

# saúde em números

ABRIL 97

VOLUME 12 N.º 2

## SUMÁRIO

- 9 A CLÍNICA GERAL E O TEMA HIV/SIDA
- 12 ESTUDO DE SEROCONVERSÃO PELO COMPONENTE PAROTIDITE EPIDÉMICA (*RUBINI*) DA VASPR, EM ADOLESCENTES DO CONCELHO DE SABROSA
- 15 EUROSURVEILLANCE - Boletim epidemiológico europeu
- 15 SAÚDE EM NÚMEROS – Números publicados em 1995 E 1996
- 16 DOENÇAS DE DECLARAÇÃO OBRIGATÓRIA – Casos notificados no 4.º trimestre de 1995 e 1996

## A CLÍNICA GERAL E O TEMA HIV/SIDA

Informação gerada pelos “Médicos-Sentinela” de Portugal – 1994

*Isabel Marinho Falcão<sup>(1)</sup>, Graça Lima<sup>(2)</sup>, J. Aleixo Dias<sup>(3)</sup>*

### INTRODUÇÃO

A infecção por HIV é uma importante causa de morbimortalidade em vários países da Europa. Com efeito, em 1994, na região europeia da OMS<sup>(1)</sup> registou-se um aumento de 14% em relação ao número de casos notificados em 1993. Portugal não é excepção, pois o número de novos casos notificados tem aumentado, de forma consistente, nos últimos anos: de 192 casos em 1992 para 362 casos em 1994, o que corresponde a um aumento de 88,5% em 2 anos<sup>(2)</sup>.

Apesar da reconhecida magnitude do problema, pouco se sabe acerca das atitudes dos médicos e da população em geral sobre as questões relacionadas com HIV/SIDA.

A Comissão das Comunidades Europeias financiou, em 1994, um estudo sobre SIDA, no âmbito do

Programa “A Europa contra a SIDA”, que foi realizado por redes sentinela de vários países da Europa. O seu principal objectivo foi fornecer, através do registo das consultas de clínica geral em que o tema HIV/SIDA foi abordado, indicadores de como os Clínicos Gerais (CG) e, também, a população em geral lidavam com as questões relacionada com HIV/SIDA.

### METODOLOGIA

Portugal integrou este estudo desde o seu início através da rede “Médicos-Sentinela”. Em 1994, a rede era constituída por cerca de duzentos médicos de clínica geral, de todo o continente, que notificaram todas as consultas em que o tema HIV/SIDA (apenas referido como tema) foi discutido com o utente.

No suporte de notação habitual, foram incluídas as variáveis consideradas necessárias pelos países participantes, referentes a três questões fundamentais:

1. *assuntos* relacionados com o tema discutidos entre clínico geral e utente;
2. *prescrição do teste* para detecção de HIV;
3. *tipo de informação* facultada pelo médico.

(1) Assistente Graduado de Clínica Geral – Divisão de Epidemiologia e Bioestatística da Direcção-Geral da Saúde

(2) Assistente de Clínica-Geral – Divisão de Epidemiologia e Bioestatística da Direcção-Geral da Saúde.

(3) Chefe da Divisão de Epidemiologia e Bioestatística da Direcção-Geral da Saúde.

Para além das variáveis *idade* e *sexo*, inclui-se também a variável *categoria de transmissão/factor de risco*, para caracterizar a população utente destas consultas. Os factores de risco foram hierarquizados de forma a que só um fosse contabilizado por consulta notificada.

Foram excluídos do estudo os utentes seropositivos ou com SIDA, por se aceitar constituírem um grupo diferente da população em geral, quanto à informação e atitudes sobre a infecção e a doença.

O estudo decorreu de 94/01/01 a 94/12/31.

## RESULTADOS

Foram notificadas por 103 CG, 532 consultas de clínica geral em que o tema HIV/SIDA foi abordado; 213 referentes a utentes do sexo masculino (40,0%) e 319 (60,0%) do sexo feminino. A distribuição por grupos etários pode observar-se no quadro I, verificando-se que mais de 90% das consultas ocorreram até aos 39 anos.

Quadro I - Distribuição das consultas em que o tema HIV/SIDA foi abordado, segundo o sexo e grupo etário dos utentes - Portugal 1994

Gr.etário	Homens	Mulheres	Total	% acum.
< 15	7	8	15	2,8
15-19	43	66	109	23,3
20-29	96	163	259	72,0
30-39	42	61	103	91,4
40-49	13	11	24	95,9
50-59	8	8	16	98,9
≥60	4	2	6	100,0
Total	213	319	532	

A *iniciativa* de discutir o tema foi dos CG em 326 (63,5%) consultas, dos utentes em 175 (34,1%) e de terceiros em 12 (2,3%).

Em 401 (78,2%) consultas o tema foi discutido pela 1ª vez, enquanto que em 122 (23,8%) consultas já tinha sido abordado anteriormente.

Não foi identificada nenhuma categoria de transmissão/factor de risco em 344 (64,7%) consultas, referentes a 100 homens e 244 mulheres.

