

# saúde em números

VOLUME 15 N.º 1

JANEIRO 00

## SUMÁRIO

- 1 VACINAÇÃO CONTRA A HEPATITE B: ESTADO VACINAL DOS PROFISSIONAIS DOS CUIDADOS AMBULATORIOS DA SUB-REGIÃO DE SAÚDE DE SETÚBAL, DEZEMBRO DE 1998
- 3 MORTALIDADE, EM PORTUGAL, POR INFECÇÃO PELO VIH
- 5 DDOs: A ORIGEM DA INFECÇÃO E A ACTIVIDADE DE RISCO
- 8 DOENÇAS DE DECLARAÇÃO OBRIGATÓRIA – Casos notificados no 4.º trimestre de 1998 e 1999

## VACINAÇÃO CONTRA A HEPATITE B: ESTADO VACINAL DOS PROFISSIONAIS DOS CUIDADOS AMBULATORIOS DA SUB-REGIÃO DE SAÚDE DE SETÚBAL, DEZEMBRO DE 1998

Ana Cristina Costa\*, Fátima Semedo\*\*

### INTRODUÇÃO

A Hepatite B é a doença ocupacional infecciosa mais importante na Europa<sup>(1)</sup> e é evitável através da melhoria das práticas de trabalho e da vacinação<sup>(2,3)</sup>. A probabilidade de um profissional contrair hepatite B, quando tem um contacto com um produto biológico contaminado, nomeadamente com sangue, é de uma em cada três picadas, sendo que o risco de os profissionais de saúde contraírem a doença é de três a cinco vezes superior ao da população em geral<sup>(2)</sup>.

Esta infecção tem sérios efeitos no indivíduo, nos seus colegas de trabalho e tem também sérias consequências económicas. O profissional infectado pelo vírus da Hepatite B está em risco de morte devido às consequências a longo prazo da infecção, tais como cirrose hepática e carcinoma hepatocelular. Os portadores representam também um importante reservatório da infecção, o que a vai

perpetuar através dos seus vários modos de transmissão. A vacinação contra a hepatite B ao prevenir a infecção, previne também tais complicações<sup>(3,4)</sup>.

Embora a transmissão do vírus da hepatite B de profissionais de saúde para doentes seja menos frequente que a transmissão de doentes para profissionais de saúde, quando tal acontece, estes podem ter a sua carreira em risco. Estão descritas situações de contaminação de doentes por profissionais de saúde portadores do vírus da hepatite B, com a consequente restrição da actividade profissional e por vezes consequências médico-legais<sup>(5,6)</sup>. Para os profissionais portadores do antigénio e (Ag Hbe) recomenda-se o tratamento com Interferon e nas situações em que este não é eficaz, estes profissionais devem abster-se de praticar técnicas invasivas<sup>(1,7)</sup>.

A vacinação contra a hepatite B, coordenada com a melhoria das práticas de trabalho, é um processo, barato e eficaz que os profissionais de saúde têm ao seu alcance para se protegerem contra a hepatite B, se atendermos aos custos pessoais e comunitários que representam as com-

(\*) Médica de Saúde Pública

(\*\*) Enfermeira de Saúde Pública

Comissão de Controlo da Infecção da Sub-Região de Saúde de Setúbal

plicações de uma hepatite B e à efectividade da vacina, que apresenta taxas de seroconversão da ordem dos 95%<sup>(3,4)</sup>.

A efectividade da vacina tem sido demonstrada em diversos trabalhos, quer através da redução da incidência de hepatite B, quer do estado de portador crónico do vírus da hepatite B e da incidência de carcinoma hepatocelular, nos grupos vacinados<sup>(1,7)</sup>.

As contra-indicações para a utilização da vacina são a gravidez e a hipersensibilidade aos diferentes constituintes da vacina. A prevalência de efeitos adversos pós vacinação é de aproximadamente 1/1000<sup>(3,7)</sup>.

Na maioria dos países europeus, conhecidos como países de baixa endemicidade, menos de 10% da população foi infectada pelo vírus da hepatite B, menos de 2% são portadores crónicos e muitas infecções crónicas ocorrem em grupos de alto risco, definidos pelo estilo de vida e profissão. Mesmo assim, as infecções, aguda e crónica, pelo vírus da hepatite B são importantes problemas de saúde pública nesses países e a doença é responsável por grande morbimortalidade, custos e sofrimento humano<sup>(3,8)</sup>.

Em Portugal, o Despacho publicado em 15/3/93 vem reforçar as medidas em curso desde 1989, no âmbito da prevenção da hepatite B, nomeadamente através da recomendação da vacinação aos grupos de risco, entre os quais, os profissionais de saúde.

Desde 1989, no Distrito de Setúbal, a então ARS iniciou a vacinação dos profissionais de saúde, embora de uma forma pouco organizada e com algumas insuficiências.

De acordo com as orientações do Ministério da Saúde, a Sub-Região de Saúde de Setúbal pretende avaliar o trabalho desenvolvido até agora, tendo como objectivo a este nível, garantir a imunização dos profissionais de saúde com risco ocupacional relativamente à Hepatite B.

