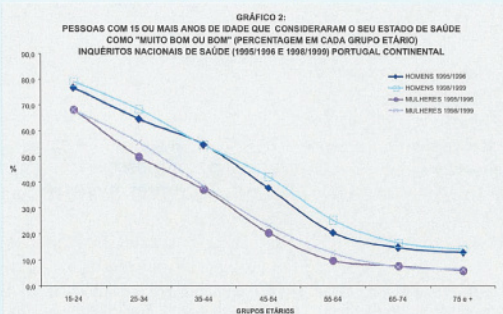
Embora o período de tempo entre os dois inquéritos seja de apenas três anos, os resultados globais parecem revelar uma diminuição, embora pequena, da percentagem de pessoas que consideraram o seu estado de saúde "muito mau" ou "mau" e um ligeiro aumento da percentagem de pessoas que consideraram o seu estado de saúde como "bom". Esta evolução verifica-se quer nos homens quer nas mulheres (Gráfico 1).

A percentagem de pessoas que avaliaram o seu estado de saúde como "muito bom" ou "bom" é superior nos homens em ambos os INS e em todos os grupos etários. Também em ambos os sexos se pode notar um ligeiro aumento dos valores de 1995/96 para os de 1998/99 (Gráfico 2).

Por outro lado, as mulheres consideraram o seu estado de saúde como "mau" ou "muito mau" mais frequentemente do que os homens, podendo observar-se uma diminuição em ambos os sexos entre os dois INS (Gráfico 1).

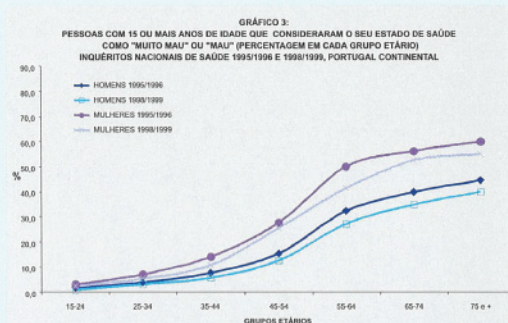


O comportamento da categoria "razoável" parece não ter variado de forma apreciável entre ambos os INS. A categoria "muito bom" não sofreu variação (Gráfico 1).

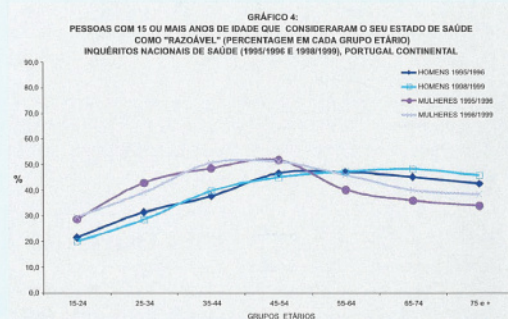


Uma observação mais detalhada da evolução do indicador "autoapreciação do estado de saúde", por sexo e grupo etário, revela algumas características adicionais.

Assim, a percentagem de pessoas que apreciaram o seu estado de saúde como "muito bom" ou "bom" decresce com a idade em ambos os sexos (Gráfico 2). Ao invés, o estado de saúde foi percebido como "mau" ou "muito mau" mais frequentemente pelos mais idosos. De referir uma discriminação mais nítida entre os sexos a partir do grupo etário 45 a 54 anos (Gráfico 3).



O comportamento da categoria "razoável" é interessante já que é diferente antes e depois do grupo etário 45 a 54 anos (Gráfico 4). De facto, nos grupos etários abaixo dos 45 anos, a autoapreciação de um estado de saúde "razoável" é mais frequente nas mulheres, enquanto que depois dos 55 anos ela é mais frequente nos homens. Também a evolução desta categoria de resposta entre os INS parece ser diferente antes e depois do referido grupo etário (Gráfico 4).



Estes resultados sugerem uma possível alteração no padrão de distribuição da autoapreciação do estado de saúde em Portugal entre 1995/1996 e 1998/1999, mais evidente nos grupos etários acima dos 45 a 54 anos. Nos grupos etários mais jovens a evolução não terá sido tão clara, necessitando de uma investigação mais aprofundada.

Torna-se necessário utilizar o mesmo instrumento e a mesma metodologia para colheita dos dados necessários à construção deste indicador em próximos INS de modo a avaliar a manutenção, ou não, da tendência agora descrita.

1.WHO, 1996). World Health Organization. Health Interview Surveys: Towards international harmonization of methods and instruments. WHO Regional publications European Series nº 58. 1996.

O QUE É QUE LHE ACONTECEU???

MÉDICOS DE FAMÍLIA PORTUGUESES REGISTAM ACIDENTES DOS SEUS UTENTES, OCORRIDOS EM 1999

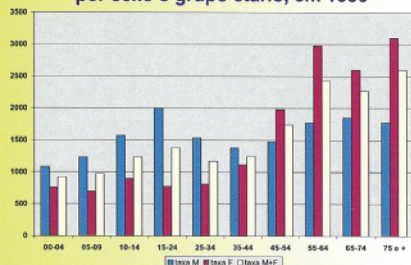
SOUSA, Jaime; SARDINHA, Ana; PEREZ, Jesus; SILVA, Manuel Luciano. USF HORIZONTE, Centro de Saúde de Matosinhos.

Objectivo: estimar a taxa de incidência dos acidentes; identificar o local da respectiva ocorrência; descrever o tipo de acidente; estimar a frequência de óbitos por acidente; descrever as causas de óbito; identificar os locais onde ocorreram os acidentes que causaram óbitos; identificar o local onde os acidentados procuraram cuidados de saúde.

Métodos: Estudo analítico descritivo e transversal das notificações dos acidentes que ocorreram nas listas dos Médicos-Sentinela durante 1999.

Resultados: A população média sobre observação foi de 137.039 indivíduos. Foram notificados 2.194 acidentes (47,9% no sexo masculino e 52,1% no sexo feminino); a taxa bruta de acidentes foi de 1601/10⁵; a taxa bruta máxima ocorreu no grupo etário ≥ 75 anos (2602,0/10⁵), sendo que, para o sexo feminino foi no

Estimativas das taxas de incidência (10⁵) de Acidentes, por sexo e grupo etário, em 1999



grupo etário ≥ 75 anos (3012,3/10⁵) e para o sexo masculino ocorreu no grupo etário 15-24 anos (1998,1/10⁵). A taxa bruta mínima ocorreu no grupo etário 0-4 anos (922,2/10⁵).

A média de idades dos acidentados foi de 45,7 (± 23,5); a mediana 48,0, a moda 62, a mínima 0 e a máxima 95. A média de idades para o sexo masculino foi 38,4 (± 22,4) e para o feminino 52,5 (± 22,3). A diferença da média de idades entre os dois sexos é estatisticamente significativa $t = 14,81$; $p < 0,001$; IC 95% [12,28 - 16,03].

Quanto aos principais tipos de acidente, de acordo com a CID-9, as quedas acidentais constituíram o principal motivo com 53,3%, seguido dos acidentes de viação e circulação com 19,2% e dos outros acidentes com 24%.

O maior número de acidentes ocorreu no domicílio, situando-se a via pública em segundo lugar, seguindo-se o local de trabalho. Não há diferenças estatisticamente significativas entre as taxas brutas no que respeita aos sexos, mas, quando se agrupa, para o local do acidente, conclui-se que as mulheres sofrem mais acidentes em casa enquanto que os homens têm mais acidentes noutros locais (via pública, trabalho, escola, recinto desportivo), encontrando-se aqui diferenças estatisticamente significativas.

Quanto à distribuição dos óbitos segundo o tipo de acidente, os acidentes de viação e circulação foram os mais frequentes com 72,7% (16) dos óbitos, seguindo-se as quedas acidentais com 18,2% (4) dos casos. A taxa de letalidade geral foi de 1002,73 /10⁵ (22 / 2194), sendo a taxa de letalidade por acidentes de viação e circulação de 3791,5/10⁵ (16/422) e a taxa de letalidade por quedas acidentais de 341,9/10⁵ (4/1170). A maior parte dos óbitos (68,2%) ocorreu na via pública, 13,6% no domicílio, 9% no trabalho e 9% noutro local.

Discussão: Os resultados mostram, como esperado, diferenças no local e tipo de acidente quanto ao sexo e idade.

A comparação das taxas com as que ocorreram nos outros anos em que houve notificação pela Rede permite concluir que em 1999 as taxas foram semelhantes às ocorridas em 1990 e 1998, sendo diferentes das de 1991, 1992 e 1997 ($p < 0,001$). Quanto à taxa de letalidade, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre 97, 98 e 99.

Estimativas das taxas de incidência (10⁵) de Acidentes, por sexo e local de acidente, em 1999

Local	sexo M nº casos	taxa	sexo F nº casos	taxa	M+F nº casos	taxa	Valor de p
Domicílio	349	534,7	643	896,0	992	723,9	<0,001
Via pública	380	582,2	318	443,1	698	509,3	<0,001
Trabalho	191	292,6	96	133,8	287	209,4	<0,001
Escola	41	62,8	19	26,5	60	43,8	<0,01
Desportivo	40	61,3	3	4,2	43	31,4	<0,001
Outros	51	87,8	63	78,1	114	83,2	0,5
Total	1052		1142		2194		0,7

Ser ou Não Ser? Uma questão sobre... Gripe!

Baltazar Nunes, Maria João Branco

(Projecto "Gripe 2000", resultante de um contrato de investigação celebrado entre o Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge e a Roche Farmacéutica)

Decisões acertadas, em matérias de saúde individual e colectiva, resultam de raciocínios lógicos baseados no conhecimento de factos científicos.

Uma mera aquisição de conhecimentos sobre aspectos relacionados com a saúde não trazem, por si só, melhor saúde, mas...pode ajudar. Poderíamos acrescentar que a saúde não depende só do que sabemos mas também do que fazemos. Saber reconhecer uma determinada situação de doença pode ajudar a uma melhor utilização dos recursos e levar-nos, acabando como começámos, a tomar as decisões acertadas.

No âmbito do projecto "Gripe 2000", pretendeu-se conhecer a capacidade de dife-

renciação entre gripe e constipação, perguntando a 1261 inquiridos «Na sua opinião quais são os sintomas que associa à constipação? E à gripe?», disponibilizando para o efeito uma lista de sintomas.

A análise do Quadro 1 permite-nos conhecer as percentagens de inquiridos que associam determinada categoria de sintomas a cada uma das situações clínicas. De realçar que as diferenças de percentagens no mesmo grupo de sintomas referido, quer na "gripe", quer na constipação são sempre estatisticamente significativas para todas as categorias de sintomas.

Verifica-se assim, que os indivíduos maioritariamente associam os sintomas **dores no corpo, febre, mau estar e calafrios à gripe,**

Quadro 1 - Percentagem de cada sintoma referido pelos inquiridos para a gripe e para a constipação

Sintomas (grupos)	Gripe n=1261 (%)	Constipação n=1261 (%)	p
dores no corpo, mialgias	67,7	47,9	0,000
febre	60,0	20,1	0,000
mau estar	22,4	13,1	0,000
tosse	19,4	26,2	0,000
inflamação das mucosas	37,4	71,2	0,000
calafrios e arrepios	19,2	15,3	0,002

p teste do McNemar, para detectar diferenças de classificação

e tosse e inflamação das mucosas à constipação.

Assim, e pelos resultados obtidos, julgamos poder afirmar que os respondentes, na sua maioria, sabem fazer a distinção entre gripe e constipação.

Editorial



A pouco e pouco vai-se construindo um edifício. Não de repente, porque as pressas podem comprometer a sua solidez e os acabamentos, mas com algum entusiasmo, entrega e muito trabalho, para que não fique sempre num estado de "obras de Santa Engrácia".

Vem isto a propósito da definição, em Portugal, de um sistema de observação em saúde e de uma rede de informação em saúde. Já aqui afirmámos que vários grandes desafios se colocam a quem lida com dados e indicadores: transformar a actual *overdose* de informação em saberes criteriosos, e por outro lado, tentar "horizontalizar" cada vez mais os conhecimentos para que o retrato que se dê sobre qualquer aspecto da saúde seja completo e multifacetado, dentro e fora da Saúde. O ONSA tem neste momento vários projectos em mão, uns próprios, outros solicitados por entidades que gerem programas verticais. Mas a preocupação é sempre a mesma: rigor, sustentabilidade, depuração de dados pouco credíveis e elaboração de documentos sólidos e interessantes, que possam apoiar a acção.

Curiosamente, nem sempre este esforço é bem entendido, por exemplo pela comunicação social. O lançamento do Inquérito Nacional de Saúde teve honras de primeira página e destaques em diversas publicações, o que foi óptimo. A maioria dos textos era interessante e factual. Contudo, os títulos primaram pela abordagem tipo "escândalo", chegando uma publicação a afirmar que "os portugueses estavam cada vez mais gordos, preguiçosos e feios". Se são bastante discutíveis as duas primeiras afirmações, do ponto de vista científico - pelo menos à luz dos dados fornecidos pelo INS -, então quanto à terceira não há qualquer dúvida: nunca foi perguntado aos portugueses se se consideravam "feios" nem os entrevistadores andaram propriamente a fazer avaliações estéticas dos inquiridos.

Enfim, temos pela frente um longo caminho a percorrer - não apenas internamente, visando a produção de indicadores e de saberes rigorosos e independentes, mas também externamente, para que os profissionais das várias áreas e os decisores aos diversos níveis possam encarar os dados com um mínimo de objectividade, não os transformando (ou deturpando) em "bandeiras de conveniência", seja para vender jornais, angariar audiências ou caucionar políticas e ganhar votos. A realidade é o que é, goste-se ou não dela, e tudo faremos para a revelar, nas suas vertentes mais duras, mas também em tudo o que de bom vai acontecendo - e que é muito.

Mário Cordeiro
Assessor

Roteiro dos... Projectos

Conhece o ISAAC?

Não, não precisa de recuar tanto no tempo. Basta chegar ao início da época de 90 e eis que nasce o *International Study of Asthma and Allergies in Childhood*.

Este projecto, multicêntrico, visa: **1)** descrever e estudar a prevalência e gravidade da asma, rinite e eczema em crianças de diferentes países e estabelecer comparações entre várias regiões geograficamente bem distribuídas; **2)** estabelecer linhas de abordagem e comparações relacionando prevalência e gravidade das doenças alérgicas; **3)** estabelecer linhas de investigação, procurando factores etiológicos relacionados com o ambiente doméstico e exterior, estilo de vida e genética, para ajudar no tipo de intervenção futura na comunidade.

O projecto desenvolve-se em **três fases**.

A **primeira** desenrolou-se em 1994-96 e traduziu-se fundamentalmente na realização de um inquérito a jovens escolarizados dos grupos etários dos 6-7 e 13-14 anos. Em Portugal, integraram esta fase 5 centros: Coimbra, Funchal, Lisboa, Portimão e Porto. Foram inquiridos **17189** jovens, de um total de **292** escolas. Verificou-se uma **prevalência de asma** da ordem dos **11.0%** no grupo dos 6-7 anos e de **11.8%** nos jovens dos 13-14 anos.

Na **segunda**, a decorrer actualmente, pretende-se estudar factores etiológicos relacionados com os resultados obtidos na fase 1, caracterização clínica, factores ambientais e de sensibilidade alérgica e hiperreactividade brônquica, procedendo-se à extensão da amostra a jovens dos 9-11 anos.

A **terceira** fase consistirá na repetição da fase 1, a decorrer em todo o mundo em 2001-02.

O percurso não tem sido fácil, valendo a pena salientar que um projecto desta envergadura só está no terreno devido ao empenhamento de muitos profissionais.

Deixamo-lhe um contacto, o do **coordenador nacional do ISAAC**:

J. Rosado Pinto

email: hde.imunoalergo@mail.telepac.pt

Neste número ...

Roteiro...dos Projectos

Conhece o ISAAC?

CERAC: os resultados de 1998

Distribuição do Índice de Massa Corporal na população de Portugal Continental

Antibacterianos:

algumas *pistas* sobre a sua prescrição

Acreditando no... Ícaro

Olhares sobre as Infecções Pneumocócicas

...da epidemiologia...do laboratório...da prevenção



Acreditando no...



Paulo Jorge Nogueira*

O sistema de vigilância ICARO está mais uma vez no terreno neste Verão de 2001. Recordando, é um sistema que monitoriza diariamente as condições meteorológicas durante o Verão, com o objectivo de atempadamente prever ondas de calor com prováveis repercussões na morbidade e mortalidade da população portuguesa.

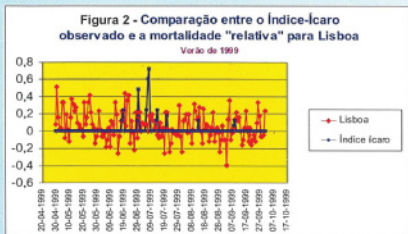
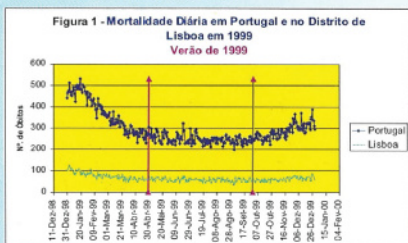
Como é sabido, o sistema de vigilância ICARO envolve varias instituições, nomeadamente, o Observatório Nacional de Saúde, o Instituto de Meteorologia, a Direcção Geral da Saúde e o Serviço Nacional de Protecção Civil. Funcionando o sistema desde o Verão de 1999 e estando agora disponíveis os dados de mortalidade para esse ano, toma-se pertinente validar o sistema, averiguando se as previsões geradas, baseadas no Índice-Icaro (1) foram consistentes.

Da observação empírica dos dados de mortalidade a nível do distrito de Lisboa, âmbito geográfico no qual se baseia o modelo de previsão, ressalta que no Verão de 1999 não ocorreram picos de mortalidade, alias o que também se verificou a nível nacional (figura 1).

Comparando a mortalidade observada no Verão de 1999, convertida num número relativo (razão de óbitos observado pelo número médio de óbitos, subtraída do valor um), com o Índice Icaro (figura 2) vemos que a mortalidade observada oscila ao longo do Verão em torno da linha zero do índice Icaro (o que de facto indica que a mortalidade esperada segundo o modelo foi consistente com o número médio de óbitos no distrito de Lisboa).

A não ocorrência de um número excepcional de óbitos valida assim, a informação veiculada através dos relatórios emitidos ao longo do Verão, onde o nível máximo de aviso atingido foi "Efeito não significativo sobre a mortalidade" (cf. 1).

Este resultado parece indicar que o sistema de vigilância, tal como está tecnicamente montado, confere uma boa especificidade no diagnóstico de não existência de ondas de calor com impacto na mortalidade. No entanto, note-se, quando o Índice indicou possíveis perturbações na mortalidade esperada, a mortalidade real observada teve um comportamento não aleatório em torno da linha zero do Índice-Icaro. Esta constatação leva-nos a pensar que o padrão de morbidade associado ao calor terá mudado, e que algo ocorreu apesar do número de óbitos não ter ultrapassado os valores críticos.



Bibliografia

1. Nogueira PJ, Nunes B, Matias CD, Falcão JM. "Um Sistema de Vigilância de Ondas de Calor com Efeitos na Mortalidade: o Índice Icaro" *Clima e Saúde. Revista Portuguesa de Saúde Pública*. Vol Temático: 1, 1999.

*Estatista do ONSA, INSA;



Centro de
Estudos e
Registo de
Anomalias
Congénitas

Sede: Serviço de Genética Médica
Hospital Egas Moniz
R. da Junqueira, 126
1300 Lisboa
Telefones: 213650313 ou 213650341
Fax: 213650198

Caros amigos

Estamos já em condições de vos dar parte dos resultados obtidos durante o ano de 1998.

Nesse ano a cobertura nacional foi de 83,15% no Continente e R.A. dos Açores, e o número de Hospitais e Maternidades participantes foi de 39 num total de 52.

O total de nados vivos e nados mortos registados com anomalias congénitas foi respectivamente 1473 e 195, o que correspondeu a 2492 anomalias.

A prevalência de anomalias em nados vivos foi de 139,8 por 10.000 nascimentos.

Estes resultados serão publicados mais detalhadamente na próxima edição de "Notas sobre..."

Até breve!

A Equipa do CERAC



IX Congresso Anual da Sociedade Portuguesa de Estatística. Ponta Delgada, São Miguel, Açores, 4 a 7 de Novembro de 2001.

Email: ix_congresso_spe@alf.uac.pt; fax: 296650072; url: www.ixcgressospe.uac.pt

Annual EUPHA meeting 2001 "Health Information Systems Throughout Europe and their Interaction with Public Health Policy Development and Actions". Bruxelas, Bélgica, 6 a 8 de Dezembro 2001.

Email: d.zeegers@nspn.nl; fax: +31302913242; url: www.nivel.nl/eupha

Blá, Blá, Blá ...

Como já deve ter notado a Observações iniciou um novo roteiro, o dos Projectos. O principal objectivo é a divulgação de projectos, na área da saúde, que tenham sido implementados e que estejam em execução.

Se está envolvido nalgum projecto que ache de interesse e possa divulgar, desafiamo-lo a isso.

Vá lá! Não seja turista accidental, torne-se num participante activo. Os nossos contactos estão mesmo aqui...

Ficha técnica

Propriedade: ONSA - Observatório Nacional de Saúde

Responsável: Maria João Branco

Equipa Redactorial: Baltazar Nunes, Paulo Nogueira

Sede: Avenida Padre Cruz 1649-016 LISBOA

Tel: 21.752 64 04 Fax: 21.752 64 00 e-mail onsa@insa.min-saude.pt

Tiragem: 6 000 exemplares Distribuição: gratuita

ISSN 0874-2928

Depósito Legal: 125868/98

Produção Gráfica: Litomaiores Ind. Litográfica, Lda. - Rio Maior

Antibacterianos: algumas pistas sobre a sua prescrição

Isabel Marinho Falcão*, Baltazar Nunes**, Zilda Pimenta***

A escassez de informação disponível sobre a prescrição de antibacterianos em Clínica Geral/Medicina Familiar levou os médicos que integram a rede Médicos-Sentinela (MS) a estudar este assunto ao longo do ano de 2001.

Assim, 131 CG que integram aquela Rede tem vindo a notificar todos os novos casos de prescrição de antibacterianos ocorridos, desde 1 de Janeiro de 2001, nos utentes das respectivas listas (num total aproximado de 200 000 utentes). Informaram ainda se tinha sido pedido um antibiograma e qual a doença ou situação que motivou cada prescrição.

Apresentam-se a seguir alguns resultados desse estudo, ainda preliminares e respeitantes, apenas, ao primeiro quadrimestre do corrente ano.

De 1 de Janeiro a 30 de Abril de 2001 foram notificadas 4590 novas prescrições de antibacterianos.

Os antibacterianos mais prescritos foram, em primeiro lugar, a associação *amoxicilina+ácido clavulânico* (1076 prescrições, 23,4%) seguindo-se-lhe a *amoxicilina* (649 prescrições, 14,1%) e a *azitromicina* (317 prescrições, 6,9%). A *claritromicina* e a *ciprofloxacina* foram prescritas, respectivamente, 296 vezes (6,4%) e 277 vezes (6,0%). Estes dados são de algum modo consistentes com a informação disponível sobre o volume de vendas de medicamentos em Portugal, em 1998¹, e 1999². Outros antibacterianos foram prescritos, cada um, em menos de 4% dos casos.

O padrão de prescrição mantém-se praticamente o mesmo quando os casos são desagregados por grupos etários, excepto no grupo etário 35-44 anos no qual a *azitromicina* foi o antibacteriano mais prescrito.

As situações ou doenças que, no total das notificações (4590), mais frequentemente justificaram a prescrição dum antibacteriano foram a "Amigdalite Aguda, Odinofagia e Faringite" (25,2%), a "Infecção Respiratória, Síndrome Brônquico, Bronquite e Sinusite" (24,7%) e a "Infecção Urinária não Venérea e Cistite" (13,3%).

Foi pedido antibiograma em 397 casos. No entanto, a prescrição do antibacteriano só se baseou no resultado desse teste em 197 casos, tendo nos outros 200 sido prescrito antibacteriano enquanto o resultado ainda era aguardado (Fig. 1).

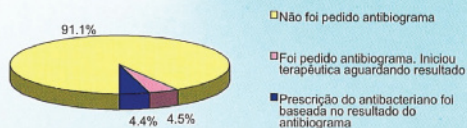


Fig. 1- Distribuição das prescrições de antibacterianos segundo a existência de um pedido de antibiograma prévio. N=4463

Considerando os casos em que foi pedido antibiograma verificou-se que os antibacterianos mais prescritos foram a *ciprofloxacina* (83 casos, 20,9%), a *norfloxacina* (69 casos, 17,4%), a associação *trimetoprim+sulfametoxazol* (54 casos, 13,6%) e a associação *amoxicilina+ácido clavulânico* (53 casos, 13,4%). Os restantes 138 (34,8%) antibacterianos foram prescritos em proporções muito inferiores às referidas. A "Infecção Urinária não Venérea e Cistite" foi a situação, que mais vezes suscitou o pedido de antibiograma (338, 85,1%).

Verificou-se que a proporção de prescrições em Janeiro, Fevereiro e Março foi semelhante, respectivamente com 1141 casos (24,9%), 1273 (27,8%) e 1276 (27,8%) tendo decrescido, apreciavelmente, em Abril, para 893 (19,5%) (N=4583), sendo esta diferença estatisticamente significativa ($p < 0,0001$). Este decréscimo é facilmente explicado pelo facto de as infecções do tracto respiratório diminuírem, habitualmente, a partir do final do Inverno.

O estudo aprofundado destes dados, recolhidos através da rede Médicos-Sentinela durante todo o ano de 2001, poderá contribuir para uma melhor compreensão das questões relacionadas com a prescrição dos antibacterianos em Clínica Geral.

Bibliografia

- Ribeiro CAF. Análise do consumo e custo com medicamentos a nível nacional em 1998. *Informação terapêutica* 1999;3:7-8.
- Informed. *Informação 99 Estatística*: 86.

*Assistente Graduada de Clínica Geral, ONSA,INSA;

**Estatista do ONSA,INSA;

***Operadora de registo de dados, ONSA,INSA

Distribuição do Índice de Massa Corporal na população de Portugal Continental

Resultados dos Inquéritos Nacionais de Saúde de 1996 e 1999

Carlos Matias Dias, Maria de Jesus Graça
(Equipa coordenadora do Inquérito Nacional de Saúde)

Como se sabe, a obesidade é um dos mais importantes factores determinantes da saúde das populações, constituindo um factor de risco para o desenvolvimento de várias doenças crónicas e degenerativas.

O índice de massa corporal (IMC), também conhecido por índice de Quetelet, ou peso corrigido para a altura, é um bom indicador da gordura corporal e é aceite como uma medida útil da obesidade nos adultos quando apenas estão disponíveis dados sobre o peso e a altura (1).

Em Portugal, os Inquéritos Nacionais de Saúde de 1996 e de 1999 recolheram as alturas e os pesos declarados pelos adultos maiores de 18 anos, incluídos na amostra estudada, permitindo assim o cálculo do seu IMC (2, 3).

Embora as informações dadas pelo próprio acerca do seu peso e da sua altura possam conter erros (a altura tende a ser sobre-estimada e o peso sub-estimado) parece aceite que a magnitude deste erro é pequena, em média (1). É assim aceite a utilidade do peso e da altura reportados pelo próprio como uma base suficientemente válida para o cálculo do IMC (1).

Nesta análise preliminar utilizou-se uma das classificações possíveis das várias categorias de IMC. Assim, foram consideradas como "peso adequado" as pessoas com $IMC \geq 20$ e < 27 Kg/m^2 , com "excesso de peso" as pessoas com $IMC \geq 27$ e < 30 Kg/m^2 , com "obesidade" aquelas com $IMC \geq 30$ Kg/m^2 . O IMC inferior a 18 Kg/m^2 foi considerado como "peso extremamente baixo" e o $IMC \geq 18$ e < 20 Kg/m^2 foi designado como "peso baixo" (1).

Os valores obtidos revelaram um aumento na percentagem de indivíduos com "excesso de peso", na de "obesos" e na de pessoas com "peso extremamente baixo", em ambos os sexos, entre 1996 e 1999 (Gráfico 1). Por outro lado a percentagem de pessoas com "peso desejável" parece ter decrescido em ambos os sexos de 1996 para 1999.

Focalizando a análise na prevalência de obesidade, desagregada por grupo etário e sexo, observa-se um aumento, em ambos os sexos, até ao grupo etário 55 a 64 anos, após o que decresce (Gráfico 2).

Gráfico 1: Percentagem da população com 18 ou mais anos de idade, segundo a classe de índice de massa corporal e o sexo

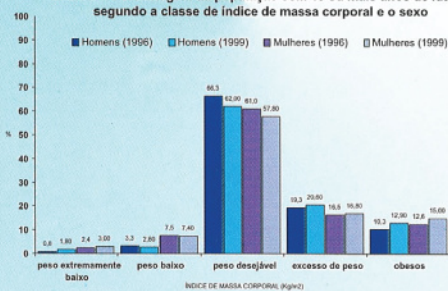
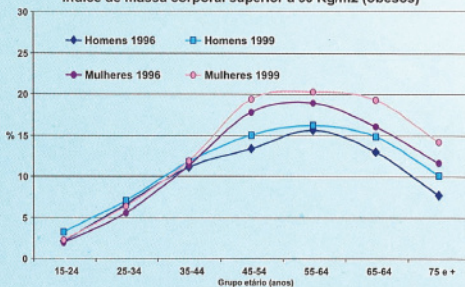


Gráfico 2: População com 18 ou mais anos de idade com índice de massa corporal superior a 30 Kg/m^2 (obesos)



Bibliografia

- WHO, 1996). World Health Organization. Health Interview Surveys: Towards international harmonization of methods and instruments. WHO Regional publications European Series nº 58. 1996.
- Ministério da Saúde. Departamento de Estudos e Planeamento da Saúde. Inquérito Nacional de Saúde 1995/1996. Lisboa, DEPS, 1997.
- Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge. Observatório Nacional de Saúde. Inquérito Nacional de Saúde 1998/1999. Lisboa, ONSA, 2001.

Olhares sobre as Infecções Pneumocócicas...

...da epidemiologia

"Infecção Pneumocócica em Portugal. Algumas considerações"

Mário Cordeiro*

(Excerto de artigo publicado no Mundo Médico 2000; 16 : 50-54)

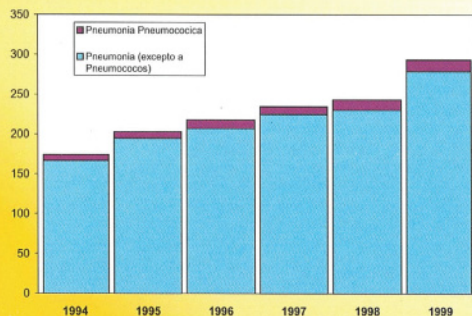
As infecções causadas pelo *Streptococcus pneumoniae* constituem um problema de saúde pública, designadamente nas populações mais vulneráveis, como é o caso das crianças com menos de dois anos de idade e dos idosos.

A bactéria coloniza a nasofaringe e pode provocar doença, com apresentações diferentes consoante há invasão da corrente sanguínea (causando septicemia, meningite ou pneumonia com bacteriemia) ou apenas extensão a territórios próximos (traduzindo-se por otite, sinusite ou pneumonia sem bacteriemia, entre outras).

Um número elevado de pessoas é portador do *S. pneumoniae* sem nunca desenvolver a doença, mas podendo facilmente propagá-la a outras pessoas, como é por exemplo o caso das crianças que frequentam creches e infantários. Dados recolhidos apontam para uma prevalência de 60% de portadores nas crianças de idade pré-escolar, diminuindo para 35% na idade da escola primária e 25% nos adolescentes do 2º e 3º ciclos(1). Os resultados preliminares de estudos que estão a ser realizados actualmente em Portugal apontam para uma taxa muito semelhante(2). Assim, poderemos estimar que cerca de meio milhão de crianças até aos 10 anos e 150.000 adolescentes serão portadores. A percentagem de portadores entre os adultos varia muito com o contacto que têm com crianças.

O pneumococo é responsável por cerca de 40 a 50% das otites médias agudas na população infantil(3). Extrapolando para a população portuguesa os dados de alguns estudos(4), relativos à incidência de otite média aguda, pode estimar-se em cerca de 300.000 o número de episódios anuais de otite média aguda na população com menos de 3 anos de idade. No que se refere à sinusite aguda, crê-se que esta bactéria causará cerca de 40% dos episódios, em todas as idades.

Figura 1 Taxa de mortalidade por pneumonia (por 10⁵ hab), na população de 65 e mais anos, em Portugal (1994 a 1999).



No que respeita à mortalidade por infecções a *S pneumoniae*, a título de exemplo apresenta-se na figura 1 a evolução da taxa de mortalidade (por 10⁵ hab), da pneumonia devida a este agente, comparando-a com a da pneumonia por todas as causas.

Relativamente à morbilidade, traduzida em internamentos hospitalares as infecções por pneumococo revelam um número apreciável de episódios de internamento, bem como de dias de hospitalização.

Curiosamente, comparando o número de internamentos por meningite a pneumococos e a *Haemophilus influenzae tipo b*, verifica-se uma diminuição acentuada dos casos provocados pelo segundo agente, resultante da vacinação (Figura 2).

A descida das meningites provocadas por *H influenzae tipo b* deve-se à vacinação.

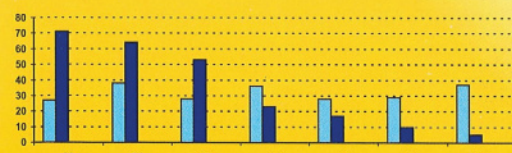


Figura 2 - Internamentos por meningite a pneumococos e a *haemophilus influenzae* Crianças e adolescentes 0-19 anos

Por outro lado, a emergência nos últimos anos de estirpes resistentes aos antibióticos mais utilizados na comunidade, veio a conferir uma nova visão do problema. Com efeito, desde os anos 80 que tem sido referido um aumento consistente das resistências às penicilinas e beta-lactâmicos, sendo em alguns países superior a 30%. Portugal está incluído no grupo de países com taxas de resistências relativamente elevadas(5,6), obrigando a novas estratégias de utilização de antimicrobianos, com exigência de fármacos mais potentes, mais caros e com maior probabilidade de efeitos secundários.

...do laboratório

...contributo do laboratório de referência

Maria Manuela Caniça**

A Unidade de Resistência aos Antibióticos (URA) do Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, de Lisboa: tem tido um envolvimento específico na determinação dos serótipos de *Streptococcus pneumoniae*, considerando que estes são marcadores epidemiológicos importantes no âmbito dos estudos de vigilância de susceptibilidade aos antibióticos.

Origem das estirpes: os estudos englobam *S. pneumoniae* provenientes de Hospitais e Centros de Saúde portugueses que participam com a URA, desinteressadamente, em *Estudos de vigilância da resistência aos antibióticos* e que integram o *Grupo de Estudos Multicêntricos de Vigilância da Susceptibilidade aos Antibióticos* (GEMVSA).

Contributo no imediato: a avaliação e distribuição dos serótipos circulantes de *S. pneumoniae*, responsáveis de patologias importantes, úteis na definição de uma estratégia vacinal; detecção de novos fenótipos de resistência; avaliação da evolução da resistência aos antibióticos em Portugal; detecção de clones epidémicos envolvidos ou não em surtos.

Usufruir de um Laboratório de Referência: qualquer Laboratório poderá contribuir para o esclarecimento dos "serótipos de pneumococos portugueses" enviando estirpes à URA. Participe. Solicite o protocolo.

...da prevenção

Mário Cordeiro*

(Excerto de artigo publicado no Mundo Médico 2000; 16 : 50-54)

Neste momento está a ser introduzida em Portugal uma nova vacina anti-pneumocócica, do tipo conjugado, o que permitirá a administração a crianças com menos de dois anos, o desenvolvimento de memória imunológica e a diminuição da taxa de portadores. Esta vacina cobre mais de 75% dos serótipos patogénicos, prevendo-se o aumento das suas valências, bem como a associação com outras vacinas. A introdução desta vacina no nosso país não será seguramente pacífica. O interesse individual, representado pelos pais das crianças e pelos médicos assistentes, que não podem omitir aos pais a existência de um meio eficaz para a prevenção de situações graves como a meningite ou a septicemia a pneumococos, poderá entrar em conflito com o interesse geral da administração de saúde na compra de uma vacina cujo preço, por dose, é de 15 contos (uma criança com menos de 8 meses fará 4 doses, com mais de 15 meses apenas uma, até aos dois anos), mediante a alternativa relativamente a outros bens, seja ela financiada integralmente e incluída no PNV ou apenas comparticipada. Se assim for, corre-se o risco de aumentar as desigualdades em saúde através da introdução de uma vacina "só para alguns".

Todos estes aspectos terão que ser ponderados de uma maneira integrada e cientificamente rigorosa, à luz dos indicadores existentes e da medicina baseada na evidência.

Bibliografia

1. Black S, Shinefield H. Issues and challenges: pneumococcal vaccination in pediatrics. *Pediatr Ann* 1997; 26: 355-60 e Smith T et al. Acquisition and invasiveness of different serotypes of *Streptococcus pneumoniae* in young children. *Epidemiol Infect* 1993; 111: 27-39
2. Avó AB. Estudo nos infantários da Grande Lisboa dados preliminares divulgados, mas não publicados
3. Teele DW, Klein JO, Rosner B. Epidemiology of otitis media during the first seven years of life in children in Greater Boston: a prospective cohort study. *J Infect Dis* 1989; 160: 83-94
4. Dowell SF et al. Acute otitis media: management and surveillance in an era of pneumococcal resistance: a report. *Pediatr Infect Dis J* 1999; 18: 1-9
5. Carvalho CB, Louro D, Pato MV & GEMVSA. Estudo multicêntrico de vigilância da resistência aos antibióticos em 938 estirpes de *Streptococcus pneumoniae*. *Revista Portuguesa de Doenças Infecciosas* 1996; 19(1-2):29-37.
6. Carvalho C, Louro D, Pato MV, The Multicenter Study Group (GEMVSA) & Caniça M. *Streptococcus pneumoniae*: Antimicrobial resistance and serotypes in clinical isolates (1995-1997). National Meeting from Portuguese Society of Microbiology, Luso, Portugal, 1999; 113:185.

*Pediatria, ONSA,INSA;

**Investigadora responsável, URA,INSA

Editorial



No seio da Comissão Europeia, existe um programa específico sobre "Monitorização dos indicadores de saúde". Composto por vários projectos, sobre vertentes diferentes da saúde, este programa pretende que os indicadores sejam, numa palavra, cada vez mais rigorosos, comparáveis e úteis. O ONSA participa no projecto específico referente à Saúde Infantil e Juvenil.

A quantidade de indicadores existentes e publicados, muitos deles até em estatísticas oficiais dos países ou da própria União Europeia, é enorme. No entanto, ao olhar "com olhos de ver" para o que se exige de um indicador, em termos de rigor, de fiabilidade, reproductibilidade, sensibilidade, especificidade, ausência de vieses ou de leituras dúbias, o debate revelou carências enormes e ambiguidades preocupantes.

"Too many readings but no meanings" é o que apetece dizer. Números e números por todo o lado, dados e estatísticas, percentagens e gráficos. Mas qual o significado disso tudo? Qual o grau de comparabilidade? Que ilações correctas, certas, rigorosas, se podem extrair de modo a desencadear acções e a monitorizar e avaliar actividades e programas? E qual a distância, em alguns casos muito curta, entre a realidade e a invenção? A última reunião, em Helsínquia, revelou o que tínhamos; que ainda estamos muito longe de ter um sistema simples, fácil, fiável e comparável. Não é possível continuar a "manter sob controlo" centenas e centenas de indicadores. Torna-se pois premente organizar um leque de indicadores que possam expressar facetas da doença, da saúde, da prevenção e da promoção, da qualidade de vida, que seja comum aos vários países e regiões, colhido com metodologias semelhantes e muito bem definidas.

A próxima reunião do grupo terá lugar em Sintra, no mês de Outubro.

Mário Cordeiro - Assessor

Neste número ...

Roteiro dos Laboratórios
Laboratório de Bromatologia e Nutrição

CERAC:
1ª Reunião Nacional de Coordenadores

Um flash sobre a Gripe em 2000-01

É raro...
Echovirus 13 na etiologia das meningites virais

Consumo de tabaco na população de Portugal Continental
Comparação dos dados dos Inquéritos Nacionais de Saúde de 1987, 1996 e 1999.

Mamã eu quero, mamã eu quero...



**INSTITUTO NACIONAL DE SAÚDE
DR. RICARDO JORGE**

Roteiro dos Laboratórios

Laboratório de Bromatologia e Nutrição

O Laboratório de Bromatologia e Nutrição (LBN) é uma unidade do Centro de Segurança Alimentar e Nutrição (CSAN) do INSA, em Lisboa.

A existência deste laboratório, o mais antigo do Instituto, ficou a dever-se ao espírito inovador do grande higienista Dr. Ricardo Jorge, que, pela primeira vez em Portugal, se preocupou com a qualidade higiénica e nutricional dos alimentos ingeridos pela população.

Enquanto Laboratório de Referência, o LBN: produz dados de composição de alimentos indispensáveis; identifica e quantifica substâncias presentes nos alimentos, quer sejam protectoras, quer potencialmente prejudiciais; participa na produção e certificação de materiais de referência para alimentos; desenvolve ou participa em estudos específicos que permitam caracterizar os efeitos dos componentes da dieta alimentar sobre a saúde de grupos populacionais.

Como exemplo da acção do LBN falaremos da Doença Celíaca e da determinação do teor de glúten nos alimentos.

O glúten é constituído pela fracção proteica dos grãos dos cereais de que fazem parte proteínas de reserva de azoto necessárias para a germinação dos grãos. As proteínas de reserva dos grãos de trigo, centeio e cevada - prolaminas - quando ingeridas por indivíduos geneticamente predispostos, provocam fenómenos de intolerância designados de "doença celíaca".

Estima-se que a intolerância ao glúten afecte 1/300 da população geral.

O único tratamento da doença celíaca reside na administração de um regime alimentar, durante toda a vida, que exclua o glúten, o que não é fácil. Efectivamente, o glúten de trigo é largamente utilizado na indústria alimentar para melhorar a textura e a retenção de água ou de gordura e aumentar a extensibilidade do produto, encontrando-se, assim, numa vastíssima gama de produtos alimentares. As proteínas do glúten substituem, também, as proteínas animais diminuindo o custo de produção de certos produtos alimentares. Alguns medicamentos apresentam, igualmente, glúten entre os seus constituintes. Inclusivamente, nos produtos referenciados "sem glúten" existe o risco da presença de prolaminas devido a uma eliminação incompleta do glúten. O teor máximo de glúten está fixado em 20 ppm nos alimentos «naturalmente isentos de glúten» e em 200 ppm nos alimentos «sem glúten» derivados de trigo, centeio e cevada.

O LBN tem de estar apto para avaliar o teor em glúten nos alimentos, nomeadamente naqueles denominados "sem glúten". Implementou, com essa finalidade, um método ELISA, com elevado nível de detecção, que quantifica indirectamente o glúten, determinando um componente da prolamina, a ω -gliadina, e a sua posterior ligação a anticorpos específicos.

Com a introdução desta técnica imunoenzimática o LBN tem possibilidade de responder às frequentes solicitações que lhe são dirigidas e actuar na Avaliação da Qualidade Alimentar, contribuindo para a melhoria da saúde da população.

Maria Helena Palla Garcia - Telefone: 217160262
E-mail: csan@insa.min-saude.pt / helena.p.garcia@insa.min-saude.pt



Ministério da Saúde



Centro de
Estudos e
Registo de
Anomalias
Congénitas

Sede: Serviço de Genética Médica
Hospital Egas Moniz
R. da Junqueira, 126
1300 Lisboa
Telefones: 213650313 ou 213650341
Fax: 213650198

Caros colegas

Chegou o momento de efectuarmos a 1ª Reunião de Coordenadores do Registo Nacional de Anomalias Congénitas, que se realizará no dia 16 de Novembro de 2001 no Anfiteatro do Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge.

Trata-se de uma reunião informal e destinada unicamente aos colaboradores do Registo, que tem como objectivo conhecermo-nos melhor e discutir as dificuldades no terreno e a forma de as resolver.

O tema escolhido foram as "Uropatias Malformativas" e o programa da reunião é o seguinte:

PROGRAMA

- 9h30m ABERTURA
- 9h45m Objectivos da reunião e apresentação dos trabalhos
- 10h00m Distribuição da prevalência de Anomalias Congénitas em 1997 e 1998 no Continente e R. A. Açores
- 10h30m MESA REDONDA Uropatias malformativas
10h30m Factores moleculares do desenvolvimento nefrológico
10h50m Anomalias urológicas no Registo Nacional. Aspectos estatísticos e epidemiológicos
- 11h10m Café
- 11h30m MESA REDONDA (cont.) Estudo multicêntrico de uropatias malformativas. Objectivos, metodologia e possível colaboração com o registo nacional.
- 11h50m Discussão
- 12h10m The Emilia Romagna Registry Eurocat
- 13h00m Almoço
- 14h30m MESA REDONDA Dificuldades e dúvidas
14h30m Na codificação e informatização
15h Dos Centros Notificadores participação por inscrição prévia
- 16h00m Projectos do CERAC
Conclusões e encerramento
Anúncio da próxima reunião

Gostaríamos de proceder à análise dos dados de 1999 o mais rapidamente possível, pelo que pedimos aos coordenadores locais dos Centros que nos enviem os Registos desse ano que ainda tiverem em seu poder.
Até breve!

A Equipa do CERAC



III Congresso Português de Epidemiologia. Porto, Hotel Porto Palácio, 7 a 9 de Novembro de 2001.
Email: skyros@esoterica.pt
Tel: 226095196 / 226003702 Fax: 226003634

6^o World Conference Injury Prevention and Control
Montréal, Québec, Canada, 12 a 15 de Maio 2002.
Email: trauma@coplanor.qc.ca
Tel: +5148481133 Fax: +5142886469
url: www.trauma2002.com

Reunião Anual dos Médicos Sentinela, Luso, Grande Hotel do Luso, de 31 Janeiro a 2 Fevereiro de 2002.
Email: medicos.sentinela@insa.min-saude.pt
Tel: 217526488 Fax: 217526400

TOME NOTA!

O INSA comemora o seu "Dia" a 22 de Novembro.

Para além das actividades de divulgação dos diversos departamentos e serviços - o que acontecerá ao longo da semana correspondente - o Dia do INSA irá ser dedicado a um tema particularmente importante e actual: a informação em Saúde.

A reunião terá lugar no Auditório do Instituto Dr. Ricardo Jorge e durará desde as 9.00 até cerca das 18.00.

É intenção dos organizadores analisar a questão da informação em saúde de uma forma alargada e, principalmente, aprofundar o debate sobre os objectivos da informação, a sua produção e utilização.

Depois da sessão de abertura e de uma breve introdução aos objectivos da reunião, seguir-se-á uma conferência sobre "Informação, Saúde e Cidadania". O resto da manhã será dedicado à questão das "Fontes de informação". Foram convidados médicos hospitalares e dos cuidados de saúde primários, representantes de outros observatórios e do próprio INSA. Da parte da tarde, depois de uma conferência sobre "A informação e a tomada de decisão política", seguir-se-á novo painel sobre "Os clientes da informação", no qual estarão representantes da DGS, uma ARS, comunicação social, uma associação de doentes, entre outros.

A reunião terminará com um breve "relatório do dia", que será o ponto de partida para as conclusões.

Esperamos, com este dia de reflexão, podermos dar mais um passo no sentido de "melhor informação, melhores conhecimentos", "melhores conhecimentos, acção mais eficiente".

Ficha Técnica

Propriedade: ONSA - Observatório Nacional de Saúde
Responsável: Maria João Branco
Equipa Redactorial: Ballazar Nunes, Paulo Nogueira
Sede: Avenida Padre Cruz 1649-016 LISBOA
Tel: 21.752 64 04 Fax: 21.752 64 00 e-mail onsa@insa.min-saude.pt
Tiragem: 6 000 exemplares Distribuição: gratuita
ISSN 0874-2928
Depósito Legal: 125868/98
Produção Gráfica: Litomaior Ind. Litográfica, Lda. - Rio Maior

Um flash da gripe em 2000-01

Maria João Branco*, Helena Rebelo de Andrade**, Baltazar Nunes***

Conforme noticiado na OBSERVAÇÕES Nº 10, o Centro Nacional da Gripe, com o objectivo de aumentar a precocidade na detecção de eventuais surtos epidémicos gripais, achou pertinente manter operacional, em 2000/01, a vigilância da gripe baseada em serviços de urgência (SUs) de Centros de Saúde e de Hospitais. Apresentam-se pois, num flash, resultados dessa vigilância, que necessariamente constitui apenas uma fotografia parcelar da realidade.

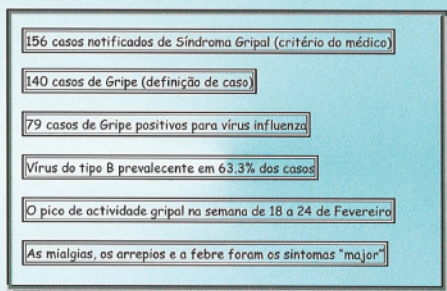
Valerá a pena referir, previamente, alguns aspectos inerentes à operacionalidade da vigilância.

Assim, foi definido:

- caso de síndrome gripal todo o caso notificado que o médico diagnosticou baseado nas manifestações clínicas;
- caso de gripe todo aquele que cumpria com pelo menos um dos critérios:

- cultura viral ou evidência serológica da infecção pelo vírus da gripe;
- ocorrência de 6 ou mais itens de uma lista predefinida de 10. O período de vigilância decorreu entre Novembro e Maio. Dos 10 SUs seleccionados por conveniência participaram efectivamente 6, dispersos pelo Continente.

Eis então a fotografia "de passe" da Gripe em SUs



Seleccionámos ainda os seguintes detalhes que nos pareceram interessantes apresentar:

Na figura 1 descreve-se a ocorrência no tempo da actividade gripal baseada nos casos de síndrome gripal notificados, tendo a sua expressão máxima ocorrido entre final de Janeiro e início de Março, com um pico de casos notificados na última semana de Fevereiro (18-24). Das estirpes isoladas verificou-se um predomínio dos vírus influenza do tipo B, sendo as estirpes antigénica e genéticamente semelhantes às estirpes de referência e vacinais.

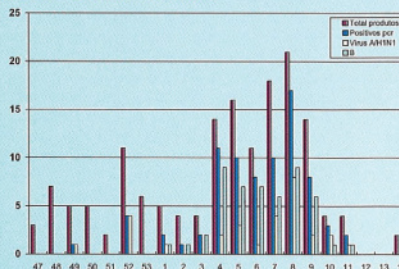


Figura 1 - Distribuição do número de casos SG segundo as semanas de ocorrência da doença, entre Novembro de 2000 e Maio de 2001

No quadro 1, descreve-se a distribuição dos casos notificados segundo os critérios adoptados.

Quadro 1 - Distribuição (%) dos casos notificados segundo critérios adoptados (clínico e laboratorial) para definição de caso de Gripe

	Casos notificados (n=156) %
CASOS G (c/ critério clínico e laboratorial)	43.6 (n=68)
CASOS G (c/ critério clínico)	39.1 (n=61)
CASOS G (c/ critério laboratorial)	7.1 (n=11)
Casos SG	10.6 (n=16)

Para finalizar gostaríamos de realçar que sem o empenho e dedicação dos profissionais envolvidos no processo de notificação esta fotografia não teria sido possível revelar.

*Médico de Saúde Pública, ONSA,INSA;
** Virologista, Centro Nacional da Gripe, INSA
***Estatística, ONSA,INSA

É raro...

Echovirus 13 na etiologia das meningites virais

Correia P*, Brito MJ*, Andrade HR**, Vasco ER**, Neves C*, Ferreira GC*, Machado MC*

"Picos" de casos de meningite em Dezembro não são frequentes, ainda menos se se tratam de meningites a Echovirus 13. Contudo, foi o que se observou num estudo realizado no serviço de pediatria do Hospital Fernando da Fonseca. Com efeito, num total de 21 casos de meningite a enterovirus, diagnosticados entre Outubro e Dezembro de 2000, foram detectados 11 devidos a Echovirus 13.

Verificaram-se mais algumas peculiaridades nestes casos, contrastando com o habitualmente descrito na literatura: predomínio de idades igual ou superior a 5 anos, níveis socioeconómicos mais altos. Não foram encontrados factores geográficos causais.

Aspecto a reter: em 2000, em Inglaterra foi documentado um aumento de infecções a echovirus 13; discute-se a hipotética associação com o aumento da temperatura ambiente em Dezembro. Também em Portugal se verificou um aumento de 4° C na temperatura média do ar, no inverno de 2000 (dados do Instituto de Meteorologia e Geofísica).

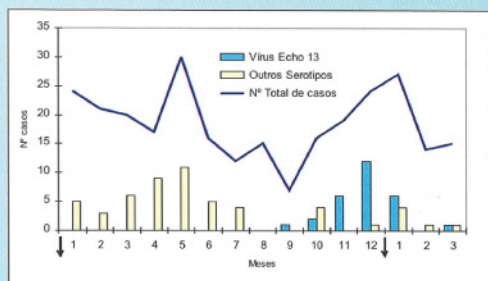
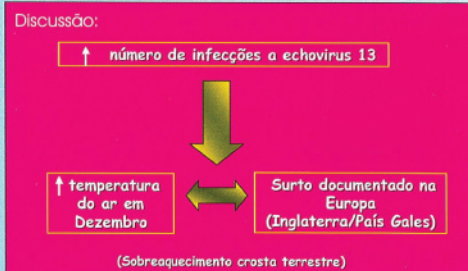


Figura 1 - Meningite virais em crianças internadas no H. Fernando da Fonseca durante o ano 2000



* Serviço de Pediatria, H. Fernando da Fonseca
** Centro de Virologia, INSA

CONSUMO DE TABACO NA POPULAÇÃO DE PORTUGAL CONTINENTAL COMPARAÇÃO DOS DADOS DOS INQUÉRITOS NACIONAIS DE SAÚDE DE 1987, 1996 E 1999.

Carlos Matias Dias*, Patrícia Martins**, Maria de Jesus Graça**

O consumo de tabaco declarado pelo próprio tem sido uma das áreas de inquirição presente nos Inquéritos Nacionais de Saúde até agora realizados em Portugal Continental em 1987, 1996 e 1999 (1, 2, 3). Observando os dados recolhidos podemos constatar que, apesar da prevalência de fumadores (pessoas que declararam ter fumado todos os dias nas duas semanas anteriores à entrevista) ser ainda muito mais elevada nos homens do que nas mulheres, parecem verificar-se alterações apreciáveis nos padrões de consumo entre 1987, 1996 e 1999 (Quadro 1). Tendo em conta que a idade é uma variável importante no hábito de fumar, importa analisar os dados estratificados por grupo etário. Assim, observa-se uma diminuição da percentagem de fumadores nos homens em todos os grupos de idade (excepto entre os 35 e os 44 anos) (Gráfico 1). Por seu lado, a percentagem de mulheres fumadoras aumentou, em especial nos grupos etários entre os 25 e os 54 anos de idade (gráfico 2). Estes indicadores mostram o diferente padrão de evolução do consumo de tabaco, em ambos os sexos, já anteriormente referido e sugerem uma maior apetência para a experimentação do tabaco entre a população jovem do sexo feminino (4). Complementando estas observações, há que referir uma tendência para o aumento da prevalência de ex-fumadores, em ambos os sexos, cujas razões importa compreender (Quadro 2).

Quadro 1 - Prevalência de fumadores actuais (fumam diariamente) na população com 15 e mais anos de idade, em cada sexo

	1987	1996	1999
Homens	33,3	29,2	29,3
Mulheres	5,0	6,5	7,9

Gráfico 1 - População masculina com 15 e mais anos de idade que declarou fumar diariamente

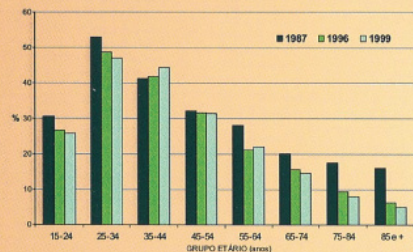
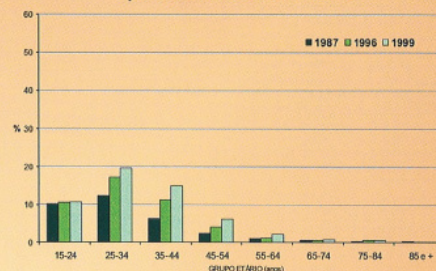


Gráfico 2 - População feminina com 15 e mais anos de idade que declarou fumar diariamente



Quadro 2 - Prevalência de ex-fumadores na população com 15 e mais anos de idade, em cada sexo

	1987	1996	1999
Homens	18,5	20,1	21,8
Mulheres	1,8	3	4,2

Referências:

1. Ministério da Saúde. Departamento de Estudos e Planeamento da Saúde. Inquérito Nacional de Saúde 1987. Lisboa, DEPS, 1988.
2. Ministério da Saúde. Departamento de Estudos e Planeamento da Saúde. Inquérito Nacional de Saúde 1995/1996. Lisboa, DEPS, 1997.
3. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge. Inquérito Nacional de Saúde 1998/1999. Lisboa, INSA, 2000.
4. Matias Dias C., Jesus Graça M., Marinho Falcão. Algumas características sócio-económicas dos fumadores na população de Portugal continental. Resultados do Inquérito Nacional de Saúde de 1995/1996. Notas Sobre nº1. INSA 1999.

*Médico de Saúde Pública, ONSA, INSA;
**Estatística, ONSA, INSA

Mamã eu quero, mamã eu quero...

Patrícia Martins*, Baltazar Nunes*, Maria João Branco**

Do INS apresentam-se alguns resultados referentes à amamentação.

Observou-se, entre 96 e 98, um aumento da percentagem de mães que referiram ter amamentado os seus filhos (81.4% para 84.9%), assim como, da duração da amamentação. Contudo, continua a verificar-se ser a idade dos três meses o grande marco relativamente ao abandono da amamentação.

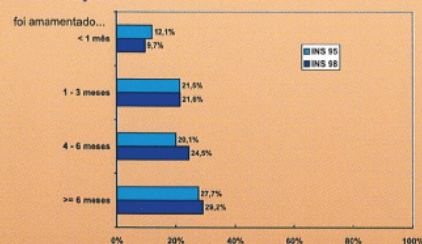


Figura 1 - Percentagens de crianças com menos 6 anos, por idade limite de amamentação.

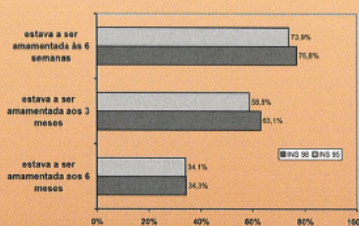


Figura 2 - Percentagem de crianças com menos 6 anos, por idade de amamentação.

*Estatista, ONSA, INSA
**Médico de Saúde Pública, ONSA, INSA

Editorial

ONSA na net - um *site* para todos



Está para muito breve o momento que aguardávamos: o ONSA na Net. É verdade: dentro de dias teremos um *website* no espaço cibernáutico (estamos apenas a ultimar as funcionalidades para que tudo fique conforme, mesmo considerando que um projecto destes nunca está acabado) e, estamos certos que em breve poderemos dizer que muitos navegadores já terão "feito escala" no nosso "porto". A divulgação da informação é, como temos acentuado, um dos nossos principais objectivos. Não sendo o único meio para o fazer, longe disso, não há dúvida que a internet é um instrumento poderoso para que os leitores possam ter acesso à informação que se vai produzindo no Observatório.

Planeamos produzir mais documentos, sobre vários aspectos de saúde, observados de forma plurifacetada. A utilização correcta e adequada de toda a informação produzida cabe aos leitores e utilizadores fazer. Mas estamos convictos que decisões baseadas em dados rigorosos e informação fidedigna são, seguramente, mais eficazes e mais dirigidas aos problemas reais da população. Do mesmo modo, só com abertura da informação ao exterior é possível veicular nos meios de comunicação notícias correctas e ajudar a formar consciências cívicas a um tempo intervenientes e participativas, mas também lúcidas e objectivas.

Posto isto, resta-nos desejar boas navegações e que nos encontremos numa qualquer maré, crista de onda ou cais. Que os ventos vos sejam leves e que os vossos barcos mantenham o leme firme, as velas ou motores bem afinados e a sensação de que se por um lado são grandes e por vezes insondáveis os designios dos oceanos, por outro consegue-se chegar a todo o lado, desde que haja rumo, programação, critério, objectivos, vontade e algum espírito de missão.

Mário Cordeiro
Assessor

Neste número ...

Roteiro dos Laboratórios: Laboratório de Micologia - Lisboa

CERAC

Cuidados Preventivos do Cancro da Mama

Vigilância Epidemiológica da ocorrência de enfarte agudo do miocárdio numa população de utentes de centros de saúde

ECOS dos Idosos

Minas de Urânio e mortalidade por neoplasia maligna do pulmão, em Portugal



**INSTITUTO NACIONAL DE SAÚDE
DR. RICARDO JORGE**

Roteiro dos Laboratórios

Laboratório de Micologia

O Laboratório de Micologia (LM) é uma Unidade do Centro de Doenças Transmissíveis do INSA, em Lisboa. Iniciou-se como Laboratório independente em 1980 e desde essa data tem vindo a desenvolver diversas actividades, nomeadamente:

- Dar apoio à comunidade em Micologia Clínica, Alimentar e Ambiental;
- Como laboratório de referência recebendo estirpes de vários laboratórios nacionais para identificação e caracterização;
- Estudos epidemiológicos de Candidoses, Aspergilloses e Dermatofitoses
- Estudos nosocomiais em diferentes unidades hospitalares de infecções a *Candida sp.* e *Aspergillus sp.*;
- Projectos ambientais e de Saúde Pública estudo micológico de águas, areias e ar.
- Métodos moleculares aplicados à epidemiologia de fungos filamentosos e leveduriformes.

Esta Unidade é um dos poucos laboratório (existindo talvez seis em todo o país) que responde às necessidades no campo da micologia clínica. Cooperar com outras instituições nacionais e internacionais em vários projectos de I&D, destacando-se:

Estudo da Qualidade Microbiológica das Areias das Praias Litorais

Com este projecto, desenvolvido em cooperação com várias instituições nacionais, pretende-se identificar os



Fig 1. Praia do litoral português

melhores indicadores de qualidade das areias de modo a que conjuntamente com os indicadores da qualidade da água balnear se possa melhorar o conhecimento do estado ambiental das praias.

Estudo de tinea capitis numa Escola Primária dos arredores de Lisboa

As tinas do couro cabeludo são muito frequentes em crianças especialmente de classes economicamente desfavorecidas.



Fig 2. Lesão do couro cabeludo

Em 1987/88 iniciou-se um levantamento epidemiológico de tinea capitis numa escola primária dos arredores de Lisboa que foi repetido em 1998/99.

No 1º estudo foram examinadas 173 crianças tendo sido encontrado 25% de casos positivos no 2º levantamento foram examinadas 86 crianças com 28% de casos positivos. Este estudo será realizado periodicamente o que nos possibilitará avaliar o impacto das medidas profiláticas realizadas.

Lab. de Micologia INSA - Lisboa - Telefone: 217519247
E-mail: cdt@insa.min-saude.pt/laura.rosado@insa.min-saude.pt



Ministério da Saúde



Centro de
Estudos e
Registo de
Anomalias
Congénitas

Sede: Serviço de Genética Médica
Hospital Egas Moniz
R. da Junqueira, 126
1300 Lisboa
Telefones: 213650313 ou 213650341
Fax: 213650198

No dia 16 de Novembro passado realizou-se no Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge (INSA), a primeira Reunião dos Coordenadores do Registo Nacional de Anomalias Congénitas.

Para além das apresentações de índole científica houve oportunidade para um amplo debate. Foram apontadas as dificuldades sentidas a nível central em termos de codificação e informatização.

Os coordenadores presentes apresentaram as suas dúvidas e comentários sobre o funcionamento do Registo.

Não teria sido possível deixar de falar no futuro.

Assim, foi discutida a introdução de uma nova folha de registo, a pertinência da publicação de normas para a notificação das anomalias e a transmissão de dados por via electrónica.

A Reunião decorreu num ambiente informal e muito participativo e espera-se ser possível realizar a próxima no decorrer do primeiro trimestre de 2002.

Até breve....A equipe do CERAC

Cuidados preventivos do Cancro da mama

Teresa Contreiras*, M. Francisca Rebelo**, Baltazar Nunes***

O Cancro da Mama é o tumor mais frequente na mulher. Apresenta uma elevada prevalência nas sociedades ocidentais.

Existem, ao nível da Sub-Região de Lisboa, recomendações para o ensino e controlo do autoexame da mama, exame objectivo e para a realização de mamografia regular às mulheres. Os cuidados preventivos do cancro da mama foram considerados uma área prioritária nas metas para 2002. Neste contexto, encontra-se em fase de conclusão um Projecto financiado pela Comissão de Fomento e Investigação sobre os "Cuidados Preventivos do Cancro da Mama" desenvolvido em conjunto com os Serviços de Saúde Pública da Sub-Região de Lisboa. Trata-se de um estudo caso controlo de mulheres com idades entre os 45 e os 69 anos de idade do Distrito de Lisboa, com o objectivo de estudar as variáveis que influenciam, a iniciativa, a adesão e o acesso e a prática dos cuidados preventivos do cancro da mama.

O inquérito foi realizado pelo telefone, em Junho de 2001, a 100 controlos e 178 casos.

Dos dados preliminares, salientamos os resultados relativos à forma como se consideravam informadas sobre as formas de prevenir o cancro da mama (Fig. 1). Nos casos, esta questão foi colocada referenciando-a ao período em que se encontravam em plena saúde.

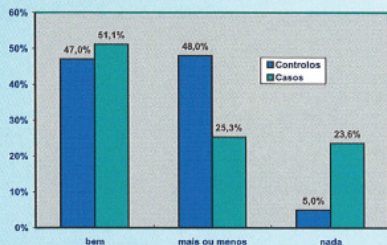


Fig. 1 - Distribuição % dos casos (no período em que se encontravam em plena saúde) e dos controlos, segundo a forma como se consideravam informadas relativamente à prevenção do cancro da mama.

Verificou-se que as discrepâncias (teste Qui-quadrado $p < 0,001$) entre casos e controlos tiveram maior expressão na percentagem de mulheres que se consideraram *nada* informadas sobre as formas de prevenir o cancro da mama (casos 23,6%; controlos 5,0%).

* Médico de Saúde Pública, ONSA, INSA

** Médico de Saúde Pública, Sub-Região de Saúde de Lisboa

*** Estatista, ONSA, INSA



10TH Annual EUPHA meeting 2002 "Bridging the Gap Between Research and Policy in Public Health. Information, Promotion and Training". Dresden, Germany, 28-30 November 2002.

Email: Public.Health@mailbox.tu-dresden.de;

Fax: +493514585338

url: www.nivel.nl/eupha



Cohen D, McCubbin M, Collin J, Perodeau G. Medications as social phenomena. *Health* 2001;5(4):441-469

McCoy M, Hargie ODW. Evaluating evaluation: implications for assessing quality. *International Journal of Health Care Quality Assurance* 2001;14(7):317-327

Kiss A, Meryns S. Effect of sex and gender on psychosocial aspects of prostate and breast cancer. *BMJ* 2001;323(3 NOV);1055-8

Banks I. No man's land: men, illness, and the NHS. *BMJ* 2001;323(3 NOV);1058-60

Doyal L. Sex, gender, and health: the need for a new approach. *BMJ* 2001;323(3 NOV);1061-3

No escaparate...

Acaba de ser editada pelo ONSA a monografia "Causas de morte com alterações inesperadas em 1998" da autoria de José Carlos Marinho Falcão e Paulo Nogueira.

Trata-se de uma publicação no âmbito do projecto Obob's Observatório dos óbitos. Com este projecto foi desenvolvida uma metodologia segundo a qual se identificam e listam as causas de morte que sofrem modificações importantes do número de óbitos em cada ano ou revelam tendências de acréscimo ou decréscimo relevantes ao longo dos anos.

Incitamos o Obob's para que nos dê a conhecer os resultados das suas observações relativas a 1999 e 2000 brevemente.

O ONSA tem exemplares disponíveis para quem os solicitar.

Ficha Técnica

Propriedade: ONSA - Observatório Nacional de Saúde

Responsável: Maria João Branco

Equipa Redactorial: Baltazar Nunes, Paulo Nogueira

Sede: Avenida Padre Cruz 1549-016 LISBOA

Tel: 21.752.64.04 Fax: 21.752.64.00 e-mail onsa@insa.min-saude.pt

Tiragem: 6 000 exemplares Distribuição: gratuita

ISSN 0874-2928

Depósito Legal: 125868/98

Produção Gráfica: Litomaiores Ind. Litográfica, Lda. - Rio Maior

VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DA OCORRÊNCIA DE ENFARTE AGUDO DO MIOCÁRDIO NUMA POPULAÇÃO DE UTENTES DE CENTROS DE SAÚDE

Paulo Ascensão*, Paulo Nogueira**

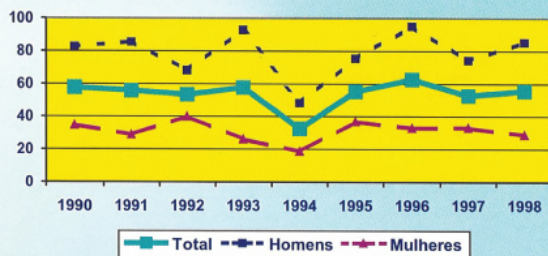
A rede de "Médicos Sentinela" vigiou a ocorrência de EM na população que mantém sob observação, possibilitando a obtenção de dados referentes a um período de 9 anos (1990 / 1998). O somatório das listas de utentes da totalidade dos médicos participantes, actualizadas a 31 de Dezembro de cada ano, constitui a população sob observação e permite calcular taxas de incidência (número de casos ocorridos por 100000 hab.) e de mortalidade (número de casos fatais por 100000 hab.).

O diagnóstico do EM que o médico notifica deve cumprir os critérios explícitos na Classificação Internacional de Problemas de Saúde em Cuidados Primários (CIPS 2. Definida; código 410). A notificação é feita através de um suporte de informação em papel. Com base nos casos considerados de diagnóstico "certo", as informações obtidas permitiram estimar taxas de incidência, taxas de mortalidade e taxas de letalidade (número de casos fatais / número de casos ocorridos x 100), por sexo e idade, bem como calcular taxas de hospitalização, taxas de recorrência de e ainda a influência deste factor na letalidade.

O número de Médicos de Família que aderiram ao projecto e se mantiveram "activos" foi, no primeiro ano de vigilância do EM (1990) de 245, distribuídos por 17 distritos do continente, atingindo o máximo de participantes em 1992, com 263 médicos nos 18 distritos do continente e nas regiões autónomas. A população sob observação, varia ano a ano consoante o número de médicos activos. O valor máximo foi atingido em 1991, com 231292 indivíduos, sendo o mais baixo em 1998 de 138221.

O número de casos que, anualmente os médicos foram notificando como sendo de diagnóstico "certo", variou entre um mínimo de 50, em 1994 e um máximo de 129, em 1991. Durante o período deste estudo (9 anos) foram notificados 817 casos, sendo 568 homens e 249 mulheres. Para o período 1990 / 1998 a taxa de incidência estimada para ambos os sexos foi de 53,7 / 100000 hab. o que, se extrapolado para a população residente em Portugal em 1998 (fonte INE), corresponderia à ocorrência de 5359 novos enfartes do miocárdio por ano.

GRÁFICO 1 - Evolução anual das Taxas de Incidência (/100000)



Se exceptuarmos o ano de 1994, parece haver uma certa estabilidade na taxa de incidência anual, ao longo do período do estudo, sendo o valor mínimo o de 1994 (32,6/100000) e o máximo o de 1996 (62,5/100000). A taxa de incidência no sexo masculino é, em todos os anos superior à do sexo feminino ($p < 0,001$ para a totalidade dos anos) e foi mais elevada para cada sexo no grupo etário dos maiores de 64 anos, atingindo os valores de 255,4/100000 hab. nos homens e 127,1/100000 hab. nas mulheres.

A taxa bruta de mortalidade calculada como o número de casos mortais por 100000 hab. obtida nos 9 anos de observação foi de 13,4/100000.

No período do estudo, a taxa de letalidade verificada foi de 24,8%, ou seja, praticamente um, em cada quatro enfartes, foi fatal.

Com base na informação fornecida pelo médico notificador do caso de EM, foi possível calcular a proporção de casos que foram hospitalizados. No global, 80% dos doentes vítimas de enfarte do miocárdio foram hospitalizados e 20% não foram.

A colheita de informação respeitante à ocorrência prévia de outro episódio de EM permite calcular uma taxa de recorrência que, considerando todos os casos, foi estimada em 16,5%.

Os dados disponíveis permitem que sejam calculadas taxas de letalidade para episódios de EM recorrentes e para primeiros episódios de EM. Para o período em estudo, a letalidade dos casos de 1º EM foi de 20,7% e dos casos recorrentes foi de 40,2%.

Em todos os anos a letalidade parece ser superior nos casos de EM recorrente. No entanto, esta diferença só se verifica ser estatisticamente significativa quando se agrupam os dados dos 9 anos em estudo (Qui-quadrado com correcção de Yates = 12,89, gl = 1, $p = 0,0003$).

* Consultor de Clínica Geral, Centro de Saúde de Castro Verde
** Estatista, ONSA, INSA

Ecos dos Idosos

Maria João Branco*, Paulo Nogueira**

Em Janeiro de 2001 o ONSA pretendeu fazer uma "fotografia" das pessoas de 65 e mais anos que constituem a amostra ECOS. Entraram na "foto" 692 indivíduos o que correspondeu a 65,8% da amostra. Focaram-se aspectos relacionados com as capacidades funcional e locomotora, a rede social de suporte, a saúde oral e a morbilidade por acidentes domésticos e de lazer e doenças crónicas. O método de inquirição foi o da entrevista telefónica.

Da fotografia de conjunto podemos dizer:

53.6% são mulheres

64.2% têm idades compreendidas entre os 65 e 74 anos

82.6% têm um nível de instrução baixo, quatro anos de escolaridade ou menos

70.3% dizem-se casados ou reconhecem-se como tal

67.8% são reformados não executando qualquer trabalho extra

76.0% ocupam-se pelo menos com uma das seguintes actividades: ajudam na lida doméstica ou tomam conta das crianças da família ou realizam trabalho de voluntariado

8.3% parece serem grandes incapacitados

12.0% declaram precisar de ajuda para actividades da vida diária. Destes, 92.5% têm ajuda praticamente diária

63.2% e 44.4% referem sofrer, respectivamente, de doenças reumáticas e hipertensão arterial, as duas doenças crónicas mais prevalentes neste grupo

8.4% tiveram, no último ano, pelo menos um acidente doméstico ou de lazer

37.8% já tinham perdido todos os seus dentes. Destes, 16.7% não usam qualquer prótese

33.4% foram ao "dentista" no último ano, mas apenas 11.0% foram ao dentista por motivo de controlo anual

49.0% referem lavar os dentes diariamente duas ou mais vezes por dia.

52.4% referem viver com apenas mais uma pessoa no agregado. 11.5% referem viver sozinhos

69.3%, no ano anterior à "observação", estiveram com familiares ou amigos frequentemente durante a semana, mas no mês anterior, apenas 41.4% receberam visitas de amigos

80.5% têm amigos "chegados" com quem desabafar e 90.4% referem relacionar-se da mesma maneira do que há um ano com as outras pessoas

14.1% referem pertencer a alguma organização estruturada de índole comunitária ou recreativa 52.5% têm uma auto percepção da vida desfavorável, mas contudo 64.0% dizem ser felizes

Mais informação sobre esse estudo pode ser obtida consultando a publicação "MOECOS Uma observação dos cidadãos idosos no princípio do século XXI", disponível no Observatório.

* Médica de Saúde Pública, ONSA, INSA
** Estatista, ONSA, INSA

Referências:

1. ECOS: Em Casa Observamos Saúde. ONSA 1998. (Documento interno)

MINAS DE URÂNIO E MORTALIDADE POR NEOPLASIA MALIGNA DO PULMÃO, EM PORTUGAL

José Marinho Falcão*, Carlos Matias Dias*, Paulo Jorge Nogueira**

O encerramento das minas de urânio em Portugal, tem suscitado preocupação no que respeita ao seu eventual efeito sobre a saúde das populações. O estudo, cujos resultados se resumem, pretende verificar se existe associação entre exposição a minas de urânio e suas escombrelas (especialmente à mina da Urgeiriça, no concelho de Nelas) e a mortalidade por alguns grupos de neoplasias malignas, nomeadamente, a "neoplasia maligna da traqueia, dos brônquios e do pulmão".

MATERIAL E MÉTODOS: A mortalidade da população do concelho de Nelas foi comparada com a de outros concelhos com minas e sem minas através das razões padronizadas de mortalidade (RPM) e das razões dessas RPM. Para cálculo das RPM utilizaram-se os óbitos observados, em cada concelho, no período 1980-1999. Os óbitos esperados nesse período foram calculados utilizando as taxas de mortalidade do distrito de Viseu em 1991, como taxas padrão, e a população residente nos concelhos em estudo, de acordo com o Censo de 1991, multiplicando por 20 (anos) o valor anual obtido.

RESULTADOS: Tomando os dois sexos em conjunto, o concelho de Nelas teve a RPM mais elevada para as "neoplasias malignas da traqueia, dos brônquios e do pulmão" (RPM=133, $p < 0.011$), quando comparada com cada um dos seus concelhos limítrofes (Quadro I). Esse valor foi, aliás, o mais elevado de todos os concelhos das NUTS Dão Lafões, Beira Interior Norte e Serra da Estrela, onde estão situadas as minas de urânio. Teve também o valor mais elevado no sexo masculino (RPM= 126, não significativa) e o 2º mais elevado no sexo feminino (RPM= 142, não significativa).

Por outro lado a razão das RPM entre o concelho de Nelas e os concelhos limítrofes de Nelas foi 1.46 ($p=0.002$) sendo os seguintes os valores em cada sexo: homens: 1.50, não significativo; mulheres: 1.27, não significativo (Quadro II).

QUADRO I
RPM POR NEOPLASIAS MALIGNAS DO PULMÃO
EM NELAS E NOS CONCELHOS LÍMITROFES
(homens + mulheres)

CONCELHO	RPM	Ob. esp.	p^*
Nelas	133	61.8	0.011
Mangualde	99	92.5	ns
Seia	86	130.9	ns
Carr. do Sal	113	48.6	ns
Tondela	80	150.0	0.015
Viseu	97	290.0	ns
Oliv. do Hospital	79	104.9	0.032

p^* - corresponde à comparação da mortalidade de cada concelho com a do distrito de Viseu, em 1991;

QUADRO II
CONCELHO DE NELAS E SEUS CONCELHOS LÍMITROFES:
RAZÃO DAS RPM POR NEOPLASIAS MALIGNAS DO PULMÃO
(homens+mulheres)

	RPM #		
	H + M	H	M
Concelho de Nelas	133	126	142
Concelhos limítrofes (de Nelas) ^a	91	84	112
Razão das RPM Nelas / Concelhos limítrofes	1.46	1.50	1.27
p	0.002	ns	ns

^a RPM em que foram utilizadas as taxas de mortalidade do distrito de Viseu no ano de 1991

^b Razão das RPM dos concelhos em comparação - o valor 1 corresponde à não existência de diferenças entre o concelho de Nelas e o grupo de comparação; o : se o valor for >1 Nelas tem mortalidade mais elevada que o grupo de comparação; se o valor for < 1 passa-se o inverso.

^c Mangualde, Viseu, Tondela, Carregal do Sal, Oliveira do Hospital, Seia
 p - refere-se ao resultado do teste da hipótese nula (de não diferença) da mortalidade entre o concelho de Nelas e os concelhos limítrofes (H: razão das RPM = 1)

DISCUSSÃO: Os resultados mostraram que a população do concelho de Nelas teve, no período estudado, um risco acrescido de morrer por "neoplasia maligna da traqueia, dos brônquios e do pulmão" quando comparada com a dos concelhos limítrofes (bem como com todos os restantes concelhos das NUTS estudadas. A existência da mina da Urgeiriça e da sua escombrela é uma causa provável desse excesso de mortalidade o qual poderá gerar-se, por um lado, através da existência de uma percentagem elevada de ex-mineiros e, por outro lado, através de uma exposição ambiental geral. Este facto é sustentado pela ocorrência de excesso de mortalidade tanto nos homens como nas mulheres. Contudo outras causas podem estar na origem deste excesso, pelo menos parcialmente. Entre elas devem ser consideradas eventuais diferenças entre as populações comparadas no que respeita a: 1. proporção de fumadores, 2. exposição a poluição industrial, 3. níveis de radiação natural, que não podem ser abordadas com os dados utilizados neste estudo.

CONCLUSÕES

- Os resultados sugerem que o excesso de mortalidade por "Neoplasias malignas da traqueia, dos brônquios e do pulmão" verificado no concelho de Nelas pode estar associado à existência da mina da Urgeiriça e da sua escombrela, embora não seja possível excluir a existência de outras causas;
- A ocorrência do excesso de mortalidade não só nos homens mas também nas mulheres sugere a possibilidade de existir uma exposição ambiental geral, eventualmente associada à escombrela, e não apenas uma exposição profissional à mina.
- Nestas condições, julga-se justificável que se planeie e execute um programa de investigação, que inclua estudos epidemiológicos controlados, com o fim de confirmar ou infirmar os resultados obtidos pelo presente estudo.

Bibliografia

- Breslow N. E. Day N. E. Statistical Methods in Cancer Research Vol II The design and analysis of cohort studies. International Agency for Cancer Research, IARC Scientific Publications nº 82 Lyon 1987
- Empresa Nacional de Urânio: quadro resumo das características das minas de urânio 2000 (documento não publicado)
- Harley N. H. Toxic effects of radiation and radioactive materials in Casarett and Doull's Toxicology: the basic science of poisons / Curtis D. Klassen 9ª edição. New York: McGraw-Hill, 1996
- Instituto Nacional de Estatística base de dados da mortalidade anos 1980 a 1999 - cedido em suporte magnético

- Instituto Nacional de Estatística XIII Recenseamento Geral da População - 1991 quadros não publicados
- Ministério da Saúde, Direcção Geral dos Cuidados de Saúde Primários. Risco de Morte em Portugal, 1991
- Samet JM, Mapei DW. Diseases of uranium miners and other underground miners exposed to radon - In Environmental and Occupational Medicine / William N. Rom. Boston: Little Brown 1983
- Voigt GL - Ionizing radiation in Occupational Medicine / Carl Zenz, Bruce Dickerson, Edward Horvath 3ª edição St. Louis: Mosby 1994
- * Médico de Saúde Pública, ONSA, INSA
** Estatista, ONSA, INSA

Roteiro dos... Projectos



Inquérito Serológico Nacional

Se ouvir falar do ISN, saiba que se está a falar do (2º) Inquérito Serológico Nacional-Perfil Serológico da População Portuguesa, que o INSA está a realizar no âmbito de um protocolo celebrado com a Direcção Geral de Saúde, entidade coordenadora do estudo.

Com o Inquérito pretende-se estabelecer o perfil serológico da população. A informação que dele resulta pode ser usada para avaliar níveis de protecção da população em relação a doenças abrangidas pelo PNV, assim como, a outras doenças para as quais foram aparecendo entretanto, novas vacinas no mercado e, ainda, a doenças potencialmente evitáveis por vacinas que se encontram em diferentes fases de investigação.

Um inquérito serológico, com o objectivo de avaliar o perfil imunitário da população, constitui uma das fontes mais credíveis de dados para estimar o risco de contrair determinadas infecções nos diferentes grupos etários e, eventualmente, adaptar estratégias preventivas.

O INSA, através de alguns dos seus Centros e sob a coordenação da Drª Teresa Paixão garante a aplicação dos aspectos metodológicos relacionados com a execução do Inquérito em todo o Continente, nomeadamente, a recolha de amostras de sangue e toda a execução laboratorial.

Neste momento concretiza-se o trabalho de campo realizando colheitas de sangue a uma amostra de cerca de 3400 pessoas em Portugal Continental, contando para tal com a colaboração de prestadores convenionados na área da patologia clínica, um por cada distrito do Continente.

Neste número ...

Roteiro dos Projectos: Inquérito Serológico Nacional

Roteiro dos Laboratório: Laboratório de Hematologia

"A escovagem dos dentes e as visitas ao dentista, na população do continente, segundo o Inquérito Nacional de Saúde"

Como foi a gripe, neste Inverno?

Cancro do pulmão e nível de industrialização: uma associação que...até parece mentira!!

Editorial

Notícias...

...boas ou más, discretas ou polémicas, com ou sem rigor, isentas ou não, de tudo existe um pouco, diariamente, nos nossos meios de comunicação social.

...referentes à doença e morte, talvez sejam as mais ouvidas, lidas e discutidas, eventualmente por nos confrontarem com a nossa angústia existencial.

...podem desencadear reacções inesperadas, ter efeitos positivos ou negativos, nunca se sabe quais os seus efeitos ou talvez se adivinhem...

...relativas a assuntos pouco polémicos geralmente têm pouca aceitação nos media, talvez porque não "fazem vender" - será injusto pensá-lo?

A promoção da saúde dos cidadãos não é exclusivo dos Serviços de Saúde. Reconhece-se o papel relevante dos meios de comunicação social nesta área. Mas, em que domínio? Para veicular informações, para influenciar atitudes e modelar comportamentos, para pressionar o Governo ou o poder local.

Quanto mais os cidadãos tiverem acesso a informação divulgada com rigor, mais capacitados estarão para fazer escolhas que lhes permitam viver com mais qualidade e até aumentar a sua esperança de vida.

Se a principal finalidade da Saúde é reduzir a morbidade e adiar a mortalidade, os seus profissionais precisam ser capazes de comunicar melhor para divulgar as mensagens apropriadas para atingir esses fins.

Mas, como fazer passar mensagens de saúde sem investir em grandes e dispendiosas campanhas publicitárias de impacto duvidoso ou pouco avaliado na promoção de saúde dos cidadãos? Como comunicar o risco sem gerar pânico?

A divulgação de resultados de estudos epidemiológicos que possam contribuir para a promoção da saúde, será certamente bem recebida pelos cidadãos. Urge melhorar os meios para os comunicar, de forma ponderada e rigorosa.

Falar de saúde e comunicar sobre a vida e a morte - nem sempre é fácil.

Através dos meios de comunicação social? Ainda mais difícil!

Mas, são desafios que os profissionais não podem evitar.

Teresa Contreiras



**INSTITUTO NACIONAL DE SAÚDE
DR. RICARDO JORGE**



Ministério da Saúde

Roteiro dos Laboratórios

Laboratório de Hematologia

O Laboratório de Hematologia (LH) é uma unidade do Centro de Biopatologia do INSA em Lisboa. Desde o início da sua actividade tem vindo a desenvolver diversas actividades, nomeadamente:

- ▶ Apoio à comunidade na área de Hematologia Clínica
- ▶ Participação na organização do "Programa Nacional de Avaliação Externa da Qualidade em Hematologia"
- ▶ Função laboratorial de Referência no "Programa Nacional de Controlo de Hemoglobinopatias (PNCH)"
- ▶ Desenvolvimento de trabalho de investigação colaborando em projectos nas áreas das hemoglobinopatias e doenças cardiovasculares (polimorfismos genéticos do fibrinogénio e doenças cardiovasculares)
- ▶ Oferta de estágios de formação para profissionais de saúde, em colaboração com outras instituições de saúde ou ensino superior.

Pelo interesse de que se reveste detalharemos o nosso trabalho no âmbito das:

HEMOGLOBINOPATIAS

As hemoglobinopatias são um conjunto de afecções hereditárias da Hemoglobina, sendo as mais frequentes a β Talassémia (β Tal) e a Drepanocitose (HbS).

Estudos realizados em Portugal^{1,2} com o objectivo de contribuir para o conhecimento da prevalência de Hemoglobinopatias, revelaram uma baixa frequência de portadores de β Tal (0,45%) e HbS (0,32%) na população autóctone, encontrando-se bolsas de portadores em alguns concelhos do sul do País, com uma prevalência superior a 5%. Na comunidade cabo-verdiana foi encontrada uma prevalência de 7% de portadores de HbS.

Neste contexto, o laboratório de Hematologia tem desenvolvido actividade no âmbito do PNCH através da realização do rastreio de portadores de β Tal e HbS e na confirmação de resultados laboratoriais, nomeadamente, em colaboração com os Centros de Saúde dos distritos de maior prevalência, tendo como base a circular normativa nº 5/DSMIA da Direcção Geral de Saúde de 18/12/96.

O objectivo principal desta actuação é a detecção de casais em risco, no sentido de controlar e prevenir o aparecimento de Hemoglobinopatias major.

De salientar, ainda, o papel do LH na caracterização fenotípica de Hemoglobinopatias raras, identificadas no nosso País.

Apresentam-se de seguida alguns dados da actividade desenvolvida pelo LH em 1999, no âmbito do PNCH, nomeadamente, a realização de rastreios na área Metropolitana de Lisboa e confirmações de diagnóstico predominantemente nos distritos da zona sul do país.

Assim, de 719 indivíduos rastreados foram identificados 13 (1.8%) casos em heterozigotia (portadores) para β Talassémia, 45 (6.3%) casos de HbS em heterozigotia (portadores), 2 casos de HbS em homozigotia (doentes drepanocíticos) e 4 casais em risco.

Em 995 casos estudados para confirmação de diagnóstico identificaram-se 224 casos em heterozigotia (portadores) de β Tal, 130 casos de HbS em heterozigotia (portadores), 35 casos de HbS em homozigotia (doentes drepanocíticos) e 1 casal em risco. Adicionalmente, encontraram-se 35 casos com outras hemoglobinas variantes.

Dada a elevada percentagem de confirmações positivas (\pm 50%) feitas pelo Laboratório de casos provenientes dos distritos de Faro, Beja e Évora tornou-se clara a necessidade de continuar e incentivar a realização de protocolos de colaboração com Administrações Regionais de Saúde interessadas.

Por outro lado, a prevalência de HbS encontrada nos Concelhos da Região Metropolitana de Lisboa onde reside um grande número de habitantes de origem Africana confirma a necessidade de se manter o rastreio dirigido para este grupo de risco.

Se quiser saber mais da nossa actividade, não hesite contacte-nos. Laboratório de Hematologia, INSA - Lisboa - tel: 217519362 E-mail: teresa.seixas@insa.min-saude.pt, cbp@insa.min-saude.pt

Referências:

- (1) M C Martins, G Olim, J Melo, H A Magalhães, M O Rodrigues: Hereditary anaemias in Portugal: epidemiology, public health significance, and control; *J. Med. Genet* 1993; 30: 235-239
- (2) F Inez et col. Contribuição do rastreio de portadores para a prevenção da talassémia e da drepanocitose na população portuguesa: um estudo multicêntrico. Arquivos do Instituto Nacional de Saúde, Vol XIX (separata), 1993, Lisboa
- (3) M C Martins, M O Rodrigues, M M Palma: Rastreio para hemoglobinopatias e deficiência em G6PD na comunidade caboverdiana residente em Lisboa. Simpósio sobre Drepanocitose. Lisboa, 1988.



Chapman S. Advocacy in Public Health: roles and challenges. *International Journal of Epidemiology* 2001; 30:1226-1232

Kass NE. An Ethics Framework for Public Health. *American Journal of Public Health* 2001; 91(11):1777-82

Fishbein M, Hall-Jamieson K, Zimmer E, von Haefen I, Nabi R. Avoiding the boomerang: testing the relative effectiveness of Antidrug Public Service announcements before a National Campaign. *American Journal of Public Health* 2001; 92(2):238-245

Glick DF, Kullback PA. Program Revision: A Dynamic outcome of Evaluation. *Quality Management in Health Care* 2001; 10(1):37-44

Estudos...em...foco



Em Fevereiro passado, foram divulgados resultados do estudo "Neisseria meningitidis Responsáveis de Meningites e Meningococémias Não Decapitadas em Portugal": Avaliação dos Serogrupos Circulantes.

O estudo, da autoria de Manuela Caniça, Ricardo Dias e Eugénia Ferreira, da Unidade de Resistência aos Antibióticos, INSA, teve como objectivo determinar o serogrupo de estirpes invasivas de *Neisseria meningitidis*, isoladas de sangue ou liquor de doentes internados com suspeita de meningite e/ou bacteriémia.

Nele participaram 35 serviços da rede pública hospitalar do Continente e Regiões Autónomas, colaboração imprescindível para a concretização do estudo.

Os resultados apresentados correspondem ao período de estudo decorrido entre Julho de 2000 e Agosto de 2001.

O estudo laboratorial incidiu sobre uma amostra de 102 estirpes de *N. meningitidis*. Verificou-se uma predominância do serogrupo C (52.9%) relativamente aos outros grupos encontrados, B (46.2%) e W135 (1%). Por outro lado, verificou-se um maior número de indivíduos do sexo feminino e do grupo etário de 1-15 anos infectados com o serogrupo C, enquanto que o serogrupo B foi predominante em indivíduos do sexo masculino e naqueles com idades inferior a um ano e superior a 16 anos.

Os autores planeiam brevemente publicar um artigo sobre este primeiro ano de estudo.

Contudo, considerando que o estudo terá continuidade, o contributo dos Hospitais no envio de estirpes de meningococos para o Laboratório de Referência será importante para maximizar a eficácia da vigilância da infecção meningocócica.

mea culpa...

Na última Observações foram divulgados dados de um estudo "Ecos dos Idosos". Por lapso não foi mencionado Carlos Matias Dias como co-autor.

Ficha Técnica

Propriedade: ONSA - Observatório Nacional de Saúde

Responsável: Maria João Branco

Equipa Redactorial: Baltazar Nunes, Paulo Nogueira

Sede: Avenida Padre Cruz 1649-016 LISBOA

Tel: 21.752 64 04 Fax: 21.752 64 00 e-mail onsa@insa.min-saude.pt

Tiragem: 6 000 exemplares Distribuição: gratuita

ISSN 0874-2928

Depósito Legal: 125868/98

Produção Gráfica: Litomaior Ind. Litográfica, Lda. - Rio Maior

"A escovagem dos dentes e as visitas ao dentista, na população do continente, segundo o Inquérito Nacional de Saúde"



Cesar Mexia de Almeida*

INTRODUÇÃO

No Inquérito Nacional de Saúde de 1998-99¹ foram incluídas, pela primeira vez, questões respeitantes aos comportamentos relacionados com a saúde oral. Entre estas destacam-se as que respeitam à escovagem diária dos dentes e à visita anual ao dentista ou outro técnico de saúde oral. Apresentam-se os resultados obtidos relativamente a estes comportamentos, relevando a sua importância para os ganhos em saúde na área da Saúde Oral.

