

# saúde em números

NOVEMBRO 96

VOLUME 11 N.º 5

## SUMÁRIO

- 33 EDITORIAL – E de novo a papeira!
- 34 PAROTIDITE EPIDÉMICA EM AVEIRO – 1.º semestre de 1996
- 36 DOENÇA DE CREUTZFELDT-JAKOB: Estudo retrospectivo 1980-1996 – Resultados preliminares
- 39 EUROSURVEILLANCE – Boletim Epidemiológico Europeu
- 40 DOENÇAS DE DECLARAÇÃO OBRIGATÓRIA – Casos notificados no 3.º trimestre de 1995 e 1996

## EDITORIAL

### E de novo, a papeira!

*Aleixo Dias\**

Portugal tem sido afectado nos últimos dois anos por uma epidemia de parotidite, anómala à luz dos indicadores vacinais disponíveis. De facto, a doença é prevenível pela vacina, e a inclusão da mesma no Plano Nacional de Vacinação data de 1986. Desde esse ano e até 1992, assistiu-se ao decréscimo progressivo das notificações na medida directa do acréscimo de cobertura vacinal, sobretudo entre os 12 e os 23 meses. A partir de então, tem-se notado um aumento da casuística, particularmente evidente na primavera de 1996, ano em que já temos declarados 9300 casos. A actividade viral, que se tinha atenuado a partir de Julho, voltou a recrudescer em finais de Outubro, principalmente no Centro e interior Norte.

As razões que estão por detrás deste fenómeno já foram explicitadas na edição anterior de Saúde em Números e assentam, fundamentalmente, na prevalência em Portugal das estirpes selvagens "B" e "C" do Paramixovírus, diferentes da estirpe "A" utilizada na fabricação das vacinas existentes no mercado.

Essas estirpes foram já reconhecidas noutros países europeus e estão, também aí, associadas a um acréscimo das notificações específicas.

Estamos, porém, convencidos de que os níveis de alta cobertura vacinal, que hoje se encontram na generalidade das regiões do nosso país, não são homogéneos nos vários grupos etários, estando por vezes aquém dos 95% desejados para que se atinja uma imunidade de grupo. Daí que estudos dirigidos por profissionais de saúde que exerçam a sua actividade no terreno sejam da maior importância para a detecção de bolsas susceptíveis na população e para a avaliação da qualidade dos métodos e procedimentos de distribuição, manutenção e aplicação das vacinas, difíceis de identificar no contexto nacional.

Numa altura em que novo acréscimo de notificações se volta a registar, publicamos hoje mais um trabalho sobre parotidite, desta vez da Dr<sup>a</sup> Fernanda Loureiro, que é um exemplo do que ficou dito no parágrafo anterior.

Visando o completo esclarecimento da situação, a Direcção-Geral da Saúde, que desde logo estudou as causas da epidemia sendo Portugal dos primeiros

(\*) Chefe da Divisão de Epidemiologia e Bioestatística da Direcção-Geral da Saúde

países a identificar as estirpes selvagens, divulgou os resultados preliminares junto das Autoridades de Saúde e da população em geral, informando igualmente a Organização Mundial da Saúde, os órgãos de vigilância epidemiológica das doenças transmissíveis da Comunidade Europeia e os Laboratórios da indústria farmacêutica que produzem a vacina.

Paralelamente, levou a cabo um estudo retrospectivo baseado numa amostra de 20 000 crianças e jovens, aleatoriamente estratificada por idade e região, no qual teve o apoio empenhado das Autoridades de Saúde e demais profissionais em todo o país, visando a determinação objectiva da cobertura vacinal específica, nome e lote da vacina utilizada e, também, da ocorrência da doença. Decorre

actualmente o processamento da informação, que deverá estar concluída até ao final do corrente ano.

Desenha-se actualmente uma terceira investigação dirigida à determinação da seroconversão específica das crianças em função da vacina aplicada, com a colaboração do Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, que se espera poder levar a cabo durante os próximos meses.

Assim, e até ao esclarecimento completo de todos estes elementos, justifica-se insistir na manutenção e cumprimento do esquema vacinal actual, bem como das restantes medidas preventivas referidas na Circular Informativa 25DSSP, de 21/5/96, desta Direcção-Geral, única forma de prevenir a doença e/ou de minorar os seus efeitos e complicações.

