

saúde em números

JULHO 97

VOLUME 12 N.º 3

SUMÁRIO

- 17 ANALFABETISMO EM PORTUGAL
- 20 PAROTIDITE & VASPR: UMA QUESTÃO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA
- 24 DOENÇAS DE DECLARAÇÃO OBRIGATÓRIA – Casos notificados no 2.º trimestre de 1996 e 1997

ANALFABETISMO EM PORTUGAL

Evolução da percentagem de analfabetismo em mães e pais de nados vivos, de 1980 a 1994
Amélia Leitão⁽¹⁾, Gertrudes Mendonça⁽²⁾

INTRODUÇÃO

O conhecimento do número de portugueses que não sabem ler nem escrever, é posto em evidência quando são conhecidos os resultados dos recenseamentos da população, que se realizam de 10 em 10 anos.

Embora o número absoluto e relativo de analfabetos tenha vindo sucessivamente a diminuir ao longo do tempo, em Abril de 1991 (data do último recenseamento), ainda havia 12,1% da população de 15 e mais anos que não sabia ler nem escrever.

Esta proporção aumenta com a idade e é maior nas mulheres do que nos homens.

Utilizando os dados publicados anualmente pelo Instituto Nacional de Estatística (INE), sobre o grau de instrução das mães e dos pais de nascidos vivos em cada ano, estudou-se a evolução das mães analfabetas de 1980 a 1994 e compararam-se os resultados com os valores obtidos a partir dos recenseamentos da população.

MATERIAL E MÉTODOS

Os dados, por sexo e idades, da população em geral e da população analfabeta, foram retirados dos resulta-

dos dos censos da população realizados em 1970, 1981 e 1991.⁽¹⁾

Consideraram-se analfabetos todos os indivíduos de 15 e mais anos de idade que não sabiam ler nem escrever.

Neste trabalho, no entanto, incluíram-se mães de menos de 15 anos por duas razões: a) por ter havido, nos anos estudados, nados-vivos de mães de 12, 13 e 14 anos; b) por se admitir que nessas idades, já se deveria saber ler e escrever.

Todos esses dados foram colhidos das Estatísticas Demográficas do INE.⁽²⁾

As taxas de analfabetismo foram calculadas relacionando o número de analfabetos com o total correspondente da população, tanto no caso da população em geral, como no das mães de nados-vivos em cada ano; os resultados são apresentados em percentagem.

A evolução das percentagens de analfabetos foi avaliada pela análise de regressão, aplicada às séries temporais dos grupos etários estudados.

RESULTADOS

Analfabetismo global: De acordo com os dados divulgados pelo INE, a evolução da taxa de analfabetismo da população de 15 e mais anos foi a que se pode observar no quadro I, verificando-se que a taxa diminuiu no período considerado, com um decréscimo global de 58,3% entre 1970 e 1991.

(1) Directora dos Serviços de Informação e Análise da Direcção-Geral da Saúde
(2) Epidemiologista

Quadro I – Taxa (%) de analfabetismo na população de 15 e mais anos, nos três últimos anos censitários

Censos	População 15 e + anos	Analfabetos	Taxa (%) de Analfabetismo
1970	6 164 355	1 786 170	29,0
1981	7 324 341	1 506 205	20,6
1991	7 890 875	951 021	12,1

Analfabetismo por sexo: A proporção de analfabetos não é idêntica nos dois sexos, embora se verifique um decréscimo tanto nos homens como nas mulheres (Quadro II).

Quadro II – Taxa(%) de analfabetismo segundo o sexo, 1970, 1981 e 1991

Censos	Taxa (%) de Analfabetismo	
	Homens	Mulheres
1970	22,4	34,6
1981	15,2	25,4
1991	8,4	15,3

Entre 1970 e 1991, o decréscimo da taxa de analfabetismo nos homens foi de 62,5% e o das mulheres situou-se nos 55,8%. Assim, no sexo feminino os valores são mais elevados e a diminuição é menor.

Analfabetismo por idades: Os valores da taxa de analfabetismo, por grupos etários, referentes à população dos três últimos censos, estão expostos no quadro III.

Quadro III - Evolução da percentagem de analfabetismo por grupos etários, na população de 15 e mais anos, nos anos de 1970, 1981 e 1991

Grupos Etários	%			Decréscimo(%) 1970 - 1991
	1970	1981	1991	
15 - 19	2,99	1,94	0,66	77
20 - 24	4,16	2,19	0,96	77
25 - 29	7,95	2,69	1,19	85
30 - 34	20,39	3,34	1,49	93
35 - 39	26,24	6,48	1,79	93
40 - 44	30,55	18,86	2,24	93
45 - 49	34,92	25,17	4,66	87
50 - 54	41,20	29,98	15,11	63
55 - 59	48,39	35,10	21,34	56
60 - 64	53,28	41,72	26,25	51
65 - 69	54,51	49,76	31,36	42
70 - 74	56,96	55,01	37,12	35
75 e +	61,86	56,31	46,82	24

A melhoria verificada nas taxas de analfabetos, deve-se, em grande parte, ao efeito das gerações. Note-se que em 1970, a taxa dos 30-34 anos era 2,5 vezes maior que a do grupo etário anterior; em 1981 o "salto" situa-se entre o grupo 40-44 anos e o anterior e em 1991 entre o grupo 50-54 anos e o anterior.