PREVALÊNCIA DA ESCOVAGEM DOS DENTES DUAS OU MAIS VEZES AO DIA

A escovagem duas vezes ao dia é geralmente considerada a frequência mínima indispensável a uma adequada prevenção das doenças periodontais e da cárie, neste caso quando usada em conjugação com uma pasta de dentes fluoretada. A prevalência encontrada para o conjunto da população continental interrogada (n=48.606) foi de 43,1% (Fig. 1) com uma prevalência significativamente mais elevada no sexo feminino (M: 40.3%; F: 45.7%; p<0.001). Por nível etário a prevalência mais elevada registou-se no grupo 15-24 anos, 65,9%, e a mais baixa, 6,14% no grupo 85 e mais anos. Por sua vez no grupo 2 aos 4 anos a



Figura 1: Prevalência da escovagem dos dentes duas ou mais vezes ao dia

PREVALÊNCIA DAS VISITAS AO DENTISTA OU OUTROS PROFISSIONAIS DE SAÚDE ORAL

A pergunta abrange visitas ao dentista e a outros profissionais de saúde oral nos últimos 12 meses pelo que se considera que estão abrangidos os médicos estomatologistas, médicos dentistas, os higienistas orais e odontologistas. A prevalência média encontrada para as visitas nos últimos 12 meses foi de 32,0% (Fig. 2) com uma prevalência significativamente mais elevada no sexo feminino (M: 29.9%; F: 34.0%; p<0.001). Esta prevalência não significa que se trate de pessoas que visitam regularmente o dentista mas constitui um índice frequentemente utilizado para aferir da utilização dos serviços.

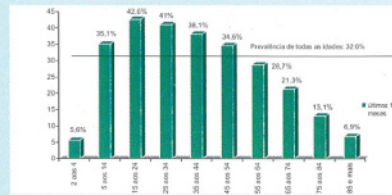


Figura 2: Prevalência das visitas ao dentista ou outros profissionais de saúde oral

MOTIVOS DE CONSULTA

De facto a visita anual de rotina foi motivo da consulta só para 4,9% dos que visitaram o dentista o que corresponde a 1,6% da população continental. (Tabela 1). Pondo de parte o grupo heterógeno dos cerca de 1/3 dos que visitaram o dentista por outras causas (34,2%), a prevalência mais alta vai para as extracções dentárias, seguidas pelas consultas de higienização 18,7%, geralmente designadas como limpeza dos dentes. As emergências por dor (8,9%) e a execução de próteses (6,8%) vêm a seguir.

Tabela 1: Razões que levaram 32% da população a visitar o dentista nos últimos 12 meses

	% no grupo	% população continental
Dor ou outra emergência	8,9	2,8
Extracção	23,0	7,4
Fazer próteses	6,8	2,2
Diagnóstico em saúde oral	3,4	1,1
Visita anual de rotina	4,9	1,6
Higienização	18,7	6,0
Outra	34,2	11,0
Não sabe	-	-
Total	100,0	32,0

MOTIVOS PARA NÃO CONSULTA

Afirmaram que nunca tinham visitado um dentista 15,2% dos interrogados. A grande maioria destes afirmou não ter ido ao dentista por não ter tido necessidade (85,1%). Por outro lado, a falta de dentista na localidade ou as dificuldades na obtenção de consulta apresentam uma expressão muito pequena, 1,2 e 0,2%, respectivamente.

CONCLUSÕES

1. Na população continental são baixas a prevalência da escovagem bi-diária, 43,1%, e das visitas anuais regulares ao dentista, 1,6%.
2. As prevalências mais elevadas destes dois comportamentos verificaram-se no grupo etário 15-24 anos e no sexo feminino.
3. A prevalência de jovens com 2 a 4 anos que fazem escovagem bi-diária e visitaram o dentista nos últimos 12 meses foi respectivamente 23,5 e 5,6%.

Referência:

1. INS. Inquérito Nacional de Saúde. Lisboa: Instituto Nacional de Saúde, 2000.

* Professor associado Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa

Como foi a "gripe", neste Inverno?

Isabel Marinho Falcão*

Desde 1990 que a Rede Médicos-Sentinelas realiza, regularmente, a vigilância epidemiológica semanal do síndrome gripal, em colaboração com o Centro Nacional da Gripe. Até 1999, no âmbito da Direcção-Geral da Saúde e, a partir daí, no Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge.

Com os dados obtidos é elaborado, semanalmente, um boletim de vigilância epidemiológica como o que se apresenta na Figura 1.

Relativos à presente época de actividade gripal que se presume estar a chegar ao fim, divulgam-se dados provisórios da vigilância realizada entre Outubro de 2001 a Março de 2002. A taxa de incidência provisória do síndrome gripal foi a mais elevada desde que a rede Médicos-Sentinelas iniciou a respectiva vigilância clínica (Quadro 1).

Naquele período, a estimativa provisória da taxa começou a aumentar na semana 1 de 2002, atingiu o valor máximo na semana 4 e, a partir daí, decresceu, regularmente, até à semana actual (18/02/2002 a 24/02/2002).

As estimativas de incidência, definitivas, relativas à época de gripe de 2001-2002, serão disponibilizadas brevemente.

Quadro 1- Estimativas provisórias das taxas de incidência do síndrome gripal, de 1990 a 2001.

Época de gripe	1990-1991	1991-1992	1992-1993	1993-1994	1994-1995	1995-1996	1996-1997	1997-1998	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002
Taxa de incidência provisória	78,6	60,6	69,8	107,5	36,9	54,5	58,4	21,3	122,6	93,5	64,2	129,3

*Assistente Graduada de Clínica Geral IONSA



Figura 1: Boletim de vigilância da gripe referente à semana 18/02/2002 a 24/02/2002.

CANCRO DO PULMÃO E NÍVEL DE INDUSTRIALIZAÇÃO

UMA ASSOCIAÇÃO QUE ... **ATÉ PARECE MENTIRA!!!**

José Marinho Falcão *, Carlos Matias Dias*, Baltazar Nunes**

Em Portugal, os potenciais efeitos nocivos da exposição às minas de urânio desactivadas e aos seus resíduos têm suscitado preocupações, estando em curso estudos destinados a esclarecer aqueles efeitos.

No final de 2001, o Observatório Nacional de Saúde publicou um relatório sobre a análise de dados de mortalidade por neoplasias malignas ocorrida no período de 20 anos, entre 1980 e 1999, concelho a concelho, nas duas NUTS onde se situam as minas de urânio portuguesas (Dão-Lafões e Beira Interior Norte). De entre os resultados mais relevantes, foi constatado que o concelho de Nelas, onde se situa a mina da Urgeiriça e a maior escombreira de resíduos, tinha um excesso de mortalidade por neoplasia maligna da traqueia, dos brônquios e do pulmão em relação a todos os restantes concelhos daquelas NUTS, bem como em relação aos concelhos que lhe são limítrofes. Uma das explicações plausíveis para este resultado é, naturalmente, a exposição à mina e à escombreira. Deve, no entanto, admitir-se que a poluição atmosférica, associada à existência de actividades industriais, possa contribuir, pelo menos em parte, para esse excesso de óbitos.

MATERIAL E MÉTODOS

Para apreciar melhor o eventual papel da poluição industrial nos resultados do estudo, foi analisada a associação entre a experiência de mortalidade por neoplasia maligna da traqueia, dos brônquios e do pulmão de cada concelho e um índice de industrialização.

A mortalidade foi expressa pelas *razões padronizadas de mortalidade (RPM)*. Para o seu cálculo foram usados: 1. como óbitos observados, os que se registaram em residentes desses concelhos no período de 20 anos compreendido entre 1980 a 1999; 2. como taxas-padrão, as taxas de mortalidade por aquele grupo de neoplasias verificada no distrito de Viseu em 1991; 3. como população dos concelhos, a que foi estimada pelo Censo da População de 1991.

O índice de industrialização foi definido pelo *número de empresas industriais por km²* no ano de 1997 e o seu cálculo foi realizado a partir da base de dados do INE.

A análise sumária apresentada adiante centrou-se no cálculo do coeficiente de correlação de Pearson.

QUADRO I
Razões padronizadas de mortalidade por neoplasias malignas da traqueia, dos brônquios e do pulmão e número de empresas industriais por km², por concelho

CONCELHO	RPM	Nº EMP. / km ²
AGUIAR DA BEIRA	54	0.24
ALMEIDA	71	0.17
CARREGAL DO SAL	113	1.43
CASTRO DAIRE	64	0.40
CELORICO DA BEIRA	53	0.20
F. C. RODRIGO	43	0.17
FORNOS DE ALGODRES	74	0.35
GOLVEIA	78	0.57
GUARDA	96	0.48
MANGUALDE	99	0.78
MANTEIGAS	73	0.33
MEDA	71	0.21
MORTÁGUA	82	0.45
NELAS	133	1.22
OLIV. DE FRADES	81	0.70
OLIV. DO HOSPITAL	79	1.11
PENALVA DO CASTELO	74	0.46
PINHEL	51	0.21
S. PEDRO DO SUL	75	0.38
SABUGAL	55	0.16
SÁTÃO	81	0.52
SEIA	86	0.69
SERNANCELHE	65	0.23
SANTA COMBA DÃO	126	1.24
TÁBUA	71	0.71
TONDELA	80	0.68
FRANCOSE	54	0.31
VILA NOVA DE PAIVA	133	0.21
VISEU	97	1.30
VOUZELA	67	0.52

RESULTADOS

Os valores das RPM e do indicador "nº de empresas industriais por km²" constam do Quadro I.

Note-se que os concelhos com valores mais altos do indicador tiveram, em geral, RPM mais elevadas (Carregal do Sal, Nelas, Sta Comba Dão, sendo Viseu a excepção). Dos concelhos com RPM mais elevadas apenas Vila Nova de Paiva teve um valor baixo do indicador de industrialização.

QUADRO II
Coeficientes de correlação entre RPM por neoplasias malignas da traqueia, dos brônquios e dos pulmões nos concelhos estudados

	R	p
Todos os concelhos (30)	0.67	0.0001
Excluindo Vila Nova de Paiva* (29)	0.84	0.0000

*por o par de valores referentes a V.N. de Paiva ser aberrante em relação aos outros concelhos; () número de concelhos

A análise destes dados revela uma forte associação entre a RPM por neoplasia maligna da traqueia, dos brônquios e do pulmão e o número de empresas industriais por km² bem traduzida na figura 1 e no coeficiente de correlação R= 0.67, altamente significativo (Quadro II). A Figura 1 mostra claramente a existência de um concelho (Vila Nova de Paiva) cujo par de valores está muito distanciado dos restantes concelhos. A eliminação deste concelho, gera um valor de R bastante mais elevado (0.84) e também altamente significativo.

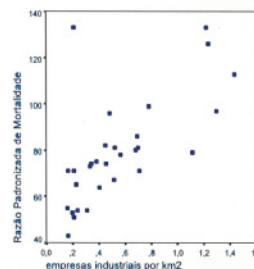


Figura 1: gráfico de dispersão do índice número de empresas industriais por km² versus RPM, por concelho.

DISCUSSÃO

A existência de correlação tão elevada entre as RPM por neoplasias malignas da traqueia, dos brônquios e dos pulmões e o indicador «nº de empresas industriais por km²» sugere que a poluição industrial geral influencia, pelo menos em parte, o excesso de mortalidade por aquele grupo de neoplasias.

Note-se, no entanto, que este grau tão elevado de correlação foi encontrado num grupo de concelhos com níveis de industrialização relativamente baixo. De facto, os concelhos muito industrializados do País têm valores do indicador "nº de empresas industriais por km²" muito mais elevados (por exemplo, Porto: 76.0; Lisboa: 71.9; Amadora: 64.4; S. João da Madeira: 57.7).

Na sequência deste resultado será interessante que se estude a intensidade desta associação para o conjunto de todos os concelhos do País, bem como para grupos de concelhos que se situem em estratos de industrialização relativamente homogêneos.

REFERÊNCIAS

- Falcão J. Dias C. Nogueira P. (2001) Minas de urânio e mortalidade por neoplasias malignas, em Portugal: uma associação possivelmente causal. INSA, relatório interno
- Breslow N. Day N. (1967) Statistical Methods in Cancer Research, The design and analysis of cohort studies. IARC Scientific publications nº 82
- Instituto Nacional de Estatística. Anuários Estatísticos Regionais 1997-1998

* Médico de Saúde Pública, ONSA, INSA
** Estatista, ONSA, INSA

Editorial

A MAIOR CATÁSTROFE NATURAL...

... desde o terramoto de 1755, ocorreu em Portugal há 21 anos, durante o mês de Junho de 1981.

Uma intensa onda de calor afectou o território do Continente e durante 9 dias originou um excesso de mortalidade, estimado em cerca de 1 900 óbitos.

Na altura, poucas pessoas e entidades se aperceberam de que a onda de calor não estava apenas a incomodar mas tinha consequência mais graves. Só meses depois a dimensão da tragédia ganhou contornos mais nítidos!

Tinham morrido mais pessoas do que nas várias cheias que atingiram periodicamente várias localidades do Continente e das Regiões Autónomas, durante as últimas décadas!

Nenhum dos desastres com aeronaves de passageiros, ocorridos em Portugal e mesmo noutros países, originou tão grande número de óbitos!

O número foi equivalente ao que teria ocorrido se de uma ponte sobre um rio se tivessem despenhado, não 1, mas 40 autocarros de passageiros.

Consequências surpreendentemente graves e socialmente quase silenciosas!

Contudo, evitáveis!

O estudo do número de óbitos e das temperaturas que se verificam dia a dia permitiu que o ONSA desenvolvesse um modelo matemático que possibilita a previsão, com antecedência de 3 dias, do número de óbitos que poderão registar-se numa população, de acordo com a previsão das temperaturas.

ÍCARO foi o nome dado ao programa, lançado pelo ONSA e pelo Instituto de Meteorologia que se centra na determinação, dia a dia, de um índice que reflecte a previsão do número de óbitos que irão ocorrer.

Assim, entre 15 de Maio e 15 de Setembro, o índice ÍCARO é disponibilizado diariamente ao Serviço Nacional de Protecção Civil e à Direcção Geral de Saúde que estarão em condições de actuar consequentemente.

Nestas condições, julga-se que o Verão de 2002 não ficará assinalado por qualquer excesso de mortalidade com causa climática.

José Marinho Falcão

Neste número ...

Roteiro dos Projectos: EUROCAT

Algumas News dos Jovens

Consumo de cuidados médicos pela população portuguesa segundo os dados obtidos pelos Inquéritos Nacionais de Saúde desde 1987, 1995 e 1999.

Consumo de bebidas alcoólicas em Portugal Continental. Estimativa do consumo de etanol utilizando os dados dos Inquéritos Nacionais de Saúde de 1995/96 e 1998/99.

Roteiro dos... Projectos

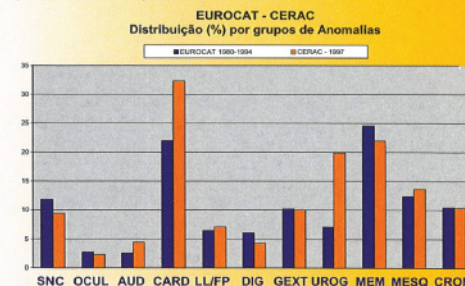
Se ouvir falar que em Cascais, se realizou nos passados dias 7 e 8 de Junho a Reunião Anual dos coordenadores do EUROCAT, sabe do que se está a falar? Não! Então informamo-lo.

EUROCAT é o Registo Europeu de Anomalias Congénitas. Nele participam 18 países com 35 regiões. A região portuguesa inclui as Regiões de Saúde do Algarve e Alentejo e a Sub-região de Saúde de Setúbal.

Este registo, tal como o registo nacional que inclui todo o Continente e Regiões Autónomas (CERAC-ONSA), é um registo de base populacional, isto é, inclui todas as crianças nascidas com anomalias congénitas de mães residentes nessa área quer tenham nascido dentro ou fora dela.

De igual modo, os casos são notificados pelos serviços de Pediatria e Obstetrícia e incluem nados-vivos cujas anomalias tenham sido detectadas até ao fim do período neonatal, nados mortos após as 22 semanas de gestação com anomalias e todas as interrupções de gravidez por anomalias congénitas.

A região portuguesa do EUROCAT tem uma prevalência de anomalias congénitas semelhante ao resto do País e sobrepõe-se sensivelmente à prevalência geral do EUROCAT com algumas variações nomeadamente nos grupos de anomalias cardiovasculares e urogenitais em que a região portuguesa apresenta um excesso em relação à média europeia, conforme se pode observar no quadro seguinte, onde se comparam os resultados do registo nacional (nº total de casos) com os resultados do EUROCAT (classificação de acordo com os grandes grupos da CID 9).



Já agora valerá a pena voltar ao principio e dizer que na reunião anual do EUROCAT se apresentaram os resultados dos vários grupos de trabalho (estatística, investigação, classificação e codificação, ética e confidencialidade, diagnóstico prenatal, farmacovigilância), foi avaliado o trabalho realizado e projectou-se o futuro.

Maria de Jesus Feijó (Coordenadora)
Maria Adozinda Soares
Paula Braz
Carlos Dias
Baltazar Nunes



Os Próximos 100 Anos

Declaração feita por 110 laureados com o Prémio Nobel, divulgada no 100º Aniversário dos Prémios Nobel

A maior ameaça à paz mundial nos próximos anos não terá origem nos actos irracionais de Estados ou de indivíduos mas nas exigências legítimas daqueles que nada têm. A maioria destes pobres e indigentes vive uma existência marginal em climas equatoriais. O aquecimento global, que não foi causado por eles mas que teve origem nos poucos países ricos do mundo, afectará principalmente os seus frágeis ecossistemas. A sua situação tornar-se-á desesperada e manifestamente injusta. Não podemos, por isso, esperar que todos eles se sintam gratos por ficarem meramente à espera da beneficência dos ricos. Se, neste momento, permitirmos que o poder devastador do armamento moderno se espalhe pela volátil paisagem humana, estamos a criar as condições para um confronto de gigantescas proporções que poderá devastar tanto os ricos como os pobres. A única esperança para o futuro está na acção internacional cooperativa, legitimada pela democracia. É tempo de virarmos as costas à busca unilateral de segurança, na qual procuramos abrigo construindo muros. É preciso insistir na procura de acções unidas que se possam estabelecer tanto contra o aquecimento global como contra um mundo armado. Estes objectivos análogos constituem-se como componentes vitais da estabilidade, à medida que caminhamos para alcançar mais justiça social que é a única esperança de paz. Alguns dos instrumentos legais necessários para que isso aconteça estão já disponíveis: o Anti Ballistic Missile (ABM) Treaty, a Convention on Climate Changes, os Strategic Arms Reduction Treaties (START) e o Comprehensive Test Ban Treaty. Na nossa qualidade de cidadãos preocupados pedimos a todos os governos que se comprometam com estes objectivos, que constituem as pedras do caminho que levará à substituição da guerra pela ordem mundial. Para sobreviver neste mundo que nós próprios transformámos temos de aprender a pensar de uma forma nova. Como nunca no passado, o futuro de cada um de nós depende do bem-estar de todos.

Os 110 Laureados constam numa lista disponível em
www.sciencemag.org/feature/data/nobel.shl

Adaptado de "The Next Hundred Years. Statement by 110 Nobel Laureates.
Journal of Public Health Policy 2002, 23(1):8



Moore KA, Gleit DA, Driscoll AK, Zaslow MJ, Redd Z. Poverty and Welfare Patterns: Implication for children. *Journal of Social Policy* 2002; 31(2):207-227

Konu A, Rimpelä M. Well-being in schools: a conceptual model. *Health Promotion International* 2002; 17(1):79-87



Congresso da Associação para a Promoção da Segurança Infantil (APSI)

"Crescer em Segurança 10 anos depois" 9 e 10 de Outubro
Centro Escolar e Hoteleiro do Estoril
Tel.: 218870161; Fax: 218881600
e-mail: apsi@mail.telapac.pt
www.apsi.org.pt

TOME NOTA!

Médicos-Sentinela estudam os regimes terapêuticos para a úlcera péptica e para a erradicação de *Helicobacter pylori*, nos utentes das respectivas listas.

Este estudo, que será realizado em colaboração com o CEFAR (Centro de Estudos de Farmacoepidemiologia da Associação Nacional de Farmácias), teve início em 15 de Maio último e irá decorrer durante os próximos 6 meses.

Os primeiros resultados deverão ser divulgados no início de 2003.



Já vem sendo hábito em cada verão darmos notícias sobre o sistema de vigilância ICARO e o início do seu funcionamento. Pelo quarto verão consecutivo o Onsa, em parceria com o Instituto de Meteorologia, produz diariamente informação sobre possíveis impactos do calor excessivo na saúde. Informação que é transmitida às restantes instituições do sistema de vigilância, a Direcção-Geral de Saúde e o Serviço de Protecção Civil que irão actuar, com o intuito de minorar este impacto.

No verão passado, Maio foi inesperadamente um mês escaldante, contudo, sem reflexos no sistema. Com efeito, o modelo que suporta o sistema de vigilância não está ajustado para detectar ondas de calor tão prematuras por falta de experiências idênticas no passado.

Assim, será interessante, oportunamente, saber se em Maio de 2001 se morreu de calor.

Ficha Técnica

Propriedade: ONSA - Observatório Nacional de Saúde
Responsável: Maria João Branco
Equipa Redactorial: Baltazar Nunes, Paulo Nogueira
Sede: Avenida Padre Cruz 1649-016 LISBOA
Tel: 21.752 64 04 **Fax:** 21.752 64 99 **e-mail:** onsa@insa.min-saude.pt
Tiragem: 6 000 exemplares **Distribuição:** gratuita
ISSN 0874-2928
Depósito Legal: 125868/98
Produção Gráfica: Litomaiores Ind. Litográfica, Lda. - Rio Maior

Algumas **News** dos **Jovens**

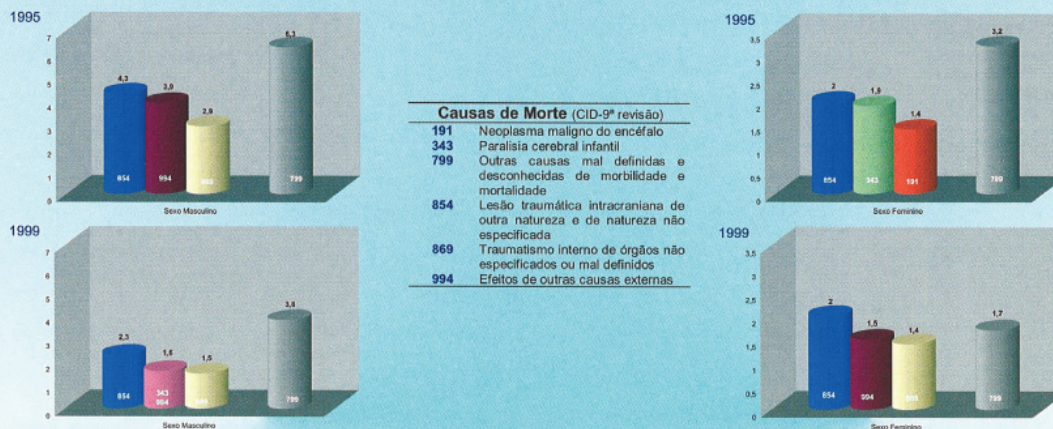
Esta é a Observações de Junho, mês que se iniciou, celebrando quem é jovem.

Nesta perspectiva, "solta-se" alguma informação sobre a situação de saúde dos jovens em Portugal, nomeadamente, qual o risco de morrer de quê, a actividade física entendida como prática desportiva, a ocorrência de acidentes domésticos e de lazer e o consumo de leite.

Também se morre jovem!

Genericamente, os rapazes do grupo etário estudado (5 - 14 anos) morrem mais que as raparigas. As taxas de mortalidade por todas as causas, neste grupo etário, quer para os rapazes (28.8 /...), quer para as raparigas (23.6 /...), mantiveram-se praticamente constantes entre 1995 e 1999. Contudo relativamente às principais causas de morte verificou-se um decréscimo de mortalidade nos rapazes. As causas mal definidas têm vindo a diminuir, continuando, contudo, a figurar entre as primeiras causas de morte.

Figura 1: Taxas de mortalidade (/10⁴ hab.) pelas três principais causas de morte da população de 5 - 14 anos, segundo o sexo, em 1995 e 1999, em Portugal.



Praticar desporto parece não ser fixe

Dos jovens inquiridos no Inquérito Nacional de Saúde 98/99 com idades entre os 15 e os 19 anos, apenas 26.2% referem prática desportiva nos tempos de lazer, isto é, treino de desporto de competição mais do que uma vez por semana ou prática de outros desportos recreativos pelo menos 4 horas por semana. Os rapazes referem-na em maior percentagem (35.7%) do que as raparigas (15.7%).

Acidentes comigo não acontecem...foi azar

Com mero intuito ilustrativo, apresentam-se alguns dados relativos à ocorrência de acidentes com jovens com idades entre os 15 e 19 anos, obtidos durante a fase experimental do projecto ADELIA (Acidentes Domésticos e de Lazer Informação Adequada, ex-EHLASS). O estudo piloto realizou-se em Agosto e Setembro de 2001, envolvendo 2 hospitais centrais (de Faro e Horta-Faial) e 3 centros de saúde (Loulé, Mirandela, Montemor-o-Novo). Dos 178 acidentes notificados, mais de metade envolveram rapazes (62.4%). A grande maioria deveu-se a quedas (49.4%). A maioria dos acidentes ocorreu ao ar livre (42.1%) mas, contrariamente aos rapazes, a casa ainda constituiu o segundo local mais referido, nos acidentes envolvendo o sexo feminino (31.3%).

Copos de leite fazem bem a saúde!

Dos INS ressalta que, a maior parte dos jovens com idades compreendidas entre os 10 e 19 anos, consomem leite diariamente. Verificou-se uma ligeira subida da percentagem de indivíduos que declararam consumir leite todos os dias entre 95/96 (78.5%) e 98/99 (80.8%). Quando comparamos por sexo, observa-se que é maior a percentagem de rapazes que referiram beber diariamente leite. Assim, em 95/96, 81.8% dos rapazes referiram beber todos os dias leite, enquanto que apenas 75.1% das raparigas o fizeram. Em 98/99, mantém-se esta diferença relativa aos sexos (fem: 77.4%; masc: 83.8%). Contudo, quando se quantifica o consumo médio diário ingerido, só cerca de metade consome 5 dl. ou mais. Verificam-se novamente diferenças entre os sexos, com as raparigas a ingerirem em média por dia menos leite que os rapazes (quadros 1 e 2). Esta diferença tem a maior expressão no grupo etário dos 15-19 anos.

QUADRO 1 - Distribuição (%) dos rapazes que afirmaram beber leite todos os dias, por consumo médio diário na semana anterior à inquirição e por idade. INS 95/96 e 98/99.

	10 - 14 anos			15 - 19 anos		
	<5 dl	≥ 5 dl	n	<5 dl	≥ 5 dl	n
95/96	49.0	51.0	1408	50.6	49.4	1559
98/99	49.3	50.7	1303	48.8	51.2	1384

QUADRO 2 - Distribuição (%) das raparigas que afirmaram beber leite todos os dias, por consumo médio diário na semana anterior à inquirição e por idade. INS 95/96 e 98/99.

	10 - 14 anos			15 - 19 anos		
	<5 dl	≥ 5 dl	n	<5 dl	≥ 5 dl	n
95/96	59.1	40.9	1307	66.5	33.5	1357
98/99	59.1	40.9	1100	61.5	38.5	1160

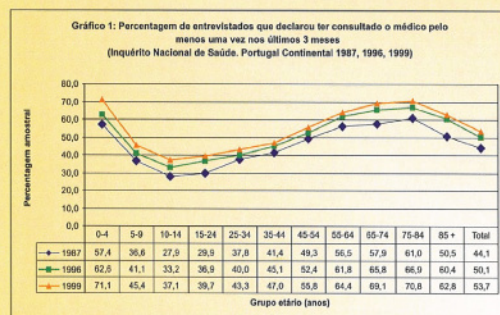
Consumo de cuidados médicos pela população portuguesa segundo os dados obtidos pelos Inquéritos Nacionais de Saúde desde 1987, 1995 e 1999.

Carlos Matias Dias*

A percentagem de pessoas, em Portugal Continental, que disse ter consultado um médico nos últimos três meses aumentou cerca de 22% entre 1987 e 1999. Desagregando os dados pela variável idade, esse aumento verificou-se em todos os grupos etários, de acordo com os dados obtidos pelos Inquéritos Nacionais de Saúde.

Este indicador de utilização de cuidados era de 44,1% em 1987, 50,1% em 1996 e 53,7% em 1999.

A extensão deste indicador à população residente em Portugal Continental em cada ano resulta nos seguintes números de utilizadores de cuidados médicos: 4520000 em 1987, 4974000 em 1996 e 5391000 em 1999 (gráfico 1).



Nos grupos etários 0 a 4 e 5 a 9 o aumento relativo foi de cerca de 24% entre 1987 e 1999. Entre os 10 e os 14 e entre os 15 e os 24 anos verificou-se o valor mais elevado, cerca de 33%. Entre os 25 e os 84 anos os aumentos percentuais em cada grupo etário oscilaram entre os 13% e os 16%. No grupo etário acima dos 85 anos o aumento verificado foi de 22%.

Esta distribuição sugere que a procura de cuidados de saúde, avaliada pelo indicador "consultas médicas nos últimos 3 meses", aumentou em Portugal Continental cerca de 22% num período de 12 anos em todos os grupos de idade. Seria interessante obter conhecimento adicional sobre os fatores que podem explicar os maiores aumentos relativos que foram observados nos grupos etários extremos.

1. Ministério da Saúde. Departamento de Estudos e Planeamento da Saúde. Inquérito Nacional de Saúde 1987. Lisboa, DEPS, 1990.
2. Ministério da Saúde. Departamento de Estudos e Planeamento da Saúde. Inquérito Nacional de Saúde 1995/1996. Lisboa, DEPS, 1997.
3. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Saúde Dr Ricardo Jorge. Observatório Nacional de Saúde. Inquérito Nacional de Saúde 1998/1999. Lisboa, ONSA, 2001.

* Médico de Saúde Pública, CEB-ONSA, INSA

www.onsa.pt
www.onsa.pt

www.onsa.pt
www.onsa.pt

www.onsa.pt
www.onsa.pt

Já nos visitou?

Consumo de bebidas alcoólicas em Portugal Continental. Estimativa do consumo de etanol utilizando os dados dos Inquéritos Nacionais de Saúde de 1995/96 e 1998/99.

Carlos Matias Dias*, Ana Vieira da Silva**, Sérgio Machado*, Domingos Neto**

Os Inquéritos Nacionais de Saúde realizados em Portugal Continental em 1995/96 e 1998/99 incluíram no seu questionário um conjunto de perguntas acerca do consumo de vários tipos de bebidas alcoólicas (1, 2). Estas perguntas permitiram caracterizar o consumo de cada pessoa residente na unidade de alojamento quanto à frequência e volume dos vários grupos de bebidas alcoólicas consumidos durante os sete dias anteriores à entrevista.

Utilizando os dados amostrais obtidos pelos inquéritos e os teores em etanol definidos pela Tabela Nacional de Composição de Alimentos, foi possível calcular o consumo de álcool, expresso em gramas de etanol, para cada uma das pessoas entrevistadas que declararam ter consumido algum tipo de bebida alcoólica na semana anterior à entrevista.

Uma descrição preliminar dos resultados permite observar diferenças significativas no consumo de álcool, expresso em gramas de etanol, entre homens e mulheres. Assim, os homens declararam um consumo de etanol que foi cerca do dobro, ou mais, do que o declarado pelas mulheres, em todos os grupos etários estudados (Gráfico 1) e nas cinco Regiões do Continente (Gráfico 2).

Entre os dois Inquéritos parece observar-se uma pequena diminuição no consumo de etanol calculado, em ambos os sexos, embora tal diminuição não seja significativa.

Esta diminuição pode também ser observada nas Regiões Norte, Centro e Lisboa e Vale do Tejo. Já na Região do Alentejo e no Algarve parece observar-se um aumento na quantidade de etanol ingerido através de bebidas alcoólicas (Gráfico 2).

Gráfico 1: Consumo médio diário de etanol em Portugal Continental (1996 e 1999), por sexo e grupo etário (Fonte: Inquérito Nacional de Saúde)

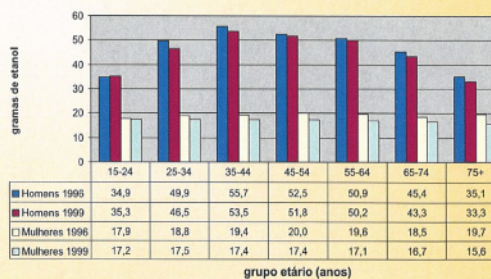
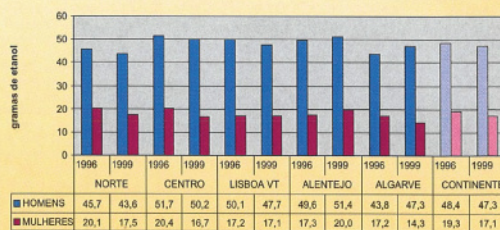


Gráfico 2: Consumo médio diário de etanol (gramas de álcool puro) por sexo e Região (NUTS 2), em 1996 e 1999 (Fonte: Inquérito Nacional de Saúde)



1. Ministério da Saúde. Departamento de Estudos e Planeamento da Saúde. Inquérito Nacional de Saúde 1995/1996. Lisboa, DEPS, 1997. Ministério da Saúde.
2. Instituto Nacional de Saúde Dr Ricardo Jorge. Observatório Nacional de Saúde. Inquérito Nacional de Saúde 1998/1999. Lisboa, ONSA, 2001.

* CEB-ONSA, INSA
** Centro Regional de Alcoologia do Sul

Evolução da cobertura vacinal da gripe na amostra ECOS

Teresa Contreiras, Baltazar Nunes

A vigilância epidemiológica da cobertura de uma vacina permite-nos traçar a sua evolução e fornecer aos responsáveis pela prevenção, informação útil para o delineamento de estratégias de prevenção e estimular uma prática médica eficaz.

Os surtos epidémicos de gripe têm sido descritos como as piores epidemias do século XX, devido ao seu grau elevado de contagiosidade. Pode afectar comunidades extensas e os custos sociais e as despesas de saúde durante os períodos de epidemia são extremamente elevados. Apesar da sua reputação de benignidade existem grupos de risco que podem apresentar alguma letalidade.

Mas existe uma forma de prevenção da infecção gripal, a vacina anti-gripal, habitualmente recomendada a grupos de risco e aos indivíduos com mais de 65 anos.

Uma série temporal de dados sobre cobertura vacinal da gripe está agora disponível. A sua análise suscita-nos alguns comentários acerca da evolução ocorrida entre 1998 e 2002.

Assim foram obtidos dados relativos a 98/99, 99/00, 01/02, através da amostra de famílias ECOS, por inquérito telefónico, utilizando sempre o mesmo questionário.

De acordo com o descrito na fig 1, observamos que apenas no grupo etário de 65 e mais anos se verificou um aumento progressivo da cobertura vacinal (10,6%) entre 1998-2002. No grupo etário com menos de 15 anos verificou-se uma descida, situando-se o valor de 2001/2002 (10,1%) abaixo do valor encontrado em 98/99 (12,1%).

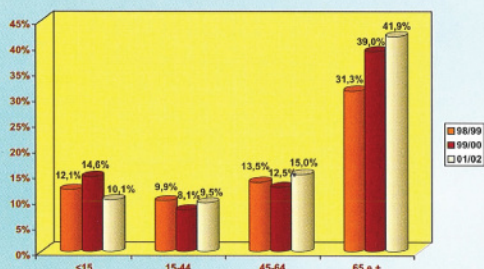


Fig. 1 Percentagem de indivíduos que declararam terem sido vacinados contra a Gripe, por grupo etário. Nos Invernos de 98/99, 99/00 e 01/02.

Todas as Regiões de Saúde apresentaram aumentos ligeiros da percentagem de indivíduos que dizem ter sido vacinados, sendo este aumento muito semelhante entre elas. A Região de Lisboa e Vale do Tejo manteve a maior taxa (18,1%) de cobertura enquanto que a Região do Algarve continuou a apresentar o menor valor (12,2%). De salientar a consistência dos resultados observados nas 3 épocas, não existindo diferenças significativas entre eles.

Quadro 1. Percentagem de indivíduos que declararam terem sido vacinados contra a Gripe, por grupo Região de Saúde. Nos Invernos de 98/99, 99/00 e 01/02.

	1998/1999		1999/2000		2001/2002	
	% (I.C. 95%)	n	% (I.C. 95%)	n	% (I.C. 95%)	n
Continente	14,2 (12,1; 16,2)	2923	15,6 (13,3; 18,0)	3796	17,0 (14,6; 19,6)	4148
Região						
Norte	13,8 (11,1; 16,5)	615	16,0 (13,5; 18,5)	832	17,6 (15,2; 20,0)	961
Centro	13,6 (11,0; 16,2)	677	15,9 (12,6; 17,4)	836	15,5 (13,1; 17,9)	865
Lisboa e Vale do Tejo	15,6 (12,5; 18,7)	520	16,3 (13,5; 19,1)	650	18,1 (15,4; 20,8)	792
Alentejo	12,2 (9,5; 14,9)	572	15,0 (12,4; 17,6)	727	15,5 (12,9; 18,1)	761
Algarve	10,2 (7,6; 12,8)	539	11,0 (8,8; 13,2)	751	12,2 (9,9; 14,5)	769

O aumento gradual das estimativas da taxa de cobertura observada no último inquérito, poderá ser explicado devido ao facto de ter havido em 2000, uma expectativa forte em relação a uma possível epidemia em Portugal, na sequência da que se verificou na Europa, o que pode ter influenciado a decisão ou recomendação da vacinação dos profissionais de saúde aos seus utentes, no Outono seguinte em 2001.

De qualquer modo estamos longe de uma prática generalizada desta vacinação nomeadamente pelos indivíduos a quem ela se destina preferencialmente. Como irá ser este Inverno?



Kulic L. Marital equality and the quality of long-term marriage in later life. *Ageing & Society* 2002; 22:459-481

Prata M. Você é um envelhescente? *Humanidades* 2002;6:72-73

Disney R, Johnson P, editors. *Pension systems and retirement incomes across OECD countries*. Edward Elgar, Cheltenham, Gloucestershire, 2001

Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD). *Relatório do Desenvolvimento Humano 2002: aprofundar a democracia num mundo fragmentado*. New York: PNUD, 2002. (Ed. em língua portuguesa Queluz: Mensagem Serviço de recursos Editoriais, Lda., 2002)

Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS), International Organization for Migration (IOM). *Migrants' Right to Health*. Geneve:UNAIDS, 2001



XXIV Debates em Epidemiologia. Reunião organizada pela Associação Portuguesa de Epidemiologia em 29 de Novembro de 2002. Serviço de Higiene e Epidemiologia. Faculdade de Medicina do Porto.

Fax: 22509 5618. E-mail: epimed@med.up.pt

TOME NOTA!

DIA DO INSA

No próximo dia 21 de Novembro de 2002 (a partir das 9h30) celebra-se mais um Dia do INSA. Este ano a organização da componente científica é da responsabilidade do Centro de Estudos de Vectores e Doenças Infecciosas e será dedicada ao tema "DOENÇAS TRANSMITIDAS POR VECTORES".

Programa

9h30m Abertura: Representante da tutela e Director do INSA

10h00m Conferência inaugural
Marta Granström, Karolinska Hospital, Suécia (a confirmar)
"IMPORTÂNCIA DAS DOENÇAS EMERGENTES EM SAÚDE PÚBLICA"

11h00m Pausa para café

11h30m Painel do CEVDI
Moderador - Armindo Filipe
Palestrantes - Sofia Nuncio, Fátima Bacellar, Maria João Alves

12h30m Encerramento e visita à exposição "Memórias do Instituto de Malariologia de Águas de Mouras. Da luta anti-palúdica ao museu"

Ficha Técnica

Propriedade: ONSA - Observatório Nacional de Saúde
Responsável: Maria João Branco
Equipa Redactorial: Baltazar Nunes, Paulo Nogueira
Sede: Avenida Padre Cruz 1649-016 LISBOA
Tel: 21.752 64 04 **Fax:** 21.752 64 99 **e-mail:** onsa@insa.min-saude.pt
Tiragem: 6 000 exemplares **Distribuição:** gratuita
ISSN 0874-2928
Depósito Legal: 125868/98
Produção Gráfica: Litomaior Ind. Litográfica, Lda. - Rio Maior

4 x ÍCARO : um balanço.

Paulo Jorge Nogueira

O leitor do "Observações" já reparou certamente que, ciclicamente, falamos no projecto Ícaro. Por volta do verão o, antes ou depois, damos conta que o sistema de vigilância de ondas de calor com possíveis impactos na mortalidade da população portuguesa vai estar ou esteve em acção. E, como se costuma dizer, o tempo passa depressa, mesmo para o "nosso" Ícaro...no final deste mês de Setembro, cumprem-se quatro Verões consecutivos de funcionamento do sistema de vigilância Ícaro.

O primeiro alerta de possível efeito significativo de onda de calor sobre a população portuguesa, lançado pelo sistema de vigilância Ícaro, ocorreu em Julho de 2000, no seu segundo ano de funcionamento. As outras instituições que integram o sistema desempenharam o seu papel. Mas, apesar do esforço feito na altura pela Direcção Geral da Saúde, os meios de comunicação social não mostraram muito interesse pelo acontecimento. É verdade que houve notícias em alguns jornais, mas não com a celeridade que a questão impõe.

Em meados de Junho último, as previsões de temperatura do ar feitas pelo Instituto de Meteorologia justificaram outro alerta de onda de calor. Mais uma vez, as instituições desdobraram esforços para informar a população que estar consciente, sem alarmismos, dos riscos resultantes de um calor excessivo, pode salvar vidas. De algum modo pareceu existir uma tendência para os meios de comunicação estarem mais atentos para este problema.

Reflectindo sobre o primeiro alerta de calor no verão do ano de 2000, existem várias questões que se nos colocam. Existiram realmente razões para um alerta? Podíamos ter feito melhor? Morreu alguém devido ao calor? Salvámos alguém? Como é óbvio as respostas não são fáceis.

A figura 1 é uma cópia do relatório Ícaro diário emitido no dia 15 de Junho de 2000. Pelas previsões desse dia, estávamos com uma situação, eventualmente, equiparável a de Julho de 1991, altura em que num período de cerca de 8 dias se estima que ocorreu um excesso de 1002 óbitos devidos a efeitos do calor. (Resultados em via de publicação)

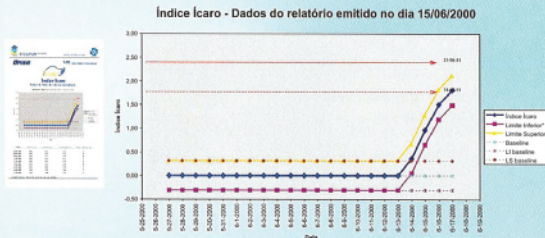


Figura 1. Reprodução do boletim Ícaro emitido no dia 15 de Junho de 2000 e Detalhe gráfico dos valores do índice previstos nesse dia

No entanto, em Lisboa, as temperaturas do ar nesses dias foram mais baixas do que as previstas, pelo que o efeito esperado na mortalidade, previsto no índice Ícaro, não foi verificado em toda a sua magnitude. Com efeito, analisada a mortalidade diária de Lisboa não se observou nenhum dia com valor aberrante de mortalidade, mas se atentarmos em todo o país ocorreram valores aberrantes de mortalidade precisamente nos dias 15, 16 e 17 de Julho de 2000 (Fig. 2).

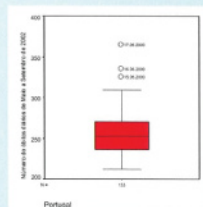


Figura 2. Representação em caixa-de-bigodes da distribuição da mortalidade diária em Portugal no verão de 2000

Com explicar este facto: um sistema que usa apenas informação para Lisboa, no seu primeiro alerta reflectiu a mortalidade do país. A nossa convicção é que algo se passou.

A investigação continua, traduzida num projecto financiado pela Fundação de Ciência e Tecnologia que vai, no futuro, permitir compreender e modelar efeitos regionais e integrá-los num sistema de vigilância de ondas de calor.

Logo que possível daremos novas notícias sobre estes e outros desenvolvimentos do projecto Ícaro.

TESTES DE SENSIBILIDADE AOS ANTIBACTERIANOS, EM CLÍNICA GERAL: POUCOS TESTES!!! MUITA SENSIBILIDADE ???

José Marinho Falcão, Ana Pisco, José Augusto Simões, Zilda Pimenta, Isabel Falcão

Introdução

A prescrição de antibacterianos em Clínica Geral foi estudada em 2001 através da rede de "Médicos-Sentinelas". É muito grande a importância da prescrição destes fármacos já que não se circunscreve ao domínio da eficácia terapêutica. De facto, as implicações sobre a criação de resistências e sobre os gastos em saúde não são também negligenciáveis.

A questão da utilização dos testes de sensibilidade aos antibacterianos (TSA) como apoio à prescrição foi incluída no estudo e é o alvo desta nota.

Material e Métodos

Durante 2001 os médicos participantes notificaram a prescrição de antibacterianos feita a utentes das suas listas. Para além dos antibacterianos prescritos foram colhidos dados sobre a idade e sexo do utente, sobre a doença ou situação que motivou a prescrição e sobre a utilização de TSA. Os antibacterianos foram codificados de acordo com a Classificação Fármaco-Terapêutica e as doenças e situações que motivaram a prescrição receberam códigos da International Classification of Primary Care, 2ª edição (ICPC-2).

Resultados

O quadro adiante mostra a frequência de utilização de TSA segundo os vários grupos de doenças de motivaram a prescrição.

Distribuição percentual das prescrições, por aparelho ou órgão envolvido no episódio de doença, segundo a situação face ao pedido de TSA

	Sem pedido de TSA	Pedido TSA, aguarda resultado	Cum resultado de TSA
R- Aparelho respiratório (1769)	98,8	0,8	0,4
U Aparelho urinário (1939)	46,9	22,4	30,7
S Pele (1236)	99,0	0,3	0,6
H Ouídos (193)	98,7	0,4	0,9
D Aparelho digestivo (112)	97,8	0,9	1,3
X- Ap. genital feminino (170)	86,5	3,9	9,6
Y Ap. genital masculino (16)	86,8	11,8	1,5
Outros (217)	96,6	2,9	0,5
Total (11872)	89,8	4,5	5,7

No conjunto das 11 672 prescrições estudadas 10.2% foram precedidas de um pedido de TSA.

A frequência de pedido de TSA variou apreciavelmente de acordo com os aparelhos e órgãos envolvidos. Assim, foi máxima nas doenças do aparelho urinário em que mais de metade das prescrições (53.1%) foram precedidas de pedido de TSA. Percentagens de utilização mais elevadas foram ainda encontradas nas doenças dos aparelhos genitais feminino (13.5%) e masculino (13.3%). O pedido de TSA nas doenças dos restantes aparelhos e órgãos foi muito mais baixa.

O pedido de TSA só contribuiu para orientar a prescrição em pouco mais de metade (55.9%) da totalidade dos casos em que foi pedido. Nos restantes o resultado do TSA ainda era aguardado aquando da prescrição do antibacteriano.

Este contributo foi diferente nos 3 grupos de doenças onde o pedido de TSA teve relevância. Ela foi máxima nas doenças do aparelho genital feminino em que 71.1% dos resultados estavam disponíveis aquando da prescrição. Foi muito mais baixa nas doenças do aparelho urinário (57.8% de resultados disponíveis) e nas do aparelho genital masculino (apenas 11.3% de resultados disponíveis).

Discussão

Os resultados sugerem que a utilização de TSA como forma de orientar a terapêutica antibacteriana em Clínica Geral é, em geral, pouco frequente e está sobretudo concentrada nas doenças do aparelho urinário. É interessante notar que a prescrição em doenças de aparelhos e órgãos que permitem um acesso fácil como o aparelho respiratório (em que as amígdalas agudas ocupam uma posição de relevo) a pele e os ouvidos só excepcionalmente gera pedido de TSA.

Seria oportuno, em estudo posterior, investigar com detalhe as razões que 1. levam a uma tão baixa frequência de requisição de TSA em Clínica Geral 2. estão associadas à obtenção de resultados tardios, inúteis ou mesmo à ausência de resultados dos TSA

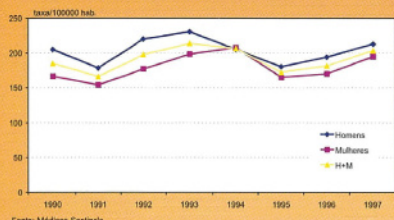
Resultados da notificação de Acidentes Vasculares Cerebrais na Rede Médicos-Sentinela Portugal, 1990 -1997

Isabel Marinho Falcão*, Paulo Jorge Nogueira**

A Rede Médicos-Sentinela é um instrumento de medida de saúde constituído por cerca de duas centenas de Clínicos Gerais/Médicos de Família (CG). De 1990 a 1997, esses GC notificaram todos os novos casos de Acidente Vascular Cerebral de que tiveram conhecimento, ocorridos nos utentes das respectivas listas. Os resultados que a seguir se apresentam foram estimados a partir desses dados.

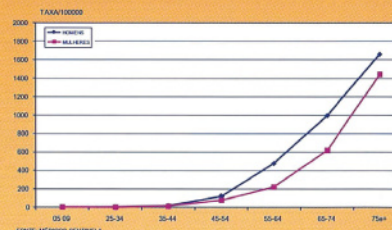
A estimativa da taxa de incidência média anual¹ de Acidentes Vasculares Cerebrais (AVC) notificados foi de 181,6/10⁵ hab., sendo o valor mínimo de 166,0 e o máximo de 213,7. (Fig. 1).

As taxas foram persistentemente mais elevadas no sexo masculino do que no feminino, em todos os anos estudados, à excepção de 1994 (Fig. 1).



Fonte: Médicos-Sentinela

Fig. 1 Distribuição das taxas de incidência de AVC notificados em Portugal, de 1990 a 1997.



Fonte: Médicos-Sentinela

Fig. 2 Distribuição das taxas de incidência de AVC notificados em Portugal, por sexo e grupo etário, de 1990 a 1997.

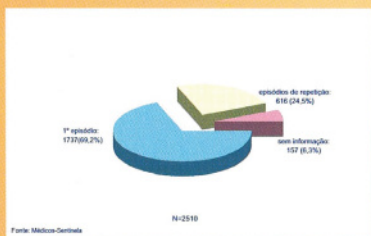
Verificou-se que a incidência da doença começou a ter alguma expressão a partir da idade de 35 anos, aumentou progressivamente nos grupos etários seguintes e atingiu o seu máximo (1661,7/10⁵ hab.) no grupo 75 e + anos, com uma taxa cerca de 100 vezes superior à que foi estimada para as idades compreendidas entre os 35 e os 44 anos (Fig.2).

Dos AVC notificados, 1737 (69,2 %) foram 1^o episódios e 616 (24,5%) episódios de repetição (Fig.3).

Os primeiros episódios ocorreram mais tarde (média de idades=74,7 anos) do que os episódios de repetição (média de idades=72,1) (p=0.000003) (Fig.3).

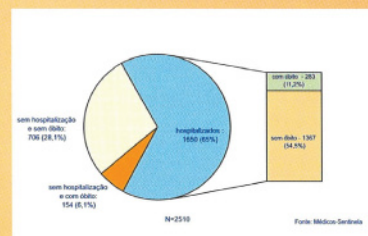
Foram hospitalizados por AVC, no momento do diagnóstico, 1650 utentes (65%). Nestes, ocorreu óbito em 283 (11,2% do total de casos). A ocorrência de óbito sem hospitalização prévia registou-se em 154 casos (6,1%) (Fig. 4).

Foi verificado óbito em 437 casos (17,4 %), sendo 225 (51,5%) no sexo masculino e 212 (48,5%) no sexo feminino (Fig.5).



Fonte: Médicos-Sentinela

Fig. 3 Proporção de 1^o episódios e de episódios de repetição nos casos de AVC notificados em Portugal, de 1990 a 1997



Fonte: Médicos-Sentinela

Fig. 4 Distribuição dos casos de AVC notificados, em Portugal, de 1990 a 1997 segundo a ocorrência de hospitalização e de óbito

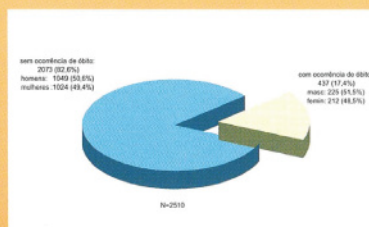


Fig. 5 Distribuição dos casos de AVC segundo a ocorrência de óbito em Portugal, de 1990 a 1997.

A média de idades dos indivíduos que morreram por AVC revelou-se estatisticamente diferente nos homens e nas mulheres. Nos homens, a morte por AVC, ocorreu em idades mais baixas (idade média=74,6 anos) do que nas mulheres (idade média=78,1 anos) (K-W=13,42; p=0.000250) (Fig.5).

O progressivo aumento da esperança de vida, nas últimas décadas e a importância que, cada vez mais, vem sendo atribuída à prevenção dos AVC com o objectivo de diminuir a respectiva morbilidade e letalidade poderão justificar um novo estudo, na Rede Médicos-Sentinela, sobre este tema, e uma nova reflexão sobre o assunto.

1. Marinho Falcão JCF. Médicos-Sentinela-aplicações de um instrumento de medida. Revista Portuguesa de Saúde Pública de Saúde 1993;vol 11(3):47-49

* Assistente Graduada de Clínica Geral, ONSA

** Estatista, ONSA

Editorial

PRODUTIVIDADE... PELA NOSSA SAÚDE!

Não sei se é verdade! Mas escreve-se e diz-se que a produtividade em Portugal é a mais baixa da União Europeia! Que é indispensável organizar melhor a produção, premente actualizar a tecnologia, prioritário modificar as relações de trabalho! Admitamos que, de facto, tudo isto é verdade!

No entanto, estamos a esquecer-nos de algo relevante.

De facto, ninguém duvida que, nos indivíduos, os estados de saúde e de doença afectam a produtividade. Com dor crónica, com depressão, com limitação funcional administra-se e trabalha-se menos e pior, cai-se mais depressa na falência ou no desemprego, enfrentam-se reinserções profissionais mais duras e difíceis.

E nas comunidades? Porque é que os seus níveis de saúde e de doença não influenciarão a produtividade, como nos indivíduos? Claro que influenciam!

Ora tomemos este indicador simples: "auto-percepção do estado de saúde".

Há razões para pensar que, na EU, Portugal é o Estado Membro (EM) em que o estado de saúde autopercibido é mais baixo. Os valores indicados adiante, relativos à percentagem de pessoas, com 16 anos ou mais, que declararam ter um estado de saúde "muito bom" ou "bom" (1997)¹, merecem reflexão:

Portugal - 45,8% Alemanha - 48,2% França - 59,2%

Espanha - 67,8% Dinamarca - 76,1% Irlanda - 81,0%

A percentagem de Portugal está muito abaixo do valor médio da EU (61%), não anda muito longe de ser metade do valor do EM com o valor mais elevado, a Irlanda, e está bem distanciada da percentagem de Espanha.

Não deverá pensar-se que esta situação tem uma ligação causal à produtividade baixa?

E não me digam que este indicador é mau porque se baseia na opinião subjectiva de cada cidadão sobre si próprio. Estar doente é, acima de tudo, sentir-se doente! Por isso, dificilmente se encontrará um indicador-resumo do estado de saúde de uma comunidade que integre de forma mais perfeita, as três dimensões da saúde: a física, a mental e a social.

Na luta pela produtividade organize-se a produção, actualize-se a tecnologia, aperfeiçoem-se as relações de trabalho. Mas não se esqueça uma medida também indispensável: melhorar-se o estado de saúde dos portugueses. Certamente no plano físico mas, quiçá ainda mais importante, também nos planos mental e social.

E não se dêem tiros pela culatra! Que na voragem da produção, a saúde dos portugueses não seja, por ela, ainda mais afectada.

1. European Commission, Eurostat, Theme 3: Population and social conditions - Key figures on health, Pocketbook, data 1985-2002, 2001 edition Luxembourg

José Marinho Falcão

Roteiro dos Laboratórios

PROGRAMA NACIONAL DE AVALIAÇÃO EXTERNA DA QUALIDADE DO INSA (PNAEQ)

Introdução

A participação num Programa de Avaliação Externa da Qualidade (EQA) constitui para os laboratórios a única forma de detecção de erros sistemáticos, através da comparação dos seus resultados.

O objectivo destes Programas coordenados pelo INSA é ajudar os laboratórios a manter e melhorar o seu desempenho, enfatizando-se a componente formativa dos técnicos que neles trabalham, tentando assim contribuir para a melhoria do nível técnico-científico dos seus laboratórios.

Através da participação voluntária e confidencial, pretende-se assegurar a comparabilidade e uniformidade dos resultados dos laboratórios aderentes, em regra através de uma avaliação retrospectiva do desempenho de um laboratório, num dado dia, comparando os seus resultados com os dos seus pares.

Finalmente a participação em ensaios interlaboratoriais é ainda uma exigência legal para todos os laboratórios acreditados (NP EN ISO/IEC 17025).

Evolução histórica

Os PNAEQ's destinados a laboratórios da área clínica, foram implementados em Portugal em finais dos anos 70, sob a coordenação do Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge.

Dando um salto na história, chegamos ao D.L. nº534/99 de 11 de Dezembro no qual é reforçada a necessidade de participação dos laboratórios clínicos em ensaios interlaboratoriais.

Posteriormente, o Despacho nº8835/2001 de 27 de Abril estipula que no processo de licenciamento e fiscalização dos laboratórios de análises clínicas, no âmbito da «Garantia da Qualidade», os laboratórios devem participar em programas de avaliação externa da qualidade, de preferência nacionais, dando inclusivamente e a título de exemplo, os programas organizados pelo INSA. Para além dos muitos programas em funcionamento na área clínica, também estão disponíveis ensaios para as áreas de Microbiologia de Águas e Alimentos, contando o INSA para a sua organização com a colaboração da entidade inglesa Public Health Laboratory Service (PHLS).

Na próxima News falaremos da nossa actividade

Maria Adelina Peça Gomes

Neste número...

Programa Nacional de Avaliação Externa da Qualidade do INSA

Algumas News dos já não tão Jovens

Dor na Amostra Ecos

Introdução do aleitamento não materno: resultados do INS 95/96 e INS 98/99



INSTITUTO NACIONAL DE SAÚDE
DR. RICARDO JORGE



Ministério da Saúde

Resultados no mínimo... curiosos

Concluiu-se o relatório de um estudo desenvolvido em colaboração com o Instituto Português do Sangue e Serviço de Imunoterapia do Hospital de Faro. O objectivo do trabalho foi estimar a concentração de metais pesados numa amostra de dadores de sangue.

De realçar os resultados obtidos relativos ao doseamento de **COBRE**:

Para este metal, foram estudados 371 dadores. Destes, **19.1%** (71) apresentaram concentrações de cobre > às de referência (155g/dl). A curiosidade residirá, eventualmente, no facto de, significativamente, terem sido mais as mulheres (38.0%) do que os homens (1.6%) a apresentarem aquele achado.

Vimos dar notícias do projecto

"PIO Pesquisador Investigação Oculta"



Para aqueles que desconhecem ou não se lembram do PIO, valerá a pena dizer que este projecto foi implementado em 1999 com o objectivo de **criar uma base de dados (BD) de literatura "cinzenta"**, isto é, de referências de trabalhos **não publicados**, no âmbito da saúde.

Com efeito, em Faculdades, Institutos, Escolas e Serviços de Saúde são produzidas dissertações, relatórios e trabalhos vários com metodologias inovadoras e/ou resultados interessantes sobre o estado de saúde (doença) e suas determinantes, de grupos populacionais, que nem sempre são publicados.

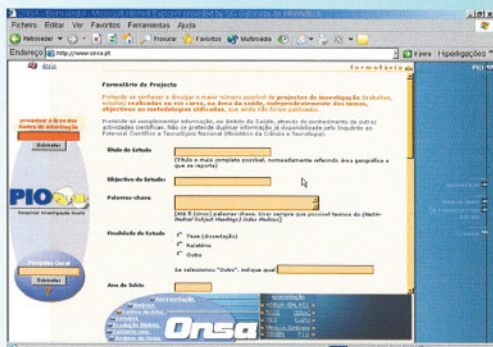
A constituição de uma rede de contactos com fontes potenciais deste tipo de informação poderá ser útil, contribuindo, eventualmente, para:

- modelar a agenda de investigação;
- facultar a validação de instrumentos e métodos;
- facilitar o contacto e relacionamento de grupos com interesses científicos afins.

Após algumas vicissitudes, podemos afirmar que o PIO não é uma realidade virtual.



Com efeito, pode aceder à BD em www.onsa.pt, navegando através das «Fontes de Informação» e depois «PIO».



A manutenção e a "vitalidade" do projecto PIO dependerá de si, na medida em que aderir, registando os seus trabalhos, realizando as suas pesquisas e/ou promovendo a sua divulgação. Caso não tenha acesso à Internet, poderá solicitar-nos pesquisas, cujos resultados lhe serão enviados via fax ou postal e o formulário onde poderá registar os seus trabalhos.



XI Congresso Anual da Sociedade Portuguesa de Estatística.
24 a 27 de Setembro de 2003. Faculdade de Economia da Universidade do Algarve Campus de Gambelas Faro.
Tel: 289900915, Fax: 289815937, Email: feuaagri@ualg.pt, URL: www.ualg.pt/feua/spe2003/

European Medical Writers Association - 12th Annual Conference.
14-17 de Maio de 2003. Hotel Tivoli Tejo, Lisboa Portugal
Tel: +44(0)1923 848 390, Fax: +44 (0)1923 848 391, Email: emwa@dial.pipex.com, URL: www.emwa.org



Nickel J W. Is Today's International Human Rights System a Global Governance regime? *The Journal of Ethics* 2002; 6:353-371

Bjarnason T, Sigurdardottir T.J. Psychological distress during unemployment and beyond: social support and material deprivation among youth in six northern European countries. *Social Science & Medicine* 2003;56(5):973-985

Little M, Jordens C F C. Discourse communities and the discourse of experience. *health: An Interdisciplinary Journal for the Social Study of Health* 2003;7(1):73-86

Kugelmann R. Pain as symptom, pain as sign. *health: An Interdisciplinary Journal for the Social Study of Health* 2003;7(1):29-50

mea culpa...

Ver Observações nº 17

Relativamente ao gráfico publicado no Roteiro dos projectos devemos esclarecer que as unidades de vitamina D a que se refere a escala são de «mg (microgramas) por 100 g de porção edível»

TOME NOTAS!

O site do ONSA (www.onsa.pt) foi remodelado e actualizado durante os últimos meses. A nova versão apresenta ligeiras modificações, introduzidas com o objectivo de facilitar a leitura e navegação no site. Estamos de momento a proceder à tradução de todo o site de modo a construir uma imagem do mesmo em língua Inglesa.

E-visite-nos e dê-nos a sua opinião, que será de grande utilidade em futuras remodelações.

Esteja atento às actualizações e ao que vai sendo disponibilizado, como por exemplo, uma versão "de bolso" dos resultados do último Inquérito Nacional de Saúde (INS) em Info. Síntese Continente. 1998/99 (Estudos), o relatório anual do sistema ADELIA/EHLASS (acidentes domésticos e de lazer), que foi entregue à Comissão Europeia no início do ano e ainda estudos sobre o aleitamento materno em Portugal e efeitos sobre a mortalidade de uma onda de calor em Julho de 1991.

A sua participação conta! Junte-se aos amigos do ONSA.

Tomando-se membro do grupo, receberá regularmente notificações de actualizações do site (aproximadamente mensais) e poderá participar nas discussões. Presentemente está em debate o seguinte tema: Testes de sensibilidade aos antibacterianos em clínica geral.

Não se esqueça: www.onsa.pt; e por favor, divulgue aos seus colegas.

A equipa do ONSA agradece.

Ficha Técnica

Propriedade: ONSA - Observatório Nacional de Saúde
Responsável: Maria João Branco
Equipa Redactorial: Baltazar Nunes, Paulo Nogueira
Sede: Avenida Padre Cruz 1649-016 LISBOA
Tel: 21.752 64 04 Fax: 21.752 64 99 e-mail onsa@insa.min-saude.pt
Tiragem: 6 000 exemplares Distribuição: gratuita
ISSN 0874-2928 Depósito Legal: 125868/98
Produção Gráfica: Litomaior Ind. Litográfica, Lda. - Rio Maior

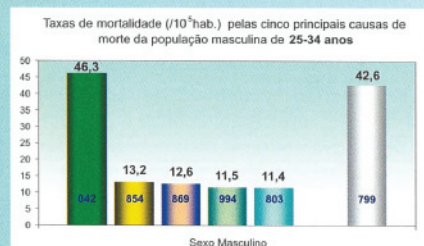
Algumas NEWS dos já não tão Jovens

Nestas Observações "solta-se" alguma informação sobre a situação de saúde dos adultos jovens de 25-34 anos, em Portugal, nomeadamente, qual o risco de morrer de quê, a actividade física entendida como prática desportiva, a situação estatoponderal e a ocorrência de acidentes domésticos e de lazer, nos adultos jovens de 20-34 anos.

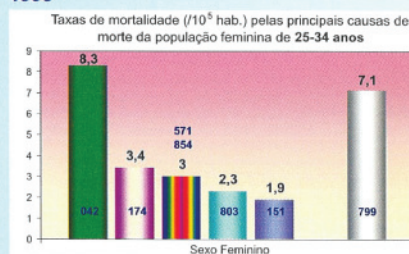
De que morrem mais...

Genericamente, os homens do grupo etário estudado morrem mais que as mulheres. As taxas de mortalidade por todas as causas, neste grupo etário, quer para os homens (249.2¹/₁₀₀₀ < 228.7²/₁₀₀₀), quer para as mulheres (70.7¹/₁₀₀₀ < 62.4²/₁₀₀₀), diminuíram entre 1995 e 1999. Analisando as principais causas de morte, saliente-se o peso da SIDA e as causas relacionadas com traumatismos. Relativamente às mulheres, já neste grupo aparece entre as principais causas, a neoplasia da mama. As causas mal definidas têm vindo a aumentar, posicionando-se como a principal causa, em ambos os sexos.

1995



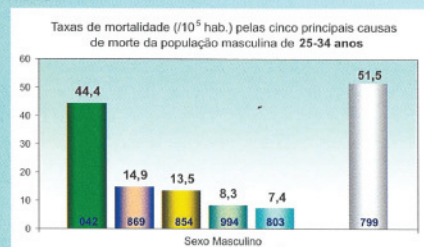
1995



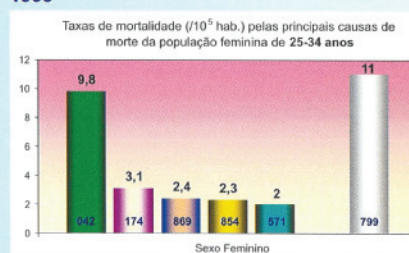
Principais causas de morte neste grupo etário

042	SIDA
151	Neoplasma maligno do estômago
174	Neoplasma maligno da mama feminina
571	Doença crónica do fígado e cirrose
799	Outras causas mal definidas e desconhecidas de morbilidade e mortalidade
803	Outras fracturas do crânio e outras não especificadas
854	Lesão traumática intracraniana de outra natureza e de natureza não especificada
869	Traumatismo interno de órgãos não especificados ou mal definidos
994	Efeitos de outras causas externas

1999



1999

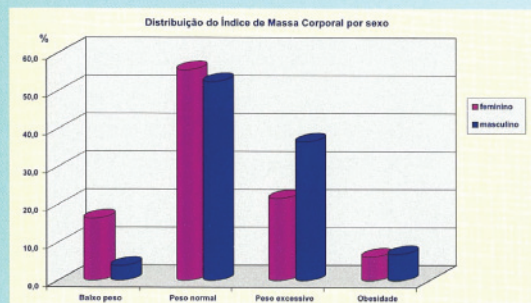


Quanto à prática desportiva, até custa acreditar...

Da população inquirida com idades entre os 25 e os 34 anos (n=5809) no INS98/99, apenas 16.3% referem prática desportiva nos tempos de lazer. Os rapazes referem-na em maior percentagem (15.4%) do que as raparigas (7.0%).

Depois da Páscoa começo a fazer dieta...

Segundo o INS 98/99, "observámos" que no grupo etário dos 25-34 anos, 43.6% dos homens (n=2838) e 28.0% das mulheres (n=2872) apresentavam um Índice de Massa Corporal (IMC=Kg/M²) ≥ 25



Baixo Peso: IMC < 20; Peso Normal: IMC ≥ 20 e < 25; Peso Excessivo: IMC ≥ 25 e < 30; Obesidade: IMC ≥ 30

Azar ou imprevidência?

Dos acidentes domésticos e de lazer notificados no sistema ADELIA no ano de 2002, 14.8% (3205) envolveram indivíduos com idades entre os 20 e os 34 anos. Destes 67.1% pertenciam ao sexo masculino.

O local do acidente mais referido neste grupo foi a "casa" (47.1%) seguida do "ar livre" (13.9%), no entanto a proporção de acidentes em "casa" no sexo feminino foi superior (63.0% mulheres, 40.0% homens), por outro lado os acidentes ao "ar livre" apresentaram valores mais elevados nos homens (10.5% mulheres, 15.6% homens).

A actividade "doméstica" (25.9%) e a de "lazer" (24.5%) foram as de maior peso neste grupo, sendo mais expressiva a actividade "doméstica" no sexo feminino (39.2% mulheres, 19.3% homens) e o "lazer" no sexo masculino (15.6% mulheres, 28.9% homens).

A "queda" (52.1%) e o "atingido por..." (25.2%) foram os mecanismos da lesão mais frequentes, sem diferenças muito notórias entre os sexos.

A percentagem de internamento foi de 2.7% inferior à total 5.2% (todas as idades), sendo de 6 dias, a média de dias de internamento.

Dor na amostra ECOS

Sara Rabiais

No âmbito do instrumento de observação ECOS (Em Casa Observamos Saúde) foi realizado recentemente um estudo sobre a dor. Neste artigo divulgam-se alguns dos resultados obtidos.

Foram contactados 1671 indivíduos de 18 ou mais anos, residentes no Continente, possuidores de telefone da rede fixa da Portugal Telecom, pertencentes ao leque das famílias da amostra ECOS. Conseguiu obter-se informação válida de 1414 indivíduos o que corresponde a 84.8% dos indivíduos da amostra.

Quando questionados sobre a ocorrência de dor (a única dor sentida ou, no caso de mais de uma em simultâneo, a mais intensa) nos últimos sete dias anteriores à entrevista, 71.4% dos respondentes afirmaram ter tido dor.

Da análise do Quadro 1, ressalta terem sido as dores lombares (36.4%), as dores nos ossos e articulações (28.1%) e as dores de cabeça (23.7%), as referidas com maior frequência.

Quadro 1 - Percentagens das diferentes dores manifestadas nos sete dias anteriores à entrevista.

Dor	N	%	IC 95%
Dores lombares	368	36,4	(33,5; 39,4)
Dor de ossos e articulações	284	28,1	(25,3; 30,9)
Dor de cabeça	239	23,7	(1,0; 26,3)
Dor de garganta	37	3,7	(2,5; 4,8)
Dor por quedas, pancadas ou acidentes	29	2,9	(1,8; 3,9)
Dor de dentes	28	2,8	(0,8; 3,8)
Dor de ouvidos	10	1,0	(0,4; 1,6)
Outras dores	15	1,5	(0,7; 2,2)

Na **qualificação da dor**, considerada na sua globalidade, mais de um terço dos respondentes (35.0%) referiu ter sentido uma dor ligeira. Contudo quando se pediu que fossem qualificadas dores específicas, nomeadamente as mais referidas, verificou-se que as dores nos ossos e articulações e as dores de cabeça foram as percebidas com mais intensidade, respectivamente por 36.4% e 38.2% dos respondentes (Fig.1)

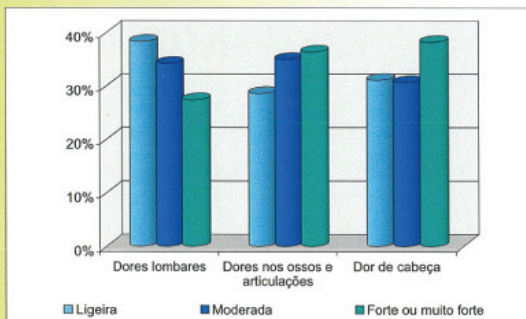


Fig.1 - Percentagens dos diferentes tipo de dores para as dores lombares, dores nos ossos e articulações e para as dores da cabeça.

Relativamente à **atitude tomada perante a dor**, considerada na sua globalidade, verificou-se que quase metade, 49.6%, dos indivíduos referiu tomar medicamentos receitados anteriormente, 31.2% consultou o médico e 20.2% declarou não ter feito nada. No Quadro 2, descrevem-se as atitudes relativas às dores específicas mais referidas.

Quadro 2 - Distribuição percentual das principais atitudes tomadas perante as dores lombares, as dores nos ossos e articulações e as dores de cabeça.

Atitude perante a dor	Dores lombares	Dores nos ossos e articulações	Dor de cabeça
Tomou medicamentos receitados anteriormente	44,0%	51,1%	59,4%
Consultou um médico	29,9%	38,4%	25,5%
Não fez nada	23,4%	19,4%	16,7%

Encontra-se em fase de execução o relatório deste estudo, planeando-se divulgar oportunamente mais resultados.

Introdução do aleitamento não materno: resultados dos INS 95/96 e INS 98/99

Da Estratégia Global para Alimentação Infantil definida no âmbito da Organização Mundial da Saúde destaca-se:

*"O leite materno é o primeiro alimento natural para os bebés.....
Todas as mães deveriam ter acesso a ajuda qualificada para iniciar e manter aleitamento materno exclusivo durante os primeiros 6 meses de vida...."*

Em Portugal o que sabemos acerca desta problemática?

Com base num estudo sobre o aleitamento materno de crianças com idade igual ou inferior a 5 anos, no qual foram analisados os dados obtidos nos Inquéritos Nacionais de Saúde (INS) de 95/96 (n=2279) e 98/99 (n=2256), ressalta:

Das crianças com aleitamento materno para as quais se tem informação sobre a introdução de leite não materno, verificou-se que para mais de metade (67.4% e 65.6%), a introdução do biberão ocorreu antes dos três meses.

Em 98/99 verificou-se uma queda na percentagem de crianças que introduziram o biberão antes do primeiro mês, da ordem dos 20%.

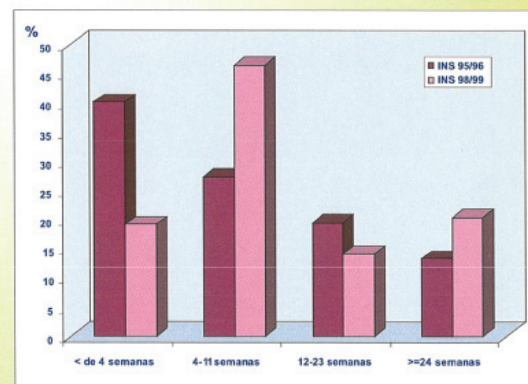


Figura 1 - Distribuição (%) de crianças com aleitamento materno que tomaram biberão, por idade de introdução de leite não materno na alimentação

Das crianças com aleitamento materno, 16.1% (298) e 14.5% (277) tiveram aleitamento materno exclusivo, isto é nunca tomaram outro leite senão o materno.

Os resultados permitem concluir que algumas medidas deveriam ser estabelecidas relativas a esta componente do aleitamento materno. Contudo a distribuição ocorrida em 98/99 permite-nos ter esperança na evolução do indicador... aguardemos o próximo INS.

Editorial

COMO AS ONDAS

Ninguém jamais viu uma onda que se formasse, ganhasse altura e permanecesse alta por um longo período. De facto, as ondas formam-se, elevam-se e rebentam quando, de tão grandes, a base de areia que banham deixa de as poder sustentar. Ficam, se tanto, reduzidas a um palmo de água, sereno, tranquilo, mesmo assim, por vezes, perigoso.

As epidemias são ondas. Começam pequenas, imperceptíveis. Aumentam progressivamente, surpreendentes e assustadoras. Atingem um patamar e, como as ondas, inevitavelmente diminuem, até se desvanecerem num número de casos pequeno que dá mais tranquilidade às populações e às autoridades de saúde, mas também, por vezes, é perigoso

De facto, as epidemias, por longas que pareçam, não duram sempre. Cessam quando, como as ondas, atingem tal dimensão que a sua base de sustentação se torna insuficiente. E a base de sustentação de uma epidemia é função da percentagem de indivíduos susceptíveis à doença que existem na população.

A epidemia, só por si, de tanto devastar uma população, faz diminuir nela o número de susceptíveis e, como as ondas, autodestrói-se.

Claro que não podemos confiar na inevitável autodestruição da epidemia. Competir com ela na diminuição do número de susceptíveis é uma necessidade. Quer pensem em imunização, em intervenções directas contra a transmissão do agente, em profilaxia farmacológica, em modificações ambientais!

A epidemia terminará sempre. Mas terminará tanto mais cedo quanto mais intensamente a ajudarmos a autodestruir-se!

José Marinho Falcão

Nota: Claro que esta reflexão vem a propósito e aplica-se à recente síndrome respiratória, aguda e por vezes severa, alchada, na voragem da emergência, de **SARS** (severe acute respiratory syndrome) no mundo e de **SRA** (síndrome respiratória aguda) ou **Pneumonia Atípica**, em Portugal. Poucos gostarão da designação em inglês: síndromas respiratórias agudas graves há muitos para além desta! Contudo, o acrónimo é pronunciável!

Em português, no entanto, ficou pior: síndromas respiratórias agudas simplesmente há ainda mais (as graves e, sobretudo, as não graves) e o acrónimo **SRA** é impronunciável. Por outro lado, **Pneumonia Atípica** foi designação muito utilizada para as que têm etiologia viral. Sendo a síndrome, de facto, viral, uma simples justaposição do adjectivo **Grave** restringia-lhe o âmbito e geraria um acrónimo mais pronunciável: **PAG**.

Roteiro dos Laboratórios

PROGRAMA NACIONAL DE AVALIAÇÃO EXTERNA DA QUALIDADE DO INSA (PNAEQ)

Tal como prometemos no número anterior estamos de volta... para falar da nossa actividade.

O PNAEQ do INSA tem 20 Programas em funcionamento, que abrangem a Química Clínica e Hematologia até áreas mais novas como a de Virologia. Participam voluntariamente cerca de 300 laboratórios de análises clínicas, públicos e privados do Continente, Ilhas e Macau, num universo de cerca de 450 Laboratórios.

Um exemplo de sucesso é, por exemplo, a evolução da avaliação da determinação de Triglicéridos, com melhoria de desempenho dos laboratórios participantes desde o ensaio n.º 15 ao n.º 121, de Janeiro de 1986 e Novembro de 2002.



O INSA, através dos Laboratórios de **Microbiologia de Águas** (Lisboa e Porto), integra, desde 1996, o Programa EQUASE Extend Quality Assurance in Water Microbiology to Cohesion Countries, coordenado pela Health Protection Agency (ex PHLS) de Newcastle. A participação inclui um esquema de ensaios interlaboratoriais, formação em garantia da qualidade, consultoria e a possibilidade de aquisição de Materiais de Referência quantificados (MRs) produzidos pela HPA (lenticulas) a preço mais acessível.

Com o apoio dos Laboratórios de Microbiologia dos Alimentos (Lisboa e Porto), foi implementado, em Setembro de 2001, o PNAEQ em **Microbiologia de Alimentos**, integrado num programa a nível mundial coordenado pela Health Protection Agency de Londres.

Porque Qualidade implica uma melhoria contínua, novos programas irão sendo desenvolvidos, quer nas áreas já existentes - clínica, alimentos e águas, quer em outras áreas laboratoriais ainda não abrangidas por este tipo de ensaios (ex: Ambiente), para apoio dos laboratórios nacionais e garantia da qualidade dos resultados que eles produzem.

Maria Adelina Peça Gomes (m.adelina.gomes@insa.min-saude.pt)

Neste número...

Programa Nacional de Avaliação Externa da Qualidade do INSA (2ª parte)

A pouca gripe do Inverno passado.

ADÉLIA Acidentes Domésticos e de Lazer: Informação Adequada, Dados de 2002

Remar contra a maré!

ADELIA Acidentes Domésticos e de Lazer: Informação Adequada em 2002

Baltazar Nunes* e João Brandão**

Foi em 2002 que se concretizou o pleno desenvolvimento do sistema ADELIA Acidentes Domésticos e de Lazer Informação Adequada.

Entre 1 de Janeiro e 31 de Dezembro de 2002 foram recolhidos pelo sistema ADELIA 21 711 acidentes domésticos e de lazer, destes, cerca de 4.0% foram registados em Centros de Saúde. Em termos ilustrativos, iremos apresentar apenas alguns dos resultados obtidos:

- Na distribuição da ocorrência dos acidentes pela hora do dia (Figura 1), verificou-se que a maior percentagem de acidentes registados ocorreu entre as 9.00h e as 21.00h (87,0%), com dois picos de maior ocorrência às 10.00h e às 16.00h.

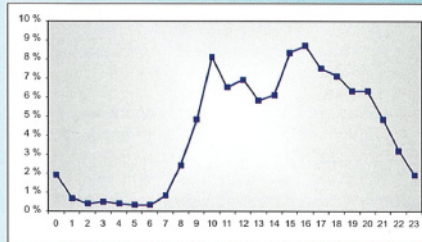


Figura 1 Distribuição percentual dos acidentes registados por hora do dia.

- A percentagem de acidentes em homens foi nitidamente superior à das mulheres até ao grupo etário 35-64 anos, (ocorrendo uma inversão clara desta tendência nos dois grupos etários 65-74 e ≥ 75).
- O local de ocorrência mais referido foi a 'Casa' (52,1%), seguido da 'Escola/Instituições' (14,1%) e do 'Ar livre' (10,2%).
- As maiores percentagens de acidentes ocorreram durante actividades de 'Lazer' (36,8%), seguido das 'Domésticas' (18,3%).
- A 'Queda' (66,7%) foi o mecanismo de lesão mais referido, sendo o 'Atingido por...' o segundo mais declarado.
- Refira-se também que nos Hospitais participantes a taxa de internamento foi de 5,2%, e que esta aumentou com a idade do acidentado.

Esta é apenas uma resenha dos resultados do sistema ADELIA para o ano de 2002.

No entanto, os mais interessados, poderão consultar o relatório ADELIA 2002 que contém a análise epidemiológica dos acidentes ocorridos. Este relatório já se encontra disponível para consulta no site do ONSA (www.onsa.pt).

Nunca é demais dizer que o ADELIA existe devido ao empenho de prestadores dos Hospitais e Centros de Saúde participantes.

Participantes ADELIA / EHLASS Participations



Hospitais / Hospitals	
CENTRO HOSPITALAR DA COVA DA BEIRA	- Castelo Branco
HOSPITAL DE S. FRANCISCO Xavier	- Lisboa
HOSPITAL DISTRIAL DA HORTA	- Aguiar
HOSPITAL DISTRIAL DE CHAVES	- Vila Real
HOSPITAL DISTRIAL DE FARO	- Faro
HOSPITAL DISTRIAL DE LAGOS	- Faro
HOSPITAL DISTRIAL DE LAMEGO	- Vila Real
HOSPITAL ESPÍRITO SANTO	- Évora
HOSPITAL PEDIÁTRICO DE COIMBRA	- Coimbra
HOSPITAL S. PEDRO	- Vila Real
HOSPITAL S. SEBASTIÃO	- Faro
HOSPITAL S. TEOFILO	- Évora
HOSPITAL SANTA LUZIA	- Évora
Centros de Saúde / Health Centres	
CENTRO DE SAÚDE DE ODIVELAS	- Lisboa
CENTRO DE SAÚDE BARCELLOS	- Braga
CENTRO DE SAÚDE CASTRO DAIRE	- Vila Real
CENTRO DE SAÚDE CHAVES-1	- Vila Real
CENTRO DE SAÚDE CORCHES	- Beja
CENTRO DE SAÚDE ÉVORA	- Évora
CENTRO DE SAÚDE LOULÉ	- Faro
CENTRO DE SAÚDE MIRANDELA	- Vila Real
CENTRO DE SAÚDE MONTEMOR-O-NOVO	- Évora
CENTRO DE SAÚDE PAREDES	- Lisboa
CENTRO DE SAÚDE VILA FLOR	- Bragança

* Estatista, ONSA
** Biotecnólogo, ONSA



Poverty Food & Health in Welfare: current issues, future perspectives. International conference. 1 a 4 de Julho de 2003. Fundação Calouste Gulbenkian. Tel: 212751527, Email: pfh2003@vtel.pt, URL: www.pfh2003.org



Hulme D. Chronic Poverty and Development Policy: An Introduction. World Development 2003;31(3):399-402
Hulme D. Conceptualizing Chronic Poverty. World Development 2003;31(3):403-423

Hammond D. Exploring the Genealogy of Systems Thinking. Systems Research and Behavioral Science 2002;19:429-439

MINURAR - Minas de urânio e seus resíduos: efeitos na saúde da população.

O trabalho de campo do estudo epidemiológico MINURAR iniciou-se a 28 de Abril passado.

O estudo tem por objectivo verificar se a exposição a minas de urânio desactivadas está associada a efeitos na saúde da população geral.

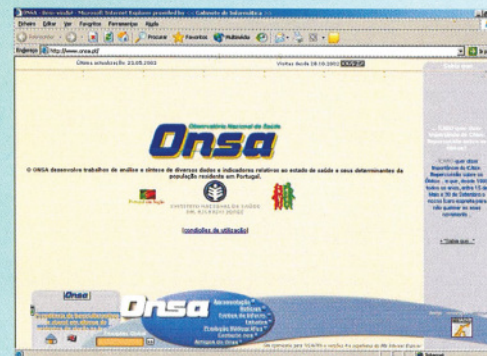
Está planeado que a colheita de dados por entrevista e de amostras de sangue e de cabelo esteja concluída até Novembro.

Espera-se que os primeiros resultados estejam disponíveis em meados de 2004.

WWW.ONSA.PT

O Site do ONSA na Internet foi remodelado.

Com o intuito de melhorar a navegabilidade foram realizadas modificações no site do ONSA. Convidamo-lo(a) a visitar esta nova versão e, claro, a opinar ou sugerir alterações se assim o entender. Teremos todo gosto em ler os seus comentários e sugestões.



Ficha Técnica

Propriedade: ONSA - Observatório Nacional de Saúde
Responsável: Maria João Branco
Equipa Redactorial: Baltazar Nunes, Paulo Nogueira
Sede: Avenida Padre Cruz 1649-016 LISBOA
Tel: 21.752 64 04 Fax: 21.752 64 99 e-mail onsa@insa.min-saude.pt
Tiragem: 6 000 exemplares Distribuição: gratuita
ISSN 0874-2928 Depósito Legal: 125868/98
Produção Gráfica: Litomaioir Ind. Litográfica, Lda. - Rio Maior

A pouca gripe do Inverno passado!

Isabel Marinho Falcão*

Desde 1990 que a rede Médicos-Sentinelas realiza, regularmente, a vigilância epidemiológica semanal da síndrome gripal, em colaboração com o Centro Nacional da Gripe.

Com o resultado das componentes clínica e laboratorial da vigilância é elaborado, semanalmente, um boletim de vigilância epidemiológica, como o que se apresenta na Fig. 1.

EM PORTUGAL

A época de gripe 2002-2003 (Outubro de 2002 a Março de 2003) caracterizou-se por baixa actividade, com um valor máximo da taxa de incidência ($41,4/10^5$) na semana 49 (de 02.12.02 a 02.12.08). A taxa decresceu progressivamente nas semanas seguintes, aumentou para $33,2/10^5$ na semana 5 de 2003 e voltou a decrescer para valores próximos da linha de base.

Em relação à época da gripe 2002-2003, divulgam-se a seguir os valores máximos das taxas de incidência semanais, provisórias, desde 1990 (Quadro 1).



Fig. 1- Boletim de vigilância do síndrome gripal referente à semana 22 de 2003

Época de gripe	1990-1991	1991-1992	1992-1993	1993-1994	1994-1995	1995-1996	1996-1997	1997-1998	1999-2000	2000-2001	2001-2002	2002-2003
Taxa de incidência, valores máximos e semana respectiva	78,6 (S11)	60,6 (S50)	69,8 (S10)	107,5 (S50)	36,9 (S3)	54,5 (47)	58,4 (S50)	21,3 (S7)	93,5 (S5)	64,2 (S3)	129,3 (S4)	41,4 (S5)

Quadro 1- Valores máximos, em cada ano, das estimativas provisórias das taxas de incidência do síndrome gripal, semanais, de 1990 a 2002

O valor de $41,4/10^5$, estimado para 2002-2003, foi o 3º valor mais baixo verificado desde que a rede Médicos-Sentinelas iniciou a vigilância clínica da síndrome gripal, só ultrapassado nos anos 1994-1995 e 1997-1998.

Durante o período de vigilância 2002-2003, alguns médicos participantes em Médicos-Sentinelas enviaram para o Centro Nacional da Gripe exsudados nasofaríngeos de utentes a quem diagnosticaram síndrome gripal (exclusivamente por critério clínico) e nos quais foram identificados 36 com vírus Influenza, tendo o tipo B sido claramente prevalente em relação ao A.

As estimativas definitivas das taxas de incidência, relativas à época 2002-2003, em Portugal, serão disponibilizadas brevemente.

NA EUROPA

Através do sistema EISS (European Influenza Surveillance Scheme), é possível conhecer, de modo satisfatório, a actividade gripal na Europa. Em 2002-2003 verificaram-se duas situações distintas. Num conjunto de países, os índices de incidência não tiveram aumento importante durante a época de gripe, tendo-se verificado, apenas, discretos aumentos da incidência (Inglaterra, França, Holanda, Espanha, Roménia, Escócia, Suécia e Gales). Num outro conjunto de países verificaram-se picos de incidência mais definidos, tendo ocorrido, todos eles, nas primeiras semanas de 2003 (Bélgica, Alemanha, República Checa, Dinamarca, Irlanda, Lituânia, Polónia, Eslováquia, Eslovénia e Suíça).

* Assistente Graduada de Clínica Geral e coordenadora da rede Médicos-Sentinelas, INSA/ONSA

ADL'IRIS

ACIDENTES DOMÉSTICOS E DE LAZER INESPERADOS, RAROS, INÉDITOS OU SURPREENDENTES



O sistema ADÉLIA ao recolher de forma sistemática dados sobre acidentes domésticos e de lazer (ADL) definiu, entre os seus objectivos, a detecção da ocorrência de ADL que tenham como causa situações ou produtos inesperados, raros, inéditos ou surpreendentes, atendendo aos produtos, mecanismos, localizações neles envolvidos. É neste contexto que surgem os acontecimentos ADL'IRIS - Acidentes Domésticos e de Lazer Inesperados, Raros, Inéditos ou Surpreendentes.

Assim, sempre que sejam detectados registos ADL'IRIS, será enviada uma nota às entidades que desenvolvem trabalho na prevenção dos ADL, assim como, na promoção da segurança dos consumidores.

Essa nota conterá uma descrição do acidente e uma listagem dos acidentes, com estas características, que foram registado pelo ADÉLIA.

Pretende-se, com esta divulgação, melhorar os mecanismos de vigilância e alerta para acontecimento que doutro modo poderão passar despercebidos.

É preciso remar contra a maré...

Maria João Branco*, Baltazar Nunes** e Teresa Contreiras*

Todos os anos, no início da época balnear várias entidades alertam para as mortes por afogamento, ocorridos nas praias, barragens, rios e piscinas.

Esta problemática suscitou-nos **uma observação sobre a mortalidade por afogamento** (994.1-CID 9^a) ocorrida no nosso país, entre 1999 e 2001.

Os dados que dispomos, provenientes da base de dados da mortalidade do INE, não nos permitem ter uma ideia rigorosa sobre os óbitos devidos exclusivamente a actividades aquáticas de recreio. Com efeito, a pesquisa sobre aquela causa leva-nos à classificação das causas externas de morte e verifica-se que são várias, as causas externas, relacionadas com afogamentos.

Contudo, focalizámo-nos a análise, nas mortes ocorridas por *afogamento e submersão acidentais* (E910-CID 9^a) por ser a categoria que incluirá, em teoria, os óbitos por afogamento, ocorridos na época balnear em actividades de lazer e recreio. Não englobámos na análise as categorias E830 e E832 que se referem a afogamentos devidos a *acidentes de transporte por água* por não terem expressão numérica. Apenas ocorreu um óbito, classificado nestas categorias, no período em estudo. Por outro lado julgou-se pertinente analisar os óbitos devidos a *lesão por submersão (afogamento) da qual se ignora se foi acidental ou intencionalmente infligida* (E984), precisamente por ser a causa que tem maior expressão numérica de afogamentos, indubitavelmente indefinidos.

No Quadro 1 descreve-se a evolução das taxas de mortalidade e número de óbitos entre 1999 e 2001

Quadro 1 - Taxas de mortalidade (/10⁵) e número de óbitos (n) por E 910 e E984, entre 1999 e 2001

	1999		2000		2001	
	/10 ⁵	n	/10 ⁵	n	/10 ⁵	n
E910 - afogamento e submersão acidentais	0.29	29	0.25	26	0.45	46
E984 - lesão por submersão (afogamento) da qual se ignora se foi acidental ou intencionalmente infligida	1.31	131	1.70	174	1.39	144

Pretendeu-se analisar o fenómeno segundo a idade (Quadro 2 e Figura 1). Atendendo ao pequeno número de óbitos, analisou-se, globalmente, os dados dos três anos, no sentido de se obter uma estimativa mais robusta da taxa de mortalidade.

Quadro 2 - Taxas de mortalidade (/105) e número de óbitos segundo as causas externas E910 e E984, por grupo etário, no triénio 1999-01, em Portugal

	Grupo etário									
	<1	1-4	5-14	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75+
E910	-	0.67 (0)	0.12 (4)	0.43 (19)	0.36 (17)	0.34 (15)	0.18 (7)	0.09 (3)	0.58 (17)	0.50 (10)
E984	-	1.56 (0)	0.91 (21)	1.07 (30)	0.98 (47)	0.98 (46)	1.25 (43)	0.58 (49)	3.71 (19)	4.32 (86)

(...) - número absoluto de óbitos

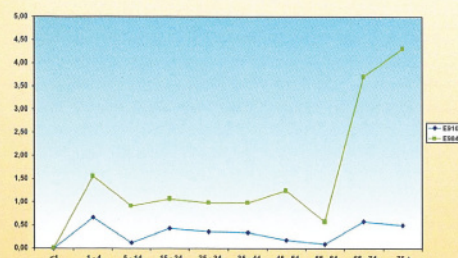


Fig. 1 Distribuição das taxas de mortalidade (/105 hab (nados-vivos <1 ano) segundo as causas externas E910 e E984, por grupo etário, no triénio de 99-01, em Portugal

Os dados apresentados suscitam-nos alguns comentários:

A causa E984 é um "saco" com afogamentos acidentais ou não, em actividades de lazer ou outras, suicídios, etc.;

Estatísticas baseadas em categorias com mortes indefinidas tomam difícil qualquer interpretação;

Da análise desagregada por idade, ressalta que ambas as causas revelam um pico no grupo etário dos 1-4 anos. Por outro lado é de assinalar o crescimento abrupto da taxa de mortalidade por E 984 a partir dos 65 anos de idade;

Por último, é importante referir que estamos a falar de mortes, na sua maioria, evitáveis...