## MATERIAL E MÉTODOS

Para avaliar a taxa de cobertura vacinal dos profissionais de saúde, relativamente à hepatite B, elaborou-se um questionário, que foi enviado a todos os Centros de Saúde (CS) e Laboratório de Saúde Pública da Sub-Região de Saúde de Setúbal, tendo o seu preenchimento ficado a cargo do responsável máximo de cada CS e do Laboratório.

Não foram incluídos neste estudo os profissionais dos Hospitais da Sub-Região, que como se sabe, estão em maior risco de acidentes susceptíveis de transmitirem a doença. Parece-nos, no entanto, de realçar que cinco dos CS têm internamento e que, na maior parte deles, existem Serviços de Atendimento a Doentes Urgentes (SADU), onde também trabalham profissionais dos CS.

Para a elaboração do questionário tomámos como referência a Circular Informativa n.º 45/DT de 05/11/97 da Direcção Geral da Saúde (DGS).

Foram inquiridos os grupos profissionais com risco ocupacional relativamente à hepatite B (médicos, técnicos de laboratório, enfermeiros, higienistas orais, auxiliares de

apoio e vigilância e auxiliares de acção médica), acerca do número de doses de vacina administradas e datas respectivas. Uma vez que nem sempre a vacinação foi objecto de registo no boletim de vacinas, decidimos aceitar a declaração pessoal nas situações em que não existia registo, com as limitações que esse facto acarreta.

Consideraram-se vacinados os profissionais com 3 doses de vacina administradas nas datas previstas (0, 1 e 6 meses) e não vacinados os profissionais com menos que 3 doses, ou com 3 doses fora das datas previstas.

## RESULTADOS

Responderam os 19 Centros de Saúde da Sub-Região e a totalidade dos profissionais do Laboratório de Saúde Pública. Obtivemos, assim, informação referente a 1161 profissionais (Figura 1), o que corresponde a uma taxa de adesão de 82,9% relativamente à população alvo.

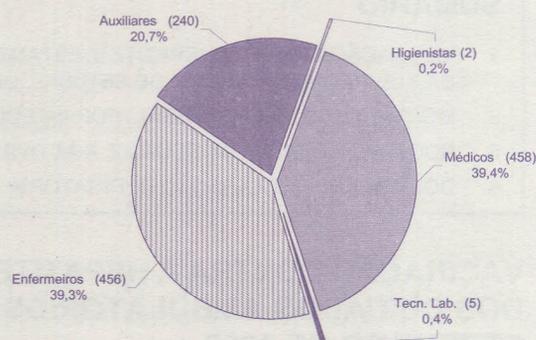


Figura 1 – Distribuição dos profissionais respondentes segundo a carreira profissional

A taxa global de cobertura vacinal foi de 77,1%, sendo de 100% nos higienistas orais e técnicos de laboratório, 86,6% nos enfermeiros, 73,8% nos auxiliares e 69,4% nos médicos (Figura 2).



Figura 2 – Taxa de cobertura vacinal da vacina antihepatite B, segundo a carreira profissional

A taxa de cobertura vacinal por centro de saúde, variou entre 46,7% e 100%.

## CONCLUSÃO

Concluiu-se que a taxa de cobertura vacinal da hepatite B, do pessoal inquirido é boa (77,1%), uma vez que a

imunização dos profissionais de saúde nos países da Europa Ocidental atinge apenas uma cobertura de 40 a 60%<sup>(3)</sup>. Por outro lado, um estudo realizado, recentemente, no Hospital de S.<sup>ta</sup> Maria demonstrou, também, uma reduzida adesão dos profissionais de saúde à vacinação, cerca de 57,5%<sup>(7)</sup>.

O facto de os médicos apresentarem as taxas de vacinação mais baixas está de acordo com os resultados obtidos naquele estudo, em que este grupo foi também o que apresentou menores taxas de adesão à vacinação.

O presente estudo tem algumas limitações: em primeiro lugar, porque não foram incluídos os hospitais da Sub-Região, cujos profissionais representam maior risco na transmissão da doença; por outro lado, não existindo, até agora, a nível da Sub-Região, uma política concertada de educação para a saúde e vacinação dos profissionais, este processo tem sido conduzido localmente, de acordo com a formação e dinamismo das equipas responsáveis e como tal apresenta insuficiências, nomeadamente a inexistência de alguns registos de vacinação.

Conscientes das limitações, pensamos, contudo, que este foi o primeiro passo para avaliar o programa de vacinação em curso, detectando pontos críticos e contribuindo para uma política de imunização contra a hepatite B

mais ajustada às orientações da DGS e outros organismos internacionais, por forma a proteger eficazmente a saúde dos profissionais.

De acordo com as metas da DGS/ARS de Lisboa e Vale do Tejo, há que procurar atingir taxas de vacinação próximas dos 100%, de modo a garantir uma imunização adequada de todos os profissionais de saúde, com risco ocupacional relativamente à hepatite B.