## PAROTIDITE EPIDÉMICA EM AVEIRO – 1.º semestre de 1996

Maria Fernanda de Jesus Loureiro\*

### INTRODUÇÃO

O Dia Mundial da Saúde de 1987 (7 de Abril) assinalou a entrada no Plano Nacional de Vacinação (PNV) da vacina contra o Sarampo, Parotidite e Rubéola (VASPR)<sup>(1)</sup>. O grupo alvo desta vacina é constituído pelas crianças no 2º ano de vida, sendo a aplicação feita preferencialmente aos 15 meses de idade. A Circular Normativa nº10/DTP, de 1990<sup>(2)</sup>, trouxe novas alterações ao PNV. A principal novidade foi a introdução de uma segunda dose de VASPR, no grupo etário dos 11 aos 13 anos, sendo um dos seus objectivos "...possibilitar a erradicação, a médio prazo, do Sarampo, da Rubéola e da Parotidite...", cabendo aos profissionais de saúde a importante tarefa de informar e motivar as famílias, diminuindo as oportunidades perdidas de vacinação.

No mesmo texto, pode ler-se que "Só uma taxa muito elevada de cobertura vacinal permite obter a imunidade de grupo.". E, mais adiante: "Os objectivos do PNV, para além da protecção individual, visam também o controlo ou mesmo a erradicação, das doenças evitáveis pela vacinação na comunidade", concluindo que "Só assim poderão ser atingidas as Metas Europeias da OMS, relativas às doenças evitáveis pela vacinação.".

O que se verificou no distrito de Aveiro, após a introdução da VASPR no PNV, foi uma diminuição irregular do número de casos notificados até 1993, com uma ligeira subida em 1992 (Quadro I). Em 1994, os valores voltaram a subir, atingindo no 1º semestre deste ano os 1304 casos.

Quadro I - Nº de casos notificados de Parotidite Epidémica referentes ao distrito de Aveiro, por ano

Anos									
1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	
282	274	176	26	24	84	7	269	140	

(\*) Assistente de Saúde Pública - Coordenadora das Doenças Transmissíveis e Parasitoses da Sub-Região de Saúde de Aveiro

Perante esta realidade, interessava conhecer as características da população afectada pela doença, tendo especial atenção ao seu estado vacinal, relativamente à VASPR.

### OBJECTIVOS

- Caracterizar os indivíduos que, durante o 1º semestre de 1996, tiveram Parotidite Epidémica;
- Relacionar a ocorrência da doença com o estado vacinal em relação à VASPR;
- Definir as fronteiras geográficas do surto.

### MÉTODOS

#### População Alvo

Todas as notificações de Parotidite Epidémica com data de notificação compreendida entre 1 de Janeiro e 30 de Junho de 1996.

Para além dos itens contidos no modelo de notificação, foi solicitado ao Delegado de Saúde de cada Concelho que mencionasse o estado vacinal do doente em relação à VASPR.

#### Variáveis Estudadas

##### Variáveis Independentes

- Idade
- Sexo
- Concelho de residência
- Mês de notificação da doença

##### Variáveis Dependentes

- Estado de imunização com a VASPR
- Ocorrência de Parotidite Epidémica.

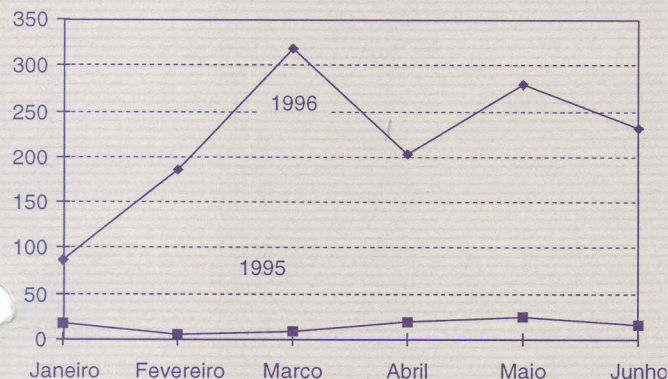
### RESULTADOS

No primeiro semestre de 1996, foram notificados no distrito de Aveiro 1304 casos de Parotidite Epidémica. Como se pode observar na figura 1, em igual período do ano anterior tinham-se registado 91 casos.

Dos 1304 casos notificados, 703 pertenciam ao sexo masculino e 601 ao sexo feminino, numa proporção de 53,91% e 46,09%, respectivamente.

Registaram-se casos em todas as idades, sendo a idade mínima inferior a um ano e a idade máxima de 63 anos. A idade média foi de 9,78 anos. De salientar, como se pode ver no Quadro II, que foi o grupo etário dos 10 aos 14 anos o mais atingido, com quase 40% dos casos.