A maior parte das consultas a utentes que pertenciam a alguma categoria de transmissão registou-se nos que tinham tido 'contactos heterossexuais de risco'\*, seguida dos 'utilizadores de droga intravenosa' (Quadro II).

Quadro II - Distribuição das consultas segundo a categoria de transmissão (factor de risco), por sexo - Portugal 1994

Factor de risco	Homens		Mulheres		Total	
	nº	%	nº	%	nº	%
C/ factor de risco identif.	113	53,1	75	23,5	188	35,3
Cont. heteros. risco*	40	18,8	36	11,3	76	14,3
Utiliz. droga IV	40	18,8	15	4,7	55	10,3
Outras	33	15,5	24	7,5	57	10,7
S/ factor de risco identif.	100	46,9	244	76,5	344	64,7
Total de consultas	213	100	319	100	532	100

(\*) Múltiplos contactos heterossexuais, violação, parceiro sexual desconhecido, contacto com prostitutas(os)

A proporção de consultas a utentes pertencentes a 'outras' categorias de transmissão repartiram-se por: *homo e bissexuais, receptores de sangue e derivados potencialmente contaminados, contactos heterossexuais com pessoas oriundas de regiões endémicas de HIV ou com seropositivos, filhos de mães de risco e exposição profissional*. Com as categorias de transmissão, *doenças sexualmente transmissíveis e prostituta(o)s*, não foram registadas consultas.

## 1. Assuntos discutidos

Em ambos os sexos, os assuntos relacionados com o tema mais frequentemente discutidos foram: 'razões p/ o teste de detecção do HIV' (teste p/ HIV) com 353 consultas, a 'prevenção da SIDA' com 288 consultas e a 'SIDA em geral' com 218 consultas (Quadro III). As diferenças entre sexos estão ilustradas na figura 1.

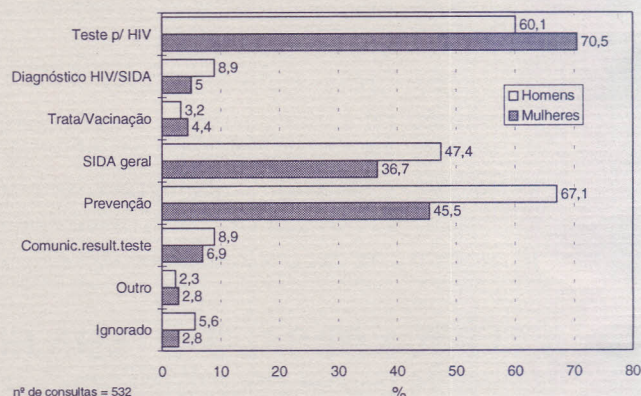


Figura 1 - Distribuição, por sexo, dos assuntos relacionados com o tema HIV/SIDA mais frequentemente discutidos nas consultas de clínica geral - Portugal 1994

Salienta-se que todos os assuntos foram mais discutidos com utentes do sexo masculino, à excepção de 'teste p/ HIV' e 'tratamento/vacinação'. De facto, das 439 'razões para o teste p/ HIV', discutidas em 353 consultas, o 'rastreamento pré-natal' foi responsável por 129 no sexo feminino (Figura 2).

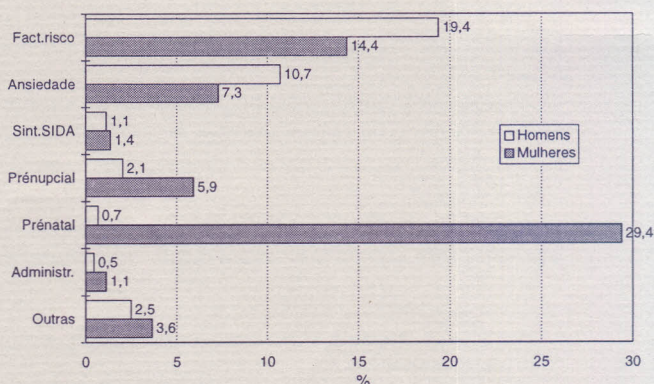


Figura 2 - Distribuição das 'razões para o teste p/ HIV' segundo o sexo dos utentes que as discutiram - Portugal 1994

Em relação à idade, os assuntos mais vezes discutidos foram a 'prevenção da SIDA' para os indivíduos com idade inferior a 20 anos (70%) e o 'teste p/ HIV' nos indivíduos entre 20 e 39 anos de idade (75%) (Quadro III). Considerando apenas as mulheres deste grupo etário, a proporção sobe para 79%.