## REFERÊNCIAS

- (1) Bennett John V, Brachman Philip S. Hospital Infections, 4th ed., Lippincott-Raven, Philadelphia. New York, 1998, pp. 3-175.
- (2) Sousa Uva A. "A Saúde dos Trabalhadores da Saúde", Reflectir Saúde, N.º1, Vol.6, Jan/ Fev/ Março de 1996.
- (3) WHO. "Hepatitis B as an occupational hazard", European Occupational Health Series, n.º8, WHO Regional Office for Europe, 1994.
- (4) Stephen A. Dolan, MD. "Vacinas da hepatite A e B. As últimas recomendações sobre protecção segura e alargada." Postgraduate medicine, Vol. 11, n.º4, Abril 1999.
- (5) Eurosurveillance, Vol. 3, n.º7, Juillet/July 1998.
- (6) Viral Hepatitis, Vol.4, 2 March 1996.
- (7) Carneiro de Moura, M et al. "Vacinação contra a hepatite B - oito anos de experiência". Acta Médica Portuguesa, N.º11, II Série, Vol. II, Novembro de 1998.
- (8) Viral Hepatitis Prevention Board. "Control of viral hepatitis in europe", Journal of viral hepatitis, Vol.4, n.º2, March 1996.

## MORTALIDADE, EM PORTUGAL, POR INFECÇÃO PELO VIH

Amélia Leitão\*

### INTRODUÇÃO

A mortalidade causada pelo Vírus da Imunodeficiência adquirida Humana (VIH) começou a ter expressão estatística em Portugal a partir da segunda metade da década de 1980, altura em que teve início a selecção e codificação da infecção pelo VIH/SIDA como causa de morte.

Em 1988, através de contacto estabelecido com o INE, começámos a colher, sistematicamente, alguns dados sobre os óbitos em que a causa básica de morte era a infecção pelo VIH/SIDA. Esta actividade tem-se mantido até à actualidade e é o resultado do apuramento e análise de alguns dos dados colhidos que agora se apresenta.

A distribuição dos casos e dos óbitos não se faz de maneira uniforme no território nacional, havendo zonas com altas taxas de mortalidade, que se mantêm ao longo do período estudado, e outras, cuja posição, numa lista ordenada de valores, oscila e se modifica no mesmo período.

Neste trabalho faz-se uma análise da distribuição geográfica dos dados, com base nos distritos.

### METODOLOGIA

O universo dos casos estudados é constituído pelos verbetes de óbito em que, nas causas de morte, foi

mencionada a infecção pelo VIH/SIDA e esta foi seleccionada como causa básica.

A escolha das variáveis a estudar esteve condicionada pela disponibilidade da oferta, isto é, dos dados que constam do instrumento de notação utilizado - verbeta de óbito.

Foram incluídos alguns óbitos disponíveis de 1985, 1986 e 1987 mas só em 1988 se conseguiu normalizar o processo. As variáveis utilizadas no presente estudo foram o género, o local de residência, a nacionalidade e a data do óbito.

Para facilitar a análise da evolução agruparam-se os dados anuais em 4 períodos de 3 anos cada, (excepto para o primeiro grupo, dado o número reduzido de casos nos primeiros anos), tendo-se considerado os seguintes: 1985-1990, 1991-1993, 1994-1996 e 1997-1999.

Foram calculadas as taxas de mortalidade para cada grupo tendo-se utilizado a população do meio de cada período (1992, 1995, 1998). Para o período 1985-1990 optou-se por utilizar a população de 1990 por se considerar ser a que melhor o representa. Na realidade, perante os resultados do censo de 1991, muito semelhantes aos do censo de 1981, parece adequada esta escolha.

### RESULTADOS

Para o período de 15 anos considerado, desde o dia 1 de Janeiro de 1985 a 31 de Dezembro de 1999, foram

(\*) Direcção de Serviços de Informação e Análise da Direcção-Geral da Saúde.

estudados 7048 óbitos, sendo 5955 homens e 1093 mulheres, cuja distribuição anual pode ser observada no quadro I.

Verifica-se um aumento progressivo dos óbitos até ao ano de 1996, tanto nos homens como nas mulheres, seguindo-se um declínio nos dois anos seguintes e de novo um aumento em 1999. A proporção de óbitos de mulheres aumenta ao longo do período estudado passando de 10,5 % para 18 %.

Quadro I – Distribuição anual dos óbitos por VIH/SIDA

Anos	H + M	Homens		Mulheres	
		nº	%	nº	%
≤1987	76	68	89,5	8	10,5
1988	58	53	91,4	5	9,4
1989	111	94	84,7	17	15,3
1990	152	136	89,5	16	10,5
1991	241	213	88,4	28	11,6
1992	374	325	86,9	49	13,1
1993	438	375	85,6	63	14,4
1994	649	556	85,7	93	14,3
1995	944	808	85,6	136	14,4
1996	1115	928	83,2	187	16,8
1997	1008	854	84,7	154	15,3
1998	898	738	82,2	160	17,8
1999	984	807	82,0	177	18,0
Total	7048	5955	84,5	1093	15,5

Nestes totais acumulados estão incluídos 55 óbitos de residentes fora de Portugal (46 homens e 9 mulheres) dos quais 38 de nacionalidade estrangeira (32 homens e 6 mulheres) e 17 de nacionalidade portuguesa (14 homens e 3 mulheres) (Quadro II)

Quadro II – N.º de óbitos por VIH/SIDA, em Portugal, de 1985 a 1999, por nacionalidade e segundo a residência

Residência	Nacionalidade					
	Portuguesa		Estrangeira		Total	
	H	M	H	M	H*	M
Portugal	5 722	1 026	173	54	5 895	1 080
Estrangeiro	14	3	32	6	46	9
Desconhecida	11	4	2	-	13	4
Soma	5 747	1 033	207	60	5 954	1 093
Total	6 780		267		7 047	

\* Há 1 óbito masculino de nacionalidade e residência desconhecida

Dos residentes em Portugal, 6 748 eram portugueses e 227 estrangeiros.

