

saúde em números

ABRIL 96

VOLUME 11 N.º 2

SUMÁRIO

- 9 O SARAMPO QUE AINDA TEMOS
14 HEPATITE A – SURTO NA FREGUESIA DA AJUDA – 1996
16 DOENÇAS DE DECLARAÇÃO OBRIGATÓRIA

O SARAMPO QUE AINDA TEMOS

*Graça Lima**

INTRODUÇÃO

O Sarampo é uma doença exantemática provocada por um vírus RNA, que atinge sobretudo os indivíduos mais jovens. A doença é altamente contagiosa, processando-se o contágio de pessoa a pessoa geralmente através de gotículas infecciosas (tosse, espirro), gerando frequentemente surtos epidémicos⁽¹⁾.

A ocorrência de surtos parece processar-se com uma periodicidade de 2 a 5 anos⁽²⁾ e de facto, embora a declaração obrigatória da doença em Portugal, se tenha verificado apenas a partir de 1987, foi possível registar um aumento do número de casos em 1984-85, um surto importante em 1988-89, não só pelo número de casos notificados como pela morbimortalidade registada⁽³⁾ e novo aumento do número de casos em 1993-94.

É uma das doenças evitáveis pela vacinação, estando a vacina anti-sarampo incluída no Plano Nacional de Vacinações (PNV) desde 1974, quer

através da inoculação da VAS -vacina anti sarampo-, quer através da VASPR -vacina anti sarampo, parotidite e rubéola-.

A introdução da VAS teve, em países desenvolvidos, um efeito marcado na epidemiologia da doença, fazendo deslocar o pico de maior incidência das idades mais jovens para as idades mais avançadas⁽²⁾.

Em Portugal, o efeito da vacina anti-sarampo na ocorrência da doença foi difícil de medir porquanto, como se disse, só em 1987, o sarampo se torna numa doença de declaração obrigatória.

Entre 1983 e 1988, a taxa de cobertura vacinal anti-sarampo (no 2º ano de vida) aumentou de 47.2% para 84.3%⁽³⁾, mas tal facto não impediu no entanto, que em 1989 se verificasse um dos maiores surtos até então registados, o que parece estar em consonância com o facto de ser necessária uma taxa de cobertura vacinal supe-

(*) Médica de Clínica Geral da Direcção-Geral da Saúde

(¹) Em 1974 estava preconizada no PNV uma única inoculação de VAS aos 12 meses de idade; em 1987 foi introduzida a VASPR aos 15 meses de idade, reservando-se a VAS para a vacinação, antes dessa idade, em casos de epidemia; em 1989 foi introduzido o reforço vacinal com a VASPR aos 11-13 anos de idade.

rior a 90-95%, para que se atinja a imunidade de grupo, definida como a *resistência de um grupo populacional em adquirir a doença, para a qual, uma grande proporção dos seus membros estão imunes, reduzindo assim a probabilidade de contacto entre doentes e susceptíveis*⁽²⁾.

Em 1989 e por provável consequência do surto ocorrido, a taxa de cobertura vacinal anti-sarampo subiu para 95,6% e a sua evolução desde então pode ser observada no quadro I.

Quadro I - Taxa de cobertura vacinal (%) anti-sarampo no 2º ano de vida, por ano em Portugal.

	Anos					
	1989	1990	1991	1992	1993*	1994**
%	95,6	84,6	96,4	98,9	95,1	91,4

* Excluído o concelho de Santarém.

Fonte: DGS-DEB

** Excluídos o distrito de Santarém e três concelhos do distrito de Braga.

Embora as taxas de cobertura registadas, pudessem levar a pensar estar-se perante uma possível imunidade de grupo, verificou-se de novo em Portugal, em finais de 1993 e 1994, um aumento do número de casos notificados de sarampo, ainda que muito menor que o registado 5 anos antes.

Neste trabalho, procura-se caracterizar este pequeno surto, do ponto de vista da sua distribuição temporal, espacial (distrital), por grupos etários da população e ainda, segundo as taxas de cobertura vacinal. Pretende-se assim, identificar variações de alguma importância que permitam indiciar possíveis causas.

METODOLOGIA

As fontes de informação utilizadas, foram as bases de dados referentes às Doenças de Declaração Obrigatória (DDO), de 1989 a 1994 e os Registos de Vacinação referentes aos anos de 1988 a 1994. A população utilizada para os denominadores, foi a constante das Estatísticas Demográficas referentes aos mesmos anos, do Instituto Nacional de Estatística (INE).

Definiu-se **caso de sarampo**, todo o caso notificado como sarampo, pelo sistema das DDO e calcularam-se as **taxas de incidência de sarampo (1)** e as **taxas de cobertura vacinal (2)**, segundo as fórmulas habituais:

$$(1) \frac{\text{N.º de casos de sarampo}}{\text{População em risco}} \times 100\,000$$

$$(2) \frac{\text{N.º de inocul. de VAS ou VASPR no 2.º ano de vida}}{\text{Nados vivos - Óbitos em < 1 ano do ano anterior}} \times 100$$

Calcularam-se as taxas de incidência (notificada) de sarampo por **grupo etário** e **distrito** (1988 a 1994) e as taxas de cobertura vacinal anti-sarampo no 2º ano de vida, em cada distrito (1988 a 1994).