No entanto, comparando as taxas de 1991 com as de 1970, constata-se que, para além do efeito atrás referido, há uma melhoria da situação.

Analfabetismo nas mulheres em idade fértil: Da mesma maneira que para a população em geral, neste caso também há melhoria nos valores das taxas de analfabetismo; é de realçar a descida verificada nestes 20 anos (Quadro IV).

Quadro IV - Evolução das percentagens de analfabetismo por grupo etário, nas mulheres em idade fértil, nos anos de 1970, 1981 e 1991

Grupos Etários	%			Decréscimo(%) 1970 - 1991
	1970	1981	1991	
15-19	2,8	1,6	0,6	79
20-24	4,7	2,0	0,9	81
25-29	9,9	2,7	1,2	88
30-34	24,9	3,9	1,5	94
35-39	31,9	8,2	1,9	94
40-44	36,7	23,8	2,6	93
45-49	42,4	31,4	6,0	86
TOTAL	20,7	9,6	2,0	90

Analfabetismo em homens de 15 a 54 anos de idade: Nos homens, tal como nas mulheres, também se verifica uma tendência decrescente nos valores das percentagens de analfabetos em todos os grupos etários estudados (Quadro V).

Quadro V - Evolução das percentagens de analfabetismo por grupo etário, nos homens de 15 a 54 anos de idade, nos anos de 1970, 1981 e 1991

Grupos Etários	%			Decréscimo(%) 1970 - 1991
	1970	1981	1991	
15-19	3,2	2,3	0,7	78
20-24	3,6	2,4	1,0	71
25-29	5,6	2,7	1,2	78
30-34	15,6	2,8	1,5	90
35-39	19,9	4,5	1,7	92
40-44	23,7	13,4	1,8	92
45-49	26,6	18,3	3,2	88
50-54	31,5	22,5	10,5	66
TOTAL	15,0	8,5	2,4	84

Analfabetismo das mães e pais de nascidos vivos, por anos entre 1980 e 1994 e segundo a idade dos progenitores: Para cada ano estudado, calcularam-se as percentagens de mães e pais analfabetos, por grupos etários, obtendo-se os resultados dos quadros VI e VII.

Quadro VI - Percentagem de mães analfabetas em relação ao total de nados vivos, 1980 a 1994

Anos	Grupos Etários								Total
	<15	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	
1980	7,6	2,2	1,5	2,0	3,2	9,8	27,1	33,5	3,4
1981	9,2	2,3	1,6	2,0	3,1	7,8	25,0	31,1	3,2
1982	10,7	2,3	1,5	1,8	2,8	6,2	21,3	33,4	2,8
1983	7,5	2,2	1,3	1,7	2,7	5,2	19,4	31,0	2,5
1984	10,1	2,3	1,3	1,7	2,7	4,5	14,2	29,5	2,3
1985	11,2	2,4	1,3	1,4	2,6	4,4	12,2	25,6	2,1
1986	11,5	2,3	1,2	1,4	2,3	3,8	8,9	21,3	1,9
1987	13,6	2,3	1,2	1,1	2,3	3,7	7,1	19,5	1,8
1988	7,7	2,7	1,3	1,2	1,8	3,2	6,5	10,2	1,7
1989	9,8	2,3	1,2	1,1	1,7	3,0	5,7	17,1	1,6
1990	11,0	2,6	1,2	1,0	1,4	3,0	5,5	8,0	1,5
1991	12,2	2,3	1,2	0,9	1,3	2,7	4,7	6,6	1,4
1992	6,3	2,2	1,2	1,0	1,3	2,3	3,9	10,3	1,3
1993	6,9	2,2	1,1	0,8	1,1	2,4	4,9	5,2	1,3
1994	6,3	2,0	1,0	0,8	1,0	1,6	3,7	4,5	1,1

Nota: Excluíram-se as mães de 50 e mais anos, por o seu número ser muito reduzido.

Quadro VII - Percentagem de pais analfabetos em relação ao total de nados vivos, 1980 a 1994

Anos	Grupos Etários								Total
	<20	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	
1980	2,3	1,3	1,1	1,3	4,0	15,0	19,6	27,4	2,8
1981	2,4	1,3	1,1	1,3	3,2	13,3	19,7	23,9	2,6
1982	2,6	1,2	1,2	1,1	2,5	10,9	18,9	21,8	2,3
1983	3,0	1,2	1,2	1,0	1,2	8,7	19,0	21,5	2,2
1984	3,0	1,1	1,0	1,2	2,1	6,2	16,0	20,5	1,9
1985	3,1	1,2	1,1	1,2	1,6	4,3	15,1	21,2	1,8
1986	2,5	1,0	0,7	1,1	1,5	3,4	11,1	13,5	1,4
1987	2,5	1,0	0,7	0,8	1,3	2,5	7,1	13,9	1,2
1988	3,3	1,2	0,7	1,1	1,3	2,3	7,8	11,8	1,3
1989	3,5	1,2	0,7	0,9	1,2	2,1	5,2	14,0	1,2
1990	2,7	1,2	0,7	0,8	1,4	1,7	4,6	11,7	1,1
1991	2,9	1,0	0,7	0,7	1,1	1,6	3,7	9,6	1,0
1992	2,8	1,1	0,7	0,6	1,2	1,5	3,1	8,4	1,0
1993	2,3	1,0	0,6	0,6	1,2	1,7	3,1	7,5	0,9
1994	1,2	1,0	0,6	0,5	0,9	1,5	2,0	6,1	0,8