A evolução das taxas de mortalidade calculadas para Portugal e Regiões de Saúde, nos períodos de tempo seleccionados, encontra-se no quadro III.

Quadro III – Taxas de Mortalidade(/100 000) por VIH/SIDA segundo as Regiões Saúde

Regiões Saúde	H + M			
	1985-90	1991-93	1994-96	1997-99
Norte	1,53	4,05	11,53	17,90
Centro	1,64	3,71	8,13	6,73
Lisboa e V Tejo	8,76	24,10	62,07	62,48
Alentejo	0,84	3,42	9,58	9,18
Algarve	2,94	6,11	21,37	23,80
R.A. Açores	2,95	2,09	6,21	2,45
R. A. Madeira	1,18	2,35	6,22	5,38
Portugal	3,96	10,44	27,07	28,74

Regiões Saúde	Homens			
	1985-90	1991-93	1994-96	1997-99
Norte	2,69	7,04	19,59	31,54
Centro	3,05	6,47	14,34	11,42
Lisboa e V Tejo	16,06	44,06	109,32	107,40
Alentejo	1,72	7,02	17,00	15,66
Algarve	5,33	8,89	39,08	41,18
R.A. Açores	5,93	4,24	9,26	4,15
R. A. Madeira	2,22	5,06	10,85	9,85
Portugal	7,27	18,83	47,62	49,51

Regiões Saúde	Mulheres			
	1985-90	1991-93	1994-96	1997-99
Norte	0,45	1,26	3,26	4,77
Centro	0,33	1,16	2,34	2,25
Lisboa e V Tejo	1,92	5,73	18,45	21,48
Alentejo	-	-	2,55	3,05
Algarve	0,59	3,43	4,54	7,28
R.A. Açores	-	-	3,26	0,80
R. A. Madeira	-	-	2,18	2,26
Portugal	0,86	2,65	7,99	9,45

As taxas das Regiões de Saúde Centro, Alentejo e das R A dos Açores e da Madeira, no total da população e nos homens, têm uma evolução crescente até 1994-96 mas apresentam um decréscimo em 1997-99. Em Portugal e nas Regiões Saúde Norte, Lisboa e Vale do Tejo e Algarve, a tendência dos valores é sempre crescente.

Nas mulheres, como o número de óbitos é bastante reduzido, com excepção dos distritos de Lisboa, Porto e Setúbal as oscilações não têm significado. De notar, porém, a subida sistemática dos valores das taxas de Portugal e das Regiões de Lisboa e Vale do Tejo, do Norte e do Algarve. As taxas de 1997-99 são cerca de 10-12 vezes mais elevadas que as de 1985-1990.

Comparando as regiões entre si, destaca-se Lisboa e Vale do Tejo cujas taxas são 2,6 vezes superiores às do Algarve que ocupa uma segunda posição. É nos Açores, na Madeira e na região Centro que se encontram os valores mais reduzidos.

A nível distrital há 4 distritos que, numa ordenação decrescente, ocupam sistematicamente os primeiros lugares: Lisboa, Setúbal, Faro e Porto.

No último período, porém, as taxas do distrito do Porto ultrapassaram as de Faro, excepto no caso das mulheres. Nos dois últimos períodos estudados as taxas destes distritos são as que se encontram o quadro IV.

Quadro IV – Taxas de Mortalidade (por 100 000), segundo o género, por distrito, nos períodos 1994-96 e 1997-99

Distritos	H + M		Homens		Mulheres	
	94-96	97-99	94-96	97-99	94-96	97-99
Lisboa	81,42	77,20	144,25	133,30	24,79	27,22
Setúbal	40,08	50,65	70,30	86,70	11,49	16,77
Porto	16,31	28,48	29,22	51,34	4,26	7,14
Faro	21,37	23,80	39,08	41,18	4,54	7,28

Convém referir que o conjunto dos óbitos destes 4 distritos representa 86% do total no período 1994-96 e 88% em 1997-99.

No período 1997-99 as taxas com valores mais baixos verificaram-se em Bragança (1,34/100 000), R A Açores (2,45/100 000), Vila Real (3,91/100 000) e Guarda (3,94/100 000).

A evolução a nível distrital pode ser melhor visualizada nos mapas do Continente representados na figura 1. No entanto, em consequência da escala que foi necessário utilizar na representação gráfica, há certos detalhes que não são evidentes, como é o caso do aumento dos valores do Porto em relação aos de Faro, atrás mencionados.