Compararam-se as taxas de incidência de sarampo, por grupo etário de 1988 a 1994 e por distrito nos anos de 1989 e 1994.

RESULTADOS

O sarampo em 1994

Em 1994 registaram-se em Portugal (Continente e Região Autónoma da Madeira*), 3214 casos de sarampo, 1489 (46,3%) no sexo feminino e 1725 (53,7%) no sexo masculino.

A média de idades, nos 3117 casos com idades conhecidas, foi de 8,4 anos, sendo a mediana de 5,0 anos e a moda de 1.

A taxa de incidência foi de 33,3/10⁵ e os seus valores segundo os grupos etários encontra-se no quadro II.

Quadro II - Taxa de incidência de sarampo (/10⁵), segundo os grupos etários, em 1994

Grupos etários*					
<1	1-4	5-9	10-14	>=15	TOTAL
557,1	215,8	50,1	70,4	10,7	33,3

*Excluídos os casos de idade desconhecida

O distrito mais atingido foi o de Castelo Branco, registando uma taxa de incidência de 159,0/10⁵, seguido do de Portalegre com 71,3/10⁵, enquanto que o menos atingido foi o de Faro onde se verificou uma taxa de incidência de 5,8/10⁵.

O sarampo ao longo do tempo

No intervalo entre 1987 e 1994, registaram-se dois períodos em que as taxas de incidência de sarampo aumentaram consideravelmente em relação aos anos anteriores: 1988/1989 e 1993/1994 (Figura 1).

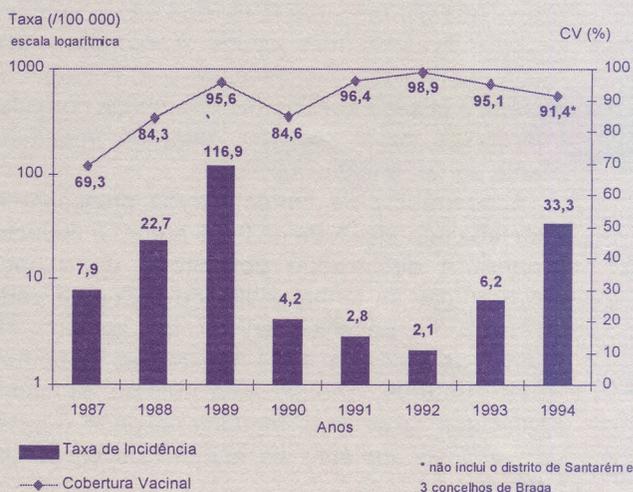


Figura 1 - Taxa de incidência de sarampo e cobertura vacinal anti-sarampo, nos anos de 1987-1994

(*) A DGS centraliza apenas as notificações do Continente, mas por acordo, recebe também informação da RA da Madeira.

No entanto, enquanto em 1989 a taxa atingiu os 116,9/10⁵, em 1994 o seu valor situou-se nos 33,3/10⁵. A esta diferença não terá sido alheia a taxa de cobertura vacinal anti-sarampo, que evoluiu de 69,3% em 1987 para 91,4% em 1994 (Figura 1).

Analisando separadamente os grupos etários, verifica-se que em cada ano e com poucas exceções, a taxa de incidência cresce na razão inversa da idade, isto é, a taxa de incidência é sempre mais elevada no grupo <1 ano e menor no grupo ≥15 anos (Figura 2).

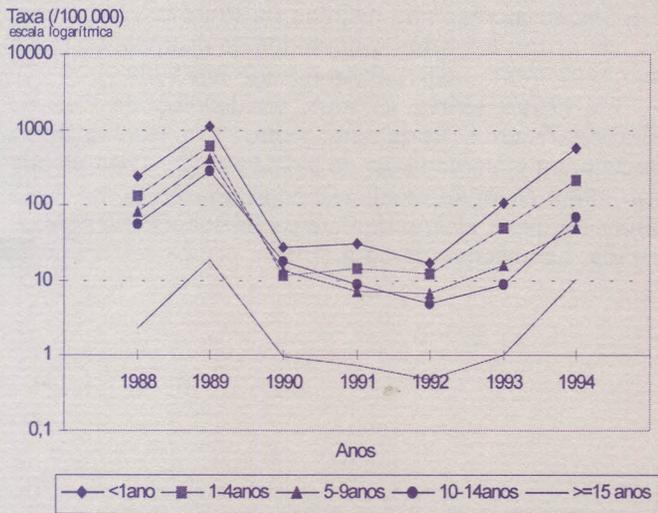


Figura 2 - Taxa de incidência de sarampo segundo grupos etários, por anos 1988-1994

Comparando os anos de 1989 e 1994 (Quadro III), verifica-se que a menor diferença entre as taxas de incidência observadas nesses dois anos, se registou no grupo etário ≥15 anos (-43%). No grupo <1 ano, essa diferença foi de -50% enquanto que no grupo 5-9 anos a diferença entre as taxas de 1989 e 1994 foi de -88%.