Figura 1 - Nº de casos de Parotidite Epidémica notificados no distrito de Aveiro, por mês - 1º semestre de 1995 e 1996

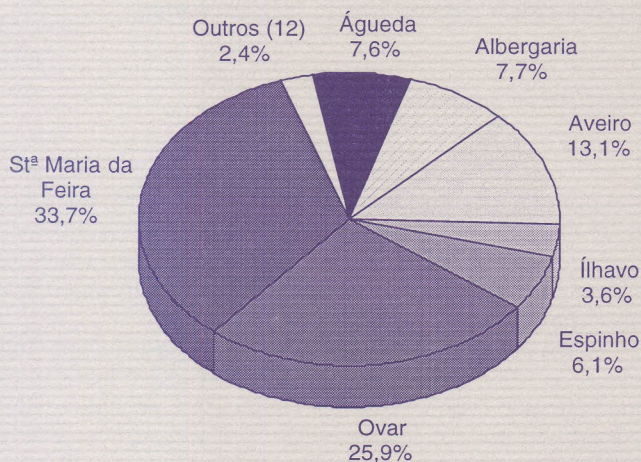


Quadro II - Distribuição dos casos notificados de Parotidite Epidémica no distrito de Aveiro, segundo grupos etários - 1º semestre de 1996

	Grupos Etários					TOTAL
	< 1	1-4	5-9	10-14	>=15	
Nº	2	299	331	514	158	1340
%	0,2	22,9	25,4	39,4	12,1	100,0

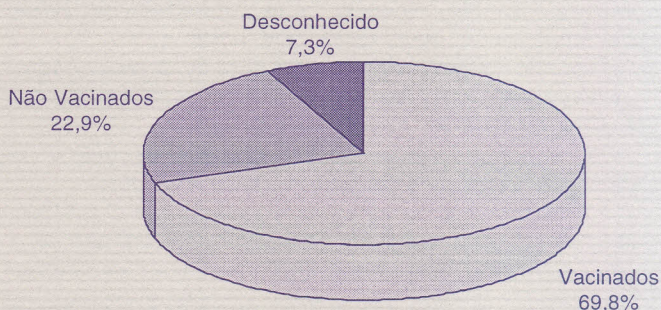
Relativamente à distribuição geográfica, verifica-se que Santa Maria da Feira, Ovar e Espinho, concelhos com fronteiras comuns, detêm 65,64% das notificações, enquanto os concelhos contíguos de Ílhavo, Aveiro, Albergaria e Águeda se encontram representados com 31,98%. Aos restantes 12 concelhos do distrito apenas correspondem 2,38% de todas as notificações (Figura 2).

Figura 2 - Distribuição dos casos notificados de Parotidite Epidémica no distrito de Aveiro, por concelho - 1º semestre de 1996



A colaboração de todos os Delegados de Saúde do distrito e respectivos Adjuntos permitiu conhecer também, em relação aos casos notificados, o seu estado vacinal (Figura 3).

Figura 3 - Distribuição relativa dos casos notificados de Parotidite Epidémica no distrito de Aveiro, segundo o estado vacinal (VASPR) - 1º semestre de 1996



Verificou-se que em 910 (70%) dos 1304 casos de doença, tinha havido vacinação com a VASPR, havendo 95 em que a situação era desconhecida.

Nos sete concelhos mais atingidos, a proporção de vacinados entre os doentes foi a que se pode observar no quadro III.

Quadro III - Distribuição dos casos de Parotidite, segundo o estado vacinal (VASPR), por concelho de residência

Concelho	VASPR	
	Vacinados	Não vacinados
Sta Mª da Feira	77,2	15,3
Ovar	73,1	20,7
Aveiro	44,4	49,7
Albergaria	84,0	13,0
Águeda	49,5	46,5
Espinho	67,1	12,7
Ílhavo	89,4	2,1

Constatou-se também que, dos 299 que não estavam vacinados, 184 (61,54%) cumpriam o critério da idade para o estar. No entanto, muitos deles, especialmente os situados na faixa dos 11-14 anos, não estavam ainda com a vacina em atraso.

## DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

É preciso ser cauteloso e selectivo ao tirar conclusões sobre os dados em estudo.

Se, por um lado, há o conhecimento, não quantificável, da subnotificação crónica - embora num relatório enviado pelo Delegado de Saúde de Stª Maria da Feira, Dr. José Manuel Gomes de Pinho, em 25 de Janeiro deste ano, referente aos meses de Novembro e Dezembro de 1995, se refira que nesse período se verificaram 94 casos, tendo sido notificados 21 (22,3%) - por outro, é possível que alguns

casos sejam notificados, fruto da vaga de Parotidite que assolou o distrito (e o País), sem os devidos cuidados do diagnóstico diferencial que esta situação requer, nomeadamente a infecção por outros vírus ou bactérias, cálculo no canal de Stensen, ou mesmo adenite cervical ou reacção a certos medicamentos (3).