Quadro III - Distribuição (%) dos assuntos relacionados com o tema HIV/SIDA discutidos durante as consultas de clínica geral, segundo o grupo etário - Portugal 1994

Grupo Etário	N.º cons.	Teste	Preven.	SIDA geral	Comuni. resultad teste	Diagn.	Trat/Vac	Outro	Ignor.
< 20	124	44,4	70,2	48,4	6,5	4,0	3,2	3,2	4,0
20-29	259	73,4	49,0	39,8	6,2	8,9	5,0	1,9	4,2
30-39	103	76,7	44,7	33,0	14,6	6,8	3,9	1,0	1,9
40-49	24	66,7	66,7	58,3	8,3	0,0	0,0	8,3	8,3
≥50	22	59,1	54,5	31,8	0,0	0,0	0,0	9,1	0,4
Total	532	66,4	54,1	41,0	7,8	6,6	3,9	2,6	3,9

Agrupando as consultas segundo a presença/ausência de factores de risco para a infecção por HIV, verificou-se que todos os assuntos considerados foram, proporcionalmente, mais discutidos no grupo com factores de risco (Quadro IV). No entanto a diferença entre os dois grupos só foi estatisticamente significativa, em relação aos assuntos 'prevenção' ( $\chi^2=5,80$ ; 1 g.l.;  $p=0,016$ ) e 'diagnóstico SIDA' ( $\chi^2=15,13$ ; 1g.l.;  $p=0,0001$ ).

Quadro IV - Distribuição dos assuntos relacionados com o tema HIV/SIDA, discutidos nas consultas de clínica geral, segundo a presença de factor de risco para a infecção por HIV - Portugal 1994.

Factor risco	N.º cons.	Preven.		Diagn.		Teste		Trat/Vac		SIDA geral		Comunic. result.		Outro	
		n.º	%	n.º	%	n.º	%	n.º	%	n.º	%	n.º	%	n.º	%
Sim	188	115	61,2	23	12,2	132	70,2	9	4,8	80	42,6	15	8,0	6	3,2
Não	344	173	50,3	12	3,6	221	64,2	12	3,5	138	40,1	26	7,6	8	2,3

- em 3,9% dos casos desconheciam-se os assuntos discutidos

## 2. Prescrição do teste

Durante o estudo, 90 dos 103 CG prescreveram 334 testes para detecção de HIV, 139 (41,6%) dos quais foram prescritos a homens e 195 (58,4%) a mulheres.

A pedido do utente foram prescritos 112 testes (33,5%) e 194 (58,1%) foram da iniciativa do CG; nos restantes 28 (8,4%) desconhece-se de quem partiu a iniciativa de prescrever o teste.

Dos 334 testes prescritos, 135 (40,4%) foram pedidos em consultas a utentes que apresentavam algum factor de risco, o que corresponde a 71,8% de todas as consultas em que foram identificados factores de risco. Na realidade verificou-se que a presença de factores de risco aumentava de 1,86 vezes a probabilidade de prescrição de teste p/ HIV, traduzindo-se numa diferença estatisticamente significativa. (Quadro V).

Quadro V - Distribuição da prescrição do teste, segundo a existência de factor de risco - Portugal 1994

Factores de risco identificados	Prescrição do teste				Total n.º
	Sim		Não		
	n.º	%	n.º	%	
Sim	135	71,8	53	28,2	188
Não	199	57,8	145	42,2	344
Total	334	62,8	198	37,2	532

(OR=1,86;  $\chi^2=10,14$ ; 1 g.l.;  $p=0,0014$ )

A iniciativa de prescrever o teste, na presença de factores de risco, pertenceu ao CG em 72 testes e ao utente em 63.

## 3. Informação facultada pelo médico

A atitude do CG em fornecer informação ao utente foi significativamente diferente consoante a presença/ausência de factor de risco.

De facto, nas consultas em que se identificaram factores de risco foram facultados quer mais 'conselhos específicos' (Quadro VI), quer mais 'informação geral' (Quadro VII).

Quadro VI - Distribuição de 'conselhos específicos', segundo a existência de factores de risco - Portugal 1994

Factores de risco identificados	Conselhos específicos				Total n.º
	Sim		Não		
	n.º	%	n.º	%	
Sim	140	74,5	48	25,5	188
Não	227	66,0	117	34,0	344
Total	367	69,0	165	31,0	532

(OR=1,50;  $\chi^2=40,68$ ; 1 g.l.;  $p<0,0000001$ )

Quadro VII - Distribuição de 'informação geral', segundo a existência de factores de risco - Portugal 1994

Factores de risco identificados	Informação geral				Total n.º
	Sim		Não		
	n.º	%	n.º	%	
Sim	115	61,2	73	38,8	188
Não	112	32,6	232	67,4	344
Total	227	42,7	305	57,3	532

(OR=3,26;  $\chi^2=4,09$ ; 1 g.l.;  $p=0,043$ )

## DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

As consultas de clínica geral em que o tema HIV/SIDA foi abordado, notificadas pelos Médicos-Sentinela, durante o ano de 1994, decorreram em maior proporção no sexo feminino do que no masculino. Esta diferença poderá resultar, apenas, da maior procura de cuidados de saúde por parte das mulheres, que habitualmente se verifica nos centros de saúde.

Em relação à idade verificou-se um maior número de consultas entre os 15-39 anos, o que já não pode ser explicado pela razão anterior, uma vez que habitualmente

são os grupo etários mais idosos os que mais procuram as consultas do médico de família.