Quadro III - Taxas de incidência (/10⁵) de sarampo, segundo grupos etários, em 1989 e 1994

	1989	1994	Δ 89-94(%)
<1	1113,4	557,1	-50,0
1-4	610,2	215,8	-64,6
5-9	422,9	50,1	-88,2
10-14	287,3	70,4	-75,5
≥15	18,6	10,7	-42,5
TOTAL	116,9	33,3	-71,5

Na figura 3 pode-se observar a evolução da taxa de incidência de sarampo no grupo etário <1 ano, bem como a taxa de cobertura vacinal ao 1º ano de vida. Esta

é sempre muito baixa, uma vez que apenas está prevista a vacinação antes dos 12 meses de idade, em caso de surto.

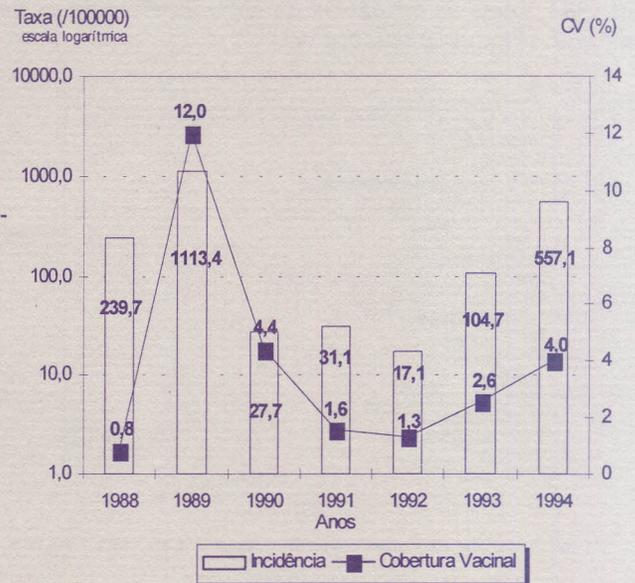


Figura 3 - Taxa de incidência de sarampo e cobertura vacinal anti-sarampo no 1º ano de vida, 1988-1994

Como se pode observar na figura 4, comparando os anos de 1988 e 1994, houve um desvio dos casos notificados de sarampo a favor do grupo etário ≥15 anos (8,1% em 1988 e 26,4% em 1994) e também do grupo <1 ano, diminuindo a proporção de casos nos grupos 10-14 anos e sobretudo no grupo 5-9 anos (26,4% em 1988 e 8,4% em 1994). O grupo 1-4 anos manteve sensivelmente a mesma proporção nesses dois anos.

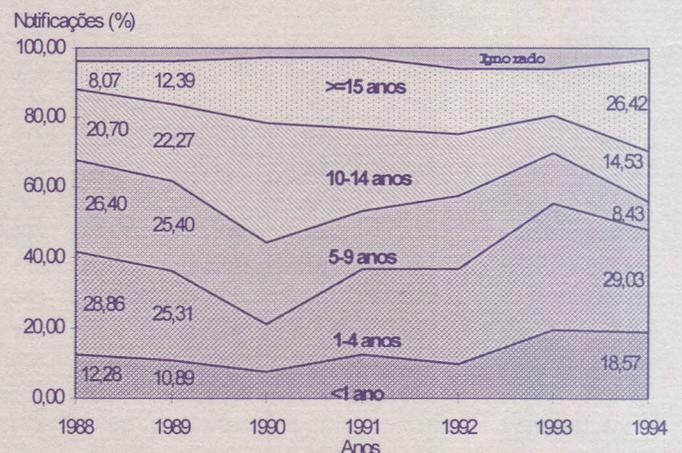
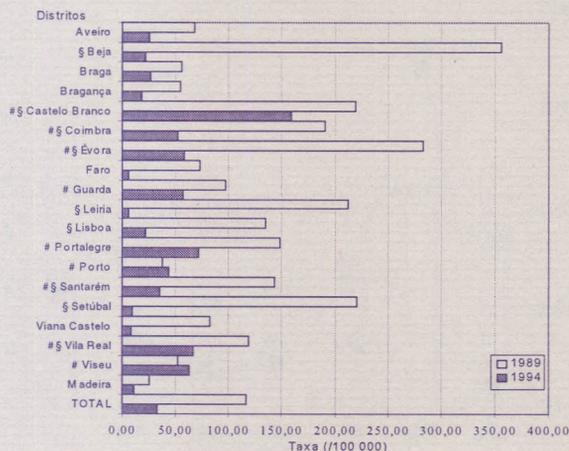


Figura 4 - Distribuição relativa dos casos de sarampo segundo os grupos etários, por ano, 1988-1994

O sarampo por regiões

Considerando os surtos de 1989 e 1994, verificou-se que apenas nos distritos de Porto e Viseu se registaram, em 1994, taxas de incidência de sarampo superiores às de 1989. (Figura 5, Quadro IV)



Distritos com taxa de incidência superior à nacional: § em 1989; # em 1994

Figura 5 - Taxas de incidência de sarampo (/10⁵), por distritos e RA, em 1989 e 1994

Em 1989 a maior taxa de incidência verificou-se no distrito de Beja (355,7/10⁵) enquanto que em 1994 foi o distrito de Castelo Branco o mais atingido, tendo já em 1989 registado a 5^a maior taxa de incidência (220,1/10⁵) (Figura 5 e Quadro IV). A maior incidência de sarampo em Castelo Branco, em 1994, foi constante em todos os grupos etários.