Analisando estatisticamente as séries temporais de percentagens de analfabetos por grupo etário, em mães e pais de nascidos vivos, através da análise de regressão, obtém-se os seguintes resultados:

Mães de nados vivos:

Grupos Etários	Coef. de regressão	Valor de F
< 15	-0,21	0,62
15-19	-0,10	0,14
20-24	-0,89	79,07
25-29	-0,98	343,95
30-34	-0,99	631,99
35-39	-0,91	63,79
40-44	-0,93	81,54
45-49	-0,96	164,69
Total	-0,97	190,50

Pais de nados vivos:

Grupos Etários	Coef. de regressão	Valor de F
< 20	-0,19	0,49
20-24	-0,72	13,78
25-29	-0,87	41,41
30-34	-0,92	72,63
35-39	-0,80	22,95
40-44	-0,89	49,15
45-49	-0,97	198,76
50-54	-0,97	214,83
55 e +	-0,85	33,57
Total	-0,96	161,03

Verifica-se assim, que a percentagem de analfabetos no grupo <20 anos, tanto em pais como em mães, se mantém estável ao longo do período, ao contrário do que se passa em

todos os restantes grupos de idade e no conjunto de todas as idades. O decréscimo nas mães, foi mais significativo no grupo 30-34 anos, seguido pelo de 25-29 anos. Nos pais, as descidas com mais significado, ocorreram nos grupos 50-54 anos e 45-49 anos.

CONCLUSÕES

Analisando a evolução da percentagem de analfabetos, através dos dados dos três últimos recenseamentos da população, verifica-se uma descida em todas as idades e no total, mais marcada entre 1991 e 1981 do que entre 1981 e 1970.

As grandes diferenças encontradas a partir dos 30-34 anos, podem ser explicadas, pelo menos em grande parte, pelo efeito das gerações.

A análise da tendência do fenómeno em cada sexo, mostra que a descida foi maior nas mulheres. Por outro lado, enquanto que em 1970 havia, a partir dos 20 anos de idade, mais mulheres analfabetas que homens, em 1991, a proporção é equivalente em ambos os sexos, com excepção das idades a partir dos 45 anos.

No grupo etário 20-24 anos, havia em 1970, 10565 homens e 15545 mulheres analfabetos. Em 1991, para as mesmas idades, havia 3976 homens e 3338 mulheres analfabetos.

O número de mães de nascidos vivos que declararam não saber ler nem escrever ao longo do período estudado, diminuiu bastante em valor absoluto (5430 em 1980 e 1186 em 1994) e em valor relativo, tendo passado de 3,4% para 1,1%.

No caso dos pais, verifica-se uma descida igualmente importante (4230 em 1980 e 850 em 1994), com uma diminuição dos valores relativos de 2,8% para 0,8%.

O que surpreende, para além da existência de jovens de ambos os sexos, de menos de 20 anos de idade, que não sabem ler nem escrever, é a constatação de que a percentagem de mães e de pais analfabetos destas idades se mantém estacionária ao longo do período. Uma hipótese que poderia explicar este facto, seria o aumento do fluxo imigratório proveniente das ex-colónias.

Há uma diminuição dos valores absolutos e relativos nos últimos anos do período, especialmente em 1994, que, no entanto, não são suficientes para alterar a tendência das séries temporais analisadas.

Este facto deve ser tido em conta em acções desenvolvidas no âmbito da saúde materna e infantil, não devendo esquecer-se a sua importância sempre que estejam em causa programas dirigidos a estes grupos de idade.

BIBLIOGRAFIA

1. INE - Relatórios dos Recenseamentos da População, 1970, 1981, 1991.
2. INE - Estatísticas Demográficas, 1980 a 1994

Eurosurveillance Weekly Bulletin

Este boletim europeu sobre doenças transmissíveis encontra-se já localizado na *Internet*, com o seguinte endereço: <http://www.eurosurv.org/>

PAROTIDITE & VASPR: UMA QUESTÃO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

Mariana Carreira Neto^(*)

INTRODUÇÃO

Em 1996 verificou-se um surto de parotidite epidémica na área geográfica da Sub-Região de Saúde de Portalegre, à semelhança do ocorrido em outras zonas do País. Este surto não era esperado dado que a informação existente na Sub-Região referia uma taxa de cobertura vacinal elevada em relação à vacina tripla anti sarampo, parotidite e rubéola (VASPR); esta constatação e as notícias entretanto divulgadas sobre a baixa eficácia da estirpe vacinal antiparotidite em uso^(1,2), levaram, no âmbito do Controlo das Doenças Transmissíveis, ao estudo mais detalhado sobre a situação verificada na Sub-Região.