* Médica de Saúde Pública, ONSA

** Estatista, ONSA

Dor pós operatória

Sara Rabiais*

No seguimento do artigo sobre a "Dor na amostra ECOS" do último "Observações", vimos agora divulgar alguns resultados sobre a **dor pós operatória**.

Entre os dias 4 e 26 de Julho de 2002, no âmbito do instrumento de observação ECOS (Em Casa Observamos Saúde) foram contactados 1671 indivíduos de 18 ou mais anos, residentes no Continente, possuidores de telefone da rede fixa da Portugal Telecom, pertencentes à amostra ECOS. Obteve-se informação válida de 1414 indivíduos o que correspondeu a 84.8% dos indivíduos da amostra. De todos os respondentes observou-se que 8,6% (122) referiram ter sido sujeitos a uma intervenção cirúrgica, nos últimos 12 meses anteriores à entrevista.

Quando questionados sobre a existência de dor após a cirurgia, verificou-se que 56.2% (68) dos indivíduos operados afirmaram ter sentido dor.

Pretendeu-se reconhecer a existência de alguma associação entre a dor pós operatória e algumas variáveis de caracterização dos indivíduos estudados. Apresentamos apenas os resultados relativos à idade e ao grau de escolaridade pois foram as únicas variáveis que mostraram diferenças estatisticamente significativas (para a idade o valor p=0.011 e para o grau de escolaridade o valor p=0.031). Foi nos indivíduos mais novos e com maior grau de escolaridade que se verificaram as maiores percentagens daqueles que referiram dor no pós operatório.

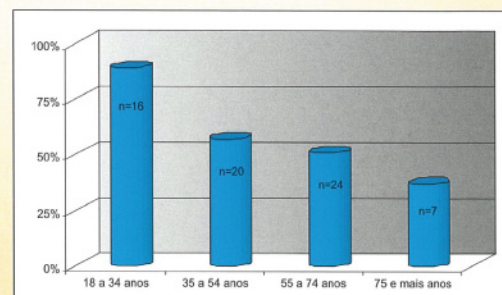


Fig.1 Percentagem de indivíduos operados que afirmaram sentir dor após a cirurgia, por grupo etário.

Relativamente à intensidade da dor pós-operatória, 48,5% dos indivíduos definiram-na como forte ou muito forte.

* Estatista, ONSA

Editorial

NÃO HÁ DUAS SEM TRÊS... E vai haver mais!

Ao contrário do frio, o calor não parece meter tanto medo aos portugueses!

Ao contrário do frio, o tempo quente associa-se a poucas coisas más e a muitas coisas boas:

As férias.
O sorvete tomado na esplanada.
A água gelada que refresca a garganta.
O duche tépido na pele suada.
A praia e a sensação de libertação do corpo.
A sesta, salutar, quiça à sombra do chaparro.
Os dias longos e as noites curtas, balsamos para a depressão.

Os portugueses, cidadãos, famílias, autoridades, ainda não estavam suficientemente preparados para que, no Verão de 2003, uma onda de calor pudesse ter consequências graves. Aliás, não fomos os únicos europeus a revelar dificuldades basta olhar a França.

Claro que alguns já sabiam o que se tinha passado durante as ondas de calor de Junho de 1981 (cerca de 1900 óbitos) e de Julho de 1991 (cerca de 1000 óbitos). Mas em Agosto de 2003, passado tanto tempo, poucos podiam imaginar que algo semelhante pudesse acontecer de novo (cerca de 1316 óbitos, ao que se sabe neste momento).

E aconteceu mesmo!

Mortes evitáveis ocorreram certamente.
Porque, provavelmente, não estava ainda presente um elemento essencial para o êxito pleno das medidas de prevenção: a consciencialização dos portugueses para os perigos do calor excessivo.

José Marinho Falcão

Neste número...

A gripe pode estar aí a espreitar.

Reunião anual do EUROCAT.

Doenças Sexualmente Transmitida - Conhecer para prevenir.

Como fazemos as estimativas do excesso de óbitos numa onda de calor.

A gripe pode estar aí a espreitar...

Nada de alarmismos! Mas é agora a época ideal para se vacinar contra a gripe, especialmente se se identificar com algum dos grupos de risco para os quais a vacinação deveria ser prioritária. Informe-se com o seu médico ou através do site www.dgsaude.pt/cidadao/gripe.html. Um contributo para a sua motivação, será, eventualmente divulgarmos alguma informação sobre a vacinação antigripal da época passada. (1)

No ONSA, desde de 1998, tem-se realizado anualmente um inquérito sobre a vacinação antigripal. Para tal, utilizou-se o painel de inquérito ECOS constituído por uma amostra probabilística de famílias residentes em Portugal Continental com telefone da rede fixa da Portugal Telecom. (2) Assim, a estimativa da cobertura vacinal no Outono/Inverno de 2002-2003 obtida através do Painel ECOS foi cerca de 15%. (Tabela 1)

Tabela 1 - Percentagem de vacinados no painel ECOS

	n	%	IC 95%
ECOS	2715	14.9	(13.9 ; 15.9)

Verificou-se que o grupo de risco definido pelos indivíduos com 65 e mais anos apresentou uma cobertura vacinal da ordem dos 36.9%. Em relação ao sexo não foram encontradas diferenças (Tabela 2).

Tabela 2 Distribuição (%) dos indivíduos que declararam ter sido vacinados, por género e por grupo etário

		ECOS		
		n	%	IC 95%
Sexo	Masculino	1259	15.0	(11.3; 18.7)
	Feminino	1420	14.9	(13.3; 16.6)
Grupo etário (anos)	0 aos 4	119	15.0	(0.0; 30.0)
	5 aos 14	225	5.7	(2.8; 8.6)
	15 aos 44	960	6.6	(5.1; 8.1)
	45 aos 64	780	14.2	(11.8; 16.7)
	65 e mais	526	36.9	(32.8; 41.1)

1. Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, Centro Nacional da Gripe. Gripe em Portugal 2002-2003. Relatório Anual. Lisboa: INSA; 2003

2. Contreiras T, Nunes B, Branco MJ. Em casa, pelo telefone, observamos saúde: Descrição e avaliação de uma metodologia. Lisboa: Observatório Nacional de Saúde, Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge; 2003



Reunião anual do EUROCAT

Realizou-se em Heidelberg de 29 de Maio a 1 de Junho a reunião anual do Eurocat que reúne os profissionais que trabalham em registos de anomalias congénitas participantes neste projecto.

A reunião teve sessões conjuntas para apresentação de resultados do ano anterior e discussão de temas gerais e reuniões de trabalho para grupos restritos.

A transmissão dos dados portugueses está em dia, o que não aconteceu com alguns dos outros países participantes, embora se verifique uma baixa prevalência resultante da subnotificação que sabemos existir particularmente nos dados relativos a fetos mortos e interrupções de gravidez.

O aspecto mais interessante discutido a nível geral consistiu na apresentação de um programa para detecção e validação de um eventual aparecimento de "clusters" de anomalias congénitas numa determinada área geográfica.

Foram admitidos novos registos, nomeadamente Luxemburgo, Trent (UK), Bulgária, Wessex (UK) e Oxford (UK).

O CERAC participou activamente em três grupos de trabalho restritos, a saber:

- 1- Diagnóstico pré-natal - Foi tratada a actualização do questionário relativo a esta matéria (Maria de Jesus Feijó)
- 2- Defeitos do Tubo Neural - Foi apresentado e posto em discussão um documento que se encontra para publicação. Foram propostos novos trabalhos no sentido de aumentar o conhecimento sobre a percentagem de gravidezes planeadas nos vários países participantes, assim como o modo e momento em que o ácido fólico é prescrito (Paula Braz)
- 3 - Classificação e codificação - Está em revisão o guia Eurocat 1.3 e foi abordada a metodologia de transferência da codificação da ICD 9 para a ICD 10, bem como apresentada a nova versão do programa informatizado para o envio de dados. Foram considerados ainda novos subgrupos emergentes para a codificação (Maria Adozinda Soares)

Os outros grupos de trabalho debruçaram-se sobre: "clusters", reprodução medicamente assistida, ética e teratogéneos. No dia 30 de Maio realizou-se o 7th European Symposium aberto ao exterior, tendo as comunicações versado três aspectos fundamentais:

- As anomalias congénitas na gravidez precoce
- Os defeitos do tubo neural e o ácido fólico
- Os factores sócio demográficos e a prevalência de anomalias congénitas

Sobressaíram duas comunicações pela sua originalidade e interesse:

- Um trabalho que questiona a relação idade materna/trissomia 21 a partir dos 45 anos (Morris JK, UK)
- A zigotia como mecanismo patogénico importante de anomalias através da ocorrência de esquémia precoce (Pharoah P, UK)

Aproveitou-se o encontro para distribuir pelos participantes o novo relatório do CERAC.

Maria de Jesus Feijó
Maria Adozinda Soares
Paula Braz



Curso "Infecção Hospitalar"
27 de Outubro a 24 de Novembro
Escola Nacional de Saúde Pública / UNL
Tel.: 217512100; Fax.: 217582754
E-mail: academicos@ensp.unl.pt Url: www.ensp.unl.pt

No escaparate...

O ONSA editou:

A monografia «*De que se morre mais em Portugal*». Trata-se de uma publicação na qual se descreve de um modo sistematizado as principais causas de morte em Portugal, por sexo e idade, no período compreendido entre 1990 e 1999;

O relatório «*Em Casa, pelo telefone, Observamos Saúde. Descrição e avaliação de uma metodologia*».

Com esta publicação pretende-se fazer uma descrição crítica do projecto ECOS Em Casa Observamos Saúde, cujo objectivo é obter dados sobre saúde, com celeridade, através de entrevista telefónica.

O relatório do «*Centro de Estudos e Registos de Anomalias Congénitas. Relatório de 1997 a 1999*».

O Centro de Estudos e Registo de Anomalias Congénitas (CERAC) apresenta o seu segundo relatório, no qual são divulgados os resultados obtidos nos anos de 1997 a 1999.

O ONSA tem exemplares disponíveis para quem os solicitar. Todas estas publicações estão disponíveis para *download on-line*, e ainda o **Relatório dos "Médicos-Sentinela" 2001**, que será editado brevemente.

TOME NOTA!

Dia do INSA 2003

Lisboa, 20 de Novembro de 2003
Programa Científico

9h30 - Sessão de abertura

Representantes da tutela (Ministros da Saúde e da Ciência e do Ensino Superior) e Director do INSA

Doenças Cardiovasculares um problema de Saúde Pública

10h00 - Passado, presente e futuro da intervenção do Centro de Biopatologia do INSA no controlo das doenças cardiovasculares

Maria Adelina Gomes (Moderador), INSA

Os primeiros passos ...
Mária do Carmo Martins

Patologia molecular da hipercolesterolemia familiar em Portugal
Mafalda Bourbon, INSA

O papel do cardiologista na prevenção cardiovascular em adultos e jovens

Luis de Lima Faleiro, Departamento de Cardiologia, Instituto Português de Reumatologia

11h00 - Intervalo - café

11h30 - PPARALPHA: From transcriptional control to clinical implications

Jean-Charles Fruchart, Institut Pasteur de Lille, Université de Lille II, Inserm U545, Département Athérosclérose

12h45 - Visita ao Centro de Biopatologia

13h00 - Encerramento

Contactos:

Emília Magalhães (cbpat@insa.min-saude.pt)
Suzete Luis (info@insa.min-saude.pt)

Ficha Técnica

Propriedade: ONSA - Observatório Nacional de Saúde

Responsável: Maria João Branco

Equipa Redactorial: Baltazar Nunes, Paulo Nogueira

Sede: Avenida Padre Cruz 1649-016 LISBOA

Tel: 21.752 64 04 Fax: 21.752 64 99 e-mail onsa@insa.min-saude.pt

Tiragem: 6 000 exemplares Distribuição: gratuita

ISSN 0874-2928 Depósito Legal: 125868/96

Produção Gráfica: Litomaiores Ind. Litográfica, Lda. - Rio Maior

Como fazemos as estimativas do excesso de óbitos numa onda de calor

Introdução

Desta vez foi de vez. Falámos imenso de ondas de calor em números anteriores desta newsletter. Falámos sobretudo dos possíveis efeitos nefastos do calor em excesso e do sistema de vigilância que operamos todos os verões desde 1999.

E eis que, no final do mês de Julho e início de Agosto, o calor se instalou pela Europa. Em Portugal assistimos a uma onda de calor que se estendeu de **29 de Junho a 13 de Agosto** e, como é usual, causou danos de vária ordem.

Muitos "números" do ONSA foram citados a propósito da onda de calor, nomeadamente, as estimativas de excesso de óbitos por efeitos do calor de 1981 e 1991 (Falcão 1988, Garcia 1999, Paixão 2002) e o número estimado para esta onda de calor de 2003 (Falcão 2003).

Como é que foram obtidos estes "números"?

Estimativas definitivas usando a base de dados de mortalidade

Nas situações em que os dados diários de mortalidade a nível nacional (INE) estão disponíveis:

1. Define-se um período de tempo de 1 de Maio a 31 de Agosto;
2. Consideram-se dados de mortalidade (número de óbitos por data do óbito) de 3 anos consecutivos, sendo o ano intermédio, aquele para o qual se quer fazer a estimativa;
3. Eliminam-se dos três anos considerados os dias com valores de mortalidade e de temperaturas aberrantes (que incluem períodos de ondas de calor) usando a técnica subjacente às caixas-com-bigodes tal como foi definida por Tukey [Hoaglin, 1992];
4. Obtém-se o número médio diário de óbitos, considerando-se este como o número de óbitos diário esperado no verão em estudo;
5. Subtrai-se ao número de óbitos observado em cada dia durante o período com excesso de calor a média diária definida em 4;
6. Somam-se os excessos de óbitos de todos os dias para obter o total do excesso nos dias do período de excesso de calor.

Estimativas provisórias usando uma amostra de conservatórias

A estimativa deste Verão, pelo seu carácter célere - tratava-se de confirmar um efeito previsto pelo sistema de vigilância Ícaro - usou dados diários de registo de óbitos de uma amostra de Conservatórias.

As 31 conservatórias do Registo Civil das 18 sedes de distrito do continente forneceram o número diário de óbitos nelas registado de 1 de Junho a 12 de Agosto de 2003. Note-se que a 12 de Agosto a onda de calor ainda não tinha terminado.

1. Definiram-se dois períodos de 14 dias semelhantes, em duração, aos da onda de calor considerado que foi 30-Julho a 12-Agosto nomeadamente a) 1-Julho a 14-Julho e, b) 15-Julho a 28-Julho;
2. Observou-se o total de óbitos registados pelas Conservatórias, nos três períodos definidos. Considerou-se: (O) o número de óbitos diário registado no período da onda de calor e, (E) o número de óbitos num dos períodos de referência (neste caso considerou-se b) o melhor período de referência);
3. Estimou-se a ocorrência de um efeito do excesso de calor pela razão O/E;
4. Definiu-se o excesso percentual por $p = (O - E) / E$;
5. Para fazer a estimativa do excesso de óbitos ao nível de Portugal Continental, calculou-se o número médio de óbitos diário no mesmo período para o ano de 2001 (a informação disponível mais recente e considerando que não ocorreu onda de calor então). Considerou-se a média obtida, como o número esperado de óbitos por dia, para o continente e na

ausência de onda de calor **EContDia** (neste caso 249 óbitos);

6. A estimativa global do excesso de mortalidade no período de 30-Julho a 12-Agosto obteve-se através da fórmula: $p * EcontDia * 14$ (o excesso percentual estimado vezes o número esperado de óbitos por dia em situação de ausência de efeito do calor vezes 14 dias).

Estimativas de excesso de óbitos em 1981, 1991 e 2003

Onda de Calor	Excesso	IC 95%
12 a 20 Junho 1981	1944,9	(1855,9 ; 2034,1)
12 a 21 Julho 1991	1001,7	(909,1 ; 1094,5)
30 Julho a 12 Agosto 2003 *	1316,7	(1079,8 ; 1579,5)

* Resultado considerando o período de referência de 15-7 a 28-7

Notas

A estimativa do excesso de mortalidade associado à onda de calor pode estar subavaliado já que presumivelmente os seus efeitos se terão feito sentir durante alguns dias após 12 de Agosto.

Por outro lado a utilização de dados referentes apenas às capitais de distrito pode ter introduzido um erro sistemático de sentido ainda não determinado na estimativa provisória apresentada.

O número de óbitos usualmente referido para o ano de 1981 é 1906 óbitos, número publicado em Garcia 1999, onde a estimativa se fez sensivelmente do mesmo modo mas usando apenas a mortalidade do ano de 1981 e não de 1980 a 1982.

Para quem estiver interessado em aprofundar o conhecimento sobre este assunto, a publicação destes e de outros resultados do projecto Ícaro estão disponíveis no site do ONSA em "fontes de informação"

Bibliografia

FALCÃO, J. M.; CASTRO, M. J.; FALCÃO, M. L. M. - *Efeitos de uma onda de calor na mortalidade da população do distrito de Lisboa*; Saúde em Números; 3:2 (1988) 10-12.

FALCÃO, J.M.; NOGUEIRA, P.J.; PAIXÃO, E.J.; CONTREIRAS, M.T.; BRANDÃO, J. E BATISTA, I. (2003). *Onda de Calor de Agosto de 2003: efeito sobre a mortalidade da população - estimativas provisórias*

Disponível em http://www.onsa.pt/conteu/fontes/onda_2003_rel_prov_i_final.zip

GARCIA, A. C.; NOGUEIRA, P. J.; FALCÃO, J. M. - *Onda de calor de Junho de 1981 em Portugal: efeitos na mortalidade*; Revista Portuguesa de Saúde Pública; Volume Temático: I (1999) 67-77.

HOAGLIN, D. C.; MOSTELLER, F.; TUKEY, J. W. *Análise Exploratória de Dados Técnicas Robustas*; Edições Salamandra; Lisboa (1992).

PAIXÃO, E. J.; NOGUEIRA, P. J. *Efeitos de uma onda de calor na mortalidade*; Revista Portuguesa de Saúde Pública; Volume Temático: I (2003) 41-54.

Paulo Nogueira

"Amigos do ONSA"

Para seguir este e outros assuntos, aconselha-se a visita regular ao site do ONSA ou a subscrição como "Amigo do ONSA" que lhe garante o aviso de todas as actualizações do site.

Doenças Sexualmente Transmissíveis - Conhecer para prevenir

Notícias do “Primeiro Encontro do Grupo Colaborador da Rede Europeia de Vigilância das Doenças Sexualmente Transmissíveis”

Lowndes C, Fenton K, Cooper J. (Health Protection Agency Communicable Disease Surveillance Centre, Londres, Inglaterra). *Eurosurveillance Weekly* 8/4/03 (tradução adaptada)

A rede *European Surveillance of Sexually Transmitted Infections* (ESSTI), financiada desde Dezembro de 2001 pela CE (http://europa.eu.int/comm/dgs/health_consumer/index_en.htm) teve o primeiro encontro do seu grupo colaborador na *Health Protection Agency Communicable Disease Surveillance Centre* (CDSC) no Reino Unido, nos dias 18 e 19 de Março de 2003.

O encontro do grupo colaborador reuniu 37 peritos em microbiologia e em vigilância de infecções sexualmente transmitidas (IST) de 13 estados membros da União Europeia (UE) e da Noruega, peritos convidados da delegação europeia da Organização Mundial de Saúde, da Federação Russa e da Comissão Europeia (DG SANCO).

Actualmente e devido a diferenças quer em cuidados de saúde quer em sistemas de notificação das IST, é extremamente difícil comparar, de forma coerente, a ocorrência de IST nos diferentes países europeus¹. Os objectivos do projecto ESSTI, actualmente no primeiro ano da sua fase de execução de 2 anos, são:

- Rever os actuais cuidados de saúde e sistemas de vigilância em IST na UE e as políticas nacionais para a prevenção e controlo de IST;
- Explorar a possibilidade da recolha prospectiva e da comparação de dados de vigilância de IST na UE;
- Explorar a exequibilidade de efectuar uma análise retrospectiva das tendências das IST na Europa;
- Desenvolver uma metodologia para investigar e responder a surtos de IST na Europa;
- Rever os métodos de diagnóstico de IST actualmente utilizados nos laboratórios europeus;
- Desenvolver uma metodologia piloto para melhor efectuar a vigilância laboratorial e epidemiológica da resistência da *Neisseria (N.) gonorrhoeae* aos antimicrobianos, em toda a Europa.

Foram apresentados os resultados preliminares da análise de um questionário sobre cuidados de saúde em IST, sistemas de vigilância e métodos laboratoriais usados na detecção e identificação e nos testes de susceptibilidade aos antimicrobianos em *N. gonorrhoeae*. Foi apresentada e discutida uma revisão bibliográfica dos dados publicados sobre surtos de sífilis em países europeus e foi proposto um sistema de alerta precoce de surtos de IST.

No que respeita à revisão sobre cuidados de saúde e sistemas de vigilância em IST e às implicações da recolha e comparação prospectivas de dados, a discussão centrou-se na heterogeneidade dos sistemas correntes e nas suas características de execução, incluindo sensibilidade, especificidade e oportunidade. Apesar

desta heterogeneidade, foram identificadas prioridades comuns para o desenvolvimento e melhoria nos sistemas actualmente existentes e foi amplamente reconhecida a importância da recolha prospectiva de dados. Concluiu-se que, tanto a comparação das tendências como dos números absolutos (ou das taxas) é importante, tal como o são a capacidade dos sistemas para detectar com rapidez eventos adversos. Os participantes concordaram que a ESSTI deveria, preferencialmente, definir a “melhor prática” na recolha de dados para a vigilância das IST, incluindo a definição de caso e um conjunto mínimo de variáveis comuns a ser notificado. Poder-se-à recorrer a sistemas de vigilância sentinela quando faltar sensibilidade aos sistemas universais de notificação e, também, para fornecer dados adicionais sobre factores de risco, de forma a melhor compreender a distribuição das IST na Europa e as suas determinantes.

No que respeita ao desenvolvimento de uma metodologia para investigar e responder aos surtos de IST na Europa, foi do acordo geral que deveria ser implementado um Sistema de Vigilância de Eventos Adversos e Inesperados (*Unexpected and Adverse Surveillance System* - UAESS) para todas as IST usando uma definição alargada do conceito “maior número de casos observados relativamente aos esperados, em determinado tempo, local e população” com o pedido mensal da informação por correio electrónico e um sumário mensal dos eventos notificados, enviado pelo centro coordenador da ESSTI ao CDSC. Este sistema será avaliado quatro meses após a sua implementação.

Quanto à componente laboratorial do projecto, houve consenso geral em participar num exercício de garantia da qualidade, envolvendo a troca e a realização de testes de resistência aos antimicrobianos num painel de isolados de gonococos, a ter lugar nos laboratórios de referência/especialistas dos Estados Membros participantes, durante os meses de Verão. O painel providenciará informação sobre a diversidade e o desempenho das metodologias correntemente utilizadas no estudo da resistência gonocócica aos antimicrobianos e permitirá a definição e criação de um painel de estirpes a serem usadas futuramente no controlo de qualidade dos testes usados naquele estudo. No futuro, as prioridades da ESSTI incluirão a criação de uma rede europeia alargada de vigilância prospectiva laboratorial e epidemiológica da resistência gonocócica aos antimicrobianos e a aplicação de métodos de tipificação molecular ao estudo de estirpes resistentes de gonococos, em toda a Europa.

Os países participantes na ESSTI são a Austria, Bélgica, Dinamarca, França, Alemanha, Grécia, Irlanda, Itália, Holanda, Noruega, Espanha, Reino Unido, Suécia e Portugal. O nosso país é representado na vertente microbiológica por Maria José Borrego do Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, em Lisboa (m.jose.borrego@insa.min-saude.pt) e na área clínica/epidemiológica por Jacinta Azevedo da Consulta de Doenças Sexualmente Transmissíveis do Centro de Saúde da Lapa, em Lisboa (cralapa@hotmail.com).

1. Lowndes CM, Fenton K. New initiative for surveillance of sexually transmitted infections across Europe. *Letter. BMJ* 2002, 324 (<http://bmj.com/cgi/eletters/324/7349/1324#23157>).

Editorial

ESTE ANO, JÁ COMEÇAMOS A BATER O QUEIXO ?

A forma como o processo de mortalidade da população portuguesa decorre ao longo do ano é bem conhecido. Cresce com lentidão do Verão para o Outono, deste para o Inverno e decresce consistentemente até ao Verão seguinte, reiniciando então o ciclo.

É uma ondulação, uma sucessão de ondas, uma atrás da outra, ano após ano.

Este processo, regular e repetido, documentado com clareza nas páginas deste "Observações" é afectado por períodos de excesso de mortalidade, sobretudo evidentes no Verão.

Estes excessos de mortalidade têm características epidemiológicas totalmente distintas nos Verões e nos Invernos.

No Verão, quase sempre associados a ondas de calor, ocorrem muito esporadicamente, e têm o comportamento clássico das epidemias.

São uma explosão, um pico, um bico, um jacto, uma lança.

No Inverno, pelo contrário, o excesso de mortalidade é insidioso, aumenta lentamente, dura vários meses e esbate-se de forma suavemente decrescente.

É uma bossa, um dorso, uma curva.

Os excessos de mortalidade associados às ondas de calor são susceptíveis de prevenção ou, pelo menos, de apreciável limitação de danos.

E, o excesso de mortalidade do Inverno, sê-lo-á ??? A ocorrência invariável, inexorável, ano após ano, sem ausência e sem atraso, torna-o, como parece, uma inevitabilidade?

Provavelmente, não! Quando forem melhor compreendidos os factores ambientais, urbanísticos e etiopatogénicos que o determinam, for alcançado o desenvolvimento económico e social suficiente, e a intervenção nas comunidades puder ser mais efectiva, bateremos o queixo cada vez menos !!!

E a mortalidade do Inverno convergirá para uma igualdade com a do Verão, desejavelmente baixa!

José Marinho Falcão

Neste número...

Roteiro dos... Projectos

Programa Nacional de Controlo da Infecção

Notícias do CERAC

Uma observação sobre «insegurança alimentar»

O Frio e a saúde da população portuguesa: Ecos de alguns resultados

Prevalência do consumo de bebidas alcoólicas segundo o grau de instrução em Portugal Continental. Resultados dos Inquéritos Nacionais de Saúde de 1996 e 1999

Uma observação geográfica da "Doença crónica do fígado e cirrose"

Roteiro dos... Projectos

PROGRAMA NACIONAL DE CONTROLO DE INFECÇÃO (PNCI)



O PNCI foi criado em 14 de Maio de 1999 por Despacho do Director-Geral da Saúde no âmbito das suas competências técnico-normativas. Em 13.09.00 por despacho do Secretário de Estado da Saúde foi transferido para o INSA.

O plano de acção do PNCI inclui:

- Estabelecimento de uma rede de registo de infecção que permita identificar as infecções mais frequentes e os doentes de maior risco;
- Divulgação de orientações de Boas Práticas, baseadas em evidência científica;
- Formação e informação dos profissionais prestadores de cuidados.

A rede de vigilância epidemiológica (VE), entretanto criada e apoiada organizacionalmente pelo ONSA, abrange principalmente serviços de risco e inclui programas integrados na rede europeia HELICS (Hospitals in Europe Link for Infection Control through Surveillance) e programas nacionais.

A rede europeia integra o programa de VE da *Infecção Nosocomial nas Unidades de Cuidados Intensivos (UCIs) e nos Serviços de Cirurgia*. De âmbito apenas nacional, apontam-se os programas de vigilância das *Infecções nas UCIs de Recém-Nascidos* e das *Bacteriémias Nosocomiais*.

Em 2004 vai iniciar-se um projecto piloto de VE em 5 unidades de Diálise.

Em Maio de 2003 foi realizado o 3º Inquérito de Prevalência de Infecção cujos resultados estarão disponíveis no início de 2004.

A participação no Programa é voluntária, contando, pois com o empenho e dedicação dos profissionais envolvidos.

Até à data, a participação no Programa de Vigilância da Infecção Nosocomial foi a seguinte:

	Hospitais	Acções de formação	Enviaram dados
Programas			
HELICS-UCIs	31H (41 UCIs)	38	16
HELICS-Cirurgia	100H (116 serviços)	72	14
Bacteriémias nosocomiais	51H	45	39
Infecções-UCI-RN	19H	18	15

Através da *net* www.insarj.pt poderão obter mais informações sobre o PNCI incluindo a lista dos hospitais participantes.

Elaine Pina, Coordenadora do PNCI
(ccih@hcapuchos.min-saude.pt)



INSTITUTO NACIONAL DE SAÚDE
DR. RICARDO JORGE



Ministério da Saúde



Portugal em Acção



Centro de
Estudos e
Registo de
Anomalias
Congénitas

Notícias do CERAC

Realizou-se a 2ª Reunião de Coordenadores do Registo Nacional de Anomalias Congénitas, no dia 17 de Outubro de 2003 no Anfiteatro do Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge.

O encontro, reservado unicamente aos colaboradores do Registo, teve como objectivo principal apresentar o novo programa informatizado que permitirá o envio de dados por via electrónica.

A reunião decorreu num ambiente informal de grande participação, com troca de opiniões muito enriquecedora.

Esperamos que as novas tecnologias da informação ajudem, tanto os colaboradores regionais do registo como a equipa central, a cumprir com os objectivos do CERAC.

Até breve!

A Equipa do CERAC

Uma observação sobre «insegurança alimentar»

No segundo trimestre de 2003, o ONSA abordou a problemática da "insegurança alimentar", entendida como a dificuldade de acesso dos indivíduos, em qualquer momento, a alimentos necessários para uma vida activa saudável (World Bank, 1986).

Realizou-se um inquérito por telefone, utilizando uma amostra de unidades de alojamento (UA) que integram o painel ECOS¹.

Perguntou-se: «nos últimos 30 dias, houve em sua casa alterações no consumo de algum alimento considerado essencial (ex. leite, fruta, legumes, peixe, carne, arroz, batatas, massa), devido a dificuldades económicas para a sua aquisição?»².

Analysaram-se 647 questionários, em que a respondente foi um elemento do sexo feminino.

Dos resultados destaca-se que em 53 (8.1%) UAs, a inquirida referiu diminuição no consumo de alimentos considerados básicos. Verificaram-se ligeiras diferenças a nível regional, apresentando a Região Alentejo a maior percentagem. As diferenças observadas não se revelaram estatisticamente significativas. (Tabela1)

Tabela 1 - Percentagem de UA nas quais foi referida «insegurança alimentar», por Região de Saúde

	n	%	IC 95%	p
<i>Continente</i>	647	8.1	(5.1; 11.1)	
Região				0.168 ^a
<i>Norte</i>	134	7.5	(3.0; 12.0)	
<i>Centro</i>	114	8.8	(3.6; 14.0)	
<i>Lisboa e Vale do Tejo</i>	129	7.0	(2.6; 11.4)	
<i>Alentejo</i>	140	15.0	(9.1; 20.9)	
<i>Algarve</i>	130	10.0	(4.8; 15.2)	

p - probabilidade de significância do teste; a - teste de ajustamento do χ^2 ; n - número de registos válidos; (;) IC 95% da estimativa

Referências

1. Observatório Nacional de Saúde (ONSA). *Em Casa, pelo telefone, Observamos Saúde. Descrição e avaliação de uma metodologia*. Lisboa: Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, Observatório Nacional de Saúde. 2003
2. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). *Behavioral Risk Factor Surveillance System Survey Questionnaire*. Atlanta, Georgia: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, 1999

Maria João Branco
Baltazar Nunes



Naím M. Les cinq guerres de la mondialisation. *Futuribles* 2003; 289: 23-27

MacKian S, Elliot H, Busby H, Popay J. 'Everywhere and nowhere': locating and understanding the 'new' public health. *Health Place* 2003; 9: 219-229

Tickner JA, Kriebel D, Wright S. A compass for health: rethinking precaution and its role in science and public health. *International Journal of Epidemiology* 2003; 32 (4): 489-492



SAFETY:2004

7th World Conference on Injury Prevention and Safety Promotion
6 a 9 de Julho de 2004, Viena, Austria

Fax: +43-1-715 66 44-30

E-mail: safety2004@sicherleben.at Url: www.safety2004.info

No escaparate...

O ONSA editou:

O relatório «**Vacinação Antigripal. Estudo da cobertura da população portuguesa de 1998/99 a 2002/2003. Estudo na amostra ECOS**».

Com esta publicação pretende-se apresentar as estimativas da cobertura da população vacinada contra a gripe, em Portugal Continental, entre 1998 e 2003, caracterizando a sua distribuição, por Região de Saúde e por algumas variáveis que descrevem os grupos para os quais a vacina anti-gripal é especialmente recomendada.

O relatório «**Uma observação sobre "insegurança alimentar"**». Com este estudo pretende-se contribuir para o conhecimento da «insegurança alimentar» e testar a metodologia de entrevista telefónica para aplicação de um questionário versando temática do contexto social com impacto na saúde.

O relatório do «**Onda de calor de Agosto de 2003: estudo da utilização de cuidados de urgência**».

Aí está mais um relatório de um estudo do âmbito do projecto Ícaro-Importância do excesso de calor: repercussão sobre os óbitos. Pretende-se dar uma perspectiva dos efeitos da onda de calor de 2003 na utilização dos cuidados de urgência.

Todas estas publicações estão disponíveis para download on-line. O ONSA tem exemplares disponíveis para quem os solicitar.

TOME NOTA!



SENTINELA

Reunião anual de Médicos-Sentinela irá decorrer de 29 a 31 de Janeiro de 2004, no Grande Hotel do Luso.

Serão discutidos os resultados dos vários temas estudados pela Rede em 2002 e serão propostos novos temas para estudo em 2004 e 2005.

Se está interessado em assistir ou se tem alguma proposta para nos fazer (mesmo que não seja médico...o importante é que assunto seja relacionado com saúde), então venha assistir à reunião e discutir connosco!

Contacte-nos para o ONSA - Zilda Pimenta: 217526488

Ficha Técnica

Propriedade: ONSA - Observatório Nacional de Saúde

Responsável: Maria João Branco

Equipa Redactorial: Baltazar Nunes, Paulo Nogueira

Sede: Avenida Padre Cruz 1649-016 LISBOA

Tel: 21.752 64 04 Fax: 21.752 64 99 e-mail onsa@insa.min-saude.pt

Tiragem: 6 000 exemplares Distribuição: gratuita

ISSN 0874-2928 Depósito Legal: 125868/98

Produção Gráfica: Litomair Ind. Literária, Lda - Rio Maior



O Frio e a Saúde da População Portuguesa: Ecos de alguns resultados*

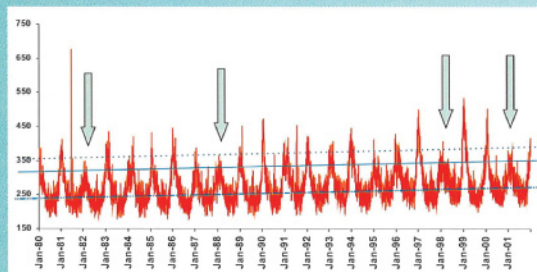
É consensual de que o frio ou as épocas frias do ano estão associadas a níveis de mortalidade mais elevados e a ocorrências mais frequentes de algumas doenças.

Na literatura encontram-se referências a excesso de mortalidade devido ao frio que remontam pelo menos ao século XIX. Em Portugal, os estudos sobre o frio não são abundantes, mas existem e apontam para que os portugueses também sofrem com as condições ambientais mais frias.¹

É indiscutível que ocorre uma variação na mortalidade "todas as causas", sendo o pico observado, regra geral, no Inverno. A Figura 1 mostra o traçado da mortalidade diária de 1980 a 2001, evidenciando a sazonalidade do fenómeno e a tendência de aumento da mortalidade verificada ao longo desses anos.

É interessante notar que os Invernos parecem diferir entre si. São apontados alguns Invernos com mortalidade particularmente baixa (Figura 1), obedecendo à sazonalidade mas não mostram nível elevado de mortalidade como os Invernos de 1989-1990, 1996-1997, 1998-1999 e 1999-2000.

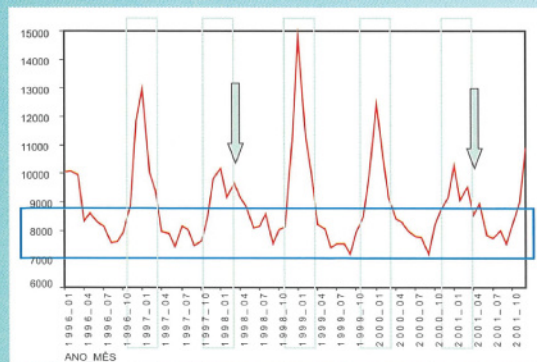
Figura 1. Mortalidade diária em Portugal de 1-1-1980 a 31-12-2003, tendência linear da mortalidade e eventuais limites relacionados com o Frio



Um factor que parece associar-se aos níveis mais elevados de mortalidade de Inverno são os surtos de gripe.²

Na Figura 2 é visível que os Invernos sem os níveis mais elevados de mortalidade apresentam uma distribuição da mortalidade mais "arrastada" ao longo do tempo.

Figura 2. Mortalidade mensal em Portugal de 1996 a 2001, delimitação da mortalidade de Inverno.



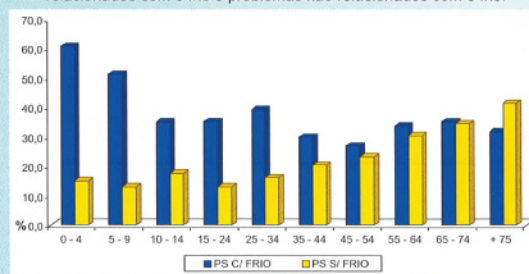
Cumprindo as actividades planeadas no âmbito do Projecto Ícaro (Projecto de que temos dado conta inúmeras vezes nestas Observações), foi feito um inquérito ao painel de famílias ECOS³ sobre o Inverno de 2002-2003.

Este inquérito teve como objectivo contribuir para o conhecimento ao nível dos indivíduos e das famílias de quais as suas dificuldades face ao frio, sobretudo relacionadas com a saúde, e caracterizar a forma como as famílias portuguesas enfrentam o frio.

Deste estudo foi possível apurar com base nas 951 unidades alojamento respondentes:

- 49.7% (IC95%: 44.6%; 54,8%) das famílias portuguesas consideram as suas casas frias ou muito frias;
- 33.4% das famílias recorreram a cuidados de saúde por causa do frio;
- O frio afecta mais os indivíduos do sexo feminino do que os do sexo masculino, quer por causas relacionadas directamente, quer por causas não directamente relacionadas com o frio;
- Os problemas de saúde na época de frio associam-se ao grupo etário (Figura 3);
 - Os problemas relacionados pelas famílias com o frio são mais elevados nos grupos etários extremamente jovens;
 - E os problemas não relacionados pelas famílias com o frio associam-se particularmente com os grupos etários mais idosos;
- As famílias que vivem nas cidades referem menos problemas associados com o frio quando comparadas com as famílias que vivem em vilas, aldeias ou casas isoladas;
- Os problemas relacionados com o frio parecem associar-se com o número de assoalhadas das habitações das famílias;
- Os problemas de saúde, no período de frio, mas não relacionados com o frio, associam-se com níveis muito baixos de escolaridade.

Figura3. Problemas de saúde referidos pelas famílias ECOS. Problemas relacionados com o frio e problemas não relacionados com o frio.



Dos resultados expostos, para as famílias portuguesas, o frio parece ser um factor que pesa na vida familiar. Parecem sobressair factores socioeconómicos como potenciais responsáveis pela má relação que as nossas famílias têm com o frio.

As famílias parecem dar maior importância aos problemas de saúde durante a época de frio das suas crianças do que dos seus idosos. O que indicia também que os factores sócio-culturais podem ser relevantes no estudo do frio e das suas consequências na saúde dos portugueses.

Referências

1. Pinheiro, CDFB. Um frio de morrer ou variação da mortalidade e clima nos distritos de Viana do Castelo e de Faro. Arquivos do Instituto Nacional de Saúde, 15, 1990 (menção honrosa. Prémio Ricardo Jorge de Saúde Pública 1990)
2. Falcão, JCM (1991). Excesso de mortalidade em 1990: o papel do surto da gripe do Inverno de 1989-90. Saúde em Números, Vol. 6, nº 4. DGS.
3. Observatório Nacional de Saúde (ONSA). *Em Casa, pelo telefone, Observamos Saúde. Descrição e avaliação de uma metodologia.* Lisboa: Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, Observatório Nacional de Saúde. 2003(disponível no site do ONSA http://www.onsa.pt/conteu/estudos/est_ecptos.html)

* Resultados preliminares e parciais de projecto aprovado pela FCT e pelo POCTI e com-participado pelo Fundo Comunitário Europeu FEDER



Prevalência do consumo de bebidas alcoólicas segundo o grau de instrução em Portugal Continental.

Resultados dos Inquéritos Nacionais de Saúde de 1996 e 1999.

Pedro Marques-Vidal¹, Carlos Matias Dias²
¹ Centro de Nutrição e Metabolismo, Instituto de Medicina Molecular, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa e ² Centro de Epidemiologia e Bioestatística, Observatório Nacional de Saúde, Instituto Nacional de Saúde Ricardo Jorge

De acordo com os Inquéritos Nacionais de Saúde (INS) realizados em Portugal Continental, a prevalência de consumo de bebidas alcoólicas declarada pelo próprio e considerada no seu conjunto diminuiu de forma significativa entre 1996 e 1999, em todos os grupos de escolaridade e em ambos os sexos. No entanto, a análise estratificada por grau de escolaridade e por tipo de bebida revela algumas diferenças que merecem descrição pormenorizada (quadro 1).

Quadro 1

Prevalência de consumo de bebidas alcoólicas na população de Portugal Continental de acordo com os Inquéritos Nacionais de Saúde de 1996 e 1999, estratificada segundo o sexo e o número de anos de escolaridade concluídos com aproveitamento										
Anos de escolaridade completados com sucesso	Todas as bebidas		Vinho		Cerveja		Whisky		Vinho do Porto	
	95-96	98-99	95-96	98-99	95-96	98-99	95-96	98-99	95-96	98-99
HOMENS										
< 6	49,0 (2407)	42,9 (1901)	91,0 (1021)	90,9 (1021)	63,9 (1573)	64,0 (1522)	22,7 (546)	23,7 (625)	30,7 (717)	30,2 (646)
6 < . < 12	72,5 (9419)	71,2 (9218)	94,2 (9875)	93,1 (8596)	79,3 (2467)	77,1 (7117)	43,6 (4104)	43,6 (4013)	42,6 (4086)	38,5 (3341)
> 12	62,8 (1303)	62,5 (1578)	91,5 (1192)	90,4 (1426)	85,7 (1116)	86,1 (1358)	67,6 (881)	64,7 (1019)	44,6 (580)	41,8 (657)
MULHERES										
< 6	20,8 (1574)	19,3 (1261)	94,8 (1492)	95,2 (1288)	24,7 (588)	21,9 (277)	6,0 (89)	8,1 (100)	23,1 (363)	23,8 (300)
6 < . < 12	30,8 (3811)	29,5 (3681)	96,0 (3659)	95,1 (3499)	37,4 (1427)	36,0 (1324)	13,5 (514)	11,9 (437)	33,1 (1282)	34,4 (1367)
> 12	26,3 (581)	27,2 (781)	91,5 (541)	92,2 (720)	61,9 (386)	59,7 (466)	36,4 (215)	32,9 (257)	49,0 (289)	45,8 (357)

ns, não significativo; *, p<0.05; **, p<0.01; ***, p<0.001

Assim, entre 1996 e 1999 a prevalência de consumo global de bebidas alcoólicas declarada pelo próprio foi mais elevada nas pessoas que completaram com sucesso entre 6 e 12 anos de escolaridade, tanto nos homens como nas mulheres. Também o consumo de vinho, estudado isoladamente, foi mais prevalente neste grupo, em ambos os sexos, à excepção das mulheres com menos de 6 anos de escolaridade.

Já o consumo de cerveja, whisky e vinho do Porto foi mais frequente nos grupos de pessoas com maior número de anos de escolaridade completados com sucesso, em ambos os sexos, tanto em 1996 como em 1999.

Comparando ambos os INS verificamos que o consumo de vinho terá diminuído de forma significativa entre os homens mas não entre as mulheres, tendo mesmo aumentado naquelas com menos de 6 ou mais de 12 anos de escolaridade completados com aproveitamento.

A prevalência de consumo de cerveja aumentou de forma significativa entre os homens com menos de 6 ou mais de 12 anos de escolaridade completados com aproveitamento, tendo diminuído no sexo feminino em todos os grupos de escolaridade, embora de forma não significativa sob o ponto de vista estatístico.

A prevalência de consumo de whisky não sofreu alterações estatisticamente significativas entre os dois INS em nenhum dos grupos de escolaridade, tanto nos homens como nas mulheres.

Já a prevalência de consumo de vinho do Porto diminuiu significativamente no sexo masculino mas não no sexo feminino.

UMA OBSERVAÇÃO GEOGRÁFICA DA "DOENÇA CRÓNICA DO FIGADO E CIRROSE"

Sara Rabiais

Em Portugal, entre 1999 e 2001 o grupo da "Doença crónica do fígado e cirrose" (CID-9:347) ocupou o 9º lugar das principais causas de morte em Portugal com um total de 5709 óbitos. Dos indivíduos que morreram vítimas desta doença, a grande maioria (74%) era do sexo masculino e mais de metade (55%), tinham idades compreendidas entre os 30 e os 64 anos. Deste grupo de doenças, 44% dos indivíduos morreram devido a cirrose no fígado sem menção de álcool e, 24% vítimas de cirrose alcoólica do fígado.

Os mapas apresentados para cada um dos sexos (Fig.1 e Fig.2) dizem respeito às taxas de mortalidade observadas por 100.000 habitantes (taxas padronizadas pela idade pelo método directo - TMD).

Verificou-se que esta causa de morte é preponderante na Região Norte e nas Regiões Autónomas pois, para o sexo masculino, as taxas mais elevadas foram observadas nos distritos de Vila Real, Guarda e Viseu e nas Regiões Autónomas dos Açores e Madeira e, para o sexo feminino, a taxas mais elevadas foram observadas nos distritos de Vila Real, Viana do Castelo, Braga, Bragança e Viseu.

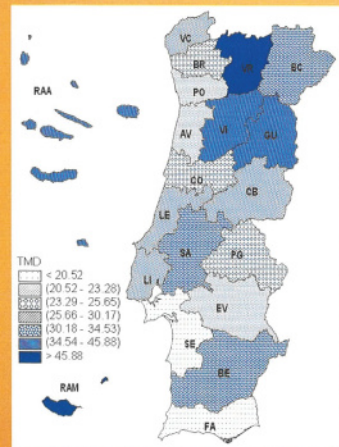


Fig.1 Taxas de mortalidade do sexo masculino observadas por distrito para a doença crónica do fígado e cirrose.

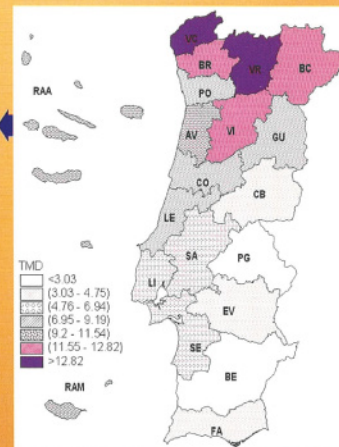


Fig.2 Taxas de mortalidade do sexo feminino observadas por distrito para a doença crónica do fígado e cirrose.

Os resultados apresentados constam no 1º Atlas das principais causas de morte não neoplásicas em Portugal entre os anos de 1999 a 2001, que se encontra em execução e que oportunamente será divulgado.

Editorial

Segurança Rodoviária: uma Prioridade Nacional

Numa abordagem epidemiológica de um fenómeno, erro é um resultado falso ou enganador, como, por exemplo, os devidos a viés ou distorções.



Em Abril, celebra-se o DIA MUNDIAL da SAÚDE, subordinado a um tema, que este ano é «O acidente rodoviário não é uma fatalidade».

No nosso país, não sei se por sermos um país de triste fado, tem sido difícil fugir à triste sorte de se morrer na estrada.

Assim, esta é uma problemática que tem sido ciclicamente objecto de debate público.

A análise da evolução da taxa de mortalidade por acidentes de trânsito com veículo a motor, padronizada pela idade, deveria deixar-nos com algum optimismo. Com efeito, em 10 anos houve uma diminuição de 28/10⁵ para 17/10⁵, na taxa de mortalidade padronizada pela idade, sendo, ainda mais acentuada a diminuição nos homens.

Mas, será que estamos a medir bem o fenómeno? Não estamos. Escapam-nos, com rigor, os «mortos a trinta dias», casos que sobrevivendo à admissão num serviço de urgência, acabam por ser fatais, posteriormente. Este é o indicador utilizado internacionalmente, que os especialistas estimam através de índices correctivos. Subsiste, pois, um erro de apreciação da magnitude de um dos maiores problemas que afecta a Saúde dos Portugueses.

Contudo, independentemente de números mais ou menos exactos, ressalta da evidência que estamos perante um problema de Saúde Pública não controlado. A «Segurança Rodoviária não nasce do acaso» tem que resultar de esforços articulados de muitos sectores da sociedade governamentais e não governamentais. O compromisso de cada um de nós é crucial para combater este flagelo. Com efeito, o modo como nos comportamos na estrada, quer como peões e condutores, constituirá o compromisso que estamos dispostos a assumir no controlo do factor humano na sinistralidade rodoviária.

Maria João Branco

Neste número...

Roteiro dos...Projectos

Programa Nacional de Controlo da Infecção:
Vigilância epidemiológica das bacteriémias nosocomiais.

Caracterização dos equipamentos e procedimentos usados pelas famílias portuguesas para fazer face ao frio

Uma observação dos "Acidentes de trânsito com veículo a motor"

Actividade gripal no Inverno de 2003/2004

Precisão do diagnóstico dos novos casos de asma notificados pelos Médicos Sentinela



INSTITUTO NACIONAL DE SAÚDE
DR. RICARDO JORGE

Roteiro dos... Projectos

PROGRAMA NACIONAL DE CONTROLO DE INFECÇÃO (PNCI)

VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DAS BACTERIÉMIAS NOSOCOMIAIS (VEBN)



No âmbito do PNCI implementou-se o programa de vigilância epidemiológica (VE) das bacteriémias nosocomiais (BN), atendendo ao impacto destas infecções no aumento da mortalidade, morbilidade e custos na prestação de cuidados de saúde.

Os objectivos são: criar um protocolo comum de actuação; quantificar o problema; conhecer os microrganismos implicados; detectar os factores de risco relacionados com a presença de dispositivos invasivos e com situações clínicas; promover acções inter-institucionais de melhoria dos cuidados prestados; motivar as Comissões de Controlo de Infecção (CCI) para a VE em articulação com os Laboratórios de Microbiologia. O registo iniciou-se em Janeiro de 2002. Presentemente, participam 38 hospitais com a seguinte distribuição:



A informação é divulgada aos hospitais participantes e está disponível em www.insarj.pt.

Dos dados obtidos em 2002 salientam-se: ocorreram 299637 internamentos correspondendo a 1936713 dias de internamento; foram registados 2131 episódios de BN.

A taxa de BN foi de 1,1 por mil dias de internamento e de 7,1 por mil doentes admitidos.

A demora média global nos doentes de BN foi de 37,9 dias contrastando com a demora média de todos os doentes saídos nos Serviços envolvidos (9,2 dias).

A taxa de mortalidade foi de 34%.

Os Serviços com maior incidência de BN foram: UCIP's (25%), Medicina (22%), Hemato-Oncologia (14%) e Cirurgia Geral (13%).

Das BN registadas, 78% foram primárias. Destas, 25% foram relacionadas com cateter, 22% foram secundárias a outras vias: cateter intravascular central (24%); vias respiratórias (10%); vias urinárias(7%) e origem desconhecida (38%).

Cerca de 46% dos microrganismos isolados foram *Staphylococcus* (48% Coagulase negativo e 52% *Staph. aureus*). A percentagem de *Staph. aureus* resistentes à Meticilina (MRSA) foi de 49%. Dos episódios de BN, 6% foram polimicrobianos.

M.ª Goreti Silva
(Enfermeira, Grupo Coordenador do PNCI)



Ministério da Saúde



Portugal em Acção

Caracterização dos equipamentos e procedimentos usados pelas famílias portuguesas para fazer face ao frio³

Paulo Nogueira, Eleonora Paixão

Um dos objectivos do *Ecos do Frio* realizado pelo ONSA em 2003, residia na necessidade de caracterizar os equipamentos e procedimentos que os indivíduos, na população portuguesa, e em particular as famílias, dispõem para enfrentar condições adversas do frio nas épocas de Inverno.

Assim, estima-se que apenas cerca de 4% das famílias têm *ar condicionado quente* e 14.6% têm *aquecimento central*. Das famílias que possuem *ar condicionado quente*, 58.6% utilizam-no muitas vezes/sempre e 14.2% raramente ou nunca o usam. Por sua vez, as famílias que têm *aquecimento central*, 70.9% utilizam-no muitas vezes/sempre e 16% raramente ou nunca o usam.

Dos equipamentos inquiridos, aqueles que metade ou mais das famílias disseram possuir foram a *lareira* (51.6%) e *aquecedores eléctricos* (65.8%). A *lareira* é usada muitas vezes/ sempre por 64.7% das famílias que a possuem, enquanto que 22.7% raramente ou nunca a utilizam. Os *aquecedores a gás*, os *aquecedores eléctricos* e as *botijas de água quente* apresentam distribuições de caracterização do seu uso muito semelhantes, parecendo o seu uso ser mais irregular.

A grande maioria utiliza *mais roupa* (99.4%) e *mais cobertores* (99.9%). O uso de *mais roupa* é sempre/muitas vezes adoptado durante a época de frio (88.5%), no entanto 7.6% das famílias referem nunca ou raramente usar *mais roupa*. Quase todas as famílias apontam a posse de *mais cobertores* (99.9%), utilizando-os sempre/muitas vezes durante o Inverno (95.8%), mas 2.3% das famílias não usa ou usa raramente *mais cobertores*.

A grande maioria tem acesso a *água quente canalizada* (95.3%). O uso da *água quente canalizada* regularmente ou muitas vezes é elevado (95.5%) e apenas 1.1% das famílias refere o seu não uso ou uso raro.

Encontraram-se associações com significado estatístico entre a posse ou não posse dos vários equipamentos de aquecimento ou procedimentos para fazer face ao frio e variáveis de caracterização sócio demográfico dos agregados familiares.

Estes e mais resultados serão oportunamente divulgados num relatório que se encontra em execução

³ Resultados preliminares e parciais de projecto aprovado pela FCT e pelo POCTI e participado pelo Fundo Comunitário Europeu FEDER.

Distribuição (%) do recurso a equipamentos e procedimentos de controlo do frio, no Continente, em 2003 (% ponderada por região)

Equipamentos	n 951 s/nif	%	Usa				
			Não têm	Têm	Muitas vezes/ Sempre	Às vezes	Raramente / Nunca
Ar condicionado quente	0.0	96.0% (900)	4.0% (51)	58.6% (25)	27.1% (15)	14.2% (11)	
Cobertores eléctricos	0.1	91.6% (887)	8.4% (63)	46.9% (29)	16.7% (11)	36.3% (23)	
Aquecimento central	0.0	85.4% (849)	14.6% (102)	70.9% (72)	13.2% (13)	16.0% (17)	
Aquecedor a gás	0.0	69.8% (689)	30.2% (262)	33.5% (81)	28.1% (81)	38.3% (100)	
Botijas de água quente	0.0	57.3% (579)	42.7% (453)	27.0% (86)	34.8% (129)	38.3% (157)	
Lareira	0.0	48.4% (483)	51.6% (644)	64.7% (314)	12.6% (62)	22.7% (92)	
Aquecedores eléctricos	0.0	34.2% (307)	65.8% (644)	46.7% (294)	22.9% (164)	30.4% (186)	
Água quente canalizada	0.0	4.7% (46)	95.3% (905)	95.5% (903)	3.3% (33)	1.1% (9)	
Mais roupa	0.0	0.6% (3)	99.4% (948)	88.5% (907)	3.8% (30)	7.6% (21)	
Mais cobertores	0.0	0.1% (1)	99.9% (950)	95.8% (841)	1.9% (33)	2.3% (76)	



INSTITUTO NACIONAL DE SAÚDE
DR. RICARDO JORGE
ICES MINISTÉRIO DA CIÊNCIA E DO ENSINO SUPERIOR
Instituto de Meteorologia

Conferência ÍCARO 2004

O Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge e o Instituto de Meteorologia vão realizar a Conferência ÍCARO 2004 para proporcionar a discussão científica dos múltiplos problemas associados às ondas de calor e aos seus efeitos sobre a saúde.

Os objectivos do encontro são:

- ✓ Descrever as condições meteorológicas que estão na origem do fenómeno das ondas de calor.
- ✓ Discutir os efeitos das ondas de calor sobre a mortalidade e a morbilidade das populações.
- ✓ Descrever e discutir os modelos de previsão e alerta para os efeitos das ondas de calor.
- ✓ Discutir as formas de intervenção tendentes a minimizar as consequências do calor para a saúde.

ONDAS DE CALOR E SEUS EFEITOS NA SAÚDE Perceber, Prever e Prevenir

7/05/2004

Programa Provisório

09:30 Sessão Abertura.

METEOROLOGIA E ONDAS DE CALOR

09:45 "Onda de Calor 2003 - Situação Meteorológica"

- Teresa Abrantes, Instituto de Meteorologia

10:00 "Ondas de Calor em Portugal Continental" - Fátima Espírito Santo, Instituto de Meteorologia

10:15 Conferencista Convidado - Jean Claude Cohen, Météo-France

10:45 Discussão

ONDAS DE CALOR E EFEITOS NA SAÚDE

11:15 "Ondas de calor e os seus efeitos na saúde nalguns países Europeus" - Conferencista Convidado (a confirmar)

11:45 "Onda de calor de Agosto de 2003 e os seus efeitos na mortalidade em Portugal" - ONSA/DGS (a confirmar)

12:00 "Procura de cuidados de saúde e comportamentos da população portuguesa durante a Onda de Calor de Agosto de 2003" - ONSA (a definir)

12:15 "Ondas de calor e os seus efeitos na saúde em França" - Karine Laaidi, Institut de Veille Sanitaire -France

12:45 Discussão

PREVISÃO E ALERTA

14:30 Conferencista convidada - Christina Koppe, Deutscher Wetterdienst - Alemanha

15:00 "Sistema de Vigilância Ícaro" - Paulo Nogueira, ONSA

15:15 Discussão

15:30 "Qual o Índice Ícaro nos próximos três dias?"

PREVENIR OS EFEITOS

15:45 "Qual o potencial de prevenção dos efeitos das ondas de calor na mortalidade e morbilidade das populações?" - Bettina Menne, Organização Mundial de Saúde

16:15 "Planos de intervenção para o Verão 2004 em Portugal" - Mesa Redonda com responsáveis das instituições: Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge; Instituto de Meteorologia, Direcção Geral de Saúde, Serviço Nacional de Bombeiros e Protecção Civil

17:15 Discussão

17:30 Encerramento

Podem fazer a sua inscrição preenchendo a ficha de inscrição, disponível no site www.onsa.pt e enviando para o e-mail: icaro@insa.min-saude.pt ou para o Observatório Nacional de Saúde - Av. Padre Cruz 1649-016 Lisboa ou Fax: +(351) 21 7526499 ATÉ DIA 15 DE ABRIL DE 2004

Ficha Técnica

Propriedade: ONSA - Observatório Nacional de Saúde
Responsável: Maria João Branco

Equipa Redactorial: Baltazar Nunes, Paulo Nogueira

Sede: Avenida Padre Cruz 1649-016 LISBOA

Tel: 21.752.64.04 Fax: 21.752.64.99 e-mail onsa@insa.min-saude.pt

Tiragem: 6 000 exemplares Distribuição: gratuita

ISSN 0874-2928 Depósito Legal: 125868/98

Produção Gráfica: Litomaiores Ind. Litográfica, Lda. - Rio Maior



UMA

OBSERVAÇÃO
SOBRE

ACIDENTES DE TRÂNSITO COM VEÍCULOS A MOTOR

Maria João Branco, Sara Rabiais

A mortalidade nas estradas, em Portugal, tem sido frequentemente objecto de debate pela magnitude da problemática na saúde dos portugueses.

Em Portugal, entre 1999 e 2001 a causa de morte «Acidentes de trânsito com veículo a motor (CID-9: E471)» contribuiu para um total de 4826 óbitos (INE).

Dos indivíduos que morreram vítimas desta causa, a grande maioria (78%) era do sexo masculino e cerca de um terço (32%), tinham idades compreendidas entre os 15 e os 29 anos. Os indivíduos de 75 e mais anos apresentaram a segunda maior percentagem de óbitos (11.2%). Os atropelamentos representaram 13.3% destes óbitos.

Os mapas apresentados para cada um dos sexos (Fig.1 e Fig.2) dizem respeito às taxas de mortalidade estimadas por 100 000 habitantes (taxas padronizadas pela idade, pelo método directo - TMD)¹.

Verificou-se que para o sexo masculino, as taxas mais elevadas corresponderam aos distritos de Faro (47.8/10⁵) e Beja (45.0/10⁵), cerca do dobro da estimada no país (23.6/10⁵). No sexo feminino, a taxas mais elevadas foram observadas nos distritos de Portalegre (11.9/10⁵) e Faro (10.7/10⁵). No conjunto dos dois sexos, o distrito do Porto apresentou a menor taxa de mortalidade.

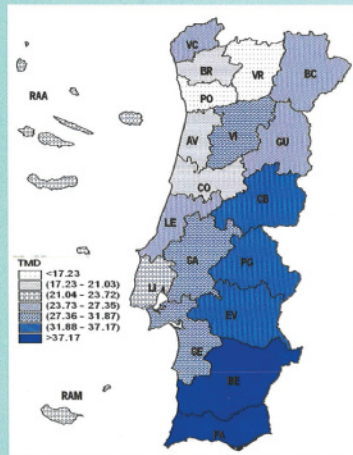


Fig.2 - Taxas de mortalidade do sexo feminino observadas por distrito para «acidentes de trânsito com veículo a motor».

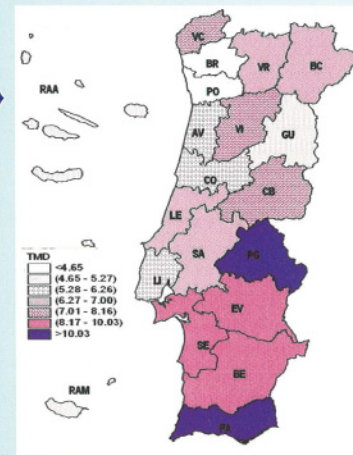
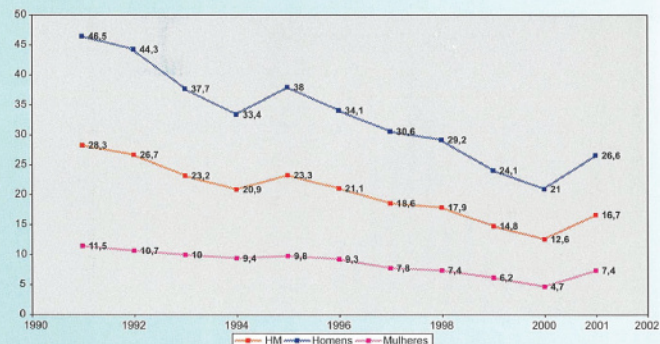


Fig.1 - Taxas de mortalidade do sexo masculino observadas por distrito para «acidentes de trânsito com veículo a motor».

Realce-se que as taxas de mortalidade têm seguido uma tendência globalmente decrescente, em qualquer dos sexos. Esta tendência está demonstrada na figura 3, onde se descreve a evolução das taxas de mortalidade devida à sinistralidade rodoviária, padronizada pela idade (método directo)².

Fig. 3 - Evolução das taxas de mortalidade (/10⁵ hab.) por acidentes de trânsito com veículo a motor, padronizadas pela idade, segundo o sexo, em Portugal



Fonte: Direcção Geral da Saúde

Referências

1. Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge. Observatório Nacional de Saúde. *Atlas da mortalidade por doenças não neoplásicas, em Portugal, 1999-2001*. Lisboa: Observatório Nacional de Saúde 2004. (Em publicação)
2. Direcção Geral de Saúde. DSIA. Divisão de Epidemiologia. Risco de morrer em Portugal.

Precisão do diagnóstico dos novos casos de asma notificados pelos Médicos Sentinela

Jaime Correia de Sousa*, Manuel Luciano Silva*

Durante os anos de 2000, 2001 e 2002 os Clínicos Gerais da Rede Médicos-Sentinela (MS) notificaram todos os novos casos de asma ocorridos nos utentes das respectivas listas.

Considerando como provável a existência de diferenças nos critérios de diagnóstico utilizados, foi decidido estudar mais detalhadamente aqueles casos com o intuito de avaliar a precisão do diagnóstico de asma e contribuir para a validação dos dados da Rede.

A cada médico foi solicitada, retrospectivamente, informação adicional sobre os novos casos de asma notificados nos 3 anos referidos, através do preenchimento dum questionário.

Foram considerados certos os diagnósticos de asma em que os três seguintes critérios estiveram presentes:

1. Pieira ou sibilos;
2. Ocorrência de um dos seguintes sintomas:
 - tosse seca com agravamento nocturno;
 - pieira ou sibilância recorrente;
 - dispneia ou dificuldade respiratória recorrente;
 - opressão ou aperto torácico recorrente.
3. Evidência de reversibilidade do broncoespasmo com broncodilatador de acção rápida confirmada (por observação clínica, demi/pef, ou espirometria).

Foram ainda considerados certos os diagnósticos feitos em ambulatório hospitalar ou por especialidades hospitalares.

Foram considerados prováveis os diagnósticos em que, todos os critérios referidos, à excepção de um, estiveram presentes.

O denominador utilizado para o cálculo das taxas de incidência foi a população sob observação das listas dos médicos participantes, tendo sido estimada, para os 3 anos, em 91216 utentes.

Foi, desta forma, obtida informação sobre 220 novos casos de asma.

Foram considerados como diagnósticos certos ou prováveis de novos casos de asma, 203 (92,3%).

Verificou-se que o critério 2-«ocorrência de um dos seguintes sintomas», esteve presente em 96% dos casos e, que o critério 3-«evidência de reversibilidade do bronco-espasmo, com broncodilatador de acção rápida confirmada», esteve presente em 86,8% dos casos.

A taxa de incidência de asma assim estimada é de 222,6/10⁵/ano.

Verificou-se que é similar às que estão descritas na literatura.

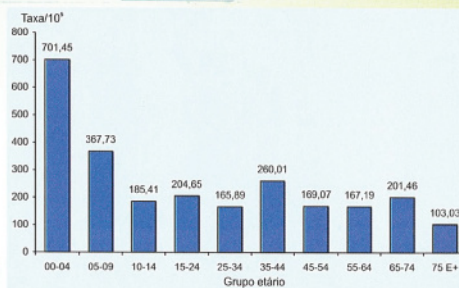
A distribuição da estimativa da taxa de incidência de asma (/10⁵), por grupo etário, em 2000-2002 pode ser observada na figura 1.

Estima-se, desta forma, em 22260 o número de novos asmáticos, por ano, em Portugal.

A utilização uniforme e consensual dos critérios de diagnóstico de asma é fundamental para a fiabilidade da informação relacionada com esta patologia.

*Médicos de Família na USF Horizonte, CS de Matosinhos

Fig. 1 - Distribuição da estimativa da taxa de incidência de Asma (/10⁵), segundo o grupo etário, em 2000-2002, na rede MS

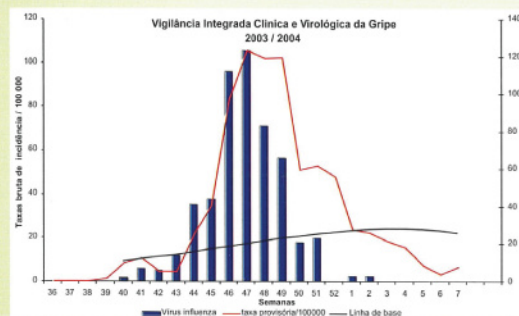


Actividade gripal no Inverno de 2003/2004

Dados provisórios da vigilância integrada clínica e virológica da gripe

Centro Nacional da Gripe e Observatório Nacional de Saúde. Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge

Os dados provisórios da vigilância integrada clínica e virológica da gripe¹, relativos à época de Inverno de 2003/2004, mostram que o aumento mais acentuado da incidência da síndrome gripal foi registado entre a segunda semana de Novembro e a primeira de Dezembro, atingindo o valor máximo de 105,6 casos/100 000



Durante o período epidémico, as taxas de incidência da síndrome gripal por grupo etário mostraram que a incidência foi maior no grupo etário dos 5 aos 14 anos atingindo valores de 241,8 casos/100 000 habitantes, na semana 46 e, 207,6 casos /100 000 habitantes na semana 48. No grupo etário dos 0 aos 4 anos a taxa

de incidência máxima de 188,6 / 100 000 foi registada na semana 47, coincidindo com o pico de maior actividade gripal (Tabela 1).

Tabela 1 - Taxa de incidência de Síndrome Gripal registado por semana na rede Médicos-Sentinela, segundo o grupo etário, em 2003

grupo etário/ semana	44	45	46	47	48	49	50	51	52
0 - 4 anos	-	31	67,2	188,6	127,5	116,4	-	-	-
5 - 14 anos	45,5	134,7	214,9	156,3	207,6	129,9	18,8	44,7	-
15 - 64 anos	23,7	26,1	78,3	109,8	83,1	93,8	60,4	66	50,6
65 e + anos	6,8	8,6	26,2	38,1	101,8	110,6	49	25,2	70,3

Ainda, nas semanas 46 e 47 foram registados vários surtos epidémicos em escolas, nas regiões norte e centro do país, atingindo crianças com menos de 15 anos de idade.

Dos casos de síndrome gripal notificados (incluindo os surtos epidémicos) durante o Inverno, foram colhidos e analisados 883 exsudados da nasofaringe, dos quais 535 (61%) foram positivos para vírus influenza A(H3), 13(1,5%) para vírus influenza A(H1) e não foram detectados vírus influenza do tipo B.

A caracterização, antigénica e genética, dos vírus isolados revelou alguma heterogeneidade entre as estirpes em circulação durante o Inverno em análise. A maioria das estirpes mostrou ser antigénicamente e filogeneticamente semelhantes a A/Fujian/411/2002 e um pequeno número de estirpes idênticas a A/Panamá/2007/99 (estirpe que integrou a vacina antigripal de 2003/2004).

¹Dados recolhidos através da Rede Médicos-Sentinela, dos Serviços de Vigilância e dos Centros Regionais de Saúde Pública do Norte e Centro.

Editorial

Temos, desde 2004, um Programa sobre determinantes elaborado pela Direcção-Geral da Saúde.

É bom ter sido escrito.

E de tal forma que poucos serão seus adversários e muitos seus defensores.

A ideia é simples, fundamentada, coerente, atraente e motivadora!

Constitui, assumidamente, o renascer e o aperfeiçoamento de um Programa da OMS já presente em Portugal desde 1987: o Programa CINDI.

Como aquele, o novo Programa visa lutar organizada e integradamente contra o consumo de tabaco, o consumo de álcool, a inactividade física, os erros alimentares e o stress psicossocial.

Pretende contribuir para eliminar os efeitos através da eliminação das suas causas.

Devota-se, afinal, a impulsionar as estratégias de prevenção primária das principais causas de morte, de incapacidade e de sofrimento que os Portugueses enfrentam.

Ao contrário do que muitas vezes acontece, o Programa reconhece que não estamos no ponto zero e aceita, com humildade, o muito que tem sido feito no domínio da prevenção primária em Portugal. Razão adicional para suscitar adesão e empenhamento generalizados, sobretudo dos muitos que vêm trabalhando na perspectiva que o Programa propõe.

Claro que todos encaramos com graus diferentes de cepticismo a produção de novos documentos e a nossa capacidade colectiva de concretizar os seus objectivos.

Por muitas, conhecidas e fundamentadas razões.

No entanto, a magnitude dos problemas, a estratégia de prevenção primária que o Programa reactiva e a competência das pessoas que o vão coordenar justificam, dos diversificados actores de que o Programa necessita, uma ampla e envolvida adesão.

Nós, no ONSA, já aderimos!!!

José Marinho Falcão

Neste número...

Roteiro dos... Laboratórios

Vigilância Laboratorial de toxinfecções alimentares colectivas (TAC) de origem microbiana no âmbito dos eventos Rock in Rio e Euro 2004.

Comportamentos da população portuguesa durante a onda de calor de Agosto de 2003

Severidade dos Acidentes Domésticos e de Lazer: alguns resultados obtidos pelo sistema ADÉLIA em 2003.

Por vezes não é só um "galo" na cabeça...

Utente pede ajuda para alterar situação ou comportamento de dependência

Uma observação geográfica das "Lesões em que se ignora se foram acidentalmente ou intencionalmente infligidas"

Roteiro dos... Laboratórios

Vigilância Laboratorial de toxinfecções alimentares colectivas (TAC) de origem microbiana no âmbito dos eventos:



Face aos eventos musicais e desportivos que estão a ocorrer ou ocorrerem no nosso país a Direcção-Geral da Saúde e o INSA decidiram reforçar alguns dos Programas de Vigilância Epidemiológica Integrada que desenvolvem articuladamente, nomeadamente, o da Vigilância e Controlo das Toxinfecções Alimentares Colectivas (TAC).

Para nos entendermos: as *Toxinfecções Alimentares* definem-se como qualquer doença de natureza infecciosa ou tóxica, causada (ou que se presume ter sido causada) pelo consumo de géneros alimentícios ou de água; as *Toxinfecções Alimentares Colectivas* consistem em qualquer situação de toxinfecções alimentares afectando dois ou mais indivíduos e que tenha uma origem comum.

Assim, a vigilância das TAC consiste na identificação de casos humanos, de alimentos implicados, na detecção dos agentes microbianos envolvidos e no estudo comparativo das estirpes isoladas, quer em casos clínicos, quer em alimentos.

O sistema de vigilância estabelecido pressupõe o envolvimento empenhado de várias entidades que vão desde os Serviços de Urgência Hospitalar e respectivos Laboratórios, às Autoridades de Saúde/Laboratórios de Saúde Pública. No INSA, estão envolvidos os Centros de Bacteriologia e Virologia, de Lisboa e os Centros de Segurança Alimentar e Nutrição/Centro de Qualidade Hídrica, de Lisboa e Porto.

Através da componente laboratorial da rede de vigilância pretende-se realizar a identificação e caracterização molecular conjunta de estirpes microbianas de origem humana e alimentar e estabelecer o nexo de causalidade entre os casos humanos e os alimentos implicados, contribuindo, assim, na investigação epidemiológica e controlo das TAC.

Temos vindo a referir as TAC de origem microbiana, contudo, o INSA, encontra-se igualmente apto para apoiar no diagnóstico das ocorrências de origem química.

A activação do sistema de vigilância integrada das TAC de origem microbiana, com a especificidade que os eventos referidos exigem, teve o seu início a 27 de Maio e terminará a 9 de Julho. Todavia, de acordo com as orientações da Direcção-Geral da Saúde prevê-se a sua plena aplicação para todos os eventos que, implicando concentrações populacionais, favoreçam o aparecimento de TAC.

Jorge Machado / Maria João Simões
Centro de Bacteriologia, INSA
217519287/244



INSTITUTO NACIONAL DE SAÚDE
DR. RICARDO JORGE



Ministério da Saúde



Portugal em Acção

Baltazar Nunes, Isabel Valadares

O sistema ADÉLIA - Acidentes Domésticos e de Lazer: Informação Adequada, encontra-se em pleno funcionamento desde 2002. Este sistema tem como principal objectivo a recolha de informação sobre Acidentes Domésticos e de Lazer (ADL) que levaram o acidentado à urgência de uma unidade de saúde do Sistema Nacional de Saúde.

Em 2003, foram registados nas unidades de saúde participantes **38.882 ADL**, mais 17.171 que no ano de 2002¹. Este aumento vem confirmar a tendência para uma melhor consolidação do funcionamento de sistema de notificação.

A informação gerada pelo sistema ADÉLIA em 2003, será objecto de um relatório final (para publicação) que em breve estará disponível para distribuição por todos os interessados. Com o intuito de estimular a curiosidade avançamos com alguns resultados.

Como é sabido um dos indicadores de severidade dos ADL é a sua taxa de internamento. Em 2003 **cerca de 5,1% dos ADL tiveram como consequência o internamento**, refira-se que cerca de 70% dos ADL seguem para o domicílio após tratamento.

Analisando a Figura 1 podemos verificar que esta taxa de internamento não se distribui de forma homogénea pelos grupos etários. Na verdade são os grupos etários extremos que relativamente apresentam as percentagens de internamento mais elevadas, com um claro destaque para os indivíduos com 75 e mais anos que apresentaram uma percentagem de internamento de 13,5%, seguidos dos indivíduos com 65 a 74 anos (7,6%) e os dos 0 aos 4 anos (5,9%). O grupo etário que apresenta a percentagem mais baixa de internamento é o dos 15 aos 19 anos com 2,2%.

No que respeita ao tempo médio de internamento a média global foi de 6,5 dias, novamente com uma distribuição não homogénea pelos

grupos etários. Como podemos verificar pela observação da Figura 1, número médio de dias de internamento cresce com a idade, iniciando com um valor de 1,8 dias para os indivíduos com 4 ou menos anos e

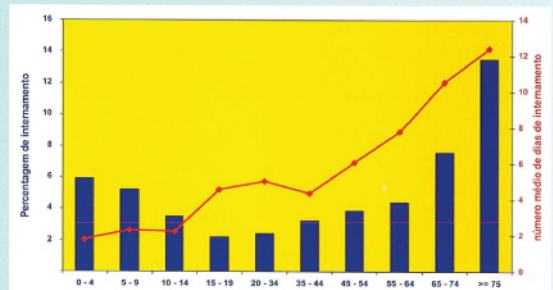


Figura 1: Distribuição da percentagem de internamento e número médio de dias de internamento, por grupo etário.

atingindo os 13,4 dias para os acidentados com 75 ou mais anos.

Concluindo, a severidade dos ADL está claramente associada à idade com um principal peso nos grupos etários extremos, ou seja, os mais vulneráveis. Realce-se ainda que este peso é declaradamente superior nos indivíduos mais idosos, com 65 ou mais anos, para quem a percentagem de internamento e o tempo médio de internamento apresentam os valores mais elevados.

1. Nunes B, Brandão J, Batista I, ADÉLIA: Acidentes Domésticos e de Lazer, Relatório Final 2002. Observatório Nacional de Saúde. Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge. Abril 2003.

Por vezes não é só um "galo" na cabeça...

Maria João Branco, Baltazar Nunes

A propósito de um pedido de informação sobre a situação dos traumatismos cranianos, na população com menos de 15 anos, o ONSA observou:

1. A mortalidade (INE 2001) provocada pelas seguintes causas:

- Fractura do crânio (CID 9: 800-804);
- Traumatismos intra cranianos, excepto os associados com fractura do crânio (CID 9: 850-854);
- Ferimentos do couro cabeludo sem e com menção de complicação (CID 9: 873.0 e 873.1);
- Contusão (sem alteração da superfície cutânea) da face, do couro cabeludo e do pescoço, excepto a do olho ou olhos (CID 9: 920).

Em 589 óbitos do sexo masculino, registados em 2001, 7,8% (46) ocorreram devido a uma das causas apontadas. No sexo feminino, esta percentagem correspondeu a 3,4% (14) da totalidade dos óbitos observados. Com efeito nas crianças com mais de um ano a mortalidade proporcional devida a estas causas é muito maior nos rapazes do que nas raparigas.

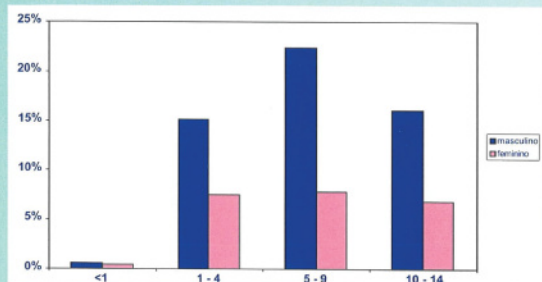


Figura 1 - Distribuição da percentagem de óbitos devidos a "traumatismos cranianos" do total dos óbitos em cada sexo e grupo etário. Fonte: INE Mortalidade 2001.

Foi no grupo etário dos 5-9 anos que foram observadas as maiores proporções de óbitos por estas causas, quer nos rapazes (22,4%), quer nas raparigas (7,8%), ainda que no sexo feminino pouca variação tenha ocorrido nos grupos etários mais velhos. (fig.1)

2. A morbilidade registada no sistema ADÉLIA - "Acidentes Domésticos e de Lazer Informação Adequada" devida aos seguintes acidentes:

- Acidentes cujo tipo de lesão foi a contusão ou concussão envolvendo a cabeça, registados nos serviços de urgência que reportaram para o sistema ADÉLIA, em 2003.

Em 7990 crianças acidentadas, do sexo masculino, 16,7% (1338) referiram concussão ou contusão na cabeça. No sexo feminino, em 5190 acidentes registados, 17,0% (880) ocorreram com traumatismo craniano.

A maior proporção de acidentes que provocaram uma contusão ou concussão na cabeça, ocorreu dentre as crianças com menos de um ano, quer nos rapazes (53,1%), quer nas raparigas (50,5%). (fig.2)

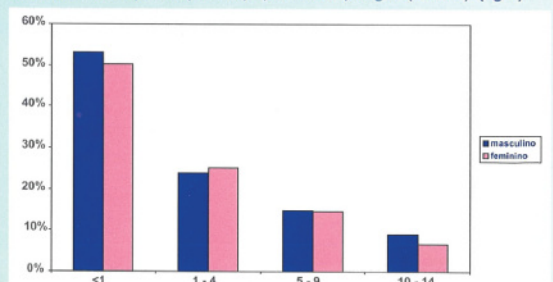


Figura 2 - Distribuição da percentagem de ADL que tiveram como lesão uma concussão/contusão na cabeça, por sexo e grupo etário. Fonte: sistema ADÉLIA 2003.

Comportamentos da população portuguesa durante a onda de calor de Agosto de 2003*

Eleonora Paixão, Paulo Jorge Nogueira

O Observatório Nacional de Saúde realizou em 2003 o *Ecos do Calor*, um inquérito por via postal, aplicando um questionário (11 perguntas) aos indivíduos de 18 e mais anos das unidades de alojamento (UA) que constituem a amostra ECOS¹ (Em Casa Observamos Saúde).

Este estudo complementou a investigação sobre a onda de calor de Agosto de 2003. O seu principal objectivo foi saber qual o conhecimento da população sobre a onda de calor e os seus efeitos e caracterizar o uso de medidas de protecção, durante os Verões e em particular durante a onda de calor de Agosto.

Estando o Verão à porta julgou-se pertinente apresentar alguns resultados.

Assim, estudaram-se 769 indivíduos, o que correspondeu a 25.6% da totalidade dos indivíduos elegíveis nas UA. Uma vez que a amostra ECOS não é auto-ponderada, foram ponderados os resultados das unidades de alojamento pela variável do Instituto Nacional de Estatística (INE) "número de famílias clássicas" por Região e pela "população residente segundo o nível de instrução" obtido pelos Censos de 2001.

A maior parte da população (92.5%) leu, ouviu ou viu informação sobre os cuidados a ter durante a onda de calor, tendo sido o principal meio, a televisão (95.2%), a rádio (56.3%) e os jornais (49.3%).

Cerca de metade (51.4%) informou alguém, fundamentalmente a família sobre os cuidados a ter. Apenas 1.7% da população portuguesa pediu informações para a linha de saúde pública.

Quanto à posse de ar condicionado; 5.5% tem ar condicionado frio em casa, 22.4% tem ar condicionado no emprego e 36.5% tem ar condicionado no transporte que utiliza mais frequentemente.

Durante a onda de calor de Agosto de 2003 (Quadro 1), 14.1% da população esteve mais vezes em locais com ar condicionado; 37.8% dos portugueses usaram mais ventoinhas; 69.0% ingeriram mais líquidos; 58.5% tomaram mais duchas ou banhos e 46.7% tomaram mais refeições leves. A ingestão de bebidas alcoólicas durante a onda de calor de 2003 diminuiu cerca de 0.3% em relação aos verões passados (passou de 3.8% para 3.5%).

Quadro 1: Alteração de comportamentos durante a onda de calor de Agosto de 2003 em relação aos outros Verões

	n	% S/ Inf.	Contínente Ponderada		
			Mais	Menos	Igual
Andou ou esteve ao sol, sem restrições	717	6,8	4,2%	49,4%	46,4%
			(20)	(346)	(351)
Fez viagens de carro/transportes à hora do calor	698	9,2	6,0%	39,8%	54,2%
			(43)	(276)	(379)
Fez actividades que exijam esforço físico	687	10,7	7,6%	32,5%	59,9%
			(37)	(230)	(420)
Abriu as janelas de casa durante o dia	696	9,5	26,8%	20,7%	55,5%
			(180)	(158)	(358)
Abriu as janelas de casa durante a noite	700	9,0	40,8%	11,1%	48,2%
			(301)	(60)	(339)
Tomou refeições leves	719	6,5	46,7%	0,9%	52,4%
			(339)	(8)	(372)
Tomou duchas ou banhos	726	5,6	58,5%	1,2%	40,4%
			(411)	(8)	(307)
Tomou bebidas alcoólicas	657	14,6	3,5%	26,5%	70,0%
			(22)	(171)	(464)
Ingeriu líquidos	726	5,6	69,0%	1,6%	29,4%
			(486)	(9)	(231)
Usou roupa leve, larga e clara	731	4,9	42,5%	4,2%	53,3%
			(318)	(23)	(390)
Usou ventoinhas	684	11,1	37,8%	7,5%	54,6%
			(264)	(47)	(373)
Esteve em locais com ar condicionado	657	14,6	14,1%	13,6%	72,3%
			(138)	(76)	(443)

Aparentemente, apesar de muitas famílias já adoptarem algumas medidas de auto-protecção em situações de extremo calor, é importante accionar sistemas activos de informação, tentado que esta chegue especialmente aos grupos mais vulneráveis, (idosos, acamados, socialmente isolados), minimizando assim os efeitos das ondas de calor.

As percentagens aqui apresentadas devem ser lidas com algum cuidado, pois são estimativas pontuais, pelo que devem ser consultados os *intervalos de confiança* que serão divulgados no relatório que será brevemente publicado.

* Resultados preliminares e parciais de projecto aprovado pela FCT e pelo POCTI e participado pelo Fundo Comunitário Europeu FEDER.

1. Contreiras T, Nunes B, Branco MJ. ECOS: Em Casa, pelo telefone, Observamos Saúde, Descrição e avaliação de uma metodologia. Observatório Nacional de Saúde. Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge. Julho de 2003.



12th Annual EUPHA Conference 2004
 "Urbanisation and health: new challenges in health promotion and prevention"
 7 a 9 de Outubro de 2004, Oslo, Noruega
 Tel + 47 61 24 70 70 - Fax + 47 61 24 70 71
 www.teamcongress.no/EUPHA2004
 email: post@teamcongress.no

XII Congresso Anual da Sociedade Portuguesa de Estatística
 29 de Setembro a 2 de Outubro de 2004, Évora, Évora Hotel, Évora
 Tel.: 266745370 Fax: 266745393
 www.eventos.uevora.pt/spe2004
 e-mail: spe2004@uevora.pt

TOME NOTA!

4º Inquérito Nacional de Saúde

Carlos Matias Dias*

Encontra-se em fase adiantada de preparação o trabalho de campo do 4º Inquérito Nacional de Saúde (INS).

Promovido pelo Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge (INSA) em parceria com a Direcção-Geral da Saúde e o Instituto Nacional de Estatística (INE), prevê-se que o 4ºINS possa ter início em Novembro de 2004.

À semelhança dos Inquéritos anteriores, realizados em 1987, 1995/1996 e 1998/1999, a colheita dos dados decorrerá ao longo de 52 semanas e será feita por equipas de entrevistadores pertencentes aos Núcleos Regionais de Inquéritos do INE, os quais receberão formação específica ministrada por formadores. A formação técnica dos formadores será da responsabilidade do INSA

Este Inquérito conta com alguns aspectos inovadores dos quais se destacam:

- 1) a inclusão de amostras populacionais das Regiões Autónomas dos Açores e da Madeira;
- 2) a possibilidade de se vir a obter estimativas de alguns dos indicadores de saúde para cada uma das cinco Regiões de Saúde de Portugal Continental, além das habituais estimativas por Região Administrativa (NUTS II);
- 3) a inclusão de áreas de inquirição que até agora não tinham sido incluídas no INS como, por exemplo, as áreas de informação dos cuidados preventivos, da saúde mental e do consumo de medicamentos.

*Médico de Saúde Pública, coordenador do INS, ONSA- INSA

Ficha Técnica

Propriedade: ONSA - Observatório Nacional de Saúde
 Responsável: Maria João Branco
 Equipa Redactorial: Baltazar Nunes, Paulo Nogueira
 Sede: Avenida Padre Cruz 1649-016 LISBOA
 Tel: 21.752 64 04 Fax: 21.752 64 99 e-mail onsa@insa.min-saude.pt
 Tiragem: 6 000 exemplares Distribuição: gratuita
 ISSN 0874-2928 Depósito Legal: 125868/98
 Produção Gráfica: Litomaiores Ind. Litográfica, Lda. - Rio Maior

Utente pede ajuda para alterar situação ou comportamento de dependência

José Augusto Rodrigues Simões - Centro de Saúde de Góis.

Durante o ano de 2002, na Rede Médicos-Sentinelas (MS), foram estudados os pedidos de ajuda para alterar situação ou comportamento de dependência (PA), que os utentes, de forma livre e espontânea, fizeram aos respectivos Médicos de Família.

Para este estudo, definiu-se como situação ou comportamento de dependência, todo o acto que fosse, ele próprio, uma dependência, como o de beber álcool, fumar, consumir drogas, etc. e, ainda, toda a situação que resultasse, directamente, numa dependência, como é o caso da obesidade em resultado da compulsão para a ingestão de alimentos.

Foram analisados 510 casos, sendo 213 do sexo masculino (41,8%) e 297 do sexo feminino (58,2%) (diferença estatisticamente significativa entre os sexos; $p < 0,001$, teste de ajustamento χ^2).

Verificou-se que, no sexo masculino, a proporção de PA foi semelhante para as várias situações ou comportamentos ($p=0,074$, teste de ajustamento de χ^2), enquanto no sexo feminino foi encontrada uma diferença estatisticamente significativa ($p < 0,001$, teste de ajustamento de χ^2), tendo a obesidade motivado a maior proporção de PA (84,8%) (Figura 1).

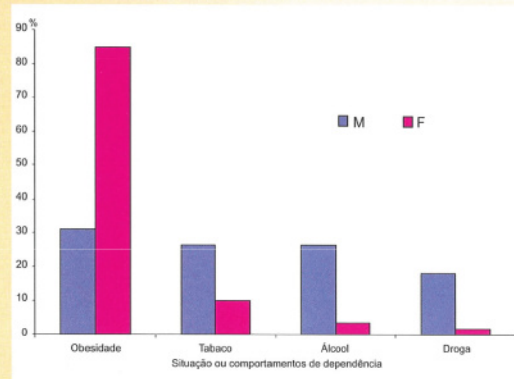


Fig. 1 - Distribuição (%) dos casos de pedidos de ajuda, por situação ou comportamento de dependência, segundo o sexo

Encontrou-se ainda, para cada situação ou comportamento, uma diferença estatisticamente significativa entre os sexos ($p < 0,001$, teste exacto de Fisher).

Foi ainda notificado um caso de anorexia, no sexo feminino.

Verificou-se que o Médico de Família tomou a seu cargo a resolução de 324 (64,2%), referenciou 164 (32,5%) para outros serviços ou médicos e em 17 casos (3,4%) não teve qualquer intervenção ($n=505$).

No quadro 1 descreve-se a proporção de pedidos de ajuda abordada pelo Médico de Família.

Quadro 1 - Proporção de pedidos de ajuda para alterar situação ou comportamento de dependência cuja resolução o Médico de Família tomou a seu cargo.

Situação ou comportamento	n	% (nº de casos)
Obesidade	318	67,3% (214)
Tabagismo	86	66,3% (57)
Álcool	66	57,6% (38)
Droga	44	45,5% (20)

Em conclusão:

- As mulheres recorreram mais frequentemente ao médico de família pedindo ajuda para alterar uma situação ou comportamento de dependência, do que os homens;
- A obesidade foi a situação que mais frequentemente motivou o pedido de ajuda, em ambos os sexos, particularmente nas mulheres;
- O Médico de Família tomou a seu cargo a resolução de 64,2% dos pedidos de ajuda para alterar uma situação ou comportamento de dependência. Nas situações de obesidade e de dependência do consumo de álcool e tabaco, fê-lo em mais metade dos casos.

Este tema, estudado na rede Médicos-Sentinelas pela primeira vez, poderá não só fornecer informação relevante sobre a forma como o utente vive as suas situações ou comportamentos de dependência, mas também salientar o importante contributo que o médico de família pode ter na resolução deste tipo de comportamentos.

Uma observação geográfica das "LESÕES EM QUE SE IGNORA SE FORAM ACIDENTALMENTE OU INTENCIONALMENTE INFLIGIDAS"

Sara Rabiais, Maria João Branco, José Carlos Marinho Falcão

Falar da violência está na ordem do dia. Em Portugal, entre 1999 e 2001, 3817 indivíduos morreram de lesões em que se ignora se foram acidentalmente ou intencionalmente infligidas (CID-9:E560)

Para a totalidade dos sexos, Guarda (23.8/10⁵), a R. A. da Madeira (18.5/10⁵) e Bragança (17.1/10⁵) apresentaram os maiores valores de taxa de mortalidade, padronizada pela idade (TMP). Note-se que em Portugal a TMP foi de 10.9/10⁵

Neste grupo de causas, 72% dos óbitos ocorreram no sexo masculino. Os indivíduos de 75 e mais anos apresentaram a maior percentagem de óbitos (23.3%). De realçar, contudo, que 20.8% dos óbitos ocorreram antes dos 30 anos.