No grupo etário dos 1-4 anos, apenas o distrito da Guarda registou taxa de incidência mais elevada em 1994 do que em 1989 e no grupo 10-14 anos, tal aconteceu apenas nos distritos de Porto e Viseu.

No grupo 5-9 anos e em todos os distritos, as taxas em 1994 foram mais baixas do que em 1989.

No grupo etário <1 ano, os distritos de Castelo Branco, Guarda, Portalegre, Porto, Vila Real e Viseu registaram maiores taxas de incidência em 1994 do que em 1989, situação idêntica à registada no grupo ≥15 anos em que o distrito da Guarda foi substituído pelo de Braga, acrescentando-se a RAM.

Quadro IV - Taxas de incidência (/10⁵) de sarampo segundo grupos etários, por distritos e RA Madeira, em 1989 e 1994

Distritos	Grupos etários											
	< 1 ano		1-4 anos		5-9 anos		10-14 anos		≥15 anos		Total	
	1989	1994	1989	1994	1989	1994	1989	1994	1989	1994	1989	1994
Aveiro	747,0	526,0	303,0	171,0	209,6	34,6	193,3	28,8	9,6	9,0	67,8	26,0
Beja	2400,0	579,7	1162,2	212,1	1290,3	24,4	1211,4	9,7	130,3	8,7	355,7	22,0
Braga	580,1	421,0	284,8	139,4	157,4	50,1	99,9	37,8	6,8	7,4	56,1	26,2
Bragança	324,3	157,5	236,0	53,7	145,8	12,7	227,0	56,7	12,9	12,5	54,5	18,3
Castelo Branco	1761,9	1896,6	1535,9	1010,1	856,0	214,6	719,7	542,0	34,7	76,4	220,1	159,0
Coimbra	1347,8	1045,0	594,9	395,8	899,0	66,4	714,3	92,3	27,0	21,4	191,0	52,7
Évora	1529,4	337,8	859,1	233,5	1376,7	104,8	1125,5	131,4	70,8	38,9	282,9	57,8
Faro	512,8	106,4	355,1	33,6	312,2	22,5	229,0	9,3	14,1	1,8	72,4	5,8
Guarda	850,0	983,6	422,9	448,4	297,2	136,3	365,7	140,7	22,4	20,1	96,9	57,7
Leiria	1632,7	288,9	862,7	32,2	708,0	8,5	206,8	0,0	68,4	1,7	213,1	6,3
Lisboa	2141,9	687,5	1193,5	259,0	531,6	18,1	235,4	15,3	8,6	2,0	134,6	21,8
Portalegre	692,3	724,0	566,4	408,6	835,4	158,4	715,9	220,6	26,8	35,2	148,3	71,3
Porto	576,5	680,7	262,2	249,6	94,0	64,5	51,2	94,8	2,7	14,8	37,3	44,3
Santarém	1011,8	198,0	599,5	234,3	574,4	80,9	568,4	115,4	32,6	16,2	143,9	35,5
Setúbal	1949,4	129,7	1228,8	85,6	903,7	37,1	620,5	25,1	32,5	1,8	220,8	10,1
Viana Castelo	666,7	40,8	169,2	29,0	254,5	7,0	402,7	0,0	17,7	7,4	82,8	8,0
Vila Real	400,0	663,7	458,7	429,2	496,1	118,6	421,5	213,9	21,2	23,8	118,6	67,1
Viseu	380,0	1021,4	205,8	177,3	192,0	62,7	140,3	190,8	10,8	32,5	52,1	63,4
RAMadeira	216,2	118,5	120,6	58,9	61,2	26,8	91,7	18,7	1,9	4,0	25,9	11,3
TOTAL	1113,4	557,1	610,2	215,8	422,9	50,1	287,3	70,4	18,6	11,9	116,9	33,3

Taxa de cobertura vacinal

De 1987 para 1989 a taxa de cobertura vacinal anti-sarampo, apresentou um aumento notório, diminuindo em 1990 para valores idênticos aos de 1988 (Quadro V, Figura 1). Em 1991, o valor da taxa de cobertura vacinal voltou a subir, aumentando ainda em 1992 quando atingiu o seu valor máximo, apresentando desde então uma aparente tendência para decrescer.