De qualquer forma, os dados de que dispomos indicam-nos que a evolução da doença ocorreu sob a forma de surto epidémico, ficando, de certa forma, protegidas as zonas mais interiores e mais rurais. De notar que 7 dos 19 concelhos do distrito notificaram 97,62% de todos os casos.

No entanto, estas deduções podem estar enviesadas por diversos factores, como, por exemplo:

– A maior motivação de uns do que de outros na Notificação Obrigatória de determinadas doenças.

– O efeito “bola de neve” ou de alerta que o conhecimento de um surto epidémico tem sobre as notificações.

Por outro lado, esta discrepância do número de notificações entre concelhos pode servir de sentinela para as diferenças entre as taxas de cobertura vacinal no distrito.

Segundo o último relatório de actividades, relativo à Sub-Região de Aveiro em 1995, a cobertura vacinal com a VASPR era de 86,4% aos 2 anos de idade e de 86,6% aos 14 anos, o que, mesmo que se garantissem as condições ideais da vacina e da respectiva administração, seria manifestamente insuficiente para garantir a imunidade de grupo.

De qualquer forma, o quadro modificou-se, a ser verdade a ineficácia (total ou parcial) da vacina(4), embora a situação não seja, de facto, nova. Em 1993, num estudo realizado sobre o Sarampo, Rubéola e Parotidite ocorridos no distrito de Aveiro no ano de 1992, verificou-se que 34,1% dos casos de Parotidite Epidémica notificados tinham ocorrido em indivíduos vacinados(5).

A responsabilidade do surto que está a acontecer no País foi imputada às estirpes B e C dum Paramixovírus da Parotidite(4), donde, a não ser que surja rapidamente uma nova vacina eficaz contra estas estirpes, parece difícil, à distância de 4 anos do ano 2000, cumprir a Meta nº 5 das Metas de Saúde Para Todos, reformulada, em 1992, por um

Comité de Peritos da OMS para a Região Europeia(6) e que prevê uma nova Meta em relação à Parotidite:

«No ano 2000 não deve haver casos autóctones de Parotidite na Região».

Que fazer então?

Algumas medidas têm de ser tomadas, tendo em vista o controlo da epidemia e que passam por:

– Manter a vacinação contra a VASPR, apesar da relativa ineficácia da vacina;

– Melhorar a cobertura vacinal, atingindo e mantendo, pelo menos, os 95%;

– Proceder à evicção escolar ou laboral dos casos notificados, segundo os prazos legais;

– Diminuir a subnotificação, sensibilizando os profissionais para a importância dessa tarefa na correcta avaliação da situação;

– Diminuir a sobrenotificação através dum diagnóstico diferencial mais rigoroso, chamando também a atenção para as situações que ocorram nas três semanas após a vacinação, que, como vem referido nas “Metas Operacionais Para Doenças Epidémicas”(6), são provavelmente casos associados à vacina, sem significado em termos de Saúde Pública;

– Caracterizar os vários concelhos do distrito quanto à cobertura da VASPR e ocorrência da doença.

## BIBLIOGRAFIA

- (1) MINISTÉRIO DA SAÚDE, Portaria nº 184/87, de 14 de Abril.
- (2) DGCSP, Circular Normativa nº10/DTP, de 90.09.04; Assunto: Normas de Vacinação do Plano Nacional de Vacinação.
- (3) HARRISON, Medicina Interna, 10ª Edição, 1984, Ed. Guanabara, Koolgan SA, p. 1126-1319.
- (4) DIAS, J.A. e Outros, Parotidite Epidémica em Portugal, Direcção-Geral da Saúde.
- (5) LOUREIRO, Fernanda, Sarampo, Rubéola e Parotidite no distrito de Aveiro em 1992, in Revista de Saúde Infantil, 1994, 16, p. 103.
- (6) WORLD HEALTH ORGANIZATION, Regional Office for Europe, Operational Targets for Epidemics, Report on a Who Meeting, Milan, p. 23-25, Junho 1992.

## DOENÇA DE CREUTZFELDT-JAKOB: Estudo retrospectivo 1980-1996 Resultados preliminares

Mário Carreira(1), Carlos Lima(2), José Pimentel(3), Maria Sande Lemos(4)

### INTRODUÇÃO

A Doença de Creutzfeldt-Jakob (DCJ), descrita pela primeira vez em 1920-1921, é uma doença rara com uma

incidência anual na Europa entre 0,5 a 1 caso por milhão de habitantes(1). Inclui-se nas Encefalopatias Espongiformes Transmissíveis (EET), juntamente com o Síndrome de Gerstmann-Sträussler-Scheinker, o Kuru e a Insónia Familiar Fatal(2).