### COMENTÁRIOS

A descida do n.º de óbitos atribuídos à infecção pelo vírus da imunodeficiência humana, verificada em 1998, deve estar mais relacionada com a utilização das novas terapêuticas antivirais do que com uma diminuição efectiva de infectados.

Embora haja muito mais homens do que mulheres falecidos por esta infecção, a diferença entre os dois géneros tem vindo a diminuir. Em 1990 morreram 8,5 vezes mais homens do que mulheres ao passo que em 1999 esse valor foi de 4,6.

## DDOs: A ORIGEM DA INFECÇÃO E A ACTIVIDADE DE RISCO

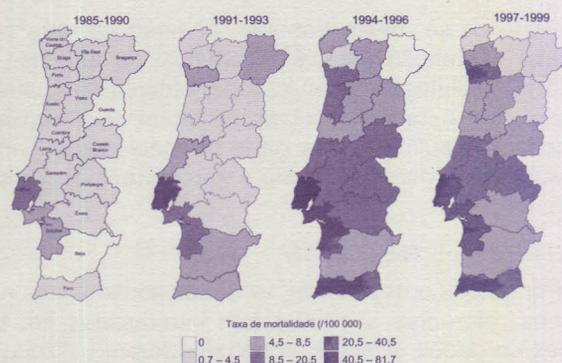
Graça Lima\*

### INTRODUÇÃO

O sistema de informação constituído pela declaração obrigatória de doenças transmissíveis (DDO) existe, no seu actual formato, desde 1949<sup>(1)</sup>, sofrendo as actualizações consideradas necessárias ao melhor conhecimento da situação epidemiológica das doenças transmissíveis, em Portugal.

A última actualização, suportada pela Portaria 1071 de 31 de Dezembro de 1998<sup>(2)</sup>, referiu-se à lista de doenças incluídas no sistema, bem como ao suporte de notação, onde se incluíram novos campos (variáveis). Quer o processo de reformulação da lista de doenças, quer a criação do novo suporte tiveram em consideração os pareceres de peritos na área das doenças transmissíveis.

Apesar das alterações previstas nesta última portaria terem entrado em vigor a partir de 1 de Janeiro de 1999,



Dados de população e óbitos fornecidos pelo INE

Figura 1 – Taxas de mortalidade por VIH/SIDA, segundo o distrito de residência do Continente, nos períodos 1985-90, 1991-93, 1994-96 e 1997-99

Dos residentes no estrangeiro, que morreram no nosso país por esta causa, 69% eram estrangeiros e 31% portugueses. Relativamente aos residentes em Portugal, 96,7% eram portugueses e 3,3 % estrangeiros.

Comparando as regiões de residência dos falecidos, Lisboa e Vale do Tejo destaca-se pelos valores elevados das taxas e pela grande contribuição para o total: 70-74 % dos óbitos. Chama-se a atenção para os valores das taxas de mortalidade do Algarve que, em números absolutos, ficam muito aquém das regiões Norte e Centro.

Analisando a evolução dos mapas da figura 1 parece verificar-se uma tendência para a concentração dos valores mais elevados em certas zonas, podendo destacar-se os distritos de Lisboa e de Setúbal seguidos pelos do Porto e Faro.

apenas em Março do mesmo ano, se conseguiu dispor dos novos impressos para a notificação.

Por outro lado, o processo de substituição dos antigos impressos pelos novos, em cada unidade de prestação de cuidados médicos, revelou-se lenta, de forma a que, em 1999, a notificação fez-se em mais do que um modelo de impresso, alguns deles, supostamente, substituídos há mais de cinco anos. Se até ao final de 1998, a utilização de impressos antigos em pouco alterava a caracterização dos casos notificados, dado que as modificações introduzidas eram sobretudo de forma, o mesmo não se passa com os impressos recentemente introduzidos, onde novas variáveis foram contempladas.

No âmbito da validação da informação recolhida por este sistema, que se pretende regular, constataram-se algumas deficiências e incorrecções, quer devidas ao incompleto preenchimento, quer à incorrecta introdução de dados, quer ainda a insuficiências das aplicações informáticas existentes.

(\*) Médica de Clínica Geral  
Divisão de Epidemiologia da Direcção Geral da Saúde

Pretende-se, neste trabalho, primeiro de uma série, chamar a atenção para a importância de algumas das variáveis incluídas nos impressos, através da ilustração de alguns resultados possíveis, na tentativa de conseguir a motivação suficiente por parte do médico notificador e da autoridade de saúde, para o seu correcto e completo preenchimento.

## MATERIAIS E MÉTODOS

Por razões operacionais, os dados contidos nas notificações referentes a 1999 foram introduzidos em duas bases de dados distintas, consoante foram utilizados os novos impressos ou os antigos.

Até 25 de Agosto de 1999, foram notificados 1687 casos de DDO, referentes a 16 sub-regiões do continente, com utilização dos novos impressos e foi sobre estes que incidiu esta análise, uma vez que apenas a aplicação informática que dá suporte aos novos impressos inclui todas as variáveis.