A *iniciativa* da discussão pertenceu ao CG em cerca de 60% das consultas, o que poderá reflectir a preocupação do médico em fornecer informação sobre o tema. No entanto, dado que, na grande maioria dos casos (78,2%), foi a 1ª vez que os temas foram discutidos na consulta, esta preocupação poderá ter sido eventualmente introduzida pelo próprio estudo.

Na maior parte das consultas (65%) não foram identificados factores de risco para HIV/SIDA. As principais *categorias de transmissão/factores de risco* identificados foram 'contactos heterossexuais de risco' e 'utilizadores de drogas intravenosas'.

Os *assuntos* relacionados com o tema HIV/SIDA, mais frequentemente discutidos, foram 'razões para o teste para HIV', 'prevenção da SIDA' e 'SIDA em geral'. Com os indivíduos de menos de 20 anos o assunto mais abordado foi 'prevenção da SIDA', enquanto que 'razões para o teste p/ HIV' pareceu interessar mais aos indivíduos com idade compreendida entre os 20 e os 39 anos. Neste grupo as mulheres estão representadas em muito maior proporção, sobretudo à custa do 'rastreamento' prenatal do HIV.

A presença de factores de risco parece ter sido determinante na escolha dos assuntos a abordar bem como nas atitudes tomadas, quer pelos médicos quer pelos utentes.

De facto, a presença de factores de risco associa-se de forma significativa à maior *prescrição do teste*, seja por iniciativa do CG ou do utente e à maior disponibilização de informação pelo clínico geral. O *tipo de informação* fornecida tendeu a ser mais específica na presença de factores de risco.

Apesar de não ter sido um dos assuntos mais abordados, o 'diagnóstico de HIV/SIDA' foi significativamente mais discutido no grupo com factores de risco.

Poder-se-ia esperar que, em todas as consultas com factores de risco identificados, o teste tivesse sido prescrito, mas razões como a recusa do utente, a possibilidade de o mesmo utente ter tido várias consultas, ou de ter feito o teste recentemente, podem justificar esse facto.

Apesar das limitações do estudo, nomeadamente as originadas pela subjectividade de grande parte das variáveis e a dificuldade na interpretação e valorização dos resultados, foi possível obter informação importante numa área ainda pouco explorada. Torna-se agora necessário reflectir sobre a forma de permitir a sua utilização na melhoria do estado de saúde da população.

#### REFERÊNCIAS

- (1) WHO report - 31 Dezembro 1994.
- (2) Ministério da Saúde - SIDA - A situação em Portugal a 31 de Dezembro de 1994. Doc 83; Lisboa, 1995

## ESTUDO DE SEROCONVERSÃO PELO COMPONENTE PAROTIDITE EPIDÉMICA (*RUBINI*) DA VASPR, EM ADOLESCENTES DO CONCELHO DE SABROSA

Guilherme Gonçalves<sup>(1)</sup>, Fernando Tavares<sup>(2)</sup>, Helena Rebelo de Andrade<sup>(3)</sup>

### INTRODUÇÃO

Sentindo-se a necessidade do uso de uma vacina combinada no controlo do sarampo, parotidite epidémica (papeira) e rubéola (VASPR)<sup>(1)</sup> em Portugal, ela foi introduzida na cronologia recomendada do Programa Nacional de Vacinação (PNV) aos 15 meses de idade<sup>(2)</sup> em 1987. Em Novembro de 1990, foi introduzida, no PNV, uma 2ª dose de VASPR, para ambos os sexos do grupo etário dos 11 aos 13 anos, com a intenção expressa de eliminar as doenças alvo<sup>(3)</sup>. Em Outubro de 1992, o Ministério da Saúde decidiu suspender a aquisição e administração da VASPR da empresa *Smith-Kline* (Pluserix®), com a estirpe atenuada do vírus da parotidite *Urabe Am9*, por se terem

verificado reacções secundárias não desejadas<sup>(4)</sup>. A partir daí, passou a adquirir, para administração, a VASPR da empresa *Berna* (Triviraten®) com a estirpe *Rubini*.

Foram observadas elevadas proporções de seroconversão, após vacinação com a estirpe *Rubini*, quer quando esta foi avaliada pela primeira vez (a seroconversão foi verificada em 95% dos vacinados)<sup>(5)</sup> quer posteriormente (93% de seroconversão)<sup>(6)</sup>.

Entretanto, têm-se verificado epidemias de parotidite epidémica em países que usam a estirpe *Rubini* como componente antiparotidite epidémica da VASPR<sup>(7)</sup> e estudos de eficácia clínica da vacina tem revelado estimativas de eficácia vacinal muito baixas (22% com IC de 95% entre 10% e 45%)<sup>(8)</sup>. Em Portugal verificou-se o aparecimento de uma epidemia de parotidite epidémica apesar da elevada cobertura vacinal, e levanta-se a hipótese de uma baixa eficácia vacinal da estirpe *Rubini*, usada na VASPR<sup>(9)</sup>.