A maioria dos casos de DCJ são esporádicos, mas cerca de 10% são de transmissão familiar(1). Pode ocorrer também por tecidos transplantados (por ex. dura-mater, córnea) ou por administração de hormona de crescimento humana de origem cadavérica.

(1) Assistente de Saúde Pública da Direcção-Geral da Saúde

(2) Assistente de Neurologia do Hospital Egas Moniz

(3) Chefe de Serviço Graduado de Neurologia do Hospital de Santa Maria

(4) Investigadora Auxiliar da Faculdade de Medicina de Lisboa

As EET estão também descritas em animais, sendo conhecido há muito, por exemplo, o Scrapie do carneiro. A Encefalopatia Espongiforme Bovina (BSE) foi descrita pela primeira vez em 1987, no Reino Unido, tendo atingido dimensões epidémicas com cerca de 500 000 animais diagnosticados até agora.

A hipótese de transmissão ao homem, apesar de ter sido ponderada desde essa data, parecia ser improvável; no entanto, com a descrição, em Abril de 1996, de dez casos de uma nova variante da DCJ (VDCJ) no Reino Unido<sup>(3)</sup> e, mais recentemente ainda, com a demonstração de semelhanças entre as proteínas priónicas da VDCJ e as dos animais infectados experimentalmente com BSE<sup>(4)</sup>, reforçaram-se as suspeitas dessa transmissibilidade. A VDCJ difere da forma clássica, por ocorrer em idades <40 anos, apresentar-se predominantemente sob a forma de quadros psiquiátricos e ter uma maior duração.

Em toda a Europa, tem-se feito um esforço para aprofundar o conhecimento epidemiológico da doença, tentando-se identificar o aparecimento de casos de nova variante em outros países.

Em Portugal, país endémico da BSE, também não pode ser descurado este trabalho. A vigilância epidemiológica da DCJ iniciou-se em 1993, por iniciativa da Divisão de Epidemiologia e Bioestatística da Direcção-Geral da Saúde, tendo sido feito um levantamento dos casos registados nos hospitais de todo o país desde 1970.

Este ano, e no âmbito da Comissão para o Estudo e Acompanhamento das Encefalopatias Espongiformes, constituída por representantes dos Ministérios da Saúde e da Agricultura e das Ordens dos Médicos e dos Veterinários, foi formado um grupo de trabalho para a revisão de todos os casos suspeitos entre 1980 e 1996.

## MATERIAL E MÉTODOS

Para este estudo foram considerados casos suspeitos todos os que tivessem diagnóstico de óbito por DCJ, ou internamento com esse diagnóstico ou ainda quadros demenciais com electroencefalograma compatível com DCJ. Os casos suspeitos foram identificados de três modos: registos de óbito, indicação dos hospitais e pesquisa directa em alguns Serviços de Neurologia dos hospitais centrais.

Foram recolhidas, directamente por um membro do grupo de trabalho, cópias dos processos clínicos, incluindo, sempre que possível, os EEG. Os processos foram revistos de acordo com os critérios de diagnóstico clínico actualmente em vigor para a forma clássica da DCJ esporádica (Quadro I)<sup>(5)</sup>.

Foram ainda procuradas indicações de cirurgia endocraniana (com eventual transplante de dura-mater) e antecedentes familiares de óbitos por demência. Investigou-se também a existência de casos compatíveis com as características clínicas da VDCJ.

Quadro I - Critérios de diagnóstico da Doença de Creutzfeldt-Jakob esporádica clássica.

### Definitivo

Com confirmação histológica ou  
Confirmação por imunocitoquímica.

### Provável

Demência progressiva.  
Com EEG típico.  
E, pelo menos, duas das seguintes características:  
Mioclonias  
Alterações visuais ou cerebelosas  
Alterações piramidais ou extrapiramidais  
Mutismo acínético

### Possível

Três das quatro características listadas acima.  
Sem EEG ou com EEG atípico.  
E duração menor que dois anos.

## RESULTADOS

Foram identificados 72 casos suspeitos, mas só foi possível, até ao momento, recolher informação suficiente para a revisão em 40 deles. Destes, somente 25 (62,5%) foram considerados como DCJ esporádica, sendo classificados como definitivos 13 (52%), como prováveis 10 (40%) e como possíveis dois (8%). Dos casos considerados como DCJ, 13 (52%) eram mulheres e 12 (48%) homens.

A distribuição anual dos casos suspeitos não apresentou grandes variações, com um máximo de cinco casos num ano (Quadro II). A taxa de mortalidade de casos suspeitos não ultrapassou os 0,5 por milhão de habitantes por ano.