Para este trabalho, foram escolhidas as variáveis 'origem da infecção' e 'actividade de risco', que substituíram as 'fonte de infecção' e 'profissão' existentes nos impressos antigos.

Variáveis	Valores
Origem da infecção	qual (em aberto)
Actividade de risco para a infecção	não, sim, qual (em aberto)

Os valores das variáveis de resposta aberta foram categorizadas e houve que considerar, tanto para a origem da infecção, como para a actividade de risco, um número considerável de casos omissos pelo facto das respostas serem inválidas de acordo com a sua definição<sup>(3)</sup>.

Para a análise destas variáveis, foram escolhidas a brucelose, a tuberculose e a parotidite epidémica, doenças que melhor as ilustram, quer pela sua adequação, quer pelo número de casos existente. Os resultados são apresentados, sobretudo, sob a forma de proporções e sempre que possível em gráfico, para uma leitura mais imediata.

## RESULTADOS

Dos 163 casos notificados de brucelose, em 47 (28,8%) não existia informação sobre a origem da infecção. Dos 116 casos com informação, ela foi atribuída ao *gado* em 79 (68%) casos e foi *alimentar* em 32 (28%) casos (Figura 1).

n = 116 (excluídos 47 casos omissos)

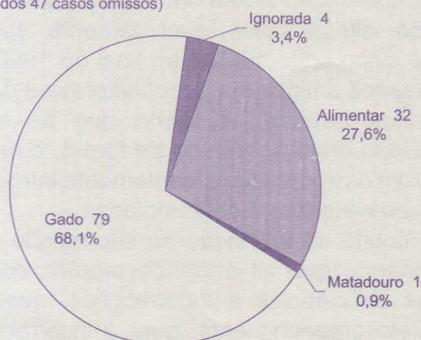


Figura 1 – Casos de brucelose, segundo a origem da infecção

Considerando os quatro distritos com maior número de casos de brucelose (Figura 2), verificou-se que, enquanto em Vila Real a origem da infecção é atribuída, em 92,9% dos casos, ao contacto com gado, em Portalegre, essa proporção reduz-se para 54,5%, sendo a origem alimentar responsável por 45,5% dos casos.

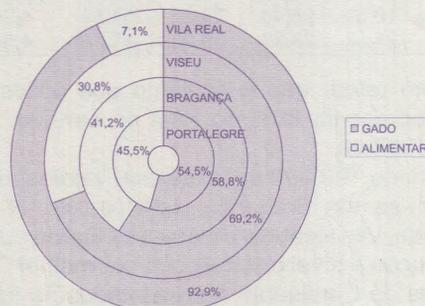


Figura 2 – Casos de brucelose, segundo a origem da infecção, nos 4 distritos com maior número de casos (excluíram-se os casos com origem ignorada ou omissa)

Em relação à actividade de risco, em 111 (68,1%) casos foi negada a sua existência e em 35 (21,5%) foi referida a *pecuária* (Figura 3).

n = 163

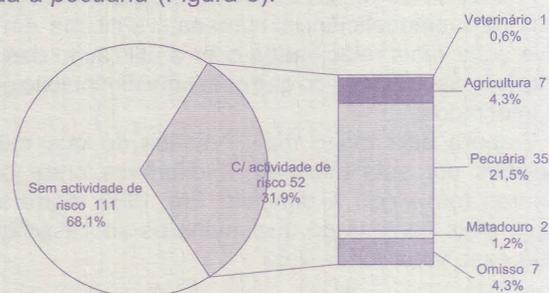


Figura 3 – Casos de brucelose, segundo a actividade de risco

Em relação à tuberculose (todas as formas de notificação obrigatória), a informação sobre a origem da infecção foi omissa em 421 (72,6%) dos 580 casos notificados. Dos 159 com informação, a origem da infecção apenas era conhecida em 58 (36,5%) casos (Figura 4), sendo a origem familiar a mais representada. Em 'outra instituição' estão incluídos os casos com origens de infecção referidas a *hospital*, *albergue* e *CAT*. Os 'outro contacto' foram constituídos por vizinhos e colegas.

n = 159 (excluídos 421 casos Omissos)

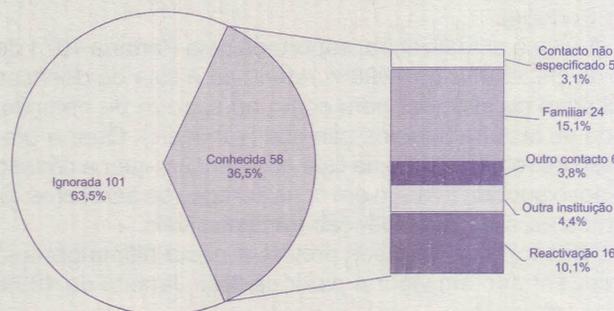


Figura 4 – Casos de tuberculose (todas as formas) segundo a origem da infecção

Em apenas 73 (12,6%) casos foi indicada a existência de actividade de risco para a tuberculose, mas em 40 destes 73 casos não foi especificada a actividade (Figura 5). A toxicodependência foi a 'actividade' mais referida.