MATERIAL E MÉTODOS

Para conhecer e caracterizar este surto, utilizaram-se os dados informatizados disponibilizados pelo Controlo Sub-Regional de Doenças Transmissíveis e Parasitárias da Sub-Região de Portalegre, correspondentes às notificações de parotidite do sistema de Declaração Obrigatória de Doenças Transmissíveis.

Foi solicitado às Autoridades de Saúde da Sub-Região, por intermédio do Adjunto do Delegado Regional de Saúde do Alentejo que, por consulta dos respectivos ficheiros de vacinação, informassem sobre o estado vacinal em relação à VASPR de todos os casos notificados de parotidite. Por forma a conhecer quais os tipos de vacinas VASPR usadas na Sub-Região, foi igualmente solicitada informação sobre o número de crianças vacinadas com VASPR desde que esta entrou no Plano Nacional de Vacinação (PNV) e respectiva data de nascimento, o tipo de vacina usada e a respectiva data de utilização. Neste último caso foi utilizada apenas a informação fornecida pelo Centro de Saúde de Portalegre, por se considerar representativo do Distrito, uma vez que centralizou a distribuição das vacinas até 1993.

As taxas de cobertura da VASPR, assim como a taxa de incidência notificada, foram calculadas para cada coorte de nascimento, utilizando-se como denominador o efectivo teórico de cada coorte para o distrito de Portalegre, segundo o Censos 91.

Para efeitos comparativos entre concelhos, em relação às taxas de incidência notificada, procedeu-se à respectiva padronização, para a idade, pelo método directo, tendo-se utilizado como população padrão a Estimativa da População da Região Alentejo, 1995, INE.

RESULTADOS

Foram notificados, às Autoridades de Saúde da Sub-Região, 295 casos de parotidite durante o período compreendido entre 1 de Novembro de 1995 e 31 de Agosto de

1996. Destes, 85% estavam assinalados como clinicamente confirmados.

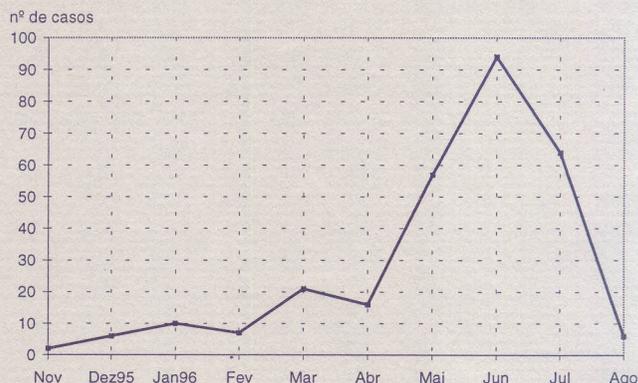


Figura 1 - Distribuição dos casos de parotidite epidémica segundo os meses da ocorrência (curva epidémica), 1995-1996

O traçado da curva de distribuição temporal do número de casos notificados -curva epidémica- (figura 1) permite observar um aumento gradual até atingir o máximo em Junho de 1996. Até Abril notam-se a existência de dois picos discretos, em Janeiro e Março, reflectindo de forma muito próxima os casos notificados por Elvas, passando a partir daquele mês, a evidenciar as subidas concomitantes de Arronches, Monforte e Portalegre, enquanto Elvas começa lentamente a declinar.

Em termos geográficos, o surto epidémico atingiu fundamentalmente os concelhos do interior sul da Sub-Região, com excepção de Campo Maior (figura 2). Arronches foi o concelho mais atingido com 101 casos, enquanto que em Castelo de Vide, Marvão e Montargil não foram registados casos.

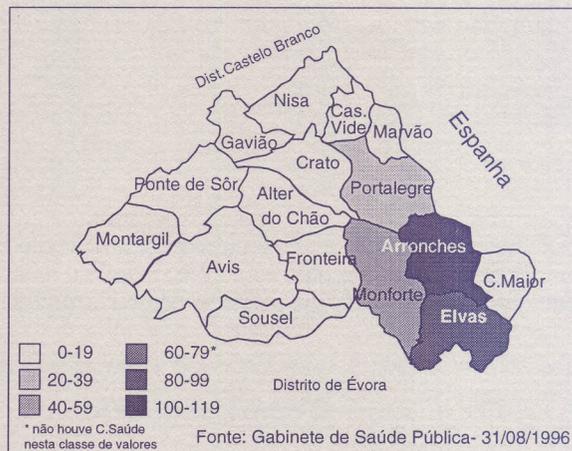


Figura 2 - Distribuição das notificações por área de Centro de Saúde

(*) Consultora de Saúde Pública - Gabinete de Saúde Pública da Sub-Região de Saúde de Portalegre, Administração Regional de Saúde do Alentejo.

Considerando os casos do grupo dos 5 aos 24 anos de idade, que concentra 77,8% das notificações dos concelhos considerados e com base na população do Censos 91, observou-se uma taxa de incidência notificada de 115,54/10³ para Arronches, 46,48/10³ para Monforte, 9,63/10³ para Elvas e 2,6/10³ para Portalegre.

Após padronização, constatou-se que a taxa global de incidência de Arronches foi 3 vezes maior que a de Monforte e 15 vezes superior à de Elvas. Elvas foi, no entanto, o concelho que notificou mais jovens (22 casos dos 0 aos 4 anos).