Quadro V - Taxa de cobertura vacinal anti-sarampo (%) no 2.º ano de vida, por distrito e RA, por ano

Distritos	Anos							
	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994
AV	76,8	92,2	95,7	95,6	*100,0	*100,0	*100,0	86,1
BE	75,7	86,0	100,0	73,7	*100,0	96,0	98,7	78,9
BR	46,9	72,8	86,3	83,4	78,1	86,5	58,7	***45,7
BG	74,2	74,3	*100,0	77,4	94,8	90,4	86,8	91,1
CB	68,8	83,8	97,7	94,1	88,8	97,9	*100,0	92,6
CO	68,6	78,5	97,3	75,7	83,7	93,2	90,2	94,3
EV	78,5	92,6	*100,0	82,2	91,6	93,7	*100,0	*100,0
FA	68,1	89,5	*100,0	83,9	*100,0	97,1	95,4	95,5
GU	77,4	80,0	98,5	80,8	93,9	93,5	95,9	*100,0
LE	75,4	89,2	94,8	93,8	*100,0	*100,0	99,1	*100,0
LI	62,0	87,1	86,0	86,5	95,5	*100,0	93,8	79,0
PG	63,4	89,7	92,6	79,3	*100,0	*100,0	*100,0	*100,0
PO	70,3	72,7	*100,0	83,6	93,7	*100,0	*100,0	*100,0
SA	83,7	93,7	*100,0	89,0	96,8	97,8	**76,0	x
SE	73,1	90,7	*100,0	81,3	92,3	96,4	97,5	97,7
VC	96,6	100,0	*100,0	92,1	96,3	96,7	*100,0	*100,0
VR	73,3	92,7	*100,0	84,9	96,1	93,4	92,6	*100,0
VS	68,6	85,9	98,8	70,7	89,3	92,6	93,7	91,2
RAM	88,0	78,5	*100,0	82,5	83,6	95,6	93,4	84,8
TOTAL	69,3	83,2	95,6	84,6	96,4	98,9	95,1	91,4
	crianças com 5-9 anos em 1994				crianças com 1-4 anos em 1994			

* taxas de cobertura vacinal superiores a 100,0%, quer por sobreavaliação do nº de inoculações, quer por subavaliação da população.

** não inclui o concelho de Santarém. *** não inclui três concelhos de Braga

x dados não disponíveis.

Fonte: DGS-DEB

Analisando as taxas de cobertura vacinal por regiões, verifica-se que o distrito de Viana do Castelo manteve, desde 1987, taxas persistentemente elevadas, enquanto que o distrito de Braga as manteve constantemente abaixo dos 90%.

DISCUSSÃO e CONCLUSÕES

Dos dados apresentados, é de facto de realçar a repetição do pico, cinco anos após 1989, como é típico da doença, podendo-se admitir que a diferença entre os valores das taxas de incidência de 1989 e 1994, se possa dever à protecção resultante do aumento da taxa de cobertura vacinal anti-sarampo.

A menor diferença entre as taxas de incidência dos dois anos referidos, verificou-se no grupo etário ≥ 15 anos, logo seguido do grupo < 1 ano, precisamente os dois grupos menos vacinados.

No entanto, no grupo < 1 ano, a taxa de incidência de sarampo em 1994, foi cerca de metade da verificada no

ano de 1989, explicando-se este facto, pela redução da probabilidade de contacto entre doentes e crianças susceptíveis.

Apesar de ao longo do tempo, as taxas de incidência no grupo ≥ 15 anos serem sempre as mais baixas e as do grupo < 1 ano serem sempre as mais altas, verifica-se, de 1988 para 1994, um aumento da proporção de casos nestes dois grupos etários, mais acentuado no 1º grupo, fruto da diminuição de casos nos grupos mais vacinados (5-9 anos).

O desvio a favor dos ≥ 15 anos, acaba por ser benéfico, na medida em que a doença é geralmente menos grave neste grupo etário⁽²⁾, o mesmo não se podendo dizer em relação ao grupo < 1 ano.

Embora esteja preconizada a vacinação (VAS) de crianças antes dos 12 meses de idade em caso de surto, verifica-se que a taxa de cobertura vacinal nesses casos, ainda que aumente, não evita a elevada incidência da doença nesse grupo etário.

Poderá então valer a pena, apesar das limitações impostas pela presença de anticorpos maternos ao seu efeito protector, a instituição de vacinação anti-sarampo (VAS) antes dos 12 meses de idade, ainda que com um reforço posterior ao 2º ano de vida (VASPR).

Em relação ao grupo de crianças que em 1994 se situa nos 5-9 anos, supostamente vacinado entre 1986 e 1990, verifica-se que foi, provavelmente, o que mais beneficiou do efeito protector da vacinação em massa ocorrida em 1989.

Considerando a distribuição regional do 'surto' de 1994, o distrito de Castelo-Branco destaca-se com uma taxa de incidência particularmente elevada, apesar das também elevadas taxas de cobertura vacinal registadas desde 1989. De notar que já em 1989, este distrito havia registado uma elevada taxa de incidência de sarampo, contrariamente aos distritos de Porto e Viseu cujo destaque em 1994, se deve fundamentalmente às baixas taxas de incidência verificadas em 1989. Já Braga parece beneficiar de um efeito protector, sem que as taxas de cobertura vacinal ultrapassem os 90%.

É importante referir que as taxas de cobertura vacinal registadas desde 1989, apresentam frequentemente valores distritais superiores a 100%, fenómeno que provavelmente se deverá à sobreavaliação do nº de inoculações no grupo etário considerado, permitindo aceitar por certa uma sobreavaliação geral da taxa de cobertura vacinal anti-sarampo. De notar ainda que os denominadores utilizados para o cálculo das taxas podem não ser os mais correctos, uma vez que os centros de saúde também vacinam crianças não residentes no distrito, como é o caso dos imigrantes. Por outro lado, o decréscimo das taxas de cobertura vacinal verificado em 1990, pode ser consequência da vacinação em massa ocorrida em 1989.