Os autores efectuaram um estudo com a finalidade de conhecer a eficácia vacinal dos três componentes da

(1) Assistente de Saúde Pública e Docente convidado da disciplina de Epidemiologia, Serviço de Higiene e Epidemiologia da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. PhD pela Universidade de Londres.

(2) Assistente de Saúde Pública no Centro de Saúde das Taipas, Guimarães. À data da realização deste trabalho, estava colocado no Centro de Saúde de Sabrosa, Vila Real.

(3) Assistente de Investigação, Centro Nacional da Gripe e Sector de Vírus Respiratórios, Serviço de Virulogia do Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge.

VASPR, administrada a adolescentes, mas neste artigo apenas são relatados os resultados referentes ao componente parotidite epidémica da VASPR.

## OBJECTIVOS

- 1) Conhecer a prevalência de anticorpos antiparotidite epidémica em adolescentes de Sabrosa;
- 2) Avaliar a eficácia da vacina antiparotidite epidémica (*Rubini*), administrada na forma combinada da VASPR, a adolescentes.

## MATERIAL E MÉTODOS

O estudo foi realizado no Centro de Saúde de Sabrosa, da Sub-Região de Saúde de Vila Real e teve como população alvo os adolescentes nascidos em 1981, 1982 e 1983, constantes do ficheiro de vacinação. Foram seleccionados para este estudo todos os que ainda não tinham recebido nenhuma dose de VASPR.

Após convocatória postal, obteve-se o consentimento informado dos encarregados de educação. Nenhum recusou participar no estudo.

Os participantes receberam a VASPR (Triviraten Berna®) entre 16/03/94 e 21/04/94, após colheita por punção venosa de cerca de 10 ml de sangue. Foi colhida uma segunda amostra de sangue a todos os indivíduos entre 28 e 57 dias após a administração da vacina (Quadro I). O sangue foi deixado coagular à temperatura ambiente. Os soros foram separados e congelados a -20°C até à data da realização das provas laboratoriais que foram efectuadas no Instituto Nacional de Saúde de Lisboa (INSA). A quantidade reduzida de soro de um dos participantes apenas permitiu a realização das provas para doseamento de IgG antisarampo. Portanto, foi doseada IgG antiparotidite em soros pré e pós vacinais de 37 participantes.

Quadro I - Intervalo de tempo entre a administração da VASPR e a colheita da segunda amostra de sangue

Nº semanas completas	Nº participantes	%
4	6	15,9
5	15	39,4
6	15	39,4
8	2	5,3

Para o doseamento de IgG antiparotidite epidémica foi utilizada uma técnica imuno-enzimática (14460 *Mumps Virus IgG ELISA, Diagnostica, Merck*) que permitiu classificar cada soro problema como **Imune e Não Imune** por comparação com o valor de densidade óptica (DO) de um soro fornecido no *kit* usado. A inexistência de um soro padrão não permitiu a conversão dos valores de DO em concentração por unidade de volume.

Foi feito um questionário em que os encarregados de educação respondiam se os adolescentes tinham tido parotidite epidémica. No processamento e análise dos dados foi usado o programa *Epi Info, Versão 6*<sup>(10)</sup>.

## RESULTADOS

### Características gerais da amostra

Preenchiam os critérios de selecção 8 raparigas e 30 rapazes. Tinham dez e onze anos completos de idade respectivamente 27 e 11 participantes. Os 27 mais jovens completavam onze anos durante o ano de 1994. Apenas 3 encarregados de educação referiram que os participantes tinham tido parotidite epidémica.

### Níveis prévaccinais de IgG antiparotidite epidémica

Eram classificáveis como "imunes" 17 (46%) participantes (Quadro II e Figura 1). Os três participantes com história clínica positiva de parotidite epidémica no questionário, eram imunes mesmo antes da vacinação. Eram também imunes 14 (41%) dos 34 participantes com história negativa da doença (Quadro II).

Quadro II - Estado imunitário contra a parotidite epidémica segundo a história clínica da doença referida no questionário

História da doença	Estado imunitário prévaccinal		Total
	Não imune	Imune	
Não	20	14	34
Sim	0	3	3
Total	20	17	37

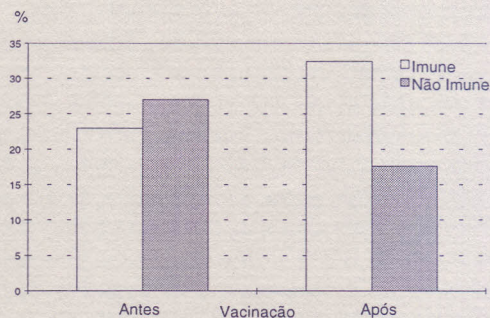


Figura 1 - Proporção de imunes contra a parotidite epidémica antes e após vacinação pela VASPR.