As componentes com maior expressão dentro deste grupo foram a «lesão por outros meios e os não especificados, da qual se ignora se foi acidental ou intencionalmente infligida» (58.4%) e «lesão por submersão (afogamento) da qual se ignora se foi acidental ou intencionalmente infligida» (11.8%).

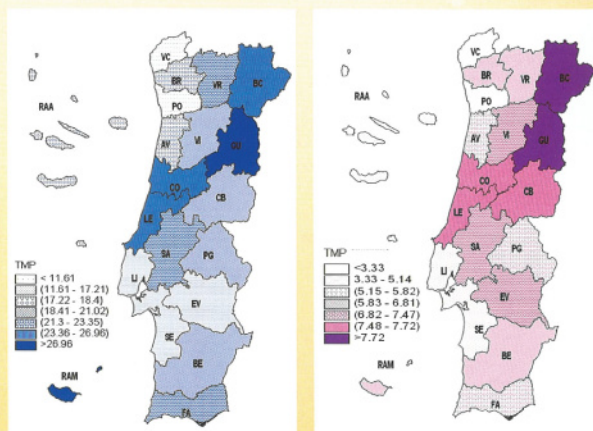


Fig. - Taxas de mortalidade (TMP) por "lesões em que se ignora se foram acidentalmente ou intencionalmente infligidas" por distrito, segundo o sexo

Editorial

Epidemiologia e Sociedade

A propósito do Congresso Europeu de Epidemiologia, realizado recentemente no Porto...

O Professor Aloísio Coelho ensinava que a *Epidemiologia é a gramática das Ciências da Saúde*.

Contudo, os epidemiologistas escasseiam nos centros de decisão da Saúde.

É o epidemiologista quem, a partir de informação disponível ou recolhida para o efeito, produz o conhecimento que possibilita definir a magnitude dos problemas de saúde de uma comunidade, que contribui para definir com rigor as necessidades e as prioridades em termos de promoção da saúde e de desenvolvimento do modelo preventivo.

Porém, não são os epidemiologistas mas os decisores políticos quem tem o mandato social de hierarquizar os problemas e decidir dos investimentos sociais. Portanto, cada vez são mais pertinentes as questões: em que circunstâncias, de que forma e junto de quem deve o epidemiologista divulgar o conhecimento que gerou.

Felizmente, vivemos numa sociedade aberta e democrática. Por razões diversas, algumas porventura perversas, os *media* reflectem e reforçam o interesse dos cidadãos pela problemática da saúde. Inevitavelmente a pressão dos *media* também actua sobre os epidemiologistas. Assim, como deve o epidemiologista relacionar-se com os *media*?

Actualmente, por vezes por culpa dos próprios epidemiologistas, nem sempre é bem entendido a natureza do conhecimento epidemiológico e, frequentemente, é confundido com mera informação estatística.

O Congresso Europeu de Epidemiologia é o encontro maior daqueles que dedicam a sua vida profissional à formação e à investigação em Epidemiologia, na Europa. O facto de tal reunião se haver realizado em Portugal, precisamente no ano em que a Associação Internacional de Epidemiologia (IEA) celebra o seu 50º aniversário, suscita a esperança que o panorama da Epidemiologia em Portugal venha mudar.

MJB

Neste número...

Mais Notícias do Inquérito Nacional de Saúde

Evolução da cobertura da vacina anti-gripal 1998/1999 a 2003/2004 na amostra ECOS.

Prevenção primária dos Defeitos do Tubo Neural. O papel do ácido fólico

Onda de Calor de Julho de 2004: Um excesso de óbitos no Algarve?

Alguns ECOS sobre "Diarreias"

Mais Notícias do Inquérito Nacional de Saúde

Carlos Matias Dias (Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge)
João Vintém (Direcção-Geral da Saúde)

Resultado de uma intensa e proveitosa colaboração entre o INSA, o Instituto Nacional de Estatística e a Direcção-Geral da Saúde, o 4º INS será o primeiro Inquérito Geral de Saúde - aplicado numa amostra aleatória, representativa da população de Portugal - que inclui pela primeira vez as Regiões Autónomas dos Açores e da Madeira.

O desenho da amostra do 4º INS possibilita, também pela primeira vez, a obtenção de estimativas com representatividade a nível das Regiões de Saúde, para além das estimativas habituais a nível de NUTS II.

O questionário do 4º INS, a ser aplicado por entrevista directa junto das famílias, abrange 18 áreas de inquirição, mais 6 do que nos INS anteriores (Quadro 1). A escolha destas áreas teve em consideração três aspectos: comparabilidade com os INS anteriores, necessidades de informação nacionais, necessidades de informação do organismo Estatístico Europeu (EUROSTAT) e da Organização Mundial da Saúde (OMS).

Assim, a escolha das áreas de inquirição foi feita através de um processo de consulta às instituições centrais, Regionais e Sub-Regionais do Ministério da Saúde, no Continente, à Secretária Regional dos Assuntos Sociais da Região Autónoma da Madeira, à Direcção Regional de Saúde da Região Autónoma dos Açores, assim como a Universidades e Escolas de ensino na área da saúde.

Os instrumentos para colheita de dados utilizados no 4º INS provêm de recomendações, fundamentadas e documentadas, fornecidas pelo EUROSTAT e pela OMS bem como de algumas propostas da Direcção-Geral da Saúde, para além de questionários parcelares já aplicados nos anteriores inquéritos.

Áreas de Inquirição no 4º INS

- 1 - Caracterização Sócio-demográfica
- 2 - Informações Gerais de Saúde
- 3 - Incapacidade Temporária
- 4 - Incapacidade de Longa Duração
- 5 - Doenças Crónicas
- 6 - Cuidados de Saúde
- 7 - Consumo de Bebidas Alcoólicas (**novo**)
- 8 - Consumo de Medicamentos (**novo**)
- 9 - Saúde Oral
- 10 - Despesas com Saúde e Rendimentos Familiares
- 11 - Consumo de Tabaco
- 12 - Consumo de Alimentos e Bebidas
- 13 - Saúde Reprodutiva e Planeamento familiar
- 14 - Actividade Física
- 15 - Saúde Mental (**novo**)
- 16 - Cuidados Preventivos (**novo**)
- 17 - Insegurança alimentar (**novo**)
- 18 - Qualidade de vida (**novo**)



**INSTITUTO NACIONAL DE SAÚDE
DR. RICARDO JORGE**



Ministério da Saúde



Portugal em Acção

Evolução da cobertura da vacina anti-gripal 1998/1999 a 2003/2004 na amostra ECOS.

Baltazar Nunes, Teresa Contreiras

Neste período do ano é altura de voltarmos a falar de GRIPE, concretamente, como protegemo-nos dela.

Neste âmbito divulgam-se alguns dados da nossa vigilância em relação à evolução da cobertura da vacina anti-gripal.

Desde 1999 que o ONSA obtém, por aplicação de um inquérito telefónico à amostra ECOS¹, estimativas da cobertura da população portuguesa do Continente pela vacina anti-gripal.

Neste contexto, em Março de 2004, utilizando a metodologia já aplicada nos inquéritos anteriores e que se encontra descrita em Nunes, Contreiras e Falcão (2004)², obtivemos informação sobre a vacinação anti-gripal na época 2003/2004 numa amostra de 2598 indivíduos.

A percentagem de indivíduos que declararam ter tomado a vacina anti-gripal foi 18,4% (IC_{95%}: 15,9; 21,0).

Os indivíduos com mais de 65 anos apresentaram uma percentagem de vacinados de 47%, dando assim consistência à tendência de crescimento já observada nas épocas anteriores (Figura 1). Em seguida surgem os indivíduos com idades entre os 45-64 anos com 16,7%. Por outro lado, nos indivíduos com menos de 44 anos a percentagem de vacinados foi bastante mais baixa, próxima dos 8%. É de notar ainda que este valor, nos indivíduos com menos de 15 anos, parece ter vindo a decrescer desde a época 1998/99.

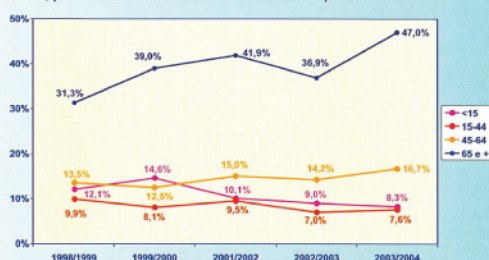


Figura 1 - Distribuição da percentagem de indivíduos que declararam ter tomado a vacina anti-gripal, por grupo etário nas épocas 1998/1999 a 2003/2004. ECOS: Em Casa Observamos Saúde.

A região de Saúde que apresentou a mais elevada percentagem de vacinados foi o Alentejo, 20,2%, seguida do Norte, Centro e Lisboa e Vale do Tejo com valores muito próximos de 18,5%. O valor mais baixo foi observado no Algarve 16,7%. Em todas as regiões, e de uma forma geral, verifica-se uma tendência de crescimento da percentagem de indivíduos que declaram se ter vacinado contra a gripe. No entanto refira-se que na região de saúde do Algarve o crescimento é mais claro e consistente, passando de 10,2% em 1999/98 para 16,7% em 2003/2004 (Figura 2)

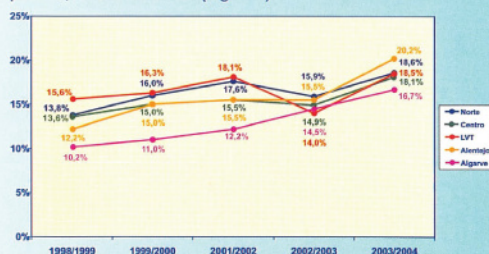


Figura 2 - Distribuição da percentagem de indivíduos que declararam ter tomado a vacina anti-gripal, por região de saúde nas épocas 1998/1999 a 2003/2004. ECOS: Em Casa Observamos Saúde.

Assim podemos afirmar que no Inverno de 2003/2004 as pessoas estiveram mais atentas às informações dos profissionais de saúde amplamente divulgadas em Setembro, de acordo com as recomendações da Direcção-Geral de Saúde, apostando nas medidas preventivas ou seja na vacinação anti-gripal atempada, especialmente indicada para os grupos mais vulneráveis ou que apresentam maior risco.

Já agora alertamos: está na altura de se vacinar!

Referências:

- Contreiras T, Nunes B, Branco MJ. Em Casa, pelo telefone, observamos saúde: Descrição e avaliação de uma metodologia. Lisboa: Observatório Nacional de Saúde, Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge; 2003
- Nunes B, Contreiras T, Falcão JM. Vacinação anti-gripal: cobertura da população portuguesa entre 1998/1999 e 2002/2003. *Revista Portuguesa de Demografia* 2004 X(2): 145-152

ONDA DE CALOR DE JULHO DE 2004: UM EXCESSO DE ÓBITOS NO ALGARVE?

J. Marinho Falcão, Eleonora Paixão, Paulo Jorge Nogueira, Baltazar Nunes

Os distritos do sul do Continente foram atingidos por uma onda de calor, no final de Julho de 2004, que assumiu especial intensidade na Região do Algarve.

Com base nos óbitos registados nas Conservatórias do Registo Civil de Faro e de Portimão foi possível fazer uma estimativa preliminar dos efeitos que a onda de calor teve na mortalidade da Região.

Na Região do Algarve, a onda de calor durou 5 dias (23.7 a 27.7) e parece ter tido efeitos no número de óbitos registados naquelas Conservatórias, entre 27 de Julho e 4 de Agosto de 2004.

Com efeito, a proporção de óbitos em excesso naqueles locais, nesse período, foi estimada em **+0,757** (IC_{95%}: 0,444; 1,118) dos óbitos esperados (Quadro I).

Quadro I - Número de óbitos observados, esperados, excesso de óbitos, razão de óbitos observados/esperados e seu intervalo de confiança a 95% e proporção de óbitos em excesso, no período em que a onda de calor teve efeitos, nas Conservatórias de Faro e Portimão, segundo o período de comparação 1-26 de Julho de 2004

	Faro	Portimão	Faro + Portimão
Nº de óbitos observados (O)	80	30	110
Nº de óbitos esperados (E)	42,6	20,1	62,6
Excesso de óbitos (O-E)	37,4	9,9	47,4
Razão O/E	1,878 (1,489 ; 2,337)	1,493 (1,007 ; 2,131)	1,757 (1,444 ; 2,118)
Proporção de óbitos em excesso (p = Razão O/E - 1)	0,878	0,493	0,757

Período em que decorreram efeitos da onda de calor, no registo de óbitos: 27.7a 4.8.2004 (9 dias)

Período de comparação: 1 a 26 de Julho de 2004 (26 dias)

*O nº de óbitos esperados foi calculado para cada conservatória da seguinte forma: nº óbitos observados Jul₂₆ / 26 dias x 9 dias

O excesso de óbitos registados na totalidade das Conservatórias da Região Algarve foi então calculado aplicando aquela proporção à estimativa do número de óbitos esperados para a Região

Assim, a estimativa do excesso total de óbitos na Região do Algarve, associado à onda de calor, variou entre um valor máximo de cerca de **+82,4** (IC_{95%}: 48,4 ; 121,8) e um valor mínimo de cerca de **+79,0** (IC_{95%}: 46,4 ; 11,7), também consoante o período de comparação utilizado. Estes valores são compatíveis com um excesso de cerca de **+80** óbitos (Quadro II).

Quadro II - Estimativas do número total de óbitos associados à onda de calor, na Região do Algarve, de acordo com vários períodos de comparação

	Nº médio de óbitos/dia	Nº óbitos esperados* (em 9 dias)	Excesso de óbitos**	IC _{95%}
Jul ₂₇ -Ago ₄ 2001	12,1	108,9	82,4	(48,4 ; 121,8)
Jul ₂₇ -Ago ₄ 2000+2001	11,7	105,3	79,7	(46,8 ; 117,7)
Jul ₁ -Ago ₃₁ 2000+2001	11,8	106,2	80,4	(47,2 ; 118,7)
Jul ₁₋₂₆ 2003	11,9	107,1	81,1	(47,6 ; 119,7)
Jul ₁ -Ago ₃₁ 2003 (sem o período de Jul ₂₇ -Ago ₄ , efeitos à onda de calor de 2003)	11,6	104,4	79,0	(46,4 ; 116,7)

*Número de óbitos esperados na região do Algarve no período da onda de calor (27.7 a 4.8.2004): nº médio de óbitos x 9 dias

**Estimativa do excesso de óbitos na Região do Algarve: nº óbitos esperados x p proporção de óbitos em excesso nas Conservatórias de Faro e Portimão (0,757)

Os resultados apresentados, ainda que preliminares, confirmam com segurança que ocorreu um excesso de óbitos associados à onda de calor. Esse excesso, estimado em cerca de + 80 óbitos, afigura-se credível embora possa estar afectado pela natureza dos dados em que o cálculo se baseia.

Este estudo é objecto de um relatório¹ que pode ser consultado no site do ONSA e no qual está descrita a metodologia em que se fundamentou a investigação, assim como a discussão dos resultados.

¹Falcão JM, Paixão E, Nogueira PJ, Nunes B. *A onda de calor de Julho de 2004: efeitos sobre a mortalidade na Região do Algarve. Resultados preliminares.* Lisboa: Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge; Observatório Nacional de Saúde, 2004 (Documento Interno)

Ficha Técnica

Propriedade: ONSA - Observatório Nacional de Saúde
Responsável: Maria João Branco
Equipa Redactorial: Baltazar Nunes, Paulo Nogueira
Sede: Avenida Padre Cruz 1649-016 LISBOA
Tel: 21.752 64 04 Fax: 21.752 64 99 e-mail onsa@insa.min-saude.pt
Tiragem: 6 000 exemplares Distribuição: gratuita
ISSN 0874-2928 Depósito Legal: 125868/98
Redacção: Rua do Carmo 116, 1.º andar, 1000-040 Lisboa



Centro de
Estudos e
Registo de
Anomalias
Congénitas

Prevenção primária dos Defeitos do Tubo Neural. O papel do ácido fólico

As anomalias congénitas (AC) constituem a principal causa de morbilidade e mortalidade perinatais nos países industrializados.

O CERAC, entre 1997 e 1999, com base nas notificações provenientes de Serviços de Obstetria e Pediatria dos Hospitais participantes no Registo, estimou uma prevalência de AC da ordem das 200/10000 nascimentos. O grupo das anomalias do sistema nervoso central (SNC) representou 7.5% de todas as anomalias registadas e o sub-grupo dos defeitos do tubo neural (DTN) registou uma prevalência de 9.35/10⁴ nascimentos (Tabela1).

Tabela 1 Defeitos do Tubo Neural
Total de anomalias e Prevalência por 10000 nascimentos

	Ano de nascimento			Total	Prevalência (1997-1999)
	1997	1998	1999		
Defeitos do tubo neural	70	79	86	235	
Prevalência	8.44	9.75	9.85		9.35
Espinha Bifida	38	43	46	127	
Prevalência	4.58	5.30	5.20		5.05
Anencefalia	27	19	31	77	
Prevalência	3.25	2.34	3.55		3.06
Encefalocele	5	17	9	31	
Prevalência	0.60	2.09	1.03		1.23

É muito importante para o planeamento das estratégias da prevenção primária dos DTN conhecer o desenvolvimento embrionário normal e o momento em que se instalam os defeitos estruturais como consequência de erros genéticos, agressões externas ou ambos.

O desenvolvimento embrionário do SNC é um processo muito precoce, complexo e rápido, embora a maturação seja longa e continue para além do nascimento. Mas o que é importante considerar é que entre a 3^a e a 12^a semanas de vida embrionária estão formadas as estruturas fundamentais do SNC.

Uma dessas estruturas, o tubo neural, donde derivam órgãos tão importantes como o cérebro, o tronco cerebral, o cerebelo e a medula espinhal, aparece no 19^o dia de vida do embrião, completando-se a sua formação no 26^o dia (antes da 4^a semana) de vida embrionária. Nesta fase, na grande maioria dos casos, a mulher ainda não sabe que está grávida, ou se sabe, ainda não foi a uma consulta. Este facto tem muita importância para perceber o significado das estratégias da prevenção primária.

O encerramento do tubo neural está dependente da actividade de vários genes, sendo indispensável a presença de certos factores exógenos entre os quais, os folatos.

A paragem ou a alteração da evolução normal do desenvolvimento do tubo neural leva ao aparecimento de anomalias que se enquadram num espectro malformativo de gravidade e localização variáveis como o meningocelo e o mielomeningocelo.

Pelo exposto, entende-se que qualquer intervenção de prevenção primária para ser eficaz tem que se iniciar antes do encerramento do tubo neural.

As várias estratégias que têm sido propostas para a prevenção primária dos DTN estão relacionadas com folatos.

Os folatos (vitamina B11) são elementos essenciais na alimentação humana, presentes nos vegetais verdes, na laranja e morangos, na carne e nos produtos lácteos fermentados. Não podem ser sintetizados pelo organismo e são indispensáveis a funções celulares vitais como a síntese dos ácidos nucleicos e o metabolismo de vários aminoácidos.

O grau de risco de aparecimento de DTN varia com os níveis de folatos maternos e outras vitaminas, bem como com as características de outros genes em presença, relacionados com o eixo metabólico folatos-homocisteína.

Os níveis de folatos maternos podem também ser influenciados por factores externos como certos fármacos (carbamazepina, ácido valproico, warfarina e aminopterina), ingestão de álcool e diabetes materna. Muitos outros factores têm sido apontados, nomeadamente o uso do tabaco.

Estudos mais recentes apontam também para uma acção do ácido fólico, particularmente quando associado a multivitaminas, na diminuição de outras AC nomeadamente dos grupos craniofacial, cardiovascular e urinário. A hiperhomocistinémia, consequente a uma diminuição do ácido fólico, poderia estar na génese dessas anomalias.

Por último e apesar de não se tratar da área das AC, não é possível deixar de enfatizar o papel da hiperhomocistinémia na génese das doenças cardiovasculares do adulto e de citar os estudos que apontam para um decréscimo de 3.4% na mortalidade por AVC e doença cardíaca isquémica, após implementação na alimentação de farinha com ácido

Estratégias para a prevenção primária dos defeitos do tubo neural

Os defeitos do tubo neural representam o exemplo clássico do grupo de anomalias de etiologia multifactorial, isto é, dependentes simultaneamente de factores genéticos e de factores ambientais, para as quais foi possível definir um conjunto de medidas de prevenção primária. As medidas actualmente possíveis são as seguintes:

- dieta rica em folatos antes e durante a gravidez;
- suplementação com ácido fólico para as mulheres em idade fértil ou pelo menos no período periconcepcional, com uma dose recomendada de: 400 microgramas/dia nas mulheres sem história de DTN anterior; 4 a 5mg./dia nas mulheres com história de DTN anterior;
- fortificação da farinha com ácido fólico, com uma dose recomendada de: 240 microgramas/100gr. de farinha;
- campanhas de educação para a saúde com a finalidade de esclarecer a importância destas medidas junto da população.

A primeira medida, revela-se totalmente ineficaz quando isolada, especialmente se tivermos em consideração, de acordo com vários autores, que os DTN são mais frequentes nas mulheres com baixo nível socioeconómico e consequentemente com hábitos dietéticos deficientes.

A segunda medida, a mais difundida, é objecto de recomendações oficiais em vários países, entre eles o nosso (Circular Normativa da Direcção Geral da Saúde 1998). É conhecida e utilizada por grande parte dos profissionais de Saúde que têm a seu cargo a saúde materna. No entanto não tem a eficácia desejada por vários motivos, entre os quais o grande número de gravidezes não planeadas, a introdução tardia do suplemento (quando o tubo neural já se encontra encerrado) e a não adesão à política de suplementação.

A terceira medida, cuja importância resulta da relativa ineficácia das duas primeiras, consiste na introdução obrigatória de ácido fólico em certos alimentos essenciais. A fortificação pode ser restringida a apenas alguns alimentos como certos tipos de pão e flocos de cereais, ou ser generalizada à farinha interessando assim uma grande quantidade de alimentos essenciais e abrangendo a população em geral.

Recentemente surgiu uma outra proposta para a fortificação alimentar com folatos. Relaciona-se com a manipulação genética da bactéria *Lactococcus lactis*, habitualmente usada na fermentação láctica. Uma forma desta bactéria, geneticamente modificada, poderia funcionar como fonte importante de folatos e ser utilizada na fortificação de alimentos lácteos fermentados.

Os vários estudos realizados nesta área demonstram inequivocamente que a máxima eficácia em termos de prevenção primária dos DTN está dependente da adopção simultânea das quatro medidas.

Mas se as duas primeiras medidas são pacíficas, o mesmo se não pode dizer da terceira. Adoptada obrigatoriamente nos Estados Unidos desde 1998 após um período opcional entre 1996 e 1998 a fortificação da farinha de trigo tem tido aprovação pública neste país. Entre 1996 e 1999 ocorreu um decréscimo de 31% na prevalência da espinha bifida e de 16% na anencefalia, em comparação com o que ocorria antes da fortificação. Na Europa, onde a fortificação generalizada da farinha com ácido fólico ainda não foi aprovada, alguns países limitam-se à fortificação parcial em certos alimentos como os flocos de cereais, o que está longe de chegar à população em geral.

A dieta rica em folatos e a suplementação periconcepcional com ácido fólico são as medidas mais fáceis de pôr em prática. A fortificação da farinha é uma medida de ordem política e por isso mais difícil de concretizar. Mas todos os investigadores nesta área estão de acordo em que chegou o momento de as entidades competentes se debruçarem sobre esta matéria avaliando a exequibilidade e a relação custo-benefício deste conjunto de medidas.

Esta é uma questão que está no momento presente a ser discutida a nível europeu, com apoiantes e detractores e que pode ter grande impacto na melhoria dos indicadores de saúde. Por isso é um assunto que merece ser discutido entre nós.

Os Registos nacionais de anomalias congénitas têm um importante papel neste processo reunindo informação fiável acerca da prevalência de anomalias congénitas em nados vivos, nados mortos e interrupções de gravidez por anomalia e podem assim avaliar os resultados das políticas de suplementação e fortificação.

Uma revisão mais aprofunda do tema apresentado, incluindo a bibliografia utilizada constam numa monografia que pode ser consultada no site do ONSA.

Maria de Jesus Feijóo

Alguns ECOS sobre "Diarreias"

Carlos Matias Dias, Sara Rabiais, Teresa Contreiras

Quem não se lembra da última vez que sofreu "uma Diarreia" e se viu subitamente incapacitado para realizar as actividades diárias ou acabou por ver estragadas as férias tão ansiadas?

O Observatório Nacional de Saúde (ONSA) através do "painel" de famílias ECOS¹ realizou um inquérito por telefone em dois períodos do ano de 2002. O primeiro decorreu no Verão, entre 4 e 26 de Julho e o segundo no Inverno, entre 2 e 17 de Dezembro. O objectivo era obter uma estimativa da proporção de pessoas afectadas por diarreia, nos quinze dias anteriores à entrevista, em Portugal Continental e em cada uma das suas cinco Regiões de Saúde.

O questionário era composto por 6 perguntas e abordava a ocorrência de diarreia aguda nos 15 dias anteriores, a sua duração, queixas associadas, utilização de serviços e tratamento efectuado e era dirigido ao "chefe da família" ou, na ausência deste, a um elemento do agregado com 18 ou mais anos. As respostas dadas referiam-se ao próprio. Dada a natureza do método e a abordagem utilizadas, não foi condicionada a resposta por qualquer definição de caso, aceitando-se a resposta dada pelo próprio.

No inquérito realizado no período do Verão foram contactadas 1671 pessoas tendo-se obtido respostas válidas de 1417 (84,8%), enquanto que no do Inverno, foram contactadas 1479 pessoas obtendo-se respostas válidas de 1218 (82,4%).

Referiram ter tido diarreia nos 15 dias anteriores à entrevista 135 pessoas no Verão (9,6% dos entrevistados) e 54 pessoas no Inverno (4,4% dos entrevistados). A frequência mais elevada de diarreia verificou-se no Verão e em todas as categorias das variáveis estudadas, isto é, género, idade, Regiões de Saúde, nível de instrução e ocupação. (Quadro 1)

Da análise da proporção de atingidos, nos diferentes estratos das variáveis em estudo, ressalta que, no Verão, a proporção de pessoas que referiram "diarreia" foi superior nos homens (10,0%), nos indivíduos pertencentes ao grupo etário dos 18 aos 44 anos (10,2%), nos residentes na Região de Saúde Norte (13,5%), naqueles com menor escolaridade (11,5%) e na população não activa, isto é reformadas(os), domésticas(os), desempregadas(os) e estudantes (10,5%). No entanto, apenas se verificaram dife-

renças estatisticamente significativas ($p < 0,05$) em relação a Região de Saúde e marginalmente significativas em relação aos grupos de escolaridade (Quadro 1).

	Verão				Inverno			
	n	%	IC 95%	p	n	%	IC 95%	P
Género								
Masculino	501	10,0	(7,4; 12,6)	0,706	449	4,2	(2,3; 6,1)	0,886
Feminino	912	9,3	(7,4; 11,2)		767	4,6	(3,1; 6,1)	
Grupo etário								
18 a 44 anos	453	10,2	(7,4; 13,0)	0,878	372	2,2	(0,7; 3,7)	0,020
45 a 64 anos	577	9,5	(7,1; 11,9)		490	4,9	(3,0; 6,8)	
65 e mais anos	362	9,1	(6,1; 12,1)		327	6,4	(3,7; 9,1)	
Região de Saúde								
Norte	297	13,5	(9,6; 17,4)	0,026	245	4,5	(1,9; 7,1)	0,376
Centro	290	5,5	(2,9; 8,1)		244	3,7	(1,3; 6,1)	
LVT	290	9,7	(6,3; 13,1)		242	2,9	(0,8; 5,0)	
Alentejo	275	10,2	(6,6; 13,8)		245	6,5	(3,4; 9,6)	
Algarve	261	8,8	(5,4; 12,2)		240	4,6	(1,9; 7,3)	
Grupo de escolaridade								
Não sabe ler / Sabe apenas ler e escrever	182	11,5	(6,9; 16,1)	0,055	185	6,5	(2,9; 10,1)	0,010
Ensino básico	525	10,7	(8,1; 13,3)		464	6	(3,8; 8,2)	
Preparatório - 9.º ano	298	5,0	(2,5; 7,5)		227	4,4	(1,7; 7,1)	
Complementar - 12.º ano	198	11,1	(6,7; 15,5)		155	1,9	(0,0; 4,0)	
Ensino Superior	207	10,1	(6,0; 14,2)		182	0,5	(0,0; 1,5)	
Ocupação								
População activa	668	8,5	(6,4; 10,6)	0,239	577	2,1	(0,9; 3,3)	0,000
População não activa	743	10,5	(8,3; 12,7)		637	6,6	(4,7; 8,5)	

a - Teste exacto de Fisher; b - Teste Qui-Quadrado de Pearson; IC95% - Intervalo de Confiança de 95%

renças estatisticamente significativas ($p < 0,05$) em relação a Região de Saúde e marginalmente significativas em relação aos grupos de escolaridade (Quadro 1).

No Inverno, a proporção de respondentes que referiram diarreia foi superior nas mulheres (4,6%), nas pessoas com idade igual ou superior a 65 anos (6,4%), nos residentes na Região do Alentejo (6,5%), com menor grau de escolaridade (6,5%) e na população não activa (6,6%). Neste período verificaram-se diferenças estatisticamente significativas em relação ao grupo etário, aos grupos de escolaridade e à ocupação (Quadro 1).

A percentagem de pessoas que referiram ter tido diarreia durante 3 ou mais dias foi semelhante no Verão (43,5%) e no Inverno (46,3%) ($p=0,365$)

Já a percentagem de indivíduos a referirem uma frequência diária de mais de 3 dejectões por dia foi mais elevada no Verão (44,7%) do que no Inverno (38,0%).

As dores abdominais foram os sintomas mais frequentemente referidos, tanto no Verão (58,0%) como no Inverno (53,7%), enquanto a febre foi o sintoma menos referido em ambas as épocas (15,4% no Verão e 3,7% no Inverno).

A consulta de um médico motivada pela diarreia foi referida por cerca de um quinto dos entrevistados (20,1%) no Verão e por pouco menos de um terço (29,6%) no Inverno ($p=0,091$). Enquanto que 6,8% no Verão e 3,7% no Inverno referiram ter recorrido a outro profissional de saúde (enfermeiro, farmacêutico), (Gráfico 1).

As atitudes terapêuticas mais frequentes foram a modificação do regime alimentar e o recurso a tratamentos caseiros, sendo que no Inverno cerca de metade dos entrevistados tomou pelo menos uma destas atitudes, enquanto que no Verão essa percentagem foi mais baixa (35,6% e 23,0% respectivamente), (Gráfico 1).

O recurso a medicamentos por iniciativa própria foi referido mais frequentemente no Inverno, (17,0%) (Gráfico 1).

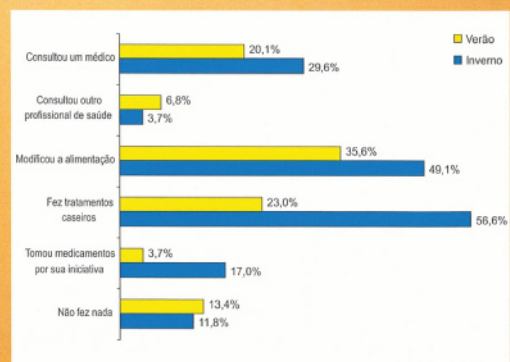


Gráfico 1 - Principais atitudes tomadas por causa da diarreia

Em ambos os períodos, procurou saber-se se, para além do entrevistado, mais algum dos familiares tivera diarreia durante os 15 dias anteriores à entrevista. No Verão esta percentagem foi de 8,9% e no Inverno de 6,5%, tendo esta diferença significado estatístico ($p=0,014$).

¹Observatório Nacional de Saúde (ONSA). *Em Casa, pelo telefone, Observamos Saúde. Descrição e avaliação de uma metodologia*. Lisboa: Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge. Observatório Nacional de Saúde. 2003

Editorial

QUAL É A COISA, QUAL É ELA ...

Neste número de "OBSERVAÇÕES" pode ler um artigo elaborado a partir do "Atlas da mortalidade por doenças não neoplásicas 1999-2001", recentemente publicado.

Nele se mostra que, no conjunto dos dois sexos e após padronização pela idade, a Região Autónoma dos Açores teve a taxa de mortalidade "Todas as causas" mais elevada do conjunto das Regiões Autónomas e Distritos de Portugal.

Porque razão a RA dos Açores ocupa esta posição pouco desejável, agora e desde há muitos anos?

Claro que é de pensar: "Cá estão os custos da insularidade!". População dispersa por ilhas, acesso difícil aos cuidados de saúde para muitos, baixo nível económico e social para muitos outros!

É relevante, mas não explica tudo!

Regressando ao Atlas, veja-se a posição que a RA dos Açores ocupa no que respeita a algumas grandes componentes da mortalidade "Todas as causas":

Doenças cerebrovasculares 1º lugar

Doença isquémica do coração novamente 1º lugar

Bronquite crónica, enfisema e asma outra vez 1º lugar

No período 1999/2001, como nas décadas de 1980 e de 1990!

Mas também no plano das doenças neoplásicas a RA dos Açores tem as taxas de mortalidade por tumor maligno da traqueia, dos brônquios e do pulmão mais elevadas do País.

Ano após ano! Na década de 1980, como na década de 1990!

Qual é a coisa, qual é ela... que está associada a estas quatro causas de morte?

Qual é a coisa, qual é ela... que se produz na RA dos Açores e se vende a preços acessíveis?

Se dúvidas ainda houver, veremos o que o 4º Inquérito Nacional de Saúde nos mostrará sobre o consumo de tabaco dos nossos concidadãos açorianos.

Entretanto, que tal fazer alguma coisa !!!

17.11.2004

José Marinho Falcão

Neste número...

ISADORA Quem és tu?

Programa Nacional de Controlo de Infecção: ponto de situação e actividades para 2005.

Desigualdades Geográficas na Mortalidade: das Regiões Autonomas dos Açores e Madeira ao Distrito de Évora.

Uma Observação sobre a Contracepção Oral de Emergência.

Mesmo sem brincar com o fogo...fazem-se Queimaduras.

Roteiro dos... Projectos

ISADORA Quem és tu?

Paulo Jorge Nogueira, Emanuel Rodrigues, Eleonora de Jesus Paixão e José Marinho Falcão

ISADORA é o acrónimo de "Investigação da Sazonalidade de Doenças com Repercussões Acentuadas".

ISADORA é um projecto de investigação com sede no ONSA que resulta do protocolo de cooperação estabelecido entre INSA e a Fundação Merck, Sharp & Dohme.

Este projecto de investigação tem por objectivo a procura sistemática de sazonalidade e periodicidades em séries temporais de dados de várias doenças.

O interesse do projecto estende-se à investigação de sazonalidade e periodicidades em múltiplas séries de dados (mortalidade, morbidade ou outra qualquer natureza), referentes à mesma doença.

A principal ferramenta estatística a ser usada neste projecto será a decomposição espectral de séries cronológicas homogéneas.

Para dar uma ideia de quais as potencialidades desta ferramenta, dos possíveis resultados e dos caminhos que este projecto pode apontar apresentamos seguidamente uma lista de todas as causas de morte a 3 dígitos da classificação internacional de doenças (CID-9) cuja mortalidade total diária, de 1980 a 2000, apresentou única e exclusivamente uma periodicidade anual (365 dias).

Tabela 1 - Lista de causas de morte (CID-9) a 3 dígitos cuja mortalidade total apresentou uma periodicidade anual e única

Causa CID-9 3 Dígitos	Doença
174	Neoplasma maligno da mama feminina
244	Hipotireoidismo adquirido
290	Quadros psicóticos orgânicos senis e pré-senis
332	Doença de Parkinson
394	Doenças da válvula mitral
396	Doenças das válvulas mitral e aórtica
402	Doença cardíaca hipertensiva
416	Doença pulmonar crónica do coração
424	Outras doenças do endocárdio
425	Cardiomiopatia
441	Aneurisma aórtico
443	Outras doenças vasculares periféricas
480	Pneumonia viral
492	Enfisema
502	Pneumoconiose devida a outras sílicas ou silicatos
531	Úlcera gástrica
532	Úlcera duodenal
578	Hemorragia gastrointestinal
584	Insuficiência renal aguda
585	Insuficiência renal crónica
586	Insuficiência renal, não especificada
786	Sintomas relativos ao aparelho respiratório e outros sintomas torácicos
806	Fractura da coluna vertebral com lesão da medula espinal
820	Fractura do colo do fémur
869	Traumatismo interno de órgãos não especificados ou mal definidos
986	Efeito tóxico do monóxido de carbono
991	Efeitos do frio

Das 999 causas de morte possíveis, 886 não revelaram qualquer periodicidade e 87 mostraram possuir múltiplas periodicidades que esperamos dar a conhecer a todos brevemente.



INSTITUTO NACIONAL DE SAÚDE
DR. RICARDO JORGE



Ministério da Saúde



Portugal em Acção

PROGRAMA NACIONAL DE CONTROLO DE INFECÇÃO (PNCI)

Ponto de situação e actividades para 2005



1. Vigilância Epidemiológica:

- O suporte informático para os Programas de *Registo de Infecção em Unidades de Cuidados Intensivos* (HELICS-UCI) e em *Serviços de Cirurgia* (HELICS-CIRURGIA) já estão disponíveis na NET (www.insa-rios.net). A cada UCI e a cada Serviço de Cirurgia é facultado código (confidencial) de acesso após o preenchimento de declaração de compromisso.
- O Programa de *Vigilância Epidemiológica das Infecções em Neonatologia* irá ficar disponível na NET durante 2005. Os resultados referentes a 2003 serão divulgados pelas Unidades participantes, em Janeiro de 2005.
- O Programa de *Vigilância Epidemiológica das Infecções da Corrente Sanguínea* mantém-se em execução. Os dados referentes a 2002 já podem ser consultados no site (www.insarj.pt). Os Hospitais interessados podem aderir em qualquer altura, após o que é cedido o protocolo (já actualizado), a ficha de caracterização do Hospital e a base de dados.
- Foi levado a cabo o registo de eventos em Diálise em 5 Unidades, no 1.º semestre de 2004. Seria de toda a importância que o registo se mantivesse e fossem envolvidas outras Unidades de Diálise interessadas na temática da infecção nosocomial.

2. Formação em Controlo de Infecção:

Os 4.º e 5.º cursos irão terminar na data de 2-4 de Março de 2005.

Estão ainda agendados os seguintes cursos:

- Curso de Esterilização, promovido em parceria pelo PNCI e a ANES, dirigido a Coordenadores de Serviços de Esterilização - Já estão abertas as inscrições.
- Curso de Gestão do Programa Global de Controlo de Infecção para Coordenadores e Enfermeiros das Comissões de Controlo de Infecção das Sub-Regiões de Saúde.
- Curso de Microbiologia para Coordenadores e Enfermeiros das CCIH das Unidades de Saúde.
- Curso de Epidemiologia para Coordenadores e Enfermeiros das CCIH das Unidades de Saúde

3. Área Normativa

Já estão disponíveis no site (www.insarj.pt) as seguintes Normas e Manuais de Controlo de Infecção:

- Prevenção da Infecção Cirúrgica.
- Prevenção da Infecção Urinária em doente com algaliação de curta duração.
- Prevenção da Infecção Respiratória em doente ventilado.
- Manual de Boas Práticas em Bacteriologia.
- Manual de Boas práticas em Controlo de Infecção da OMS.

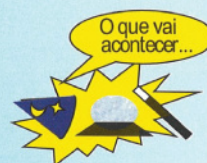
Serão emanadas no início de 2005 as seguintes recomendações:

- Prevenção da Infecção Urinária em doente com catéter vascular central
- Prevenção da Infecção Urinária em doente com algaliação de longa duração
- Prevenção da Infecção cruzada por estirpes multi-resistentes
- Ambiente, Serviços Hoteleiros e Controlo de Infecção, entre outras.



Fahey T. Nolan B. Maître B., Housing Expenditure and Income Poverty in EU Countries. *Journal of Social Policy* 2004; 33 (3): 437-454

Vretveit J Formulating Health Quality Improvement Strategie for a Developing Country. *International Health Care Quality Assurance* 2004; 17 (7):368-376



Venha à reunião anual de Médicos-Sentinela 2005!

Vai realizar-se de 27 a 29 de Janeiro de 2005, no Grande Hotel do Luso, mais uma reunião anual da Rede Médicos-Sentinela.

Vamos discutir os resultados dos vários temas estudados pela Rede em 2003 e as novas propostas de temas para estudo em 2005 e 2006.

Se estiver interessado em assistir, em participar, em discutir os temas estudados, ou se tiver alguma proposta para nos fazer (mesmo que não seja médico...o que importa é que o tema seja relacionado com saúde), então, venha à reunião e ...não se arrependerá!

Se quiser saber mais pormenores, contacte-nos para o ONSA-Zilda Pimenta: 21 752 64 88

Ficha Técnica

Propriedade: ONSA - Observatório Nacional de Saúde
Responsável: Maria João Branco
Equipa Redactorial: Baltazar Nunes, Paulo Nogueira
Sede: Avenida Padre Cruz 1649-016 LISBOA
Tel: 21.752 64 04 Fax: 21.752 64 99 e-mail onsa@insa.min-saude.pt
Tiragem: 6 000 exemplares Distribuição: gratuita
ISSN 0874-2928 Depósito Legal: 125868/98
Produção Gráfica: Litomaior Ind. Litográfica, Lda. - Rio Maior

DESIGUALDADES GEOGRÁFICAS NA MORTALIDADE:

DAS REGIÕES AUTÓNOMAS DOS AÇORES E DA MADEIRA AO DISTRITO DE ÉVORA

Sara Rabalais, Maria João Branco, José Marinho Falcão

A taxa de mortalidade por "Todas as causas" não é considerada um bom indicador do estado de saúde de uma população por ser demasiado lata no seu conteúdo e por ser fortemente influenciada pela estrutura etária das populações. Contudo, é a taxa de mortalidade mais próxima da realidade, já que todas as outras dependem do rigor da determinação da causa de morte e do preenchimento do certificado de óbito.

No entanto, a utilidade da taxa de mortalidade por "Todas as causas" na comparação de populações aumenta quando são eliminados os efeitos das respectivas estruturas etárias, analisando-a grupo etário a grupo etário ou padronizando-a pela idade.

O *Atlas de Mortalidade por Doenças Não Neoplásicas, 1999-2001*, recentemente publicado, inicia-se precisamente pela comparação das taxas de mortalidade anuais médias por "Todas as causas", entre as Regiões Autónomas/Distritos do Continente, após padronização pela idade, utilizando o método directo e como referência a população padrão europeia.

Quando ambos os sexos foram considerados em conjunto, a Região Autónoma dos Açores teve o valor mais elevado de Portugal (1019,8 óbitos por 10⁵ habitantes). A Região Autónoma da Madeira teve o valor imediatamente inferior (965,6 óbitos por 10⁵ habitantes). Ambas as Regiões Autónomas tiveram valores apreciavelmente superiores aos do Distrito do Continente com a taxa mais elevada (Beja: 852,6 óbitos por 10⁵ habitantes) (Quadro 1).

No extremo oposto, o Distrito de Évora teve o valor mais baixo (675,8 óbitos por 10⁵ habitantes), ligeiramente inferior aos distritos de Braga (694,6 óbitos por 10⁵ habitantes) e de Coimbra (699,1 óbitos por 10⁵ habitantes).

Quadro1 Mortalidade por «Todas as causas» 1999-2001

Distrito	TMP*	IC 95% para TMP	Distrito	TMP*	IC 95% para TMP
PORTUGAL	753,2	(750,5;755,8)	Lisboa	742,1	(736,3;747,9)
Aveiro	713,9	(703,5;724,3)	Portalegre	762,4	(740,6;784,3)
Beja	852,6	(831,6;873,7)	Porto	733,2	(726,2;740,2)
Braga	694,6	(684,4;704,9)	Santarém	745,1	(733,2;757,0)
Bragança	752,3	(731,5;773,1)	Setúbal	798,9	(788,5;809,3)
Castelo Branco	725,4	(708,6;742,2)	Viana do Castelo	740,5	(723,9;757,1)
Coimbra	699,1	(687,5;710,8)	Vila Real	823,2	(804,2;842,2)
Évora	675,8	(657,9;693,7)	Viseu	728,6	(715,7;741,5)
Faro	760,0	(746,7;773,3)	R.A.Açores	1019,8	(996,7;1042,9)
Guarda	721,3	(703,0;739,5)	R.A.Madeira	965,6	(944,0;987,3)
Leiria	716,4	(704,3;728,5)			

* - Taxa de mortalidade anual média por 100 000 habitantes

A consulta do Atlas (www.onsa.pt) permite ainda constatar que a ordenação das RA/Distritos pelos valores das taxas de mortalidade por "Todas as causas", por sexo, foi praticamente sobreponível à do conjunto dos dois sexos. Exceptua-se apenas uma inversão da posição das duas RA, no sexo masculino tendo a RA da Madeira (1 089,7 óbitos por 10⁵ habitantes) valores ligeiramente superiores aos da RA dos Açores (988,6 óbitos por 10⁵ habitantes) (Fig.1 e Fig.2).

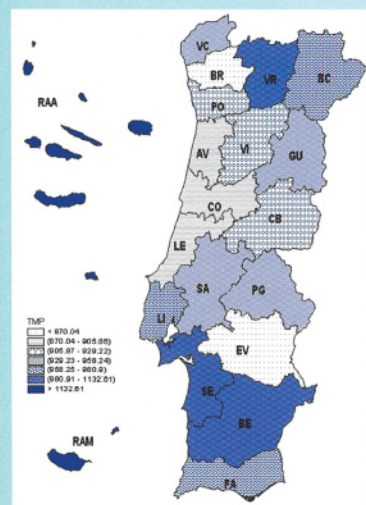


Fig.1 - Taxas de Mortalidade (TMP) por «Todas as causas» por distrito para o sexo masculino

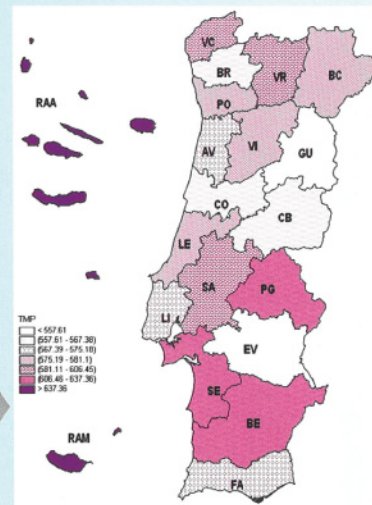


Fig.2 - Taxas de Mortalidade (TMP) por «Todas as causas» por distrito para o sexo feminino

São surpreendentes as grandes diferenças no risco de morrer a que diversas populações portuguesas estão submetidas. As razões subjacentes a tais diferenças são, em pequena parte, conhecidas, mas é certo que a maioria das suas verdadeiras e profundas causas continua por esclarecer.

Uma Observação sobre a Contraceção Oral de Emergência

Maria João Branco (ONSA), Baltazar Nunes (ONSA), Vera Gouveia (CEFAR), José Guerreiro (CEFAR)

Desde 2001, decorrente da aplicação da Lei nº 12/2001 de 29 de Maio, entraram no mercado duas especialidades farmacêuticas, contendo Levonorgestrel na dosagem de 0.750mg, classificadas como «medicamentos não sujeitos a receita médica» e indicadas para a contracepção de urgência. Passados três anos da implementação desta medida legislativa, julgou-se pertinente aprofundar o conhecimento sobre a utilização da *contracepção oral de emergência*, através de informação fornecida directamente pelo consumidor, neste caso, as mulheres.

Neste contexto, o Observatório Nacional de Saúde (ONSA)-Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge (INSA) e o Centro de Estudos de Farmacoepidemiologia (CEFAR)-Associação Nacional das Farmácias (ANF) desenvolveram o estudo "Uma Observação sobre a Contracepção Oral de Emergência" cujo objectivo foi caracterizar a procura e a utilização de *contracepção oral de emergência*.

Os dados foram recolhidos, através de um questionário de auto-preenchimento aplicado a mulheres utilizadoras de *contracepção oral de emergência* (COE). A amostra foi constituída pelas utentes de um conjunto de farmácias de Portugal Continental, que se apresentaram a pedir dispensa de qualquer uma das "pílulas do dia seguinte" disponíveis no mercado, entre Maio de 2003 e Abril de 2004.

Obteve-se informação sobre **1093 utilizações**, das quais 18 corresponderam a utilizações repetidas durante o período do estudo. Estudaram-se **1075 utilizadoras**

Dos resultados concluiu-se:

Quase **metade (47%)** da amostra foi constituída por **mulheres dos 18-24**, com uma **média de idades de 25.1 anos**.

O **nível de instrução** da maioria dos elementos (**96%**) da amostra situou-se no **médio para alto**.

Na sua maioria (**72%**), as utilizadoras de COE referiram **usar sempre um método contraceptivo**, quando tem actividade sexual.

O **preservativo** foi mencionado por mais de metade das utilizadoras como **método único usado habitualmente (60%)**, seguido da **pílula (35%)**.

Pouco mais de metade (**64%**) das **inquiridas** referiu ter, pelo menos, **uma vez por ano uma consulta de Ginecologia ou Planeamento Familiar (PF/Gin)**.

Houve **12 (1%) utilizadoras** que referiram utilizar a **COE como método contraceptivo habitual**.

Somente **11%** referiu ter **consultado um médico antes da utilização da COE**.

A maioria (**96%**) das utilizadoras recorreu à **compra da COE num período correcto**, isto é, nas 72 horas que precederam a relação sexual. Esta percentagem apresentou um **aumento, estatisticamente significativo, com o aumento do nível de escolaridade**.

O **motivo** de utilização da COE por "**relação sexual não protegida**" foi referido por **45%** das utilizadoras. Observou-se que **este motivo se encontrava associado aos níveis de escolaridade mais baixos**.

O **motivo** de utilização da COE por "**falha do método contraceptivo**" foi referido por **51%** das utilizadoras.

No processo de tomada de decisão sobre a utilização da COE, mais de metade das mulheres (**60%**) **discutiu o assunto com o parceiro**. Verificou-se que esta atitude foi **mais frequente entre as utilizadoras mais novas e mais instruídas**. Por outro lado, **31%** das utilizadoras **decidiu sozinha**. Esta **percentagem aumentou significativamente com a idade**.

Para **65%** das utilizadoras esta foi a **primeira utilização da COE**.

Do grupo de utilizadoras que já tinham **anteriormente recorrido (368)** à COE, **66% nunca consultou um médico após a toma da COE**. No entanto, verificou-se que o facto das utilizadoras **serem seguidas em consulta PF/Gin aumentava a possibilidade de consulta após uso da COE**. Em relação à **leitura do folheto informativo**, apenas **4%** afirmou **não o ter feito**. E como seria de esperar, **quanto mais elevado o nível de escolaridade menor a percentagem de utilizadoras que não leu o folheto informativo**.

A principal **fonte de conhecimento da existência da COE** foi a "**comunicação social**" (**50%**), seguida da "**prestadores de saúde**" (**31%**) e "**amigos, família**" (**29%**), que apresentaram percentagens muito próximas. Foram as **mais novas, as menos instruídas e as não seguidas em PF/Gin** que referiram em maior percentagem os "**amigos, família**". As **percentagens** daquelas que apontaram a "**comunicação social**" foram **aumentando com a idade**. Relativamente à fonte "**prestador de saúde**" foram as que declararam ser **seguidas em PF/GIN** que apresentaram as **percentagens mais elevadas**.

O conhecimento demonstrado sobre a "pílula do dia seguinte" variou conforme o item considerado.

As questões de **eficácia e interacção medicamentosa** foram aquelas que revelaram **menor esclarecimento** das utilizadoras. Apenas, **respectivamente, 41% e 45%**, respondeu adequadamente. No entanto os **outros itens de conhecimento não apresentaram valores muito elevados**. Na realidade, o **nível mais alto de conhecimento** observado, foi sobre a **ocorrência de efeitos secundários (71%)**. Todos estes resultados traduziram um conhecimento insuficiente sobre a COE.

As utilizadoras seguidas em **consulta PF/Gin** apresentaram um **aumento do conhecimento**, em todos os itens, **com excepção do relacionado com a eficácia da COE e a ocorrência de efeitos secundários**.

Outro factor que se mostrou associado ao ganho de conhecimento foi a **reincidência no uso da COE**. Na verdade, as **mulheres que já tinham recorrido à COE noutras ocasiões**, apresentaram **níveis de conhecimento mais elevados do que as estreantes**, em todos os itens **excepto na eficácia**.

Para todos os itens do conhecimento **verificou-se um efeito, estatisticamente significativo, do nível de escolaridade**, ou seja, quanto maior esse nível, maior o conhecimento sobre a COE.

Editorial



MÃES e FILHOS, todos contam

A saúde e o bem-estar de mães e filhos foi o tema proposto para o Dia Mundial da Saúde 2005, celebrado em 7 de Abril.

Esta é uma oportunidade única para cada um de nós, à sua escala, lembrar ao mundo que as mães e os seus filhos são importantes, constituindo a pedra basilar em que assentam comunidades e nações saudáveis e prósperas

Em Portugal, a Direcção-Geral da Saúde lança o tema desafiando-nos a:

Planear o futuro: desenvolver actividades de promoção da saúde orientadas para o período anterior à concepção, em particular, na área do planeamento familiar, contribuindo desta forma para o sucesso da gravidez e, simultaneamente, para a redução da maternidade indesejada e suas consequências - o aborto e os maus tratos infantis.

Nascer em segurança: combater as determinantes da não vigilância da gravidez e melhorar a qualidade dos cuidados pré-natais, designadamente, dos exames ecográficos; promover a humanização do parto e garantir o nascimento em unidades de saúde com os recursos humanos e técnicos adequados.

Crescer saudável: promover a conciliação entre a realização pessoal, profissional e a parentalidade, contribuindo desta forma para que as crianças possam crescer num ambiente familiar mais favorável

Alguma informação sobre mães e filhos, em Portugal:



Em 2003:	
População residente <18 anos	2 139 300
N.º de nascimentos	112 589
Taxa mortalidade infantil	4 ‰ (nados-vivos)
Taxa mortalidade neonatal	3 ‰ (nados-vivos)
Taxa mortalidade perinatal	5 ‰ (nascimentos)
Taxa mortalidade de fetal tardia	3 ‰
Probabilidade de uma criança morrer antes de 5 anos (2002)	7 ‰



Em 2003:	
População feminina residente 18-49 anos	2 367 716
Taxa de natalidade	11 ‰ (hab.)
Idade das mulheres parturientes	
≤29	55 ‰
30-39	42 ‰
≥40	3 ‰
Condição perante o trabalho de uma mãe	
Empregadas	72 ‰
Não activas	23 ‰
Desempregadas	5 ‰
Probabilidade de uma mulher morrer entre os 15 e os 59 anos (2002)	65 ‰

Fonte: INE e World Health Report 2004

Maria João Branco

Neste número...

Roteiro dos Laboratórios: Epidemiologia e biologia molecular do Autismo

Ainda sobre a gripe... já quase a desaparecer!

A cruz de quem tem dor nas cruzes! Resultados de um estudo da rede Médicos-Sentinela, em 2003

Mesmo sem brincar com o fogo...fazem-se Queimaduras

Se é homem, jovem entre os 15 e 24 anos de idade, português, este artigo é para si!

Epidemiologia e biologia molecular do Autismo

O autismo é uma perturbação do neurodesenvolvimento caracterizada por dificuldades na interacção social e comunicação e por comportamentos repetitivos e estereotipados. Dada a sua grande heterogeneidade clínica, define-se um espectro de alterações classificadas como *perturbações do espectro do autismo* (PEA). As suas causas e a fisiopatologia não são conhecidas, embora a agregação familiar de autismo e de outros distúrbios do comportamento indiquem uma contribuição importante de factores genéticos, com múltiplos genes envolvidos.

Investigadores do Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, do Hospital Pediátrico de Coimbra, do Instituto Gulbenkian de Ciência e do Hospital do Divino Espírito Santo têm vindo a desenvolver um programa de investigação com dois objectivos fundamentais:

- 1) Caracterizar a epidemiologia desta patologia em Portugal, com a determinação da sua prevalência e de parâmetros clínicos relevantes. Um rastreio nas escolas de 1ºciclo, a nível nacional, seguido da avaliação rigorosa das crianças referenciadas, permitiu estimar a **prevalência do autismo em 1 por cada 1000 crianças em idade escolar no Continente e 1,5 por cada 1000 crianças nos Açores**. A disfunção da cadeia respiratória mitocondrial foi uma das alterações mais frequentemente encontradas em associação com o autismo, abrindo novas perspectivas para a pesquisa das suas causas.
- 2) Identificar factores de susceptibilidade para o autismo, através da investigação de alterações bioquímicas, imunológicas e genéticas associadas à patologia. Neste contexto, foi demonstrado o envolvimento de variantes específicas do gene do transportador da serotonina nos níveis elevados de serotonina que são encontrados em doentes e nos seus familiares, e estão em progresso estudos que permitam compreender o seu papel no risco para a doença. São frequentes nas crianças com autismo reacções autoimunes, dirigidas contra uma proteína cerebral específica cuja identificação está em curso. Demonstrou-se também que existem alterações em moléculas envolvidas em processos inflamatórios, os quais estão em investigação. Uma outra abordagem pretende identificar factores genéticos subjacentes à diversidade da resposta das crianças autistas a medicação específica e eventuais efeitos secundários. Finalmente, estamos associados a um consórcio internacional, o Autism Genome Project que procura identificar os factores genéticos subjacentes ao autismo, através da análise de todo o genoma numa população que inclui milhares de famílias afectadas recrutadas na Europa e nos Estados Unidos.

Astrid Vicente (Centro de Biopatologia): astrid.vicente@insa.min-saude.pt; tel: 217526349



INSTITUTO NACIONAL DE SAUDE
 Dr. Ricardo Jorge



Ministério da Saúde



Portugal em Acção

Ainda sobre a gripe... já quase a desaparecer!

Isabel Marinho Falcão, Coordenadora da Rede Médicos-Sentinela, ONSA/INSA

A Rede Médicos-Sentinela contribui, regularmente, desde 1990, para a vigilância epidemiológica semanal da síndrome gripal, em estreita colaboração com o Centro Nacional da Gripe (CNG).

Decorrente da vigilância clínica e laboratorial é elaborado, semanalmente, um boletim de vigilância epidemiológica, como o que se apresenta na Fig. 1.

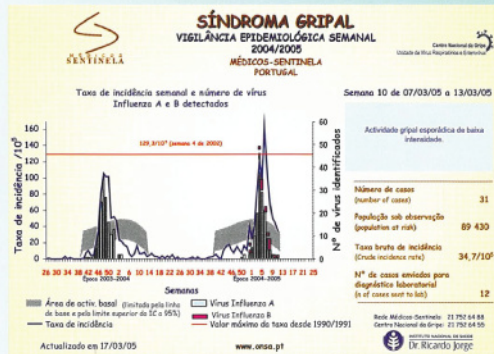


Figura 1- Boletim de vigilância do síndrome gripal, referente à semana 10 de 2005

Em Portugal, a época 2004 (Outubro)-2005 (Março) caracterizou-se por uma actividade gripal epidémica de intensidade elevada, cujo aumento se verificou a partir da semana 2 de 2005 tendo atingido o valor máximo na semana 05 de 2005, para a qual foi estimada uma taxa de incidência de 163,1/10⁵ utentes. A partir da semana 6 a taxa de incidência decresceu, progressivamente, até atingir, na semana 10, um valor próximo do limite superior do IC a 95%, considerando a actividade gripal basal.

O valor de 163,1/10⁵, estimado para 2004-2005, foi o valor mais elevado alguma vez verificado desde que a rede Médicos-Sentinela iniciou a vigilância clínica da síndrome gripal, em 1990.

As estimativas definitivas das taxas de incidência, relativas à época 2004-2005, em Portugal, serão disponibilizadas brevemente.

Durante o período de vigilância 2004-2005, alguns médicos participantes em Médicos-Sentinela enviaram, para o CNG, exsudados nasofaríngeos de utentes com síndrome gripal diagnosticado com base em critérios clínicos. Assim, desde a semana 49 de 2004, o CNG recebeu 282 exsudados nasofaríngeos, dos quais 158 (56,0%) foram positivos para vírus influenza, sendo 149 (94,3%) do tipo Influenza A e 9 (5,7%) do tipo influenza B.

Na EUROPA, através do sistema EISS (European Influenza Surveillance Scheme), é possível conhecer, de modo satisfatório, a actividade gripal na Europa. Assim, na maior parte dos países (Espanha, Portugal, Bélgica, Suíça, Holanda, Alemanha, Áustria, Itália, República Checa, Luxemburgo, Polónia, Roménia e Eslovénia) verificou-se na época 2004-2005 uma actividade gripal superior à da época anterior (2003-2004), com o pico máximo da incidência registado durante o mês de Fevereiro em quase todos os países. Apenas em Espanha e na Irlanda o pico máximo da incidência foi registado nas primeiras semanas de Janeiro. Na Dinamarca, Eslovénia, França, Inglaterra, Irlanda e Lituânia a actividade gripal em 2004-2005 foi menor à da época 2003-2004.

Em todos os países referidos o vírus Influenza prevalente foi o tipo A, à excepção da Eslovénia onde foi o tipo B.

Mesmo sem brincar com o fogo... fazem-se Queimaduras

Baltazar Nunes, Catarina Pimenta

Os acidentes domésticos e de lazer (ADL) que resultaram em queimadura representaram, em 2003, 1,7% do total dos ADL registados pelo sistema ADELIA.

Estima-se que em 2002 tenham ocorrido, em Portugal, cerca de 549000 ADL assistidos num serviço de urgência do SNS, portanto, cerca de **9332 ADL por queimadura**.

Apesar de representarem uma proporção relativamente pequena dos ADL, merecem a nossa atenção, pois são aqueles que apresentam das mais elevadas percentagem de internamento, 9,6%, aproximadamente o dobro da percentagem observada no total dos ADL 5,1%. Por outro lado, a duração média do internamento nestes casos é estimada em 8.9 dias, um pouco mais elevada que a verificada para todos os ADL com internamento (6.5 dias).

Entre Agosto de 2001 e Setembro de 2004, o sistema ADELIA registou 1.667 ADL que tiveram como mecanismo da lesão a queimadura. Destes, **82,1% ocorreram em «casa»**, fundamentalmente na «cozinha» onde se registaram 61% das queimaduras em ambiente doméstico.

Registe-se ainda, que cerca de **39% dos ADL** com estas características envolvem **indivíduos com 12 ou menos anos de idade**.

Na Figura 1 é apresentada a distribuição percentual dos ADL que tiveram como mecanismo de lesão a queimadura, segundo os produtos e as situações mais prevalentes, nos grupos dos indivíduos com 12 ou menos anos e com mais de 12 anos. É importante referir que esta informação foi obtida com base na descrição constante no registo do ADL e que apenas 50% das notificações do ADELIA tem este campo preenchido.

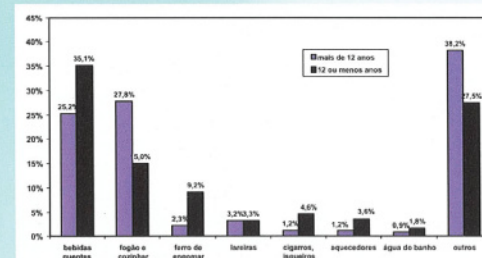


Figura 1 - Distribuição percentual dos ADL com «Queimadura», por um conjunto de produtos e situações mais relevantes, em dois grupos etários (indivíduos com ≤ 12 anos e os > 12 anos)

A análise do gráfico permite-nos concluir que as situações mais prevalentes são as queimaduras com 'bebidas quentes' (12: 35.1%, >12: 25.2%) seguidas das que envolvem o 'fogão e a actividade de cozinhar' (12: 15%, >12: 27.8%) e do 'ferro de engomar' (12: 9.2%, >12: 2.3%).

Ao compararmos os perfis da distribuição nos dois grupos etários estudados, verificamos que estes não são iguais, com efeito as 'bebidas quentes', o 'ferro de engomar', 'cigarros e isqueiros' e 'aquecedores' parecem ser mais prevalentes nos indivíduos com 12 ou menos anos, por outro lado, o 'fogão e actividades de cozinhar' estão comparativamente mais prevalentes nos indivíduos com mais de 12 anos.

As queimaduras não são uma fatalidade...previnem-se!

Ficha Técnica

Propriedade: ONSA - Observatório Nacional de Saúde
 Responsável: Maria João Branco
 Equipa Redactorial: Baltazar Nunes, Paulo Nogueira
 Sede: Avenida Padre Cruz 1649-016 LISBOA
 Tel: 21.752 64 04 Fax: 21.752 64 99 e-mail onsa@insa.min-saude.pt
 Tiragem: 6 000 exemplares Distribuição: gratuita
 ISSN 0874-2928 Depósito Legal: 125868/98
 Produção Gráfica: Litomaior Ind. Litográfica, Lda. - Rio Maior

A cruz de quem tem dor nas cruces!

Resultados de um estudo da rede Médicos-Sentinela, em 2003

José Augusto Simões (Centro de Saúde de Góis), Isabel Falcão (ONSA/INSA)

O episódio agudo de lombalgia (EAL) é o sofrimento mais frequente da espécie humana, depois da "constipação comum"¹ e a esmagadora maioria dos indivíduos tem, pelo menos, um daqueles episódios, ao longo da vida. O primeiro EAL apresenta-se, mais frequentemente, entre os 30 e os 50 anos de idade. Cerca de 90% dos EAL, resolvem-se em menos de 8 semanas, independentemente do tratamento. Contudo, alguns doentes sofrerão ataques agudos recorrentes ou evoluirão para uma situação crónica, com considerável sofrimento e incapacidade¹.

A Rede Médicos-Sentinela constituída por cerca de uma centena e meia de Clínicos Gerais/Médicos de Família, estudou este tema, durante o ano de 2003. Foram, assim, notificados para o ONSA, todos os novos casos de EAL de que aqueles médicos tiveram conhecimento, ocorridos nos utentes das respectivas listas. Os resultados de a seguir se apresentam foram estimados partir desses dados.

Os EAL foram considerados como novos, sempre que decorreram, pelo menos, 10 dias, sem queixas, desde o último EAL, independentemente de se tratar do 1º EAL na vida do utente ou dum segundo, terceiro ou mais.

Foram notificados **1906 novos casos** de EAL, sendo 713 (37%) do sexo masculino e 1193 (63%) do sexo feminino. A idade média do aparecimento dos EAL foi semelhante, nos dois sexos, 51,8 anos nos homens e 52,7 anos nas mulheres, não havendo diferença estatisticamente significativa entre os sexos.

Os novos casos corresponderam a 398 primeiros episódios (20,9%) e a 1496 segundos e outros episódios (78,5). Em 12 casos (0,6%) não houve informação sobre esta variável.

Verificou-se que a taxa de incidência dos 1ºs EAL atingiu o valor máximo nos homens entre os 45 e 54 anos (446,3/10⁵) e nas mulheres entre os 35 e os 44 anos (759,0/10⁵) e decresceu progressivamente nos grupos etários seguintes (Tabela 1).

Apenas no grupo etário 35-44 se verificou uma diferença estatisticamente significativa entre os sexos. Considerando todos os grupos etários em conjunto, não se verificou diferença estatisticamente significativa entre os sexos (p=0,097).

Em relação à ocorrência do 2º e outros EAL, verificamos que as taxas de incidência foram persistentemente mais elevadas no sexo feminino, sendo esta diferença estatisticamente significativa, para todos os grupos etários entre os 25 e os 74 anos de idade (Tabela 2).

Tabela 2- Distribuição das taxas de incidência dos novos (2ºs e outros) episódios agudos de lombalgia por sexo, segundo o grupo etário e respectivos intervalos de confiança a 95%

Grupo etário	Taxa Homens	IC 95%	Taxa Mulheres	IC 95%	p value
10 a 14	0,0	(0 ; 90,323)	32,3	(0,807 ; 179,8)	n.s
15-24	207,3	(118,474 ; 336,611)	245,0	(147,486 ; 382,555)	n.s
25-34	548,0	(408,049 ; 720,567)	825,8	(653,826 ; 1029,249)	0,022
35-44	1100,6	(888,32 ; 1348,296)	1752,4	(1489,029 ; 2048,994)	<0,001
45-54	1534,2	(1260,907 ; 1849,093)	2668,4	(2311,419 ; 3065,002)	<0,001
55-64	1802,9	(1468,511 ; 2190,718)	3063,9	(2655,886 ; 3516,759)	<0,001
65-74	1801,6	(1460,996 ; 2197,845)	2967,2	(2571,178 ; 3407,012)	<0,001
75 e+	1834,6	(1427,44 ; 2321,829)	1647,7	(1340,649 ; 2004,07)	n.s

(artroses, etc.) que ocorreu, nos homens com uma taxa de 688,2/10⁵ e nas mulheres com uma taxa cerca de 1,8 vezes mais elevada (1269,7/10⁵), sendo esta diferença estatisticamente significativa (Tabela 3).

A segunda causa mais frequentemente associada ao aparecimento de EAL foi "patologia discal" (alterações dos discos intervertebrais, etc), registando-se uma taxa de incidência mais elevada nas mulheres do que nos homens (diferença estatisticamente significativa). Em "outras" foi incluída patologia inflamatória, infecciosa, tumoral e ósseo-metabólica (Tabela 3).

A incapacidade temporária, o absentismo e a procura de cuidados médicos que o aparecimento de lombalgias origina, têm determinado, nos últimos anos, uma maior reflexão sobre este problema e sobre uma possível alteração dos estilos de vida que, porventura, a ele possam estar associados.

Bibliografia:

Silva, JA. Reumatologia Prática. Coimbra: Diagnóstico, 2004, pp. 11.2

Tabela 1- Distribuição das taxas de incidência dos 1ºs episódios de EAL por sexo, segundo o grupo etário e respectivos intervalos de confiança a 95%

Grupo etário	Taxa Homens	IC 95%	Taxa Mulheres	IC95%	p value
10-14	90,4	(18,661 ; 264,305)	32,3	(0,807 ; 179,8)	n.s
15-24	336,8	(220,029 ; 493,535)	335,2	(218,979 ; 491,181)	n.s
25-34	354,6	(244,101 ; 488,001)	407,7	(289,912 ; 657,328)	n.s
35-44	402,4	(278,651 ; 562,272)	759,0	(589,407 ; 962,228)	0,002
45-54	446,3	(305,272 ; 630,042)	560,4	(403,869 ; 757,465)	n.s
55-64	303,5	(176,776 ; 485,88)	348,9	(221,144 ; 523,449)	n.s
65-74	371,5	(228,913 ; 573,7)	265,7	(157,484 ; 419,959)	n.s
75 e+	186,1	(74,821 ; 383,488)	148,3	(67,804 ; 281,513)	n.s

no, sendo esta diferença estatisticamente significativa, para todos os grupos etários entre os 25 e os 74 anos de idade (Tabela 2).

O valor máximo da taxa registou-se, nas mulheres com idade entre os 55 e os 64 anos e, nos homens com mais de 74 anos (Tabela 2).

Verificou-se, também, a ocorrência de cialgia em 717 EAL (37,6%; n=1906), sendo 250 (34,9%) no sexo feminino e 467 (65,1%) no masculino, não sendo esta diferença estatisticamente significativa (teste de qui quadrado; p=0,079).

Verificou-se ainda que a causa mais frequentemente associada ao aparecimento de EAL foi "alterações degenerativas"

Tabela 3- Distribuição das taxa de incidência de EAL segundo a etiologia, por sexo

Etiologia	Homens			Mulheres			H+M			p value
	Nº de casos N=713	%	Taxa/10 ⁵	Nº de casos N=1193	%	Taxa/10 ⁵	Total	%	Taxa/10 ⁵	
Alterações degenerativas	349	48,9	688,2	715	59,9	1269,7	1064	55,8	893,9	p<0,001
Patologia discal	210	29,5	414,1	320	26,8	568,3	530	27,8	445,3	p=0,001
Outras	12	0,02	43,4	50	0,04	111,9	62	3,3	52,1	p<0,001
Desconhece	186	26,1	-	251	21,0	-	437	-	-	

As várias etiologias não são mutuamente exclusivas

Se é homem, jovem entre os 15 e 24 anos de idade, português, este artigo é para si!

Paulo Nogueira; Emanuel Rodrigues

No âmbito do projecto ISADORA - Investigação da Sazonalidade das Doenças com Repercussões Acentuadas - que apresentámos no último número, temos vindo a estudar a sazonalidade e periodicidade na série de dados da mortalidade por "todas as causas". Alguns resultados têm sido surpreendentes. É o caso da mortalidade do grupo etário dos 15 aos 24 anos, de que damos agora conta aqui.

Na mortalidade por «todas as causas», deste grupo etário, no período de 1980 a 2000 foi detectada uma clara diferença entre sexos. Na mortalidade feminina não se observou qualquer sazonalidade ou periodicidade. Na mortalidade, no sexo masculino surgem 3 periodicidades: anual, semanal e semestral, detectadas através de decomposição espectral de séries cronológicas homogéneas, teste de Priestley¹

A periodicidade anual detectada na mortalidade destes jovens localizou-se no Verão (Junho, Julho e Agosto) e o pico adicional, responsável pela periodicidade semestral, situou-se no Inverno (Dezembro e Janeiro). (Figura 1)

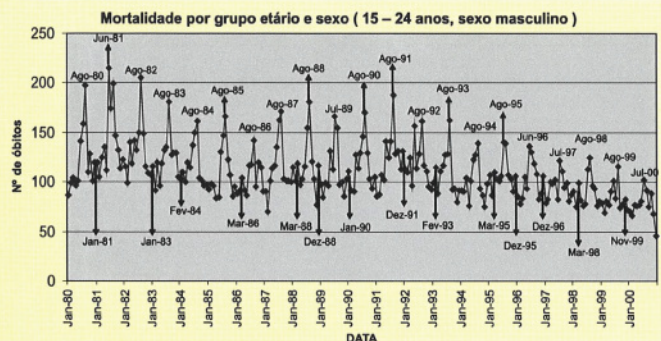


Figura 1 - Periodicidades da mortalidade total por grupo etário e sexo (15-24 anos, sexo masculino) com os dados agrupados por mês (1980 - 2000)

Ainda com os dados de mortalidade relativos ao grupo etário 15-24 anos do sexo masculino, foi pesquisada a ocorrência de periodicidades em cada ano de 1980 a 2000. Apesar de limitações de potência estatística, concluiu-se:

1. Na década de 80, detectou-se 4 vezes uma periodicidade semanal (7 dias), estatisticamente significativa. Em 1986, atingiu mesmo uma magnitude, que a relevou para um primeiro lugar de importância, relativamente às periodicidades semestral e anual.
2. Na década de 90 e no ano 2000 detectaram-se periodicidades semanais que surgiram, como significativas, 8 vezes. Todas elas na 1ª posição de grandeza.

Tomando como exemplo o ano de 1994, a análise da respectiva mortalidade nos meses de Junho, Julho e Agosto mostram que foi nos fins-de-semana (sábados e domingos) que ocorreram os níveis mais elevados de mortalidade destes jovens. (Figura 2)



Figura 2 - Periodicidades da mortalidade total por grupo etário (15-24 anos, sexo masculino) nos meses de Junho, Julho e Agosto de 1994

Da análise das periodicidades em dois períodos distintos, 1980 a 1990 e 1991 a 2000, para este mesmo grupo etário, concluiu-se que para o sexo feminino não ocorrem quaisquer periodicidades enquanto que no sexo masculino surgem periodicidades (anual e semestral) em ambos os períodos. A periodicidade semanal (7 dias) apresentou primazia no decénio mais recente (1991 a 2000) contrariamente ao que sucedia no período anterior.

Os factos apresentados indiciam que existem comportamentos, provavelmente sociais e culturais, que contribuem para a mortalidade sistemática dos indivíduos do sexo masculino com idades entre os 15 e os 24 anos.

São necessários estudos adicionais para esclarecer a natureza periódica destas mortes. Mas atrevemo-nos a adiantar, que o peso das mortes por acidente de viação neste grupo etário é com certeza um factor a considerar.

Talvez a crueza do facto estatístico: homens jovens, portugueses, morrem de forma sistemática aos fins-de-semana seja mais um contributo para a conscientização de todos, que são mortes prematuras e evitáveis.

¹Decomposição espectral, metodologia e aplicações. (Documento Interno do ONSA)

Editorial

PLANOS-PAPEL, PLANOS-AÇÃO... E IMPROVISACÃO

Eu sempre achei que nós, portugueses, somos tão bons a improvisar como outros povos europeus. Não somos melhores nem piores!!!

O que verdadeiramente nos distingue é termos necessidade de usar a improvisação mais vezes, em áreas e circunstâncias mais diversificadas do que esses outros europeus.

Nós, como eles, enfrentamos ameaças para a saúde, por vezes súbitas, algumas vezes inesperadas, que exigem decisões em minutos, mobilização de recursos em horas, intervenções maciças em dias.

Nós, como eles, temos vindo a adoptar planos de contingência específicos, linhas de orientação nacionais e internacionais, procedimentos especializados. São bons planos-papel, boas linhas de orientação-papel, úteis procedimentos-papel!!!

Pior estamos no que respeita à sua conversão em planos-acção, em linhas de orientação-acção, em procedimentos-acção.

Na preparação para enfrentar fenómenos de saúde excepcionais, com que intensidade praticamos o treino teórico, o exercício de sala ou o simulacro no terreno, com objectivos bem definidos e planeamento adequado? Quase nunca!!!

Mas podem estar certos que um maremoto nos vai atingir, como nos atingiu em 1755. Se for agora, alguma autoridade ou agente me avisará, na minha casa a 200 metros do rio? Altamente improvável!!!

Ninguém duvida que ondas de calor irão cair novamente sobre Portugal. Felizmente temos, desde 2004, um bom plano-papel de contingência. Mas tem ele sido traduzido em exercícios e simulacros de terreno que nos dêem treino para localizar, apoiar, transportar e tratar idosos, quando tal for necessário? Poucas vezes, para evitar dizer nenhuma!!!

Mesmo após acidentes recentes, temos exercitado a protecção e a evacuação adequada de doentes imobilizados, em coma, sob cuidados intensivos, em recobro de anestesia, se fogo ou explosão deflagrarem, varrendo um hospital? Suspeito que muito irregularmente!!!

E a gripe pandémica? Desde 1997, temos também um bom plano-papel de contingência com actualização recente.

Para a enfrentar, vamos ser capazes de transformar o plano-papel em plano-acção.

Acho que o concretizaremos em exercícios de tomada de decisão, ombro a ombro com outros países!

Acho que ensaiaremos a mobilização de recursos humanos e de equipamento, públicos e não públicos, para um cenário de necessidade esmagadora de cuidados de saúde!

E para os que, provavelmente, irão ser vítimas letais da pandemia? Acho que nos preocuparemos em criar, *in loco*, condições dignas para a sua conservação e inumação!

Apesar disso, é bom que a nossa aptidão para improvisar se confirme e manifeste.

Quando estes ou outros problemas de saúde ocorrerem, as populações necessitam, inexoravelmente, que a improvisação seja posta, convictamente, ao serviço das actividades planeadas.

26.5.2005
José Marinho Falcão

Roteiro dos... Laboratórios

Unidade de Papilomavírus

A infecção genital pelo Vírus do Papiloma Humano (HPV) é uma das infecções sexualmente transmissíveis (IST) mais frequentes. Segundo a OMS, as estimativas apontam para uma incidência anual de 6,2 milhões de casos e uma prevalência de 30-60%. A infecção por HPV está associada a uma vasta gama de manifestações, que vão desde as lesões benignas até aos carcinomas invasivos, nas mucosas e na derme. As infecções são maioritariamente subclínicas e transitórias. No entanto, nalguns casos associados a HPV de alto risco pode haver persistência da infecção e progressão para carcinoma invasivo. Sabe-se hoje que 99,7% dos casos de cancro do colo do útero (CC) estão associados à infecção por estes HPV.

A Unidade de Papilomavírus desempenha diversas missões no âmbito do diagnóstico diferencial do (HPV), de projectos de I&D e de formação e divulgação técnico-científica.

Na área da prestação de serviços, pretendemos não só **proceder ao diagnóstico da infecção como também fornecer informação adicional que possa ser utilizada como indicador de prognóstico da carcinogénese**, com importância na prática clínica. Assim, destacamos a detecção e tipificação do HPV, a caracterização molecular das variantes de HPV de alto risco, a detecção de infecções persistentes e de transcritos de RNAm dos oncogenes E6/E7 dos HPV mais frequentemente associados ao CC (HPV 16, 18, 31, 33, 45).

Um estudo realizado no nosso laboratório, em 2405 mulheres e 284 homens, parceiros sexuais de mulheres com infecção HPV, permitiu estabelecer uma associação estatisticamente significativa entre a gravidade das lesões e o tipo de HPV identificado, sendo de realçar que 21,8% dos casos correspondiam a infecções latentes. A utilização conjunta da citologia e da detecção e tipificação do HPV é um contributo importante para a detecção precoce do CC, identificação de indicadores de prognóstico clínico e para a eficiência dos programas de rastreio.

O cancro do colo do útero, associado a esta infecção, é uma doença evitável e possível de curar, principalmente quando detectado numa fase inicial. Enquanto a vacina não está disponível, a prevenção baseia-se na educação, no diagnóstico precoce e na vigilância das mulheres com lesões precursoras associadas a HPV de alto risco.

Contactos: e-mail: angela.pista@insa.min-saude.pt; Telef.: 21 7519213

Neste número...

Roteiro dos Laboratórios: Unidade de Papilomavírus

1 Sistema ÍCARO Nacional: 4xÍCARO, 7xÍCARO, 9xÍCARO

Utilização de produtos e substâncias não receitas pelo médico nem adquiridas em farmácia em Portugal: comparação dos resultados de 1999 e 2004.

No prevenir é que está o ganho...

O que Aconteceu: 10º ENCONTRO ANUAL EISS - 2005

Uma observação sobre a prática de cuidados preventivos dos câncros da mama e do colo do útero, em Portugal Continental.



INSTITUTO NACIONAL DE SAÚDE
Dr. Ricardo Jorge



Ministério da Saúde



Portugal em Acção

1 Sistema ÍCARO Nacional: 4xÍcaro, 7xÍcaro, 9xÍcaro



Paulo Nogueira, Eleonora Paixão

Reiniciou-se em 2 de Maio, o sistema de vigilância ÍCARO. Neste sétimo verão consecutivo de funcionamento, o Observatório Nacional de Saúde continua em parceria com o Instituto de Meteorologia a produzir diariamente informação sobre os possíveis impactos de temperaturas extremas na mortalidade. Como sempre, fazem parte do sistema o Serviço Nacional de Bombeiros e Protecção Civil e a Direcção-Geral da Saúde, que ponderam e alimentam a informação gerada dia a dia e estão prontos para actuar quando a situação o exigir.

Foi também reiniciado desde o dia 16 de Maio o Sistema de Vigilância de Óbitos diário, com a participação de 67 Conservatórias do Registo Civil.

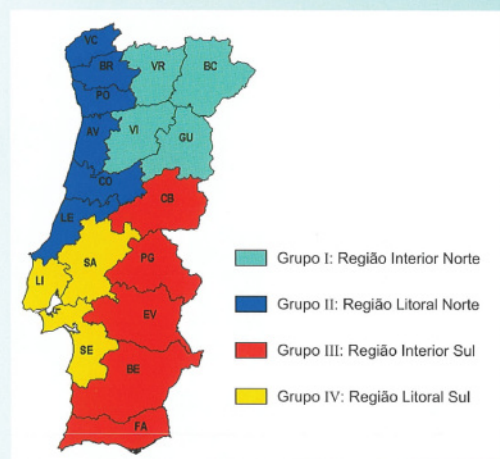
Este ano o modelo subjacente ao índice ÍCARO, foi modificado em relação ao que estava implementado desde 1999. O novo modelo incorpora informação da onda de calor de 2003, é mais sensível no mês de Maio e menos sensível no final de Agosto e em Setembro (evoluiu-se do limiar fixo de 32°C para um limiar dinâmico que começa com 29°C em Maio e vai aumentando 1°C em cada semana, até atingir 35°C). Este novo modelo é muito mais compatível com efeitos de ondas de calor ocorridas em Maio, como as que ocorreram em 1991 e em 2001.

No boletim ÍCARO actual, introduziram-se também pela primeira vez **Índices - Ícaro Regionais**. Foram estabelecidas **4 regiões** através de *análise de clusters* à informação de 21 anos de temperaturas e mortalidade e por critério de contiguidade dos distritos de Portugal continental, como se pode observar pela figura 1. Para cada região, implementaram-se dois modelos, para o total da população e para a população com mais de 75 anos, que funcionarão este ano em fase experimental. Temos assim a funcionar neste verão **9 índices Ícaro**: uma versão actualizada do modelo clássico baseado na informação respeitante ao distrito de Lisboa; 4 índices respeitantes à população total das 4 regiões definidas e 4 índices respeitantes à população com 75 ou mais anos das 4 regiões definidas.

Nos passados dias de 24 a 26 de Maio os índices Ícaro de Lisboa, e das regiões mais a Sul (interior e Litoral) tiveram pequenas oscilações, o que é uma novidade para o mês de Maio, no entanto os valores foram muito moderados não justificando uma grande intervenção pública.

Obviamente que este verão ainda é de averiguação, consolidação, ensaio e teste destes modelos regionais, mas é um passo concreto e decisivo para a concretização de um **sistema nacional** de vigilância de ondas de calor com impacto na saúde humana, **em Portugal!**

Figura 1: Regiões definidas nos modelos para vigilância e monitorização das ondas de calor



- Grupo I: Região Interior Norte
- Grupo II: Região Litoral Norte
- Grupo III: Região Interior Sul
- Grupo IV: Região Litoral Sul

10º ENCONTRO ANUAL EISS 2005

EISS é o acrónimo de European Influenza Surveillance Scheme e envolve os 25 Estados Membros da União Europeia.

A reunião anual de 2005 teve lugar em Birmingham de 19 a 21 de Maio.

Para além de 3 sessões plenárias, o encontro incluiu sessões separadas dos Grupos de Trabalho existentes: um sobre Epidemiologia e Clínica e outro sobre Virologia.

As principais conclusões do Encontro centraram-se em:

1. No domínio da **vacinação antigripal**:
 - 1.1 promover o cálculo de estimativas sobre cobertura da população com vacina antigripal e harmonizar métodos para realizar esses cálculos;
 - 1.2 planejar estudos para estimar a efectividade da(s) vacina(s) antigripais em anos pandémicos e inter-pandémicos, com métodos que permitam obter resultados durante o período em que a epidemia decorre.
2. No domínio dos **indicadores de natureza epidemiológica** foram discutidos, entre outros, aspectos relacionados com:
 - 2.1 classificação do nível de actividade gripal semanal de acordo com a sua intensidade e distribuição geográfica;
 - 2.2 cálculo das linhas de base e de zonas de actividade basal e respectiva representação gráfica nos boletins semanais dos vários Estados Membros.
3. No domínio dos **indicadores virológicos**:
 - 3.1 discussão sobre a possibilidade de introdução de níveis de intensidade de actividade gripal semanal em função da quantificação da circulação dos vírus influenza;
 - 3.2 definir critérios de uniformização para a notificação semanal do tipo de vírus influenza dominante.
4. No domínio da recolha de **informação de âmbito molecular**:
 - 4.1 decisão sobre a constituição de uma base de dados europeia para a introdução da informação molecular e de evolução das estirpes de vírus influenza;
 - 4.2 constituição de um banco de reagentes para controlo de técnicas moleculares (plasmídios e cDNA de gene da Hemaglutinina e Neuraminidase)
5. No domínio do **controlo de qualidade**:
 - 5.1 definição das condições para a participação no próximo painel de controlo de qualidade externo para vírus influenza e RSV.

Foram ainda descritos os preparativos em curso na União Europeia para a realização de um exercício internacional sobre a resposta dos Estados Membros à ocorrência de uma eventual pandemia associada ao vírus H5N1.

Saliente-se que, ao contrário da maioria dos Estados Membros, a vigilância da gripe continua a ser realizada em Portugal ao longo dos 12 meses do ano. Assim, o INSA, através do Centro Nacional da Gripe e do Observatório Nacional de Saúde, está em condições de detectar aumentos da actividade gripal, em qualquer mês do ano, identificando o início da eventual pandemia em Portugal.

Ficha Técnica

Propriedade: ONSA - Observatório Nacional de Saúde
Responsável: Maria João Branco
Equipa Redactorial: Baltazar Nunes, Paulo Nogueira
Sede: Avenida Padre Cruz 1649-016 LISBOA
Tel: 21.752 64 04 Fax: 21.752 64 99 e-mail onsa@insa.min-saude.pt
Tiragem: 6 000 exemplares Distribuição: gratuita
ISSN 0874-2928 Depósito Legal: 125868/98
Produção Gráfica: Litomaior Ind. Litográfica, Lda. - Rio Maior

Utilização de produtos e substâncias não receitadas pelo médico nem adquiridas em farmácia em Portugal: comparação dos resultados de 1999 e 2004.

Carlos Matias Dias, Baltazar Nunes, Teresa Contreiras

Na sequência de trabalhos anteriores realizou-se em Abril de 2004 um inquérito à amostra "ECOS" com o objectivo de conhecer a utilização de produtos e substâncias com fins terapêuticos que não tivessem sido comprados na farmácia nem receitados por um médico (1), (2).

Os resultados revelam que 23,5% das famílias inquiridas utilizaram produtos e substâncias deste tipo durante o Inverno de 2003/2004, valor significativamente superior ao observado no Inverno de 1998/1999, utilizando a mesma metodologia (quadro 1).

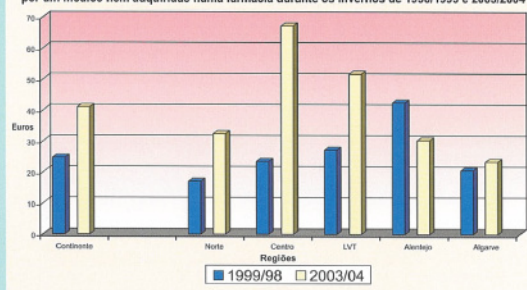
Em ambos os inquéritos a prevalência de utilização mais elevada foi observada na região de Lisboa e Vale do Tejo, sendo o valor maior em 2003/2004 (33,9%) do que em 1998/1999 (24,2%).

Quadro 1: Distribuição da percentagem de Famílias que declararam ter consumido produtos e substâncias terapêuticas não receitadas por um médico nem adquiridas numa farmácia durante os Invernos de 1998/1999 e 2003/2004.

	1999/98		2003/04	
		n		n
Continente	17.6 (15,2-19,9)	959	23.5 (20,0-26,9)	901
Região				
Norte	11.6 (6,9 -16,3)	181	17.9 (12,4-23,4)	184
Centro	18.6 (13,4-23,8)	215	19.8 (14,0-25,6)	182
LVT	24.2 (18,0-30,4)	182	33.9 (27,0-40,8)	180
Alentejo	15.3 (10,3-20,3)	202	20.0 (14,2-25,8)	185
Algarve	20.2 (13,6-26,8)	142	29.4 (22,6-36,2)	170
p	0.023		0.001	

Durante o último Inverno cada família terá despendido, em média, 41 euros na compra de produtos e substâncias com fins terapêuticos fora da farmácia e não receitados por um médico, valor significativamente maior do que o observado em 1998/1999 (24,7€), (Gráfico 1).

Gráfico 1: Despesa média por família com produtos e substâncias terapêuticas não receitadas por um médico nem adquiridas numa farmácia durante os Invernos de 1998/1999 e 2003/2004



(1) Matias Dias, C. Caracterização dos gastos com substâncias terapêuticas alternativas numa amostra de famílias portuguesas. Protocolo do estudo. Centro de Epidemiologia e Bioestatística, Instituto Nacional de Saúde, 1998.

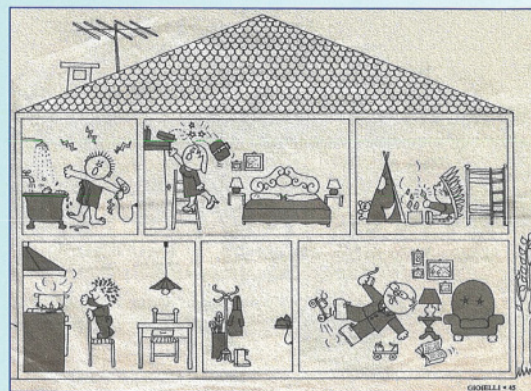
(2) Contreiras, T. A amostra "ECOS". Observações 1998, 1.

No prevenir é que está o ganho...

Maria João Branco, Eleonora Paixão, Baltazar Nunes, Teresa Contreiras

Dos Acidentes Domésticos e de Lazer (ADL) registados no sistema ADELIA, em 2003, 53,8% ocorreram em casa¹.

O ONSA, através do painel ECOS², realizou um estudo com a finalidade de caracterizar as unidades de alojamento relativamente a alguns aspectos relacionados com segurança assim como, descrever comportamentos dos residentes nas UA, face à exposição ao risco de acidentes domésticos.



O estudo constou de um inquérito realizado por entrevista telefónica, em Julho de 2004 a um elemento do sexo feminino de 18 e mais anos, residente nas UA que integram o painel ECOS. Foram colhidos dados sobre alguns aspectos relacionados com a exposição ao risco de acidentes domésticos, nomeadamente a percepção do risco de acidentes domésticos na habitação, existência de dispositivos/procedimentos genéricos de segurança, exposição ao risco de quedas, de queimaduras, de envenenamentos e intoxicações.

Foram estudadas 868 unidades de alojamento

Relativamente aos principais resultados, poder-se-á concluir que **mais de metade dos alojamentos tinham mecanismos ou os seus elementos adoptavam comportamentos protectores do risco de acidentes domésticos**. Apenas para aspectos de protecção, eventualmente mais sofisticados, nomeadamente «dispositivos de protecção nas escadas (cancelas ou grades)», «iluminação de presença em corredores de acesso à casa de banho», «dispositivos anti deslizantes nos tapetes e carpetes» e «acesso rápido a dispositivo de combate a incêndios», se verificou a sua inexistência na maioria dos agregados.

Contudo, os resultados apontam para que todos os factores que traduzem **exposição ao risco de acidentes domésticos estejam minimizados no grupo de alojamentos em que existem indivíduos de 14 ou menos anos de idade e, pelo contrário, estejam maximizados no grupo das unidades de alojamento com indivíduos de 65 ou mais anos ou cuja média de idades seja mais alta**.

Também foi verificado um efeito, estatisticamente significativo, do nível de escolaridade mais elevado atingido por um dos elementos do agregado. Verificou-se que **quanto mais baixo foi o nível de escolaridade, maior foi a percentagem de factores favoráveis à ocorrência de acidentes**.