Admitindo que a vacinação se processa sempre nas melhores condições, que a rede do frio para as vacinas é

eficaz e aceitando as taxas de cobertura vacinal existentes, pode-se verificar que, apesar de revelarem uma preocupante tendência para decrescer, nos últimos 4 anos, situam-se entre os 91 e 99%, valores admitidos como suficientes para a imunidade de grupo.

No entanto, a imunidade de grupo, é um conceito válido apenas para populações aleatoriamente distribuídas do ponto de vista da imunidade e contacto⁽²⁾.

Desta forma, é possível admitir que possa haver comunidades que beneficiem de um maior efeito protector, apesar de registarem taxas de cobertura vacinal inferiores a outras comunidades, onde esse efeito não se faz sentir.

A existência de bolsas de indivíduos susceptíveis, é um factor que porá em causa a validade deste conceito, contribuindo para a disseminação da doença.

Em forma de conclusões destacam-se:

- A periodicidade (5 anos) da ocorrência do sarampo,

apesar da vacinação.

- A maior incidência do sarampo em crianças <1 ano.
- A menor incidência nos grupos etários mais vacinados.
- A necessidade de manter taxas de cobertura vacinal sempre elevadas, desejavelmente acima dos 95%.
- A necessidade de reduzir a existência de bolsas de susceptíveis à doença.
- A necessidade de um melhor registo dos actos vacinais

BIBLIOGRAFIA

- (1) Benenson, A S . Control of Communicable Diseases in Man. 13th ed. American Public Health Association, New York.1991.
- (2) Cutts, Felicity. Measles Control in the 1990's: Principles for the next decade. WHO/EPI/GEN/90.2.
- (3) Leitão, A E . Sarampo em Portugal - 1989 - Alguns aspectos do surto epidémico. *Boletim Epidemiológico*, 2 (4), 1989.

HEPATITE A – SURTO NA FREGUESIA DA AJUDA – 1996

Graça Freitas*

INTRODUÇÃO

A hepatite A, doença de distribuição mundial, ocorre em casos isolados ou em surtos, sendo ainda frequente nos países desenvolvidos, nomeadamente em instituições frequentadas por crianças. Quando as condições sanitárias não são as ideais a doença pode manifestar-se precocemente⁽¹⁾.

A contaminação deve-se frequentemente a contactos pessoa a pessoa, pela via fecal-oral, podendo também ocorrer surtos de fonte de contaminação comum - alimentos ou água.

O início das manifestações da doença é geralmente abrupto, podendo muitas infecções cursar assintomaticamente. O diagnóstico é estabelecido pela demonstração no soro, de doentes ou de indivíduos que tenham tido a doença recentemente, de anticorpos IgM contra o vírus da Hepatite A.

DESCRIÇÃO DO PROBLEMA E MEDIDAS TOMADAS

Nos últimos anos, na freguesia da Ajuda, têm sido diagnosticados casos esporádicos de Hepatite A, não havendo conhecimento de nenhum surto. Em 1994 e 1995, na área de influência do Centro de Saúde da Ajuda, não foi notificado nenhum caso e em toda a Sub-Região de Saúde de Lisboa foram notificados, durante todo o ano de 1994, apenas 56 casos⁽²⁾.

Entre 20 e 25 de Janeiro de 1996, a Autoridade de Saúde do Centro de Saúde da Ajuda, teve informalmente conhecimento da existência de “casos de hepatite” em crianças, na sua zona de influência.

Vários meninos de dois Jardins Infantis (Instituições Privadas de Solidariedade Social -IPSS) da Freguesia da Ajuda, com sintomas mais ou menos exuberantes (febre, mau estar, anorexia, náuseas, icterícia) foram observados no serviço de urgência, apresentando igualmente, valores de transaminases elevados. Perante a suspeita clínica de Hepatite A, as crianças foram referenciadas aos respectivos médicos assistentes para confirmação serológica do diagnóstico.

Nesta fase a Autoridade de Saúde tomou conhecimento da situação, iniciando as diligências que considerou adequadas, nomeadamente contactos com o Hospital, médicos assistentes e famílias, para a rápida confirmação dos casos suspeitos e eventual identificação de novos casos. Foi feito um apelo aos médicos assistentes para que os casos fossem rapidamente notificados, e procedeu-se à realização de inquéritos epidemiológicos com o objectivo de identificar a fonte provável de contágio.

Posteriormente, vieram a confirmar-se serologicamente, doze (12) casos de Hepatite A, que ocorreram entre 96/01/20 e 96/02/26, em crianças de ambos os sexos, de baixa condição social. Dez dos casos tinham entre 3 e 5 anos, frequentando oito deles a mesma IPSS. Os dois outros casos ocorreram em crianças de 7 e 11 anos, familiares com contacto próximo dos casos iniciais. A quase totalidade das crianças vive num bairro social degradado.