### Níveis pósvacinais de IgG antiparotidite epidémica

Apenas em dois casos o soro pósvacinal tinha um valor de DO inferior ao do correspondente soro prévaccinal. As diferenças em valores de DO, entre os soros pós e prévaccinais correspondentes, eram acentuadas ( $p < 0,00001$ ) mas não permitem converter essas diferenças em razões ou diferenças de concentrações. Dos 20 susceptíveis vacinados, 7 (35%) tornaram-se imunes (Quadro III). Nos 13 casos restantes, 12 apresentavam valores de DO no soro pósvacinal superiores aos medidos no soro prévaccinal respectivo.

Quadro III - Estado imunitário contra a parotidite epidémica antes e depois da vacinação pela VASPR no presente estudo

Prévacinal	Pósvacinal		Total
	Não Imune	Imune	
Não imune	13	7	20
Imune	0	17	17
Total	13	24	37

Após vacinação, a percentagem de imunes contra a parotidite epidémica passou a ser de 65% (Figura 1).

## DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

A proporção de imunes prévacinais é consistente com os valores anteriormente observados para este grupo etário da população portuguesa<sup>(11)</sup>. O reduzido valor predictivo da história clínica negativa é compatível com a existência de muitas infecções subclínicas<sup>(12)</sup> e é consistente com achados de outros estudos<sup>(13)</sup>.

A reduzida eficácia vacinal observada contradiz os resultados dos estudos de seroconversão que conhecemos<sup>(5,6)</sup>. No entanto, estes dados poderão ser consistentes com a hipótese de baixa eficácia clínica do componente antiparotidite (*Rubini*) da VASPR na recente epidemia de parotidite epidémica em Portugal<sup>(9)</sup>. Não sabemos quais serão, em termos de imunidade, as consequências dos aumentos de níveis de anticorpos observados na maioria dos soros pósvacinais, para níveis considerados não protectores pela técnica laboratorial usada.

São necessários mais estudos de seroconversão pela VASPR, com tamanhos amostrais superiores ao usado neste estudo. São ainda necessários mais estudos para avaliação da eficácia clínica. Mesmo que a eficácia contra a parotidite epidémica da VASPR em uso seja nula ou muito baixa, é desejável continuar o esforço para aumentar e manter níveis elevados de cobertura pela VASPR (1ª e 2ª doses) como única forma de controlar e eventualmente eliminar as outras duas doenças-alvo. Na nossa opinião, o principal perigo da presente epidemia de parotidite epidémica é o descrédito da população na VASPR, com eventuais implicações na adesão à vacina e no controlo do sarampo e da rubéola, que constituem problemas de Saúde Pública mais importantes.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Abrantes AV. Programa nacional de vacinação - a adopção de uma vacina combinada contra o sarampo, a rubéola e a parotidite epidémica. *Revista Portuguesa de Saúde Pública* 1985;3:7-18.
- (2) (MS) Ministério da Saúde, Portugal. Direcção Geral dos Cuidados de Saúde Primários. Programa de vacinação contra a parotidite epidémica. Norma de Serviço N° 5/DTP, 12/02/1987.
- (3) (MS) Ministério da Saúde, Portugal. Direcção Geral dos Cuidados de Saúde Primários. Normas de vacinação do programa nacional de vacinação. Circular Normativa N° 10/DTF, 04/09/1990.
- (4) (MS) Ministério da Saúde, Portugal. Direcção Geral dos Cuidados de Saúde Primários. Nota Informativa, 28/10/92.
- (5) Gluck R, Hoskins JM, Wegmann A, Just M, Germanier R. *Rubini*, a new live attenuated mumps vaccine virus strain for human diploid cells. *Dev Biol Stand* 1986; 65: 29-35.
- (6) Giammanco G, Li-Volti S, Salemi I et al. Immune response to simultaneous administration of a combined measles, mumps and rubella vaccine with booster doses of diphtheria-tetanus and poliiovirus vaccine. *Eur J Epidemiol* 1993; 9: 199-202.
- (7) Zimmermann H, Matter HC, Kiener T. Mumps-Epidemiologie in der Schweiz: Ergebnisse der Sentinelle-Überwachung 1986-1993. *Sentinella-Arbeitsgemeinschaft [Mumps epidemiology in Switzerland: results from the Sentinella surveillance system 1986-1993. Sentinella Work Group]. Soz Praventivmed* 1995; 40: 80-92.
- (8) Paccard MF, Hazeghi P, Bourquin M, Maurer AM et al. Rublick auf zwei Mumpsausbrüche [A look back at 2 mumps outbreaks]. *Soz Praventivmed* 1995; 40: 72-79.
- (9) Dias JA, Cordeiro M, Afzal MA et al. Parotidite epidémica em Portugal. *Saúde em números* 1996; 11:17-20.
- (10) Dean AG, Dean JA, Coulombier D et al. Epi Info, Version 6: a word processing, database, and statistics program for epidemiology on microcomputers. Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, Georgia, USA, 1994.
- (11) Figueiredo MVT, Carneiro MC. Estudo da prevalência de anticorpos contra os vírus parainfluenza tipos 1, 2, 3, parotidite epidémica, respiratório sincicial, adenovírus e sarampo. *Inquérito Serológico Nacional, Portugal Continental, 1979/80. Arquivos do INSA* 1983; 8: 95-103.
- (12) Benenson AB (Editor). *Control of communicable diseases manual*, 16th edition. Washington DC, USA: American Public Health Association 1995.
- (13) Oliveira J, Saraiva da Cunha, Corte-Real R, et al. Prevalência dos anticorpos anti-sarampo, rubéola, papeira e varicela numa população de trabalhadores da saúde. *Acta Médica Portuguesa* 1995; 8: 207-216.