A distribuição foi sensivelmente idêntica em ambos os sexos (50% sexo feminino e 46% no sexo masculino), embora para os nascidos entre 80 e 82, se tenha verificado um ligeiro predomínio do sexo feminino. Não existia indicação sobre o sexo em 4% dos casos.

A distribuição de casos notificados por ano de nascimento, revelou que todos os grupos foram atingidos, com especial relevo para os nascidos nos últimos 16 anos - 77% das notificações (figura 3).

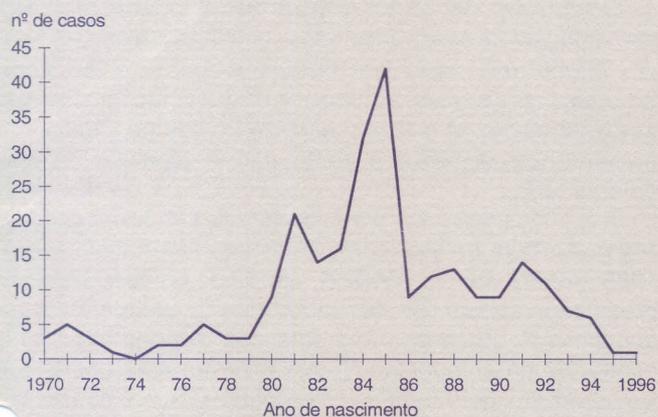


Figura 3 - Distribuição dos casos notificados segundo o ano de nascimento (n=211)

A ocupação estava referida em 66% (194) dos casos e destes, 78% eram estudantes (51,5% do total); as profissões dos restantes eram muito diversificadas com relevo para as profissões relacionadas com a escola (professores, educadores e pessoal auxiliar). Apenas 95 casos referiam a fonte provável de infecção, que evidenciava a escola como local privilegiado (65 casos) e em 8, estava referida a família.

Em 85% das notificações estava assinalada a existência simultânea de mais casos, 21% dos quais na mesma habitação, 27,4% no local de trabalho e 43,7% em outros locais. Apenas um caso estava referido como tendo sido diagnosticado numa Urgência Hospitalar.

De um modo geral, a doença manifestou-se com sintomatologia atenuada e foram raros os casos em que se verificaram complicações. De entre estes, verificou-se um caso de labirintite e outro de complicação não

apurada, que foi alvo de transferência para o Hospital de S.José.

A análise das taxas de incidência notificada por ano de nascimento revela que os indivíduos mais atingidos foram os nascidos a partir de 1980. A maior parte dos casos ocorridos em indivíduos nascidos em datas anteriores deveu-se fundamentalmente a contactos familiares (pais e avós). Os nascidos em 1984 e sobretudo em 1985, apresentaram taxas de incidência superiores aos restantes grupos (figura 4).

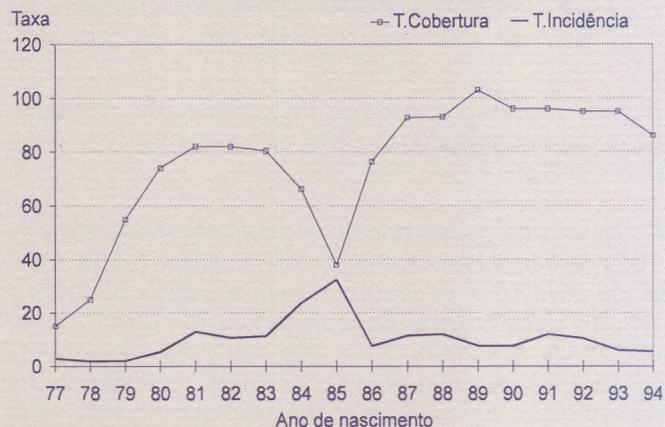


Figura 4 - Taxa de incidência notificada de parotidite epidémica (/10³) e Taxa de Cobertura da VASPR, segundo o ano de nascimento (%).

A taxa de cobertura da VASPR por ano de nascimento, na Sub-Região, apresenta-se muito mais baixa para os nascidos em 1984 e 1985 passando a situar-se acima dos 90% para os nascidos em 1987 (figura 4). Em relação aos nascidos em 1985, 50% foram vacinados com Pluserix®, aos 2 anos de idade, em 1987, ano da inclusão da VASPR no PNV e 35% em 1996 quando voltaram a estar abrangidos pelo PNV ao completarem 11 anos de idade. Tanto a vacinação feita em 1987 como a feita em 1996 foram primovacinações, uma vez que foi registado pelos nossos serviços, que apenas quatro casos tinham duas doses de VASPR.

Dos casos notificados de parotidite, 60% estavam vacinados com uma dose, 29% não estavam vacinados e em 11% não foi possível identificar o estado vacinal. Apurou-se, em 42% dos casos o ano de vacinação, verificando-se que destes, 68% (28,5% do total) tinham sido vacinados a partir de 1993.

Em relação ao tipo de vacina utilizada no concelho de Portalegre foi possível estabelecer que, das 4234 crianças vacinadas com VASPR entre 1987 e 1996, a vacina contendo a estirpe *Rubini* foi utilizada em 43%, a estirpe *Urabe* em 36% e a estirpe *Jeryl Lynn* em 13%. Não estava registada indicação sobre o tipo de vacina em 8% dos casos. As estirpes vacinais utilizadas por ano de vacinação encontram-se na figura 5.