A hipótese de prescrever imunoglobulina a contactos próximos dos casos detectados, foi inviabilizada por a mesma não se encontrar disponível no mercado português, dado ser um produto difícil de obter, mesmo na origem.

Pais e educadores foram informados da necessidade de adoptar ou reforçar práticas quotidianas de higiene, visando quebrar a cadeia de contágio.

(*) Médica de Saúde Pública, Autoridade de Saúde

Realizaram-se análises a águas da rede pública, de um fontanário localizado no bairro onde residiam a maioria das crianças, e da piscina onde decorriam as aulas de natação de um dos Jardins Infantis. Os resultados das colheitas efectuadas a 6, 13 e 27 de Fevereiro, estavam todos dentro dos valores considerados normais para as respectivas águas.

Foram verificadas as condições de higiene e de funcionamento dos Jardins Infantis bem como da piscina:

– num dos estabelecimentos escolares (no qual se vieram a verificar oito dos doze casos, correspondendo a 13,3% dos alunos) foram detectadas algumas deficiências e feitas as respectivas recomendações para alterar a situação.

– a piscina apresentava boas condições estruturais e de funcionamento e resultados de análises à água, considerados normais. No entanto, enquanto decorria a investigação, foram suspensas as aulas de natação das crianças do Jardim Infantil que utilizava a referida piscina.

CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

As características do surto, principalmente o número de casos, as datas de aparecimento dos mesmos e a circunstância da maioria das crianças serem de baixa idade e frequentarem a mesma instituição, levaram-nos a suspeitar de contaminação pessoa a pessoa por via fecal-oral.

A reforçar esta hipótese estão a eliminação da água como fonte comum de contágio - análises negativas e outros utilizadores (vulneráveis) da mesma água não afectados - e a verificação de condições institucionais desfavoráveis. As instalações sanitárias não garantiam uma utilização higiénica e as crianças, demasiado pequenas, nem sempre eram acompanhadas por um adulto quando as utilizavam.

Algumas das deficiências detectadas foram entretanto corrigidas, mas mantêm-se condições sociais e de trabalho adversas (instituições carenciadas destinadas a crianças pertencentes a famílias de fracos recursos), verificando-se algum conformismo dos profissionais perante situações de risco.

Os serviços de saúde apresentam também, algumas insuficiências que atrasam a resolução de casos que ultrapassam o âmbito da saúde individual e que necessitam de medidas em tempo útil.

Neste caso, os principais problemas foram os atrasos na confirmação de casos suspeitos, a ausência de notificação de alguns casos e alguma demora na realização de análises às águas.

Gerir situações como a referida, com base apenas em suspeitas, pode tornar-se um processo complicado, pois se é imperativo tomar medidas para evitar uma eventual propagação da doença, não menos importante é evitar que se gere o pânico e a desconfiança que é comum existirem em comunidades fechadas e degradadas como são os bairros sociais urbanos.

A confirmação do diagnóstico e a notificação célere dos casos à Autoridade de Saúde é a única forma de permitir a adopção de medidas com segurança, mais ainda quando, como neste caso, não dispunhamos de nenhuma solução terapêutica (preventiva) para oferecer aos contactos são, nomeadamente, o recurso à administração de imunoglobulina, para "travar" um surto em crianças muito pequenas, vivendo num meio em que medidas de carácter higiénico não são de fácil adopção.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Benenson, A S . Control of Communicable Diseases in Man. 13th ed. American Public Health Association, New York.1991.
- (2) DGS-Doenças de Declaração Obrigatória 1991-1994.Lisboa 1996 (em vias de publicação).

SAÚDE EM NÚMEROS – Normas de Publicação

O Boletim "Saúde em Números" publica artigos de índole epidemiológica, cujo conteúdo científico, técnico ou clínico, possa contribuir para um melhor conhecimento da ocorrência e distribuição das doenças e seus factores de risco, tendo em vista a sua utilização no âmbito de programas e acções, nomeadamente a nível dos Cuidados de Saúde .

O material enviado para publicação deve respeitar as seguintes normas:

1. Serem originais e redigidos em língua portuguesa.
2. Não ultrapassar seis páginas A4 (incluindo texto, gravuras e referências bibliográficas) , dactilografadas a dois espaços.
3. Limitar o uso de abreviaturas às que são universalmente aceites, ou se necessário às indicadas no texto.
4. Quadros e figuras em folhas separadas, seriados por números romanos nos quadros e números árabes nas figuras e assinalados no texto quanto à sua inclusão.
5. Dever-se-á privilegiar a representação gráfica, sobretudo quando esta permita uma mais fácil descrição do fenómeno ou ideia que se pretende transmitir.

6. Referências bibliográficas, por ordem de citação no texto e obedecendo aos requisitos gerais constantes das normas de Vancouver, com os seguintes elementos essenciais:

- autor(es)
 - título do artigo
 - título da publicação ou edição
 - ano da publicação
 - número do volume
 - página, ou primeira e última páginas do artigo referido
- ex.: Falcão J M. "Médicos-Sentinela" - 9 passos em frente. Saúde em Números 1990; 5(3): 17 - 21.