*Este estudo foi financiado pelo Projecto PBIC/T/SAU/1522/92 do Programa Específico para as Ciências da Saúde, JNICT e Ministério da Saúde.*

*Guilherme Gonçalves foi Bolseiro da Junta Nacional de Investigação Científica e Tecnológica com a Bolsa de Doutoramento BD/1403/91-ID, durante a realização do estudo.*

### Agradecimentos

*Aos adolescentes de Sabrosa e seus encarregados de educação pela colaboração neste estudo.*

*Ao Director e às enfermeiras do Centro de Saúde de Sabrosa pela sua colaboração.*

## Eurosurveillance Weekly Bulletin

Iniciou-se, no mês de Maio, a emissão piloto do boletim epidemiológico europeu semanal, o *Eurosurveillance Weekly Bulletin*. Este boletim apresenta-se apenas em suporte informático, em língua inglesa e tem por objectivo principal a divulgação rápida, por todos os países da UE, de notícias referentes a doenças transmissíveis, proporcionando, ainda, a possibilidade de troca de ideias e informação. Na fase piloto o boletim apenas é distribuído, directamente por email, aos editores do Eurosurveillance, onde se inclui a Divisão de Epidemiologia e Bioestatística (DEB) da Direcção-Geral da Saúde; está, no entanto, prevista a sua localização posterior num *site* da *Internet*. Os pequenos artigos/notícias a serem divulgados neste boletim, devem ser submetidos à DEB, que também pode ser contactada para mais esclarecimentos.

## **EuroSurveillance - Boletim Epidemiológico Europeu**

Conteúdo dos números de Março, Abril e Maio de 1997

### **• Volume 2 número 3, Março de 1997**

- Vigilância da resistência aos antibióticos no homem, produtos alimentares e no gado, na Dinamarca
- Vigilância da sensibilidade aos antibióticos das Salmonelas
- A vigilância da sensibilidade aos antibióticos no homem e no animal na Europa
- Relatório preliminar de uma epidemia internacional de infecções a *Salmonella anatum* associadas a um leite maternizado, 1997

### **• Volume 2 número 4, Abril de 1997**

- Grande disseminação de estafilococos aureus multiresistente aos antibióticos (EAMA) epidémico em hospitais alemães
- Estafilococos aureus e EAMA em hospitais austríacos, 1995

- Rede europeia de vigilância sero-epidemiológica.

- Uma epidemia persistente de hepatite A em Puglia-Itália, 1996: seguimento epidemiológico

### **• Volume 2 número 5, Maio de 1997**

- Casos humanos de ortopoxvírose símia no Kasai oriental, Zaire, 1996-97
- Tendência da SIDA na Europa: decréscimo no Ocidente, aumento no Oriente
- Surto de poliomielite na Albânia, 1996
- Situação actual da poliomielite na Europa, face ao objectivo da erradicação mundial
- A vigilância da resistência antimicrobiana no homem e animais na Europa

## **SAÚDE EM NÚMEROS - números publicados em 1995 e 1996**

### **volume 10**

#### **número 1**

- Neoplasias da cavidade oral - análise univariada de alguns dos principais factores de risco
- Mortalidade por causas externas na adolescência - variação segundo o sexo e a idade (1989 - 1993)
- Saúde em Números - volumes publicados
- Doenças de declaração obrigatória

#### **número 2**

- Epidemiologia da diabetes em Portugal - estimativa de incidência no triénio 1992-94
- Tumor maligno da mama feminina: quantos casos conhecemos? - estimativa de prevalência na população inscrita de "Médicos-Sentinela"
- Saúde em Números - normas de publicação Doenças de declaração obrigatória

#### **número 3**

- Adolescentes fumadores em escolas portuguesas
- Doenças de declaração obrigatória - como estamos a notificar?
- Mortalidade infantil, neonatal, fetal e perinatal
- Doenças de declaração obrigatória

#### **número 4**

- Investigação epidemiológica de um surto de parotidite no concelho de Leiria
- Necessidades de vacinação de uma população escolar
- Doenças de declaração obrigatória
- Toxinfecção alimentar numa boda de casamento

#### **número 5**

- Diagnóstico pré-natal em Portugal: 1992 a 1994
- Tendências na distribuição dos pesos ao nascer em Portugal
- Doenças de declaração obrigatória

### **volume 11**

#### **número 1**

- Como abordar metodologicamente colecções de dados com distribuições muito assimétricas
- Shigelose - surto epidémico numa instituição para crianças na área do centro de saúde de Queluz - 1995
- Breve perspectiva da evolução da fecundidade em Portugal