O relatório do estudo pode ser consultado em www.onsa.pt

Referências

- Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, Observatório Nacional de Saúde. Adélia 2003 Acidentes Domésticos e de Lazer Informação Adequada. Relatório Final. Lisboa: Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge. Observatório Nacional de Saúde. 2004
- Instituto Nacional de saúde Dr. Ricardo Jorge, Observatório Nacional de Saúde (ONSA). Em Casa, pelo telefone, Observamos Saúde. Descrição e avaliação de uma metodologia. Lisboa: Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge. Observatório Nacional de Saúde. 2003

Uma observação sobre a prática de cuidados preventivos dos cancros da mama e do colo do útero, em Portugal Continental.

Contreiras T, Nunes B, Branco MJ

Em Portugal, o cancro da mama continua a ser a causa de morte, por cancro, mais comum entre as mulheres, nomeadamente, foi a primeira causa de morte da população feminina dos 35-54 anos do Continente, entre 1994-1999¹. Em 2002, correspondeu no Continente, a uma taxa de mortalidade, padronizada pela idade, de 21,5/100000 mulheres².

O cancro do colo do útero, ainda que com menos impacto na mortalidade, situou-se, nos anos referenciados, entre as dez principais causas de morte no grupo etário dos 35-44¹. Em 2002, no Continente, contribuiu com 4,1 mortes por 100000 mulheres².

Em 2001 foi aprovado o Plano Oncológico Nacional 2001-2005¹, no qual foi prevista a implementação de uma estratégia de prevenção e programas de rastreio. Preconizava-se o rastreio de cancro da mama, realizando uma mamografia de dois em dois anos, no grupo etário dos 50-69 anos, abrangendo eventualmente o grupo etário 40-49 anos e o rastreio de cancro do colo do útero, através da realização de citologia cervical em mulheres dos 30 aos 60 anos, com intervalos de 3 anos, após dois exames anuais negativos. Recentemente, no Plano Nacional de Saúde 2004-2010⁴, no âmbito das *Estratégias para obter mais saúde para todos*, surgem como doenças prioritárias que impõem uma abordagem integrada, os cancros da mama feminina e do colo do útero. Nomeadamente, quantificam-se metas apontando para uma *taxa de rastreio*, em 2010, da ordem dos 60% da população-alvo para ambas as situações

O objectivo do presente estudo foi estimar a percentagem de mulheres com exames de rastreio relacionados com os cancros da mama e do colo do útero na população de mulheres de 18 e mais anos, residentes em unidades de alojamento do Continente, com telefone fixo.

O estudo, descritivo transversal, constou de um inquérito realizado por entrevista telefónica, em Julho 2004, a mulheres de 18 e mais anos, residentes nas unidades de alojamento (UA) que integram o painel ECOS (uma mulher/UA)⁵.

Definiu-se: «prática preventiva adequada» do cancro da mama quando uma mulher pertencente ao grupo etário «40-69 anos» tivesse realizado uma mamografia há dois ou menos anos; «prática preventiva adequada» do cancro do colo do útero quando uma mulher pertencente ao grupo etário «30-60» anos tivesse realizado uma citologia há três ou menos anos.

Inquiriram-se **868 mulheres** o que correspondeu a **75,5%** das 1149 mulheres da amostra inicial.

As regiões do Sul do país apresentaram para ambas as situações os indicadores menos favoráveis para estas práticas de rastreio.

O relatório deste estudo pode ser consultado em www.onsa.pt

Referências bibliográficas:

1. Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge. Observatório Nacional de Saúde. *De que se morre mais em Portugal. As principais causas de morte de 1990 a 1999*. Lisboa: Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge. Observatório Nacional de Saúde, 2002
2. Direcção-Geral da Saúde. DSIA. Divisão de Epidemiologia. *Risco de Morrer em Portugal, 2002*. Lisboa: DGS, 2005. Disponível em URL: <http://www.dgsaude.pt>. Em publicação 2005
3. Presidência do Conselho de Ministros. Resolução do Conselho de Ministros nº129/2001. Plano Oncológico 2001-2005. *Diário da República I Série-B; nº190 (17 de Agosto, 2001)*: 5241-5247
4. Direcção-Geral da Saúde. *Plano Nacional de Saúde 2004-2010: Mais saúde para todos*. Lisboa: DGS, 2004. 2 volumes - Volume I Prioridades, Volume II Orientações estratégicas
5. Instituto Nacional de saúde Dr. Ricardo Jorge, Observatório Nacional de Saúde (ONSA). *Em Casa, pelo telefone, Observamos Saúde. Descrição e avaliação de uma metodologia*. Lisboa: Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge. Observatório Nacional de Saúde, 2003

Dos resultados obtidos salientamos:

Do total de mulheres inquiridas de 18 e mais anos, 27% nunca tinham realizado uma mamografia e 38% nunca realizaram uma citologia cervical.

Identificaram-se 491 mulheres, pertencentes ao **grupo etário dos 40-69 anos**, que souberam referir o intervalo de tempo de realização da última **mamografia**. Destas, **80% tinham realizado uma mamografia, no máximo, há 2 anos** (Tabela 1).

Tabela 1 - Percentagem de mulheres dos 40-69 anos, que realizaram uma mamografia há ≤ 2 anos, por Região de Saúde

	n	%	I.C. 95 %	p	% a/in
Total	491	80,1*	(76,9 ; 83,2)		2,8
Regiões				<0,001*	
Norte	99	84,8	(77,8 ; 91,9)		
Centro	90	78,9	(70,5 ; 87,3)		
Lisboa e Vale do Tejo	88	80,7	(72,4 ; 88,9)		
Alentejo	111	71,2	(62,7 ; 79,6)		
Algarve	103	58,3	(48,7 ; 67,8)		

n - número de registos válidos; (;) - IC 95% da estimativa; p - refere-se à comparação da proporção entre as classes da variável; a - teste de χ^2 de Pearson; *resultado ponderado por Região de Saúde

Identificaram-se 451 mulheres, pertencentes ao **grupo etário dos 30- 60 anos**, que souberam referir o intervalo de tempo de realização da última **citologia cervical**. Destas, **71% tinham realizado uma citologia há 3 ou menos anos** (Tabela 2).

Tabela 2 - Percentagem de mulheres dos 30-60 anos, que realizaram uma citologia cervical há ≤ 3 anos, por Região de Saúde

	n	%	I.C. 95 %	p	% a/in
Total	451	71,4*	(67,2 ; 75,6)		2,6
Regiões				<0,001*	
Norte	100	80,0	(72,2 ; 87,8)		
Centro	92	70,7	(61,3 ; 80,0)		
Lisboa e Vale do Tejo	87	67,8	(58,0 ; 77,6)		
Alentejo	93	44,1	(34,0 ; 54,2)		
Algarve	79	64,6	(54,0 ; 75,1)		

n - número de registos válidos; (;) - IC 95% da estimativa; p - refere-se à comparação da proporção entre as classes da variável; a - teste de χ^2 de Pearson; *resultado ponderado por Região de Saúde

Editorial

Na decisão sobre a remodelação em curso na Saúde pública, desencadeada pelo Programa do XVII Governo e para qual pretende contribuir a discussão do documento "Um novo paradigma para a Saúde Pública", importaria **aprofundar a concepção de «Observatório(s) de Saúde»** e ter em consideração a experiência portuguesa.

Com efeito, naquele documento, é preconizado que os serviços de Saúde Pública deverão diferenciar-se como observatório de saúde da respectiva área de influência: nacional, regional ou local.

Não é linear estabelecer uma definição de observatório baseada estritamente nas suas funções e estruturas, atendendo a que muitas vezes é produto das circunstâncias históricas específicas.

A adopção da palavra «observatório» para uma função de saúde pública implica clarificação acerca da natureza da instituição, estabelecer a sua entidade. A eventual tendência de identificar um crescente número de instituições como observatórios pode trazer como consequência que a designação se torne um *cliché* e correr-se o risco de falta de substância.¹

De acordo com um contributo para o debate que nos chegou «...a função Observatório do estado de saúde dos residentes em Portugal deverá ser exercida com total autonomia e ser um serviço com utilizadores diversos».

As opções podem ser várias, mas algumas questões tem que ser colocadas, sem permitirem respostas múltiplas:

Assim, no futuro deverá o ONSA:

- manter a mesma missão?
- continuar como Centro do Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge?
- ser "dissolvido" ou "integrado" num organismo central?
- adquirir mais independência, sendo autonomizado, dentro do Ministério da Saúde?
- constituir-se no núcleo de uma rede de observatórios regionais e/ou locais?

Todavia, quaisquer que venham a ser as decisões tomadas, a equipa de técnicos que tem dado forma ao ONSA continuará disponível, quanto puder e souber, para apoiar o desenvolvimento da Saúde Pública em Portugal.

MJB

¹Hemmings J, Wilkinson J. What is a public health observatory? *J. Epidemiol. Community Health* 2003;57:324-26

Neste número...

Roteiro dos Laboratórios: Rede Proteómica Portuguesa - ProCura

Programa Nacional de Controlo da Infecção: Inquérito de Prevalência da Infecção

Gripe pandémica em Portugal: qual será o cenário mais provável?

Consumo de medicamentos hipnóticos na população portuguesa: dados do Inquérito Nacional de Saúde 1998/1999.

Já ouviu falar de Ácido Fólico?

Prevalência auto declarada de algumas doenças crónicas.

Roteiro dos... Laboratórios

Rede Proteómica Portuguesa ProCura



www.procura-portugal.org

A proteómica é uma nova disciplina científica que estuda de forma sistemática, interactiva e funcional as proteínas (proteoma) expressas pelo genoma (conjunto de genes) de uma determinada célula ou organismo, num dado momento e condição. O conhecimento do proteoma é de extrema importância, uma vez que a sua expressão e funcionalidade diferencial são responsáveis pela vida e desenvolvimento dos organismos, assim como, pelas suas capacidades de resposta e adaptação aos vários estímulos ambientais que estão sujeitos durante a vida.

Através da proteómica, os mecanismos básicos da fisiologia normal e os associados aos estados patológicos podem ser igualmente desvendados e compreendidos. Para tal, a proteómica baseia-se numa série de tecnologias em crescente desenvolvimento, em que a espectrometria de massa, *microarrays* de proteínas e a bioinformática são alguns dos exemplos mais importantes.

Com o objectivo de melhor desenvolver e aplicar a proteómica em Portugal, investigadores de três instituições nacionais, Instituto Nacional de Saúde Dr Ricardo Jorge, Instituto Gulbenkian de Ciências e Universidade de Aveiro, criaram em Junho de 2002 uma Rede Proteómica Portuguesa, a **Rede ProCura**.

A **ProCura**, actualmente com membros de várias instituições nacionais, tem como principal missão organizar uma matriz coerente de especialidades na área da proteómica e afins, bem como de equipamentos e instrumentos científicos nacionais para fazer face aos novos desafios da era pós-genómica, a chamada era proteómica.

A ProCura pretende, assim, contribuir para:

- A caracterização de proteomas de células ou tecidos humanos e de (micro)organismos ou plantas relevantes para a saúde humana e ambiente.
- Promover estudos na identificação de biomarcadores de diagnóstico, prognóstico e/ou como alvos de terapias.
- Criar uma base de dados portuguesa de proteómica com acesso on-line.
- Organizar encontros e cursos avançados em proteómica funcional no sentido de melhorar a qualidade científica das novas gerações de investigadores nesta área.
- Promover a interligação com iniciativas internacionais semelhantes [*Human Proteomics Organization (HUPO)*; *European Proteomics Association (EuPA)*; etc].

O 3º Encontro Anual da Rede ProCura realiza-se nos próximos dias 10-12 de Novembro, Hotel Quinta da Marinha & Villas Golf Resort, Cascais. Para mais informações sobre o Encontro e como tornar-se membro da Rede, visite o site www.procura-portugal.org

Deborah Penque, PhD (Coordenadora da ProCura)
Responsável do Laboratório de Proteómica
Centro de Genética Humana, INSA-Lisboa
deborah.penque@insa.min-saude.pt



INSTITUTO NACIONAL DE SAÚDE
Dr. Ricardo Jorge



Ministério da Saúde



Portugal em Acção



Há alguns anos que as Comissões de Controlo de Infecção (CCIs) dos hospitais portugueses vinham solicitando a realização de um estudo nacional sobre prevalência da infecção nosocomial (IN), por impossibilidade, devida a condicionamentos vários, de desenvolverem um programa de Vigilância Epidemiológica (VE) contínuo.

A vantagem da rapidez, permitindo conhecer a dimensão do problema da infecção num dado momento, evitando as implicações económicas e práticas derivadas de inquéritos prolongados é de valorizar em detrimento de algumas limitações que envolvem este tipo de estudos (prevalência). Com efeito, pode ocorrer uma eventual sobrevalorização da taxa de IN já que os doentes com estadias mais prolongadas no hospital têm maior probabilidade de serem incluídos no inquérito, para além do facto de os doentes mais graves permanecerem mais tempo no hospital e, por isso, serem mais susceptíveis de adquirirem uma infecção. Por outro lado, o resultado do estudo pode ainda ser afectado pelas variações sazonais e picos epidémicos.

O estudo foi realizado na terceira semana de Maio de 2003. Foram adoptados na íntegra, o protocolo aprovado pelo projecto HELICS III (Hospitals in Europe Link for Infection Control and Surveillance) e os critérios do CDC (Centers for Disease Control) para a definição do tipo e localização das infecções.

Participaram no estudo 67 hospitais. Foram estudados um total de 16373 doentes sendo 49,5% do sexo masculino e 50,5% do sexo feminino. A média de idades foi de 53,8 (\pm 26,1) anos. Salienta-se que 8 406 doentes (62,4% do total de doentes estudados) tinham \geq 61 anos. Destes, 2280 (27,0%) tinham idade \geq 81 anos.

Foi identificado um total de 1624 infecções nosocomiais com a seguinte distribuição:

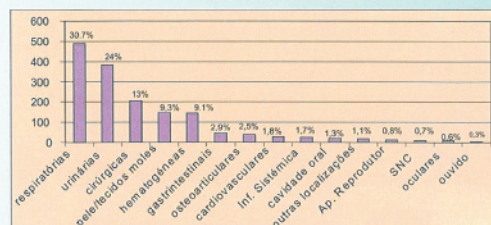
	Doentes N.º	Prevalências de IN	Prevalência %
Total de infecções nosocomiais (IN)	1624	Prevalências de IN	9,9
Doentes com infecção nosocomial (IN)	1376	Prevalência de Doentes com IN (8,0; 8,8)	8,4
Total de infecções da comunidade (IC)	4172	Prevalência de IC	25,5
Doentes com Infecção da Comunidade (IC)	3715	Prevalência de Doentes com IC (22,1; 23,3)	22,7

Nota: Um doente por apresentar uma ou várias infecções.

Na análise por área assistencial verifica-se um predomínio das IN nas Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) (34,3%), seguido dos serviços de Medicina e Especialidades Médicas (13,5%) e Pediatria/Especialidades Pediátricas (6,5%). As taxas mais baixas corresponderam aos serviços de Obstetria e Ginecologia (1,2%).

As prevalências globais por localização foram de 2,9% para as infecções das vias respiratórias, 2,3% para as infecções urinárias, 1,5% para as infecções do local cirúrgico, 0,9% para as infecções da pele e tecidos moles e de 0,9% para as infecções da corrente sanguínea.

Relativamente ao total das IN, as infecções predominantes foram por ordem de frequência, as respiratórias, seguido das urinárias e das cirúrgicas, conforme se pode ver no gráfico seguinte:



Para mais informações contactar o PNCI
pnici@insa.min-saude.pt ou telefone: 217573557.

Consumo de medicamentos hipnóticos na população portuguesa: dados do Inquérito Nacional de Saúde 1998/1999.

Marques-Vidal ¹, P. Matias Dias, C ².

¹Centro de Nutrição e Metabolismo, Instituto de Medicina Molecular, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.

²Centro de Epidemiologia e Bioestatística, Observatório Nacional de Saúde, Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge.

Objectivo: Estimar a prevalência e os factores associados ao consumo de medicamentos hipnóticos na população portuguesa.

Métodos: Utilizaram-se os dados obtidos através do Inquérito Nacional de Saúde de 1998/1999. Para este trabalho foram analisados os dados relativos a 39 640 pessoas com idade superior a 18 anos que responderam às 3 perguntas acerca da toma de medicamentos hipnóticos (1).

Resultados: Das pessoas que responderam, 13% referiram ter tomado hipnóticos durante as 2 semanas anteriores, sendo a frequência mais elevada nas mulheres do que nos homens (mulheres=19%; homens=7,4%, p<0.001). O consumo diário deste tipo de medicamentos era mais frequente nas mulheres do que nos homens (mulheres=75%; homens 70%, p<0.001), assim como a sua utilização desde há mais do que 3 anos (mulheres=71,6%; homens=62,0%, p<0.001). As razões da utilização estão descritas no quadro 1.

Quadro 1: Prevalência amostral (%) das razões de utilização de medicamentos hipnóticos em Portugal. Dados do Inquérito Nacional de Saúde 1998/1999.

	Homens (n=1375)	Mulheres (n=3952)
1. Dificuldade em iniciar o sono	721 (52.4)	2274 (57.5)
2. Interrupção do sono	147 (10.7)	323 (8.2)
3. Ambas as razões anteriores	335 (24.4)	1088 (27.5)
4. Outras razões	1725 (12.5)	267 (6.8)

A frequência de toma de medicamentos hipnóticos nas 2 semanas anteriores à entrevista aumentava gradualmente com a idade, sendo de 1.5% no grupo etário 18-24 e de 26.2% entre as pessoas com idade superior a 75 anos (p<0.001).

Considerando ambos os sexos em conjunto, a prevalência mais elevada de consumo destes medicamentos foi observada na Região de Lisboa e Vale do Tejo enquanto que a mais baixa se observou na Região do Algarve (Lisboa e Vale do Tejo=15,4%; Algarve=10%, p<0.001).

O consumo era mais frequente entre os ex-fumadores do que entre os fumadores à data da entrevista (ex-fumadores=15,4%; fumadores à data da entrevista=6,8%, p<0.001).

A análise multi-variada dos dados revelou que o consumo de medicamentos hipnóticos está relacionada positivamente com a idade e negativamente com a actividade física em ambos os sexos. Nos homens observou-se igualmente uma relação positiva com o consumo de tabaco e negativa com a obesidade.

Conclusão: Os dados do 3º Inquérito Nacional de Saúde sugerem que 13% da população com mais do que 18 anos de idade toma medicamentos hipnóticos. A prevalência mais elevada foi observada na Região de Lisboa e Vale do Tejo. Este consumo é mais frequente e mais prolongado na população feminina.

Referências:

1. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge. Observatório Nacional de Saúde. Inquérito Nacional de Saúde 1998/1999. Lisboa, ONSA, 2001.

Ficha Técnica

Propriedade: ONSA - Observatório Nacional de Saúde

Responsável: Maria João Branco

Equipa Redactorial: Baltazar Nunes, Paulo Nogueira

Sede: Avenida Padre Cruz 1649-016 LISBOA

Tel: 21.752 64 04 Fax: 21.752 64 99 e-mail onsa@insa.min-saude.pt

Tiragem: 6 000 exemplares Distribuição: gratuita

ISSN 0874-2928 Depósito Legal: 125868/98

Produção Gráfica: Litomaior Ind. Litográfica, Lda. - Rio Maior

Gripe pandémica em Portugal: qual será o cenário mais provável?

Baltazar Nunes, Isabel Falcão, J. Marinho Falcão

Desde Janeiro de 2004 que o vírus influenza sub-tipo H5N1, responsável por graves epidemias em aves, venceu a barreira da espécie e tem afectado humanos no Vietname, Tailândia e Camboja.

A possibilidade de ocorrência, a breve prazo, de uma pandemia de gripe, associada a este vírus, constitui preocupação de governos, planeadores e técnicos de saúde, bem como de organizações internacionais, nomeadamente a Organização Mundial da Saúde¹.

Por essa razão, no âmbito do Plano de Contingência para a Gripe (Ministério da Saúde), o Observatório Nacional de Saúde (ONSA) do Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge elaborou alguns cenários que, com base, em estimativas de incidência, duração e gravidade da doença, descrevem as características que a pandemia poderá ter em Portugal.

Para esses cenários, foi utilizada a aplicação informática designada Fluaid 2.0, disponibilizada pelo Center for Disease Control and Prevention^{2,3}.

Numa epidemia gripal de um período inter-pandémico estima-se que a taxa de ataque varie entre 5% a 10%^{3,4,5}.

As taxas de ataque aqui apresentadas para a pandemia, variaram entre 25%, valor mínimo proposto pela OMS¹, e 35%, em intervalos de 5%, representando uma situação em que o número de casos se situa entre cerca do dobro e sete vezes mais o número de casos observado numa epidemia dum qualquer período inter-pandémico. De acordo com alguns estudos sobre as pandemias do século XX, no Reino Unido, o valor máximo da taxa de ataque alguma vez observado foi de 23%, em 1918⁴.

Para calcular o número total de pessoas que poderão recorrer a consulta médica, por suspeita de gripe, o número de hospitalizações e de óbitos, num cenário de pandemia, foram utilizadas taxas obtidas da literatura referentes à população dos EUA (Meltzer et al 1999³).

Sabe-se que a distribuição dos casos de gripe e, consequentemente, das consultas médicas, ao longo do período de actividade duma eventual pandemia não será uniforme. Definiu-se a duração da pandemia em 20 semanas e considerou-se uma curva epidémica cujo pico máximo da incidência fosse atingido a meio do período pandémico (semana 10), com um período de maior actividade entre a 7ª e 13ª semana. Para o efeito, considerámos um modelo de distribuição de probabilidades Normal, com valor médio de 10 semanas e o desvio-padrão de 2,5 semanas.

Na tabela seguinte pode ver-se a distribuição de alguns indicadores segundo a taxa de ataque, considerando uma epidemia do período inter-pandémico e uma eventual pandemia.

Tabela 1: Comparação entre os cenários de uma epidemia inter-pandémica e uma pandemia

Taxa de ataque	Epidemia inter-pandémica	Cenários para de uma pandemia			
	10%	25%	30%	35%	
Nº casos	1.035.612	2.589.029 (2,5x)	3.106.835 (3x)	3.824.641 (3,7x)	
Consultas	445.313*	1.374.777 (3,1x)	1.649.732 (3,7x)	1.924.687 (4,3x)	
Hospitalizações	-	33.261	39.913	46.565	
Óbitos	1.773**	7.975 (4,5x)	9.571 (5,4x)	11.166 (6,3x)	

(n x): n de vezes mais que na epidemia inter-pandémica.

* Segundo Branco e Nunes 2000, 43% dos casos suspeitos recorrem a uma consulta médica.

** Número médio de óbitos associados à gripe, por época epidémica inter-pandémica segundo Nogueira e Rebelo-de-Andrade 2000.

Estimou-se que, aproximadamente, 53% dos indivíduos com gripe irão recorrer a uma consulta médica. Ora, este valor encontra-se um pouco acima do estimado para uma época de epidemia gripal do período inter-pandémico, que, segundo Branco e Nunes 2000⁶, foi 43%. No entanto, os cenários apresentados por outros países como a Holanda⁵ e o Reino Unido⁷ sugerem valores da ordem dos 25-30%, valores estes que consideramos muito baixos para uma situação pandémica. De qualquer forma, devemos considerar que, numa situação de pandemia, em Portugal, os valores referidos

poderão ser facilmente ultrapassados, e atingir níveis muito mais elevados, até mesmo os 100%, caso o pânico se instale na população ou não sejam tomadas as medidas necessárias para evitar a rotura dos serviços de saúde.

De acordo com a curva epidémica definida para este cenário, o pico mais elevado de consultas, seria atingido na 10ª semana com cerca de 219.983 (Ta=25%) a 307.136 (Ta=35%) consultas (Fig. 1).

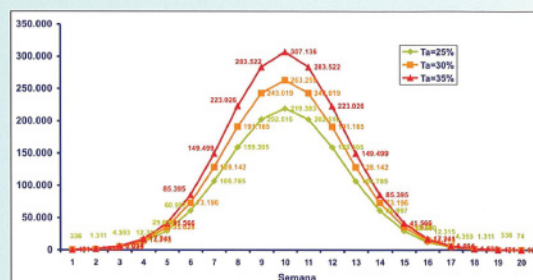


Figura 1: Distribuição do número de consultas por semana, segundo a taxa de ataque (25%, 30% e 35%) e considerando um modelo Normal para a curva epidémica

Relativamente ao número de hospitalizações, que os cenários mostram poder ser entre 33.261 (Ta=25%) e 46.565 (Ta=35%), saliente-se que não foi encontrado qualquer valor de referência, em Portugal, para situações de epidemia num período inter-pandémico. É, por isso, nosso objectivo, analisar a base de dados dos GDH para esse fim.

No que respeita aos óbitos associados à gripe, e de acordo com um estudo apresentado por Nogueira e Rebelo de Andrade 2000⁷, foi estimado que, nas épocas de gripe de 1990/1991 a 1997/98, o número médio de óbitos associado a uma época de gripe do período inter-pandémico foi 1.773. Segundo os cenários pandémicos agora apresentados, o número de óbitos associado à pandemia de gripe poderá variar entre 7.975 (Ta=25%) e 11.166 (Ta=35%), o que representa entre 4 e 6 vezes mais o número médio de óbitos duma epidemia num período inter-pandémico. Valores similares constam dos cenários apresentados para outros países como a Holanda⁵, com 5.1 vezes mais óbitos; Inglaterra e Gales⁴, com 4.8 vezes mais óbitos; e EUA³ com 5.2 vezes mais óbitos.

Importa salientar que este trabalho contém algumas fragilidades, decorrentes do facto de parte dos "dados de entrada" utilizados terem sido obtidos a partir de estudos feitos com populações estrangeiras, podendo, por essa razão, não ser adequados à realidade nacional. Assim, encontra-se já em preparação uma 2ª proposta de cenários, ajustada à população portuguesa, em que serão utilizados os parâmetros que se encontrarem disponíveis. O relatório completo encontra-se disponível no site do ONSA (www.onsa.pt).

REFERÊNCIAS

- WHO global influenza preparedness plan. Geneva, World Health Organization, 2005 (document WHO/CDS/CSR/GIP/2005.5)
- Meltzer MI, Shoemaker HA, Kohnski M, Crosby R, 2000. *FluAid 2.0: A manual to aid state and local-level public health officials plan, prepare and practice for the next influenza pandemic (Beta test version)*, Centers for Disease Control and Prevention, U.S. Department of Health and Human Services
- Meltzer MI, Cox NJ, Fukuda K. *The economic impact of pandemic influenza in the United States: implications for setting priorities for intervention*. Emerging Infectious Diseases 1999 (in Press)
- UK Health Departments' Influenza pandemic contingency plan. DH/HPH&SD/Immunisation Policy, Monitoring & Surveillance. 2005 London, UK
- Genugten MLL, Heijnen, MLA, Jager JC. *Scenario analysis of the expected number of hospitalizations and deaths due to pandemic influenza in the Netherlands* RIVM report 282701002/2002
- Branco MJ, Nunes B, "Gripe 2000" Relatório científico. Observatório Nacional de Saúde. Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge. Março de 2000.
- Nogueira P, Rebelo de Andrade, H. Excess Mortality Attributable to Influenza in Portugal from 1990 to 1998. Poster presentation in Options for the Control of Influenza IV. Creta, Grécia 23-28 Setembro 2000.

Já ouviu falar de Ácido Fólico?

Ausenda Machado, Maria Jesus Feijó

Os defeitos do tubo neural, constituem um sub-grupo das anomalias congénitas do sistema nervoso central. Este tipo de defeito ocorre quando, por factores genéticos e/ou ambientais, não se verifica até ao 26º dia de gestação o correcto encerramento do tubo neural (estrutura embrionária que após desenvolvimento dará origem ao cérebro e espinhal medula). Pelas consequências incapacitantes e até letais associadas a estas anomalias, a sua prevenção é de extrema importância em saúde pública. Neste contexto, encontra-se bem estabelecida a relação entre deficiência do ácido fólico e ocorrência de defeitos do tubo neural¹.

Tendo como objectivo a aferição dos conhecimentos da população sobre ácido fólico e o seu papel na prevenção de anomalias congénitas, foi realizado um estudo através do painel de famílias ECOS². Este estudo consistiu na aplicação de um questionário composto por 4 perguntas que abrangia a temática com o diz respeito à identificação do medicamento («já ouviu falar?» e «para que se toma?») e aplicabilidade do mesmo («quem e quando se deve tomar?»). No presente artigo serão apresentados os resultados relativos à análise da questão «já ouviu falar do ácido fólico?», estando em preparação um relatório com a restante informação.

Obtiveram-se 975 inquéritos válidos que corresponderam a 80,5% da amostra inicial.

Os principais resultados obtidos indicam que **48,5% (418) dos inquiridos já ouviram falar do ácido fólico**. Destes, verificou-se que mais de metade das mulheres inquiridas responderam afirmativamente à questão (51,4%). A percentagem de respostas afirmativas, na sub-população das mulheres, é comparável com os resultados obtidos em estudos efectuados na Noruega em 1998 (50%) e 2000 (60%)³. Relativamente à idade, foram as mulheres do grupo etário 25-44 anos que apresentaram a percentagem mais elevada de respostas afirmativas (77,5%), seguidas pelas mulheres do grupo etário 18-24 anos (61,7%), grupos etários correspondentes à designada idade fértil. Dos inquiridos do sexo masculino, 43,0% já tinha ouvido falar do composto. Quanto ao nível de instrução, verifica-se um aumento da percentagem de respostas afirmativas com o nível de escolaridade dos respondentes. De notar que as diferenças encontradas na análise têm significado estatístico ($p < 0,05$) (Tabela 1).

Tabela 1 Percentagem de inquiridos que já ouviram falar de ácido fólico, segundo sexo, grupo etário e nível de escolaridade

	n	%	IC 95%	p
Masculino	327	43,0%	(37,4;48,8)	0,022^a
Grupo Etário (anos)				
18-24	18	31,3	(12,8;58,5)	
25-44	68	46,0	(34,6;57,8)	
45-64	129	49,6	(40,4;58,9)	0,000^a
65-74	73	35,5	(24,4;48,4)	
≥75	39	31,1	(17,6;49,0)	
Feminino	620	51,4%	(47,2;55,5)	
Grupo Etário (anos)				
18-24	28	61,7	(42,9;77,5)	
25-44	148	77,5	(70,1;83,5)	
45-64	244	48,2	(41,5;54,9)	0,000^a
65-74	126	29,9	(21,7;39,8)	
≥75	74	32,3	(21,6;45,1)	
Nível de instrução	950			
Menos que ensino básico	147	22,1	(15,3;30,9)	
Ensino básico	521	36,3	(32,0;40,9)	0,000^a
Ensino secundário	140	70,8	(62,5;77,9)	
Ensino Superior	142	82,8	(75,5;88,3)	

n- número de registos válidos; (-,-)- IC 95% da estimativa; p- refere-se à comparação entre as classes da variável; a- χ^2 de Pearson

Nota: resultados ponderados por Região de Saúde.

As respostas obtidas, ainda que indicativas de algum conhecimento genérico sobre a questão, mostram que uma parte significativa da população, em especial os indivíduos do sexo masculino e os inquiridos com níveis de instrução mais baixos nunca tinha ouvido falar de ácido fólico.

¹ Feijó, M. J. Prevenção primária dos defeitos do tubo neural. O papel do ácido fólico. Observações nº 24. Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, Observatório Nacional de Saúde (ONSA). 2004.

² Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge. Observatório Nacional de Saúde (ONSA). *Em casa, pelo telefone, Observamos Saúde. Descrição e avaliação de uma metodologia*. Lisboa: Instituto Nacional de Saúde DR. Ricardo Jorge. Observatório Nacional de Saúde. 2003.

³ Daltveit, A. K., Vollset, S. E., Lande, B., Oien, H. Changes in knowledge and attitudes of folates, and use of dietary supplements among women of reproductive age in Norway 1998-2000. *Scand. J. Public Health*. 32(4): 264-271. 2004.

Prevalência auto declarada de algumas doenças crónicas

Maria João Branco, Paulo Nogueira, Teresa Conreiras

O Observatório Nacional de Saúde realizou um estudo com o objectivo de estimar a prevalência auto-declarada de algumas doenças crónicas na população residente em unidades de alojamento do Continente, com telefone fixo.

O estudo constou de um inquérito realizado por entrevista telefónica, no último trimestre de 2004, a um elemento de 18 e mais anos, residente nas unidades de alojamento (UA) que integram a amostra de famílias ECOS. Este respondente deu informação sobre a ocorrência de doenças crónicas noutros elementos do agregado. A amostra ECOS é aleatória e constituída por 1211 UA, com telefone fixo, com alocação homogénea, estratificada por Região de Saúde do Continente. Nestas unidades de alojamento existem 3434 indivíduos. As variáveis colhidas contemplaram idade, nível de instrução, ocupação e Região de Saúde de residência, peso, altura, ocorrência de sensação de ardor/queimadura retroesternal, tensão arterial elevada, diabetes, asma/bronquite asmática, doenças reumáticas, cancro, doença da tiróide, doença de Alzheimer, doença bipolar, doença de Parkinson, doença de Crohn e psoríase.

Obtiveram-se **975 questionários válidos** que incluíram respostas referentes a **2820 indivíduos**.

As **prevalências, auto declaradas**, estimadas na amostra de indivíduos em estudo (2820) foram as seguintes:

- Hipertensão arterial** ⇨ 18%.
- Diabetes** ⇨ 5%.
- Asma/bronquite asmática** ⇨ 9%.
- Doenças reumáticas** ⇨ 24%.
- Qualquer tipo de cancro** com confirmação médica ⇨ 2%.
- Doença da tiróide** com confirmação médica ⇨ 4%.
- Doença de Alzheimer** com confirmação médica ⇨ 0,1%.
- Doença Bipolar** com confirmação médica ⇨ 0,4%.
- Doença de Parkinson** com confirmação médica ⇨ 0,3%.
- Doença de Crohn** com confirmação médica ⇨ 0,3%.

As **prevalências, auto declaradas**, estimadas apenas na amostra de respondentes de 18 e mais anos (975) foram as seguintes:

- Sintomatologia sugestiva de Doença do Refluxo Gastro-Esofágico** (sensação de ardor/queimadura retroesternal) ⇨ 35%.
- Psoríase** ⇨ 1,8%.
- Obesidade** ⇨ 15,4%.

Apesar das limitações metodológicas, estes resultados podem constituir valores de referência úteis na fundamentação de programas de prevenção/intervenção.

Relatório do estudo disponível em www.onsa.pt

Editorial

O TERRAMOTO E A PANDEMIA DE GRIPE

O próximo terramoto em Lisboa e a pandemia de gripe partilham uma característica: temos a certeza que ambos vão ocorrer no futuro, mas não sabemos quando!

Contudo, as possibilidades de a sociedade se preparar para um e para outra são muito diferentes.

A preparação para os terramotos não pode basear-se em experiências reais e recentes pois, felizmente, eles só ocorrem de longe a longe. Tem de cingir-se a estudos e a simulacros, eventualmente muito distanciados da realidade.

Pelo contrário, a preparação para a pandemia de gripe pode e deve aproveitar-se de um facto muito simples: todos os anos somos visitados pela gripe sazonal, parente benigna da sua irmã pandémica.

Estamos verdadeiramente conscientes das potencialidades que esta situação nos oferece?

Talvez não!

Encaramos convictamente a possibilidade de aproveitar a gripe sazonal de 2005-2006, que está aí a chegar, para experimentar os nossos planos e as nossas capacidades, nacionais, regionais e locais?

Tenho dúvidas!

Entendemos claramente que a gripe sazonal deste Inverno pode ser a última possibilidade para fazermos uma séria experiência das intervenções que lançaremos caso a pandemia se inicie?

Não sei!

Pelo contrário, não tenho dúvida nenhuma que a luta contra a pandemia vai ganhar-se ou perder-se junto das populações, nas suas casas, escolas e empresas, nos Centros de Saúde e em cada Hospital de proximidade.

Mas afinal, temos uma população apreciavelmente informada, quiçá alarmada!

Temos autoridades e profissionais de saúde atentos!

Temos um Plano de Contingência nacional actualizado!

Temos cenários preliminares de impacte delineados para 74 populações do Continente e das Regiões Autónomas!

Temos uma gripe sazonal a aproximar-se rapidamente!

Neste quadro, a preparação e o ensaio das respostas no terreno, no nível local, junto das populações, só não serão iniciados já se não quisermos.

Se ficarmos quietos, na espera eterna de (mais) orientações e recursos e não arregaçarmos as mangas, assumiremos todos, decisores, planeadores e prestadores de cuidados, uma amarga responsabilidade.

José Marinho Falcão

Roteiro dos... Projectos

EVA - Efectividade da Vacina Antigripal

Estimação da efectividade através de um delineamento de coortes



Trata-se de um projecto que o ONSA está a realizar em colaboração com o Centro Nacional da Gripe (CNG), também do INSA, e o Centro de Estudos de Farmacoepidemiologia (CEFAR), da Associação Nacional das Farmácias (ANF), com os seguintes objectivos:

- Estimar, precocemente, a efectividade da vacina antigripal (VAG) recomendada para a época gripal em estudo;
- Testar a metodologia de recrutamento de indivíduos: a) em farmácias associadas da ANF - EVA-f e b) através de voluntários - EVA-v, para participação num estudo de coortes sobre a efectividade da vacina antigripal (VAG);
- Comparar as metodologias de recrutamento;
- Verificar se as metodologias aplicadas podem servir para estimar, de forma precoce, a efectividade da vacina para a gripe pandémica, se esta ocorrer e no caso de aquela vir a ser lançada.

Na eventualidade da ocorrência de uma pandemia de gripe, seria especialmente relevante ter preparada e ensaiada uma metodologia adequada que permitisse estimar em tempo útil a efectividade eventualmente produzida.

Assim, julgou-se pertinente verificar a aplicabilidade de um estudo observacional, com um delineamento de coortes, tendo em vista aquela finalidade.

Pretende-se pois comparar a incidência de gripe num grupo de indivíduos vacinados com a vacina antigripal, com a incidência correspondente encontrada num grupo de indivíduos sem vacinação antigripal. Contudo, para que o delineamento seja exequível e pouco dispendioso são especialmente relevantes os aspectos relacionados com o recrutamento e seguimento dos participantes.

O projecto está em curso, na fase de seguimento de cerca de 200 casos, terminando em Março de 2006.

Neste número...

Roteiro dos Projectos: O projecto EVA - Efectividade da Vacina Anti-gripal

Programa Nacional de Controlo da Infecção: Campanha para a promoção da prática de higiene das mãos

Consumo de tabaco nas Regiões de Portugal Continental

Uma observação sobre a ingestão de líquidos pela população Portuguesa Continental



INSTITUTO NACIONAL DE SAÚDE
Dr. Ricardo Jorge



Ministério da Saúde



Campanha para a promoção da prática de higiene das mãos

A transmissão cruzada de microrganismos através das mãos dos profissionais de saúde durante a prestação de cuidados, é a causa mais relevante das infecções nosocomiais. A **higiene das mãos** praticada de acordo com as recomendações é portanto a **medida mais eficaz na prevenção das infecções nosocomiais**.

Há estudos internacionais que demonstram que a adesão a esta prática nas Unidades de Saúde não ultrapassará os 50%.

Neste contexto, no âmbito do Programa Nacional de Controlo de Infecção (PNCI) e com o acordo da tutela está em implementação uma campanha para promoção da higiene das mãos, à semelhança do que vem a ser desenvolvido noutros países europeus, nomeadamente basear-se-á na campanha belga "VOUS ETES EN DE BONNES MAINS"- 2004/2005.

A campanha será desenvolvida em articulação estreita com os núcleos executivos das Comissões de Controlo de Infecção (CCI) que irão implementar as acções nas suas Unidades de Saúde. Para o sucesso desta campanha, é determinante o envolvimento de todos os grupos profissionais, nomeadamente Ordens dos Médicos, Enfermeiros, e dos próprios doentes.

Assim, será constituído um grupo de trabalho multidisciplinar, que permita a discussão dos pontos essenciais da campanha e das metodologias a adoptar no sentido de se obter maior sucesso.

A operacionalidade da campanha no "terreno" será efectuada pelas Comissões de Controlo de Infecção, de acordo com as estratégias definidas pelo grupo de trabalho e com apoio directo do mesmo, já que são as CCI das unidades de saúde quem melhor conhece a realidade da organização, os profissionais a envolver, os meios e recursos de que dispõe e outras especificidades que deverão ser consideradas para sucesso da campanha.

A campanha propriamente dita durará um mês, sendo a sua avaliação um elemento fundamental.

Com efeito avaliar o impacto das medidas implementadas e o nível de adesão dos envolvidos será fundamental, assim como, obter dados que permitam à posteriori, relacionar o aumento da adesão à higiene das mãos com a diminuição da prevalência das infecções nosocomiais.

Neste sentido, a adesão às práticas de higiene das mãos é avaliada antes e após a campanha. Estes dados serão analisados pelo PNCI e as Unidades de Saúde participantes receberão cada uma, informação relativa aos seus próprios resultados, o que só por si é um elemento importante na sensibilização dos prestadores de cuidados. Agregando estes dados a nível nacional, obteremos um indicador de medida do impacto da campanha.

Para mais informações sobre o assunto, contactar o **PNCI** (pncl@insa.min-saude.pt) ou **telefone:217573557**.



Venha à reunião anual da Rede Médicos-Sentinela 2006

Como habitualmente, vai realizar-se no Grande Hotel das Termas do Luso, em 26, 27 e 28 de Janeiro de 2006, mais uma reunião anual da Rede Médicos-Sentinela.

Iremos discutir os resultados dos estudos realizados em 2004 e 2005 e planear os novos estudos, que serão desenvolvidos em 2006 e 2007.

Se quiser participar nesta reunião, ou apresentar alguma proposta de estudo para o próximo ano, venha daí! Mesmo que não seja médico...

Para mais informações sobre a reunião contacte o Observatório Nacional de Saúde: tel. 217526488 ou 217526493

e-mail: isabel.falcao@insa.min-saude.pt



Com a finalidade de contribuir para o progresso, promoção e reconhecimento da investigação e do apoio científico em Portugal na área da Saúde Pública, o Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, confere anualmente um prémio denominado "**Prémio Ricardo Jorge de Saúde Pública**" que visa premiar o melhor trabalho português de investigação no ramo de Saúde Pública apresentado a concurso.

Este ano o júri deliberou atribuir o "Prémio Ricardo Jorge de Saúde Pública" 2005, ao trabalho

"A Morte Programada e o VIH: As Implicações na Saúde Pública dos Estudos da Indução de Apoptose por parte de Estirpes Primárias e Quiméricas de VIH-2 CXCR4/CCR5 Independentes"

Quirina dos Santos Costa(1), Kamal Mansinho(2), José Moniz Pereira(1), José Azevedo Pereira(1)

1. Faculdade de Farmácia de Lisboa, Centro de Patogénese Molecular, Unidade de Retrovírus e Infecções Associadas
2. Hospital Egas Moniz, S.A., Serviço de Infecçologia e Medicina Tropical

Foi decidido, ainda, atribuir duas menções honrosas, aos seguintes trabalhos:

"Minas de Urânio e seus resíduos: Efeitos na saúde da população"

José Marinho Falcão(1), Fernando P. Carvalho(2), Mário Machado Leite(3), Madalena Alarcão(4), Eugénio Cordeiro(5), João Ribeiro(6)

1. Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, Observatório Nacional de Saúde (INSA)
2. Instituto Tecnológico e Nuclear, Departamento de Protecção Radiológica e Segurança Nuclear
3. Instituto Nacional de Engenharia, Tecnologia e Inovação-Laboratório do Porto
4. Faculdade de Psicologia e de Ciências e de Educação, Universidade de Coimbra
5. Administração Regional de Saúde do Centro, Centro Regional de Saúde Pública do Centro
6. Hospital de S. Teotónio, S.A., Laboratório de Patologia Clínica

"Obesidade Juvenil Prevalência nas escolas oficiais do 2º e 3º. Ciclos do ensino básico do Distrito de Lisboa associado com factores sócio-económicos e demográficos"
Joana Sousa - Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade Nova de Lisboa (Dissertação de Mestrado em Saúde Pública)

Ficha Técnica

Propriedade: ONSA - Observatório Nacional de Saúde

Responsável: Maria João Branco

Equipa Redactorial: Baltazar Nunes, Paulo Nogueira

Sede: Avenida Padre Cruz 1649-016 LISBOA

Tel: 21.752 64 04 Fax: 21.752 64 99 e-mail onsa@insa.min-saude.pt

Tiragem: 6 000 exemplares Distribuição: gratuita

ISSN 0874-2928 Depósito Legal: 125868/98

Produção Gráfica: Litomaior Ind. Litográfica, Lda. - Rio Maior

Consumo de tabaco nas Regiões de Portugal Continental

Comparação dos dados dos Inquéritos Nacionais de Saúde de 1987, 1996 e 1999.

Sara Rabiais, Carlos Matias Dias

Os Inquéritos Nacionais de Saúde (INS) já realizados (1987, 1996 e 1999) permitem calcular as prevalências de fumadores para cada uma das 5 regiões administrativas de Portugal Continental (NUTS 2)^{1,2,3}.

A Figura 1 e Quadro 1 contêm a prevalência de fumadores actuais em cada sexo no Continente (ponderada para as Regiões) assim como as prevalências regionais padronizadas para a idade (método directo, população padrão Europeia).

A prevalência de fumadores foi mais elevada nos homens do que nas mulheres em todas as Regiões do Continente, mesmo após remover o efeito da idade e das diferenças de representatividade regional. Comparando os três INS não se observam diferenças significativas na prevalência de fumadores masculinos em nenhuma das 5 Regiões, apesar se observar um aumento nas regiões do Centro e Lisboa e Vale do Tejo e uma diminuição nas restantes Regiões. Nos três INS foi nas Regiões mais a sul que se observaram as prevalências mais elevadas de fumadores masculinos (Quadro 1).

Já no sexo feminino pode-se confirmar a quase duplicação da prevalência de fumadoras tanto no Continente, como, ainda que em grau variável, nas 5 Regiões. Tal como no sexo masculino, foi também nas Regiões mais a sul que se observaram as prevalências mais elevadas de fumadoras, nos três INS (Quadro 1).

Quadro 1 - Prevalências de fumadores actuais, padronizadas para a idade, nos três INS

Região	Masculino						Feminino					
	1987		1995		1998		1987		1995		1998	
	%	IC 95%	%	IC 95%	%	IC 95%	%	IC 95%	%	IC 95%	%	IC 95%
Continente*	34,9	(33,9;35,8)	34,4	(33,6;35,3)	33,8	(32,9;34,6)	6,1	(5,7;6,5)	9,3	(8,8;9,7)	11,1	(10,6;11,6)
Norte	36,1	(34,3;37,9)	34,6	(33,0;36,2)	32,8	(31,3;34,3)	4,4	(3,8;5,0)	5,9	(5,2;6,5)	7,8	(7,1;8,5)
Centro	27,7	(26,0;29,5)	28,5	(26,7;30,3)	29,2	(27,4;31,1)	3,6	(3,0;4,2)	6,8	(5,9;7,6)	7,3	(6,3;8,2)
LVT	34,9	(33,1;36,7)	35,4	(33,7;37,0)	35,8	(34,0;37,5)	9,3	(8,4;10,2)	14,2	(13,1;15,2)	16,2	(15,0;17,3)
Alentejo	46,9	(43,2;50,5)	42,4	(39,7;45,2)	38,5	(35,8;41,2)	5,3	(4,0;6,6)	8,1	(6,8;9,4)	11,2	(9,7;12,8)
Algarve	41,8	(37,6;46,0)	41,4	(38,4;44,4)	39,7	(37,0;42,3)	7,4	(5,6;9,2)	12,5	(10,8;14,2)	16,0	(14,3;17,8)

*Valor ponderado por Região

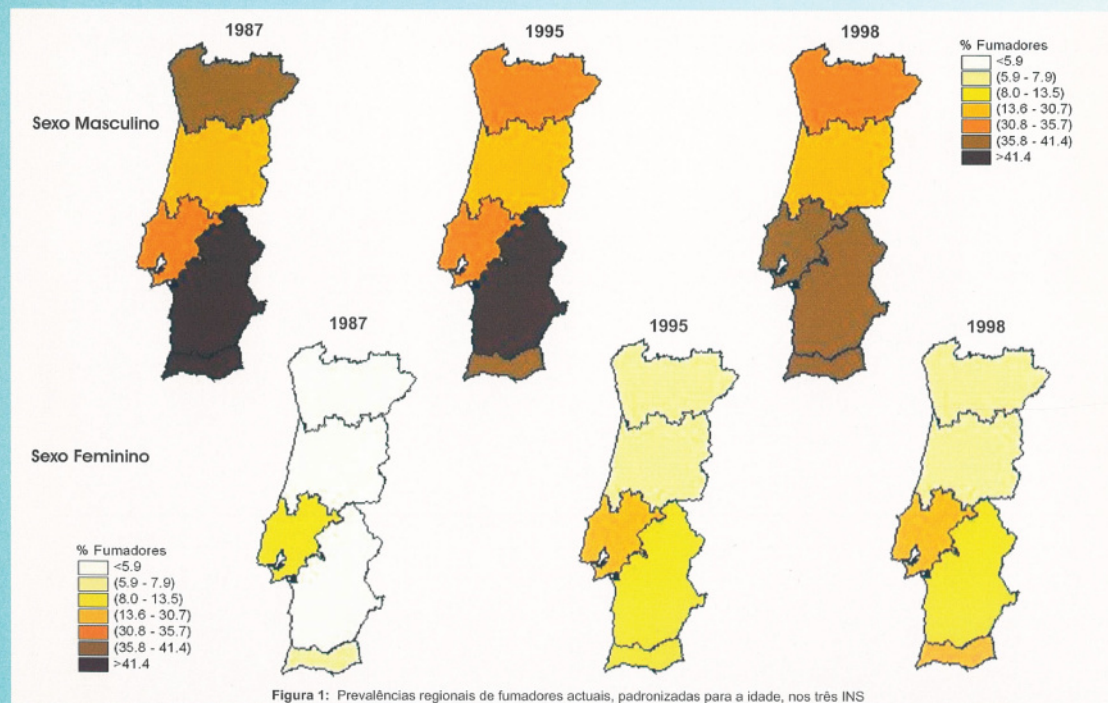


Figura 1: Prevalências regionais de fumadores actuais, padronizadas para a idade, nos três INS

Esta observação confirma as tendências evolutivas da epidemia tabágica em Portugal e justifica a maior atenção prestada à prevenção do consumo de tabaco nas mulheres, em especial as mais jovens⁴.

Referências:

1. Ministério da Saúde. Departamento de Estudos e Planeamento da Saúde. Inquérito Nacional de Saúde 1987. Lisboa, DEPS, 1988.
2. Ministério da Saúde. Departamento de Estudos e Planeamento da Saúde. Inquérito Nacional de Saúde 1995/1996. Lisboa, DEPS, 1997.
3. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge. Inquérito Nacional de Saúde 1998/1999. Lisboa, INSA, 2000.
4. Matias Dias C, Jesus Graça M, Marinho Falcão. Algumas características sócio-económicas dos fumadores na população de Portugal continental. Resultados do Inquérito Nacional de Saúde de 1995/1996. Notas Sobre nº1. INSA 1999.



Uma observação sobre a ingestão de líquidos pela população de Portugal Continental.

Eleonora Paixão, Teresa Contreiras, Carlos Matias Dias

Não é de mais salientar a importância que a água tem para todos os seres vivos, em especial para o ser Humano. A água, enquanto elemento, constitui, em média, cerca de 60% da massa corporal, 70% do peso do cérebro, 82% do sangue e 90% dos pulmões.

Estes factos, frequentemente menosprezados, estão associados à renovação diária de aproximadamente 2,4 litros de água, através da ingestão bebidas e de alimentos, sob pena de alterações nos equilíbrios fisiológicos, mais fáceis de suceder nas crianças, jovens e idosos, em especial nas épocas de temperatura ambiental mais elevada.^{1,2}

Este papel determinante da água na saúde humana, associado às recentes alterações climáticas, aquecimento global e ondas de calor, trazem o tema "ingestão de água" à primeira linha das preocupações dos serviços de saúde, em especial os de Saúde Pública, revelando-se importante conhecer os hábitos dos portugueses relativamente à ingestão de líquidos, em particular de água.

O ONSA (Observatório Nacional de Saúde) através do "painel" de famílias ECOS³ realizou um inquérito por telefone, entre 13 de Julho e 1 de Agosto de 2005, com o objectivo principal de caracterizar a ingestão média diária de água, sumos/refrigerantes/cervejas sem álcool, bebidas alcoólicas, café, chá e leite na população portuguesa. O questionário foi aplicado a um elemento da Unidade de Alojamento (UA) com 18 ou mais anos, tendo sido obtida informação válida de 901 UA (taxa de resposta de 75,5%). Os resultados apresentados são ponderados pela população residente com 18 ou mais anos por Região, segundo os Censos de 2001.

Este inquérito mostrou que, em Portugal Continental, a água é o líquido mais ingerido em média por dia (1,35 l) principalmente a água engarrafada (0,69 l). Segue-se o leite (0,25 l), as bebidas alcoólicas (0,15 l), o chá, sumos/refrigerantes/cerveja sem álcool (0,10 l) e o café (0,06 l) o que corresponde a 1 bica).

De salientar, também, as diferenças estatisticamente significativas observadas no volume médio diário de líquidos ingerido por ambos os sexos (Homens: 2,32 l; mulheres: 1,86 l; $p < 0,001$) e pelos diferentes grupos etários ($p < 0,001$) (Figura 1).

Por idade, foi no grupo etário dos 25 a 34 anos que se verificou a maior ingestão média diária de líquidos (2,35 l) e conseqüentemente de água (1,62 l) sendo principalmente esta engarrafada (0,96 l) (Figura 2). Pelo contrário, foi entre os idosos com 75 anos e mais, que se observou a menor ingestão média diária de líquidos (1,61 l), e de água (1,10 l).

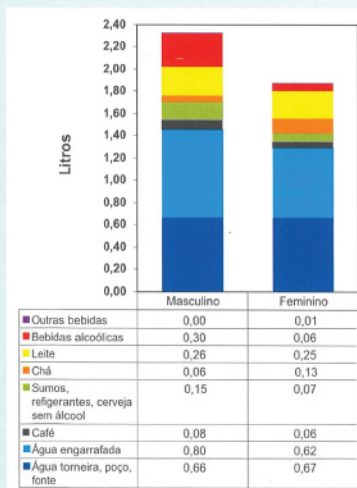


Figura 1: Volume médio, em litros, de líquidos ingeridos por dia, segundo o sexo.

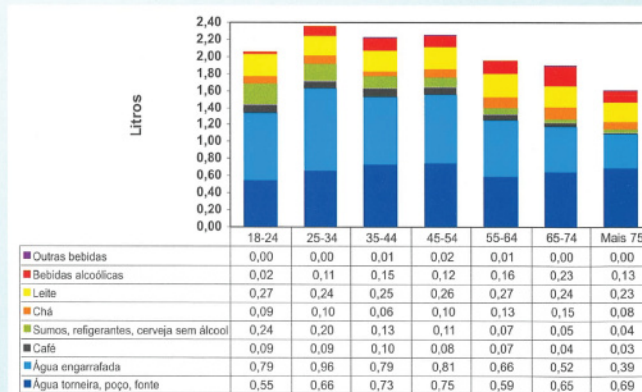


Figura 2: Volume médio em litros, de líquidos ingeridos por dia, segundo a idade.

De realçar o consumo de bebidas alcoólicas superior nos homens (0,30 l em média por dia ($p < 0,001$)) e no grupo etário dos 65 aos 74 anos (0,23 l em média por dia ($p < 0,001$)).

Em relação à ingestão de leite não se verificaram diferenças relevantes nem por sexo, nem por idade.

Mais resultados poderão ser consultados no relatório que será publicado brevemente.

Referências:

1. U.S. Department of Interior U.S. Geological Survey. The water in you. Consultado em 29-11-2005: <http://ga.water.usgs.gov/edu/mwater.html>
2. Environment Canada. The nature of water. Consultado em 29-11-2005: http://www.ec.gc.ca/water/en/e_quickfacts.htm
3. Contreiras T, Nunes B, Branco MJ. Em Casa, pelo telefone, Observamos Saúde: Descrição e avaliação de uma metodologia. Lisboa: Observatório Nacional de Saúde, Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge; 2003.

Editorial

VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA NUNCA, NUNCA SE ESQUEÇAM DAS PESSOAS!

Tudo indica que a vigilância epidemiológica (VE) irá modernizar-se em Portugal. Um diploma legal vai ser publicado e inspirará novas abordagens e melhores métodos.

Ainda bem!

Se for interpretado e aplicado com inteligência, a VE dará um grande salto em frente.

De facto, compreender-se-á que a VE não diz respeito apenas às doenças transmissíveis.

Perceber-se-á também que a VE não pode basear-se sempre no mesmo tipo de estruturas nem nos mesmos métodos. Em consequência, verificar-se-á que não pode haver um sistema de VE mas sim muitos sistemas de VE. Cada um deles terá a(s) sua(s) doença(s) ou situação(ões) alvo, o seu protocolo técnico-científico específico, o seu(ua) coordenador(a), o seu processo de avaliação!

Ter-se-á, a noção clara que a VE não pode limitar-se às clássicas declarações, obrigatórias ou voluntárias. Os dados poderão ser obtidos também em laboratórios, farmácias, escolas, empresas, conservatórias do registo civil, grandes sistemas de informação de rotina (mortalidade, GDH, utilização de serviços de urgência) e, provavelmente, de muitas outras origens que só a capacidade de inovar, e não o diploma, identificará.

Mas, meus amigos, não se esqueçam de uma importante origem de dados para VE: cada uma das pessoas da nossa população.

De facto, o papel de cada pessoa nos sistemas de VE nunca parará de aumentar. Por agora, através de entrevista pessoal, postal ou telefónica, por e-mail, por SMS; no futuro, quiçá, através de tecnologias de satélite ou por novos meios tecnológicos que a sagacidade humana não deixará de desenvolver.

Meus amigos: vocês, os que estão prestes a lançar-se em novas formas de VE, nunca, nunca se esqueçam das pessoas!

José Marinho Falcão

Neste número...

Gripe das aves: Preocupações e conhecimentos da população

Uma Observação sobre prevalência de perturbações do sono, em Portugal Continental

Dislipidémia: uma abordagem pela Rede Médicos-Sentinela

Se é homem, jovem entre os 15 e 34 anos de idade, português, este artigo é para si! Novas evidências e novas pistas.

GRIFE DAS AVES

Preocupações e conhecimentos da população

José Marinho Falcão, Eleonora Paixão, Baltazar Nunes

A possibilidade de ocorrência de uma pandemia de gripe tem concentrado a atenção de um grande número de países que, em consequência, desenvolveram planos para combater a eventual pandemia.

Em Portugal, sobretudo desde o início de 2005, a população tem vindo a ser exposta a várias ondas de informação, de diversas origens.

O ONSA realizou um estudo com os objectivos de estimar o grau de preocupação e conhecimento da população portuguesa sobre a gripe das aves e avaliar a evolução dos resultados de dois inquéritos realizados em dois tempos: Abril e Novembro de 2005.

Foi usada uma amostra aleatória de indivíduos pertencentes às famílias que participam na amostra ECOS. A colheita de dados foi realizada através de entrevista telefónica.

Estudaram-se 950 inquiridos, em Abril e 873 inquiridos, em Novembro. A distribuição dos respondentes por sexo e por grupo etário foi semelhante nos dois tempos do estudo.

O grau de preocupação com a "gripe das aves" aumentou entre Abril e Novembro, sobretudo devido à evolução das percentagens dos que referiram ter "alguma preocupação" (Abril: 48,4%; Novembro: 56,5%) e dos que referiram "nenhuma preocupação" (Abril: 35,6%; Novembro: 27,5%). As diferenças foram estatisticamente significativas ($p=0,004$) (Figura 1).

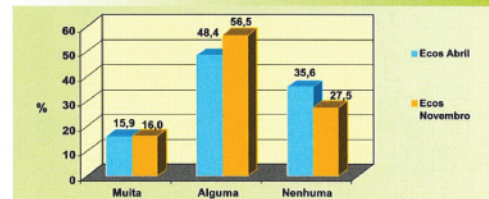


Figura 1: Distribuição percentual dos indivíduos pelo grau de preocupação com a "gripe das aves" (Abril e Novembro de 2005)

A autoavaliação dos participantes em relação ao seu grau de conhecimentos sobre "gripe das aves" também se alterou significativamente ($p<0,001$) entre Abril e Novembro. Assim, a percentagem de respondentes que declararam ter "muito bom" ou "bom" conhecimento aumentou de 10,5% para 27,0%. A percentagem que referiu "muito mau" ou "mau" diminuiu de 44,9% para 15,3% (Figura 2).

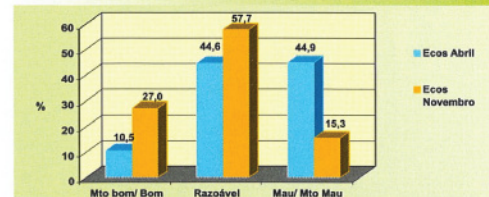


Figura 2: Distribuição percentual dos indivíduos pela auto-percepção do grau de conhecimentos que têm sobre a "gripe das aves" (Abril e Novembro de 2005)

Mais resultados estão disponíveis na nota preliminar publicada em www.onsa.pt.



INSTITUTO NACIONAL DE SAÚDE
Dr. Ricardo Jorge



Ministério da Saúde



UMA OBSERVAÇÃO SOBRE A PREVALÊNCIA DE PERTURBAÇÕES DO SONO, EM PORTUGAL CONTINENTAL

Eleonora Paixão, Maria João Branco, Teresa Conreiras

O ONSA com o presente trabalho pretendeu contribuir para o conhecimento da evolução dos hábitos do sono e da prevalência das respectivas perturbações, na população de 18 e mais anos, do Continente.

O estudo constou de dois inquéritos realizados por entrevista telefónica, em **1999** e em **2004**, a um elemento de 18 e mais anos, residente nas unidades de alojamento (UA) que integram o painel ECOS. Tratou-se de uma amostra aleatória que, em **1999**, constou de **1171 unidades de alojamento (UA)** e, em **2004**, de **1211 UA**, com telefone fixo, estratificada por Região de Saúde do Continente, com alocação homogénea.

As variáveis colhidas contemplaram sexo, idade, nível de instrução e Região de Saúde de residência, **hábitos de sono, ocorrência de perturbações do sono, ocorrência de sequelas de sono não reparador** e utilização de medicação "para dormir".

Obtiveram-se **861** questionários válidos em **1999** e **975**, em **2004**. Neste artigo apresentam-se os resultados sobre a medicação "para dormir".

A medicação "para dormir" com utilização permanente ou frequente foi referida por cerca de **11%** dos respondentes, em **1999** e **14%**, em **2004** (Figura 1).

No estudo de **2004**, na Região Norte observou-se, uma maior percentagem, estatisticamente significativa, de indivíduos medicados (**15,0%**), relativamente a **1999** (**7,1%**) ($p=0,017$) (Figura 1).

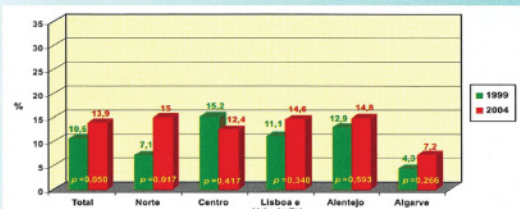


Figura 1: Percentagem de indivíduos que referiram "tomar comprimidos para dormir" sempre ou quase sempre, segundo a Região, em **1999** e **2004**

As distribuições da toma de "comprimidos para dormir" sempre ou quase sempre por sexo e idade não se revelaram significativamente diferentes entre os dois inquéritos (Figuras 2 e 3).

Foram as mulheres (**13,7%** e **17,8%**) e os mais idosos (**25,1%** e **32,4%**) que apresentaram em maior percentagem, indivíduos a referirem tomar comprimidos para dormir.

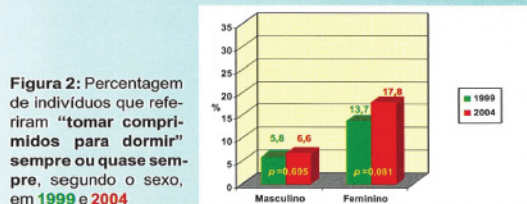


Figura 2: Percentagem de indivíduos que referiram "tomar comprimidos para dormir" sempre ou quase sempre, segundo o sexo, em **1999** e **2004**

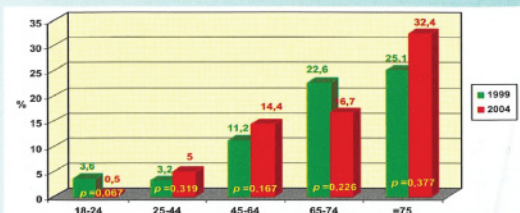


Figura 3: Percentagem de indivíduos que referiram "tomar comprimidos para dormir" sempre ou quase sempre, segundo a idade, em **1999** e **2004**

Para mais resultados relativos a este estudo, pode ser consultado o relatório disponível em www.onsa.pt.



XIV Congresso Anual da Sociedade Portuguesa de Estatística
27 a 30 de Setembro de 2006, Hotel Tryp Dona Maria, na Covilhã
Tel.: 275 329 256 Fax: 319 732 275
<http://www.spe2006.ubi.pt/> e-mail: spe2006@ubi.pt

1st European Conference on Injury Prevention and Safety Promotion
Challenges and Solutions for a safer Europe
25-27 Junho de 2006, Viena, Austria
Tel: +31205114573 Fax: +31205114510
www.eurosafe.eu.com/events
email: secretariat@eurosafe.eu.com

Seminários de Investigação Dr. Ricardo Jorge 2006

No âmbito das suas actividades de divulgação científica, o Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge apresenta o programa de Seminários de Investigação Científica Ricardo Jorge para 2006.

Com estes seminários o Instituto pretende dar a conhecer o âmbito e resultados das suas actividades de investigação científica. Tem ainda como grande objectivo fomentar a discussão sobre temas da área das ciências da saúde e promover o diálogo entre grupos de investigação com interesses comuns, dentro e fora desta instituição. A apresentação do trabalho será seguida por uma discussão informal sobre o tema, que contará com a presença de um moderador especialista na área de investigação abordada.

Às 12:30 no auditório do Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge.

Ciclo de Imunologia

27 de Abril

Estudos imunogenéticos na Esclerose Múltipla
Berta Martins

25 de Maio

Ceruloplasmina: o elo de ligação entre o metabolismo do ferro, stress oxidativo e sistema imunológico?
Luciana Costa

Ciclo de genética, genómica e proteómica (Doenças Genéticas)

22 de Junho

Proteómica das doenças pulmonares crónicas: da descoberta de biomarcadores à aplicação clínica
Deborah Penque

28 de Setembro

Identificação e caracterização de genes candidatos para anomalias congénitas associadas a translocações: genes da família do TGF
Dezdo David

26 de Outubro

Genética da Aterosclerose
Mafalda Bourbon

Ciclo de Saúde Ambiental

23 de Novembro

Uma abordagem molecular das cianobactérias: da detecção e análise da diversidade à construção de biosensores
Elisabete Valério

14 de Dezembro

EuroFIR - European Food Information Resource
Maria Antónia Calhau

* Seminário extraordinário, das 11:30 às 13:30

Av^o Padre Cruz, 1649-016 Lisboa
Telefone 217519200 - Fax 217526400 - www.insarj.pt; info@insa.min-saude.pt

Ficha Técnica

Propriedade: ONSA - Observatório Nacional de Saúde
Responsável: Maria João Branco
Equipa Redactorial: Baltazar Nunes, Paulo Nogueira
Sede: Avenida Padre Cruz, 1649-016 LISBOA
Tel: 21.752 64 04 Fax: 21.752 64 99 e-mail onsa@insa.min-saude.pt
Tiragem: 6 000 exemplares Distribuição: gratuita
ISSN 0874-2928 Depósito Legal: 125868/98
Produção Gráfica: Litomaiores Ind. Litográfica, Lda. - Rio Maior

Dislipidemia: uma abordagem pela Rede Médicos-Sentinela

Isabel Marinho Falcão - Coordenadora da Rede Médicos-Sentinela, INSA/ONSA
Mário Silva - Médico de família do CS da Chamusca

As doenças do aparelho circulatório, nomeadamente as doenças cerebrovasculares e a doença isquémica cardíaca são a principal causa de morte em Portugal em ambos os sexos e assumem cada vez mais protagonismo, nos países em vias de desenvolvimento⁽¹⁾.

O inequívoco reconhecimento da existência de numerosos factores de risco envolvidos na génese daquelas doenças, gerou recomendações para que sejam implementadas medidas que promovam estilos de vida saudáveis, na população portuguesa, como forma de prevenção da doença cardíaca e ainda para que seja feita uma intervenção precoce nos indivíduos com perfil lipídico de risco, visando baixar os níveis de colesterol médio da população portuguesa para os recomendados a nível europeu (colesterol total <190mg/dl e fracção ldl<115mg/dl)⁽¹⁾.

A decisão de tratar um doente dislipidémico com fármacos não é difícil, em situações extremas, nomeadamente nos doentes que já tiveram um acidente vascular, mas, por todas as implicações que tem, é muito complexa quando o doente apresenta um quadro clínico de risco intermédio e nunca teve manifestações clínicas de doença aterosclerótica⁽²⁾. Assim, considerando a controvérsia existente sobre este assunto e a escassa informação existente sobre a incidência anual da doença em Portugal, a Rede Médicos-Sentinela⁽³⁾, sistema de informação em saúde constituído por cerca de uma centena e meia de Clínicos Gerais/Médicos de Família, decidiu estudar o tema dislipidémias, durante o ano de 2004.

Os resultados que a seguir se apresentam foram estimados a partir desses dados.

Foram notificados, semanalmente, em suporte de notação de papel, para o ONSA todos os novos casos de dislipidémia de que os Médicos-Sentinela (MS) tiveram conhecimento, ocorridos nos utentes das respectivas listas. Os dados foram depois introduzidos em computador e analisados em Excel.

Os critérios para o diagnóstico de dislipidémia foram os seguintes (segundo Fundação Portuguesa de Cardiologia): colesterol total \geq 190mg/dl; ou triglicéridos \geq 150mg/dl.

Consideraram-se como *dislipidémias de alto risco*, as dislipidémias mistas com um valor baixo de HDL, i.e. quando se verificou existirem, simultaneamente as seguintes três condições: colesterol \geq 190 mg/dl; triglicéridos \geq 150 mg/dl; e HDL \leq 35 mg/dl.

Foram enviadas, pelos Médicos-Sentinela 2228 notificações de novos diagnósticos de dislipidémia, 971 em homens (43,6%) e 1257 em mulheres (56,4%).

A distribuição das taxas de incidência (10^3), por sexo e grupo etário encontra-se na fig. 1.

Verificou-se que, em ambos os sexos a taxa subiu progressivamente, atingiu o pico no grupo etário 55-64 anos, com o valor máximo mais elevado nas mulheres (42,4/ 10^3) do que nos homens (31,5/ 10^3) e decresceu nos grupos etários seguintes, de forma progressiva.

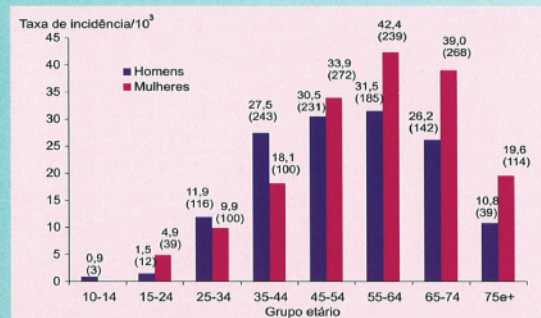


Fig. 1 - Taxa de incidência das dislipidémias (10^3) por sexo e grupo etário, em 2004 (nº de casos entre parêntesis).

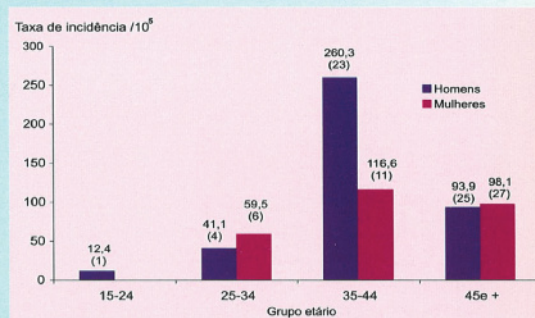


Fig. 2 - Taxa *dislipidémias de alto risco* (mistas e com HDL \leq 35), por sexo e grupo etário e (nº de casos entre parêntesis).

Na fig. 2 está representada a distribuição das *dislipidémias de alto risco*, por sexo e grupo etário.

Verificou-se que, no sexo feminino, a taxa atingiu o valor máximo no grupo 35-44 anos e depois decresceu ligeiramente com a idade. No sexo masculino o valor máximo da taxa foi atingido no grupo etário 35-44 anos, sendo cerca de 2,8 vezes o encontrado nos indivíduos com 45e+anos (Fig. 2).

A diferença encontrada nos homens do grupo etário 35-44 anos deve ser observada com atenção. Em relação às mulheres do mesmo grupo etário, essa diferença poderia ser explicada, na opinião de alguns autores, pelo efeito protector dos estrogénios⁽²⁾. No entanto, aquela diferença pode, também, ser um artefacto e não corresponder à realidade, por duas razões: a primeira é o facto de número de casos em análise ser muito reduzido, o que, só por si, pode induzir em erro a interpretação dos resultados; e por outro lado, a elevada taxa encontrada no grupo 35-44 anos poderá corresponder a um esforço adicional dos médicos para identificar e tratar precocemente a doença nos homens.

Saliente-se que 4,4% dos doentes a quem foi feito, de novo, o diagnóstico de dislipidémia, em 2004, se apresentaram com um quadro analítico de *dislipidémia de alto risco*, sendo o grupo 35-44 anos o mais atingido.

Poder-se-á, assim, ponderar sobre o benefício do diagnóstico e orientação terapêutica da dislipidémia cada vez mais precoces.

Referências:

- 1- Direcção-Geral da Saúde, Ministério da Saúde. Plano Nacional de Saúde 2004/2010 volume II orientações estratégicas. Lisboa, 2004;64-67.
- 2- <http://www.huc.min-saude.pt/consulta-lipidologia/RIGHT.htm>
- 3- ONSA, Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge. O que deu nas vistas em 2002. Médicos-Sentinela (16). Lisboa, 2004
- 4- Borm Bruckmeier 2005
- 5- Lorenzatti, A; Cúneo, C; Lozada, A; Congresso Virtual de Cardiologia, Argentina 2005
- 6- Urzia, CZ; dislipidémias: diagnóstico e tratamento. Serviço de Nutrição e Diabetes, Fac. Medicina da Univ do Chile, 2004
- 7- Mejia, JA; utilidade do laboratório no controle das dislipidémias; Colombia Médica, 2002
- 8- Brookes, Linda; European Guidelines on Cardiovascular Disease Prevention, 2003
- 9- Ravnskov, U; New cholesterol guidelines for converting healthy people into patients, 2003

Se é homem, jovem entre os 15 e 34 anos de idade, português, este artigo é para si! Novas evidências e novas pistas*

Paulo Nogueira; Emanuel Rodrigues

Para o leitor assíduo da OBSERVAÇÕES este título é familiar. Com efeito no número 26, falámos do projecto ISADORA - Investigação da Sazonalidade das Doenças com Repercussões Acentuadas. Assinalámos, então, a evidência de morte dos homens portugueses, jovens (15-24 anos), de forma sistemática, aos fins-de-semana. Agora, com informação adicional que entretanto foi possível analisar, novas evidências e novas pistas relativas às respectivas causas do fenómeno são dignas de nota.

Estudámos a sazonalidade e periodicidades na série de dados da mortalidade por "Todas as causas" e por Lista de Tabulação Básica (LBT: CID-9), entre 1980 e 2001.

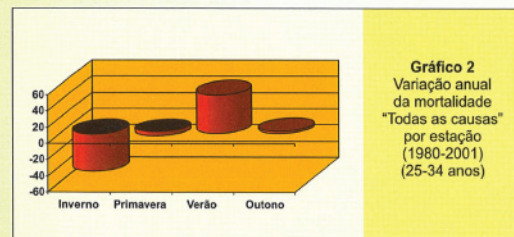
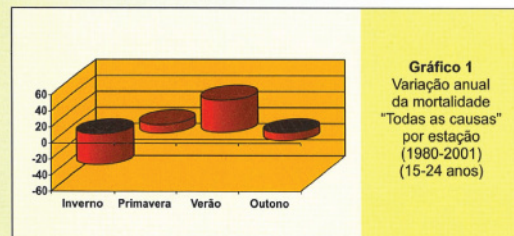
Os resultados permitem-nos especificar as causas de morte que poderão estar relacionadas com o fenómeno descrito para os jovens do sexo masculino, dos 15 aos 24 anos e demonstraram que a ocorrência do fenómeno no grupo etário de 25 aos 34 anos de idade também tem significado estatístico (Tabela 1).

Tabela 1: Principais sazonalidades da mortalidade do sexo masculino dos grupos etários 15-24 e 25-34 anos por "Todas as causas" e algumas causas da Lista de Tabulação Básica, durante o período de tempo 1980-2001

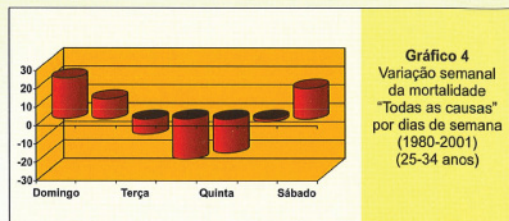
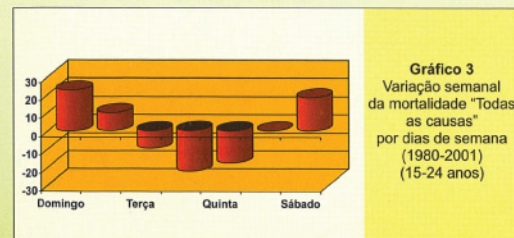
Mortalidade	15-24 anos	25-34 anos
"Todas as causas"	VERÃO DOMINGO QUARTA	VERÃO DOMINGO
Sintomas, sinais e afecções mal definidas	DOMINGO VERÃO	
Fracturas	DOMINGO VERÃO	VERÃO
Traumatismos intracranianos, intratorácicos e intra-abdominais, incluindo nervos	DOMINGO VERÃO	DOMINGO VERÃO
Outros traumatismos e complicações imediatas de traumatismos	DOMINGO VERÃO	VERÃO

A sazonalidade detectada na mortalidade por "Todas as causas" para os grupos etários 15-24 e 25-34 anos revelou-se associada:

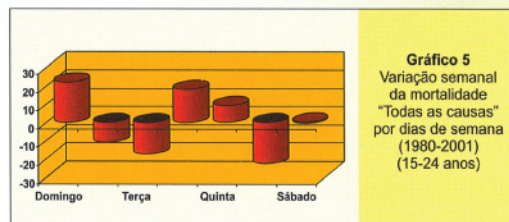
- i. à ocorrência de uma periodicidade anual, no VERÃO (gráfico 1 e 2);



- ii. à ocorrência de uma periodicidade semanal (gráficos 3 e 4).



Na análise da mortalidade por "Todas as causas", no sexo masculino, entre os 15 e os 24 anos, evidenciou-se, ainda, uma periodicidade de meia-semana, com picos de mortalidade adicionais à QUARTA-FEIRA e ao DOMINGO (gráfico 5).



Especificando a análise da mortalidade dos homens, dos 15-24 anos, por algumas causas básicas de morte, observou-se uma periodicidade semanal, nomeadamente:

- sintomas, sinais e afecções mal definidas (LBT 46), no decénio de 1991-2001;
- fracturas (LBT 47) e traumatismos intracranianos, intratorácicos e intra-abdominais, incluindo nervos (LBT 49);
- outros traumatismos e complicações imediatas de traumatismos (LBT 55), também de 1991 a 2001.

No sexo masculino entre os 25 e os 34 anos, a periodicidade semanal apenas se revelou associada com a causa básica de morte *traumatismos intracranianos, intratorácicos e intra-abdominais, incluindo nervos* (LBT 49), no período mais recente (1991-2001).

Os resultados obtidos permitem-nos concluir:

- Existe um padrão, semanal, na mortalidade dos indivíduos do sexo masculino com idades entre os 15 e os 34 anos, provavelmente associado a comportamentos, sociais e culturais;
- A periodicidade semanal da mortalidade no mesmo sexo e grupo etário parece estar associada, essencialmente à causa de morte *fracturas, traumatismos e suas consequências imediatas*;
- A periodicidade de meia semana observada na mortalidade dos jovens (15-24 anos) no sexo masculino deverá merecer uma investigação mais aprofundada, de modo a clarificar o padrão e eventuais associações a causas de morte específicas;
- A ocorrência do fenómeno no grupo etário dos 25 aos 34 anos apresentou-se estatisticamente significativa quando se integrou na análise a mortalidade ocorrida em 2001. Essa periodicidade pode estar eventualmente associada a padrões de comportamento que estes indivíduos têm vindo a adquirir ou traduzem hábitos adquiridos antes da transição para este grupo etário.

* O Projecto ISADORA é co-financiado pela Fundação Merck, Sharp & Dhome.

Editorial

UM EDITORIAL EM DOIS COMENTÁRIOS

UM - Vigilância epidemiológica: afinal ainda temos uma antiguidade legislativa

No editorial de Março de 2006 regozijei-me com a publicação muito próxima do diploma da vigilância epidemiológica. Enganei-me: ou me deram uma informação errada, ou houve um mudar de ideias, na última hora!

Foi pena. Afinal, continuamos com uma antiguidade legislativa de 1949, obsoleta ainda que historicamente interessante. Valha-nos o facto que muita da vigilância epidemiológica que se faz em Portugal é já mais semelhante ao preconizado no diploma agora adiado do que à relíquia de há 57 anos.

Mas, por favor, não demoremos muito mais tempo a libertar as asas do novo diploma!!!

DOIS - 2006: o calor não se fez esperar

O índice ÍCARO agitou-se, pela primeira vez em 2006. No dia 25 de Maio, 5ª feira, as temperaturas previstas pelo Instituto de Meteorologia para os dias seguintes levaram ÍCARO a prever a ocorrência de um excesso de mortalidade não negligenciável.

As temperaturas verificadas confirmaram as previsões do IM.

E o sistema de prevenção dos efeitos do calor excessivo foi accionado!

O Serviço Nacional de Bombeiros e Protecção Civil e a Direcção Geral da Saúde emitiram recomendações à população. A Comunicação Social interessou-se e divulgou-as. Deseja-se que tenha sido possível desencadear outras intervenções a nível local.

Se não, que tenha ficado reavivada a noção de que, em grande parte, a luta contra os efeitos do calor se ganha ou se perde nos concelhos, nas freguesias e nas localidades. Se ganha ou se perde na medida em que as intervenções atinjam, com eficácia, os idosos e os grupos sociais em risco mais elevado.

Aproveite-se este primeiro ataque do calor em 2006 para aperfeiçoar e exercitar as intervenções que os próximos períodos de calor excessivo irão exigir.

29.5.2006
José Marinho Falcão

Neste número...

Roteiro dos Laboratórios: CSAN - Tabela da Composição de Alimentos

Roteiro dos Laboratórios: GHCI Diagnóstico pré-natal rápido de aneuploidias

A gripe em 2005-2006: tão falada e receada, mas afinal tão ligeira!

EVA: vamos continuar...mesmo sem Adão!

Roteiro dos... Laboratórios

Centro de Segurança Alimentar e Nutrição CSAN



O INSA, consciente de que a alimentação é um dos factores determinantes em saúde, apoiou o CSAN na concretização de uma nova Tabela da Composição de Alimentos.

A informação sobre a composição química dos alimentos serve de base, entre outros aspectos, ao estudo da relação entre a alimentação e o estado de saúde e doença de indivíduos e populações e à definição de políticas alimentares.

A Tabela, que resultou do trabalho dedicado de muitos técnicos, sendo de realçar Ilda Martins, apresenta informação sobre a composição de alimentos consumidos em Portugal e teve origem numa base de dados concebida para ser utilizada em inquéritos alimentares.

A Tabela é constituída por 5 partes (Introdução, Quadros da Composição dos Alimentos, Anexos, Índices alfabéticos e Referências bibliográficas) e inclui um total de 962 alimentos crus, processados e cozinhados e 42 nutrientes. Foram considerados os principais nutrientes utilizados nos cálculos de Nutrição e Dietética, nos estudos de alimentação individual e colectiva e em inquéritos de Nutrição e Alimentação, nomeadamente, energia, água, proteína, gordura total, hidratos de carbono, fibra alimentar, ácidos gordos, vitaminas e minerais.

Para melhor sistematização, os alimentos foram distribuídos em grupos, num total de catorze, com base na natureza do produto e suas características de composição, tendo em conta o significado alimentar dos principais constituintes, quer pela quantidade em que se encontram nos produtos quer pela importância nutricional de que se revestem. Dentro desta concepção, o agrupamento consistiu em reunir os produtos que apresentam natureza e composição semelhantes, à imagem do que acontece na nova Roda dos Alimentos. Para a criação e designação de subgrupos, bem como para a identificação do alimento, foi considerada, sempre que possível, a legislação em vigor à data da edição da Tabela.

Quaisquer sugestões, comentários, questões são bem-vindos para tabelaalimentos.csan@insa.min-saude.pt. Mais informação pode ser encontrada em www.insarj.pt.

Andreia Porto e Luísa Oliveira



INSTITUTO NACIONAL DE SAÚDE
Dr. Ricardo Jorge



Ministério da Saúde

Roteiro dos... Laboratórios

DIAGNÓSTICO PRÉ-NATAL RÁPIDO DE ANEUPLOIDIAS*

A citogenética convencional continua, passadas mais de 3 décadas, a ser a técnica de referência para determinação do cariótipo permitindo a detecção da maioria das anomalias cromossómicas (6% das anomalias congénitas são resultantes de anomalias cromossómicas). No entanto, tem como inconveniente a morosidade na obtenção de resultados, sendo este facto especialmente penalizante no Diagnóstico Pré-Natal (DPN) realizado em amostras de líquido amniótico (8-12 dias).

Atendendo a que 67% das anomalias cromossómicas identificadas por análise citogenética convencional em DPN são aneuploidias dos cromossomas 21, 18, 13, X, Y e triploidias, têm vindo a ser desenvolvidas novas metodologias de base molecular que permitem o diagnóstico rápido em 24-72h. Assim, o diagnóstico rápido de aneuploidias pode ser efectuado por hibridação *in situ* fluorescente (FISH) em amniócitos não cultivados ou através de diferentes técnicas moleculares baseadas na amplificação enzimática de DNA (PCR).

O Laboratório de Citogenética do Centro de Genética Humana do INSA disponibiliza a **técnica de FISH para o DPN rápido de aneuploidias** em gestações com risco aumentado para essas anomalias. Esta metodologia, embora muito fiável, apresenta o inconveniente de ser muito trabalhosa e dispendiosa pelo que, recentemente, se tem vindo a implementar a metodologia de amplificação multiplex de sondas dependente da ligação (MLPA) para diagnóstico rápido de aneuploidias. Este é um método muito sensível, de fácil e rápida execução que permite a detecção de até 40 seqüências diferentes de DNA numa única reacção de PCR.

Na Fig.1 apresenta-se um electroferograma obtido por MLPA em amniócitos de um feto do sexo masculino com trissomia 21 (Síndrome de Down). Realce-se o aumento consistente da amplitude relativa dos picos correspondentes ao cromossoma 21.

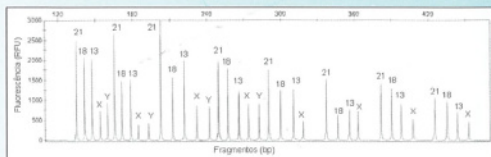


Fig. 1 - Electroferograma obtido por MLPA em amniócitos de um feto do sexo masculino com trissomia 21 (Síndrome de Down)

Esta metodologia tem ainda como vantagens a redução da quantidade de material biológico necessário e o baixo custo, permitindo a análise simultânea de um elevado número de amostras em 24-72h. As aneuploidias detectadas são confirmadas através da realização de um cariótipo convencional. Esta metodologia não exclui no entanto a possibilidade de contaminação materna do material fetal pelo que, no caso de amostras muito hemáticas, terá de ser complementada com o estudo da segregação de polimorfismos genéticos.

* **Aneuploidia: Alteração do número de cromossomas.**

Coordenador Laboratório de Citogenética
Hildeberto Correia (e-mail: hildeberto.correia@insa.min-saude.pt)
Sector de Citogenética Molecular
Cristina Ferreira (e-mail: cristina.pires@insa.min-saude.pt)
Bárbara Marques (e-mail: barbara.marques@insa.min-saude.pt)

Blá, Blá, blá...



Para quem nos tem acompanhado o ECOS é sobejamente conhecido.

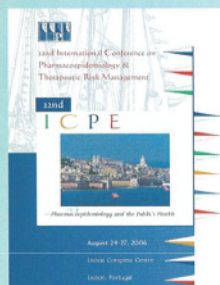
Valerá a pena lembrar que se trata de um instrumento metodológico, criado com o objectivo de obter dados sobre saúde directamente dos indivíduos, através de entrevista telefónica.

Até à data, a amostra tem sido constituída por famílias portuguesas com telefone da rede fixa, o **Painel ECOS Em Casa Observamos Saúde**, que se dispõem a ser contactadas durante um período de tempo determinado, para responder a inquéritos sobre saúde.

O aparecimento explosivo dos telefones celulares tem suscitado algumas reflexões sobre o grau de representatividade da amostra, nomeadamente de determinados grupos etários.

Neste contexto a *equipe ECOS* começou a renovar o painel de unidades de alojamento convidando a participar no projecto utilizadores da rede móvel.

Planeia-se, assim, até final do ano ter um ECOS completamente renovado de modo a melhorar os indicadores produzidos.



22nd International Conference on Pharmacoepidemiology & Therapeutic Risk Management
August 24-27, 2006
Lisbon, Portugal

Organização:

- Associação Nacional das Farmácias
- European Association for Clinical Pharmacology and Therapeutics
- European Drug Utilization Research Group
- International Society of Pharmacovigilance

<http://www.pharmacoepi.org/meetings/22ndconf/prelimprogram.pdf>

IV Congresso de Epidemiologia

11-13 de Outubro 2006
Lisboa, Portugal



http://www.ape.org.pt/index.shtml?congresso_IV_programa

Ficha Técnica

Propriedade: ONSA - Observatório Nacional de Saúde
Responsável: Maria João Branco
Equipa Redactorial: Baltazar Nunes, Paulo Nogueira
Sede: Avenida Padre Cruz 1649-016 LISBOA
Tel: 21.752 64 04 Fax: 21.752 64 99 e-mail onsa@insa.min-saude.pt
Tiragem: 6 000 exemplares Distribuição: gratuita
ISSN 0874-2928 Depósito Legal: 125868/98
Produção Gráfica: Litomair Ind. Litográfica, Lda - Rio Maior

A gripe em 2005-2006: tão falada e receada, mas afinal tão ligeira!

A Rede Médicos-Sentinelá contribui, regularmente, desde 1990, para a vigilância epidemiológica semanal da síndrome gripal, em estreita colaboração com o Centro Nacional da Gripe (CNG).

Com o resultado das componentes clínica e laboratorial da vigilância é elaborado, semanalmente, um boletim de vigilância epidemiológica, como o que se apresenta na Fig. 1.

EM PORTUGAL

A época 2005-2006 (Outubro de 2005 a Maio de 2006) caracterizou-se por uma actividade gripal de fraca intensidade sem que se tivesse individualizado um período epidémico, uma vez que as taxas de incidência não ultrapassaram a área de actividade basal. Registou-se um ligeiro aumento do valor provisório da taxa de incidência nas semanas 7, 8 e 9 de 2006, tendo sido atingido o valor máximo na semana 9 (31,4/10⁵). A partir da semana 14 a taxa de incidência estabilizou em valores muito próximos da linha de base.

Em relação à época da gripe 2005-2006, divulgam-se a seguir os valores máximos das taxas de incidência semanais, provisórias, desde 1990 (Quadro 1).

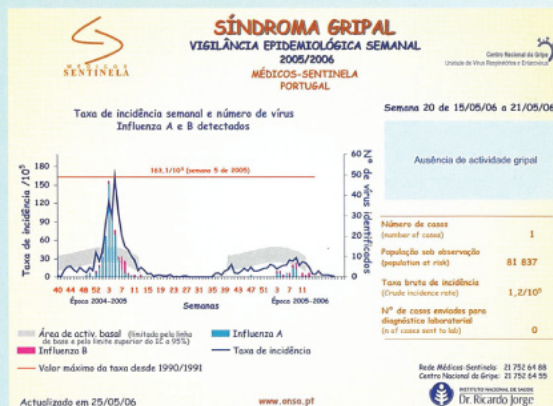


Fig. 1- Boletim de vigilância da síndrome gripal, referente à semana 20 de 2006

Época de gripe	1990-1991	1991-1992	1992-1993	1993-1994	1994-1995	1995-1996	1996-1997	1997-1998	1999-2000	2000-2001	2001-2002	2002-2003	2003-2004	2004-2005	2005-2006
Taxa de incidência, valores máximos e semana respectiva	78,6 (S11)	60,6 (S50)	69,8 (S10)	107,5 (S50)	36,9 (S3)	54,5 (S47)	58,4 (S50)	21,3 (S7)	93,5 (S5)	64,2 (S3)	129,3 (S4)	41,4 (S5)	105,6 (S47)	163,1 (S05)	31,4 (S9)

Quadro 1- Valores máximos, em cada ano, das estimativas provisórias semanais das taxas de incidência do síndrome gripal, de 1990 a 2006

Saliente-se que o pico máximo de gripe atingido este ano foi dos mais baixos registados desde 1990, apenas ultrapassado pelo que se registou em 1997-1998.

As estimativas definitivas das taxas de incidência, relativas à época 2005-2006, em Portugal, serão disponibilizadas brevemente.

Durante este Inverno de 2005-2006 o CNG analisou 538 produtos biológicos provenientes das redes sentinelá (rede de Médicos-Sentinelá e rede de Serviços de Urgência). Constatou-se que 30% (168) das análises virológicas foram positivas para vírus influenza (Fig. 2).

Destes casos positivos, em 54% (88) foram identificados vírus influenza do tipo B e em 42% (69) vírus influenza A (H1N1). A maioria dos vírus isolados foi idêntica às estirpes que integraram a vacina antigripal sazonal para o Inverno de 2005-2006 no hemisfério Norte (Fig. 3).