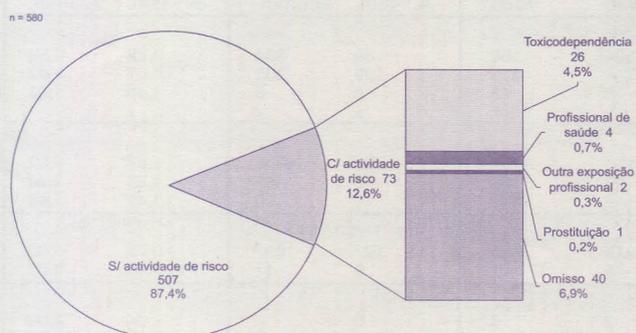


Figura 5 - Casos de tuberculose (todas as formas), segundo a actividade de risco

Ainda em relação à 'origem da infecção', considerou-se, também, a parotidite epidémica. Dos 462 casos notificados, a informação era omissa em 232 (50,2%): Dos 230 casos com informação, as escolas e infantários foram responsáveis por 63% dos casos, contra os 15,2% de casos originados em ambiente familiar (Figura 6).

n=230 (excluídos 232 casos omissos)

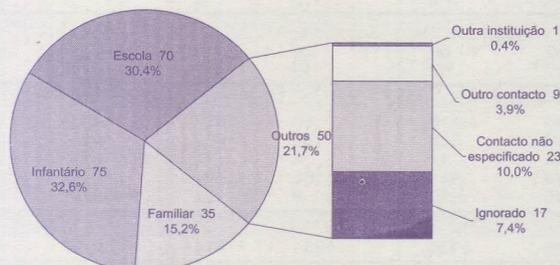


Figura 6 - Casos de parotidite epidémica, segundo a origem da infecção

Os 'outro contacto' foram, na sua maioria constituídos por amigos e vizinhos, enquanto a 'outra instituição' referiu-se a um centro de acolhimento.

## DISCUSSÃO

A inclusão de variáveis no impresso actual foi ponderada tendo em conta a necessidade de informação vs. a possibilidade de a obter sem exagerados acréscimos de esforço, por parte de quem notifica. Assim, não faria sentido que a informação solicitada não fosse tratada, de forma a poder ser utilizada no melhor conhecimento da situação em estudo.

A avaliação agora levada a cabo foi essencial na percepção dos erros cometidos na inclusão/definição de algumas variáveis e na adaptação da aplicação informática que lhes daria suporte.

Em relação à 'origem da infecção', o primeiro comentário a ser feito refere-se ao ainda considerável número de casos em que a informação é omissa ou incorrecta.

No entanto, pôde-se verificar, para a brucelose, a importância relativa do contacto com o gado e da ingestão alimentar, que varia geograficamente, bem como a importância dos contactos em ambiente escolar vs. familiar, para a parotidite epidémica. Para a tuberculose o principal resultado foi, de facto, os 421 casos sem informação acrescidos dos 101 casos em que a 'origem de infecção' é ignorada. Ainda assim, é de referir os 24 casos de origem familiar, e os 16 casos atribuídos à reactivação.

Em relação à actividade de risco, ressalve-se que o suporte informático não permite distinguir casos com 'actividade de risco' ignorada dos casos com informação omissa (ausência de preenchimento).

Assim, o resultado mais importante parece ser a ausência de actividade de risco identificável quer para a tuberculose quer para a brucelose, resultado que, para esta última doença, contrasta com o considerável número de casos (79) cuja origem da infecção foi atribuída ao contacto com gado. De notar que em apenas 35 casos a pecuária foi referida como actividade de risco.

Quer para a actividade de risco, frequentemente, confundida com a profissão, por um lado, e com factores de risco, por outro, como para origem da infecção o número de respostas 'inadequadas', que foram consideradas, posteriormente, como omissas, sugere que a sua definição é desconhecida e/ou mal compreendida pelos notificadores, exigindo uma eventual redefinição e, certamente, uma melhor divulgação dessa definição.

Dever-se-ia poder afirmar existir uma mais valia no acréscimo de trabalho solicitado aos médicos com a inclusão de outras variáveis no impresso de notificação, mas na realidade, esta avaliação serviu antes do mais, para identificar inúmeros erros e omissões.

Estas insuficiências deverão ser alvo de correcção, quer a nível central com uma melhor definição da informação pretendida quer, sobretudo, a nível local, com acções de sensibilização dirigidas aos notificadores.

Não é demais realçar que só com informação adequada, fiável e atempada se podem desencadear, gerir e planear as acções necessárias ao controlo destas doenças, com envolvimento de todos os níveis de serviços.

## REFERÊNCIAS

- (1) Lei n.º 2036 de 9 de Agosto de 1949.
- (2) DR n.º 301, I Série B, Portaria 1071/98, de 31 de Dezembro.
- (3) DGS. Doenças Transmissíveis de Declaração Obrigatória - Manual de instruções de preenchimento e envio do impresso de notificação. Circular informativa n.º 7/DSIA de 24 de Março de 1999.