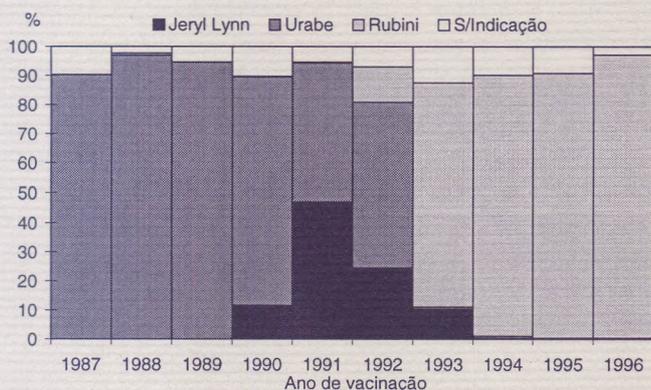


Figura 5 - Estirpes vacinais do componente parotidite da VASPR utilizadas por ano de vacinação, concelho de Portalegre (n = 4234)

Apesar da vacina adquirida a partir de Novembro de 1992 conter apenas a estirpe *Rubini*, entre 1993 e 1996 ainda se utilizou a vacina contendo a estirpe *Jeryl Lynn* (em 56 casos), uma vez que existia em armazém ou extensões de centros de saúde e não tinha sido proibida a sua aplicação. No entanto, como as crianças foram vacinadas em idades diferentes, ocorre um desdobramento por coorte de nascimento que está ilustrado na figura 6.

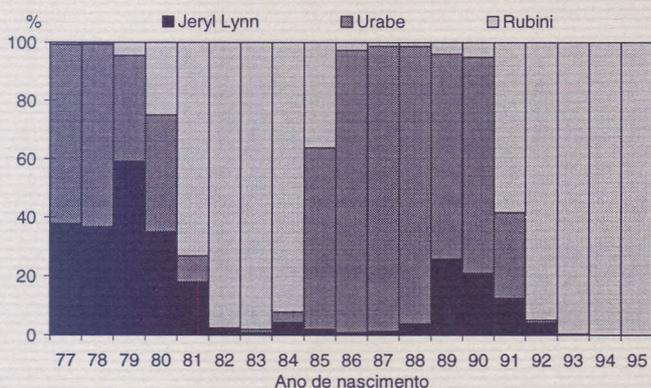


Figura 6 - Vacinas utilizadas por coorte de nascimento, Concelho de Portalegre (n = 3914)

CONCLUSÕES E SUGESTÕES:

O primeiro aspecto a referir é o tratar-se de um surto particularmente arrastado, quando considerada a totalidade da Sub-Região de Portalegre, ocorrido á custa de algum desfasamento temporal no desencadear dos surtos a nível local. Posteriormente à recolha destes dados notou-se um discreto recrudescimento das notificações com origem noutros concelhos. O tipo de povoamento existente nesta zona do Alentejo condiciona um certo isolamento dos aglomerados urbanos e poderá ser uma possível explicação para este desfasamento temporal, pelo que será de admitir ocorrências idênticas noutros locais. Por

outro lado, e dadas as características aparentemente benignas da doença, muitos casos não recorreram ao médico nem cumpriram o período de evicção escolar, o que aumenta muito as oportunidades de contágio.

É de esperar a continuação do surto de parotidite, pelo que se devem reforçar todas as medidas que visem quebrar a cadeia de contágio, nomeadamente o cumprimento do período de evicção escolar.

O facto do surto, ora descrito, aparentar decorrer em simultâneo com o ano lectivo, sugere a escola como local preferencial de contágio, o que é confirmado pela informação explícita num número substancial de notificações, embora não se possa excluir que a diminuição do número de casos ocorrida no mês de Agosto se deva apenas à existência de menos médicos nos serviços ou às férias dos próprios jovens ou ainda, à não notificação da doença no local de férias.

As elevadas taxas de cobertura com VASPR verificada na Sub-Região de Portalegre, sobretudo a partir de 1987, são concordantes com estudos que põem em evidência a baixa eficácia da componente parotidite⁽¹⁾. De facto, observou-se na Sub-Região de Portalegre uma percentagem de casos vacinados semelhante á encontrada por *Matter et al* na Suíça (60%) e embora nesta última situação a responsabilidade tenha sido atribuída fundamentalmente à menor eficácia da estirpe *Rubini*, no presente estudo esse aspecto não é passível de ser determinado.

A coincidência entre a menor taxa de cobertura vacinal e a maior taxa de incidência verificada nos nascidos em 1985 sugere que a VASPR em uso, confere alguma protecção, apesar de se saber que a estirpe vacinal actualmente utilizada é diferente das estirpes virais encontradas na comunidade⁽²⁾. No entanto, este coorte foi vacinado em dois tempos diferentes e com vacinas de diferentes fabricantes, tal como todos os coortes vacinados até 1993. Contudo, verificou-se que mais de um quarto dos casos notificados na Sub-Região foram vacinados a partir desse ano.