Quadro II - Distribuição, por ano, dos óbitos dos casos suspeitos e dos casos classificados como DCJ

Ano	Nº de casos suspeitos	Confirmados	Ano	Nº de casos suspeitos	Confirmados
82	4	4	91	2	2
83	3	1	92	3	1
84	1	0	93	2	1
86	3	3	94	2	1
87	4	2	95	1	1
88	4	2	96	2	2
89	1	1	Ignor.	3	0
90	5	4	Total	40	25

Entre os casos revistos não houve nenhum nos anos de 1980 e 1981

Os casos ocorreram no Continente e na Região Autónoma dos Açores, não se verificando qualquer aglomerado.

Não foram identificados casos familiares nem por transplante de tecidos, nomeadamente dura-mater, nem por administração de hormona de crescimento, assim como não foi identificado nenhum caso com características clínicas da nova variante.

A idade média dos casos confirmados foi de 62,2 anos, sendo a mínima de 46 e a máxima de 73 anos; 96% dos casos de DCJ tinham idades superiores a 49 anos (Quadro III).

Quadro III - Distribuição dos casos confirmados, por grupos etários.

Grupo etário	Nº de casos	%
40-49	1	4,0
50-59	8	32,0
60-69	14	56,0
≥70	2	8,0

O tempo médio de duração entre o início dos sintomas e o óbito foi de 8,6 meses, com um mínimo de um mês e um máximo de 47 meses, nos 22 casos confirmados em que foi possível obter a informação (Quadro IV).

Quadro IV - Distribuição dos casos confirmados, segundo o tempo, em meses, entre o início dos sintomas e o óbito.

Duração(meses)	Nº de casos(n=22)	%
1-5	10	45,5
6-10	8	36,4
11-15	1	4,5
>15	3	13,6

A demência foi comum a todos os doentes, com excepção de um caso (Quadro V) em que não foi possível determinar a sua ocorrência, por a história clínica se iniciar já numa fase de coma e sem possibilidade de se recorrer à informação de familiares.

Quadro V - Distribuição dos sinais ou sintomas utilizados na classificação da DCJ.

Sinais ou sintomas	Nº de casos	%
Demência	24	96,0
Mioclónias	19	76,0
Alterações cerebelosas	18	72,0
EEG típico	15	60,0
Alterações extrapiramidais	12	48,0
Alterações piramidais	10	40,0
Mutismo acínético	7	28,0
Alterações visuais	4	16,0

O EEG típico ocorreu em 60% dos casos confirmados, mas somente cinco dos 13 casos definitivos tinham EEG típico. As mioclónias e as alterações cerebelosas ocorreram em oito casos definitivos.

## DISCUSSÃO

Estando somente revistos até este momento pouco mais de metade dos casos suspeitos, estes resultados têm de ser avaliados com alguma cautela. O facto de somente 25 em 40 casos poderem ser classificados actualmente como DCJ não significa que os restantes não o pudessem ser, dado que a informação constante dos processos clínicos era escassa.

Considerando todos os casos suspeitos, a taxa de incidência mantém-se aquém do que é habitualmente relatado<sup>(1)</sup>. Este facto poderá ser consequência de subdiagnóstico, quer pela não referência dos doentes a hospitais com Serviços de Neurologia, quer por confusão com outro quadro demencial, quer, finalmente, pelo pequeno número de autópsias habitualmente realizadas em Portugal.

No entanto, os resultados da nossa casuística são no geral semelhantes aos de outros países<sup>(1)</sup>. A maior incidência foi na quinta e sexta décadas de vida. Na maioria dos casos o intervalo entre o início dos sintomas e o óbito foi inferior a um ano. A duração da doença poderá estar subavaliada, pois que nos processos o início da doença tendeu a ser reportado a períodos já relativamente tardios da história natural da doença. Por outro lado, em alguns casos, a doença surge associada a outras alterações do foro neurológico, como, por exemplo, acidentes vasculares cerebrais, o que tornou impreciso o início da sintomatologia específica da DCJ.

Na nossa casuística há, no entanto, dois casos de duração pouco habitual, 24 e 47 meses, ambos com diagnóstico histológico e que deverão ser objecto de estudos de genética molecular.

O EEG típico, considerado como condição necessária para a designação de provável, não ocorreu na maioria dos casos com confirmação histológica, o que sugere que a informação derivada deste exame complementar pode estar a ser sobrestimada.

## CONCLUSÕES

Apesar de serem resultados preliminares, o padrão da DCJ em Portugal parece estar de acordo com o habitual na forma esporádica da doença, com excepção da incidência, que surge abaixo do habitualmente descrito<sup>(1)</sup>.