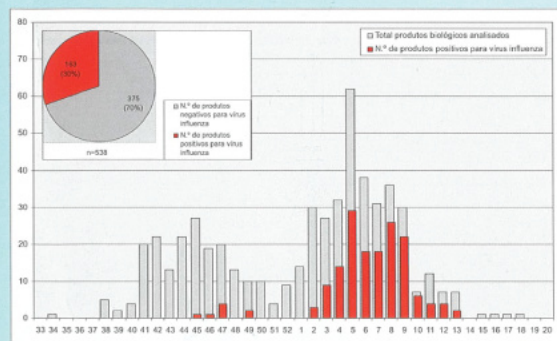


Fig. 2- Número de produtos biológicos enviados ao laboratório e número de vírus influenza detectados por semana de início da doença

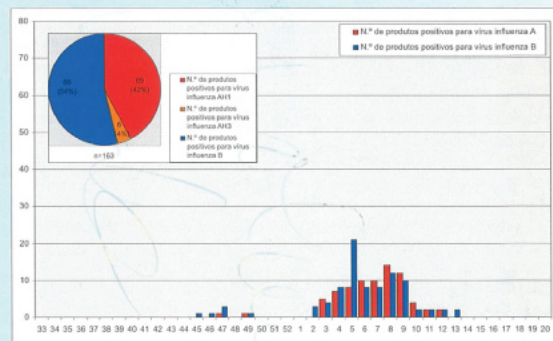


Fig. 3- Número e tipo de vírus influenza detectados, por semana de início da doença

Na Europa

Através do sistema EISS (European Influenza Surveillance Scheme), é possível conhecer, de modo satisfatório, a actividade gripal na Europa. Assim, na época 2005-2006, na maior parte dos países registou-se uma actividade gripal moderada e a predominância do vírus Influenza do tipo B. Durante esta época não houve, nos 28 países que participam no EISS, qualquer registo de casos humanos de gripe por infecção com o vírus A (H5N1) aviário.

EVA- Efectividade da Vacina Antigripal: vamos continuar...

mesmo sem Adão!

José Marinho Falcão¹, Maria João Branco¹, Zilda Mendes², Teresa Contreiras¹, Baltazar Nunes¹, Helena Rebelo de Andrade¹, Sofia Coulo³

Enquadramento

A composição da vacina antigripal (VAG) varia todos os anos, de acordo com a recomendação emitida pela Organização Mundial de Saúde, fundamentada na informação recolhida sobre a vigilância realizada a nível mundial. Vários estudos com metodologias diversificadas têm estimado a efectividade da vacina, em anos específicos. Têm sido obtidos resultados muito variados, especialmente no que respeita aos efeitos na incidência da doença.

O conhecimento sobre a efectividade da vacina em cada ano melhoraria se se realizassem estudos periódicos, idealmente todos os anos, durante os períodos de actividade gripal.

Na eventualidade da ocorrência de uma pandemia de gripe seria especialmente relevante ter preparada e ensaiada uma metodologia adequada que permitisse estimar a efectividade de uma futura vacina pandémica ou pré-pandémica, durante os primeiros meses da sua aplicação.

Entretanto, estudos com delineamento caso-controlo já foram ensaiados, mas a interpretação dos seus resultados é dificultada pelos potenciais viés associados a este tipo de estudo. Estudos de coortes têm sido utilizados menos vezes uma vez que o delineamento é mais difícil de operacionalizar.

No âmbito de um grupo de trabalho sobre efectividade da vacina antigripal constituído em EISS (European Influenza Surveillance Scheme), o ONSA e o Centro Nacional da Gripe (CNG), do Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, e o Centro de Estudos de Farmacoepidemiologia (CEFAR), da Associação Nacional das Farmácias conduziram, em Portugal, o estudo-piloto **EVA Efectividade da Vacina Antigripal**. O seu objectivo centrou-se em testar a exequibilidade do delineamento de coortes para estimar a efectividade da vacina sazonal e pandémica, durante cada época de gripe.

Participantes e métodos

Os participantes (vacinados e não vacinados) foram recrutados em duas origens: nas farmácias (**EVA-F**) e através de cidadãos voluntários (**EVA-V**). Estes recrutariam familiares ou conhecidos.

A comunicação da ocorrência de sintomatologia compatível com síndrome gripal foi feita quer através de contacto espontâneo do doente para o CEFAR ou para o cidadão voluntário que o recrutou, quer através do seguimento activo dos participantes, por contactos telefónicos semanais, que estiveram a cargo do CEFAR, no caso de **EVA-F**, e de cada um dos cidadãos voluntários, no caso de **EVA-V**. O seguimento teve lugar entre Setembro de 2005 e Março de 2006.

A colheita e transporte de exsudados naso-faríngeos, colhidos a partir dos casos suspeitos, foram feitos através de um serviço de enfermagem, no caso de **EVA-F** e pelos próprios cidadãos voluntários no caso de **EVA-V**. A pesquisa de vírus influenza foi realizada no Centro Nacional da Gripe.

Os dados foram codificados, validados e introduzidos em base de dados pelo ONSA.

A análise foi centrada na descrição das características das amostras de vacinados e não vacinados, na descrição das várias componentes dos processos de seguimento e no ensaio do cálculo de taxas de incidência nas coortes de vacinados e de não vacinados (nº de casos / nº de pessoas. dia sob observação) em vários períodos de interesse.

Conclusões

O estudo permitiu concluir que:

1. O delineamento de coortes utilizado é exequível;
2. A principal dificuldade consistiu no atraso da comunicação dos sintomas por parte dos doentes (mais do que as 48h previstas no protocolo);
3. Após a comunicação de cada caso, a colheita de exsudado naso-faríngeo foi realizada dentro do período previsto (24 horas após a comunicação);
4. Não foi possível estimar a efectividade da VAG, com precisão adequada, devido à pequena dimensão da amostra e à baixa actividade gripal que se verificou em Portugal, na época 2005-2006;
5. O delineamento de coortes terá especial exequibilidade e potência para estimar efectividade se o sistema for multicêntrico e internacional.

Nestas condições, o ONSA, o CNG e o CEFAR prevêem que EVA seja realizado de novo na época 2006-2007, após introdução de aperfeiçoamentos no delineamento. De acordo com a conclusão 5, atrás referida, alguns países que constituem EISS serão convidados a participar. Saliente-se que EVA²⁰⁰⁵⁻²⁰⁰⁷ manterá ainda a sua natureza de estudo piloto e constituirá preparação para tentar lançar a vigilância regular da efectividade da vacina antigripal, durante a época, na Europa, tanto em anos de epidemia sazonal como em situação de pandemia de gripe.

Resultados

O estudo incluiu 197 participantes, dos quais 127 recrutados por farmácias (**EVA-F**) e 70 por cidadãos voluntários (**EVA-V**). A percentagem de vacinados foi um pouco superior em **EVA-F** do que em **EVA-V**. (Quadro I)

Quadro I – Número de participantes, % de vacinados e % de colheitas, segundo a origem de recrutamento

	EVA – F		EVA – V
Nº farmácias	20	Nº voluntários	41
Nº participantes	127	Nº participantes	70
% vacinados	63,0 (80)	% vacinados	55,7 (39)
% colheitas	2,5 (6)	% colheitas	4,3 (3)

Globalmente, o estudo incluiu 119 vacinados e 78 não vacinados. No Quadro II estão descritas algumas das variáveis de caracterização.

Quadro II – Algumas características dos participantes, segundo o seu estado vacinal

	Vacinados (119)	N/vacinados (78)	Total
Mulheres (%)	59,7	65,4	61,9
Idade (média)	74,0	72,0	73,0
Nº de pessoas em casa (mediana)	2	2	2
% c/ doenças crónicas	46,2	33,3	41,1

A apreciação das características do seguimento era um objectivo principal para apreciar a exequibilidade do delineamento de coortes (Quadro III). A percentagem de contactos semanais concretizado (em relação aos planeados) foi mais elevada nos vacinados do que nos não vacinados. Por outro lado, a mediana do tempo decorrido entre contactos foi semelhante nos dois grupos.

Quadro III – Algumas características do seguimento, segundo o estado vacinal dos participantes

	Vacinados (119)	N/ vacinados (78)	Total
% Contactos semanais realizados	82,9 (2466/2973)	75,3 (1420/1886)	80,0 (3886/4850)
Tempo entre contactos, em dias (mediana)	7,0	7,0	7,0
Internamentos hosp.	5	6	11
Óbitos	2	1	3

CONHECIMENTOS...MUITOS! PREOCUPAÇÃO...MODERADA!

Como as peças no West End de Londres, há já vários anos que o tema "gripe das aves"/pandemia de gripe se mantém em cena em vários palcos:

Nas organizações internacionais; nos governos; nas instituições de saúde e de investigação, na comunicação social.

E, também, no palco das populações.

Desde 2005 que tem sido possível observar, com regularidade, o grau de preocupação e de conhecimentos que a população portuguesa tem sobre o tema. Os resultados do inquérito mais recente (Maio de 2006) são descritos sumariamente neste número.

O que ficámos a saber?

O conhecimento da população portuguesa sobre gripe das aves/pandemia de gripe tem vindo a aumentar claramente: vejam que só cerca de 14% dos portugueses declarou ter "muito mau" ou "mau" conhecimento, o que é muito menos do que os cerca de 45% de Abril de 2005!

Aqui, estamos bem, basta continuar!

Por outro lado, parece que é moderada a preocupação dos portugueses: poucos (menos de 20%) têm muita; muitos (mais de 30%) têm... nenhuma!


Mas queremos os portugueses muito preocupados ou absolutamente tranquilos?

Nem uma coisa nem outra: queremos que todos tenham uma preocupação serena, sensata e fundamentada no conhecimento.

Que os muito preocupados venham a ser menos numerosos! Que os completamente despreocupados se preocupem mais. Que ambos convirjam para níveis moderados de preocupação.

Como as peças no West End de Londres, o tema "gripe das aves"/pandemia de gripe vai, quase certamente, manter-se em cenas em todos aqueles palcos.

Então saiba fazer-se a gestão das recomendações internacionais, dos diplomas governamentais, dos planos e da investigação em saúde e das notícias da comunicação social.

Para que, no palco da população, o conhecimento aumente e a preocupação se situe no nível adequado. 

José Marinho Falcão

Uma observação sobre a Saúde da Visão, em Portugal Continental

Maria João Branco, Teresa Gomes (Centro Oftalmológico de Lisboa), Baltazar Nunes

ONSA realizou um estudo com o objectivo de estimar a prevalência, auto declarada, de algumas doenças e condições oftalmológicas, assim como descrever as práticas relacionadas com a utilização de cuidados de saúde em oftalmologia.

O estudo, constou de um inquérito realizado por entrevista telefónica, no último trimestre de 2005, a um dos elementos de 18 e mais anos, residente nas unidades de alojamento (UA) que integram a amostra de famílias ECOS¹.

Obtiveram-se 873 questionários válidos que incluíram respostas referentes a **2392 indivíduos**.

As **prevalências, auto declaradas**, estimadas foram as seguintes:

Cataratas 10%, nos indivíduos de ≥ 25 anos (n=1844);

Glaucoma 2%, nos indivíduos de ≥ 25 anos (n=1798);

Degenerescência Macular da Idade 5%, nos indivíduos de ≥ 50 anos (n=1123);

Retinopatia Diabética 15%, nos indivíduos com diabetes auto declarada (n=184);

Cegueira de um e ambos os olhos 2%, nos indivíduos em estudo (n=2391).

Os restantes resultados, estimados apenas na amostra de respondentes de 18 e mais anos (n=873), foram os seguintes:

Percentagem de indivíduos com, pelo menos, uma actividade diária limitada por problemas de visão 16%;

Percentagem de indivíduos que usavam óculos de correcção 72%;

Percentagem de indivíduos que nunca foram observados por oftalmologista 11%;

Percentagem de indivíduos que consultaram oftalmologista, mas sem regularidade 49%.


Nas crianças dos 0-14 anos (n=236):

Percentagem de indivíduos dos 0-14 anos que nunca foram a uma consulta de oftalmologia 54%.

Apesar das limitações metodológicas e da eventual imprecisão de alguns valores, estes resultados podem constituir valores de referência, úteis na fundamentação de programas de prevenção/intervenção.

Referência:

¹Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, Observatório Nacional de Saúde (ONSA). *Em Casa, pelo telefone, Observamos Saúde. Descrição e avaliação de uma metodologia*. Lisboa: Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge. Observatório Nacional de Saúde, 2003

O relatório deste estudo pode ser consultado em www.onsa.pt 

"GRIPE DAS AVES"

Preocupações e conhecimentos da população em Maio de 2006

Eleonora Paixão,
Baltazar Nunes,
José Marinho Falcão

A população portuguesa foi já exposta a várias ondas de informação com diferentes graus de estruturação e intensidade sobre a "gripe das aves" /pandemia de gripe. O ONSA/INSA tem contribuído para avaliar, de forma regular e planeada, os efeitos obtidos pelos esforços de informação junto da população.

Durante o ano de 2005, o instrumento de observação ECOS (**E**m **C**asa **O**bservamos **S**aúde), amostra aleatória de famílias residentes em Portugal Continental com telefone fixo, foi accionado duas vezes, em Abril e Novembro com os objectivos de estimar os níveis de preocupação e de conhecimentos da população portuguesa sobre "gripe das aves" e de avaliar as modificações que ocorreram entre esses dois períodos. Em Maio de 2006 o inquérito foi novamente aplicado com a finalidade de averiguar as modificações ocorridas. A colheita de dados foi efectuada através de entrevista telefónica assistida por computador, com base num questionário estruturado.

Estudaram-se 950 indivíduos em Abril de 2005, 873 indivíduos em Novembro de 2005 e 808 indivíduos em Maio de 2006. A distribuição dos respondentes por sexo e por grupo etário não se alterou nos três tempos do estudo.

Grau de preocupação

A percentagem de entrevistados que declararam ter "Muita" preocupação com a "gripe das aves" /pandemia de gripe manteve-se com um valor baixo (11,8%), que, aliás diminuiu em relação aos dois inquéritos anteriores (Figura 1).

Como nos dois inquéritos anteriores a percentagem de entrevistados que declararam ter "alguma" preocupação, com a "gripe das aves" manteve-se próximo do valor 50% nos três inquéritos, embora tenha diminuído (49,7%) em relação a Novembro de 2005.

Pelo contrário, a percentagem que indicou "nenhuma" preocupação aumentou em relação a Novembro de 2005. Este aumento está associado, pelo menos parcialmente, à diminuição da percentagem dos que declararam "alguma" preocupação.

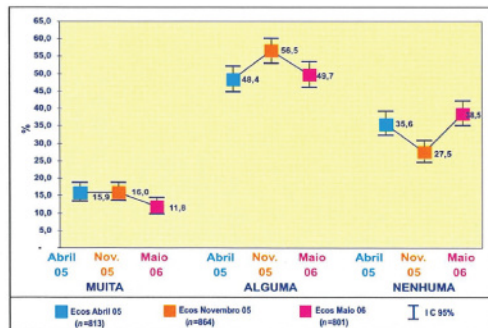


Figura 1: Distribuição percentual dos indivíduos pelo grau de preocupação com a "gripe das aves" (Abril e Novembro de 2005 e Maio de 2006)

Grau de conhecimentos

A percentagem de respondentes que consideraram ter um grau "muito elevado" ou "elevado" de conhecimentos manteve a tendência de aumento já verificada entre Abril e Novembro de 2005, atingindo agora o valor de 31,3%. Pelo contrário, a percentagem de pessoas que declararam ter um conhecimento "muito mau" ou "mau" manteve a tendência decrescente e assumiu o valor 14,3%.

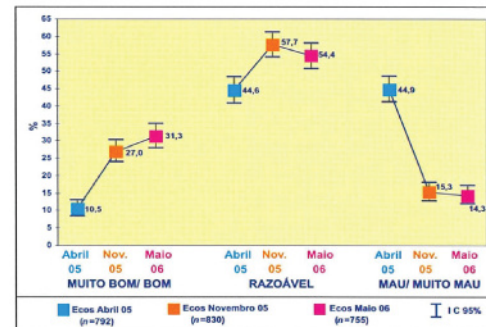


Figura 2: Distribuição percentual dos indivíduos pela auto-percepção do grau de conhecimentos que têm sobre a "gripe das aves" (Abril e Novembro de 2005 e Maio de 2006)

Em conclusão, os resultados obtidos descrevem modificações relevantes tanto no grau de preocupação como no grau de conhecimentos relativos à "gripe das aves" /pandemia de gripe. De facto, a população portuguesa não está excessivamente preocupada, parecendo mesmo que terá ocorrido uma diminuição dessa preocupação entre Novembro de 2005 e Maio de 2006. Por outro lado, o grau de conhecimentos declarado sobre o tema confirma o aumento já anteriormente verificado e reflecte os esforços de informação feitos ao longo do tempo.

Referências

- Contreiras T, Nunes B, Branco MJ. Em casa, pelo telefone, observamos saúde. Descrição e avaliação de uma metodologia: Observatório Nacional de Saúde-Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge; Julho 2003.
- Falcão JM, Paixão E, Nunes B. Gripe das Aves - Preocupações e conhecimentos da população. Observações Nº 30, Observatório Nacional de Saúde-Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge. Março 2006.

Evolução da cobertura da vacina anti-gripal de 1998/1999 a 2005/2006, na amostra ECOS

Baltazar Nunes,
Sara Rabiais,
Teresa Conreiras e
José Marinho Falcão

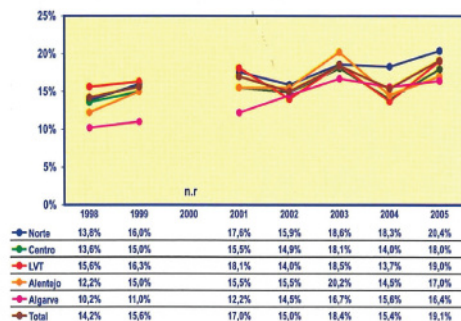
Desde 1999 que o ONSA-INSA obtém, por aplicação de um inquérito telefónico à amostra ECOS¹: Em Casa Observamos Saúde, estimativas da cobertura da população portuguesa do Continente pela vacina antigripal (VAG).

Assim, seguindo a metodologia já aplicada nos inquéritos anteriores e que se encontra descrita em Nunes, Conreiras e Falcão (2004)², inquiriu-se, em Maio de 2006, a amostra ECOS (n=2206) sobre a toma da vacina antigripal (VAG) no Outono/Inverno de 2005.

Os resultados obtidos na época de 2005/2006 apontam para uma cobertura de 19,1% (IC_{95%}: 17,4% 20,9%) da população portuguesa pela VAG, a estimativa mais elevada desde 1998 (Figura 1).

A Região de Saúde que apresentou a percentagem mais elevada de vacinados foi o Norte (20,2%) seguida do Centro (18%) e Lisboa e Vale do Tejo (19%). Por outro lado o Algarve apresentou a estimativa da cobertura da vacina antigripal mais baixa (16,4%).

De um forma geral a cobertura da VAG tem vindo a crescer ao longo dos anos estudados, no entanto, registam-se dois picos máximos atingidos pela série nos anos 2003 e 2005, que provavelmente estão associados respectivamente às problemáticas da SARS e da "Gripe das Aves" que tiveram, em Portugal, até ao momento, os seus momentos mais mediáticos naqueles anos respectivamente. Note-se ainda que são as Regiões de Saúde do Centro, Lisboa e Vale do Tejo e Alentejo que apresentam de forma mais acentuada estes picos máximos na cobertura da VAG (Figura 2).

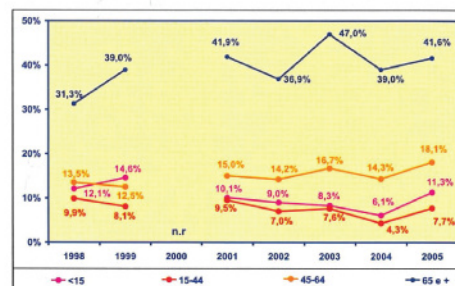


n.r. não realizado

Figura 1: Distribuição da percentagem de indivíduos que declararam ter tomado a vacina anti-gripal, por Região de Saúde nas épocas 1998/1999 a 2005/2006. ECOS: Em Casa Observamos Saúde.

A estimativa da cobertura da VAG no grupo etário dos 65 e mais anos foi de 41,6%, valor mais elevado que em 2004, mas inferior ao máximo atingido desde 1998 (47,0%, em 2003) (Figura 1). Nos restantes gru-

pos etários, para os quais a VAG não é recomendada - a não ser nos indivíduos que possuam doenças crónicas ou tenham profissões que apresentam risco^{3,4}, o aumento em relação a 2004/2005 foi geral, sendo este mais relevante no grupo etário 45-64 anos (18,1%) onde também foi atingido o máximo desde 1998.



n.r.: não realizado

Figura 2: Distribuição da cobertura da população portuguesa pela vacina anti-gripal, por grupo etário, entre 1998 e 2005 (ECOS)

Finalmente refira-se a importância de que a VAG seja criteriosamente dirigida aos grupos populacionais para os quais é indicada, uma vez que a quota nacional da VAG é limitada. Acentue-se também a meta definida pela Direcção-Geral de Saúde que consiste em obter, na época de 2006/2007, uma cobertura da VAG de 50% no grupo de indivíduos com 65 ou mais anos³. Todos os esforços devem ser dirigidos nesse sentido.

A cobertura com VAG das pessoas portadoras de algumas doenças crónicas para as quais a VAG está indicada não consta deste texto, mas está disponível no ONSA.

Referências:

1. Conreiras T, Nunes B, Branco MJ. Em Casa, pelo telefone, observamos saúde: Descrição e avaliação de uma metodologia. Lisboa: Observatório Nacional de Saúde, Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge; 2003 (www.onsa.pt)
2. Nunes B, Conreiras T, Falcão JM. Vacinação anti-gripal: cobertura da população portuguesa entre 1998/1999 e 2002/2003. *Revista Portuguesa de Pneumologia*. 2004 X(2): 115-123.
3. Direcção-Geral da Saúde. Circular Informativa nº 28/DIR/G de 20/06/2006 (www.dgs.pt)
4. Direcção-Geral da Saúde. Circular Informativa nº 40/DIR/G de 21/09/2006 (www.dgs.pt)



Utilização de Cuidados de Saúde em Portugal Continental: Comparação dos dados obtidos pelos Inquéritos Nacionais de Saúde de 1987, 1996 e 1999.

Carlos Matias Dias, Sara Rabiais

Os Inquéritos Nacionais de Saúde (INS) realizados em 1987, 1995/1996 e 1998/1999 permitem estudar algumas dimensões da utilização de cuidados de saúde na população de Portugal Continental^(1,2,3). Na análise que agora se apresenta em parte, foram calculados alguns indicadores relativos ao local onde foi realizada a última consulta médica. Estes indicadores foram padronizados para a idade (população padrão europeia, método directo) e ponderados de modo a repor proporção de inquiridos relativamente à população de cada Região (NUTS 2).

O Centro de Saúde foi o local mais frequentemente indicado como aquele em que se verificou a última consulta médica, sendo esses valores mais elevados nas mulheres do que nos homens, em todas as Regiões. Os valores obtidos nos 3 INS não são significativamente diferentes entre si (Figura 1 e Quadros 1 e 2).

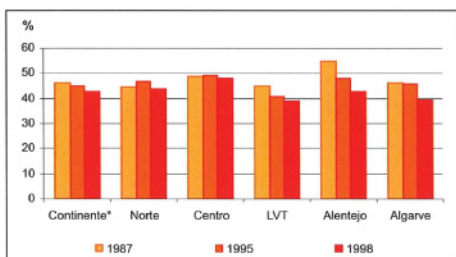


Fig.1 - Percentagem de inquiridos que referiu o Centro de Saúde como local da sua última consulta médica, no Continente e por NUTS 2, nos Inquéritos Nacionais de Saúde.

Quadro 1 - Percentagem de inquiridos do sexo Masculino que referiu o Centro de Saúde como local da sua última consulta médica, no Continente e por NUTS 2, nos Inquéritos Nacionais de Saúde.

Região	1987		1995		1998	
	%	IC 95%	%	IC 95%	%	IC 95%
Continente*	41,7	(40,0;43,4)	39,7	(38,3;41,0)	38,3	(37,0;39,6)
Norte	41,8	(38,7;45,0)	41,7	(39,0;44,4)	39,1	(36,6;41,5)
Centro	42,9	(39,4;46,4)	42,9	(39,7;46,0)	42,8	(39,7;45,8)
LVT	38,9	(37,0;42,9)	35,4	(33,1;37,8)	35,1	(32,7;37,5)
Alentejo	48,1	(41,7;54,5)	43,7	(39,2;48,2)	37,7	(33,6;41,8)
Algarve	46,3	(33,5;47,2)	42,0	(36,8;47,2)	34,7	(30,7;38,7)

*Valor ponderado para a dimensão da amostra em cada Região

Quadro 2 - Percentagem de inquiridos do sexo Feminino que referiu o Centro de Saúde como local da sua última consulta médica, no Continente e por NUTS 2, nos Inquéritos Nacionais de Saúde.

Região	1987		1995		1998	
	%	IC 95%	%	IC 95%	%	IC 95%
Continente*	49,1	(47,6;50,5)	48,6	(47,3;49,8)	45,9	(44,7;47,1)
Norte	46,1	(43,4;48,7)	50,1	(47,7;52,6)	47,2	(45,0;49,4)
Centro	52,8	(48,5;56,0)	53,3	(50,4;56,2)	51,8	(48,9;54,6)
LVT	46,4	(45,0;51,1)	44,0	(41,8;46,2)	41,3	(39,1;43,5)
Alentejo	56,6	(53,0;64,1)	50,7	(46,9;54,6)	46,2	(42,4;50,1)
Algarve	56,1	(43,8;56,5)	48,4	(44,0;52,8)	43,0	(38,2;46,6)

*Valor ponderado para a dimensão da amostra em cada Região

O hospital foi o segundo local mais referido, mais frequentemente pelos homens do que pelas mulheres (Figura 2 e Quadros 3 e 4).

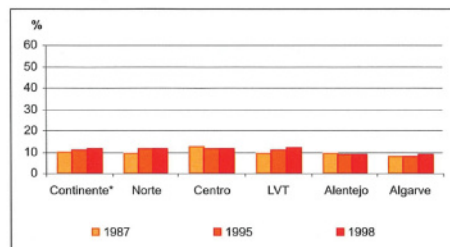


Fig.2 - Percentagem de inquiridos que referiu o Hospital como local da sua última consulta médica, no Continente e por NUTS 2, nos Inquéritos Nacionais de Saúde.

Quadro 3 - Percentagem de inquiridos do sexo Masculino que referiu o Hospital como local da sua última consulta médica, por NUTS 2, nos Inquéritos Nacionais de Saúde.

Região	1987		1995		1998	
	%	IC 95%	%	IC 95%	%	IC 95%
Continente*	10,2	(9,4;11,1)	11,4	(10,7;12,2)	12,0	(11,2;12,7)
Norte	10,0	(8,5;11,6)	12,1	(10,7;13,6)	11,2	(9,9;12,5)
Centro	12,9	(11,0;14,9)	10,5	(8,9;12,1)	11,5	(9,9;13,1)
LVT	8,9	(7,5;10,4)	11,8	(10,4;13,2)	13,5	(12,0;15,0)
Alentejo	11,5	(8,1;14,9)	9,7	(7,6;11,8)	10,1	(7,9;12,3)
Algarve	10,6	(6,6;14,6)	8,6	(6,1;11,1)	10,2	(8,0;12,3)

* Valor ponderado para a dimensão da amostra em cada Região

Quadro 4 - Percentagem de inquiridos do sexo Feminino que referiu o Hospital como local da sua última consulta médica, por NUTS 2, nos Inquéritos Nacionais de Saúde.

Região	1987		1995		1998	
	%	IC 95%	%	IC 95%	%	IC 95%
Continente*	9,4	(8,7;10,0)	10,4	(9,8;11,0)	10,6	(10,0;11,2)
Norte	8,9	(7,7;10,1)	10,6	(9,4;11,7)	11,0	(10,0;12,1)
Centro	11,6	(10,0;13,1)	11,5	(10,1;13,0)	10,9	(9,6;12,3)
LVT	9,3	(8,1;10,6)	10,3	(9,2;11,4)	10,6	(9,4;11,8)
Alentejo	8,1	(6,0;10,3)	8,4	(6,7;10,1)	7,9	(6,3;9,6)
Algarve	5,3	(3,3;7,4)	7,1	(5,3;8,9)	7,7	(6,1;9,4)

* Valor ponderado para a dimensão da amostra em cada Região

A Urgência Hospitalar, a Urgência do Centro de Saúde e o Domicílio foram, por ordem decrescente de frequência, os outros locais onde decorreu a última consulta médica referida pelos inquiridos nos 3 INS. Tanto a Urgência Hospitalar como a Urgência do Centro de Saúde foram referidas mais frequentemente pelos homens do que pelas mulheres, enquanto que a consulta no domicílio foi mencionada mais frequentemente pelas mulheres do que pelos homens, embora, neste caso, as diferenças encontradas não tenham sido estatisticamente significativas.

Referências:

- Ministério da Saúde. Departamento de Estudos e Planeamento da Saúde. Inquérito Nacional de Saúde 1987. Lisboa, DEPS, 1988.
- Ministério da Saúde. Departamento de Estudos e Planeamento da Saúde. Inquérito Nacional de Saúde 1995/1996. Lisboa, DEPS, 1997.
- Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge. Inquérito Nacional de Saúde 1998/1999. Lisboa, INSA, 2000.



TRIMESTRAL

EDITORIAL

O PROBLEMA DOS... NÃO-PROBLEMAS

Linha de espionagem do KGB. Dizem que foi envenenado com polónio 210. Logo a seguir, vestígios de ²¹⁰Po parecem ter sido encontrados em locais de Londres, quiçá noutros lugares. Como sempre, vamos esperar para saber se esta situação é, efectivamente, um problema de saúde pública ou se se tornará num simples não-problema.

A propósito, note-se que, em saúde pública, os não-problemas são frequentes. Entre outros, menciono a "Síndrome de Oeiras" e a "Síndrome dos Balcãs".


Lembram-se há vários anos, por exemplo, da "Síndrome de Oeiras"?

Tumores junto da base da grelha costal esquerda, em mulheres da Estação Agronómica Nacional (EAN). Consultas, palpções, radiografias, biopsias, deslocações a Londres, professores de Medicina a confirmar a doença, especulações sobre a sua causa (talvez umas beterrabas, então em estudo na EAN!).

No meio da confusão, uma equipa de clínicos, com clarividência e formação epidemiológica, observou um grupo de mulheres que de nada se queixavam: afinal, muitas delas também tinham "tumores" na base da grelha costal! Vários meses depois de se ter iniciado, a "Síndrome de Oeiras" foi, serenamente, sepultada no arquivo dos não-problema!

Os não-problemas de saúde pública vão continuar a ocorrer. E, provavelmente, com cada vez mais frequência. Acho que concordamos sobre a necessidade de que uma suspeita sobre um problema de saúde novo numa população deve ser rapidamente confirmada ou excluída. Para limitar ansiedades e pânico! Para evitar o absurdo de procurar as causas de efeitos inexistentes!

Mas lembremo-nos que confirmação ou infirmação se fazem sempre através de comparações, como os métodos epidemiológicos determinam: "doentes" comparados com saudáveis, como foi feito em Oeiras; expostos comparados com não expostos, como na "Síndrome dos Balcãs".

Sem investigação epidemiológica comparativa, sensata e oportuna, um não-problema pode instalar-se numa população e mantê-la exposta a um indesejável cortejo de efeitos nocivos. 

1.12.2006

José Marinho Falcão

NESTE NÚMERO

Utilização de serviços de saúde por pessoas com peso adequado, excesso de peso e obesidade em amostras representativas da população residente em Portugal Continental: o caso dos Inquéritos Nacionais de Saúde (INS) de 1995/1996 e 1998/1999.

As incapacidades físicas de longa duração: uma análise sociológica dos dados do Inquérito Nacional de Saúde 1998/1999

Análise GEOgráfica de Factores Ambientais e Socio-Económicos em Saúde: Projecto GeoFASES

ROTEIRO DOS... PROJECTOS

No âmbito da Unidade de Vigilância Pediátrica da Sociedade Portuguesa de Pediatria (UVP-SPP) está a ser desenvolvido um estudo sobre os «Internamentos de crianças com varicela e herpes-zoster».

A varicela é uma doença frequente na infância, geralmente benigna, mas que pode ter complicações graves. Em Portugal, a frequência da ocorrência destas complicações é desconhecida.

Em 2004 foi comercializada uma vacina contra a varicela, cuja administração poderá induzir alterações na epidemiologia da doença.

Pretende-se, assim, entre outros objectivos:

- Estimar a incidência dos internamentos por varicela e herpes-zoster;
- Avaliar o efeito da cobertura vacinal no número de internamentos com varicela ou herpes-zoster.

Trata-se de um projecto que conta com a colaboração empenhada de serviços de pediatria da rede hospitalar de norte a sul do país que notificam, desde Janeiro de 2006:

- Crianças internadas por forma grave ou complicação da varicela ou herpes-zoster;
- Crianças internadas com diagnóstico presuntivo de varicela ou herpes-zoster complicados, não confirmado ao longo do internamento;
- Crianças internadas, por outras causas, que desenvolveram varicela ou herpes-zoster durante o internamento.

Os casos notificados são objecto de um inquérito através do qual são colhidos dados sócio-demográficos, dados prévios ao internamento e dados referentes ao internamento.

O estudo concretizar-se-á em três anos, com possível extensão a cinco anos para avaliação do impacto da vacina.

Na figura 1 descrevem-se resultados obtidos, nos primeiros seis meses de desenvolvimento do estudo. Obtiveram-se 72 notificações às quais corresponderam 50 questionários válidos.

29 Casos ocorreram antes dos quatro anos de idade.

Complicações	36 (72%)
Varicela durante internamento	7 (14%)
Risco varicela grave	7 (14%)
Infecção nosocomial	-

Corticoterapia - 3
Linfoma - 2
RN - 2

Figura1 - Distribuição dos internamentos segundo o motivo de notificação

Contacto:

Ana Leça (coordenadora da equipa de projecto)

Unidade de Infecçologia do Hospital de Dona Estefânia

Tel: 213126623. Fax: 213126602. E-mail: analeca@yahoo.com

Para saber mais aceda a: http://www.spp.pt/uvp/index_17.html 

Utilização de serviços de saúde por pessoas com peso adequado, excesso de peso e obesidade em amostras representativas da população residente em Portugal Continental: o caso dos Inquéritos Nacionais de Saúde (INS) de 1995/1996 e 1998/1999.

Carlos Matias Dias, Sara Rabiais

O Índice de Massa Corporal (IMC) dos indivíduos de duas amostras representativas da população de Portugal Continental foi calculado com base no peso e na altura reportada pelos entrevistados (pessoas com idade igual ou superior a 18 anos) nos Inquéritos Nacionais de Saúde (INS) realizados em 1995/1996 e 1998/1999^{1,2}.

O trabalho que agora se apresenta surge na sequência de análises já publicadas sobre dados dos INS e aborda a prevalência de utilização de serviços de saúde (medida pela percentagem de pessoas que referiram ter utilizado pelo menos um serviço de saúde nos 3 meses anteriores à entrevista) em três grupos de pessoas: 1) com peso adequado ($18,5\text{Kg/m}^2 \leq \text{IMC} < 24,9\text{Kg/m}^2$); 2) com excesso de peso ($25,0\text{Kg/m}^2 \leq \text{IMC} < 29,9\text{Kg/m}^2$); 3) com obesidade ($\text{IMC} \geq 30\text{Kg/m}^2$)^{3,4}.

As prevalências de utilização de serviços de saúde agora apresentadas foram padronizadas para a idade, utilizando a população padrão europeia através do método directo, e foram ponderadas de modo a repor a proporção de pessoas inquiridas relativamente à população de cada Região (NUTS 2)⁵.

Em ambos os inquéritos, a utilização de serviços de saúde reportada foi mais frequente nas pessoas com obesidade do que nas pessoas com excesso de peso e com peso adequado, embora as diferenças não se tenham revelado estatisticamente significativas. Por outro lado, a proporção de utilizadores dos serviços de saúde aumentou entre ambos os INS em todas as classes de IMC, embora, também, de forma estatisticamente não significativa (Quadro 1).

Quadro 1: Percentagem de inquiridos que utilizaram serviços de saúde pelo menos uma vez nos 3 meses anteriores à entrevista * numa amostra da população residente em Portugal Continental de acordo com 3 classes de Índice Massa Corporal (IMC)

IMC	Masculino					
	1995			1998		
	n	%	IC 95%	n	%	IC 95%
Peso Normal	4142	44,8	(41.6; 48.0)	8019	45,1	(42.7; 47.4)
Excesso de Peso	8542	41,9	(39.7; 44.1)	7860	45,7	(43.2; 48.3)
Obesidade	1870	46,2	(40.0; 52.4)	2089	50,6	(44.7; 56.4)
IMC	Feminino					
	1995			1998		
	n	%	IC 95%	n	%	IC 95%
Peso Normal	2743	56,2	(52.1; 60.2)	10180	58,6	(56.6; 60.7)
Excesso de Peso	10366	56,7	(54.6; 58.7)	6915	61,3	(58.1; 64.5)
Obesidade	2600	64,9	(58.4; 71.5)	2984	65,5	(59.4; 71.7)

* valores ponderados por região e padronizados pela idade
Fonte: Inquéritos Nacionais de Saúde 1995/96 e 1998/99

Ambas as observações agora mencionadas merecem alguma atenção, uma vez que se referem a indicadores padronizados, isto é, em que foi, pelo menos parcialmente, removido o efeito da idade, em que se tomou em consideração as diferenças nas estruturas etárias das diferentes regiões do Continente e que, por outro lado, são apresentados estratificadamente para homens e para mulheres.

Dado tratem-se de factores poderosos que (associados ou não a outros, tais como a existência de eventuais co-morbilidades) poderiam eventualmente explicar as diferenças na utilização de serviços de

saúde, não se poderá imputar à idade ou ao sexo inviezamento do efeito do índice de massa corporal sobre a utilização de serviços de saúde.

Carece, assim, de investigação adicional a explicação da ausência evidente de diferenças que seriam de esperar na utilização de serviços de saúde por parte das pessoas com excesso de peso e com obesidade, face a pessoas com peso adequado, dada a posição central do excesso de peso e da obesidade como factores determinantes de diferentes patologias como as doenças cardiovasculares, as doenças osteoarticulares degenerativas e a diabetes.

De acordo com esta análise, o aumento na prevalência do excesso de peso e da obesidade, já documentado na população portuguesa através de diversos estudos, não se terá ainda reflectido num aumento na utilização de serviços de saúde, como seria de esperar^{3,4,6}.

Referências:

- Ministério da Saúde. Departamento de Estudos e Planeamento da Saúde. Inquérito Nacional de Saúde 1995/1996. Lisboa: DEPS; 1997.
- Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge. Inquérito Nacional de Saúde 1998/1999. Lisboa: INSA; 2000.
- Matias Dias, C. de Jesus Graça, M. O Inquérito Nacional de Saúde: História Métodos e alguns resultados. Lisboa: Observatório Nacional de Saúde; 2001.
- Marques-Vidal, P., Matias Dias, C. Trends in overweight and obesity in Portugal: the National Health Surveys 1995-6 and 1998-9. *Obesity Research* 2005;13(7):1141-1145.
- Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Saúde. Atlas dos determinantes da saúde: nota metodológica. Lisboa: Observatório Nacional de Saúde; 2006 (documento de trabalho).
- do Carmo et al. Prevalence of obesity in Portugal. *Obesity Reviews* 2006;7:233-237.

Os autores agradecem à Dr.ª Celene Neves, médica interna de Saúde Pública, a revisão criteriosa do texto.

O QUE VAI ACONTECER...



Venha à reunião anual da Rede Médicos-Sentinela 2007!

Como habitualmente, vai realizar-se no Grande Hotel das Termas do Luso, em 25, 26 e 27 de Janeiro de 2007, mais uma reunião anual da Rede Médicos-Sentinela.

Iremos discutir os resultados dos estudos realizados em 2005 e 2006 e planejar os novos estudos, que serão desenvolvidos em 2007 e 2008.

Se quiser participar nesta reunião, ou apresentar alguma proposta de estudo para o próximo ano, venha daí! Mesmo que não seja médico...

Para mais informações sobre a reunião contacte o Observatório Nacional de Saúde: tel. 217526488 ou 217526493 e-mail: isabel.falcao@insa.min-saude.pt

As incapacidades físicas de longa duração: uma análise sociológica dos dados do Inquérito Nacional de Saúde 1998/1999

Joana Meireles Rodrigues*

Através dos dados obtidos pelo Inquérito Nacional de Saúde realizado em 1998/1999 foi feita uma análise da área de inquirição relativa às incapacidades físicas de longa duração, com o intuito de: 1) compreender a sua distribuição geográfica, demográfica e social; 2) identificar perfis de incapacidade tendencialmente homogêneos através de uma Análise de Correspondências Múltiplas (ACM) em articulação com uma Análise de Clusters.

Foram considerados os oito tipos de incapacidade definidos pela OMS (Mobilidade, Funcionalidade, Locomoção, Auto-cuidados, Incontinência, Audição, Visão e Comunicação Oral), os dois índices de severidade também definidos pela OMS (*Handicap Score* e *Disability Score*) e o número total de incapacidades por indivíduo.

Conforme descrito na Figura 1, a análise revelou diferentes perfis de incapacidade cujo principal traço de diferenciação foi o grau e o número de incapacidades associadas aos diferentes tipos de incapacidade. Foi assim possível averiguar a existência, ou não, de potenciais grupos, em que os indivíduos apresentaram tendencialmente os mesmos tipos de incapacidade e graus de severidade, assim como o respectivo número.

Na configuração do espaço de incapacidades, pôde observar-se, por exemplo, a proximidade entre ter apenas uma incapacidade de longa duração e a incapacidade de audição, categorias que no plano de configuração do espaço de incapacidades também se encontram associadas a um grau de severidade nulo no que respeita ao índice de *Disability Score* e a um baixo grau de severidade para o índice de *Handicap Score*.

Outro perfil evidenciou-se por possuir um maior número de incapacidades (2, 3) com destaque para as incapacidades ao nível da Funcionalidade, Locomoção e Auto-cuidados, mas mantendo os níveis de *Handicap Score* e de *Disability Score* referidos no perfil anterior.

Foi ainda visível uma associação privilegiada entre o maior número de incapacidades (5 ou mais) com destaque para as incapacidades ao nível da Incontinência, da Mobilidade e, à semelhança do perfil anterior, ao nível da Locomoção e dos Auto-cuidados. Realce-se que se registaram os níveis de severidade mais elevados do *Handicap Score*, assim como o nível de severidade alto para o *Disability Score* sendo, aliás, muito evidente a sua associação com a Incontinência.

Uma nota final para sublinhar que o posicionamento do número de incapacidades exhibe uma forma aproximadamente parabólica, o conhecido "Efeito de Guttman", em que os extremos se opõem, ou seja, os indivíduos com um número reduzido de incapacidades físicas de longa duração opõem-se aos que possuem um elevado número.

Após identificados os diferentes grupos de incapacidade procedeu-se à segmentação dos indivíduos consoante o seu perfil. Para o efeito, e partindo do

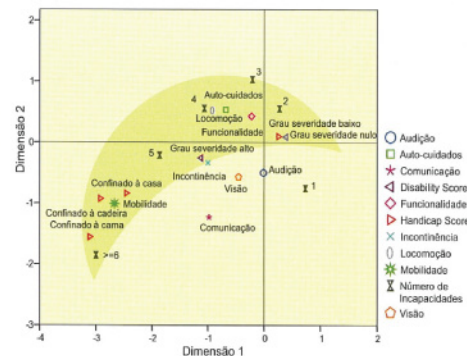


Figura 1: Configuração do espaço de incapacidades

posicionamento dos indivíduos nas duas dimensões que sustentam o espaço de incapacidades, realizou-se uma Análise de Clusters por via do método K-Médias, sendo retirada uma solução com três grupos.

Desta segunda análise foram identificados três perfis (Clusters) de incapacidade. Constatou-se que os perfis 1 e 2 com menor número de incapacidades associadas a graus de severidade nulo (índice de *Disability Score*) e baixo (índice de *Handicap Score*) (ver descrição da Figura 1) estão mais concentrados e são os que registam maior peso (respectivamente 46,7% e 44,1%). O perfil 3 é o segmento com menor peso (9,2%) correspondendo aos indivíduos que tendem a possuir mais de cinco tipos de incapacidades físicas de longa duração, principalmente ao nível da Mobilidade, registando assim os três graus de severidade relativos ao índice de *Handicap Score* (confinados à cama, à cadeira ou à casa).

Para além destes aspectos, cada um dos perfis de incapacidade definidos apresentou características de cariz sócio-demográfico próprias, sendo que as principais diferenças surgiram ao nível da variável idade. Assim, os indivíduos inseridos no perfil 1 revelaram-se tendencialmente mais jovens que os dos restantes perfis, com idades superiores a 25 anos (93,7%); os indivíduos inseridos no perfil 2 caracterizaram-se por terem idades superiores aos 55 anos (80,8%); e, finalmente, os indivíduos integrados no perfil 3 caracterizaram-se por terem idades superiores a 65 anos (81,9%) dos quais 59,3% tinham mais de 75 anos.

Referências:

Ministério da Saúde, Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge. Inquérito Nacional de Saúde 1998/1999. Lisboa, INSA, 2000

WHO. Health interview surveys Towards International Harmonization of Methods and Instruments. WHO Regional Publications: European Series, 58, 1996.

Devidos agradecimentos: Doutora Helena Carvalho, Mestre Carlos Matias Dias, Doutora Graça Carapinheiro

*Estagiária do 5º Ano do curso de Sociologia do Instituto Superior de Ciências, do Trabalho e da Empresa (ISCTE)



Análise GEOgráfica de Factores Ambientais e Socio-Económicos em Saúde: Projecto GeoFASES

Rita Nicolau, Ausenda Machado, José Marinho Falcão

Neste projecto propõe-se a análise geográfica das relações entre a mortalidade e a morbilidade por algumas causas com factores ambientais, socio-económicos e demográficos. Entre as causas a estudar incluem-se as doenças dos aparelho respiratório e circulatório e as neoplasias malignas mais directamente relacionadas com o sistema respiratório.

No seu desenvolvimento investigar-se-á se a exposição da população a factores ambientais geograficamente diferenciados (tais como a poluição atmosférica, algumas características climáticas ou a proximidade dos locais de residência da população a grandes unidades fabris), a par de determinados factores sociais e económicos (tais como a densidade populacional, o rendimento médio das populações ou o grau de urbanização das unidades administrativas), contribuiu para explicar a variabilidade espacial da mortalidade e da morbilidade pelas causas citadas.

Dado que a poluição atmosférica constitui um dos factores ambientais contemplados pelo estudo e uma vez que este influencia de forma directa o sistema respiratório, que por sua vez pode afectar o sistema cardiovascular, pretende-se não só analisar as relações existentes entre a distribuição espacial das doenças cardiovasculares e a concentração de poluentes no ar, como também estudar as associações verificadas entre aquele tipo de poluição e as doenças respiratórias. A identificação das localizações onde as duas associações sejam relevantes permitirá relacionar a mortalidade e a morbilidade motivadas por doenças cardiovasculares com as ocasionadas por doenças respiratórias.

Este estudo integra dados provenientes de diferentes fontes, relativos a um referencial espacial comum, socorrendo-se de um Sistema de Informação Geográfica - SIG - como suporte à maioria das análises a desenvolver, a par de técnicas de análise estatística, designadamente análise de correlação, análise de regressão e outras modalidades de análise multi-variada.

No âmbito deste projecto está em curso a análise da mortalidade média anual por concelho, pelas causas referidas, verificada no período de 2000 a 2004. Neste contexto apresentam-se seguidamente alguns dos resultados obtidos na análise de taxas de mortalidade padronizadas pela idade (TMP). No cálculo destas taxas recorreu-se à padronização pelo método directo, utilizando a população de Portugal Continental, 2001, como padrão.

Mortalidade por Doenças do aparelho Respiratório

As causas respiratórias foram responsáveis por 8,7% do total de mortes ocorridas no Continente no período de 2000 a 2004. Neste período, em Portugal Continental a taxa de mortalidade padronizada pela idade (TMP), para ambos os sexos, foi de 88 óbitos por 100 000 habitantes, valor este que não se afasta muito da TMP média dos 278 concelhos do Continente (87,3 óbitos por 100 000 habitantes).

Da análise da distribuição espacial da taxa de mortalidade padronizada pela idade associada ao conjunto de causas respiratórias (Figura 1) constata-se que os cinco concelhos que apresentaram as mais elevadas TMP do Continente são, por ordem decrescente,

Miranda do Corvo (152,4 óbitos por 100 000 habitantes), Penafiel (151,8 óbitos por 100 000 habitantes), Vila Nova de Paiva (149,6 óbitos por 100 000 habitantes), Murtosa (141,7 óbitos por 100 000 habitantes) e Paredes (140,2 óbitos por 100 000 habitantes). Os concelhos citados situam-se nas regiões Norte e Centro (NUT II), pertencendo dois ao distrito do Porto e os restantes aos distritos de Coimbra, Aveiro e Viseu. O Índice Comparativo de Mortalidade (ICM) relativo à TMP Continental variou para os concelhos referidos entre 159% e 173%, sendo significativamente superior ao do Continente.

Os cinco concelhos que apresentaram as mais reduzidas taxas de mortalidade (TMP) de Portugal Continental localizam-se nos distritos de Guarda, Viseu e Bragança, e são por ordem decrescente: Sabugal (50,1 óbitos por 100 000 habitantes), Cinfães (48,6 óbitos por 100 000 habitantes), Moimenta da Beira (47,3 óbitos por 100 000 habitantes), Vinhais (44,7 óbitos por 100 000 habitantes) e Pinhel (39,9 óbitos por 100 000 habitantes). A estes concelhos estava associado um risco relativo de morte (ICM) por doenças respiratórias aproximadamente 50% inferior ao do Continente, sendo os respectivos valores significativamente diferentes de 100%.

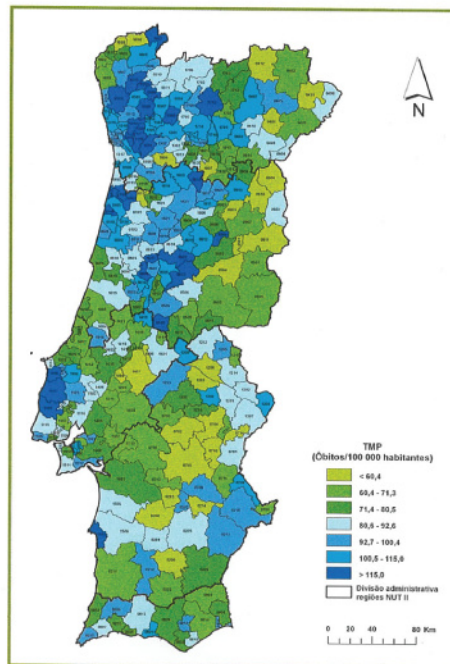


Figura 1 - Taxa de Mortalidade de Ambos os Sexos Padronizada pela Idade (TMP) por Concelho (2000-2004) (Método Directo, recorrendo à População de Portugal Continental, 2001, como Padrão) - Doenças do Aparelho Respiratório.

O projecto GEOFASES é parcialmente financiado pela Fundação Merck Sharp & Dohme.



Onsa
www.onsa.pt

INSTITUTO NACIONAL DE SAÚDE
Dr. Ricardo Jorge

TRAGEM: 4.500 exemplares
ISSN 0874-2928
DISTRIBUIÇÃO gratuita
DEPÓSITO LEGAL: 125868/98
PRODUÇÃO GRÁFICA: Litomaior Ind. Litográfica, Lda. - Rio Maior

SEDE: Av. Padre Cruz, 1649-016 Lisboa
TEL.: 21 752 64 04 FAX: 21 752 64 99
E-MAIL: onsa@insa.min-saude.pt

FICHA TÉCNICA: PROPRIEDADE: ONSA - Observatório Nacional de Saúde
RESPONSÁVEL: Maria João Branco
EQUIPA REDACTORIAL: Ballazar Nunes, Paulo Nogueira

TRIMESTRAL

EDITORIAL

UM ESTÁDIO DE FUTEBOL CHEIO...

4 1193 Portugueses tornaram possível a realização do 4º Inquérito Nacional de Saúde cujos dados estão agora prontos.

Por iniciativa do Ministério da Saúde, o 4º INS foi realizado pelo Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge (através do Observatório Nacional de Saúde) e pelo Instituto Nacional de Estatística, com colaboração directa da Direcção Geral da Saúde e participação de um grande número de entidades e técnicos.

Ao longo dos próximos meses vai ser possível conhecer melhor muitos aspectos relacionados com a saúde dos portugueses. Entre muitas outras:

A auto-percepção do estado de saúde;

Os graus de incapacidade de curta e longa duração e as suas causas;

A prevalência de algumas doenças crónicas;

Os níveis de consumo de tabaco e de álcool;

A prática de exercício físico;


Algumas práticas preventivas relevantes;

A utilização de serviços de saúde, públicos e privados.

Pela primeira vez, haverá resultados referentes às Regiões Autónomas dos Açores e da Madeira. O País ficou, finalmente, inteiramente coberto! E, no Continente, será possível comparar os resultados do 4º INS com os obtidos pelos INS de 1998/1999, 1995/1996 e de 1987

Em tempo de trabalho terminado, faça-se justiça aos mais importantes de todos os participantes: os 41193 portugueses que concederam o seu tempo, a sua comodidade e a sua privacidade na realização da entrevista do INS; que aceitaram expor-se ao entrevistador, para relatar e lembrar situações ou eventos, por vezes íntimos, quiçá dolorosos.

O 4º INS revelou, mais uma vez, o elevado espírito cívico dos portugueses e a sua vontade de contribuir para o conhecimento do estado de saúde da população.

Os 41193 portugueses estão de parabéns e merecem um sincero e público reconhecimento. 

11.3.2007

José Marinho Falcão

NESTE NÚMERO

Gravidez e ácido fólico: um estudo na Rede Médicos-Sentinela

Uma observação sobre a utilização de "cuidados preventivos" pelo homem, em Portugal Continental

Contributo para a caracterização do sedentarismo em amostras representativas da população residente em Portugal Continental: o caso dos Inquéritos Nacionais de Saúde de 1995/1996 e 1998/1999

ROTEIRO DOS... PROJECTOS

ImpactE Impactos na Saúde em Portugal de Eventos Extremos: Passado, Presente e Futuro

O **ImpactE** é um projecto de investigação que o ONSA está a realizar em parceria com o Laboratório Associado Instituto Dom Luís, da Faculdade de Ciências da Universidade de Lisboa. O projecto é financiado pela Fundação Gulbenkian.

Na saúde humana são vários os mecanismos pelos quais as alterações climáticas se fazem sentir, nomeadamente através do aumento da frequência e da intensidade das ondas de calor, aumento das cheias e inundações, alterações na distribuição de doenças transmitidas por vectores, aumento da poluição atmosférica.

Torna-se, assim, fundamental tentar reduzir a vulnerabilidade das populações e de aumentar a capacidade de lidar com um futuro, eventualmente, caracterizado por eventos extremos mais frequentes e mais intensos.

A detecção e a medida dos efeitos na saúde, desses eventos, são relevantes para fornecer a evidência na qual basear as políticas nacionais e internacionais que fundamentam as medidas de controlo de potenciais efeitos nefastos.

Assim, este estudo tem como objectivos:

- Avaliar os impactos na saúde de eventos extremos - ondas de calor, vagas de frio, fogos florestais e secas prolongadas - em Portugal;
- Estimar a carga/custo (burden) de episódios climatológicos extremos na saúde da população portuguesa.

Numa primeira fase desenvolver-se-ão modelos que relacionem séries temporais de mortalidade e morbidade diárias com as condições meteorológicas e de poluição envolventes. Numa segunda fase, aplicar-se-ão esses modelos para aferir o impacto de cenários de alterações climáticas, na saúde.

Esperamos, assim, com este estudo, avaliar o provável incremento na mortalidade e, se possível, na morbidade, associados ao aumento de eventos climáticos extremos e sugerir medidas de adaptação de modo a reduzir o impacto nas populações em risco.

Os resultados já obtidos indicam que a poluição atmosférica e a temperatura interferem com a mortalidade diária nos distritos de Lisboa e Porto nas diferentes épocas do ano, sendo cada vez mais urgente intervir na qualidade do ar, de forma a minorar os efeitos da má qualidade do ar na saúde pública

O projecto tem a duração de dois anos.

Para saber mais:

Contacto:

Sofia Almeida

E-mail: sofia.almeida@insa.min-saude-pt 

Gravidez e ácido fólico: um estudo na Rede Médicos-Sentinela

Isabel Falcão*, Mário Silva**

As anomalias congénitas são um importante problema de saúde pública, e a principal causa de morbilidade e mortalidade perinatais nos países industrializados⁽¹⁾.

No final da década de 70, no Reino Unido, ficou provada a relação entre as anomalias do tubo neural e o metabolismo dos folatos, abrindo assim caminho para o planeamento das estratégias de prevenção primária daquelas anomalias^(2,3).

Sabe-se que as estruturas do SNC se formam entre a 3ª e a 12ª semanas da vida embrionária. Uma dessas estruturas é o tubo neural, cujo encerramento se completa no 26º dia de vida embrionária e para o qual são necessários, entre outros, a actividade de alguns genes e a presença de folatos⁽¹⁾.

É hoje considerado que o suplemento periconcepcional com **ácido fólico (AF)** é um método eficaz na prevenção de cerca de 2/3 dos casos de anomalias do tubo neural⁽⁴⁾.

Em Portugal, o Centro de Estudos e Registo de Anomalias Congénitas (CERAC) registou, nos nascimentos entre 1997 e 1999, 7,5% de anomalias do SNC, e uma prevalência de 9,35/10 para os defeitos do tubo neural^(4,5).

Actualmente estão recomendadas quatro medidas para prevenir os defeitos do tubo neural relacionados com a deficiência em AF, designadamente:

- 1 - O seguimento de uma dieta rica em folatos antes e durante a gravidez⁽⁶⁾;
- 2 - O suplemento de AF em doses de 0,4 mgr ou de 4 a 5mgr/dia consoante as situações, para as mulheres em idade fértil ou, pelo menos, 12 semanas antes da concepção⁽⁴⁾, nesta última recomenda-se que o suplemento seja iniciado, pelo menos, 2 meses antes da data da interrupção do método contraceptivo. Esta medida foi adoptada por vários países, entre eles Portugal⁽⁶⁾;
- 3 - A fortificação da farinha com AF, como acontece nos EUA desde 1998, ou de outros alimentos^(6,7,8);
- 4 - O lançamento de campanhas de educação para a saúde junto da população com o objectivo de esclarecer a importância destas medidas.

Em Portugal, é escassa a informação disponível sobre a estratégia seguida pelos médicos de família em relação ao suplemento de AF, nas mulheres em idade fértil e das grávidas. Por esta razão, os médicos que voluntariamente constituem a Rede Médicos-Sentinela (cerca de centena e meia) decidiram estudar o tema, durante o ano de 2005, notificando todos os casos de gravidez que decorreram, nesse ano, nas utentes das suas listas.

Com o estudo pretendeu-se:

- 1 - Conhecer a percentagem de grávidas que tomou AF antes de engravidar, por grupo etário.
- 2 - Saber quanto tempo, antes da 1ª falta menstrual, foi iniciada a toma de AF.

Os resultados foram os seguintes:

Foram notificados 1157 casos de gravidez.

Apenas 937 (81%) grávidas iniciaram suplemento de AF, tendo 216 (18,7%) iniciado o suplemento antes

da gravidez, 721 (62,3%) só depois de saberem que estavam grávidas e 220 (19%) não fizeram qualquer suplemento com AF (Quadro I).

Quadro I: Distribuição dos casos de gravidez que decorreram em 2005, segundo o início do suplemento de ácido fólico

Início do suplemento de ácido fólico	Mulheres grávidas	
	Nº	%
Antes de saberem que estavam grávidas	216	18,7
Depois de saberem que estavam grávidas	721	62,3
Não fizeram suplemento	220	19,0
Total	1157	100

Em 213 casos foi possível saber quanto tempo antes da 1ª falta menstrual as mulheres iniciaram a toma de AF. Assim, verificou-se que 60 (28,2% de 213) mulheres tomaram AF durante, pelo menos, 2 meses antes da gravidez; e 153 (70,8%), apesar de terem tomado AF antes da gravidez, iniciaram essa toma menos de 60 dias antes da 1ª falta menstrual (Quadro II).

Quadro II: Distribuição dos casos de gravidez que decorreram em 2005, segundo o nº de dias de suplemento de ácido fólico antes da concepção

Iniciaram suplemento com AF	Mulheres	
	Nº de casos	%
Mais de 60 dias antes da concepção	60	28,2
Menos de 60 dias antes da concepção	153	70,8
Total	213	100

Podemos assim concluir-se que do total das gravidezes notificadas, apenas 5,2% das mulheres (60) tomaram AF por um período de, pelo menos, 60 dias antes da concepção.

Julga-se que valerá a pena um estudo mais aprofundado deste assunto para se perceber porque razão, na amostra estudada, não foi identificado um maior número de mulheres em idade fértil a fazer suplemento com AF, de acordo com as recomendações actualmente em vigor.

Referências

- 1-Centro de Estudos e Registo de Anomalias Congénitas - Relatório de 1997-1999. Lisboa. Observatório Nacional de Saúde. Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, 2003.
- 2-Smithells RW e tal - Vitamin deficiencies and neural tube defects. Arch Dis Child, 1976; 51:944-50.
- 3-Smithells RW e tal - Possible prevention of neural tube defects by periconceptual vitamin in supplementation. Lancet, 1980; 1056-55.
- 4-EUROCAT Working Group, EUROCAT Special report: prevention of neural tube defects by periconceptual folic acid supplementation in Europe. May 2003
- 5-Direcção Geral da Saúde, Circular Normativa de 16/01/2006
- 6-US Food and Drug Administration. Food standards: amendments of standards of identity for enriched grain products to require addition of folic acid. Fed register 1996; 61:8781-8887
- 7-Lawrence JM et al. 2000. Fortification of foods with acid folic. N Eng J Med, 2000;
- 8-Fraser RB e tal. Periconceptual folic acid and food fortification in the prevention of neural tube defects. RCOG Scientific advisory Committee Opinion Paper 4, Abril, 2003

* Coordenadora da Rede Médicos-Sentinela, INSA/ONSA;

** Médico de Família do CS da Chamusca

Uma observação sobre a utilização de “cuidados preventivos” pelo homem, em Portugal Continental

Maria João Branco, Baltazar Nunes

As doenças com maior impacto na saúde do homem devem merecer uma atenção especial e, se a evidência científica assim o indicar, serem objecto de práticas preventivas, nomeadamente, a realização de exames de rastreio/diagnóstico precoce.

Contudo, inerente à decisão da realização de exames de diagnóstico precoce deve estar o conhecimento dos potenciais benefícios e riscos, assim como a probabilidade dos vários resultados. A existência de testes de rastreio específicos não implica que sejam sempre utilizados. Numa perspectiva deontológica, associada à prestação de cuidados preventivos, nomeadamente à realização de exames de diagnóstico precoce, deve sempre ser formulada a questão se esse exame beneficiará na realidade aqueles a que a ele se sujeitam, nomeadamente em sobrevivência ou qualidade de vida¹.

Assim, os exames de rastreio devem ser realizados de acordo com protocolos de actuação, orientadores, entre outros, de quem deve ser rastreado, do início, intervalo e descontinuidade do rastreio e da sensibilidade e especificidade que se pode esperar dos respectivos testes.

A *saúde do homem* é um tópico que tem vindo a emergir na arena científica^{2,3}.

Neste contexto, considerou-se pertinente realizar o presente estudo de modo a contribuir para o conhecimento sobre algumas práticas de rastreio relacionadas com a saúde dos homens e assim contribuir para uma melhor compreensão dos comportamentos masculinos perante a saúde, em Portugal Continental.

O estudo teve, assim, como objectivo estimar a percentagem de homens da população portuguesa (Continente) com “práticas” relacionadas com medicina preventiva e que abaixo se discriminam.

O estudo, descritivo transversal, constou de um inquérito realizado por entrevista telefónica, no último trimestre de 2006. Foi utilizada uma amostra aleatória constituída por **1061 indivíduos do sexo masculino com ≥ 25 anos**. Destes indivíduos, **969** foram recrutados na amostra ECOS⁴, constituída por unidades de alojamento (UA), com **telefone fixo**, estratificada por Região de Saúde do Continente, com alocação homogénea e na qual foram seleccionadas as UA com pelo menos um elemento com aquelas características; **92** pertenciam ao conjunto de elementos de uma nova amostra ECOS-móvel, amostra de famílias, cujos elementos foram recrutados e entrevistados por **telemóvel**.

As variáveis colhidas contemplaram a caracterização dos inquiridos, nomeadamente, no que diz respeito às “práticas preventivas”. Todos os inquiridos foram questionados sobre a ocorrência de sinais de doenças ou mesmo de doenças, pré-existentes, relacionadas com as práticas de cuidados em estudo.

As “práticas preventivas adequadas” foram definidas segundo critérios que se adoptaram de acordo com a bibliografia consultada, nomeadamente, diversos programas nacionais de controlo de doenças específicas.

Obtiveram-se **625 questionários válidos**. 

As percentagens estimadas para os diferentes indicadores foram as seguintes:

Ter médico assistente \rightarrow **93%** (IC95%: 90,7-94,9), nos indivíduos de ≥ 25 anos (623);

Ter realizado, pelo menos, um exame periódico de saúde (EPS) há um ano ou menos \rightarrow **54%** (IC95%: 49,1-59,1), nos indivíduos de ≥ 50 anos (404);

Ter feito um reforço da vacina antitetânica há 10 ou menos anos \rightarrow **62%** (IC95%: 57,6-65,4), nos indivíduos de ≥ 25 anos (624);

Ter realizado um teste para o VIH/SIDA \rightarrow **34%** (IC95%: 29,6-38,7), nos indivíduos de 25-64 anos (420);

Ter medido, pelo menos uma vez, a tensão arterial há dois ou menos anos \rightarrow **96%** (IC95%: 93,6-97,6), nos indivíduos de ≥ 25 anos que declararam não ter TA elevada (417);

Ter feito, pelo menos, um doseamento da glicémia há três ou menos anos \rightarrow **83%** (IC95%: 78,3-86,2), nos indivíduos de ≥ 45 anos que declararam não ter diabetes (380);

Ter feito, pelo menos, um doseamento da colesterolémia há cinco ou menos anos \rightarrow **81%** (IC95%: 77,1-85,1), nos indivíduos de ≥ 30 anos que declararam não ter colesterol elevado (366);

Ter sido observado por toque rectal há um ano ou menos \rightarrow **18%** (IC95%: 13,4-23,3), nos indivíduos de 50-74 anos que declararam não ter doença da próstata (256);

Ter realizado um teste PSA (antigénio específico da próstata) há um ano ou menos \rightarrow **57%** (IC95%: 50,5-63,0), nos indivíduos de 50-74 anos que declararam não ter doença da próstata (256);

Ter realizado pelo menos, uma pesquisa de sangue oculto nas fezes há dois anos ou menos \rightarrow **17%** (IC95%: 13,2-22,0), nos indivíduos de 50-74 anos que declararam não ter cancro colorectal (324).


Os homens de 50-74 anos que declararam não ter cancro colorectal foram ainda questionados sobre a realização de sigmoidoscopia/colonoscopia, ainda que não tenha sido considerada indicador de “prática preventiva”. Cerca de um terço já tinha realizado esse exame (30%) e em maior percentagem, os mais idosos.

Não será demais frisar, que estes resultados não devem ser inferidos acriticamente para a população portuguesa. Contudo, apesar das limitações metodológicas e da eventual imprecisão de algumas estimativas, estes resultados podem constituir valores de referência, úteis na fundamentação de programas de prevenção/intervenção.

Referências

- 1 Grimes DA, Schulz KF. Uses and abuses of screening tests. *The Lancet* 2002;359:881-84
- 2 White A, Cash K. A REPORT ON THE STATE OF MEN'S HEALTH ACROSS 17 EUROPEAN COUNTRIES. The European Men's Health Forum 2003. Disponível em http://www.emhf.org/index.cfm/item_id/57
- 3 Prazeres V. *Saúde juvenil no masculino: género e saúde sexual e reprodutiva*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde, 2003
- 4 Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, Observatório Nacional de Saúde (ONSA). *Em Casa, pelo telefone, Observamos Saúde. Descrição e avaliação de uma metodologia*. Lisboa: Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, Observatório Nacional de Saúde, 2003

Imagem “Evolução do Homem” de Ana Rego (utilização autorizada por 1001t-shirts)

O relatório deste estudo pode ser consultado em www.onsa.pt 



Contributo para a caracterização do sedentarismo em amostras representativas da população residente em Portugal Continental: o caso dos Inquéritos Nacionais de Saúde de 1995/1996 e 1998/1999

Carlos Matias Dias, Sara Rabiais

Os Inquéritos Nacionais de Saúde realizados em 1995/1996 e 1998/1999 incluíram uma área de inquirição sobre actividade física, quer a relacionada com as actividades diárias, quer a relacionadas com o tempo livre^(1,2). Este trabalho resume uma análise secundária dos dados daqueles dois INS e pretende contribuir para o conhecimento de algumas características do sedentarismo na população portuguesa.

Assim, para além da descrição, por sexo e Região (NUTS 2), da percentagem de pessoas que declararam realizar habitualmente actividades pouco exigentes em termos físicos, variável obtida directamente da análise dos dados obtidos pela aplicação do questionário (Quadro 1), foi criada uma nova variável com o objectivo de caracterizar a população sedentária (Quadro 2). Assim, foi considerada sedentária toda a pessoa que tenha declarado que nas suas actividades diárias está habitualmente sentada e/ou anda pouco e que nas actividades de tempo livre pratica actividades que exigem pouco esforço físico (ex.: ler, ver TV, fazer renda, etc.). Neste estudo foram comparados os resultados dos INS de 1995 e 1998^(1,2).

Os resultados, ponderados por Região e estratificados por grupo etário são apresentados separadamente para cada sexo. Apresentam-se, também, indicadores padronizados para a idade, de forma a permitir a comparação entre os dois INS e entre as diferentes Regiões do Continente⁽³⁾.

Uma primeira constatação resulta da observação da percentagem significativamente maior de inquiridos do sexo feminino que declararam ter actividades diárias pouco exigentes em esforço físico, relativamente ao declarado pelos inquiridos do sexo masculino, facto observado em todas as Regiões e em ambos os INS (Quadro 1).

Quadro 1: Percentagem de inquiridos que declararam ter actividades diárias que exigem pouco esforço físico, numa amostra aleatória, representativa da população residente em Portugal Continental em 1995/1996 e 1998/1999, por sexo e Região (NUTS 2).

	Sexo Masculino			
	1995		1998	
	%	IC 95%	%	IC 95%
Continente*	29,4	(28,1;30,8)	29,4	(28,0;30,7)
Norte	27,8	(26,8;28,9)	27,2	(26,1;28,4)
Centro	25,9	(24,6;27,3)	24,7	(23,3;26,1)
LVT	33,8	(32,5;35,0)	34,2	(32,9;35,5)
Alentejo	28,3	(26,5;30,1)	31,0	(29,1;32,9)
Algarve	21,1	(19,3;22,8)	24,7	(22,9;26,5)

	Sexo Feminino			
	1995		1998	
	%	IC 95%	%	IC 95%
Continente*	34,3	(33,0;35,7)	35,7	(34,3;37,0)
Norte	35,7	(34,5;36,8)	37,4	(36,2;38,6)
Centro	31,6	(30,2;33,0)	29,9	(28,5;31,4)
LVT	35,3	(34,1;36,5)	37,4	(36,2;38,7)
Alentejo	33,3	(31,5;35,1)	35,9	(34,0;37,9)
Algarve	24,9	(23,1;26,7)	29,0	(27,2;30,9)

Valores ponderados por região e padronizados pela idade
Fonte: Inquéritos Nacionais de Saúde 1995/96 e 1998/99

Uma segunda constatação refere-se à significativamente maior percentagem de pessoas do sexo feminino classificadas como "sedentárias" nesta análise, comparativamente ao verificado no sexo masculino (Quadro 2).

Quadro 2: Percentagem de inquiridos que declararam ter actividades diárias e de tempos livres que exigem pouco esforço físico, numa amostra aleatória, representativa da população residente em Portugal Continental em 1995/1996 e 1998/1999, por sexo e Região (NUTS 2).

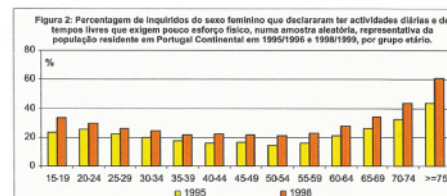
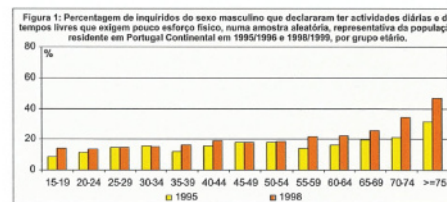
	Sexo Masculino			
	1995		1998	
	%	IC 95%	%	IC 95%
Continente*	15,8	(14,7;16,9)	19,7	(18,5;20,8)
Norte	18,7	(17,6;19,7)	18,6	(17,6;19,6)
Centro	13,6	(12,5;14,7)	17,0	(15,8;18,2)
LVT	14,7	(13,7;15,6)	21,8	(20,6;22,9)
Alentejo	17,8	(16,3;19,3)	23,1	(21,4;24,8)
Algarve	8,9	(7,7;10,1)	17,9	(16,4;19,4)

	Sexo Feminino			
	1995		1998	
	%	IC 95%	%	IC 95%
Continente*	21,3	(20,2;22,5)	26,0	(24,7;27,2)
Norte	27,3	(26,2;28,4)	29,6	(28,5;30,7)
Centro	19,1	(18,0;20,3)	24,0	(22,7;25,3)
LVT	16,8	(15,9;17,8)	28,7	(27,5;29,9)
Alentejo	22,5	(20,9;24,1)	29,7	(27,8;31,5)
Algarve	11,6	(10,2;12,9)	23,4	(21,7;25,1)

Valores ponderados por região e padronizados pela idade
Fonte: Inquéritos Nacionais de Saúde 1995/96 e 1998/99

Interessante é a comparação dos indicadores obtidos em 1995/1996 com os obtidos em 1998/1999 que sugere um aumento da percentagem de sedentários em ambos os sexos (Quadro 2) mas não demonstra alterações evidentes quanto à percentagem de pessoas que declaram pouco esforço físico nas actividades diárias (Quadro 1).

Interessa referir, também, a diferença observada entre os sexos quanto à distribuição por grupos etários do indicador de sedentarismo construído para esta análise (figuras 1 e 2). O aumento crescente verificado no sexo masculino e a maior frequência verificada nos grupos etários mais jovens no sexo feminino poderão ser úteis para investigação e intervenção futura.



Referências:

- Ministério da Saúde. Departamento de Estudos e Planeamento da Saúde. Inquérito Nacional de Saúde 1995/1996. Lisboa: DEPS; 1997.
- Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge. Inquérito Nacional de Saúde 1998/1999. Lisboa: INSA; 2000.
- Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Saúde. Atlas dos determinantes da saúde: nota metodológica. Lisboa: Observatório Nacional de Saúde; 2006 (documento de trabalho).



INSTITUTO NACIONAL DE SAUDE
Dr. Ricardo Jorge

TIRAGEM - 4.500 exemplares
DISTRIBUIÇÃO - gratuita
ISSN 0874-2928
DEPÓSITO LEGAL - 125889/98
PRODUÇÃO GRAFICA - Litomaiores Ind. Litográfica, Lda. - Rio Maior

SEDE - Av. Padre Cruz 1649-016 Lisboa
TEL.: 21 752 64 04 FAX: 21 752 64 99
E-MAIL: onsa@insa.min-saude.pt

FICHA TÉCNICA - PROPRIEDADE - INSA - Observatório Nacional de Saúde
RESPONSÁVEL - Maria João Branco
EQUIPA REDACTORIAL - Baltazar Nunes, Paulo Nogueira

TRIMESTRAL

EDITORIAL

COM UMA MÃO POR BAIXO...



Já fizeram uma mudança de casa? Então, já utilizaram uns caixotes de cartão, grandes, que se compram desdobrados e cujo fundo se constitui pela dobragem entrelaçada de 4 partes laterais. Se o conteúdo for pesado, num ápice, o caixote desmancha-se, os objectos vão parar ao chão, e muitos ficarão torcidos ou desfeitos em estilhas!

A menos que consolidemos o fundo. Ou, então, com jeitinho, levantemos o caixote com uma mão por baixo!

O ECDC (European Centre for Disease Prevention and Control) acaba de fazer dois anos e tem empreendido um notável esforço para se instalar e organizar as suas actividades.

Como facilmente se aceita o ECDC tem, estatutariamente, a responsabilidade de assegurar a vigilância epidemiológica (VE) das doenças transmissíveis na União Europeia. Felizmente, parte com a enorme vantagem que é dada pelo facto de muitos sistemas de VE já operarem na Europa com longa experiência e grande eficácia, envolvendo a participação integrada de instituições, cientistas e profissionais dos Estados Membros.

Conheço bem o EISS (European Influenza Surveillance Scheme), um desses sistemas de vigilância. Garante a vigilância semanal da gripe desde 1996, gerindo as componentes clínica, virológica e epidemiológica que harmoniosamente se integram.

O EISS, como, provavelmente, a maioria dos outros sistemas de VE europeus, não tem objecções à transferência da responsabilidade da vigilância epidemiológica da gripe.

A única preocupação do EISS não é se sim, mas como!

Com efeito, o ECDC não pode correr o risco de retorcer ou estilhaçar EISS e os outros sistemas existentes, durante a mudança para Estocolmo.

Como nós, o ECDC não vai querer que, na viagem, os caixotes de EISS e dos outros sistemas europeus de VE se desmanchem e despejem o seu conteúdo valioso para o fundo do Mar do Norte.

Felizmente, tudo indica que a sua acção vai ser sensata, cuidadosa e gradual.

Com uma mão por baixo...

José Marinho Falcão

NESTE NÚMERO

Impactos da poluição atmosférica na saúde: alguns resultados

Impactos das ondas de calor na mortalidade portuguesa: um resumo

Cobertura da Vacina Antigripal em 2006/2007: um sucesso e um insucesso...

A gripe sazonal em 2006-2007 - nem sinal de pandemia!

Mortalidade por Neoplasias Malignas do Aparelho Respiratório e Órgãos Intra-Torácicos: Identificação de Padrões Geográficos

ROTEIRO DOS... PROJECTOS

O sistema EISS assegura a vigilância integrada clínica e virológica da gripe na Europa, sob a coordenação do Netherlands Institute for Health Services Research (NIVEL), com sede em Utrecht, Países Baixos.

Criado em 1996, EISS deu continuidade a projectos iniciados em 1988 com "Eurosentinel" no qual instituições de um conjunto limitado de Estados Membros da UE se associaram para aperfeiçoar a vigilância da gripe.

Actualmente, EISS integra todos os 27 EM da EU e também vários Estados vizinhos como a Suíça e, desde Maio de 2007, a Turquia, a Sérvia e a Croácia.

Todas as 5^{as} feiras, os Centros Nacionais da Gripe e outras instituições dos Estados participantes transmitem para EISS, um conjunto de dados e estimativas, referentes à semana anterior, que incluem:

1. o número de casos de síndrome gripal e respectivo denominador, por grupo etário, em regra com origem em redes de médicos de clínica geral ou redes hospitalares;
2. o número e características dos vírus detectados em amostras colhidas na semana de referência;
3. um comentário sobre a intensidade e sobre a dispersão da actividade gripal baseada nos elementos acima indicados.

Os dados e as estimativas semanais são consolidados e interpretados pela equipa de coordenação, com a colaboração de 3 peritos em clínica, virologia e epidemiologia seleccionados anualmente de entre os membros de EISS.

A divulgação dos dados é feita semanalmente através de um boletim publicado no site www.eiss.org que contém igualmente a descrição e a interpretação actualizadas da actividade gripal na Europa.

A vigilância integrada clínica e virológica é realizada apenas entre o início de Outubro e o final de Abril, embora o sistema se mantenha activo em vários EM ao longo dos restantes meses do ano, com emissão de um boletim quinzenal que contém apenas dados virológicos.

Portugal participa em EISS desde o início, com o seu próprio sistema de vigilância integrada clínica e laboratorial, gerido pelo Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge através do Centro Nacional da Gripe, do Observatório Nacional de Saúde, da rede "Médicos-Sentinela" e de uma rede de serviços de urgência de hospitais e centros de saúde.

A vigilância da gripe na Europa irá ser integrada nas actividades do ECDC (European Centre for Disease Prevention and Control). O processo de transferência de responsabilidades está em curso desde 2005 sendo, entretanto, a vigilância assegurada por EISS, de acordo com o actual modelo de organização e funcionamento. Está previsto que a integração completa no ECDC se concretize logo que esteja garantida a preservação da experiência e património científico e técnico acumulados por EISS.

Para saber mais:

Contacto: José Marinho Falcão, Helena Rebelo de Andrade

E-mail: marinho.falcao@insa.min-saude.pt;
hbrandrade@insa.min-saude.pt



Impactos da poluição atmosférica na saúde: alguns resultados

Sofia Almeida, Paulo Nogueira

O projecto Impacte (Impactos na Saúde em Portugal de Eventos Extremos: Passado, Presente e Futuro), financiado pela Fundação Gulbenkian, tem como principais objectivos avaliar os efeitos de eventos extremos na saúde em Portugal, com especial destaque para as temperaturas extremas e a poluição atmosférica.

Nesse âmbito, estudaram-se os efeitos da exposição à poluição atmosférica ozono (O₃), dióxido de azoto (SO₂), óxidos de azoto (NO_x) e partículas com diâmetro aerodinâmico inferior a 10µm (PM₁₀) na mortalidade cardiovascular e respiratória, nos distritos de Lisboa e Porto.

A análise dos efeitos da poluição atmosférica foi realizada por modelos aditivos generalizados de regressão de Poisson, os quais permitiram o cálculo de riscos relativos (RR) para um aumento de 10µg/m³ nos níveis diários dos poluentes atmosféricos. Realizaram-se análises separadas para todo o ano e para o período de Verão.

Nas tabelas seguintes, apresentam-se os resultados mais significativos para o distrito de Lisboa, no período de 2000 a 2004. Os resultados indicam uma associação significativa dos poluentes O₃ e NO_x com o aumento da mortalidade cardiovascular e com o aumento da mortalidade respiratória nos distritos de Lisboa e Porto. No Verão, o NO_x foi o poluente que mais contribuiu para o aumento da mortalidade por doença cardiovascular e o ozono foi o poluente que mais contribuiu para o aumento do risco de morrer por doenças respiratórias.

Tabela 1 - Riscos relativos (RR) e intervalo de confiança (IC95%) da mortalidade cardiovascular para um aumento de 10µg/m³ nos níveis de poluição, distrito de Lisboa

Poluente	Todo o ano	Verão
NO _x	0,89 (0,52; 1,27)	1,30 (0,17; 2,43)
NO _x lag2	0,94 (0,57; 1,32)	1,36 (0,28; 2,44)
O ₃	0,93 (0,42; 1,45)	0,73 (-0,04; 1,52)

Tabela 2 - Riscos relativos (RR) e intervalo de confiança (IC95%) da mortalidade respiratória para um aumento de 10µg/m³ nos níveis de poluição, distrito de Lisboa

Poluente	Todo o ano	Verão
NO _x lag2	1,23 (0,37; 2,09)	-1,42 (-3,98; 1,21)
O ₃ lag2	1,84 (0,29; 3,43)	1,85 (1,04; 3,77)

Estes resultados indicam um efeito significativo da qualidade do ar na saúde das populações residentes nas principais áreas urbanas do país, o que mostra a necessidade da existência de sistemas de vigilância da qualidade do ar de modo a promover uma melhor saúde pública. 🌍

Impactos das ondas de calor na mortalidade portuguesa: um resumo

Eleonora Paixão, Paulo Nogueira

É sabido que as alterações climáticas podem afectar a saúde humana. Assim, tendo em conta o aquecimento global ☀️, é cada vez mais importante que toda a sociedade reúna esforços de forma a mitigar o impacto das condições meteorológicas adversas para a saúde humana.

Em Portugal, desde 1999, Instituto de Meteorologia, o Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, a DGS e a Autoridade Nacional de Protecção cooperam, no âmbito do sistema de vigilância de ondas de calor com potencial impacto na mortalidade, para minorar os potenciais efeitos nefastos - Sistema de Vigilância ÍCARO.

A ocorrência de ondas de calor é actualmente reconhecida como um problema de saúde pública, uma vez que o fenómeno está associado a excessos de mortalidade, potencialmente evitáveis. Ainda muito presente, está o verão de 2003, com uma onda de calor a nível europeu, à qual foi atribuída uma contagem de excesso de mortes, estimada, aproximadamente, em 70000 óbitos, segundo o projecto europeu *Canicule 2003*.

Em Portugal, no passado recente estão identificados vários episódios de excesso de óbitos associados à ocorrência de ondas de calor.

No Quadro 1, são apresentadas estimativas de excesso de óbitos, relativas a quatro episódios de ondas de calor com impactos severos na mortalidade.

Quadro 1 - Ondas de calor em Portugal, com impactos severos na mortalidade

Data	Excesso de óbitos (estimativa)	IC 95%
12 a 20 Junho 1981	1906,2	(1636,2; 2176,2)
12 a 21 Julho 1991	1001,8	(909,1; 1094,5)
30 Julho a 15 Agosto de 2003	1952,7	(1866,1; 2039,3)
30 Julho a 16 Agosto de 2003	2367,3	(2271,9; 2462,6)
10 a 27 Julho de 2006	1123	(876; 1381)

Quadro 2 - Ondas de calor em Portugal, com impactos moderados na mortalidade

Data	Excesso de óbitos (estimativa)	IC 95%
14 a 25 Julho 1990	690,4	(397,6; 1028,2)
19 a 28 Maio 1991	475,1	(377,9; 572,2)
14 a 18 Junho 2000	340,2	(304,1; 376,4)
26 Maio a 2 Junho 2001	522,1	(477,4; 566,9)
20 a 23 de Junho 2003	328,8	(293,3; 364,4)
27 Julho a 4 Agosto de 2004 (Algarve)	80	(47; 119)
26 e 27 Julho 2004 (Portugal Continental)	114,9	(93,9; 135,9)
7 de Agosto e de 12 a 16 de Agosto de 2005	461,8	(410,2; 518,4)

Estimativas definitivas utilizando para cálculo dos óbitos esperados a média de óbitos nos anos imediatamente anterior e posterior à onda de calor e o ano da onda de calor com excepção do período da onda de calor.

Estimativas definitivas, utilizando para cálculo dos óbitos esperados a média de óbitos no biénio 2000+2001 (usando taxas de mortalidade)

Estimativas provisórias com base no sistema de vigilância de mortalidade diária (VMD).

Estimativas definitivas utilizando para cálculo dos óbitos esperados a média de óbitos nos dois anos imediatamente anteriores (2002 e 2003) à onda de calor e o ano da onda de calor com excepção de todos os períodos de calor.

Menos conhecidas são as ondas de calor com impactos mais moderados na mortalidade, que também ocorreram em Portugal. No quadro 2, é feito um resumo destas situações já identificadas.

Pelo nono verão consecutivo o sistema ÍCARO está a funcionar para a vigilância deste tipo de acontecimentos. Este ano, pela primeira vez o sistema de vigilância utiliza um índice Nacional e não um índice para Lisboa. 🌍

A gripe sazonal em 2006-2007 nem sinal de pandemia!

Isabel Marinho Falcão*, Helena Rebelo de Andrade**

Desde 1990 que a Rede Médicos-Sentinela contribui, regularmente, para a vigilância epidemiológica semanal da síndrome gripal, em estreita colaboração com o Centro Nacional da Gripe (CNG).

Com os resultados, provisórios, das componentes clínica e laboratorial dessa vigilância é elaborado, semanalmente, um boletim de vigilância epidemiológica, como o que se apresenta na Fig. 1.

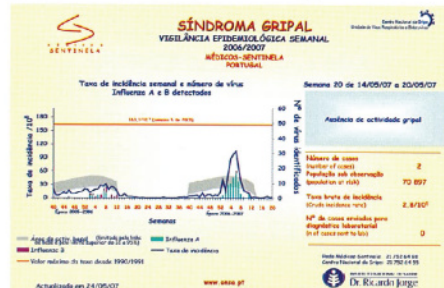


Fig. 1 - Boletim de vigilância da síndrome gripal, referente à semana 20 de 2007

Em Portugal

A época 2006-2007 (de Outubro de 2006 a Maio de 2007) caracterizou-se por uma actividade gripal de intensidade média, com identificação predominante de vírus influenza de tipo A(H3N2) associados aos casos notificados.

Como se pode ver na figura 1 registou-se um aumento progressivo das taxas de incidência a partir da semana 1, que atingiram o pico máximo na semana 6, com o valor de 104,9/10⁵. A partir daí as taxas decresceram progressivamente até à semana 11 onde voltaram a registar valores inferiores aos da área de actividade basal.

Durante este Inverno de 2006-2007, 99% dos vírus influenza detectados foram do tipo A(H3N2) e 1% do tipo B sendo as estirpes isoladas, na sua maioria, idênticas às estirpes contempladas na vacina contra a gripe desse Inverno.

As estimativas definitivas das taxas de incidência, relativas à época 2006-2007, em Portugal, serão disponibilizadas brevemente.

Na Europa

Através do sistema de vigilância EISS (European Influenza Surveillance Scheme), é possível caracterizar a actividade gripal na Europa. Assim, na época 2006-2007, na maior parte dos países, registou-se uma actividade gripal moderada e a predominância do vírus Influenza do tipo A. No entanto, na Dinamarca, Suécia, Noruega, Estónia, Letónia Lituânia e Luxemburgo registou-se uma actividade gripal elevada. O pico de actividade gripal na Europa registou-se em Fevereiro. Nesta época de 2006-2007 os vírus Influenza predominantes foram do tipo A, tendo o vírus influenza B sido notificado em apenas 2% do número total de casos identificados na Europa. Durante esta época não houve, nos países que participam no EISS, qualquer registo de transmissão zoonótica do vírus influenza A(H5N1) das aves ao Homem.

*Coordenadora da Rede Médicos-Sentinela. INSA/ONSA

**Coordenadora do Centro Nacional da Gripe. INSA

Cobertura da Vacina Antigripal em 2006/2007: um sucesso e um insucesso...

Baltazar Nunes, Teresa Contereiras, José Carlos Marinho Falcão

Como já vem sendo habitual desde 1998, o ONSA estima a cobertura da vacina antigripal através do painel ECOS (Em Casa Observamos Saúde) por aplicação de um inquérito telefónico. Este ano este inquérito foi aplicado a um painel renovado.

Assim inquirimos 892 unidades de alojamento e as respostas referem-se a 2630 indivíduos.

A estimativa da cobertura bruta da população portuguesa pela vacina anti-gripal na época de 2006/2007 foi de 14,3% (IC95%: 13,0-15,8), inferior à da época anterior (Tabela1). Esta descida constitui um insucesso relativo, compensado pelo aumento da cobertura dos grupos em risco acrescido.

Tabela 1 - Cobertura da população portuguesa pela vacina anti-gripal 1998 a 2006 (estimativa ECOS ajustada por região)

Ano	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Cobertura da vacina anti-gripal (%)	14,2	15,6	n.r.	17,0	15,0	16,4	15,4	19,1	14,3
Indivíduos inquiridos	2023	3796	n.r.	4148	2751	2599	2525	2206	2030

n.r. não realizado

De facto, na época passada notou-se um aumento significativo da taxa de vacinação no grupo 65 e mais anos para 50,4%, (IC95%: 44,8-55,9) (Fig.1). Este grupo etário tem indicação prioritária de vacinação, bem como os indivíduos considerados como grupo de risco, por terem doenças crónicas. Como podemos observar na Tabela 2, também nestes últimos se verificou um aumento da cobertura para todas as doenças, em relação ao ano de 2005/2006, com excepção da hipertensão arterial.

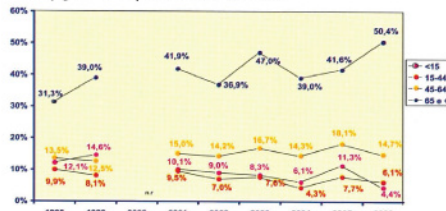


Figura 1 - Distribuição da cobertura da população portuguesa pela vacina anti-gripal, por grupo etário, entre 1998 e 2006 (ECOS)

Tabela 2 - Cobertura da população portuguesa pela vacina anti-gripal 1998 a 2006 (estimativa ECOS ajustada por região), em indivíduos com várias doenças crónicas.

Ano	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Asma/bronquite crónica	30,1	37,4	n.r.	32,4	34,3	33,8	28,4	29,5	35,4
Diabetes	22,5	29,6	n.r.	31,6	34,5	39,0	27,0	30,3	34,5
Hipertensão arterial	15,5	24,7	n.r.	29,7	27,6	34,8	26,0	28,6	26,8
Doenças reumáticas	23,6	28,1	n.r.	28,7	27,6	32,8	27,8	31,6	32,7

Quanto às regiões, observou-se um ligeiro decréscimo para todas as Regiões de Saúde do Continente, depois do aumento registado na época de 2005.

Ano	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Norte	13,8	16,0	n.r.	17,6	15,9	18,6	18,3	20,4	14,3
Centro	13,6	15,0	n.r.	15,5	14,9	18,1	14,0	16,0	14,7
Lisboa e Vale do Tejo	15,6	16,3	n.r.	18,1	14,0	18,5	13,7	19,0	14,5
Alentejo	12,2	15,0	n.r.	15,5	15,5	20,2	14,5	17,0	13,4
Algarve	10,2	11,0	n.r.	12,2	14,5	16,7	15,6	16,4	11,2

Tabela 3 - Distribuição cobertura da população portuguesa pela vacina anti-gripal 1998 a 2006 (estimativa ECOS ajustada por região), por Região de Saúde.

Referências

Nunes B, Contereiras T, Marinho Falcão J.C. Vacinação anti-gripal: cobertura da população portuguesa entre 1998/1999 a 2002/2003. *Revista Portuguesa de Pneumologia*. Março/Abril de 2004. X(2):115-123

Mortalidade por Neoplasias Malignas do Aparelho Respiratório e Órgãos Intra-Torácicos: Identificação de Padrões Geográficos

Ausenda Machado, Rita Nicolau, Baltazar Nunes, José Marinho Falcão

No âmbito do Projecto GeoFASES¹ foi recentemente desenvolvido um estudo² que procurou identificar grupos de concelhos (*clusters*) do Continente onde a mortalidade por neoplasias malignas dos órgãos do aparelho respiratório e intra-torácicos fosse apreciavelmente elevada, face ao valor médio das unidades geográficas circundantes.