Por outro lado, a eficácia da vacina para todos os componentes melhora substancialmente com uma segunda dose vacinal⁽³⁾, que aliás está prevista nas normas nacionais de vacinação. No entanto, a idade prevista (11 a 13 anos) para a segunda dose poderá ser excessivamente tardia e o *Advisory Committee on Immunization Practices do Centers for Diseases Control*⁽⁴⁾ considera como válido um esquema de revacinação aos 5 anos (com primovacinação aos 18 meses). Um esquema semelhante foi utilizado na Finlândia (revacinação 4-5 anos após a primovacinação) com bons resultados em 9 anos de *follow-up*⁽³⁾.

Todas as vacinas utilizadas até hoje em Portugal foram fabricadas a partir da mesma estirpe viral (A), diferente das estirpes observadas na comunidade - B e C -⁽²⁾. Aparentemente, este quadro é sugestivo de um problema ecológico: o uso de uma única dose de vacina

monoviral poderá ter desencadeado uma resposta imunitária de duração limitada mas suficiente para impedir o desenvolvimento do vírus A; a imunidade residual poderá ter sido insuficiente em relação aos outros vírus, o que poderá ter provocado, como corolário, a emergência, por alguma forma de selecção, de vírus B e C na comunidade.

Apesar das dúvidas colocadas pela eficácia da componente parotidite da VASPR ou das estirpes vacinais utilizadas, parece continuar a existir vantagem em manter a vacina em uso.

Deve ser feito um esforço activo no sentido de se administrar a segunda dose da VASPR na idade recomendada pelo PNV, aproveitando as oportunidades geradas quer pela revacinação antitetânica quer pela vacinação antihepatite B, uma vez que abrangem o mesmo grupo etário (11-13 anos).

Poderá ser útil para o controlo do presente surto considerar uma antecipação da idade de revacinação com VASPR para os 6 anos de idade (crianças escolarizadas) uma vez equacionados os efeitos na eficácia das outras componentes, nomeadamente, do sarampo.

Parece estranho que apenas uma notificação tenha tido origem numa urgência hospitalar tanto mais que se sabe que as crianças dos 0 aos 10 anos se encontram entre os grupos locais que mais procuram este tipo de serviços⁽⁵⁾. No entanto, como ambas as urgências hospitalares da Sub-Região são parcialmente asseguradas por médicos de família, é possível que muitos casos tenham realmente ocorrido à urgência, ainda que tivessem sido notificados a posteriori pelo seu médico de família.

Chama-se a atenção para a necessidade de monitorizar as causas da frequência das urgências hospitalares que podem ser locais privilegiados para vigilância epidemiológica.

Constatou-se uma qualidade muito deficiente no preenchimento das notificações, como ficou patente neste trabalho, o que é de certa forma compreensível se se atender a que parte das notificações podem ter sido preenchidas posteriormente ao atendimento do doente.

ERRATA

No nº 2, vol.12 deste boletim, referente ao mês de Abril/97, verificaram-se algumas incorrecções pelas quais apresentamos o nosso pedido de desculpas. Assim, no artigo "**Estudo de seroconversão pelo componente parotidite epidémica (RUBINI) da VASPR, em adolescentes do concelho de Sabrosa**" da autoria de Guilherme Gonçalves et al, a figura 1, na pag.13, deve ser substituída pela que agora se publica, em que o eixo das ordenadas já se encontra corrigido.

No sumário, pág.9, "Doenças de declaração obrigatória", onde se lê 4º trimestre, deve ler-se 1º trimestre 96/97.

As Autoridades de Saúde concelhias podem desempenhar um importante papel na melhoria da qualidade do preenchimento das notificações, uma vez que estão próximos quer dos Médicos de Família quer dos Hospitalares; o mesmo se aplica às situações de subnotificação e, de uma forma mais abrangente, às Doenças Transmissíveis no seu todo que, como é do conhecimento geral, emergem actualmente na comunidade com um potencial eventualmente preocupante, pelo que deve ser dada a melhor das atenções aos mecanismos de vigilância epidemiológica existentes.

As dificuldades verificadas na colheita de informação, referente às crianças vacinadas, sugerem a necessidade de rever rapidamente a concepção dos resumos estatísticos em uso, respectivos suportes e periodicidade de colheita.

A informatização do ficheiro de vacinação seria desejável, pois os custos de consultas manuais como a aqui referida não são desprezíveis, para além desta situação não permitir a monitorização aconselhada.

Por último, aceita-se que este trabalho foi elaborado com base em informação deficitária, o que limita, naturalmente, o seu âmbito, pelo que resultados, conclusões e sugestões terão, necessariamente, que ser interpretados em conformidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Matter, H.C.; Cloetta, J.; Zimmermann, H.: Measles, mumps and rubella: monitoring in Switzerland through a sentinel network, 1986-94, Journal of Epidemiology and Community Health, 1995, 49.
- (2) Dias, J.A. et al., Mumps epidemic in Portugal despite high vaccine coverage - preliminary report, Eurosurveillance, 1996, vol. 1, nº4.
- (3) Davidkin, I.; Valle, M.; Julkunen, I.: Persistence of anti-mumps antibodies after a two-dose MMR vaccination. A nine-year follow-up, Vaccine, 1995, vol 13, nº16
- (4) Vetter, R.T.; Johnson, G.M.: Actualização sobre vacinas, 1996, Postgraduate Medicine, vol.6, nº2
- (5) Neto, M.: Quem foi ao Banco? Estudo da frequência da Urgência do Hospital Dr. José Maria Grande de Portalegre no ano de 1994, Março de 1996, não publicado.