Para além da completa descrição epidemiológica e revisão clínica dos casos, pensa-se ser necessário caracterizar genotipicamente a doença a partir do material biológico ainda existente.

O desenvolvimento de um sistema de vigilância epidemiológica da DCJ requer um correcto diagnóstico da doença, sendo prementes políticas de promoção do exame necrópsico.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Alperovitch A, Brown P, Weber T. et al: Incidence of Creutzfeldt-Jakob disease in Europe in 1993. *Lancet* 1994; 343:918.
- (2) Benenson AS, Ed.: *Control of Communicable Diseases Manual*. American Public Health Association. Washington. 1995.
- (3) Will RG, Ironside JW, Zeidler M et al.: A new variant of Creutzfeldt-Jakob disease in the UK. *Lancet* 1996; 347:921-25.
- (4) Collinge J, Sidle K, Meads J, Ironside J & Hill A: Molecular analysis of prion strain variation and aetiology of "new variant" CJD. *Nature* 1996; 383:685-690.
- (5) Budka H, Aguzzi A, Brown P, et al: Tissue handling in suspected Creutzfeldt-Jakob disease (CJD) and other human spongiform encephalopathies (prion diseases). *Brain Pathology* 1995; 5:319-322.

---

## EUROSURVEILLANCE – Boletim Epidemiológico Europeu

### ACERCA DO EUROSURVEILLANCE

O **EuroSurveillance** é o boletim europeu de doenças transmissíveis. Tem por objectivos publicar dados de trabalhos de vigilância e resultados de investigações de surtos, comparar abordagens nacionais para a prevenção de doenças transmissíveis e colher material de interesse internacional dos boletins nacionais.

É financiado pela Comissão Europeia e resulta do trabalho de um comité editorial formado pelos editores dos boletins dos países membros da União Europeia, coordenados por uma equipa franco-inglesa, associando o Centro Nacional de Saúde Pública (RNSP, Saint-Maurice), o Centro de Vigilância das Doenças Transmissíveis (CDSC, Londres) e o Centro Europeu para a Monitorização Epidemiológica da SIDA (CESES, Saint-Maurice). **Portugal encontra-se, desde o início, envolvido neste projecto através do Boletim Saúde em Números publicado pela Direcção-Geral da Saúde -Divisão de Epidemiologia e Bioestatística (DEB).**

O **EuroSurveillance** é uma de várias iniciativas de implementação da política da UE, no sentido de incrementar a troca de informação sobre saúde pública e epidemiologia, incluindo o desenvolvimento de redes de vigilância de doenças transmissíveis e um programa europeu de formação a nível da epidemiologia.

Trata-se de um boletim mensal, editado desde Julho de 1996, em francês e inglês no seu formato impresso, sendo distribuído a mais de 12 000 pessoas na Europa. Na sua versão electrónica (<http://www.b3e.jussieu.fr/ceses>), o boletim encontra-se disponível em quatro línguas: francês, inglês, espanhol e **português**, sendo a tradução para português assegurada pela DEB.

A distribuição do **EuroSurveillance** é, actualmente, gratuita e feita directamente pelo CESES.

Os artigos para publicação no **EuroSurveillance**, em francês ou inglês, devem ser previamente submetidos à DEB para apreciação.

O **EuroSurveillance**, tal como o Saúde em Números, não tem *copyright*, pelo que, os artigos nele publicados podê-lo-ão ser também em outras revistas.

Participe também neste projecto enviando-nos os seus artigos. As instruções para os autores encontram-se disponíveis na Internet, mas poderão ser solicitadas para a DEB.

O Saúde em Números passará a incluir uma pequena secção com o índice dos artigos publicados no **EuroSurveillance**. Neste boletim, inclui-se o índice dos 6 números já publicados.

### EUROSURVEILLANCE

Conteúdo das edições anteriores

#### • Volume 1 número 1, Julho de 1996

- Aumento da sífilis na Finlândia, relacionado com a epidemia russa
- Surto de Escherichia Coli O157 na Suécia
- Surto de shigelose numa instituição para crianças em Portugal
- Vigilância da tuberculose na Europa

#### • Volume 1 número 2, Agosto de 1996

- Surto de infecções por Salmonella dublin em França, Novembro - Dezembro 1995
- Um surto de cryptosporidiose na Holanda
- Resposta a um caso suspeito de difteria em Dordrecht, Holanda
- Regresso da difteria à Europa

#### • Volume 1 número 3, Setembro de 1996

- Gastroenterites a SRSV-1 em Malta, 1995
- A tuberculose em Portugal: uma perspectiva histórica até 1994
- Prevalência de HIV-2 na Europa
- Acção Concertada Europeia sobre a Doença de Lyme