**DOENÇAS DE DECLARAÇÃO OBRIGATÓRIA\***  
**Casos notificados no 4.º trimestre de 1998 e 1999\*\***

**PORTUGAL**

DOENÇAS	Código CID 10	CASOS DECLARADOS 4.º Trimestre		CASOS ACUMULADOS 4.º Trimestre		MEDIANA 1996-1998		ÍNDICE EPIDÉMICO(i)	
		1998	1999	1998	1999	4.º trim.	acumul.	4.º trim.	acumul.
<b>Doenças infecciosas intestinais</b>									
febres tifóide e paratifóide	A01	59	19	304	180	59	304	0,32	0,59
outras salmoneloses	A02	118	73	334	415	109	205	0,67	2,02
shigelose	A03	5	7	8	13	5	8	1,40	1,63
botulismo	A05.1	x	1	x	3	x	x	x	x
<b>Tuberculose</b>									
tuberculose respiratória	A15, A16	890	933	4191	4107	890	4008	1,05	1,02
tuberculose do sistema nervoso	A17	13	16	49	60	12	47	1,33	1,28
tuberculose miliar	A19	27	24	142	129	17	90	1,41	1,43
<b>Doenças bacterianas zoonóticas</b>									
brucelose	A23	128	98	819	683	127	857	0,77	0,80
leptospirose	A27	9	13	75	41	9	47	1,44	0,87
<b>Outras doenças bacterianas</b>									
doença de Hansen	A30	0	1	2	6	0	2	(ii)	3,00
tétano (exclui tétano neonatal)	A35	6	3	19	19	6	19	0,50	1,00
tosse convulsa	A37	2	5	8	13	2	11	2,50	1,18
infecções meningocócicas (excl. meningite)	A39	15	19	57	81	12	56	1,58	1,45
meningite meningocócica	A39.0	13	31	123	152	21	123	1,48	1,24
doença dos legionários	A48.1	x	0	x	1	x	x	x	x
infecção p/ <i>Haemophilus influenzae</i>	A49.2	x	2	x	13	x	x	x	x
<b>Infecções de transmissão sexual</b>									
sífilis congénita	A50	x	13	x	42	x	x	x	x
sífilis precoce	A51	40	93	173	239	45	203	2,07	1,18
infecções gonocócicas	A54	11	29	39	65	14	62	2,07	1,05
<b>Outras doenças por espiroquetas</b>									
doença de Lyme	A69.2	x	1	x	2	x	x	x	x
<b>Rickettsioses</b>									
febre escaro-nodular	A77.1	66	82	719	970	66	891	1,24	1,09
febre Q	A78	x	2	x	9	x	x	x	x
<b>Infecções virais do SNC</b>									
doença de Creutzfeldt-Jakob	A81.0	x	1	x	2	x	x	x	x
<b>Infec. virais c/ lesões da pele e mucosas</b>									
sarampo	B05	27	5	92	50	24	110	0,21	0,45
rubéola (exclui rubéola congénita)	B06	19	11	77	57	19	255	0,58	0,22
<b>Hepatite viral</b>									
hepatite por vírus A	B15	34	16	265	116	80	322	0,20	0,36
hepatite por vírus B	B16	90	71	527	398	136	662	0,52	0,60
hepatite outros vírus especificados	B17	8	2	31	12	3	17	0,67	0,71
hepatite por vírus C	B17.1	197	87	678	411	105	464	0,83	0,89
hepatite p/vírus não especificados	B19	4	1	16	10	9	33	0,11	0,30
<b>Outras doenças por vírus</b>									
parotidite	B26	275	597	2489	3156	1254	11014	0,48	0,29
<b>Doenças devidas a protozoários</b>									
malária (casos importados)	B50 a B54	11	10	80	53	11	80	0,91	0,66
leishmaniose	B55	2	3	11	14	2	15	1,50	0,93
<b>Helmintíases</b>									
hidatidose	B67	2	11	34	29	13	44	0,85	0,66
<b>Mening. bact. não classif. em outra parte</b>									
meningite p/ <i>Haemophilus influenzae</i>	G00.0	x	4	x	11	x	x	x	x
<b>Infec. específicas do período perinatal</b>									
rubéola congénita	P35.0	0	0	1	1	0	0	(ii)	(ii)

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

\*\* os dados relativos a 1999 são provisórios a 2 de Janeiro de 2000.

x - doenças de declaração obrigatória a partir de 1/1/1999.

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

Valores:  $\leq 0,75$  - baixo;  $0,76 - 1,24$  - normal;  $\geq 1,25$  - alto.

(ii) Mediana do triénio anterior com valor nulo

**DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE**  
**DIRECÇÃO DE SERVIÇOS DE INFORMAÇÃO E ANÁLISE**

Alameda D. Afonso Henriques, 45  
 1049-005 LISBOA

Tel. 21 843 05 00  
 Fax: 21 843 05 30 / 31

**COMPOSIÇÃO E IMPRESSÃO:**

EUROPRESS EDITORES E DISTRIBUIDORES DE PUBLICAÇÕES, LDA.  
 PTA. DA REPÚBLICA, LOJA A, PÓVOA DE STO. ADRIÃO - 2675-183 ODIVELAS  
 MAIO/00  
 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**