A autora agradece a todos os profissionais de saúde da Sub-Região de Saúde de Portalegre a colaboração prestada, especialmente ao pessoal de enfermagem pela dedicação e rapidez com que concluíram a ingrata tarefa de consulta dos ficheiros de vacinação.

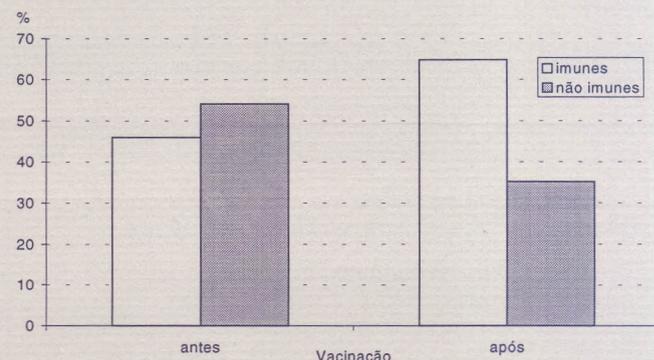


Figura 1- Proporção de imunes contra a parotidite epidémica antes e após vacinação pela VASPR

DOENÇAS DE DECLARAÇÃO OBRIGATÓRIA*
Casos notificados no 2.º trimestre de 1996 e 1997**
PORTUGAL (excepto Açores)***

DOENÇAS	Código OMS CID - 9	CASOS DECLARADOS 2.º Trimestre		CASOS ACUMULADOS 2.º Trimestre		MEDIANA 1994-1996		ÍNDICE EPIDÉMICO(i) 1997	
		1997	1996	1997	1996	2.º Trim.	Acum.	2.º Trim.	Acum.
Doenças infecciosas intestinais									
febres tifóide e paratifóide	002	89	85	140	150	89	150	1,00	0,93
outras salmoneloses	003	42	31	65	44	86	101	0,49	0,64
shigelose	004	1	2	3	2	1	4	1,00	0,75
amebíase	006	2	0	3	1	0	1	-	3,00
Tuberculose									
pulmonar e aparelho respiratório	011-012	1036	1061	2018	1942	888	1554	1,17	1,30
meníngea e do SNC	013	11	12	24	25	12	25	0,92	0,96
miliar	018	17	18	30	45	18	28	0,94	1,07
Zoonoses por bactérias									
brucelose	023	296	346	551	537	353	613	0,84	0,90
Outras doenças bacterianas									
doença de Hansen	030	2	1	3	1	2	3	1,00	1,00
tosse convulsa	033	1	7	3	10	5	6	0,20	0,50
escarlatina	034.1	371	327	597	592	167	270	2,22	2,21
infecções meningocócicas	036	10	20	32	30	20	39	0,50	0,82
meningite meningocócica	036.0	29	29	66	75	29	75	1,00	0,88
tétano (exclui tétano neonatal)	037	5	6	10	9	6	13	0,83	0,77
Doenças por vírus com exantema									
sarampo	055	45	50	88	70	68	109	0,66	0,81
rubéola (exclui rubéola congénita)	056	99	105	186	155	105	155	0,94	1,20
Outras doenças por vírus									
hepatite por vírus A	070.0-070.1	93	131	153	220	131	220	0,71	0,70
hepatite por vírus B	070.2-070.3	200	207	374	483	221	542	0,90	0,69
hepatite por vírus C		144	113	255	228	113	228	1,27	1,12
hepatite p/outros vírus especif.	070.4-070.5	4	4	7	9	4	9	1,00	0,78
hepatite p/vírus não especif.	070.6-070.9	9	3	20	11	14	27	0,64	0,74
parotidite epidémica	072	7567	4101	14271	5961	847	1157	8,93	12,33
Rickettsioses e outras doenças transmitidas por artrópodes									
rickettsioses	080-083	10	5	13	13	9	17	1,11	0,76
febre escaro-nodular	082.1	101	102	133	132	102	132	0,99	1,01
malária (casos importados)	084	14	24	38	51	24	51	0,58	0,75
leishmaníase	085	3	3	6	7	7	10	0,43	0,60
Sífilis e outras doenças venéreas									
sífilis precoce sintomática	091	49	25	90	52	28	60	1,75	1,50
sífilis precoce latente	092	25	33	44	47	26	47	0,96	0,94
infecções gonocócicas	098	17	22	37	38	16	36	1,06	1,03
cancro mole	099.0	2	0	3	0	0	0	-	-
Outras doenças provocadas p/ espiroqueta									
leptospirose	100	4	10	17	12	7	13	0,57	1,31
Helmintíases									
hidatidose	122	9	13	23	20	7	15	1,29	1,53

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

** os dados relativos a 1997 são provisórios a 14 Jul 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 INFORMAÇÃO E ANÁLISE

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
AGOSTO/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