#### **número 2**

- O sarampo que ainda temos
- Hepatite A - surto na freguesia da Ajuda - 1996
- Doenças de declaração obrigatória

#### **número 3**

- Parotidite epidémica em Portugal
- Evolução do peso ao nascer, no período de 1980 a 1990
- Doenças de declaração obrigatória

#### **número 4**

- Menopausa cirúrgica em utentes dos centros de saúde: avaliação da eficácia da terapêutica substitutiva com estrogénios
- Interrupção voluntária da gravidez em Portugal, 1991-1995 - Estimativas de incidência na rede "Médicos-Sentinela"

#### **número 5**

- Editorial - E de novo a papeira!
- Parotidite epidémica em Aveiro - 1º semestre de 1996
- Doença de Creutzfeld-Jakob: Estudo retrospectivo 1980-1996 - resultados preliminares
- Eurosurveillance - Boletim epidemiológico europeu
- Doenças de declaração obrigatória

**DOENÇAS DE DECLARAÇÃO OBRIGATÓRIA\***  
**Casos notificados no 1.º trimestre de 1996 e 1997\*\***  
**PORTUGAL (excepto Açores)\*\*\***

DOENÇAS	Código OMS CID - 9	CASOS DECLARADOS 1.º Trimestre		CASOS ACUMULADOS 1.º Trimestre		MEDIANA 1994-1996		ÍNDICE EPIDÉMICO(i) 1997	
		1997	1996	1997	1996	1.º Trim.	Acum.	1.º Trim.	Acum.
<b>Doenças infecciosas intestinais</b>									
febres tifóide e paratifóide	002	51	60	51	60	60	60	0,85	0,85
outras salmoneloses	003	23	10	23	10	12	12	1,92	1,92
shigelose	004	2	0	2	0	4	4	0,50	0,50
amebíase	006	1	1	1	1	1	1	1,00	1,00
<b>Tuberculose</b>									
pulmonar e aparelho respiratório	011-012	982	738	982	738	666	666	1,47	1,47
meníngea e do SNC	013	13	9	13	9	9	9	1,44	1,44
miliar	018	13	23	13	23	16	16	0,81	0,81
<b>Zoonoses por bactérias</b>									
brucelose	023	255	185	255	185	260	260	0,98	0,98
<b>Outras doenças bacterianas</b>									
doença de Hansen	030	1	0	1	0	1	1	1,00	1,00
tosse convulsa	033	2	1	2	1	1	1	2,00	2,00
escarlatina	034.1	226	241	226	241	116	116	1,95	1,95
infecções meningocócicas	036	22	8	22	8	21	21	1,05	1,05
meningite meningocócica	036.0	37	43	37	43	45	45	0,82	0,82
tétano (exclui tétano neonatal)	037	5	3	5	3	5	5	1,00	1,00
<b>Doenças por vírus com exantema</b>									
sarampo	055	43	16	43	16	41	41	1,05	1,05
rubéola (exclui rubéola congénita)	056	87	45	87	45	45	45	1,93	1,93
<b>Outras doenças por vírus</b>									
hepatite por vírus A	070.0-070.1	60	76	60	76	105	105	0,57	0,57
hepatite por vírus B	070.2-070.3	174	242	174	242	291	291	0,60	0,60
hepatite por vírus C		111	104	111	104	104	104	1,07	1,07
hepatite p/ outros vírus especif.	070.4-070.5	3	5	3	5	5	5	0,60	0,60
hepatite p/vírus não especif.	070.6-070.9	11	8	11	8	13	13	0,85	0,85
parotidite epidémica	072	6704	1749	6704	1749	420	420	15,96	15,96
<b>Rickettsioses e outras doenças transmitidas por artrópodes</b>									
rickettsioses	080-083	3	8	3	8	8	8	0,38	0,38
febre escaro-nodular	082.1	32	27	32	27	35	35	0,91	0,91
malária (casos importados)	084	24	20	24	20	20	20	1,20	1,20
leishmaníase	085	3	4	3	4	4	4	0,75	0,75
<b>Sífilis e outras doenças venéreas</b>									
sífilis precoce sintomática	091	41	24	41	24	32	32	1,28	1,28
sífilis precoce latente	092	19	10	19	10	20	20	0,95	0,95
infecções gonocócicas	098	20	14	20	14	16	16	1,25	1,25
cancro mole	099.0	1	0	1	0	0	0	—	—
<b>Outras doenças provocadas p/ espiroqueta</b>									
leptospirose	100	13	2	13	2	8	8	1,63	1,63
<b>Helmintíases</b>									
hidatidose	122	14	5	14	5	5	5	2,80	2,80

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

\*\* os dados relativos a 1997 são provisórios a 15 Abr 97.

\*\*\* os dados da 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:  $\leq 0,75$  - baixo;  $0,76 - 1,24$  - normal;  $\geq 1,25$  - 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/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