7. Os artigos que não se ajustem à índole do boletim, ou que pelo seu carácter ou linguagem, se tornem restritos a um pequeno número de leitores, não serão publicados.

Os artigos para publicação deverão ser enviados para:

Divisão de Epidemiologia e Bioestatística
Direcção-Geral da Saúde
Alameda D. Afonso Henriques Nº 45-7º andar
1056 LISBOA CODEX

DOENÇAS DE DECLARAÇÃO OBRIGATÓRIA*
Casos notificados no 1.º trimestre de 1995 e 1996**
PORTUGAL (excepto Açores)***

DOENÇAS	Código OMS CID - 9	CASOS DECLARADOS 1.º Trimestre		CASOS ACUMULADOS 1.º Trimestre		MEDIANA 1993-1995		ÍNDICE EPIDÉMICO ⁽ⁱ⁾	
		1996	1995	1996	1995	1.º Trim.	Acum.	1.º Trim.	Acum.
D. infecciosas intestinais									
febres tifóide e paratifóide	002	60	82	60	82	66	66	0,91	0,91
outras salmoneloses	003	10	7	10	7	12	12	0,83	0,83
shigelose	004	1	0	1	0	0	0	-	-
Zoonoses por bactérias									
carbúnculo	022	1	2	1	2	1	1	1,00	1,00
brucelose	023	185	241	185	241	260	260	0,71	0,71
Outras doenças bacterianas									
tosse convulsa	033	1	1	1	1	1	1	1,00	1,00
escarlatina	034.1	241	88	241	88	116	116	2,08	2,08
infecções meningocócicas	036	8	26	8	26	28	28	0,29	0,29
meningite meningocócica	036.0	43	43	43	43	46	46	0,93	0,93
tétano (exclui tét. neonatal)	037	3	5	3	5	7	7	0,43	0,43
D. por vírus com exantema									
sarampo	055	16	39	16	39	126	126	0,13	0,13
rubéola (exc. rub. cong)	056	45	19	45	19	70	70	0,64	0,64
Outras doenças por vírus									
hepatite vírus A	070.0-070.1	76	100	76	100	109	109	0,70	0,70
hepatite vírus B	070.2-070.3	242	286	242	286	321	321	0,75	0,75
hepatite vírus C		104	5	104	5	96	96	1,08	1,08
hepatite outros vírus especif.	070.4-070.5	5	144	5	144	5	5	1,00	1,00
hepatite p/vírus não especif.	070.6-070.9	8	11	8	11	36	36	0,22	0,22
parotidite	072	1749	300	1749	300	310	310	5,64	5,64
Rickettsioses e outras doenças transmitidas por artrópodes									
rickettsioses	080-083	8	8	8	8	5	5	1,60	1,60
febre escaro-nodular	082.1	27	34	27	34	35	35	0,77	0,77
malária (casos importados)	084	20	22	20	22	11	11	1,82	1,82
leishmaníase	085	4	3	4	3	5	5	0,80	0,80
Sífilis e outras doenças venéreas									
sífilis precoce sintomática	091	24	28	24	28	32	32	0,75	0,75
sífilis precoce latente	092	10	17	10	17	20	20	0,50	0,50
infecções gonocócicas	098	14	15	14	15	25	25	0,56	0,56
Outras d. provocadas p/ espiroquetas									
leptospirose	100	2	7	2	7	8	8	0,25	0,25
Helmintíases									
hidatidose	122	5	8	5	8	2	2	2,50	2,50
Tuberculose									
pulmonar e aparelho respiratório	011-012	738	666	738	666	(ii)	(ii)	(ii)	(ii)
meníngea e do SNC	013	9	11	9	11	(ii)	(ii)	(ii)	(ii)
miliar	018	23	16	23	16	(ii)	(ii)	(ii)	(ii)

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

** os dados relativos a 1996 são provisórios a 15 Abr 96.

*** os dados relativos à Reg. Autónoma dos Açores, só se encontram disponíveis por anos.

(i) Índice epidémico é a razão entre os casos notificados num determinado período e os casos que se esperam (mediana do triénio anterior) para o mesmo período.

Valores: ≤ 0,75 - baixo; 0,76 - 1,24 - normal; ≥ 1,25 - alto.

(ii) Dados não disponíveis.

DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE
DIRECÇÃO DE SERVIÇOS DE EDUCAÇÃO E PROMOÇÃO DA SAÚDE

Alameda D. Afonso Henriques, 45
 1056 LISBOA Codex

Tel. 847 55 15
 Fax: 847 68 39

COMPOSIÇÃO E IMPRESSÃO:
 EUROPRESS EDITORES E DISTRIBUIDORES DE PUBLICAÇÕES, LDA.
 PTA. DA REPÚBLICA, LOJA A, PÓVOA DE STO. ADRIÃO - 2675 ODIVELAS
 JUNHO/96
 2000 EXEMPLARES
 DEPÓSITO LEGAL 59272/92
 ISSN 0871-0813

As opiniões expressas pelos autores são da sua exclusiva responsabilidade e não reflectem necessariamente os pontos de vista da DGS

Autorizada a reprodução total ou parcial de figuras e texto sem autorização prévia, desde que sejam referidas a fonte e o autor