Assim, a mortalidade por neoplasias malignas dos órgãos do aparelho respiratório e intra-torácicos foi analisada por concelho, tendo por base o total de óbitos anuais ocorridos em Portugal Continental, no período de 2000 a 2004, e a população residente no Continente em 2001. Foi determinada a taxa de mortalidade padronizada pela idade (TMP) através do método de padronização directo (em que a população residente em 2001 no Continente foi adoptada como padrão). A partir deste indicador calculou-se uma medida do risco relativo de morte por esta causa, que é dada pelo índice comparativo de mortalidade (ICM). Este índice expressa a razão (em %) entre a TMP de determinado concelho e a TMP do Continente. Deste trabalho apresentam-se os resultados obtidos para os indivíduos do sexo masculino.

A figura 1 ilustra a distribuição espacial dos ICM concelhos associados a neoplasias malignas dos órgãos do aparelho respiratório e intra-torácicos, em indivíduos do sexo masculino.

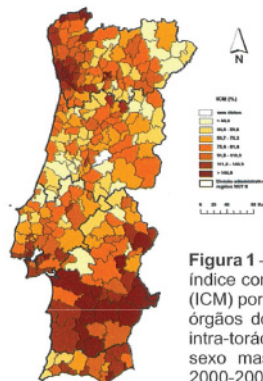


Figura 1 - Distribuição concelhia do índice comparativo de mortalidade (ICM) por neoplasias malignas dos órgãos do aparelho respiratório e intra-torácicos em indivíduos do sexo masculino, para o período 2000-2004.

Procedeu-se seguidamente à análise da dependência espacial evidenciada pelo risco relativo de morte (ICM) por este tipo de neoplasias no sexo masculino. Para tal recorreu-se ao índice de auto-correlação local de Moran (abreviadamente designado por LISA). Este índice constitui uma medida da associação espacial local, que no presente estudo foi calculada para cada concelho, em função dos valores de ICM associados aos concelhos vizinhos (concelhos situados num raio de 30 km do concelho em apreciação). O índice LISA possibilitou diferenciar os concelhos em quatro grandes grupos:

- 1) Grupo Alto Alto: Concelhos com ICM elevado, rodeados por vizinhos cujos valores de ICM são em média igualmente elevados;
- 2) Grupo Alto Baixo: Concelhos com valores elevados de ICM, rodeados por vizinhos que apresentam valores mais reduzidos de ICM;

3) Grupo Baixo Alto: Concelhos com reduzidos valores de ICM, rodeados por vizinhos com valores de ICM mais elevados;

4) Grupo Baixo Baixo: Concelhos com reduzidos valores de ICM, rodeados por vizinhos com valores de ICM que em média também são reduzidos.

A análise conjunta dos índices LISA associados a cada concelho e da respectiva significância estatística, possibilitou identificar unidades geográficas contíguas (*clusters*) onde a associação espacial existente é estatisticamente significativa ($p \leq 0,05$) e o ICM varia entre valores da mesma ordem de grandeza.

Da análise da Figura 2 ressalta a existência de quatro regiões (*clusters* Alto-Alto) que se caracterizam por incluir concelhos com elevados valores de ICM na vizinhança de concelhos com valores médios de ICM também elevados e onde a dependência espacial do fenómeno foi considerada significativa:

- Um *cluster* na região Sul, formado por 13 concelhos: pertencentes aos distritos de Beja, Évora e Faro, no qual se estimou um risco de morte, pelas causas em apreciação, em média, 58% superior ao de Portugal Continental.
- O *cluster* da Área Metropolitana de Lisboa (AML) Sul que inclui 8 concelhos do distrito de Setúbal, em que o risco de morte por aquelas causas é, em média, 27% superior ao do Continente.
- O *cluster* da AML Norte inclui 7 concelhos pertencentes ao distrito de Lisboa. Neste *cluster* o risco de morte, por aquelas causas, é em média 20% superior ao do Continente.
- Na Área Metropolitana do Porto evidencia-se igualmente um *cluster* formado por 21 concelhos dos distritos do Porto, Braga e Aveiro. Neste *cluster* o risco de morte pelas causas em apreciação é em média 27% superior ao do Continente.

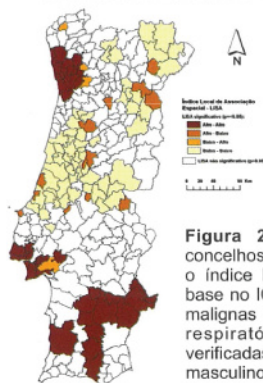


Figura 2 - Classificação dos concelhos do Continente segundo o índice LISA, determinado com base no ICM relativo a neoplasias malignas dos órgãos do aparelho respiratório e intra-torácicos verificadas em indivíduos do sexo masculino, no período 2000-2004.

O projecto GeoFASES é parcialmente financiado pela Fundação Merck Sharp & Dohme.

- 1 Mais informação em: http://www.onsa.pt/conteu/proj_curso_geofases.html
- 2 Nicolau, R., Machado, A., Nunes, B., Marinho Falcão, J. "Análise da Variação Concelhia da Mortalidade Anual Média por Neoplasias Malignas dos Órgãos do Aparelho Respiratório e Intra-torácicos em Portugal Continental". Actas da conferência STIG - Saúde e Tecnologias de Informação Geográfica. Lisboa, 31 Maio - 1 Junho 2007.





EDITORIAL

SE BEETHOVEN OUVISSE BEM...

... mais e melhor música nos teria deixado!
Em Portugal há um enorme número de "Beethovens"! No que toca à incapacidade auditiva, claro; não à genialidade musical!

O 4º Inquérito Nacional de Saúde permitiu estimar que mais de 745 000 portugueses têm incapacidade auditiva, sendo a maioria afectada por formas "moderadas" (cerca de 703 000) e um número muito mais pequeno por formas "graves" (cerca de 42 000)^{1,2}.

A prevalência de incapacidade auditiva cresce consistentemente dos grupos etários mais baixos para os mais elevados, sobretudo a partir dos 55-64 anos. Nada que surpreenda!!!

E é mais alta nos homens do que nas mulheres. A surpresa ainda não é grande!

Mas ao ler o pequeno artigo publicado neste número, talvez fiquem surpreendidos, como nós ficámos! A prevalência de incapacidade auditiva em portugueses com baixo grau de escolaridade (< 5 anos) é cerca de 5 vezes superior à prevalência dos que têm um grau mais elevado (10 anos ou +). E estas diferenças profundas ocorreram em todos os grupos etários! Tudo faz crer que os portugueses com baixa escolaridade, e por associação, os de classe social mais baixa, os menos qualificados, e os mais pobres sofrem de incapacidade auditiva com muito mais probabilidade dos que os melhor situados na sociedade, os mais qualificados, eventualmente, os mais influentes! Sejam homens ou mulheres, sejam adultos jovens ou cidadãos idosos!

A surdez não é uma prioridade elevada em Portugal. Contudo, intervenções que levem a ganhos em saúde e em bem estar poderão ser geradas se o conhecimento epidemiológico e sociológico actualmente existente for aperfeiçoado.

José Marinho Falcão

¹ INSA - disponível em : URL:
http://www.insa.pt/site/insa_notevento_01.asp?noticia=1&artigo_id=214 [acedido em 21/08/2007]

INE - disponível em : URL:
http://www.ine.pt/portal/page/portal/PORTAL_INE/Destaques?DESTAQUESdest_boui=6449883&DESTAQUESmodo=2 [acedido em 21/08/2007]

² Almeida S, Falcão J - Incapacidade auditiva auto declarada na população portuguesa: uma análise aos dados do 4º Inquérito Nacional de Saúde. 2007 Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, Observatório Nacional de Saúde.

NESTE NÚMERO

Final, quantos diabéticos há em Portugal?

Incapacidade auditiva e grau de escolaridade: uma associação surpreendente?

Um estudo sobre a ocorrência de diarreias no Inverno

ROTEIRO DOS... PROJECTOS

HEWES (*Health Early Warning Systems using satellite technology*) é um projecto de I&D co-financiado pela Agência Espacial Europeia (ESA), no âmbito do programa *Health and Telemedicine via Satellite*. Liderado cientificamente pelo Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, o projecto conta com a colaboração da TEKEVER, empresa portuguesa da área das tecnologias da informação, e com a Ridgeback, empresa italiana de consultoria biomédica, ambas com experiência no sector aeroespacial. Este projecto conta ainda com a colaboração de diversas entidades nacionais, governamentais, nomeadamente DGS, INEM, ANPC e a PJ.

O objectivo principal do projecto é criar e ensaiar um sistema de base tecnológica que potencie o desenvolvimento de uma Plataforma de Gestão Integrada para o Alerta Precoce de situações específicas e Apoio à Gestão de Crises, por aquelas suscitadas.

Assim, pretende-se:

- Desenvolver um sistema flexível para a comunicação horizontal e vertical de organizações e instituições ligadas à saúde, através de satélite, com possibilidade de melhorar o alerta precoce e a resposta a ameaças à saúde, nomeadamente acidentes naturais ou provocados pelo homem;
- Fornecer um sistema inteligente para a monitorização e vigilância de ameaças de saúde, apoiando os serviços de epidemiologia;
- Envolver os actores do sector da saúde na definição e validação do sistema, de modo a garantir a ampla aplicabilidade da solução para todos os potenciais utilizadores.

O HEWS visa proporcionar aos utilizadores finais a possibilidade de, através do uso de comunicações via satélite, melhorar o seu desempenho, permitindo:

- Ampla perspectiva, em tempo real, dos eventos e da sua gestão integrada;
- Possibilidade de apoio à organização e prestação de cuidados de Saúde, de que é exemplo o recurso à telemedicina, em situações em que as infra-estruturas tradicionais não estejam disponíveis;
- Garantia do acesso a comunicações por satélite, em caso de ruptura das comunicações terrestres;
- Apoio logístico optimizado, que reduz a necessidade de transporte de equipamento de telecomunicações pesado para os locais de intervenção.

Idealmente o sistema será testado em dois cenários operacionais diferentes, um europeu e outro africano. Foram já desenvolvidas tarefas de identificação de potenciais riscos para populações, europeia e africana, tentando identificar quais as situações em que o uso da comunicação por satélite pode gerar um potencial ganho em saúde e vidas.

Para saber mais:

Visite: www.HEWS-Project.com

Contacto: Paulo Nogueira, coordenador do projecto HEWS

E-mail: paulo.nogueira@insa.min-saude-pt

Afinal, quantos diabéticos há em Portugal?

Isabel Marinho Falcão, Eleonora Paixão

É frequente ouvir diabetologistas e outros especialistas estimarem o número de diabéticos existentes em Portugal em cerca de 500000, mas é escassa a informação rigorosa publicada sobre este assunto.

No âmbito da Rede Médicos-Sentinela está a decorrer, desde o início de 2005, um estudo de *follow-up*, com a duração de cerca de 3 anos, sobre "Prevalência da diabetes e incidência das suas complicações numa coorte de diabéticos portugueses".

Os dados da 1ª observação (fase transversal) deste estudo, permitiram estimar os resultados que a seguir se apresentam.

Participaram no estudo 66 médicos de família da Rede Médicos-Sentinela, que enviaram dados referentes a 4294 utentes diabéticos de tipo 2, inscritos nas respectivas listas. A composição dessas listas era conhecida em relação à idade e sexo, o que permitiu calcular estimativas de prevalência.

A prevalência bruta da diabetes de tipo 2 na população inscrita em Médicos-Sentinela foi estimada em 5,4%, tendo sido semelhante nos homens e nas mulheres, respectivamente com 5,3 e 5,4%.

Verificou-se que o valor da taxa aumentou progressivamente com a idade, em ambos os sexos, até atingir, no grupo etário 65-74 anos, o valor máximo de 13,4% para os homens e 12,7% para as mulheres decrescendo ligeiramente no grupo etário seguinte (Quadro I, Fig. 1).

Grupo etário	Homens		Mulheres		H+M	
	Casos	Taxa/100	Casos	Taxa/100	Casos	Taxa/100
25-34	11	0,1	7	0,1	18	0,1
35-44	79	1,0	64	0,8	143	0,9
45-54	318	4,7	266	3,7	584	4,1
55-64	523	9,6	542	8,6	1065	9,0
65-74	658	13,4	780	12,7	1438	13,0
75e+	417	11,9	629	11,4	1046	11,6
Total	2006	5,3	2228	5,4	4294	5,4

Quadro I - Distribuição da estimativa da taxa de prevalência (%) dos diabéticos de tipo 2 por sexo e grupo etário, na população inscrita de ≥25 anos

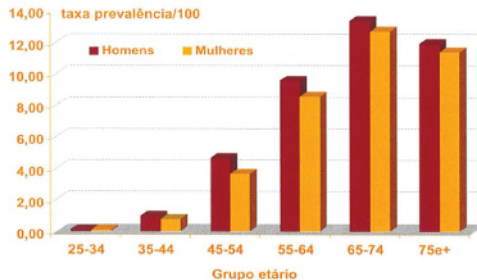


Fig. 1 - Distribuição da estimativa da taxa de prevalência (%) dos diabéticos de tipo 2 (4294) por sexo e grupo etário, na população inscrita de ≥25 anos

Ajustando as estimativas das taxas de prevalência de diabetes tipo 2 por grupos etários à população portuguesa residente (estimativas de 31/12/2006, INE) obtivemos os resultados expressos no Quadro II.

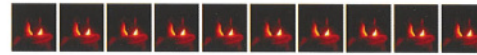
Quadro II - Estimativa do número de diabéticos de tipo II existentes na população portuguesa residente em 31/12/2006, de 25 e mais anos

Grupo etário	Homens	Mulheres	H+M
25-34	826	814	1640
35-44	7813	6360	14173
45-54	32814	27196	60010
55-64	55179	55283	110462
65-74	60396	70799	131195
75e+	37251	57843	95094
Total	194280	218294	412574

Assim, pode dizer-se que, em 31/12/2006, existiriam cerca de 412574 diabéticos de tipo 2 na população portuguesa residente de 25 e mais anos.

Espera-se que os resultados deste estudo, a publicar brevemente, possam contribuir para melhorar o conhecimento sobre a epidemiologia da diabetes em Portugal.

O QUE VAI ACONTECER...



ONSA a observar saúde desde 1997

É verdade! Comemoram-se os 10 anos de existência do ONSA! Precisamente em tempos da sua transição para **Departamento de Epidemiologia**

Celebremos a imaginar-nos...
daqui a 10 anos!

Para alimentar a imaginação nada melhor que juntarmo-nos a outros, em **29-10-2007** no

Encontro Nacional de Observatórios de Saúde

Contactos: onsa@insa.min-saude.pt; info@insa.min-saude.pt ou 2175264



LOCAL DO CONGRESSO

Auditórios da Universidade Lusíada
Rua da Junqueira, 194

Para saber mais www.epidemiologia2007.com.pt

XVI Conferência Europeia de Saúde Pública

A Associação Portuguesa para a Promoção da Saúde Pública (APPSP) promove e organiza a reunião anual da Associação Europeia de Saúde Pública (EUPHA), com o tema "**Saúde e Inovação no espaço europeu**".

A Conferência terá lugar nos dias 6, 7 e 8 de Novembro de 2008, em Lisboa, no Centro de Congressos de Lisboa (antiga FIL). Visite o sítio da EUPHA na Internet www.eupha.org.

O Observações irá dando notícias desta conferência de primordial interesse para a Saúde Pública.

Incapacidade auditiva e grau de escolaridade: uma associação surpreendente?

Sofia Pinto de Almeida, José Marinho Falcão

O presente estudo teve como objectivo analisar a prevalência da incapacidade auditiva auto-declarada em Portugal e a sua possível associação com o grau de escolaridade dos inquiridos.

Material e métodos

Os dados analisados foram gerados pelo 4º Inquérito Nacional de Saúde (INS), 2005-2006, realizado pelo Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge e pelo Instituto Nacional de Estatística¹.

Para a colheita dos dados foi utilizado um questionário estruturado aplicado através de entrevista directa, no domicílio. A questão específica sobre a capacidade auditiva foi: "Consegue ouvir um programa de TV ou de rádio?". Consideraram-se ter incapacidade auditiva, todos os indivíduos que referiram só conseguir ouvir com o volume alto (incapacidade moderada) e que não conseguiram ouvir qualquer que fosse o volume (incapacidade grave).

O grau de escolaridade do entrevistado foi determinado pelo número de anos de escolaridade completos com aproveitamento (≤ 4 anos, 5-9 anos e ≥ 10 anos de escolaridade).

As estimativas de prevalência foram obtidas com ponderação para a idade, sexo e Região (NUT I e II). Os ponderadores utilizados foram calculados e disponibilizados pelo Instituto Nacional de Estatística.

Resultados

Obtiveram-se dados sobre 7837 indivíduos.

Observou-se uma associação entre o grau de escolaridade do próprio e a incapacidade auditiva, apresentando os grupos com grau de escolaridade mais elevado prevalências menores do que os menos escolarizados, em todos os grupos etários do sexo masculino e na alguns do sexo feminino (Quadro I e Figura 1).

Discussão

A pergunta seleccionada para o 4º INS gera resultados com um grau de subjectividade muito superior ao das determinações audiométricas. No entanto, ao colher a impressão subjectiva do entrevistado sobre a sua acuidade auditiva, mede o grau de limitação sentido e que o afecta na vida diária.

Escolaridade	Homens			Mulheres			HM		
	Incapacidade moderada	grave	n	Incapacidade moderada	grave	n	Incapacidade moderada	grave	n
≤ 4 anos									
25-44	2,5	1,2	317	1,8	-	270	2,2	0,6	587
45-64	12,9	0,6	854	8,4	-	1051	10,4	0,3	1905
≥ 65	27,6	2,3	790	22,2	1,6	1165	24,4	1,9	1955
Total	15,4	1,3	1961	12,9	0,7	2486	14	0,9	4447
5 a 9 anos									
25-44	1,7	-	567	2,4	-	509	2	0	1076
45-64	7,5	-	282	3,2	-	249	5,7	0	531
≥ 65	20,1	4,3	89	10,4	-	58	16,1	2,6	147
Total	3,4	0,4	938	2,2	-	816	2,9	-	1754
≥ 10 anos									
25-44	1,5	-	460	0,4	-	589	0,9	-	1049
45-64	6,8	-	243	6,5	-	236	6,7	-	479
≥ 65	8,7	-	62	8,7	-	46	8,7	-	106
Total	2,7	-	765	1,9	-	871	2,3	-	1636

Quadro I - Distribuição da prevalência (%) da incapacidade auditiva "moderada" e "grave", segundo o grau de escolaridade, o sexo e o grupo etário, em indivíduos de ≥ 25 anos Portugal.

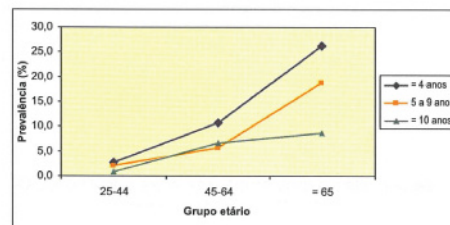


Figura 1 - Prevalência da incapacidade auditiva (moderada e grave) segundo o grau de escolaridade e o grupo etário em inquiridos de ≥ 25 anos, em Portugal

Os resultados mostraram uma associação entre a prevalência de incapacidade auditiva e o grau de escolaridade do indivíduo, tomado como indicador de classe social.

Em qualquer dos sexos, os valores das prevalências brutas decresceram com o aumento do número de anos de escolaridade (Quadro I). Dado que a incapacidade auditiva é auto-declarada, tal como o indivíduo a avalia na sua situação real (com prótese ou sem prótese auditiva), poderia admitir-se que, em média, os indivíduos com um nível de escolaridade mais elevado tivessem maior capacidade financeira e, assim, maior probabilidade de adquirir uma prótese do que aqueles com escolaridade mais baixa.

Assim, uma das explicações possíveis para as diferenças de prevalência encontradas entre os três níveis de escolaridade estudados poderia ser devida à maior utilização de prótese e consequente correcção auditiva nas classes com maior escolaridade. Este eventual efeito não pode ser estimado pelos dados do 4º INS. Julga-se, contudo, pouco provável que diferenças na utilização de prótese auditiva contribuam, de modo relevante, para as diferenças encontradas.

Face aos resultados encontrados afigura-se importante que a incapacidade auditiva seja colocada na agenda da investigação em saúde e seja dado apoio adequado a actividades de investigação epidemiológica e clínica.

Saliente-se que uma análise mais completa da prevalência da incapacidade auditiva segundo o grupo etário, o sexo e a Região (NUT I e II) foi recentemente editada.

O relatório deste estudo pode ser consultado em www.onsa.pt.

Contacto José Marinho Falcão:
marinho.falcao@insa.min-saude.pt

Referência

¹ INSA - disponível em : URL:
http://www.insa.pt/site/insa_notevento_01.asp?noticia=1&artigo_id=214 [acedido em 21/08/2007]
INE - disponível em : URL:
http://www.ine.pt/portal/page/portal/PORTAL_INE/Destaques?DESTAQUESdest_bouj=6449883&DESTAQUESmodo=2 [acedido em 21/08/2007]



Um estudo sobre a ocorrência de diarreias no Inverno

Patrícia Conde Malcata*, Eleonora Paixão**, Jorge Machado*

O objectivo principal deste estudo foi estimar a proporção de diarreias que ocorreram no Inverno, no período logo após o Natal até final de Fevereiro, em Portugal Continental.

O estudo constou de um inquérito telefónico, realizado entre 28 de Fevereiro a 23 de Março de 2007. Foi utilizada a amostra ECOS¹, constituída por 1049 unidades de alojamento. O questionário, composto por 5 perguntas, foi aplicado a um elemento com 18 ou mais anos, mas dirigido a todo o agregado familiar. Colheram-se dados relativos à caracterização das pessoas afectadas por diarreia, número de pessoas afectadas por agregado, sintomatologia e a sua duração, utilização de serviços de saúde e internamento. Obtiveram-se dados relativos a 2634 elementos de 891 unidades de alojamento contactadas com sucesso.

As estimativas apresentadas foram ajustadas por Região

Foram 186 pessoas que referiram ter tido diarreia, o que correspondeu a uma percentagem ponderada de 8,2% (IC95%: 7,1; 9,4).

Nas variáveis em estudo, sexo, grupo etário e região, ressalta que a proporção de pessoas que referiram ter tido diarreia foi superior, nas mulheres (9,3%), nos indivíduos pertencentes ao grupo etário 1-5 anos (21,3%) (Quadro 1) e nos residentes na Região Lisboa e Vale do Tejo (LVT) (9,3%) (Quadro 2)

Quadro 1 - Percentagem de pessoas que referiram ter tido diarreia no período após o dia de Natal até à última semana de Fevereiro, segundo o sexo e grupo etário.

	Amostra ponderada			
	n	%	IC 95%	p ^a
Sexo				0,034
Masculino	1249	6,9	(5,5; 8,5)	
Feminino	1385	9,3	(7,8; 11,1)	
Grupo etário				<0,001
<1ano	21	7,8	(1,4; 34,4)	
1-5	126	21,3	(15; 29,5)	
6-14	265	9,5	(6,4; 14)	
15-24	297	6,6	(4,0; 10,6)	
25-34	361	12,1	(8,9; 16,1)	
35-44	367	6,9	(4,6; 10,2)	
45-54	431	4,8	(3,0; 7,5)	
55-64	346	6,4	(4,5; 10)	
65 e +	387	6,8	(7,1; 9,4)	

n número de registos válidos; (;) IC 95% da estimativa; a teste de χ^2 de Pearson com a correcção de Rao e Scott.

Quadro 2 - Percentagem de pessoas que referiram ter tido diarreia no período após o dia de Natal até à última semana de Fevereiro, segundo a Região

	n	%	p ^b
Total	2634	8,2*	
Região do País			0,003
Norte	581	7,4	
Centro	536	8,8	
LVT	517	9,3	
Alentejo	480	6,0	
Algarve	520	3,7	

n número de registos válidos; b teste de χ^2 de Pearson; *resultado ponderado por Região

Ao analisar o período em estudo, a semana com maior frequência de casos foi a última semana de Fevereiro, com 19,3% (IC95%: 14,1; 25,9), seguida da semana após o Natal, com 18,3% (IC95%: 13,1; 24,8).

Observou-se uma percentagem superior nas pessoas que referiram ter tido diarreia durante 2 dias, 35,5% (IC95%: 28,7; 42,7), bem como, nas pessoas que referiram ter tido 3 dejeições por dia, 26,7% (IC95%: 19,7; 35). As cólicas abdominais foram os sintomas mais frequentemente referidos por 46,5% (IC95%: 39,4; 53,8) dos indivíduos.

Relativamente à utilização de serviços de saúde, 42,3% (IC95%: 35,4; 49,6) não consultou ninguém, 38,4% (IC95%: 31,6; 45,7) consultaram um hospital, serviço de saúde ou médico (Gráfico 1).

Dos 35 indivíduos que consultaram um hospital ou serviço de saúde, 6 foram submetidos a internamento.

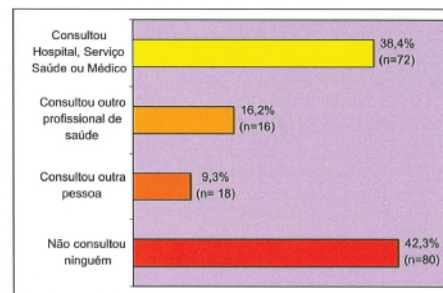


Gráfico 1 - Principais atitudes tomadas devido à diarreia

Analisou-se a ocorrência de diarreia, com sintomas e duração semelhantes, em outro(s) elemento(s) do agregado familiar. Verificou-se, terem sido 22, os agregados em que houve mais de que um caso de diarreia com as mesmas características, dos quais 7 em Janeiro e 15 em Fevereiro.

Através do presente estudo observou-se um número significativo de casos de doenças diarreicas. É necessário porém que exista uma melhor vigilância epidemiológica, suportada por um sistema de informação eficaz que permita melhorar a caracterização da ocorrência das diarreias e fundamentar acções educativas conducentes a uma maior higiene e segurança alimentar.

¹INSA, ONSA. *Em Casa, pelo telefone, Observamos Saúde. Descrição e avaliação de uma metodologia*. Lisboa: Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge. Observatório Nacional de Saúde, 2003

*Unidade de Enterobactérias. Centro de Bacteriologia. Contacto: Jorge.machado@insa.min-saude.pt

** ONSA

NO ESCAPARATE

Sazonalidade e Periodicidades da Mortalidade Portuguesa. 1980-2001
Paulo Nogueira, Eleonora Paixão, Emanuel Rodrigues
Edição da Fundação Merck Sharp & Dohme. 2007

Há exemplares disponíveis para distribuir



Onsa
www.onsa.pt

INSTITUTO NACIONAL DE SAÚDE
Dr. Ricardo Jorge

TIRAGEM: 5 000 exemplares
ISSN 0874-2928
DISTRIBUIÇÃO gratuita
DEPOSITO LEGAL: 125868/98
PRODUÇÃO GRAFICA: Litomaior Int. Litografica, Lda. - Rio Maior

SEDE: Av. Padre Cruz, 1649-016 Lisboa
TEL.: 21 752 64 04 FAX: 21 752 64 89
E-MAIL: onsa@insa.min-saude.pt

FICHA TÉCNICA: PROPRIEDADE: ONSA - Observatório Nacional de Saúde
RESPONSÁVEL: Maria João Branco
EQUIPA REDACTORIAL: Baltazar Nunes, Paulo Nogueira

TRIMESTRAL

Editorial

É BEM CONHECIDO, MAS POUCOS SE IMPORTAM...

...que os homens morram muito mais cedo do que as mulheres.

Por todas as causas que as *Parcas** gostam de utilizar!

Acidente vascular cerebral.

Enfarte de miocárdio.

Neoplasias malignas.

Doença pulmonar obstrutiva crónica.

Acidentes.

Suicídio.

Mas também se enlevam, mais do que as mulheres, com exposições de risco!

Tabaco

Álcool

Drogas

Velocidade


Apesar de dominarem, desde sempre, os corredores dos poderes, os homens nunca se preocuparam seriamente em gerar intervenções e programas de saúde que fossem específicos do seu género. Pelo menos de forma consistente!

No passado mês de Novembro, o 5º Congresso de Epidemiologia teve como tema a Saúde do Homem. Uma excelente decisão da Direcção de Associação Portuguesa de Epidemiologia onde as mulheres, aliás, têm uma intensa participação.

Na sessão de abertura foi apresentada pelo Director Geral de Saúde uma declaração que inicia a participação de Portugal no Fórum da Saúde dos Homens, uma organização internacional que visa contribuir para diminuir a fragilidade do género masculino no que respeita à saúde.

Os homens e as mulheres presentes assinaram com gosto. Eu também!

Mas lembrem-se: o fórum em Roma era o local onde as pessoas se reuniam, sobretudo para falar. Não para fazer. Falar é, obviamente, uma importante forma de estimular a acção. Mas falar sobre a saúde dos homens, por si, não a melhora, se não for estímulo para essa acção.

Que o Fórum, a partir de agora, permita boas e interessantes discussões e inspire intervenções e programas para pôr os homens no caminho que as mulheres têm vindo, mais inteligentemente, a seguir. 

26.11.2007

José Marinho Falcão

*Em Roma, cada uma das três deusas que fiavam, dobavam e cortavam o fio da vida

NESTE NÚMERO

Na escovagem dos dentes é que está o ganho...

Uma observação sobre comportamentos face à "gripe"

Pneumonia e Gripe: Análise da mortalidade e dos internamentos hospitalares da população idosa por concelhos de residência

Roteiro dos...Projectos

A organização europeia "ERA-NET Pathogenomics" atribuiu o "Pathogenomics PhD Award 2007" a uma tese de doutoramento elaborada no âmbito de um projecto de investigação sobre o genoma de *Chlamydia trachomatis*.

Esta bactéria intracelular constitui a maior causa em todo o mundo das infecções bacterianas sexualmente transmitidas.

Em Portugal a taxa de infecção varia entre 5% (população em geral) e 25% (determinados grupos de adolescentes femininas). Tendo em conta que 50-70% das infecções são assintomáticas, a taxa de transmissão é elevada e podem surgir complicações como a doença inflamatória pélvica, a infertilidade tubária e a gravidez ectópica. A infecção por *Chlamydia trachomatis* é também a maior causa de cegueira susceptível de prevenção em todo o mundo. Estima-se que as infecções por esta bactéria afectem cerca de 90 milhões de pessoas.

A *Chlamydia trachomatis* engloba 15 serotipos que causam patologias diferentes: A-C causam o tracoma, D-K causam as doenças sexualmente transmitidas e L1-L3 causam o linfogranuloma venéreo.

O principal objectivo do projecto prende-se com a avaliação das diferenças genómicas entre todos os serotipos da bactéria, estudando estirpes de referência ATCC (adaptadas ao laboratório) e isolados clínicos recentes.

Como principais resultados, referimos: a) a identificação de diferenças genéticas muito significativas entre os vários serotipos, as quais poderão estar na base da apetência celular diferente e justificando assim as diversas patologias; b) concluímos que uma grande percentagem dos isolados clínicos apresenta uma estrutura do cromossoma em mosaico genético, diferindo substancialmente das respectivas estirpes de referência. Isto põe em causa a tradicional utilização das estirpes de referência como modelos de estudo, bem como o actual sistema de classificação/tipagem desta bactéria, utilizado nos estudos de epidemiologia molecular.

Pensamos estar a dar uma contribuição significativa para o conhecimento da biologia dum dos patógenos mais prevalentes em todo o mundo, nomeadamente na decifração das diferenças genéticas entre as variantes que causam doenças distintas. Indirectamente, os resultados que estamos a obter podem ter implicações no desenvolvimento duma vacina, bem como no desenvolvimento de melhores testes de diagnóstico, dado que ambos se baseiam na sequência genética do cromossoma da bactéria.

Este projecto está a ser actualmente alargado a mais regiões do cromossoma de *Chlamydia trachomatis*, bem como a um leque mais vasto de isolados clínicos, tendo obtido financiamento pela Fundação para a Ciência e a Tecnologia.

Para saber mais:

Contacto: João Paulo Gomes

E-mail: j.paulo.gomes@insa.min-saude.pt 

Na escovagem dos dentes é que está o ganho...

José Marinho Falcão, Ausenda Machado, Carlos Dias

É de conhecimento geral que escovar os dentes previne doenças orais como cáries e doenças periodontais. De acordo com o Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral¹ é aconselhável que a escovagem seja executada pelo menos duas vezes por dia. Neste contexto, procedeu-se a um estudo sobre o comportamento dos portugueses no que diz respeito a esta prática preventiva.

Os dados utilizados na realização deste estudo foram gerados pelo 4º Inquérito Nacional de Saúde (INS), 2005-2006, conduzido pelo Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge (INSA) e pelo Instituto Nacional de Estatística (INE), com a colaboração da Direcção Geral de Saúde (DGS). A amostra utilizada foi seleccionada com o fim de ser representativa das principais regiões (NUTS I e II) Norte, Centro, Lisboa, Alentejo, Algarve, Região Autónoma dos Açores e Região Autónoma da Madeira.

O questionário sobre a saúde oral incluiu perguntas que pretendiam descrever o comportamento dos portugueses no que diz respeito a práticas preventivas, utilização de cuidados (ida a uma consulta de saúde oral) e utilização de próteses (completa ou parcial). O presente artigo versa sobre as práticas preventivas, tendo-se analisado a questão "Com que frequência escova os dentes por dia?" que tinha como possíveis respostas "nunca", "às vezes", "uma vez ao dia", "duas vezes ao dia" e "mais do que duas vezes ao dia". Foi analisada a percentagem de indivíduos que referiram escovar os dentes duas ou mais vezes por dia, tendo-se obtido estimativas para a população portuguesa ponderadas para a idade, sexo e região (usando ponderadores determinados e disponibilizados pelo INE- Instituto Nacional de Estatística).

A percentagem estimada de indivíduos que referiram escovar os dentes duas ou mais vezes por dia foi analisada de acordo com o sexo, o grupo etário, o grau de escolaridade e a região. A variável grau de escolaridade foi expressa de acordo com o número de anos de escolaridade completados com aproveitamento e desagregada em 3 categorias: <5 anos, 5-9 anos e ≥10 anos.

Na figura 1 encontra-se representada a percentagem de respondentes que declararam escovar os dentes "duas ou mais vezes por dia", segundo o sexo e grupo etário. De acordo com o observado, a percentagem de resposta mais elevada encontrava-se associada a indivíduos com idades compreendidas entre os 15 e 24 anos. Para todos os grupos etários, a percentagem de mulheres que referiam ter este comportamento preventivo foi superior à manifestada pelos homens.

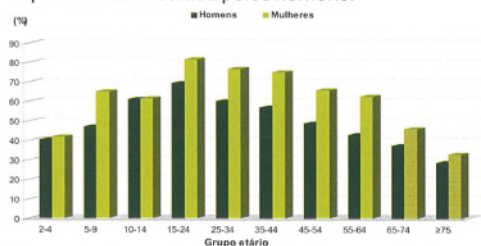


Figura 1 - Percentagem de indivíduos que declaram escovar os dentes duas ou mais vezes por dia, segundo sexo e grupo etário (2 e mais anos).

Da análise da mesma pergunta, mas por grupo etário e grau de escolaridade, verificou-se uma associação entre o grau de escolaridade e esta prática preventiva (figura 2). A percentagem de indivíduos que declarou escovar os dentes "duas ou mais vezes por dia" foi mais elevada naqueles que possuíam maior grau de escolaridade (igual ou superior a 10 anos), facto consistente para todos os grupos etários.

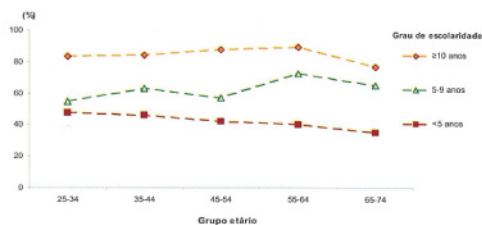


Figura 2 - Percentagem de indivíduos que declaram escovar os dentes duas ou mais vezes por dia, segundo o grau de escolaridade e o grupo etário (25 a 74 anos).

De acordo com a figura 3, a percentagem de inquiridos que declararam "escovar os dentes duas ou mais vezes por dia" variou de acordo com a região, tendo-se obtido o valor mais elevado na Região Autónoma da Madeira (71,6%). No extremo oposto, encontram-se os inquiridos residentes nas regiões do Norte e Centro que referiram em menor percentagem ter esta prática prevenção.

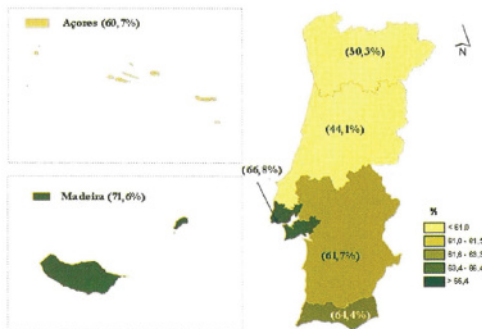


Figura 3 - Percentagem, padronizada pela idade, de indivíduos que declaram escovar os dentes duas ou mais vezes por dia, segundo a Região (NUT II).

Apesar de se basear em dados auto declarados, os resultados obtidos contribuem para o planeamento de acções de prevenção, desde que seja tida em conta as limitações associadas à auto-declaração.

1. Direcção - Geral da Saúde, Divisão de Saúde Escolar. Programa nacional de promoção da saúde oral. Lisboa: Direcção - Geral da Saúde, 2005.

Uma observação sobre comportamentos face à "gripe"

Maria João Branco, Baltazar Nunes

Em 2000, o ONSA abordou pela primeira vez a problemática dos comportamentos face à "gripe". Sete anos decorreram da realização do projecto "Gripe 2000"¹ e, especialmente nestes últimos tempos, a "gripe" tem constituído assunto recorrente na agenda dos decisores, dos *media* e objecto de campanhas educativas e de sensibilização da população. Muitos alertas e muitas mensagens educativas foram produzidas.

Por outro lado, há literatura que aponta para o interesse do reconhecimento de indicadores comportamentais perante uma doença, como por exemplo a gripe/síndrome gripal, em que apenas uma limitada percentagem de doentes é detectada nos sistemas de vigilância. Com efeito a informação baseada nos sistemas de vigilância de síndromas, muitas vezes com sintomas prodrómicos, depende muito dos comportamentos dos doentes relacionados com a procura ou consumo de cuidados. Assim, uma melhor compreensão dos procedimentos que as pessoas adoptam quando adoecem pode ser útil para complementar a informação originada nos sistemas de vigilância e nomeadamente ser útil para o desenvolvimento de modelos de simulação de ocorrência de doenças².

Considerou-se então pertinente actualizar o conhecimento das práticas adoptadas pela população residente em unidades de alojamento com telefone fixo, do Continente, perante uma situação de "gripe"/síndrome gripal.

O estudo constou de um inquérito realizado por entrevista telefónica, no segundo trimestre de 2007, a um dos elementos de 18 e mais anos, residente nas unidades de alojamento (UA) que integram a amostra de famílias ECOS³.

Obteve-se uma taxa de resposta de 92%, o que correspondeu a 952 indivíduos inquiridos. Destes, 25,2% (242) referiram ter adoecido "com gripe", durante a época gripal de 2006/2007.

Do relatório do estudo realizado destacam-se os seguintes resultados:

Apenas 4 inquiridos, dos que referiram "gripe", optaram por não fazer nada (1,6%; IC95%: 0,6; 4,1). Na Tabela 1 podemos analisar quais os comportamentos praticados por quem referiu ter tido "gripe". Saliente-se que as opções não eram mutuamente exclusivas. Assim, praticamente metade dos inquiridos fez tratamentos caseiros (52%) e/ou consultaram o médico (51%). A auto-medicação foi a terceira opção mais referida (36%). Ainda na mesma tabela, apresentam-se os dados relativos a quem recorreu exclusivamente a uma prática e também qual foi a primeira prática adoptada. Este último grupo incluiu os inquiridos que referiram mais do que uma opção mas também os que referiram apenas um único comportamento.

É interessante constatar a diferença na percentagem de indivíduos que optaram por determinado procedimento em conjunto com outros, daqueles que só utilizaram, exclusivamente, esse mesmo procedimento. Poder-se-á concluir que quem teve "gripe" e fez alguma coisa, adoptou, na sua maioria, por várias práticas. Estas diferenças foram particularmente relevantes entre os que fizeram tratamentos caseiros, consultaram o médico e se auto-medicaram e os que utilizaram cada uma

destas mesmas práticas exclusivamente).

Confrontando os resultados de ambos os estudos (2000 e 2007) focando os comportamentos adoptados em primeiro lugar constatou-se uma maior percentagem de indivíduos a referirem a utilização de tratamentos caseiros e o recurso a prestadores no âmbito da saúde, especialmente notória no aconselhamento com o farmacêutico. As opções «auto medicação» e o «aconselhamento com terceiros» apresentaram uma ligeira diminuição, assim com a percentagem dos que não fizeram nada.

Contudo, deve estar presente que as características de cada uma das épocas gripais pode ter tido severidade, duração e impacto diferentes e esse facto ser um modelador dos comportamentos.

Tabela 1 - Percentagem dos respondentes (≥ 18 anos) com "gripe" auto declarada, segundo as práticas adoptadas, a única prática adoptada e a 1ª prática adoptada, nas épocas gripais de 1999-2000 e 2006-2007

	Utilizaram esta opção		Exclusivamente		Primeira	
	1999-2000 %* n=338	2006-2007 %* n=240	1999-2000 %* n=338	2006-2007 %* n=240	1999-2000 %* n=338	2006-2007 %* n=240
O que fizeram						
Consultaram o médico	43,0	50,6	14,3	19,4	22,2	24,4
Procuraram o farmacêutico	14,9	27,5	2,7	8,6	5,9	14,8
Medicaram-se a conselho de outros	3,3	3,0	0,6	-	1,4	1,1
Medicaram-se por iniciativa própria	37,1	36,0	11,2	10,2	23,5	20,1
Fizeram tratamentos caseiros	46,0	51,9	6,4	7,2	26,1	37,8
Não fizeram nada	16,6	1,6				

n - número de respostas válidas; *resultado ponderado por Região

Os que procuram aconselhamento junto do farmacêutico fizeram-no mais rapidamente do que aqueles que recorreram ao médico (em média, um dia mais cedo, após o aparecimento dos sintomas). Dos que recorreram a uma consulta médica, a maioria foi ao Centro de Saúde (76%), cerca de um terço (34%) procurou um serviço de urgência (centro de saúde ou hospital). Relativamente ao prestador, só metade (50%) foi observada pelo seu médico de família. De relevar que dentre todos os que declararam ter tido gripe apenas um doente foi observado no domicílio.

O relatório integral poderá ser consultado *on-line* em www.onsa.pt e www.insa.pt

1. Branco MJ, Nunes B. "Gripe 2000". Relatório científico. [relatório *on-line*]. Lisboa: Observatório Nacional de Saúde; Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge; 2000. Disponível em http://www.onsa.pt/index_17.html
2. Metzger KB, Hajat A, Crawford M, Mostashari F. How many illnesses does one emergency department visit represent? Using a population based telephone survey to estimate the syndromic multiplier. *MMWR* 2004; 53(Suppl); 106-111
3. Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge. Observatório Nacional de Saúde (ONSA). *Em Casa, pelo telefone, Observamos Saúde. Descrição e avaliação de uma metodologia*. Lisboa: Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge. Observatório Nacional de Saúde, 2003. Documento interno. [documento *on-line*]. Disponível em http://www.onsa.pt/index_17.html



Pneumonia e Gripe: Análise da mortalidade e dos internamentos hospitalares da população idosa por concelhos de residência

Rita Nicolau, Ausenda Machado, José Marinho Falcão, Baltazar Nunes

No âmbito do Projecto GeoFASES¹ finalizou-se recentemente uma análise descritiva² da mortalidade e dos internamentos hospitalares ocorridos por concelhos de Portugal Continental, no período de 2000 a 2004. Esta análise centrou-se num conjunto de causas que, entre outras, incluem o total de doenças do aparelho respiratório e algumas sub-causas que integram aquele grande grupo de doenças. O presente artigo sintetiza uma parte do referido estudo, cingindo-se à apresentação dos resultados relativos a "Pneumonia e gripe" (causas 480.0 a 487.9 da CID 9 ou causas J10.0 a J18.9 da CID 10) em indivíduos com 65 e mais anos.

Neste trabalho, quer a mortalidade, quer os internamentos hospitalares por pneumonia e gripe foram analisados por concelhos de residência dos indivíduos, tendo por base os óbitos e os internamentos ocorridos em Portugal Continental entre 2000 e 2004, e a população, com 65 e mais anos, residente no Continente em 2001. Os indicadores adoptados na comparação da mortalidade e dos internamentos entre concelhos foram taxas anuais médias brutas, que são apresentadas sob a forma de mapa. Esta representação é particularmente útil para evidenciar grupos de concelhos contíguos que apresentaram os valores mais extremos de cada taxa.

Os 16 182 óbitos por pneumonia e gripe de indivíduos com 65 e mais anos residentes no Continente, verificados entre 2000 e 2004, corresponderam a 91% do total de óbitos registados no Continente por esta causa e originaram uma mortalidade anual média bruta (TMB) de 198,7 por 10⁵ habitantes.

A Figura 1 revela que as taxas de mortalidade brutas (TMB) mais elevadas por este conjunto de causas se localizavam preferencialmente nas regiões Norte e Centro do Continente, em concelhos dos distritos de Bragança, Porto, Aveiro, Coimbra e ainda em alguns concelhos dispersos dos distritos de Braga e Viseu. Já as TMB de valor mais baixo para a presente causa foram observadas em concelhos dos distritos de Bragança, Viseu, Aveiro, Guarda, Santarém, Portalegre e Évora. Ressalta da análise desenvolvida, que nos distritos de Aveiro e de Viseu coexistiam as maiores e as menores TMB concelhias por pneumonia e gripe, relativas a indivíduos com 65 e mais anos.

Entre 2000 e 2004, ocorreram 152 731 internamentos em hospitais públicos de indivíduos residentes no Continente, com diagnóstico de pneumonia e gripe. Cerca de 63% destes internamentos reportaram-se a pessoas com 65 e mais anos. A taxa anual média bruta de internamentos para este grupo etário foi de 1179,4 por 10⁵ habitantes.

A figura 2 evidencia que as taxas de internamentos brutas (TIB) de maior valor para este grupo de indivíduos também se concentravam em concelhos das regiões Centro e Norte do Continente, com maior notoriedade nos distritos de Aveiro, Coimbra e Viseu e ainda em concelhos dos distritos de Bragança, Vila Real e Leiria. As TIB de menor valor predominaram em concelhos da região Alentejo e também foram visíveis em concelhos dos distritos de

Faro, Santarém, Guarda, Viseu e Viana do Castelo. Na análise conjunta das taxas brutas de mortalidade e de internamentos (TMB e TIB) por pneumonia e gripe, verificou-se alguma concordância na distribuição geográfica das taxas de maior valor. Assim, distinguíram-se os distritos de Bragança, Aveiro, Coimbra e Viseu pelo facto de neles coexistir maior risco de mortalidade e de internamento hospitalar por pneumonia e gripe. Entre os concelhos que revelaram em simultâneo elevadas TMB e TIB por este conjunto de causas referem-se: Macedo de Cavaleiros (distrito de Bragança), Guimarães (distrito de Braga), Aveiro, Estarreja, Ílhavo, Murtosa e Vagos (distrito de Aveiro) e ainda Cantanhede e Lousã (distrito de Coimbra). Na distribuição espacial das taxas de menor valor verificou-se fraca concordância entre mortalidade e internamentos por pneumonia e gripe.

Quadro 1 - Taxas de mortalidade e de internamentos por pneumonia e gripe para indivíduos com 65 e mais anos: os cinco concelhos com os maiores valores de TMB e de TIB (2000-2004).

Mortalidade		Internamentos hospitalares	
Concelho	TMB (óbitos/10 ⁵ habitantes)	Concelho	TIB (internamentos/10 ⁵ habitantes)
Penafiel	566,4	Sola	3436,7
Albergaria-a-Velha	541,8	Macedo de Cavaleiros	3292,3
Oliveira do Bairro	495,1	Tordelá	2776,1
Vila Nova de Paiva	492,8	Chaves	2842,4
Melgaço	434,6	Estarreja	2615,0

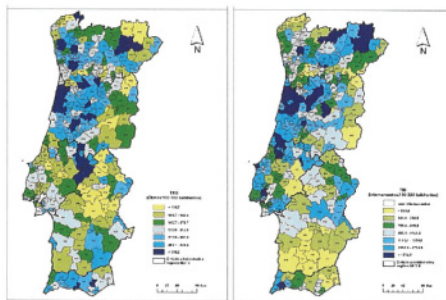


Figura 1

Taxa de mortalidade bruta (TMB) por Pneumonia e Gripe na população de 65 e mais anos, por concelho (2000-2004)

Figura 2

Taxa de internamentos bruta (TIB) por Pneumonia e Gripe na população de 65 e mais anos, por concelho (2000-2004)

1 Mais informação em: http://www.onsa.pt/conteu/proj_curso_geofases.html

2 Nicolau R, Machado A, Marinho Falcão J, Nunes B. "Análise da mortalidade e dos internamentos hospitalares por concelhos de Portugal Continental (2000-2004)". Relatório anual de execução do projecto GeoFASES. Departamento de Epidemiologia do Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge. ONSA. Julho 2007.

O projecto GeoFASES é parcialmente financiado pela Fundação Merck Sharp & Dohme.



Onsa
www.onsa.pt



INSTITUTO NACIONAL DE SAÚDE
Dr. Ricardo Jorge

TIRAGEM: 5.000 exemplares DISTRIBUIÇÃO: gratuita
ISSN 0874-2928 DEPÓSITO LEGAL: 125868/98
PRODUÇÃO GRAFICA: Gráfica Central de Almeirim, Lda.

SEDE: Av. Padre Cruz, 1649-016 Lisboa
TEL.: 21 752 64 04 FAX: 21 752 64 99
E-MAIL: onsa@insa.min-saude.pt

FICHA TÉCNICA: PROPRIEDADE: ONSA - Observatório Nacional de Saúde
RESPONSÁVEL: Maria João Branco
EQUIPA REDACTORIAL: Baltazar Nunes, Paulo Nogueira

Observações

Observatório Nacional de Saúde
Onsa
www.onsa.pt
Nº38 MARÇO 08
ISSN 0874-2929

TRIMESTRAL

EDITORIAL

SOBE E DEPOIS... DESCE OU NÃO?

A obesidade tem estado nas nossas bocas e nos nossos ouvidos nos últimos tempos.

Há clara evidência que a prevalência da obesidade e do excesso de peso tem aumentado nas sociedades desenvolvidas. Por isso, cá e lá fora, cada vez se fala mais de uma epidemia de obesidade.

Uma epidemia actual e outra ocorrida no ano passado estão ilustradas na figura publicada neste número de "OBSERVAÇÕES". Trata-se da epidemia de gripe do presente Inverno, por sinal em fase de descida e a epidemia do Inverno de 2006-2007. Ambas são bons exemplos de epidemias, na sua definição clássica: a incidência começa a subir com maior ou menor rapidez, atinge um valor máximo e, depois, desce inexoravelmente até deixarem de existir casos ou, nalgumas doenças, o seu número voltar ao nível endémico.

Mas o que pode ser dito da incidência de doenças e situações não transmissíveis, cuja evolução se prolonga durante anos ou décadas? Podemos chamá-lhes epidemias?

Por exemplo, desde há muitas décadas que a incidência de cancro do pulmão estava a seguir um padrão crescente mas faltava-lhe a descida: podíamos chamá-lhe uma epidemia? Agora a descida já está a ocorrer em muitos países: podemos agora estar seguros de que foi (é) uma epidemia?

As mortes por acidentes de viação também estiveram a aumentar em Portugal ao longo dos anos. Já atingiram o valor máximo e estão também em fase de descida, aliás muito acentuada. Antes de a descida se tornar evidente, tínhamos legitimidade para designar a situação como epidemia? E agora, que a descida está comprovada?

Voltemos à obesidade.

A sua prevalência vem subindo, subindo, subindo... É agora já tão alta que se começou a chamá-lhe epidemia! À luz da definição clássica talvez possamos ter alguma relutância em dar-lhe essa designação porque não existe uma fase descendente e porque a escala de tempo em que a "curva epidémica" se desenvolve é infinitamente maior do que a das epidemias clássicas.

Mas tenho para mim que se pode e deve dizer que estamos face a uma epidemia de obesidade, que ainda não atingiu a sua fase descendente.

Isto significa que, como o cancro do pulmão ou os acidentes de viação, essa fase descendente ocorrerá mais tarde ou mas cedo, e a epidemia será controlada. ☺

07.03.2008

José Marinho Falcão

NESTE NÚMERO

Consultas domiciliárias em Clínica Geral: resultados preliminares de um estudo da rede Médicos-Sentinela, em 2007

A actividade gripal foi ligeira em 2007-2008

Os hábitos tabágicos dos portugueses.

ROTEIRO DOS... EVENTOS

XVI Conferência Europeia de Saúde Pública
(www.healthinnovation2008.com.pt)



A reunião anual da Associação Europeia de Saúde Pública (EUPHA), subordinada ao tema "Saúde e Inovação no espaço europeu", terá lugar nos dias 6, 7 e 8 de Novembro de 2008, em Lisboa, no Centro de Congressos de Lisboa (antiga FIL) e destina-se a todos os profissionais, estudantes e decisores ligados à Saúde, em especial aqueles que trabalham, ou têm interesse, na área da Saúde Pública.

O formato da conferência inclui cinco sessões plenárias, a cargo de figuras de renome na área da Saúde Pública e diversas sessões paralelas, nas quais os participantes podem apresentar comunicações orais, ou cartazes, **três eventos prévios**, a decorrer na tarde de dia 5 de Novembro e na manhã de dia 6 de Novembro, a saber: a conferência anual da ASPHER (Associação de Escolas de Saúde Pública na Região Europeia, a reunião bianual da SESPAS (Associação Espanhola de Saúde Pública e Administração de Saúde) e a Reunião anual da APDH (Associação Portuguesa para o Desenvolvimento Hospitalar).

A Associação Portuguesa para a Promoção da Saúde Pública (APPSP), entidade organizadora, é uma instituição privada sem fins lucrativos, fundada em 1979, com finalidades no campo da Saúde e da Solidariedade Social. Sedeada actualmente na Escola Nacional de Saúde Pública, é membro fundador da EUPHA. Por seu lado, a EUPHA é uma organização científica internacional, multidisciplinar, que agrega associações de Saúde Pública da Europa. Fundada em 1992, a EUPHA colabora actualmente com cerca de 12.000 profissionais de saúde pública em toda a Europa.

Os resumos para **apresentação de comunicações**, ou propostas de *workshops*, durante a XVI Conferência Europeia de Saúde Pública deverão ser enviados **até ao dia 1 de Maio**, através do sítio da EUPHA na Internet (www.eupha.org).

A língua oficial da Conferência é o inglês, o que inclui todas as comunicações. ☺

Consultas domiciliárias em Clínica Geral: resultados preliminares de um estudo da rede Médicos-Sentinela, em 2007

Baltazar Nunes¹, José Marinho Falcão¹, Ana Sardinha² e Maria José Ribas²

¹ Departamento de Epidemiologia, INSA - ² Unidade de Saúde Familiar Horizonte - Matosinhos

O presente estudo teve como objectivo avaliar a realização de consultas no domicílio pelos médicos de família.

Trata-se de um estudo descritivo transversal cuja amostra foi constituída pelas consultas ao domicílio realizadas pelos médicos da Rede Médicos Sentinela durante o ano de 2007, registadas em notificação contínua. Os dados foram estudados quanto ao número de consultas, à distribuição do número de consultas por utente e médico, à iniciativa da marcação de consulta, ao motivo da consulta e à necessidade de referenciação.

Os resultados apresentados são preliminares e foram obtidos com base em dados ainda incompletos gerados pela notificação contínua na rede "Médicos-Sentinela" durante o ano de 2007.

No momento desta análise tinham sido registadas 2229 consultas ao domicílio, ou seja 2049 consultas por 10.000 habitantes.

O número de consultas aumentou com a idade, atingindo o valor máximo no grupo etário 75 e mais anos, onde também se verificou a mais acentuada diferença entre sexos (homens: 14.587 /10⁵; mulheres: 20.840/10⁵).

A percentagem de utentes que tiveram pelo menos uma consulta no domicílio em 2007 foi de 1,2%, atingindo, na sua distribuição por sexo e grupo etário, o valor mais elevado nas mulheres com 75 e mais anos de idade (12,1%).

As medianas do número de consultas por utente e por médico, foram 1 consulta por utente (mínimo=1; máximo=17) e 10 consultas por médico (mínimo=1; máximo=139).

A iniciativa por parte do *médico* foi a mais reportada (41%), seguida do *familiar/cuidador* (36%) e do *utente* (18%).

O motivo mais frequentemente declarado foi a *doença crónica* (74%) tendo a *doença aguda* ocupado o segundo lugar com 29% das consultas. Os *problemas psicológicos* e os *problemas sociais* representaram respectivamente 8% e 7% das consultas.

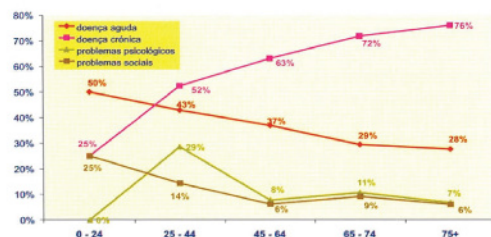


Figura 1: Distribuição da percentagem de consultas por motivo segundo o grupo etário.

No que respeita à distribuição proporcional dos motivos (Figura 1), em cada grupo etário, verificou-se que o motivo *doença crónica* aumentou com a idade, enquanto que a *doença aguda* e os *problemas sociais* diminuíram com a idade. A proporção de consultas cujo motivo foi *problemas psicológicos* foi baixa em todos os grupos etários com excepção do 25-44 anos. É de realçar alguns resultados interessantes. Assim,

pode constatar-se que as consultas domiciliárias por iniciativa do *médico* foram as mais frequentemente indicadas, ao contrário do que poderia ser esperado.

Doença crónica foi a causa mais frequente de visita domiciliária a partir do grupo etário 25-44 anos e subiu progressivamente até ao grupo 75+ anos ao contrário das restantes causas consideradas cuja frequência, essencialmente diminuiu ou esteve estável à medida que aumentava o grupo etário.

Estes resultados sugerem vivamente que os cuidados de medicina familiar no domicílio representam um contributo importante para a prestação de cuidados, sobretudo em indivíduos idosos.

Resultados mais detalhados serão obtidos após estar completada a colheita de dados em curso durante o ano de 2008.

NOTÍCIAS DE...

A 18ª Reunião Anual "Médicos-Sentinela" teve lugar, como habitualmente, no Luso, nos dias 24 a 26 de Janeiro de 2008.

A reunião teve a participação de muitos médicos-sentinela, de alguns médicos de família candidatos e de um número apreciável de peritos e investigadores interessados nos temas e no potencial da Rede.

No primeiro dia apresentaram-se comunicações sobre: Incidência de diabetes, acidente vascular cerebral, enfarte agudo do miocárdio, varicela, fractura do colo do fémur e interrupção voluntária da gravidez. Foram ainda apresentados resultados relativos a "Referenciação ou necessidade de referenciar", "Consulta relacionada com hipertrofia benigna da próstata" e "Consultas no domicílio".

No segundo dia foram abordados temas relacionados com gripe, nomeadamente "Vigilância da gripe", "Cobertura com vacina antigripal e taxas de ataque da síndrome gripal nos idosos" e, com especial destaque, "A vigilância epidemiológica da gripe, em Israel" pelo Prof. Michael Weingarten da Universidade de Telavive. Foram ainda apresentados resultados preliminares do estudo de seguimento de diabéticos portugueses e também de gravidez e consumo de tabaco.

O tema central da reunião foi obesidade: "Os gordos, os doentes e os médicos de família". Entreviaram a Dra. Isabel Falcão, da Direcção-Geral da Saúde, o Prof. Pedro Teixeira, do Centro de Observação Nacional da Obesidade e do Controlo de Peso e o Dr. João Breda da Plataforma contra a Obesidade.

O prémio, anual, para a melhor apresentação foi atribuído à comunicação "Referenciação ou necessidade de referenciar" da autoria do Dr. Paulo Ascensão, do Centro de Saúde de Ourique.

Como proposta de estudos ficaram: "Padrão de prescrição dos inibidores da bomba de prótons", "EPIMED SENIOR- um contributo para o conhecimento da medicação" e "Vigilância laboratorial da Varicela". Estes estudos-satélites serão lançados, assim que os respectivos protocolos científicos estiverem concluídos.

Para notificação contínua, em 2009, foram seleccionados "Acidentes e agressões", "Consulta relacionada com ombro doloroso" e "Herpes Zoster".

A actividade gripal foi ligeira em 2007-2008

José Carlos Marinho Falcão, Helena Rebelo de Andrade

O Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge assegura a vigilância epidemiológica integrada, clínica e laboratorial, da gripe, através do Departamento de Epidemiologia e do Centro Nacional da Gripe¹.

Na época de 2007-2008, a actividade gripal foi ligeira, como aliás ocorreu nos restantes países europeus².

Em Portugal, as estimativas provisórias da taxa de incidência começaram a aumentar durante as primeiras semanas do ano e atingiram os valores mais elevados nas semanas 3 (59,8 casos/10⁵), 4 (60,4 casos/10⁵) e 5 (61.1 casos/10⁵). A diminuição das estimativas iniciou-se na semana 6 (40,3 casos/10⁵).

Na semana 9, os valores estavam já próximos da linha de base (31.4 casos/10⁵), correspondendo a actividade gripal baixa.

Saliente-se que os valores máximos das estimativas atingidos durante a época gripal 2007-2008 foram claramente inferiores aos que se verificaram na época 2006-2007³.



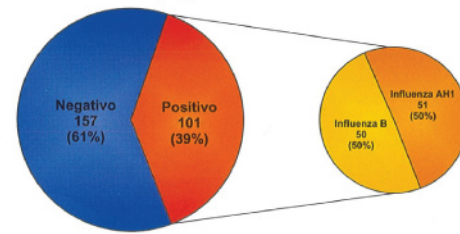
No que se refere à componente laboratorial, durante o Inverno de 2007-2008, circularam de forma predominante na população os vírus influenza A(H1N1) e os vírus influenza do tipo B.

De facto, no início do período epidémico verificou-se uma maior percentagem de casos de gripe associados aos vírus A(H1N1) e, posteriormente, observou-se um aumento de casos relacionados com a infecção por vírus influenza do tipo B.

Apesar da maioria das estirpes do tipo A(H1N1) serem idênticas à estirpe vacinal A/Solomon Island/3/2006, verificou-se a presença na população de outra estirpe, também do subtipo A(H1N1), mas semelhante a A/Brisbane/59/2007.

Os vírus influenza do tipo B que estão correntemente em circulação pertencem a uma linhagem diferente da estirpe B/Malaysia/3506/2004 que integra a vacina contra a gripe deste Inverno. Apesar desta discordância, a vacina confere imunidade cruzada contra as estirpes que circulam na população.

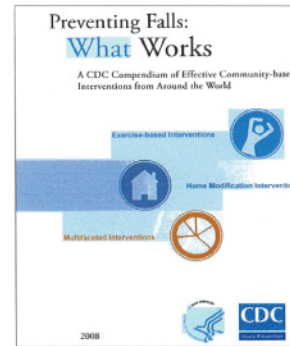
Proporção de produtos biológicos positivos e subtípagem de vírus influenza



1. Andrade H e tal, ed. Lit. Gripe em Portugal. Relatório anual 2004/2005. Lisboa: Instituto Nacional de Saúde, Abril 2007
2. www.eiss.org
3. Falcão I, Andrade H. A gripe sazonal em 2006-2007: nem sinal de pandemia. Observações nº 35, 2007

LEMS PARA SI...

e recomendamos. Se, de algum modo, está envolvido com a população de 65 e mais anos:



Stevens JA, Sogolow ED. *Preventing Falls: What Works*. A CDC Compendium of Effective Community-Based Intervention from Around the World. Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Injury Prevention and Control, 2008



Os hábitos tabágicos dos portugueses. Dados do Quarto Inquérito Nacional de Saúde

Ausenda Machado, Rita Nicolau, Carlos Matias Dias

O Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, em parceria com o Instituto Nacional de Estatística e com a colaboração da Direcção-Geral de Saúde, realizou o Quarto Inquérito Nacional de Saúde (4^oINS) cujo trabalho de campo decorreu entre Fevereiro de 2005 e Fevereiro de 2006. No inquérito foi estudada uma amostra probabilística representativa da população residente em Portugal a nível de NUTS I e NUTS II (delimitação de 1989). A informação foi recolhida por entrevista directa e presencial, no domicílio, através da aplicação de um questionário que aborda, entre outras áreas, o consumo de tabaco.

Este artigo descreve as prevalências de fumadores, não fumadores e ex-fumadores segundo o sexo, idade e região de residência, na população portuguesa. Embora a área de inquirição sobre consumo de tabaco tenha sido aplicada a todas as pessoas com 10 e mais anos de idade, residentes à data do inquérito em alojamentos familiares em Portugal, no presente artigo foram apenas analisados os indivíduos com 15 e mais anos. As prevalências apresentadas foram estimadas para a população portuguesa, através da análise ponderada dos dados (usando ponderadores determinados e disponibilizados pelo INE¹). Considerando a diferente estrutura etária da população residente nas diferentes regiões do País, foram também calculadas as prevalências padronizadas pelo método directo (população padrão Europeia²).

Considerando o conjunto dos dois sexos, estimou-se que a prevalência de fumadores diários, à data do inquérito, correspondia a 18,7% da população, que os ex-fumadores tinham uma representatividade de 13,0% e que a maioria da população (63,0%) era não fumadora. Excluí-se desta análise a população (5,3%) de fumadores e ex-fumadores ocasionais.

No sexo masculino, 43,1% dos indivíduos não fumavam, aproximadamente 30,9% eram fumadores diários ou ocasionais e 26% eram ex-fumadores. No sexo feminino, a prevalência de não fumadores (81,3%) foi quase o dobro da prevalência correspondente do sexo oposto e a proporção de mulheres fumadoras (diárias ou ocasionais) foi menos de metade (11,8%) da dos homens fumadores. As ex-fumadoras representavam apenas 6,9% da população feminina (Figura 1).

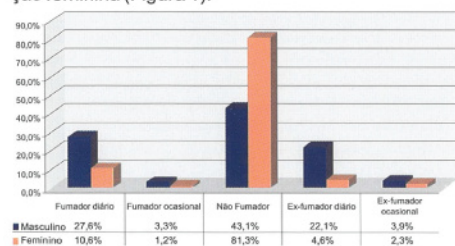


Figura 1: Prevalências ponderadas (%) dos hábitos tabágicos da população, segundo o sexo.

A análise por grupo etário demonstrou uma associação entre a idade e o consumo de tabaco. De uma forma geral, para ambos os sexos, a maior prevalên-

cia de fumadores diários estava associada ao grupo etário dos 35-44, à semelhança do observado em inquéritos anteriores. Os homens fumadores diários denotaram prevalências crescentes até ao grupo etário 35-44, grupo a partir do qual ocorre um decréscimo progressivo. As mulheres que fumavam diariamente evidenciaram prevalências crescentes (entre 26,2% e 41,4%) com a idade, até ao grupo etário 35-44. A partir deste grupo etário observou-se um declínio acentuado da proporção da população feminina que consumia tabaco diariamente.

De acordo com a Figura 2, as regiões do país onde se observaram as maiores prevalências de fumadores diários masculinos foram a região Autónoma dos Açores (31,0%) e a região do Alentejo (29,9%). Estas foram as duas únicas regiões do país onde a prevalência de fumadores diários excedeu a prevalência de não fumadores, no sexo masculino.

A maior prevalência de mulheres que fumavam diariamente (15,4%) foi observada na região de Lisboa e Vale do Tejo (Figura 3), enquanto que a menor prevalência ocorreu na região Norte (7,6%).

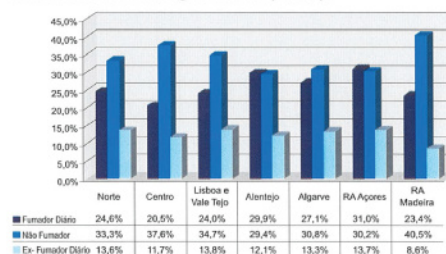


Figura 2: Prevalências ponderadas e padronizadas pela idade (%) dos hábitos tabágicos dos homens, por regiões de residência (NUTS II).

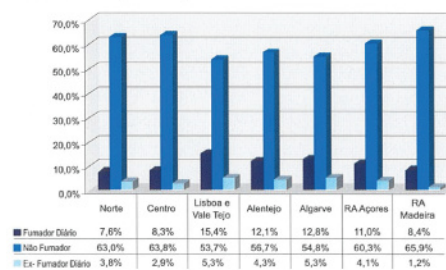


Figura 3: Prevalências ponderadas e padronizadas pela idade (%) dos hábitos tabágicos das mulheres, por regiões de residência (NUTS II).

Encontra-se em fase de finalização uma análise mais detalhada sobre o consumo de tabaco, que será divulgada em breve.

Referências

1. INSA/INE: Quarto Inquérito Nacional de Saúde à população portuguesa: nota metodológica. INSA/INE, 2008. (documento interno)
2. Office for National Statistics (ONS) – United Kingdom. "Age distribution of the European standard population, 1998". Disponível em <http://www.statistics.gov.uk/StatBase/expodata/files/2393311471.csv> (accedido em Fevereiro 2008).



Instituto Nacional de Saúde
Onsa
www.onsa.pt



INSTITUTO NACIONAL DE SAUDE
Dr. Ricardo Jorge

TIRAGEM: 5 000 exemplares
DISTRIBUIÇÃO: gratuita
ISSN 0874-2928
DEPOSITO LEGAL: 125868/98
PRODUÇÃO GRAFICA: no Grafica - Ro. Maior

SEDE: Av. Padre Cruz 1649-016 Lisboa
TEL: 21 752 64 04 FAX: 21 752 64 99
E-MAIL: onsa@insa.min-saude.pt

FIGHA TÉCNICA: PROPRIEDADE: INSA - Observatório Nacional de Saúde
RESPONSÁVEL: Maria João Branco
EQUIPA REDACTORIAL: Baltazar Nunes, Paulo Nogueira

TRIMESTRAL

EDITORIAL

GRIPE, VACINA E ... EFECTIVIDADE

A efectividade da vacina anti-gripal tem sido estudada em várias épocas, em vários grupos etários, em vários locais do mundo, através de métodos muito diversificados e com resultados, nalguns casos, surpreendentes! De facto, ausência de efeitos e até efectividades negativas têm sido relatadas.

A perspectiva da ocorrência de uma pandemia de gripe torna necessário que estejam planeados e testados métodos e recursos adequados à estimação da efectividade da vacina "pandémica", durante o curso da própria pandemia.

Com oportunidade, o ECDC decidiu promover a apreciação de vários métodos e o ensaio da sua exequibilidade operacional e financeira. Desde o início de 2008, instituições e peritos de muitos países europeus estão a participar neste esforço e, em Portugal, o INSA, através do Departamento de Epidemiologia e do Centro Nacional da Gripe, tem para ele, contribuído.

Para o ECDC e para as Instituições participantes a tarefa é difícil e a responsabilidade elevada. Julgo que será levada a bom porto ao longo dos próximos 3 anos.

No entanto, um aspecto é, para mim, motivo de preocupação. De facto, no âmbito deste projecto está instalada uma fortíssima tendência, aparentemente irreversível, para que os estudos a seleccionar utilizem dados gerados por serviços de saúde: médicos de Clínica Geral, hospitais, laboratórios, etc.

Se a eventual pandemia de gripe atingir dimensões de grande severidade, haverá graves dificuldades no funcionamento dos serviços de saúde. Nessa situação, o estudo da efectividade só poderá utilizar amostras e dados gerados, não através de serviços de saúde, mas directamente da população, por entrevistas e colheitas domiciliárias, contactos telefónicos ou outros.

Nesta fase do projecto, em que 2 ou 3 métodos para estimar a efectividade da vacina antigripal estão a ser seleccionados e vão ser testados, colocar de lado e não ensaiar um dos vários delineamentos cuja operacionalidade não dependa da participação dos serviços de saúde afigura-se uma decisão muito discutível.

Com consequências que só a ocorrência de uma pandemia severa pode demonstrar! 📧

15.06.2008
José Marinho Falcão

NESTE NÚMERO

HPV - Conhecimentos e prática sobre vacinação na amostra ECOS

Sazonalidade e periodicidade do internamento hospitalar por causa das carraças

Padrões de mortalidade e morbidade nos jovens portugueses do sexo masculino: mais evidências e mais pistas

ROTEIRO DOS... PROJECTOS

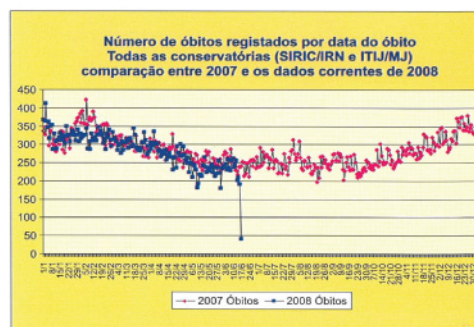
O SISTEMA DE VIGILÂNCIA DIÁRIA DA MORTALIDADE PORTUGUESA (VDM)

O mundo actual e a velocidade de vida e da sociedade corrente colocam o desafio da criação de ferramentas que, de forma rápida e atempada, monitorem a evolução das condições da saúde das populações e detectem fenómenos emergentes que a condicionem.

A perspectiva de ocorrência de eventuais epidemias e a existência de situações em que impactos na saúde são previsíveis, de que são exemplo excessos de calor, de frio, ou poluição, exigem a criação de mecanismos de detecção precoce da sua emergência e que ajudem à tomada de decisão no sentido de conter os respectivos efeitos nefastos.

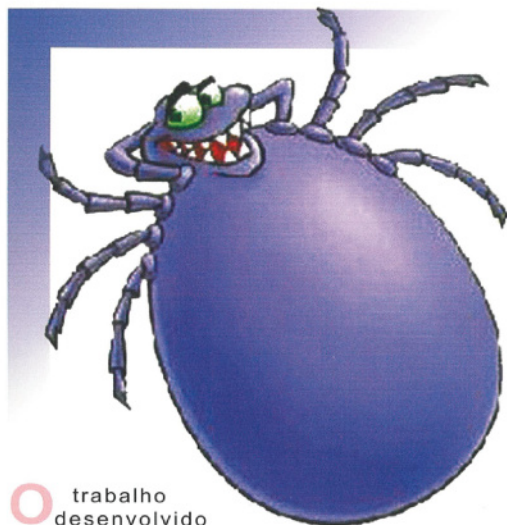
A mortalidade é um processo muito sensível a alterações das condições de saúde da respectiva população.

Historicamente os dados de mortalidade estão disponíveis apenas à posteriori, ao fim de muitos meses. Facto que apenas permite uma identificação do fenómeno sem a possibilidade de intervenção directa. Desde 2004, o INSA em parceria com o Instituto dos Registos e do Notariado estabeleceu um sistema que permite a vigilância diária da mortalidade da população portuguesa. Este sistema começou por coligir números diários de registos de obtidos em amostras de conservatórias do registo civil por via telemática e actualmente consiste na troca de informação em formato electrónico gerada pelo sistema integrado (SIRIC) que gere a informação de todas as conservatórias portuguesas.



É assim possível correntemente ter uma noção diária de como se está a comportar a mortalidade recente, comparativamente ao observado no passado, por sexo, por grupos etários e por distrito ou região. Este é certamente, neste momento, um dos sistemas de mortalidade nacional mais rápido e mais completo que existem.

Contacto:
Paulo Jorge Nogueira paulo.nogueira@insa.min-saude.pt 📧



O trabalho desenvolvido pelo projecto ISADORA

na procura dos padrões de sazonalidade do Internamento Hospitalar, que se encontra presentemente no prelo, revelou um padrão particular associado à causa *Rickettsioses e outras doenças transmitidas por artrópodes* (CID-9: 080 a 088). Este padrão consiste na presença da periodicidade quadrimestral (121 dias) associada aos meses de Abril, Agosto e Dezembro em que ocorre um aumento de internamentos por aquele grupo de causas.

No internamento hospitalar a periodicidade quadrimestral ocorre em múltiplas causas, onde o padrão é usualmente de diminuição do internamento hospitalar. Parece evidente que se trata de um padrão que se relaciona com os regulares períodos de férias da população portuguesa. O facto do internamento hospitalar ter um padrão oposto nestes meses e que se revela também na mortalidade não é de fácil explicação.

O trabalho que aqui se expõe de forma breve diz respeito a apenas algumas causas do grupo *rickettsioses transmitidas por artrópodes vectores* (CID-9: 080 a 082) e tem por objectivo averiguar se o padrão observado estaria presente nestas ou se poderia ser explicado apenas pelas restantes causas potencialmente de origem externa (eg. Malária) e que os períodos de férias poderiam potenciar. Os resultados mostram que o padrão está presente na rickettsioses transmitidas por artrópodes vectores (Tabela 1 e Gráficos 1 e 2), sendo então excluída a hipótese de exclusiva origem exterior deste fenómeno. Existe um padrão sazonal e periodicidades regulares de aumento do internamento hospitalar por Rickettsioses transmitidas por carraças no Verão e nos períodos de férias, a origem deste fenómeno é muito provavelmente autóctone e reveste-se de importância no âmbito da saúde pública.

Tabela 1: Periodicidades do internamento hospitalar por *Rickettsioses transmitidas por carraças* (CID-9:080 a 082)

Grupo etário	< 1 ano	1 - 4 anos	5 - 14 anos	15 - 24 anos	25 - 34 anos
Periodicidade p-value*	365.00 0.007 182.50 0.000	365.00 0.000 182.50 0.026	365.00 0.000 182.50 0.004	365.00 0.000	365.00 0.000
K.S.	(0.066)0.029	(0.109)0.029	(0.084)0.029	(0.087)0.029	(0.090)0.029
Tendência					
n	33	103	114	81	119

Grupo etário	35 - 44 anos	45 - 54 anos	55 - 64 anos	65 - 74 anos	>= 75 anos	Total
Periodicidade p-value*	365.00 0.000 182.50 0.000	365.00 0.000 182.50 0.000	365.00 0.000 182.50 0.008 121.67 0.011	365.00 0.000 182.50 0.000	365.00 0.000 182.50 0.005 121.67 0.002	365.00 0.000 182.50 0.000 2,190.00 0.000
K.S.	(0.077)0.029	(0.176)0.029	(0.241)0.029	(0.315)0.029	(0.302)0.029	(0.566)0.029
Tendência	h	h	h	h	h	h
n	105	247	253	501	389	2045

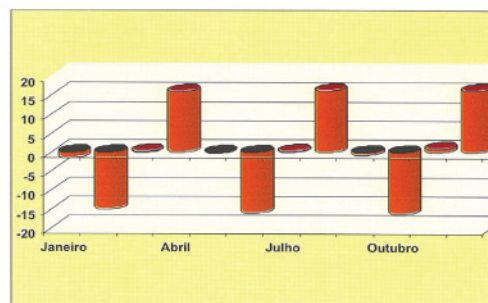


Gráfico 1: Padrão de sazonalidade quadrimestral por mês do ano no grupo etário 55 a 64 anos

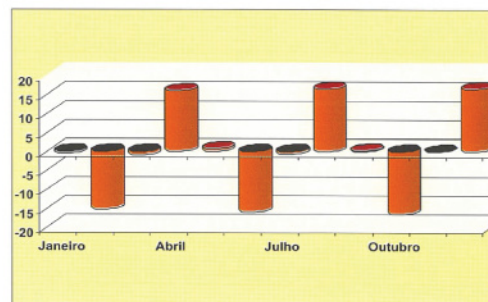


Gráfico 2: Padrão de sazonalidade quadrimestral por mês do ano no grupo etário 75 ou mais anos

¹Departamento de Epidemiologia

²Centro de Estudos de Vectores e Doenças Infecciosas

HPV- Conhecimentos e prática sobre vacinação na amostra ECOS

Teresa Conreiras,
Eleonora Paixão,
Ângela Pista, Teresa Paixão



O vírus do Papiloma Humano (HPV) infecta actualmente entre 5-40% das mulheres em idade reprodutiva¹. A prevalência mais elevada é observada no grupo etário dos 17-25 anos².

Apesar da maioria das infecções regredir espontaneamente, cerca de 10% persistem e 3 a 4% evoluem para lesões intraepiteliais, das quais 0,7 a 1% poderão progredir para lesões de alto grau. Destas, 0,1% evoluirão para cancro invasivo se não detetadas e tratadas precocemente³.

Aproximadamente 100% dos casos de Cancro do Colo do Útero estão relacionados com infecção por HPV. Este representa, em Portugal (2005) uma mortalidade anual de 4,5/100.000 habitantes, acima dos 15 anos de idade⁴.

Desde Dezembro de 2006 encontra-se disponível para venda nas farmácias, mediante prescrição médica, a vacina tetravalente (contra os tipos 6, 11, 16 e 18 do HPV). Mais recentemente, em Outubro 2007, foi comercializada a vacina bivalente (contra os tipos 16 e 18 do HPV). Segundo a DGS, a vacina é exclusivamente preventiva e deve ser administrada antes do início da vida sexual activa entre os 13 e os 26 anos⁵.

Em Fevereiro de 2008, foi efectuada uma avaliação do grau de conhecimentos sobre a vacina contra o HPV na amostra Ecos, tendo-se realizado um inquérito por entrevista telefónica a 857 indivíduos das 1034 unidades de alojamento que compõem o painel.

Os respondentes, com mais de 18 anos, tinham as seguintes características: 76,1% pertencem ao sexo feminino e 23,9% ao sexo masculino, 52,5% têm uma escolaridade equivalente ao Ensino Básico, 17,9% ao Ensino Secundário e 20,2% ao Ensino Superior.

As percentagens estimadas, obtidas após a ponderação por Região de Saúde do Continente foram:

- A grande maioria, 81,2%, já tinha ouvido falar da vacina. Destes, 86,6% referiram ter tido conhecimento através da TV/rádio/jornal/revistas;

- A forma de administração correcta (3 doses) foi apontada por 34,4% dos respondentes, 79,3% sabia quem tinha indicação para a vacina.

Dos agregados com indivíduos do sexo feminino dos 13-26 anos, obtiveram-se 39 respondentes, das quais se colheram dados sobre a respectiva situação vacinal contra o HPV, à data do Inquérito.

- Três mulheres, correspondendo a uma percentagem ponderada de 10,3% já tinham sido vacinadas. A iniciativa da vacinação tinha sido respectivamente da própria (1), do médico de Família (1) e do médico Ginecologista (1);
- As principais razões apontadas para a grande maioria que não se vacinou foram: "não estar suficientemente informada" (71,7%), "por ser cara" (27,7%).

Os resultados obtidos, sugerem a necessidade de informação adequada para o grupo com indicação de vacinação.

A lembrar... A vacina contra o HPV pode prevenir a maioria dos casos de cancro do colo do útero e a ocorrência de outras patologias associadas aos tipos de HPV incluídos nas vacinas.

Bibliografia

1. Disponível em: <http://www.ecdc.eu.int/>, acessado em Junho de 2008
2. Malvy D. Prevention des Infections à papillomavirus humaines(HPV): accès des jeunes filles aux circuits de soins. *resse Med* 2008;37:21-29
3. Direcção-Geral da Saúde. Comissão Técnica de Vacinação. Vacinação contra infecções por Vírus do Papiloma Humano, Maio 2008
4. CDC, Department of Health and Human Services. National Center for Immunization and Respiratory Diseases-Vaccine. *Information Statement Human Papillomavirus (HPV) Vaccine* Feb 2007
5. Ferenczy A, Franco EL. Prophylactic Human Papillomavirus Vaccines: Potential for Sea Change. *Expert Rev Vaccines* 2007;6(4):511-525

O QUE IRÁ ACONTECER...

XVI Conferência Europeia de Saúde Pública
(www.healthinnovation2008.com.pt)



Decorrerá nos dias 6, 7 e 8 de Novembro de 2008, no Centro de Congressos de Lisboa (antiga FIL) a reunião anual da Associação Europeia de Saúde Pública (EUPHA), este ano organizada pela Associação Portuguesa para a Promoção da

Saúde Pública (APPSP), membro fundador daquela organização.

A Conferência estará subordinada ao tema "Saúde e Inovação no espaço europeu" e inclui cinco sessões plenárias em que estarão presentes figuras de renome na área da Saúde Pública.

Ao longo da conferência decorrerão diversas sessões paralelas nas quais os participantes podem assistir a comunicações orais, *workshops* e cartazes.

A Reunião deste ano inclui, também, três eventos prévios, a decorrer na tarde de dia 5 de Novembro e na manhã de dia 6 de Novembro:

- 1) Conferência anual da ASPHER (Associação de Escolas de Saúde Pública na Região Europeia;
- 2) Reunião bianual da SESPAS (Associação Espanhola de Saúde Pública e Administração de Saúde);

3) Reunião anual da APDH (Associação Portuguesa para o Desenvolvimento Hospitalar).

Para mais informações consulte www.eupha.org; e www.healthinnovation2998.com.pt

6th Nov 08	Plenary I - European Health Strategy and innovation: A constructive conversation on implementation challenges Maria de Belém Roseira - Chairperson of the Health Parliamentary Committee, Portugal Andrzej Rys - Director for Public Health, EC, EU Walter Ricciardi - Chairman of EUPHA's Past Presidents Committee Ilona Kickbusch (moderator)
7th Nov 08	Plenary II - Innovation in health systems: Future health care organisations in the knowledge society Josep Figueras - Director, European Observatory on Health Systems and Policies Plenary III - Innovation for health and wealth: knowledge clusters and citizen centred health information Luís Magalhães - President of the Portuguese Agency for the Information and Knowledge Society Ida Strand - Project director Mandag Morgen / Monday Morning Denmark Plenary IV - Health literacy and Public Health Genomics: Knowledge transfer to citizens Angela Brand - Coordinator, European Public Health Genomics Network Serdar Savas - Director, GENAR Institute of Public Health Genomics
8th Nov 08	Plenary V - Leadership for health innovation: Public health education and entrepreneurship Richard Parish - Chief Executive, Society for the Promotion of Health, UK



Padrões de internamento hospitalar nos jovens portugueses do sexo masculino: mais evidências e mais pistas

Paulo Nogueira, Eleonora Paixão e Emanuel Rodrigues

Em números anteriores do Observações (26 e 30), com base em resultados do projecto ISADORA*, mostrámos evidência de mortalidade sistemática nos jovens portugueses do sexo masculino. Esta mortalidade ocorria ao fim-de-semana e a meio da semana sendo consentânea com as hipóteses de adopção de comportamentos de risco.

Na persecução do projecto estudámos ainda a sazonalidade e periodicidades do internamento hospitalar diário por "todas as causas" e pelas causas da Lista de Tabulação Básica (LBT: CID-9), entre 1998 e 2003, dando particular atenção aos grupos etários entre os 5 e os 35 anos de idade.

Da análise dos dados de internamento hospitalar concluímos que a periodicidade semanal é bastante comum. Está, em regra, associada a decréscimo do número de internamentos, o que se prende com a organização social do tempo cronológico e a genérica redução de serviços durante o fim-de-semana. De facto, existe uma periodicidade semanal no internamento hospitalar por "todas as causas", mas assumiu-se que padrões semanais decrescentes ao fim-de-semana não seriam relevantes.

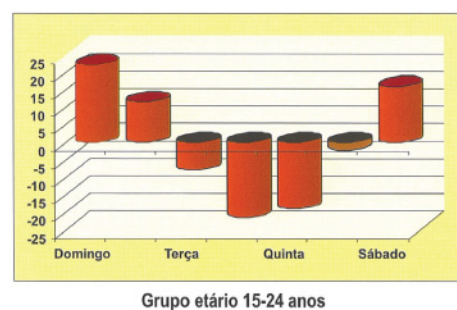
Relacionado com os internamentos hospitalares por *Fracturas* (LBT 47) e por *Traumatismos* (LBT 49) evidenciou-se, pelo contrário, um padrão semanal com aumento dos internamentos durante o fim-de-semana (Figuras 1 e 2).

Saliente-se que o padrão de internamento hospitalar semanal observado no grupo etário mais jovem dos 5-14 anos foi particularmente idêntico ao do grupo etário dos 24-35 anos.

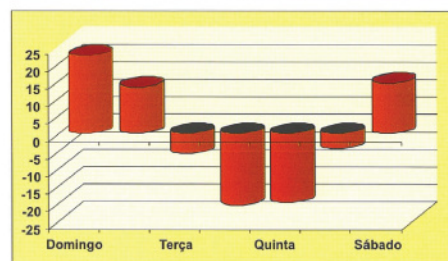
Também relevante é o facto do mesmo padrão semanal de internamento hospitalar surgir nas fracturas do sexo feminino o que auspicia que se começa a assistir a uma evolução que pode ter algum paralelismo com o que sucede no sexo masculino.

Os resultados evidenciaram que os padrões de mortalidade e morbidade por estas causas são consistentes. Existirão, contudo, outras consequências para a saúde resultantes dos episódios de internamento que terão adicionais custos para os indivíduos e para a sociedade.

Figura 1: Padrão semanal (7dias) do Internamento Hospitalar por *fracturas* (LBT: 47; CID-9: 800-829), por dias de semana e nos grupos etários dos 15 aos 34 anos.

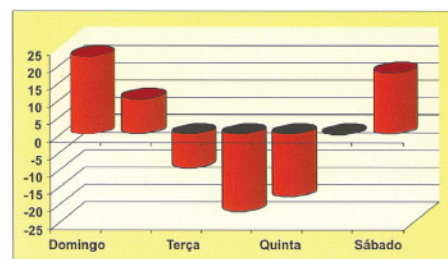


Grupo etário 15-24 anos

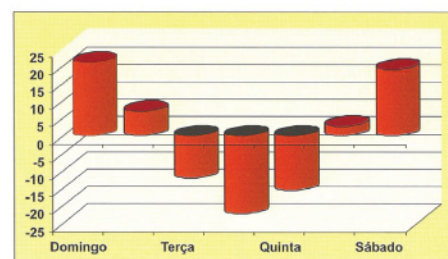


Grupo etário 25-34 anos

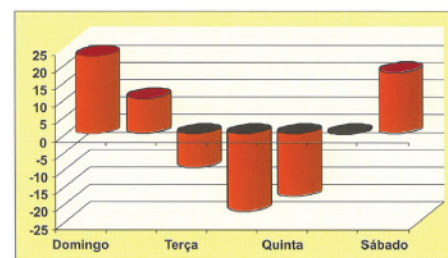
Figura 2: Padrão semanal (7dias) do Internamento Hospitalar por *traumatismos intracranianos, intratorácicos e intra-abdominais, incluindo nervos* (LBT: 49; CID-9: 850-869, 950-957), por dias de semana e nos grupos etários dos 5 aos 34 anos.



Grupo etário 5-14 anos



Grupo etário 15-24 anos



Grupo etário 25-34 anos

*Projecto financiado pela Fundação Merck Sharp & Dohme



INSTITUTO NACIONAL DE SAÚDE
Dr. Ricardo Jorge

TIRAGEM: 5 200 exemplares
ISSN 0874-2928
DISTRIBUIÇÃO: gratuita
DEPÓSITO LEGAL: 125869/98
PRODUÇÃO GRÁFICA: rtoGráfica - Rio Mayor

SEDE: Av. Padre Cruz 1649-016 Lisboa
TEL: 21 752 64 04 FAX: 21 752 64 99
E-MAIL: onsa@insa.mini-saude.pt

FICHA TÉCNICA: PROPRIEDADE: DEP - Departamento de Epidemiologia
RESPONSÁVEL: Maria João Branco
EQUIPA REDACTORIAL: Baltazar Nunes, Paulo Nogueira

Observações

Nº40 OUTUBRO 08

ISSN 0874-2929

TRIMESTRAL

EDITORIAL

AFINAL... NÃO HAVIA BRUXAS!!!

Este mês de Setembro, as novas instalações do Centro de Saúde Pública Doutor Gonçalves Ferreira (anterior Delegação do Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge) no Porto vão ser inauguradas.

Reconhecia-se desde há 20 ou 30 anos que as instalações do Largo 1º de Dezembro estavam velhas, degradadas e geravam riscos da mais variada natureza para os trabalhadores, para os utentes e até para o património construído adjacente.

Por isso, ao longo desse tempo, muitos foram os esforços para obter novas instalações mais adequadas, mais funcionais e mais seguras. Os trabalhadores da então Delegação (científicos, técnicos, administrativos e outros) estiveram na primeira linha desses longos esforços, Julgo também que todas as sucessivas Direcções do Instituto e da então Delegação se preocuparam e tentaram solucionar o problema.

Sei que várias vezes (talvez possa dizer-se, muitas vezes) houve soluções que estiveram prestes a ser adoptadas. Pelas mais diferentes razões nenhuma foi concretizada.

Disse-se que a questão das novas instalações da então Delegação tinha um mau feitiço! Que bruxedos inexplicáveis (como são todos os bruxedos!) não deixavam que os projectos se desenvolvessem!!! Que não se acreditava em bruxas mas... lá que elas existiam, existiam!!!

Até que chegou o mês de Setembro de 2008.

Finalmente, parabéns para todos os que trabalham no Centro de Saúde Pública Doutor Gonçalves Ferreira e, também, para todos os que, mais longe, trabalham no INSA.

Afinal... não havia bruxas!!! 👁

9.9.2008
José Marinho Falcão

NESTE NÚMERO

Avaliação do Impacte da Poluição Atmosférica na Mortalidade em Lisboa

Tempo de Cuidar

Alguns indicadores sobre a saúde dos imigrantes

ROTEIRO DOS... PROJECTOS

10 Verões de Vigilância ÍCARO

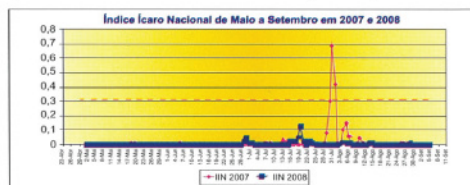
Parece que foi ontem que em conjunto com o Instituto de Meteorologia iniciámos conversas para estabelecer aquilo que viria a ser o sistema de vigilância ÍCARO.

Estávamos longe de saber que este seria um exemplo de um sistema do seu género no espaço Europeu e de que estaria ainda em funcionamento dez Verões depois.

Agora no final do período de Vigilância de 2008 é possível fazer um pequeno balanço do que se passou. Recorremos aqui à comparação com o observado no mesmo período de 2007, olhando para os Índices ÍCARO Nacionais e a mortalidade registada nestes períodos.

Globalmente foram dois anos calmos em termos de ondas de calor. O verão de 2007 teve dois dias de alerta ÍCARO (com potencial impacto) com aparente correspondência na mortalidade.

No verão de 2008 foi observado um número médio de óbitos mais baixo que o esperado sem que a diferença seja substancial. Em termos de episódios de calor foram apenas observados valores de risco (de índice ÍCARO) muito moderados mas que, apesar disso, mereceram a atenção e alguns avisos por parte das autoridades de saúde e protecção civil.