#### • Volume 1 número 4, Outubro de 1996

- Editorial
- Parotidite epidémica em Portugal apesar duma elevada cobertura vacinal - relatório preliminar
- Meningite viral em Chipre e em Inglaterra: Verão de 1996
- HELICS: um projecto europeu para normalizar a vigilância das infecções hospitalares, 1994-1995
- Programa Europeu de Formação em Epidemiologia de Intervenção
- Eurosurveillance na Web

#### • Volume 1 Número 5, Novembro de 1996

- Surto de Hepatite A em Puglia, Itália, 1996
- Valor da vacina da gripe durante um surto de gripe Influenza A num lar de 3ª idade, Pirenéus Atlânticos, França, Novembro-Dezembro de 1995
- GTIL: Um programa Europeu de vigilância da doença do legionário associada a viagens

#### • Volume 1 Número 6, Dezembro de 1996

- Editorial
- A Doença de Creutzfeldt-Jakob: resultados de um inquérito na União Europeia
- Meningites bacterianas na Europa
- Epidemia de sarampo em adolescentes na Bélgica

**DOENÇAS DE DECLARAÇÃO OBRIGATÓRIA\***  
**Casos notificados no 3.º trimestre de 1995 e 1996\*\***  
**PORTUGAL (excepto Açores)\*\*\***

DOENÇAS	Código OMS CID - 9	CASOS DECLARADOS 3.º Trimestre		CASOS ACUMULADOS 3.º Trimestre		MEDIANA 1993-1995		ÍNDICE EPIDÉMICO <sup>(i)</sup>	
		1996	1995	1996	1995	3.º Trim.	Acum.	3.º Trim.	Acum.
<b>Doenças infecciosas intestinais</b>									
febres tifóide e paratífóide	002	96	131	233	312	125	273	0,77	0,90
outras salmoneloses	003	38	52	75	157	75	157	0,51	0,52
<b>Zoonoses por bactérias</b>									
carbúnculo	022	1	0	4	2	0	1	-	4,00
brucelose	023	190	202	707	815	267	944	0,71	0,77
<b>Outras doenças bacterianas</b>									
tosse convulsa	033	5	6	12	12	6	14	0,83	1,07
escarlatina	034.1	102	70	660	340	58	323	1,76	2,15
infecções meningocócicas	036	10	5	35	44	9	51	1,11	0,78
meningite meningocócica	036.0	22	13	91	81	25	120	0,88	0,81
tétano (exclui tétano neonatal)	037	6	9	14	23	9	23	0,67	0,65
<b>Doenças por vírus com exantema</b>									
sarampo	055	17	66	80	175	66	374	0,26	0,23
rubéola (exclui rubéola congénita)	056	85	25	217	117	75	508	1,13	0,47
<b>Outras doenças por vírus</b>									
hepatite por vírus A	070.0-070.1	71	66	262	240	103	401	0,69	0,73
hepatite por vírus B	070.2-070.3	125	227	555	769	227	806	0,55	0,75
hepatite por vírus C		61	91	273	353	91	303	0,67	0,95
hepatite p/outros vírus especif.	070.4-070.5	5	3	12	11	2	11	2,50	1,27
hepatite p/vírus não especif.	070.6-070.9	3	9	23	36	27	90	0,11	0,16
parotidite epidémica	072	2166	427	7704	1584	241	1210	8,99	6,73
<b>Rickettsioses e outras doenças transmitidas por artrópodes</b>									
rickettsioses	080-083	16	17	28	34	20	34	0,80	0,85
febre escaro-nodular	082.1	781	590	904	715	544	607	1,44	1,50
malária (casos importados)	084	16	22	59	73	22	55	0,73	1,22
leishmaníase	085	7	4	14	14	4	15	1,75	0,93
<b>Sífilis e outras doenças venéreas</b>									
sífilis precoce sintomática	091	26	31	72	97	29	91	0,90	0,86
sífilis precoce latente	092	17	21	57	57	21	57	0,81	1,12
infecções gonocócicas	098	16	13	52	45	22	58	0,73	0,93
<b>Outras d. provocadas p/ espiroquetas</b>									
leptospirose	100	6	7	18	20	7	21	0,86	0,86
<b>Helmintíases</b>									
hidatidose	122	17	8	34	23	3	8	5,67	4,63
<b>Tuberculose</b>									
pulmonar e aparelho respiratório	011-012	722	807	2418	2361	(ii)	(ii)	(ii)	(ii)
meníngea e do SNC	013	10	9	30	35	(ii)	(ii)	(ii)	(ii)
miliar	018	18	10	55	38	(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 25 Out/96.

\*\*\* os dados relativos à R. 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  
JANEIRO/97  
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