É importante nestes anos de acalmia continuar a vigilância, não baixar a guarda, desenvolver as acções planeadas e manter a memória para que não possamos voltar a ser surpreendidos como aconteceu em Portugal em 1981 ou em França em 2003. 👁

Avaliação do Impacte da Poluição Atmosférica na Mortalidade em Lisboa

Mafalda Lira, Rita Nicolau, Ausenda Machado, Luísa Nogueira, Francisco Ferreira

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) a poluição atmosférica tem um efeito nocivo na saúde humana podendo conduzir a um excesso de mortalidade¹.

O trabalho apresentado insere-se no projecto RiskarLx* e tem como objectivo avaliar o efeito da poluição atmosférica na mortalidade dos residentes no concelho de Lisboa. Para tal, foram aplicados Modelos Aditivos Generalizados (GAM) aos dados de mortalidade diária por todas as causas (excepto externas) durante o período de 2000 a 2004. Na modelação das séries temporais da mortalidade consideraram-se variáveis como o dia, as estações do ano, uma variável indicatriz para a epidemia da gripe, valores diários da temperatura média, humidade relativa do ar e a concentração de partículas em suspensão na atmosfera (PM₁₀).

A selecção dos melhores modelos teve em consideração a análise de resíduos e o critério de informação de Akaike (AIC). Os modelos GAM são particularmente úteis quando a relação entre a variável resposta e as variáveis explicativas não é linear, como é o caso da relação entre a temperatura e a mortalidade. A figura 1 expressa uma relação não-linear entre a temperatura e a mortalidade, confirmando que a temperatura tem um efeito na mortalidade, sobretudo para temperaturas extremas quentes, como já estudado por Nogueira *et al.*². Repare-se ainda que, existe um maior risco de mortalidade para valores da temperatura média inferiores a 16° e superiores a 27°.

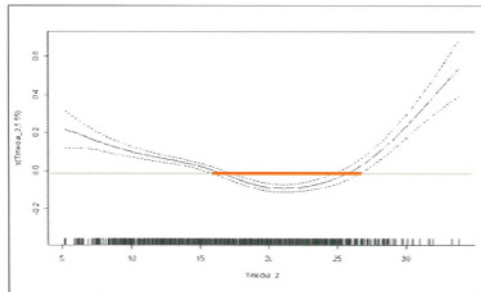


Figura 1 : Ilustração da função suavização adoptada para a variável temperatura no modelo GAM.

A partir da avaliação dos melhores modelos GAM verificou-se que o efeito da poluição atmosférica foi mais significativo com um desfasamento temporal de dois dias, sobretudo quando associado a valores da temperatura com o mesmo desfasamento. Os modelos com este desfasamento revelaram menores valores de AIC e apresentaram resíduos com distribuição normal e menos autocorrelacionados. Os coeficientes de regressão associados à variável concentração de PM₁₀ com o referido desfasamento, permitiram estimar o risco relativo da poluição atmosférica

na mortalidade perante um aumento de 10 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ de PM₁₀. Os resultados encontram-se na tabela 1, onde RR traduz o risco relativo da mortalidade para um aumento de 10 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ de PM₁₀ e I.C. 95% identifica os respectivos intervalos de confiança a 95%. Na última coluna constam os valores estimados de RR sob a forma de percentagem. Por observação da tabela pode constatar-se que o risco relativo de aumento da mortalidade perante um aumento de 10 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ de PM₁₀ foi de 0.66% (mortalidade para todas as idades e sexo). Nos indivíduos mais idosos verificou-se que o efeito nocivo da poluição atmosférica tende a agravar-se com a idade. Tal é evidenciado pelas estimativas percentuais do risco relativo de 0.85% para indivíduos com mais do que 65 anos e de 1.22% para os indivíduos com 75 e mais anos.

Tabela 1: Resultados da modelação da mortalidade por todas as causas (excepto externas) através de GAM.

	N	RR *	I. C. a 95% para RR *	% RR *
HM Total	38598	1.0065	(1.0011, 1.0121)	0.66 %
HM \geq 65 anos	31739	1.0085	(1.0025, 1.0145)	0.85 %
HM \geq 75 anos	24170	1.0122	(1.00539, 1.01908)	1.22 %

Os resultados obtidos neste trabalho estão em concordância com os resultados publicados pela OMS¹ que estimaram em 1.006 o risco relativo de aumento da mortalidade perante um acréscimo de 10 mg/m^3 de PM₁₀. Tal é semelhante ao obtido neste trabalho (1.00657). Salienta-se também, o efeito diferenciado da poluição atmosférica por grupos etários. Identificou-se maior risco para os indivíduos mais idosos, designadamente com 75 e mais anos. Tal resultado é sustentado por diversos estudos epidemiológicos¹ que reconhecem que o efeito da poluição não se reflecte da mesma forma em todas as idades. Em particular a OMS identifica as crianças e os idosos como indivíduos mais "frágeis" e que por isso, são mais susceptíveis ao efeito nocivo da poluição atmosférica¹.

*O Projecto RiskarLX é financiado pela Fundação Calouste Gulbenkian e é coordenado pelo Departamento de Ciências e Engenharia do Ambiente da Faculdade de Ciências e Tecnologia da Universidade Nova de Lisboa.

Referências

1. WHO. Meta-analysis of time-series studies and panel studies of particulate matter (PM) and ozone (O₃). Report of a WHO task group 2004.
2. Nogueira P., Paixão E. Models for mortality associated with heatwaves: update of the Portuguese heat health warning system. Int. J. Climatol. 28:545-562 (2008).

A evolução demográfica da população portuguesa, traduzida, entre outros, pelo aumento progressivo da esperança de vida, dos índices de envelhecimento e longevidade, leva a prever um aumento acentuado do número de pessoas em situação de fragilidade e de risco de perda de funcionalidade. Consequentemente terão que ser encontrados mecanismos adequados para ajudar as famílias a cuidar dos seus dependentes, nomeadamente daqueles com necessidades específicas.



O Departamento de Epidemiologia realizou um estudo com o objectivo de contribuir para a caracterização da prestação de cuidados continuados através da informação fornecida directamente pela população alvo potencialmente beneficiária da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, no Continente.

O estudo, descritivo transversal, constou de um inquérito realizado por entrevista telefónica, no segundo trimestre de 2007, a um dos elementos de 18 e mais anos, residente nas unidades de alojamento (UA) que integram a amostra de famílias ECOS. Esta amostra é aleatória e constituída por 1034 UA, com telefone fixo, estratificada por Região de Saúde do Continente, com alocação homogénea. Nestas UA residem 3030 indivíduos.

As variáveis estudadas contemplaram a caracterização dos inquiridos, dos elementos com dependência, dos cuidados utilizados, das UA e dos cuidadores.

Obtiveram-se 952 questionários válidos, o que corresponde a uma taxa de resposta de 92,1%. Colheram-se, assim, dados sobre 2785 indivíduos residentes naquelas UA.

Foram detectados 66 dependentes com necessidade de cuidados de longo termo em 61 UA.

Dos resultados relevamos as seguintes estimativas:

Unidades de alojamento com dependente que necessita de cuidados continuados \Rightarrow 5,5%, na totalidade das UA (952);

Dependentes com necessidade de cuidados continuados \Rightarrow 2,0%, na totalidade de residentes das UA;

Dependentes com ajuda adequada sempre ou quase sempre, independentemente do tipo de ajuda em causa, \Rightarrow 81%, na totalidade de UA com elementos em situação de incapacidade e que tem ajuda (59). Para duas situações de dependência foi referido que não existe qualquer apoio;

Dependentes com necessidade de ajuda no desempenho de uma ou mais actividades da vida

diária \Rightarrow 97,6%, na totalidade de UA com elementos em situação de incapacidade (61);

Dependentes com necessidade de apoio no transporte \Rightarrow 69,4%, na totalidade de UA com elementos em situação de incapacidade (61);

Dependentes com necessidade de ajudas técnicas \Rightarrow 53,7%, na totalidade de UA com elementos em situação de incapacidade (61);

Dependentes com alojamento considerado adequado para a situação \Rightarrow 72,1%, na totalidade de UA com elementos em situação de incapacidade (61);

Dependentes cujos cuidador era um familiar próximo \Rightarrow 96,3%, na totalidade de UA com elementos em situação de incapacidade (61);

Os cuidadores na sua maioria eram mulheres \Rightarrow 72,8%, do grupo etário dos 45-65 anos \Rightarrow 55,1% e coabitavam com o dependente \Rightarrow 92,6%, na totalidade de UA com elementos em situação de incapacidade cujo cuidador principal era um familiar (57);

Respondentes com algum familiar dependente institucionalizado \Rightarrow 4,0%, na totalidade de respondentes (711);

Respondentes que se identificaram como cuidadores informais, noutra unidade de alojamento \Rightarrow 5,1%, na totalidade de respondentes (711).

Não será demais frisar que estes dados não devem ser inferidos acriticamente para a população do Continente.

Apesar de algumas limitações metodológicas, os resultados obtidos podem constituir valores de referência, quiçá úteis, na fundamentação de programas de intervenção.

Podem consultar o relatório integral em:

<http://www.insa.pt/sites/INSA/Portugues/AreasCientificas/Epidemiologia/Publicacoes/Paginas/Outras.aspx>

Alguns indicadores sobre a saúde dos imigrantes

Carlos Matias Dias, Eleonora Paixão,
Maria João Branco, José Marinho Falcão

Apresentam-se alguns resultados preliminares da comparação de indicadores de saúde entre a população imigrante e a população natural e sempre residente em Portugal. Esta é uma análise secundária dos dados obtidos pelo Quarto Inquérito Nacional de Saúde (4º INS) realizado pelo INSA em parceria com o INE e com a colaboração da DGS^{1,2}.

Os imigrantes corresponderam a 6,3% da população inquirida, excluindo os portugueses que alguma vez imigraram (Fig. 1).

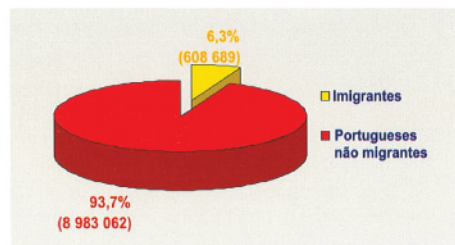


Figura 1. População inquirida no 4º INS

• Auto-percepção do estado de saúde

Os imigrantes classificaram o seu estado de saúde de um modo mais favorável do que os portugueses. A apreciação favorável foi diminuindo com o tempo de permanência no país, mas foi sempre melhor que a dos portugueses. Estas diferenças mantiveram-se mesmo após removido o efeito da idade por padronização.

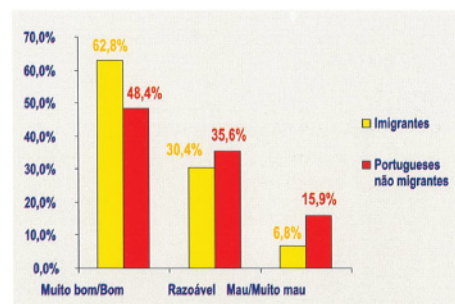


Figura 2. Distribuição percentual, da auto percepção do estado de saúde, na população de imigrantes e de portugueses não migrantes, com idade ≥ 15 anos.

• Saúde mental

A saúde mental foi estudada através da aplicação da escala *Mental Health Inventory – 5 (MHI-5)*³.

Estimou-se, após padronização para a idade, que 23,7% dos imigrantes e 26,2% dos portugueses vi-

viam com provável sofrimento psicológico. Da análise deste indicador, desagregado por sexo, constatou-se que a prevalência de sofrimento psicológico foi consideravelmente superior nas mulheres quer no grupo dos imigrantes, quer no grupo dos portugueses (Tabela 1).

Tabela 1 – Distribuição percentual (% ponderada, sem e com padronização pela idade) de sofrimento psicológico (MHI-5) nas quatro semanas anteriores à entrevista, na população de imigrantes e portugueses não migrantes, com idade ≥ 15 anos, segundo o sexo

	Imigrantes		Portugueses	
	H p	M p	H p	M p
Com provável sofrimento psicológico (MHI≥52)	n=422 13,4	n=606 30,2	n=7859 16,7	n=12082 36,2
% padronizada	15,7	31,2	16,7	34,6

n - número de indivíduos entrevistados com respostas válidas (valor não ponderado); p - percentagem estimada (valor ponderado)

• Qualidade de vida

Nas duas semanas que precederam a entrevista 60,9% dos imigrantes e 49,5% dos portugueses qualificaram a sua vida como boa ou muito boa.

No grupo dos imigrantes, as mulheres valorizaram mais positivamente a qualidade de vida do que os homens, enquanto que no grupo dos portugueses ocorreu o inverso (Tabela 2).

Tabela 2 – Distribuição percentual (% ponderada, sem e com padronização pela idade), da auto apreciação da qualidade de vida, na população de imigrantes e portugueses não migrantes, com idade ≥ 15 anos, segundo o sexo.

	Imigrantes		Portugueses	
	H p	M p	H p	M p
Qualidade de vida	n=79	n=139	n=1771	n=2780
Muito Boa / Boa	57,1	63,3	53,5	46,0
% padronizada	49,7	63,6	53,3	48,3

n - número de indivíduos entrevistados com respostas válidas (valor não ponderado); p - percentagem estimada (valor ponderado)

1 Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge. *Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006*. Lisboa, INSA, 2007;

2 Utilização de cuidados de saúde pela população portuguesa. Protocolo científico. INSA/DEP (financiado pela Fundação Merck Sharp e Dohme). Lisboa, 2007;

3 World Health Organization. EuroHIS – Development of Common Instruments for Health Interview Surveys in the European Region. WHO, Copenhagen, 2003.



observações

Nº41 DEZEMBRO 08
ISSN 0874-2929

TRIMESTRAL

EDITORIAL

ANDAM ANTIBIÓTICOS À SOLTA!!!

Que percentagem das prescrições de antibióticos feitas em Clínica Geral/Medicina Familiar são precedidas ou orientadas por um teste de sensibilidade (TSA)? Muito baixa!

Num estudo sobre prescrição de antibacterianos realizado em 2001 na rede "Médicos-Sentinela" foi constatado que essa percentagem se situava entre 1% e 2% dos casos, consoante o aparelho ou órgão envolvido. Vejam:

Aparelho Respiratório – 1,2%

Pele – 0,9%

Aparelho Auditivo – 1,3%

Aparelho Digestivo – 2,2%

Porquê tão pouco?

Não há laboratórios acessíveis?

Os resultados não chegam em tempo útil?

Prescrever antibióticos com apoio de TSA não é mais efectivo?

Muitos doentes não suportam o custo da análise?

Em muitos casos não há produto biológico acessível à colheita?


Mas há uma excepção altamente surpreendente! De facto, em 2001, cerca de 53% das prescrições de antibacterianos dirigidos a infecções de *aparelho urinário* foram precedidas de um pedido de TSA.

Não se vislumbram razões para que as eventuais dificuldades que impedem a utilização de TSA em infecções dos quatro aparelhos citados atrás não se apliquem com intensidade equivalente às infecções do aparelho urinário!

Mas o que aconteceu desde que a investigação de 2001 foi realizada?

Nada! De facto, o estudo foi repetido, com a mesma metodologia, em 2007 e os resultados foram sobreponíveis aos de 2001.

Não será tempo de usar com muito mais frequência a confirmação laboratorial dos agentes e a determinação do respectivo TSA? A bem das boas práticas clínicas e da medicina baseada *nesta* evidência.

A iniciativa pela melhoria desta prática pertence aos médicos, às suas organizações profissionais e às Escolas de Medicina. E quer parecer-me que nem o equilíbrio financeiro do Serviço Nacional de Saúde se constituirá como obstáculo! 

7.12.2008

José Marinho Falcão

NESTE NÚMERO

Dor crónica na população Portuguesa: alguns resultados do 4º Inquérito Nacional de Saúde.

Anos de Vida Perdidos no Inverno (2002-2004). Resultados do Projecto Impacte.

A mortalidade intra hospitalar em Portugal Continental – 2004 e 2005.

ROTEIRO DOS... PROJECTOS

XVI Conferência Europeia de Saúde Pública

A reunião da Associação Europeia de Saúde Pública (EUPHA) foi organizada este ano pela Associação Portuguesa para a Promoção da Saúde Pública (APPSP), seu membro fundador, em colaboração com o Ministério da Saúde, a Comissão Europeia e a Organização Mundial da Saúde. A APPSP conta na sua Direcção com elementos nomeados pela Escola Nacional de Saúde Pública, Direcção-Geral da Saúde e Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge.

A conferência decorreu em Novembro, em Lisboa e contou com cerca de 1300 pessoas, das quais 300 oriundas de Portugal. Esta participação expressiva concretizou um dos objectivos da APPSP: a promoção da participação nacional em eventos deste tipo.

Os trabalhos, subordinados ao tema "Saúde e Inovação no espaço europeu", incluíram cinco sessões plenárias com intervenções a cargo de figuras de renome na área da Saúde e da Saúde Pública a nível internacional e nacional.

As sessões paralelas, distribuídas em 12 linhas temáticas, contaram com 164 comunicações orais, livres e integradas em *workshops*. Estiveram expostos durante a conferência 300 cartazes.

Pela primeira vez, a conferência da EUPHA realizou-se em conjunto com a conferência anual da Associação de Escolas de Saúde Pública na Região Europeia (ASPHER), o que se traduziu, além de actividades pré-conferência, numa das cinco sessões plenárias sobre "Treino e formação em Saúde Pública" e numa das 12 linhas de comunicações livres, dedicadas ao mesmo tema.

No âmbito da reunião EUPHA, decorreram, também, dois outros eventos: a reunião bianual da Associação Espanhola de Saúde Pública e Administração de Saúde (SESPAS) e a reunião anual da Associação Portuguesa para o Desenvolvimento Hospitalar (APDH).

Ao longo da conferência e integrada nela esteve aberta uma área de exposição de projectos inovadores na área da saúde, construída em torno do banco europeu de inovação em saúde (i-health bank), apresentado durante a conferência. Denominado "innovation village", este espaço, de entrada livre durante a inauguração, permitiu o contacto com as equipas de projecto e o livre intercâmbio de ideias.

Durante o período da conferência foram, ainda, lançados dois livros, um sobre a história da Saúde Pública na cidade de Lisboa, com textos e fotografias de diversas personalidades e artistas plásticos; o outro sobre inovação em políticas de saúde, resultado do trabalho de um grupo de pensadores Europeus.

Para mais informações consulte www.eupha.org; www.healthinnovation2998.com.pt; <http://pt.ihealthbank.eu/> 

Dor crónica na população Portuguesa: alguns resultados do 4º Inquérito Nacional de Saúde

Eleonora Paixão, Carlos Matias Dias

A dor crónica foi estudada pela primeira vez no 4º Inquérito Nacional de Saúde, realizado em 2005/2006 pelo Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, em parceria com o Instituto Nacional de Estatística, com a colaboração da Direcção-Geral da Saúde.

O INS é um inquérito populacional cuja metodologia utilizada se encontra detalhada noutra publicação¹.

O objectivo principal desta análise secundária de dados foi estimar a prevalência de dor crónica na população portuguesa e a distribuição do indicador por sexo, grupo etário, região, ocupação e nível de instrução.

A dor crónica foi definida como a que persistia, constante ou repetida, durante, pelo menos, três meses nos seis meses anteriores à entrevista².

As prevalências apresentadas são resultados ponderados para cada nível das variáveis de desagregação. Esta análise preliminar não teve, ainda, em consideração o desenho complexo da amostra inicial, pelo que não são apresentados intervalos de confiança nem testes de hipóteses.

Foram entrevistados 41193 pessoas (48,3% homens e 51,7% mulheres). A dor crónica foi mencionada por 16% da população portuguesa (1 685 501 pessoas), com uma prevalência mais elevada nas mulheres (19,3%), em pessoas com idades entre os 75 e os 84 anos (34,4%), naquelas que residem na Região de Lisboa e Vale do Tejo (20,1%), com menos de 5 anos de escolaridade (21,5%) e em trabalhadores não activos (32,8%), (Quadros 1, 2 e 3).

Note-se que nos quadros \hat{p} refere-se à percentagem estimada (valor ponderado) e \hat{N} é o total populacional estimado na categoria da variável (valor ponderado).

Quadro 1 - Prevalências populacionais (%) da dor crónica por sexo e grupos etários

Grupos etários (anos)	Homens		Mulheres	
	\hat{p}	\hat{N}	\hat{p}	\hat{N}
Total	12,4	632 285	19,3	1 053 214
<15	1,4	11 600	1,4	11 439
15-24	3,7	24 515	5,3	33 852
25-34	8,1	67 041	11,5	93 556
35-44	13,0	100 526	15,1	119 377
45-54	15,3	104 396	26,8	192 897
55-64	23,4	129 985	34,1	212 653
65-74	26,2	119 120	36,1	202 909
75-84	26,8	66 052	39,4	148 437
≥ 85	17,6	9 050	35,3	38 094

Quadro 2 - Prevalências populacionais (%) da dor crónica, por Região (NUTS 1 e 2, definição 1998).

Região	Dor Crónica	
	\hat{p}	\hat{N}
Portugal	16,0	1 685 501
Norte	13,1	488 126
Centro	17,6	315 014
LVT	20,1	723 997
Alentejo	14,6	76 044
Algarve	9,8	40 690
RAA	10,0	24 060
RAM	7,2	17 570

Quadro 3 - Prevalências populacionais (%) da dor crónica, por anos de escolaridade

Anos de escolaridade	Dor Crónica	
	\hat{p}	\hat{N}
<5	21,5	1 088 335
5-6	11,5	156 515
7-9	11,2	178 945
10-12	11,1	152 077
+12	9,5	109 628

A localização mais frequentemente referida foi a "dor nas costas" (36,1%) seguida de "outras" (29,0%) e da "dor nas articulações" (28,1%) (Figura 1).

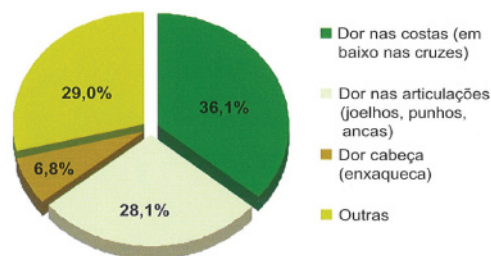


Figura 1 - Distribuição percentual da população portuguesa com dor crónica, segundo a localização mais frequente da dor crónica

No próximo número apresentar-se-ão resultados relativos ao uso de medicação, dias perdidos ao trabalho/escola e número de consultas médicas associados à dor crónica.

Referências:

1. Ministério da Saúde e Instituto Nacional de Estatística. Inquérito Nacional de saúde 2005/2006. INSA/INE, 2007.
2. Blyth F.M. *et al* (2001). Chronic pain in Australia: a prevalence study. *Pain*; 89:127-34.

Anos de Vida Perdidos no Inverno (2002-2004). Resultados do Projecto ImpactE

Hélder Ferreira, Paulo J Nogueira, Filipe Duarte Santos

INTRODUÇÃO

A avaliação do impacto da perda sócio-económica provocado pela mortalidade nos grupos etários mais jovens e potencialmente mais produtivos tem-se revelado de grande interesse. Para a concretizar, houve a necessidade de recorrer a indicadores mais eficazes, como o YLL ("Years of Life Lost") ou *anos de vida perdidos* devido à morte prematura, que permite avaliar a carga ("Burden") da mortalidade na sociedade.

Assim, investigadores de entidades internacionais, nomeadamente da Organização Mundial de Saúde, criaram uma medida de saúde que leva em consideração a mortalidade e a morbilidade, os DALYs ("Disability Adjusted Life Years"), de modo a determinar o "Burden of Disease" ou a carga de doença(s) numa sociedade e num determinado período. Uma das componentes desta medida de saúde são os YLL.

Os YLL utiliza uma variável que atribui um peso diferenciado consoante a idade de ocorrência do óbito, deste modo, assume-se que a sociedade dá mais valor à prevenção de uma morte em adultos jovens, os grupos etários produtivos da população, relativamente aos óbitos ocorridos em grupos etários correspondentes a crianças e idosos.

A fórmula de cálculo utiliza uma taxa de desconto de 3%, pois a sua não utilização faria com que não fossem descontados os ganhos futuros de saúde, levando a concluir que todos os esforços deveriam ser aplicados em programas de investigação e erradicação, deixando de parte estratégias que pretendessem melhorar a saúde das gerações contemporâneas¹

YLL NO PERÍODO DE INVERNO

Para os Invernos alvo de análise foram registados 28.036 óbitos em 2002/2003 e 28.228 em 2003/2004, por sua vez o número de anos de vida perdidos (YLL) foi, contrariamente ao número de óbitos registado, superior no Inverno de 2002/2003 com de 177.468 YLL, tendo sido calculado o valor de 175.111 YLL para o Inverno de 2003/2004 (Gráfico 1). Esta situação é possível devido às características deste indicador que na sua fórmula de cálculo leva em consideração algumas variáveis que não são tomadas em conta nos tradicionais indicadores de mortalidade, uma das variáveis consideradas no cálculo dos YLL é a idade em que os óbitos ocorrem, indiciando neste caso que, embora no Inverno de 2003/2004 tenha registado um maior número de óbitos, no Inverno de 2002/2003 os grupo etários mais jovens registaram um maior número de óbitos.

O maior número de óbitos em ambos os Invernos ocorreu sobretudo no grupo etário dos 80 e mais anos, tendo sido registado 13.283 dos óbitos (47,4%) em 2002/2003 e 13.469 (47,7%) em

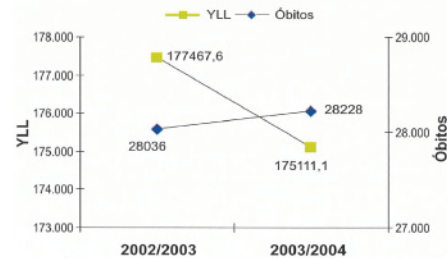


Gráfico 1 - YLL e Óbitos ocorrido no Inverno

2003/2004. Como o indicador YLL atribui um maior valor aos óbitos ocorridos nas idades mais jovens, verifica-se através do Gráfico 2 que o sector etário que registou maior número de óbitos não foi aquele que para o qual se determinou o maior número de anos de vida perdidos.

Os grupos etários para os quais se calcularam os maiores números de anos de vida perdidos em ambos os Invernos foram, os dos 70-79 anos com 39.376 YLL em 2002/2003 e 39.907 em 2003/2004, sendo o segundo grupo etário com mais anos de vida perdido o dos 45-69 anos.

O Gráfico 2 ajuda a compreender o facto de para o Inverno de 2002/2003 ter sido determinado uma maior número de anos de vida perdidos total relativamente a 2003/2004, apesar de este último ter registado um maior número de óbitos total (Gráfico 1), pois para o Inverno de 2002/2003 os grupos etários compreendidos entre os 0-44 obtiveram valores relativamente superiores aos de 2003/2004.

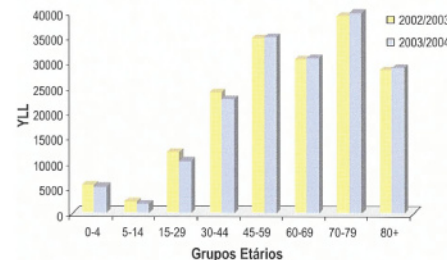


Gráfico 2 - YLL no Inverno por Grupo Etário

Referências:

- MURRAY, C. J. L. (1996), Rethinking DALYs. In: The Global Burden of Disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020, Harvard University Press, Cambridge

A mortalidade intra hospitalar em Portugal Continental, 2004 e 2005

Emanuel Rodrigues, Ausenda Machado

A variação da mortalidade intra-hospitalar tem sido analisada como possível medida de qualidade hospitalar¹. O estudo aqui apresentado tem por objectivo descrever a evolução da mortalidade intra hospitalar em dois anos seguidos (2004 e 2005) por grupo etário.

Foram analisados episódios de internamento hospitalar diário (2004-2005), por grupo etário, registados na base de dados dos Grupos de Diagnóstico Homogéneo (GDH).

A percentagem de internamentos que resultou em morte foi calculada através da divisão de todos os óbitos ocorridos durante o período temporal estudado e um denominador calculado de acordo com o grupo etário:

- Grupo etário ≥ 1 ano - todos os internamentos, excepto por parto completamente normal (CID-9: 650),
- Restantes grupos etários e para o conjunto de todos os grupos etários - todos os internamentos, excepto com duração inferior a 24 horas.

Os resultados revelaram um decréscimo do total de internamentos e em todos os grupos etários, excepto no grupo etário ≥ 75 anos. Por outro lado, o número total de internamentos que resultaram em morte aumentou. Na análise por grupo etário constata-se este aumento nos grupos etários 5-14 e ≥ 35 anos e um decréscimo nos grupos ≥ 1 , 1-4 e 15-34 (Quadro 1 e Figura 1).

Os resultados dos dois anos em conjunto (2004 e 2005) revelaram que a menor percentagem de óbitos intra-hospitalares se verificou no grupo etário 1-4 anos, enquanto que o grupo etário mais idoso (≥ 75 anos) apresentou a maior percentagem.

Quadro 1 – Número e percentagem de internamentos e de óbitos intra-hospitalares (2004-2005), total e por grupo etário

	< 1	1_4	5_14	15_24	25_34	35_44	45_54	55_64	65_74	≥ 75	Total
2004											
Internamentos	113420	25008	33237	56542	109375	84374	88394	100678	136387	168475	915890
Internamentos com óbito	341	64	83	242	656	1348	2506	4170	9256	23121	41787
%	0,30%	0,26%	0,25%	0,43%	0,60%	1,60%	2,84%	4,14%	6,79%	13,72%	4,56%
2005											
Internamentos	111082	23950	32391	53009	105694	82967	86896	99373	134257	174655	904274
Internamentos com óbito	309	45	91	202	585	1384	2531	4302	9445	25593	44487
%	0,28%	0,19%	0,28%	0,38%	0,55%	1,67%	2,91%	4,33%	7,04%	14,65%	4,92%
2004/2005											
Internamentos	224502	48958	65628	109551	215069	167341	175290	200051	270644	343130	1820164
Internamentos com morte	650	109	174	444	1241	2732	5037	8472	18701	48714	86274
%	0,29%	0,22%	0,27%	0,41%	0,58%	1,63%	2,87%	4,23%	6,91%	14,20%	4,74%

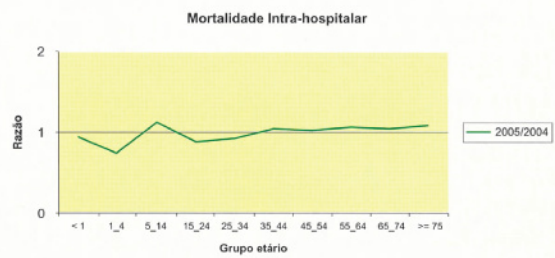


Figura 1 – Razão da percentagem de internamentos com óbito entre os anos 2005 e 2004

Os resultados obtidos apontam para a necessidade de estudos mais aprofundados de investigação de factores predisponentes do acréscimo ou decréscimo da mortalidade intra hospitalar em Portugal Continental.

Referências

- 1 - Green J, Passman LU, Wmfield N. Analyzing hospital mortality: the consequences of diversity in patient mix. JAMA 1991;265:1849-1853.



INSTITUTO NACIONAL DE SAÚDE
Dr. Ricardo Jorge

TRAGEM: 5 200 exemplares
DISTRIBUIÇÃO: gratuita
ISSN 0874-2928
DEPÓSITO LEGAL: 125868/98
PRODUÇÃO GRÁFICA: noGráfica - Rio Maior

SEDE: Av. Padre Cruz 1649-016 Lisboa
TEL.: 21 752 64 04 FAX: 21 752 64 99
E-MAIL: onsea@insa.min-saude.pt

FICHA TÉCNICA: PROPRIEDADE: DEP - Departamento de Epidemiologia
RESPONSÁVEL: Maria João Branco
EQUIPA REDACTORIAL: Baltazar Nunes, Paulo Nogueira

Observações

Nº42 Março 09

ISSN 0874-2929

TRIMESTRAL

EDITORIAL

EISS MUDOU-SE PARA O ECDC... COM UMA MÃO POR BAIXO!!!

Em Setembro de 2008, a coordenação da vigilância epidemiológica da gripe (EISS) foi transferida do NIVEL em Utrecht para o ECDC em Estocolmo.


Num editorial como este, publicado em Junho de 2007 chamei a atenção para o facto de esta transferência fazer sentido, mas comportar riscos. Quando um sistema de vigilância epidemiológica muito complexo como EISS funciona bem, mesmo muito bem, modificações relevantes podem mutilá-lo ou, quiçá, destruí-lo.

Preconizava eu que a mudança se fizesse com muita precaução, com uma mão por baixo. Não fosse alguma componente soltar-se, cair e afundar-se, inexorável e definitivamente, na travessia do Mar do Norte!

Coordenada pelo ECDC a vigilância epidemiológica da gripe no Inverno de 2008-2009 funcionou sem perturbações importantes. A organização foi quase integralmente mantida, com sensatez. Continuamos a poder saber como a gripe se manifestou na Europa este ano, como soubemos nos anos anteriores. Estamos satisfeitos!

É verdade que nenhum caixote da vigilância caiu ao Mar do Norte durante a mudança. No entanto, ainda há riscos associados às modificações / aperfeiçoamentos que se aproximam. A integração da gripe em TESSy (The European Surveillance System) irá correr adequadamente? A previsível separação formal das componentes clínica (coordenada directamente pelo ECDC) e laboratorial (que se prevê seja entregue a outra entidade ou consórcio) trará benefício ou criará dificuldades? Como funcionarão outras modificações que irão ocorrer nos próximos tempos?

A viagem Utrecht - Estocolmo foi concretizada sem acidentes. Se o ECDC usar a mesma sensatez que demonstrou nessa travessia do Mar do Norte, a vigilância integrada clínica e laboratorial não sofrerá reveses graves e aperfeiçoar-se-á ao longo dos anos.

Mas, por favor, não se esqueçam que é necessário continuar com as mãos bem abertas por baixo das modificações/aperfeiçoamentos que irão sendo introduzidas na vigilância da gripe. 

09.03.2008

José Marinho Falcão

NESTE NÚMERO

Dor crónica na população Portuguesa: mais alguns resultados do 4º Inquérito Nacional de Saúde (cont.)
Estimativas preliminares do excesso de mortalidade associada à actividade gripal 2008-2009
Como foi a gripe em Portugal na época 2008-2009
Cobertura da vacina antigripal em 2008-2009
O que pensam os Portugueses sobre a investigação genética e o estabelecimento de um biobanco em Portugal?

ROTEIRO DOS... EVENTOS

PJ Nogueira, L. Josseran, JM Falcão

O QUE É VIGILÂNCIA SINDRÓMICA?

A 2 de Outubro de 2008 teve lugar em Paris um workshop sobre Vigilância Sindrómica organizado pelo *Institut de Veille Sanitaire*, incluído nas iniciativas da Presidência Francesa da UE.

O INSA foi convidado a apresentar o Sistema de Vigilância da Mortalidade Diária (VDM) português e logo algumas questões se nos puseram: o sistema VDM é uma ferramenta de saúde pública no âmbito da vigilância sindrómica? Será a nossa melhor ferramenta de vigilância sindrómica?

Uma pesquisa bibliográfica rápida mostrou que:


- 1) A origem do termo se situava no domínio da detecção de bioterrorismo,
- 2) Que esforços de vigilância sindrómica têm sido em grande parte dirigidos a facilitar a detecção precoce de potenciais ataques bioterroristas,
- 3) Que a respectiva tecnologia pode também ser útil na saúde pública geral, na clínica médica, na melhoria da qualidade de serviços, na segurança do paciente, e na investigação.

A definição de vigilância sindrómica refere aos métodos de detecção com base em indicadores de saúde individual e populacional que são discerníveis antes de existirem diagnósticos confirmados. Assim, está aberto o caminho para definir que praticamente qualquer sistema que recolha sistematicamente dados sobre sintomas, sinais ou síndromas pré-diagnóstico é um candidato a integrar um sistema de vigilância sindrómica.

Mas o que é vigilância sindrómica continua a não ser absolutamente claro.

De forma ampla, a vigilância sindrómica consiste no uso de metodologias de detecção de sinais em tempo real e de dados existentes de saúde, ou com ela relacionáveis, de forma a identificar potenciais surtos de doença e fornecer análise imediata e apoio aos responsáveis pela investigação e seguimento desses surtos. A vigilância sindrómica não substitui nem pretende substituir os mecanismos clássicos de vigilância epidemiológica, procura sim ser complementar, optimizando recursos existentes para obter ganhos adicionais em saúde.

No workshop de Paris o debate foi profícuo e muito foi discutido sobre o que é vigilância sindrómica e o que esta pretende ser, sendo provável que em breve ouçamos falar na evolução deste campo da epidemiologia aplicada na Europa.

No final da reunião, houve um movimento para criar uma Sociedade Europeia de Vigilância das Doenças, assunto que muito provavelmente terá seguimento num futuro próximo. 

Dor crónica na população Portuguesa: mais alguns resultados do 4º Inquérito Nacional de Saúde (cont.)

Eleonora Paixão, Carlos Matias Dias

Correspondendo à expectativa que criámos em Observações nº 41, aqui estão mais resultados sobre dor crónica obtidos através do 4º Inquérito Nacional de Saúde.

Relembre-se que foram entrevistadas 41193 pessoas (48,3% homens e 51,7% mulheres).

A dor crónica foi mencionada por 16% da população portuguesa (1 685 501 pessoas)

Cerca de um quinto das pessoas com dor crónica terão deixado de efectuar, durante pelo menos um dia, as suas actividades diárias habituais (21%, 353 958 pessoas), enquanto que 44,3% (156 972 pessoas) referiram ter permanecido na cama. Da população activa e estudantes 17,1% (23 631 pessoas) faltaram entre 8 a 14 dias ao trabalho ou à escola (Figura 1).

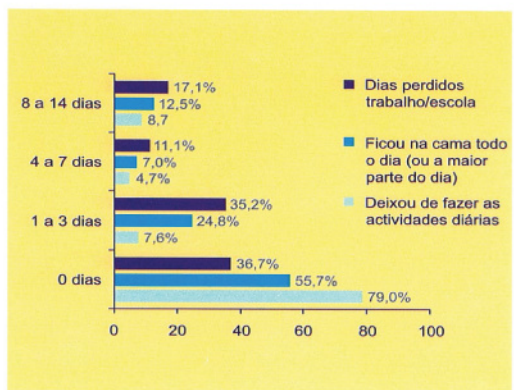


Figura 1: Impacto da dor crónica na limitação de actividades e incapacidades durante as duas semanas anteriores à entrevista.

Apenas um quarto dos indivíduos com dor não consultaram o médico nos três meses anteriores à entrevista (25,8%, 434 651 pessoas).

Quatro em cada cinco pessoas com dor referiram ter tomado medicação prescrita pelo médico (79,9%, 344 400 pessoas), enquanto que 11,3% (190 634 pessoas) referiram ter tomado medicação não prescrita pelo médico.

Concluindo, os resultados desta análise secundária de dados sugerem, tal como em outros estudos, que os indivíduos mais afectados foram as mulheres, os idosos e os com menos anos de escolaridade. A toma de medicamentos prescritos pelo médico e a ida a consultas médicas nos 3 meses anteriores à entrevista foi a atitude mais frequente adoptada pelos indivíduos. 🏠

Estimativas preliminares do excesso de mortalidade associada à actividade gripal 2008-2009

PJ Nogueira, B. Nunes, L. Sousa, E. Rodrigues, A. Machado, JM Falcão

No final do ano de 2008 Portugal foi um dos primeiros países da Europa a registar uma actividade gripal relevante que se prolongou durante algumas semanas de 2009. Foram observadas estimativas de incidência de gripe claramente acima da área basal da actividade gripal anual.

Era esperado que a actividade gripal registada tivesse tido impacto na mortalidade da população portuguesa, este trabalho procurou encontrar evidência desse facto e fazer a respectiva estimativa. Para tal recorreu-se aos dados disponíveis do sistema de Vigilância Diária da Mortalidade (VDM). Este sistema reúne de forma diária informação de mortalidade registada por todas as conservatórias do Registo Civil, centralizada pelo Instituto de Tecnologias da Informação da Justiça (ITIJ) do Instituto de Registos e Notariado (IRN) – Ministério da Justiça. O sistema registou aproximadamente 95% dos óbitos centralizados.

Foram feitos cálculos sem recorrer a modelos estatísticos, apenas comparando a mortalidade observada em períodos equivalentes e contíguos no mesmo ano e os mesmos períodos em anos diferentes; e foram feitas estimativas recorrendo a modelação estatística (modelo de regressão cíclica e ARIMA).

Nas várias estimativas feitas do excesso de óbitos associados à actividade gripal observada entre as últimas semanas de 2008 e as primeiras 6 semanas de 2009, todos os valores apontaram para um número não inferior a 1000. As estimativas obtidas, sobretudo aquelas recorrendo à modelação estatística, onde não foram feitas quaisquer correcções aos dados observados, apontaram para impactos na ordem dos 1200 a 1500 óbitos.

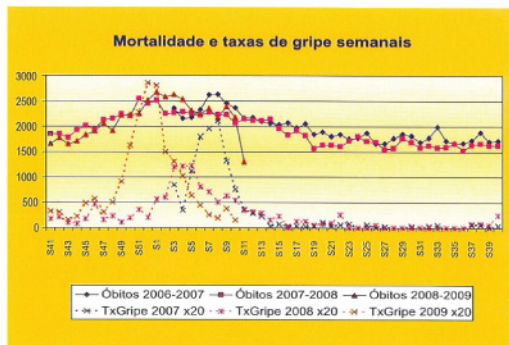
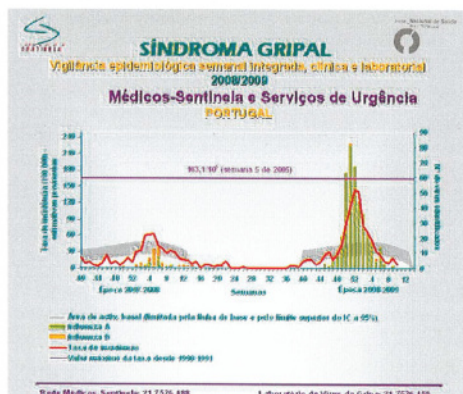


Figura 1. Evolução Semanal da mortalidade "todas as causas" em Portugal (VDM) por época de actividade gripal (2007 até 16/3/2009) e taxas de incidência de actividade gripal semanais (proporcionais) estimadas pela Rede Médicos Sentinela (época 2006-2007 até 16/3/2009) 🏠

Como foi a gripe em Portugal na época 2008-2009

Está terminada a epidemia de gripe de 2008-2009. Em Portugal, as actividades de vigilância integrada clínica e laboratorial da gripe decorreram, como habitualmente, através de uma cooperação estreita entre o Departamento de Epidemiologia e o Departamento de Doenças Infecciosas.



Estimativas provisórias de incidência semanal da síndrome gripal: O número de casos por 100000 habitantes começou a aumentar de modo relevante a partir da semana 49 (45,3 casos /10⁵) e subiu de forma consistente até à semana 52 (142 casos/10⁵) de 2008. O valor regressou abaixo da linha de base na semana 5 de 2009, iniciando o final do período epidémico.

Dois aspectos podem ser realçados. Por um lado, a intensidade da epidemia em Portugal foi precoce e nitidamente superior à que se verificou na época de 2007-2008, mas o valor máximo ocorrido na semana 52, referido atrás esteve bastante abaixo do valor semanal mais elevado desde 1990-1991 (163,1/10⁵).

Por outro lado, a actividade gripal relevante na Europa teve início em Portugal, a que se seguiu a República da Irlanda. A actividade progrediu, em geral de oeste para leste, tendo o seu início nos países da Europa Central e de Leste ocorrido algumas semanas mais tarde.

Os vírus circulantes na época 2008-2009 em Portugal: Durante a época de 2008-2009 registou-se uma actividade gripal predominantemente associada a vírus A H3N2, como aliás ocorreu na maioria dos países europeus.

Até à semana 10 de 2009, quando o período epidémico estava já praticamente terminado, tinham sido analisados, no Laboratório do Vírus da Gripe, 702 exsudados naso-faríngeos. Destas amostras 406 (57,8%) foram positivas para vírus influenza. De entre elas 61,1% corresponderam a vírus AH3, 13,8% a vírus AH1, 24,4 a vírus A não tipados e apenas 3 a vírus B.

Cobertura da vacina antigripal em 2008-2009

Baltazar Nunes, Maria João Branco

Dando continuidade ao trabalho desenvolvido desde a época de 1998-1999, estudou-se a cobertura da vacina antigripal na época gripal de 2008-2009.

Assim, em Janeiro passado, inquirimos pelo telefone um dos elementos de 18 e mais anos residente nas unidades de alojamento (UA) que integram a amostra de famílias ECOS¹ (870 UA). Estas unidades corresponderam a 2563 indivíduos.

Através dos respondentes obtiveram-se dados sobre 2192 indivíduos, correspondendo a 85,5% do total de indivíduos existentes nas UA da amostra.

A estimativa da cobertura bruta da população do Continente pela vacina anti-gripal na época de 2008/2009 foi de 18,3% (IC95%: 16,6%-20,1%) (Quadro 1).

Quadro 1 – Percentagem de indivíduos vacinados contra a gripe, no Continente, de 1998 a 2009 (estimativa ECOS ajustada por Região)

	1998/99	1999/00	2001/02	2002/03	2003/04	2004/05	2005/06	2006/07	2007/08	2008/09
Cobertura da vacina anti-gripal (%)	14,2	15,6	17,0	15,0	18,4	15,4	19,1	14,3	16,0	18,3
n	2923	3796	4148	2751	2599	2525	2206	2830	2537	2192

n: Indivíduos inquiridos. Na época de 2001/01 não se realizou o estudo

No grupo etário de 65 e mais anos, com indicação prioritária de vacinação, a cobertura foi de 53,3% (IC_{95%}: 47,9%-58,6%). De acordo com o descrito na figura 1, consta-se um aumento progressivo de cobertura neste grupo.

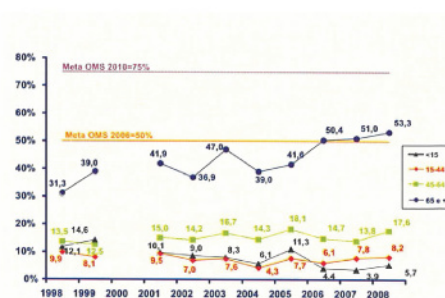


Figura 1 – Evolução da cobertura da vacina antigripal de 1998/1999 a 2008/2009, por grupo etário, no Continente

Afigura-se importante continuar a promover uma maior cobertura com a vacina antigripal dos indivíduos com 65 anos e mais (Portugal assumiu a meta de 75% de cobertura da população idosa, em 2010).

¹ INSA, ONSA. *Em casa, pelo telefone, observamos saúde. Descrição e avaliação de uma metodologia.* Lisboa: Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge. Observatório Nacional de Saúde, 2003.

O que pensam os Portugueses sobre a investigação genética e o estabelecimento de um biobanco em Portugal?

Marta Barreto, Baltazar Nunes

A sequenciação do genoma humano continua a gerar novas descobertas sobre o papel da variação genética no desenvolvimento das doenças humanas. Consta-se a existência de uma susceptibilidade genética que influencia associações causais bem estabelecidas, como por exemplo, o cancro do pulmão e o fumo do tabaco. A susceptibilidade a doenças infecciosas como a malária, tuberculose ou SIDA tem também uma base genética. Para compreender melhor estes efeitos estão a ser desenvolvidos, internacionalmente, grandes estudos populacionais utilizando amostras de produtos biológicos (sangue, ADN, tecidos) que se encontram armazenadas em hospitais e institutos de investigação - **biobancos**.

Neste contexto, fomos avaliar o grau de conhecimento básico sobre genética, da população Portuguesa adulta e saber a sua opinião sobre a criação de um biobanco em Portugal. Procurou-se ainda auscultar qual a atitude face à participação em estudos daquele tipo, bem como os factores que motivariam as pessoas a participar.

O estudo constou de um inquérito telefónico realizado em Janeiro de 2009. Foi utilizada a amostra ECOS¹, constituída por 870 unidades de alojamento. O questionário, composto por 13 perguntas, foi aplicado a um elemento de cada unidade de alojamento com idade igual ou superior a 18 anos. Obtiveram-se dados relativos a 757 indivíduos, correspondendo a uma taxa de resposta de 87%. As estimativas apresentadas foram ajustadas por região e por sexo.

Sobre a interacção entre o ambiente e os factores genéticos no desenvolvimento de determinadas doenças: 64,4% dos respondentes revelou ter bons e, mesmo, muito bons conhecimentos; 16,4% apresentou razoáveis conhecimentos; enquanto 13,7% pouco ou nada revelou saber sobre o assunto.

Sobre a utilidade da investigação genética para a prevenção de doenças: 87,3% dos inquiridos concordou que esta investigação pode contribuir de forma significativa para a prevenção de doenças; apenas 1,3% discordou da afirmação; 3,0% não manifestou opinião; 8,5% não sabia ou não respondeu.

Sobre disponibilidade para participar num estudo para fins de investigação genética, que implicasse ter de dar sangue: 64,1% da população inquirida estaria disposta a participar; 16,7% afirmou que até gostava, mas achava que não podia (pela idade ou devido a doença); 13,5% afirmou que não participaria num estudo deste tipo (Figura 1).

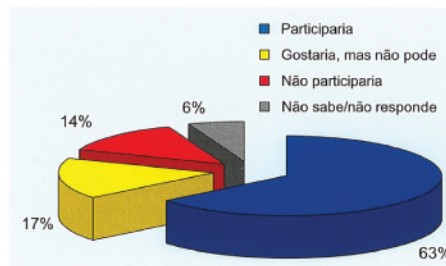


Figura - Distribuição (%) de respondentes segundo a atitude face à participação num estudo sobre investigação genética.

Perguntou-se aos que referiram que não participariam se haveria razões que os levariam, eventualmente, a mudar de opinião. O tipo de produto biológico recolhido foi o motivo mais invocado para uma mudança de atitude face à participação (Quadro 1).

Motivos* para mudar de opinião	%
Não ter de tirar sangue	35,7
Ser próximo de casa ou do trabalho	16,7
Ser um estudo anónimo	7,5
Ter garantia sobre a confidencialidade dos dados	6,8
Conhecer o resultado das análises que fizesse	5,6
Receber um subsídio pelo tempo gasto	1,0
Não sabe	7,3
Nada levaria a participar	33,4

*categorias não exclusivas

Para definir as características dos indivíduos que estariam dispostos a participar num estudo, foi feita uma análise de regressão logística ordinal. As características individuais que potenciam a participação são: pertencer ao grupo etário dos 25-44 anos, ter frequentado o ensino superior, concordar com a investigação biomédica e ter "muito bons" conhecimentos de genética. Na sua maioria (88,8%), os participantes não se importariam que as suas amostras fossem armazenadas num biobanco por um longo período de tempo e utilizadas noutros estudos no futuro.

Dados estes resultados, podemos concluir que a população estudada: é, em geral, da opinião que a investigação genética tem um papel importante na prevenção das doenças; possui razoáveis conhecimentos no que respeita aos efeitos da interacção entre genes e ambiente no desenvolvimento de determinadas doenças crónicas e participaria num estudo para determinar este tipo de interacções.

¹ INSA, ONSA. *Em casa, pelo telefone, observamos saúde. Descrição e avaliação de uma metodologia*. Lisboa: Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge. Observatório Nacional de Saúde, 2003.



Observações

Nº43 Junho 09
ISSN 0874-2929

TRIMESTRAL

EDITORIAL

VOCÊ DISSE...GRIPE A ?!

Costuma ser dado um nome às pandemias de gripe. A pré-pandemia com que nos afligimos nesta primavera de 2009 chamam-lhe agora GRIPE A (H1N1). O nome GRIPE A está **IN**: **IN**esperado, **IN**específico, **IN**feliz.

"Mexicana" foi a escolha inicial. Mas sentir-se-iam o México e os mexicanos estigmatizados? Diz-se que sim. Contudo, a designação "Espanhola" com que a pandemia de 1918 foi baptizada não perturbou excessivamente os nossos irmãos de Espanha e o nome ficou para a história.

Em 1957, a pandemia recebeu a designação de "Asiática", confirmando o gosto pela geografia. Não me lembro de ver os asiáticos envergonhados ou constrangidos pelo nome da doença que afligiu tantos milhões!

Depois tivemos que nos debater, em 1968, com nova pandemia chamada "de Hong Kong". Mais um nome com raiz geográfica que os habitantes da ex-colónia britânica suportaram e que não impediu o explosivo desenvolvimento da economia.

Mas as preferências nomenclaturais mudaram no início da década de 2000: a gripe A(H5N1) ficou irreversivelmente conhecida, nas populações, como "Gripe das Aves", sem prejuízo da farândola de outras designações menos eruditas ou mais científicas. Agora já não foi a geografia que deu a inspiração mas sim as espécies de pacientes voadores que são cruelmente dizimados pelo vírus. Os produtores de aves não ficaram satisfeitos com o nome mas as consequências económicas teriam ocorrido fosse qual fosse o nome adoptado.

Em 2009, substituir a designação "Mexicana" pelo nome "Gripe Suína" parecia uma boa alternativa. Protegia-se o México e mantinha-se o alinhamento pela moda zoológica posta em vigor pela "Gripe das Aves". Mas os porcos e os seus produtores não gostaram e parecem ter feito pressões.

Foi então preciso imaginar um novo nome, também **IN**: **IN**ócuo, **IN**odoro, **IN**sípido, **IN**dolor **IN**suficiente Chamaram-lhe **GRIPE A (H1N1)**. Como se a gripe A não ocorresse todos os anos! Como se A(H1N1) não fosse o vírus com maior circulação em muitas épocas gripais! Como se não existissem designações alternativas que respeitassem as legítimas preocupações das nações estigmatizadas, das economias fragilizadas, das espécies animais atingidas!

Não é bonito criticar sem contribuir com alternativas! Assim, chamem-lhe "GRIPE 2009".

Ao contrário das nações, dos agentes económicos e das espécies, o calendário, impávido e sereno, nunca se sentirá estigmatizado. ☺

21.05.2009
José Marinho Falcão

NESTE NÚMERO

Efectividade da vacina antigripal: um estudo da época 2008/2009

Uma observação sobre o acesso ao Médico de Família

Efectividade da vacina antigripal: um estudo piloto na época 2008/2009

José Marinho Falcão¹, Baltazar Nunes¹, Helena Rebelo de Andrade², Marta Barreto¹, Paulo Gonçalves², Luis Santos², Inês Batista¹

¹. Departamento de Epidemiologia, INSA

². Departamento de Doenças Infecciosas, INSA

INTRODUÇÃO

Os vírus influenza modificam-se de forma contínua, tendo a composição da vacina antigripal de ser reformulada regularmente. Torna-se assim muito importante a obtenção de estimativas de efectividade da vacina antigripal durante a própria época da gripe sazonal e, especialmente, durante o curso de uma pandemia. Neste contexto, foram já realizados em Portugal dois estudos de coorte nas épocas de 2005/2006 e 2006/2007, designados por EVA (Efectividade da Vacina Antigripal)¹.

Em 2008, o European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) lançou um concurso para a realização de estudos-piloto que testassem os métodos mais apropriados para estimar a efectividade da vacina antigripal na Europa. O Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge (INSA) foi convidado pela entidade que ganhou o concurso (EpiConcept SARL) para, através dos Departamentos de Epidemiologia e de Doenças Infecciosas, participar no projecto *Monitoring influenza vaccine effectiveness during influenza seasons and pandemics in the European Union (I – MOVE)*, cuja versão portuguesa recebeu o acrónimo **EUROEVA**². O projecto EUROEVA teve como objectivo principal testar a adequação de um delineamento caso-controlo para estimar a efectividade da vacina antigripal durante a própria época gripal de 2008/2009, em indivíduos com 65 e + anos e envolveu 5 países Europeus (Espanha, Dinamarca, Hungria, Roménia e Portugal).

Este artigo descreve, de forma sumária, os resultados obtidos em Portugal.

MATERIAL E MÉTODOS

O delineamento geral deste estudo consistiu em comparar o estado vacinal dos casos de gripe com idade igual ou superior a 65 anos confirmados laboratorialmente (SG+) com 3 tipos de controlos (igualmente com idade igual ou superior a 65 anos): controlos com síndrome gripal, mas laboratorialmente negativos (SG-), controlos seleccionados a partir das listas dos médicos de clínica geral, emparelhados com os casos no tempo, que visitaram o médico por outras razões que não infecções respiratórias agudas (LUT) e controlos de uma amostra da população de Portugal continental utilizada para estimar a

Efectividade da vacina antigripal: um estudo da época 2008/2009

(Continuação)

Percentagem de indivíduos vacinados nos casos e nos controlos

A percentagem de indivíduos vacinados variou consideravelmente entre os casos SG+ e os restantes grupos controlo. Nestes, os valores da percentagem foi sempre superior ao verificado para os casos confirmados como influenza, sendo o valor mais elevado referente aos controlos LUT (Figura 1).

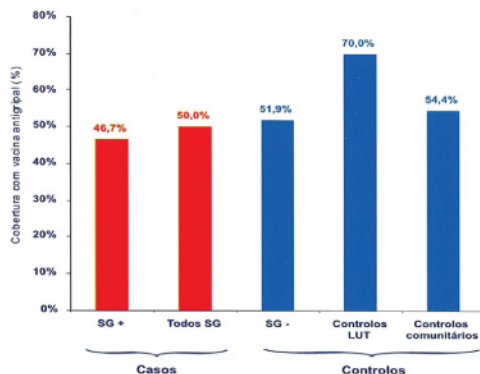


Figura 1 – Percentagem de vacinados em indivíduos SG+, SG-, todos SG, controlos LUT e controlos comunitários.

Odds ratios e estimativas da efectividade da vacina antigripal

As estimativas das Odds ratios e da efectividade variaram consideravelmente de acordo com os conjuntos casos/controlos escolhidos para análise (Quadro 1).

Quando SG+ foi utilizado como definição de caso (n=15) só a comparação não emparelhada com todos os controlos LUT (n=40) gerou uma estimativa de efectividade estatisticamente significativa, após ajustamento para o conjunto de variáveis indicado no Quadro 1. No entanto, embora a estimativa pontual da efectividade tivesse sido elevada (82%) o intervalo de confiança (a 95%) foi muito largo (9%;97%).

A comparação emparelhada entre SG+ (n=14) com controlos LUT (n=14) gerou a estimativa pontual de efectividade mais elevada (89%), depois de ajustamento, embora não fosse estatisticamente significativa e se revelasse muito imprecisa (IC 95%: -48%;92%).

A comparação de casos SG+ com os dois restantes grupos de controlo gerou, após ajustamento, valores de efectividade muito baixos ou mesmo negativos (SG+/SG-: -7%; SG+/COM: 17%), ambos com intervalos de confiança a 95% de grande dimensão.

Deve ser salientado que a análise SG+ com o grupo de controlo (SG-), o mais interessante por provir de dados obtidos exclusivamente através do sistema de vigilância epidemiológica de rotina, mostrou a mais baixa estimativa pontual de efectividade que foi, de facto, negativa.

Quando se considerou como caso todos os indivíduos com SG, os valores da EV diminuíram relativamente às mesmas comparações caso-controlo nas quais se considerou como caso os SG+. A única com-

paração que apresentou resultados significativos foi igualmente SG (n=42) versus LUT (n=40) não emparelhada (EV=65%; IC 95%: 2%;88%).

DISCUSSÃO

O estudo-piloto EUROEVA, com delineamento caso-controlo, integrou-se no projecto europeu I-MOVE destinado a testar a exequibilidade de calcular estimativas da efectividade da vacina antigripal durante as épocas de gripe sazonal e de pandemias, usando essencialmente dados obtidos pela vigilância epidemiológica de rotina.

O número de médicos participantes e de casos e controlos recrutados neste estudo-piloto foi inferior ao planeado. O pequeno número de médicos que aceitou participar esteve muito relacionado com o pouco tempo que decorreu entre a decisão de integrar Portugal no estudo e o início do trabalho de campo. O número reduzido de casos recrutados esteve associado ao facto de o protocolo exigir que os casos pertencessem à lista de utentes do médico.

Assim, e como era esperado, a dimensão das amostras de casos e de controlos só permitiu obter estimativas de efectividade com intervalos de confiança muito amplos. Nos estudos caso-controlo equivalentes realizados em outros países europeus os níveis de imprecisão foram igualmente elevados.

Apesar da imprecisão de todas as estimativas, verificou-se uma apreciável discrepância entre os valores da efectividade calculados com os três grupos de controlo: essencialmente, encontraram-se valores elevados quando o controlo LUT foi utilizado e valores baixos quando os controlos SG- ou COM foram considerados. O significado dos valores de efectividade obtidos deverá ser interpretado em conjunto com os resultados dos outros 4 estudos caso-controlo realizados no âmbito do projecto I-MOVE.

Nestas condições, ficou demonstrada a exequibilidade do delineamento utilizado, que será possivelmente repetido na época de 2009/2010, com aperfeiçoamentos que resolvam o problema da baixa dimensão da amostra.

Bibliografia/referências

1. Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, Observatório Nacional de Saúde. EVA – Efectividade da Vacina Antigripal: vamos continuar... mesmo sem Adão. *Observações* (2006): 31.
2. Valenciano M, Ciancio B, Moren A; Influenza Vaccine Effectiveness Working Group. First steps in the design of a system to monitor vaccine effectiveness during seasonal and pandemic influenza in EU/EEA Member States. *Euro Surveill*. (2008);13 pii 19015
3. Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, Observatório Nacional de Saúde. Em casa, pelo telefone, observamos saúde. Descrição e avaliação de uma metodologia. Lisboa: Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge. Observatório Nacional de Saúde (2003).
4. Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, Observatório Nacional de Saúde. Médicos Sentinela, Relatório de Actividades: O que se fez em 2006. Lisboa: Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge. Observatório Nacional de Saúde (2008).

Agradecimentos

A equipa de investigação agradece vivamente a colaboração dos médicos que participaram neste estudo. Agradece-se igualmente o apoio organizativo do Dr. Luis Pisco (APMCG), o apoio científico dos Drs Alain Moren, Marta Valenciano (EpiConcept SARL, Paris) e Amparo Larrauri (Instituto Carlos III, Madrid) e a participação dos membros do Grupo de Acompanhamento Drs Graça Freitas e Paula Valente (DGS), Luís Soares e Alexandra Inverno (INFARMED), Zilda Mendes (CEFAR/ANF) e Paulo Nicola (APMCG).

Efectividade da vacina antigripal: um estudo da época 2008/2009

(Continuação)

cobertura da vacina antigripal da população (COM)³. Os casos e os controlos foram seleccionados por um grupo de médicos de medicina geral e familiar⁴.

Os casos de síndrome gripal foram seleccionados de acordo com os critérios do médico participante. A cada doente foi feito um exsudado nasofaríngeo, o qual foi transportado para o laboratório de virologia do INSA, onde foi feita a detecção do vírus por *real time polymerase chain reaction* (RT-PCR). Cada caso SG e o respectivo controlo LUT responderam a um breve questionário, onde foi registado o seu estado vacinal, idade, sexo e diferentes variáveis de confundimento como a história tabágica, presença de doenças crónicas, estado funcional e estatuto sócio-económico.

As características gerais foram comparadas entre casos e controlos utilizando os testes de Qui-quadrado e Exacto de Fisher (variáveis categóricas) e o teste não paramétrico de Mann-Whitney (variáveis numéricas).

A efectividade da vacina (EV) foi calculada, em percentagem, como $EV = (1 - OR) \times 100$ onde OR corresponde a *odds ratio* de estar vacinado nos casos versus controlos.

De forma a ajustar a EV para possíveis efeitos de confundimento foram utilizados modelos de regressão logística condicional (delineamento emparelhado) e não condicional (delineamento não emparelhado), de acordo com a comparação caso-controlo. Os factores de confundimento introduzidos nos modelos foram as características que apresentaram diferenças estatisticamente significativas (ou marginalmente significativas) para $\alpha = 0.05$ entre casos e controlos.

RESULTADOS

Médicos e indivíduos participantes

Um total de 42 médicos de CG/MF aceitaram participar no estudo, dos quais 22 pertenciam à rede "Médicos-Sentinelas" e 20 tinham deixado de participar na rede. Só 9 dos médicos seleccionados enviaram

dados sobre, pelo menos, um par caso/controlo. Estes médicos pertenciam a 7 dos 18 distritos do Continente.

Foram seleccionados 42 SG dos quais 15 eram SG+ e 27 SG-, para além de 40 controlos LUT. A amostra de controlos COM consistiu em 136 indivíduos, os quais foram inquiridos telefonicamente. Estes controlos comunitários correspondem a indivíduos que declararam não ter tido gripe na época 2008/2009, tendo sido recolhida informação relativa ao seu estado vacinal.

Características dos indivíduos participantes

A idade média dos indivíduos SG+ (70 anos) foi significativamente mais baixa do que nos controlos LUT (75 anos). A percentagem de SG+ com 65-74 anos (93%) foi também significativamente mais elevada do que nos controlos referidos (46%). Foram também encontradas diferenças significativas entre os casos SG+ e os controlos referidos no que respeita à prevalência de doença pulmonar obstrutiva crónica e à percentagem de indivíduos que necessita de "ajuda para tomar banho".

Nenhuma diferença significativa foi encontrada entre casos e controlos LUT no que respeita a todas as restantes características estudadas.

Também não foram encontradas quaisquer diferenças significativas entre SG+ e SG-.

Características clínicas da síndrome gripal

Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre as características clínicas dos indivíduos SG+ e SG-, nomeadamente na frequência de ocorrência de sintomas e sinais. Contudo, o número médio de horas que decorreram entre o início dos sintomas e a colheita do esfregaço nasofaríngeo foi marginalmente significativa e mais elevado nos SG- (60,3 horas) do que nos SG+ (38,7 horas). Este resultado é suficientemente relevante para ser considerado na análise.

Quadro 1 - *Odds ratios*, brutas e ajustadas, e estimativas de efectividade ajustadas usando várias definições de caso e diferentes grupos de controlo.

CASOS (n)	CONTROLOS (n)	OR bruta (IC 95%)	OR e EFECTIVIDADE com ajustamento (regressão logística)		
			OR (IC 95%)	EV% (IC 95%)	Factores de ajustamento
SG+ (15)	SG- (27)	0,80 (0,20; 2,90)	1,03 (0,25; 4,16)	-7 (-316 ; 75)	idade, horas de início até colheita, DPOC, nº doenças crónicas
SG+ (14)	LUT (emparelhada) (14)	0,25 (0,03; 1,30)	0,11 (0,08; 1,48)	89 (-48; 92)	idade, nº doenças crónicas
SG+ (15)	LUT (40)	0,38 (0,11; 1,27)	0,18 (0,03; 0,91)	82 (9; 97)	idade, nº doenças crónicas, DPOC
SG + (15)	Comunitários (136)	0,70 (0,3; 2,10)	0,83 (0,28; 2,47)	17 (-147; 72)	idade
SG (40)	LUT (emparelhada) (40)	0,36 (0,10; 1,05)	0,46 (0,12; 1,71)	55 (-71; 88)	idade, nº doenças crónicas, "ajuda para o banho"
SG (42)	LUT (40)	0,43 (0,17; 1,06)	0,35 (0,12; 0,98)	65 (2; 88)	idade, nº doenças crónicas, DPOC, "ajuda para o banho"
SG (42)	Comunitário (136)	0,80 (0,40; 1,70)	0,86 (0,43; 1,73)	14 (-73; 57)	idade



Uma observação sobre o acesso ao Médico de Família

Maria João Branco, Eleonora Paixão

Os cuidados de saúde primários devem constituir a principal porta de acesso ao Serviço Nacional de Saúde (SNS). O médico de família representa, normalmente, o primeiro ponto de contacto com o sistema de saúde.

Em Portugal Continental, o número de médicos de Medicina Geral e Familiar por habitante já está acima da meta estipulada para 2010¹. Em 2007, o número médio anual de consultas com médicos de família por habitante foi 2,8, estando este indicador abaixo da meta de 3,1 consultas/habitante, definida para 2010¹.

O Departamento de Epidemiologia realizou um estudo com o objectivo de caracterizar o acesso da população portuguesa do Continente, com telefone fixo, ao Médico de Família, no Serviço Nacional de Saúde (SNS). O estudo, descritivo transversal, constou de um inquérito realizado por entrevista telefónica, no quarto trimestre de 2008, a um dos elementos de 18 e mais anos, residente nas unidades de alojamento (UA) que integram a amostra de famílias ECOS (Em Casa Observamos Saúde).

As variáveis colhidas contemplaram a caracterização dos inquiridos, nomeadamente, no que diz respeito: à oferta no âmbito da Medicina Geral e Familiar, à acessibilidade ao Médico de Família e satisfação de necessidades relacionadas com a prestação de Medicina Geral e Familiar.

Obtiveram-se 752 questionários válidos.

A percentagem de inscritos em Médico de Família, na totalidade de inquiridos que se identificaram como utentes do SNS, foi de 94,6 % (IC95%: 91,9%-96,4%).

Verificou-se existir uma associação estatisticamente significativa entre o facto de estar inscrito num Médico de Família e a variável «nível de instrução», traduzida por uma diminuição progressiva na percentagem de indivíduos que tem médico de família à medida que o nível de instrução dos mesmos aumenta, nomeadamente de 94,2% (IC95%: 83,9%-98,1%) nos menos escolarizados para 72,4% (IC95%: 60,7%-81,6%) nos mais diferenciados. Também os profissionalmente activos tendem a estar em menor percentagem inscritos no MF.

A maioria dos inquiridos com médico de família referiu estar inscrita no actual MF há 7 ou mais anos (66,5%, IC95%: 61,0%-71,5%) (Quadro 1).

Relativamente ao número de inscrições que desde sempre tiveram em médico de família, 41,1% (IC95%: 36,0%-46,3%) só teve um MF, constatando-se que praticamente três quartos (71,3%, IC95%: 66,3%-75,7%) estiveram inscritos no máximo em dois médicos (Quadro 2).

Estes dois indicadores apontam para uma relativa fidelização da relação Médico de Família – Utente.

Quadro 1 – Distribuição (%) dos respondentes (≥18 anos), utentes do SNS, que referiram estar inscritos num Médico de Família e por tempo de inscrição no actual MF

	n	%*	IC95%
Total de inscritos em MF	711	94,6	(91,9; 96,4)
Quantos MF tiveram	586		
< 1 ano		6,4	(4,1; 10,0)
[1-3 anos]		12,7	(9,3; 17,0)
[4-6 anos]		14,5	(11,0; 18,8)
≥ 7 anos		66,5	(61,0; 71,5)

n - número de respostas válidas; *resultado ponderado por Região e ajustado por sexo e grupo etário para a população

Quadro 2 – Distribuição (%) dos respondentes (≥18 anos) que referiram estar inscritos num Médico de Família por nº de médicos de família em que esteve inscrito desde sempre

	n	%*	IC95%
Quantos MF tiveram	661		
1		41,1	(36,0; 46,3)
2		30,2	(25,7; 35,1)
≥ 3		28,7	(24,3; 33,7)

n - número de respostas válidas; *resultado ponderado por Região e ajustado por sexo e grupo etário para a população

Outros resultados apontam para:

- A média anual de consultas, no ano da entrevista foi de 3 consultas;
- A percentagem com necessidade de consulta não programada com o seu Médico de Família, satisfeita em cinco ou menos dias, foi de 25%;
- A percentagem com necessidade de consulta de urgência com o seu Médico de Família, satisfeita no próprio dia, foi de 61%;
- A percentagem que referiu já ter sido observada no domicílio, pelo seu Médico de Família foi de 6%.

Brevemente poderá consultar o relatório com a análise mais detalhada do estudo em <http://www.insa.pt/sites/INSA/Portugues/Paginas/portallnicio.aspx>

1. Ministério da Saúde. ACS. Indicadores e metas do PNS. [documento on-line]. Disponível em: <http://www.acs.min-saude.pt/pns/pt/sistema-de-saude/> acedido em 5-02-2009.



Instituto Nacional de Saúde
Doutor Ricardo Jorge



TRAGEM: 5 200 exemplares DISTRIBUIÇÃO: gratuita
ISSN 0874-2928 DEPOSITO LEGAL: 125869/98
PRODUÇÃO GRÁFICA: roGráfica - Rio Maior

SEDE: Av. Padre Cruz 1649-016 Lisboa
TEL.: 21 752 64 04 FAX: 21 752 64 99
E-MAIL: onsa@insa.min-saude.pt

FICHA TÉCNICA: PROPRIEDADE: DEP - Departamento de Epidemiologia
RESPONSÁVEL: Maria João Branco
EQUIPA REDACTORIAL: Baltazar Nunes, Paulo Nogueira


A função "Referência" em epidemiologia

Decorreu no passado dia 29 de Setembro o "Dia do INSA", subordinado este ano ao tema "A Função Referência no INSA". Partindo da sua experiência, os seis Departamentos que constituem actualmente a área científica do Instituto descreveram as suas intervenções e iniciativas nesta área, evidenciando a riqueza de abordagens, perspectivas e experiências.

A participação do Departamento de Epidemiologia (DEP) teve como finalidade perspectivar a referência em epidemiologia para além da descrição da utilização dos métodos epidemiológicos e estatísticos nas actividades de referência, em especial na área laboratorial. Recorde-se que o DEP conta na sua história com a experiência de ter sido o Observatório Nacional de Saúde e o Centro de Epidemiologia e Bioestatística, estruturas formais e funcionais decorrentes da anterior lei orgânica do INSA.

Na sua reflexão, o DEP apresentou como exemplo de referência, o Inquérito Nacional de Saúde (INS), estudo geral sobre a saúde dos portugueses patrocinado pelo Ministério da Saúde desde a década de 1980 com a finalidade de fornecer informação útil ao planeamento em saúde e à avaliação dos programas de saúde e, mais recentemente, de algumas áreas do Plano Nacional de Saúde. A cobertura nacional que faz da população residente, a circunstância de primeiro inquérito geral de saúde realizado em Portugal, a utilização de instrumentos e metodologias recomendadas pelos principais organismos internacionais (EUROSTAT, OMS, OCDE) tornam o INS uma referência em epidemiologia, além da referência normativa reconhecida pelo Sistema Estatístico Nacional (SEN).

Na sua apresentação, o DEP incluiu outros instrumentos e projectos que ilustram o facto de que a referência não se faz apenas de aspectos normativos (comparativos) mas também de aspectos contextuais, dos quais se podem destacar a singularidade, como a que resulta da Rede de Médicos Sentinela, a inovação, espelhada em projectos como ICARO ou VDM, a cobertura nacional em áreas especializadas, como aquela dada pelo Registo Nacional de Anomalias Congénitas ou pelo Sistema de Vigilância de Acidentes Domésticos e de Lazer (ADELIA), ou a oportunidade, como a que leva à investigação no âmbito da actual pandemia de gripe.

As diferentes abordagens à função referência no INSA e em particular no DEP, terão, no entanto, que avançar para além das normas ou dos contextos, para a constituição e desenvolvimento de sistemas de coordenadas e de referências que incluam o impacto dos resultados da investigação epidemiológica, com a avaliação em tempo útil dos ganhos obtidos em saúde, em trabalho estreito com todos os organismos que em Portugal trabalham em prol da saúde dos portugueses. 

03.11.2009

Carlos Matias Dias

NESTE NÚMERO

Estimativa preliminar do impacto dos períodos de calor de 2009 na Mortalidade Portuguesa

Uma observação sobre o consumo de *Genéricos*

Uma observação sobre incapacidade temporária em Portugal. Resultados do 4º Inquérito Nacional de Saúde

ROTEIRO DOS... PROJECTOS

EUROEVA 2009: estudo da efectividade da vacina antigripal na Europa, na época 2009-2010

A gripe é uma doença respiratória aguda que, apesar de apresentar uma forma clínica ligeira na grande maioria dos casos, pode ser responsável, durante as épocas de gripe, por um aumento da morbidade e da mortalidade e consequentemente ter repercussões económicas e sociais consideráveis.

Até ao momento a medida de prevenção mais eficaz é a vacinação. No entanto o vírus influenza modifica-se de forma contínua por variações antigénicas menores designadas por *drift*, obrigando desta forma à reformulação da composição da vacina antigripal sazonal todos as épocas. Por outro lado existe um importante potencial para o surgimento, por recombinação, de novos vírus influenza, alguns deles com capacidade pandémica, como é o caso do novo vírus A(H1N1)v responsável pela actual pandemia H1N1 2009.

Neste contexto o estudo da efectividade das vacinas antigripais durante e após a época de gripe reveste-se da maior importância.

Desde 2008 o Instituto Nacional de Saúde Dr Ricardo Jorge, I.P. (INSA) participa através dos Departamentos de Epidemiologia e de Doenças Infecciosas no projecto europeu "Monitoring influenza vaccine effectiveness during influenza seasons and pandemics in the European Union" (I-MOVE), financiado pelo European Centre for Prevention and Disease Control (ECDC) e cujo consórcio é gerido pela empresa EPICONCEPT.

Em 2008-2009 o principal objectivo do estudo foi testar a adequação de um delineamento caso-controlo para estudar a efectividade da vacina nos indivíduos com 65 ou mais anos¹. Envolveu para além de Portugal, Espanha, Dinamarca, Hungria e Roménia.

Durante a época 2009-2010, dado o actual contexto pandémico, acrescentou-se um novo objectivo: estimar a efectividade da vacina pandémica na população geral (todos os grupos etários). Portugal participará mais uma vez neste projecto com a Espanha, França, Irlanda, Itália, Roménia e Hungria.

Em Portugal o delineamento geral do estudo, que segue o protocolo ECDC/I-MOVE, caracteriza-se pelo recrutamento de casos de síndrome gripal por médicos de Medicina Geral e Familiar (MGF), que após confirmação laboratorial da infecção pelo vírus da gripe, serão incluídos no grupo de "casos", quando não for confirmada a presença do vírus da gripe farão parte do grupo "controlo". Como no ano passado, os médicos de MGF participantes serão recrutados de entre os participantes da rede "Médicos-Sentinela".


O trabalho de campo do estudo da efectividade da vacina sazonal vai iniciar-se a 15 de Novembro de 2009 e o do estudo da efectividade da vacina pandémica começará no início de 2010.

O relatório com os resultados finais do estudo será entregue ao ECDC em Junho de 2010.

Contacto: Baltazar Nunes.

E-mail: baltazar.nunes@insa.min-saude.pt

Referências:

1 – Marinho Falcão J, Nunes B, Rebelo de Andrade H, Barreto M, Gonçalves P, Santos L e Batista I. Efectividade da vacina antigripal: um estudo piloto na época 2008/2009. *Observações* (2009): 43. 

Estimativa preliminar do impacto dos períodos de calor de 2009 na Mortalidade Portuguesa

Paulo Jorge Nogueira, Eleonora Paixão

Terminado o 11º ano consecutivo de Vigilância ÍCARO e tendo em pleno funcionamento o sistema de vigilância diária da mortalidade (VDM) (Figura 1), é possível apreciar de forma rápida a qualidade da informação ÍCARO gerada neste ano, nomeadamente, avaliar o impacto dos períodos de calor observados entre Abril e Outubro na mortalidade Portuguesa. Foram usados: dados diários do sistema de vigilância diária da mortalidade (VDM) do INSA/IRN, relativos ao Continente; dados das temperaturas máximas do ar diárias por Distrito; Índices-ÍCARO (Nacionais e Regionais) calculados diariamente pelo Sistema de Vigilância ÍCARO

Começou-se por definir os períodos de ocorrência de calor (Tabela 1). Estes períodos foram definidos como períodos com mais de um dia com Índices-ÍCARO positivos, ou dias com um distrito com temperatura máxima igual ou superior a 36°C ou pelo menos dois distritos com temperatura máxima igual ou superior a 35°C, incluído mais um dia posterior para contemplar efeito de desfasamento do eventual impacto.

Para os períodos de calor identificados de acordo com os critérios acima definidos estimou-se o excesso de mortalidade a eles associados.

Para este cálculo optou-se pela comparação da mortalidade observada nos períodos definidos de 2009 com os períodos homólogos de 2007 e 2008.

O período mais relevante foi aquele identificado como período 7 que correspondeu a calor ocorrido em grande parte do mês de Agosto e cujo excesso de mortalidade é aqui estimado em cerca de 450 óbitos (Tabela 1).

Tabela 1. Períodos de calor, respectiva mortalidade nos anos 2007 a 2009, estimativas de excesso de mortalidade e excesso previsto pelo Índice-ÍCARO Nacional

Período	Períodos de calor		Mortalidade Observada			Estimativa			Excesso Esperado pelo Índice-ÍCARO nacional ¹	
	Início	Fim	2009	2008	2007	Excesso óbitos (acss%)	razão O/E	p		
P1	25/5	4/6	2776	2629	2658	132,5 (110,156)	1,05	0,005	53,5	
P2	11/6	24/6	3517	3529	3145	180 (154,207)	1,05	0,001	230,4	
P3**	8/7	13/7	1371	1358	1518	—	—	0,95	0,961	0
P4***	16/7	22/7	1212	1288	1105	107 (87,128)	1,10	0,001	28,5	
P5****	25/7	31/7	1591	1656	1777	—	0,96	0,945	0,8	
P6**/*****	3/8	5/8	735	813	740	—	0,99	0,573	0	
P7*****	9/8	25/8	4361	3943	3878	450,5 (409,493)	1,12	0,000	317	
P8*****	27/8	2/9	1679	1706	1653	—	1,00	0,505	93,6	
P9*****	5/9	12/9	1808	1802	1925	99 (77,116)	1,05	0,012	57,4	

¹ - O Índice ÍCARO nacional resulta da média ponderada dos quatro modelos ÍCARO Regionais, a ponderação é feita pela estimativa populacional residente em cada região. O número apresentado é cumulativo dos Índices-ÍCARO no período.

** - Períodos definidos a partir de Índices ÍCARO positivos relativos à região sul e modelos que definem risco para a população com 65 ou mais anos.

*** - Neste período no ano de 2008 foram observados Índices ÍCARO nacionais positivos. Para o cálculo do número esperado de óbitos foi apenas considerado o ano de 2007.

**** - Neste período no ano de 2007 foram observados Índices ÍCARO nacionais positivos. Para o cálculo do número esperado de óbitos foi apenas considerado o ano de 2008.

***** - Neste período nos anos de 2007 e 2008 foram observados Índices ÍCARO nacionais positivos. Apesar disso, para o cálculo do número esperado de óbitos foi considerada a média de óbitos observados nos mesmos períodos de 2007 e 2008.

***** - Neste período, nos seus três primeiros dias e no último, no ano de 2007 foram observados Índices ÍCARO nacionais positivos. Para o cálculo do número esperado de óbitos foi apenas considerado o ano de 2008.

De uma forma geral as estimativas de excesso de mortalidade associado ao calor nos períodos identificados foram mais elevadas do que o potencial excesso de mortalidade apontado pelo Índice-ÍCARO nacional. É no entanto de referir a elevada correlação entre as estimativas obtidas a partir do Índice-ÍCARO nacional e as aqui obtidas da mortalidade observada ($R=0.884$, $p=0,002$, $n=9$).

As estimativas dos períodos P6, P7 e P8 estão potencialmente subestimadas em virtude de nos períodos homólogos de 2007 e 2008 terem ocorrido eventos semelhantes ainda que de forma parcelar. O caminho seguinte é usar uma metodologia que de forma robusta construa linhas de base para a mortalidade (como a apresentada na Figura 1) e calcular a partir daí os respectivos valores de excesso de mortalidade.

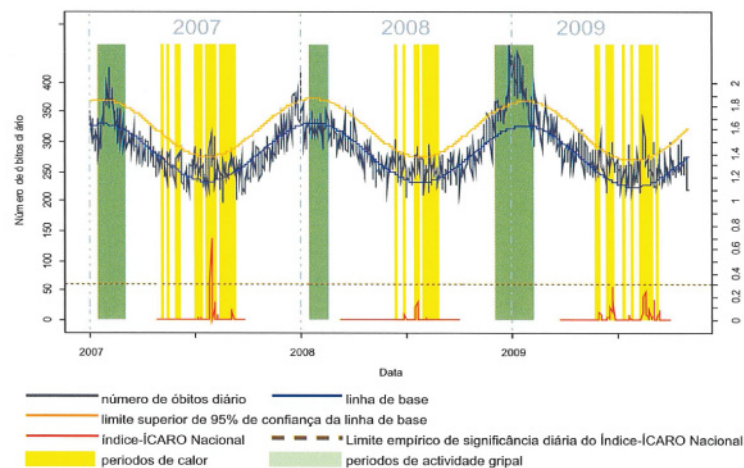


Figura 1 - Evolução da mortalidade diária, linha de base e respectivo limite superior de 95% de confiança, períodos de calor, períodos de actividade gripal e índice ÍCARO nacional (2007-2009).

Uma observação sobre o consumo de *Genéricos*

Maria João Branco, Baltazar Nunes

No âmbito do Serviço Nacional de Saúde (SNS) os medicamentos genéricos constituem um meio de controlar o componente com peso importante na despesa: os medicamentos.

Um medicamento genérico (MG) é um medicamento com a mesma substância activa, forma farmacêutica, dosagem e indicação terapêutica que o medicamento original, de marca, que serviu de referência. Apresentam a mesma qualidade do medicamento de referência e têm um preço inferior ao do medicamento original. Deverão ser identificados no mercado pela Denominação Comum Internacional (DCI) das substâncias activas, seguida de nome titular da Autorização de Introdução no Mercado (AIM), da dosagem e forma terapêutica e, finalmente, da sigla "MG".

O presente estudo de base populacional foi realizado com o intuito de avaliar, se no actual contexto económico a população referia constricções de índole económica no acesso aos medicamentos e caracterizar o consumo de *Genéricos*.

O estudo constou de um inquérito realizado por entrevista telefónica, no quarto trimestre de 2008, a um dos elementos de 18 e mais anos, residente nas unidades de alojamento que integram a amostra de famílias ECOS (Em Casa Observamos Saúde).

As variáveis colhidas contemplaram a caracterização dos inquiridos, nomeadamente, no que diz respeito a:

Acesso aos medicamentos: inibição de compra de medicamentos prescritos por limitações económicas, sensibilidade do prestador de saúde;

Genéricos e conhecimento: conhecimento, fonte de informação, o que é o Sistema de Preços de Referência;

Genéricos e atitude: procura activa pelo utente; nível de poupança inerente a uma atitude de procura de *genérico*;

Genéricos e prática: experiência de medicação passada e actual com genéricos, percepção de poupança, actuação dos prestadores de saúde.

Obtiveram-se 752 questionários válidos.

Dos resultados relevamos as seguintes estimativas:

A maioria dos respondentes 91,6% referiu que, em 2008, não deixou de comprar medicamentos prescritos, por razões económicas. Apenas 8,4% (IC_{95%}: 6,3%-11,2%), correspondendo a 95 indivíduos, revelou tal dificuldade. A distribuição por Região revelou-se homogénea ($p=0,499$) (Quadro 1).

Quadro 1 - Percentagem dos respondentes (≥ 18 anos) que referiram não ter comprado medicamentos prescritos, por dificuldades económicas, em 2008, total e por Região

	n	%	I.C95%	p
Total*	731	8,4	(6,3; 11,2)	
Região[#]				0,499
Norte	134	6,2	(3,4; 11,1)	
Centro	158	9,0	(5,4; 14,8)	
Lisboa e Vale do Tejo	150	9,4	(5,5; 15,5)	
Alentejo	140	12,1	(7,8; 18,3)	
Algarve	149	10,6	(7,0; 15,9)	

n - número de registos válidos; p - refere-se à comparação da proporção entre as classes da variável - teste de χ^2 de Pearson com correcção de Rao-Scott; *resultado ponderado por Região e ajustado por sexo e grupo etário para a população do Continente, com 18 e mais anos; # resultado ajustado por sexo e grupo etário para a população do Continente, com 18 e mais anos

Apenas uma percentagem de 7,5% (IC_{95%}: 5,2%-10,5%), correspondendo a 61 inquiridos, referiu ter sido alguma vez questionada pelo médico no acto da prescrição, sobre eventuais dificuldades na aquisição de medicamentos relacionadas com o custo do mesmo. Esta prática revelou-se mais prevalente na Região Norte, mas é na Região Centro que sobressai a menor percentagem (Quadro II).

Quadro II - Percentagem de respondentes (≥ 18 anos) questionados alguma vez pelo médico no acto da prescrição sobre eventuais dificuldades na aquisição de medicamentos, relacionadas com o custo

	n	%	I.C95%	p
Total*	747	7,5	(5,2; 10,5)	
Região[#]				0,022
Norte	138	11,1	(6,1; 19,4)	
Centro	164	2,1	(0,9; 4,7)	
Lisboa e Vale do Tejo	151	7,7	(4,5; 12,9)	
Alentejo	144	9,3	(4,8; 17,0)	
Algarve	150	7,3	(3,5; 14,5)	

* e # ver legenda de Quadro 1

A grande maioria dos respondentes declarou saber o que é um *genérico* (95,0%, IC_{95%}: 92,0%-96,9%).

Por iniciativa própria, 29,3% (IC_{95%}: 24,8%-34,4%) e 32,0% (IC_{95%}: 27,3%-37,2%) já tinha perguntado alguma vez, respectivamente, ao médico e ao farmacêutico se haveria um genérico para o medicamento de marca prescrito.

Na sua maioria (78,0%, IC_{95%}: 73,3%-82,1%), os respondentes já tinham feito medicação com um medicamento genérico.

Não será demais frisar que estes dados não devem ser inferidos acriticamente para a população do Continente.

Apesar das limitações metodológicas os resultados obtidos podem constituir valores de referência, quicá úteis, na fundamentação de programas de intervenção.

Brevemente poderá consultar o relatório do estudo em: <http://www.insa.pt/sites/INSA/Portugues/Paginas/portallInicio.aspx>

Uma observação sobre incapacidade temporária em Portugal.
 Resultados do 4º Inquérito Nacional de Saúde *
 Carlos Matias Dias, Eleonora Paixão

A Convenção das Nações Unidas para os direitos das pessoas com incapacidades reconhece que a incapacidade resulta da combinação de deficiências de diversos tipos e de barreiras relacionadas com atitudes ou ambientes que “impedem a participação eficaz do indivíduo na sociedade numa base igual”. Este documento indica a necessidade de incluir nas preocupações dos países a incapacidade de curta duração, entendida como o conjunto de situações que se traduzem na dificuldade que a pessoa tem para temporariamente levar a cabo as tarefas que normalmente é capaz de executar, seja na sua vida privada, profissional, ou escolar^{1,2}.

A incapacidade de curta duração é uma das áreas abrangidas pelo Inquérito Nacional de Saúde (INS) realizado em 2005/2006. O conjunto de variáveis incluídas nesta área de inquirição permitem estudar a incapacidade referida pelas pessoas residentes em Portugal, ocorrida nas duas semanas anteriores à entrevista e, complementarmente, conhecer os motivos que a terão desencadeado, bem como o tipo de atitude assumida pela pessoa entrevistada, com vista à resolução do problema.

Os resultados apresentados referem-se a estimativas populacionais, utilizando ponderadores calculados com base na população média de 2005, sendo o total populacional $\hat{N} = 10439457$.

Cerca de um em cada dez homens ou mulheres residentes em Portugal referiram pelo menos um dia de incapacidade temporária com reflexo nas actividades habituais por motivos de saúde nas duas semanas anteriores à entrevista.

Este valor foi significativamente mais elevado nas mulheres (homens=10,8% - IC 95%: 9,8%-11,9%; mulheres=13,5% - IC95%: 12,4% -14,6%) e nas pessoas com 65 anos ou mais (homens=17,0%-IC 95%: 14,6%-19,7%; mulheres=20,2% - IC95%: 17,8%-22,4%), embora sem diferença estatisticamente significativa entre os sexos (Figura 1).

O grupo entre os 45 e os 64 anos foi o que revelou os valores seguintes mais elevados, embora também sem diferença estatisticamente significativa entre os sexos (homens=11,9% IC95%: 10,2%-13,8%; mulheres=16,6% - IC95%: 14,5%-18,8%) (Figura 1).

Referências:

1. ONU – Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência. Disponível em: <URL: <http://www.un.org/disabilities/>> (acedido em 12-11-2009).
2. Laaksonen ML, Kääriä S, Leino-Arjas P, Lahelma E. Sickness absence as a measure of health functioning. European Journal of Public Health 2009.

* Este artigo insere-se no projecto “Utilização de Cuidados de Saúde pela População Portuguesa”, financiado pela Fundação Merck Sharp e Dohme

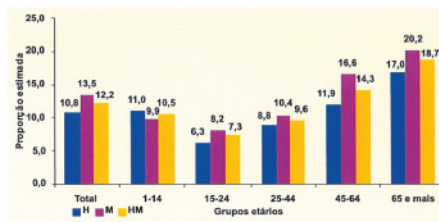


Figura 1 - Distribuição percentual (%) da população residente de 1 e mais anos de idade com 1 ou mais dias de incapacidade temporária para actividades do dia-a-dia devida à ocorrência de qualquer situação relacionada com a saúde, nas duas semanas anteriores à entrevista por sexo, grupo etário em Portugal.

Entre os inquiridos, activos ou estudantes, com incapacidade temporária declarada, cerca de 63% (IC95%: 58,1%-67,5%) referiram 1 ou mais dias de absentismo (Figura 2). Verificou-se que em todos os grupos etários a frequência de absentismo foi mais elevada nos homens.

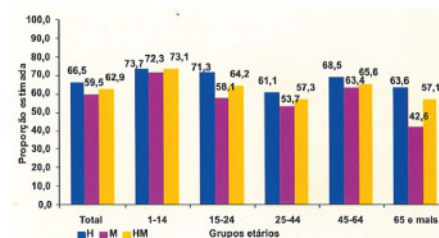


Figura 2 - Distribuição percentual (%) da população residente de 1 e mais anos que referiu ter tido 1 ou mais dias em que faltou ao trabalho ou à escola nas duas semanas anteriores à entrevista por sexo, grupo etário em Portugal.

A maioria dos respondentes invocou uma doença ou “mal-estar”, durante as duas semanas anteriores ao inquérito (97,1% - IC95%: 96,4%-97,7%). Note-se que uma proporção apreciável de inquiridos que se sentiu mal, ou esteve adoentada, não alterou as actividades diárias habituais (18,2% - IC95%: 16,8%-19,7%).



TIRAGEM: 5 200 exemplares
 DISTRIBUIÇÃO: gratuita
 DEPOSITO LEGAL: 125868/98
 ISSN 0874 - 2928
 PRODUÇÃO GRAFICA: noGráfica - Rio Maior

SEDE: Av. Padre Cruz 1649-016 Lisboa
 TEL: 21 752 64 04 FAX: 21 752 64 99
 E-MAIL: insa@insa.min-saude.pt

FICHA TÉCNICA: PROPRIEDADE: DEP - Departamento de Epidemiologia
 RESPONSÁVEL: Maria João Branco
 EQUIPA REDACTORIAL: Baltazar Nunes, Paulo Nogueira

