

saúde em números

OUTUBRO 97

VOLUME 12 N.º 4

SUMÁRIO

- 25 SITUAÇÃO DA CISTICERCOSE HUMANA EM PORTUGAL, 1993-1996 – A cisticercose através dos internamentos hospitalares
- 29 BARREIRAS E INCENTIVOS À VIGILÂNCIA PRÉ-NATAL – Identificação das barreiras – resultados parcelares
- 25 DOENÇAS DE DECLARAÇÃO OBRIGATÓRIA – Casos notificados no 3.º trimestre de 1996 e 1997

SITUAÇÃO DA CISTICERCOSE HUMANA EM PORTUGAL, 1993-1996

A cisticercose através dos internamentos hospitalares

Manuela Vilhena⁽¹⁾, Graça Lima⁽²⁾, José Giria⁽³⁾

INTRODUÇÃO

A cisticercose é uma doença parasitária causada pela localização em diferentes tecidos e órgãos da fase intermediária (*Cisticercus cellulosae*) do cestode *Taenia solium*.

A forma mais grave para o homem é a neurocisticercose que pode causar diferentes síndromas, idênticos a outras doenças do foro neurológico, como epilepsia, hipertensão intracraniana, hidrocefalia, demência e alterações do comportamento, dependendo da localização e número dos cisticercos a nível do Sistema Nervoso Central (SNC)⁽¹⁾.

Muitos factores sócio-económicos, demográficos e ambientais, hoje cientificamente conhecidos, influenciam a dinâmica de transmissão desta parasitose⁽¹⁾.

No início do século passado, a cisticercose humana por *Cisticercus cellulosae* era muito comum na Europa, em especial nos países do Mediterrâneo. Actualmente, após a melhoria das condições sócio-económicas, melhor regulamentação e controlo dos sistemas de abate, a cisticercose humana

já só é registada em pequenas bolsas de menor desenvolvimento económico.

A cisticercose, como doença do suíno, é conhecida desde a antiguidade. O homem adquire a forma adulta do parasita, consumindo carne de porco infestada com cisticercos viáveis. A probabilidade de adquirir teniose é maior onde a inspecção de carnes não é efectiva e se pratica o autoconsumo.

Um único homem portador de *Taenia solium* pode produzir um foco endémico, em regiões onde não existe saneamento básico. Os ovos saem para o exterior com as fezes, geralmente no interior dos proglotes, podendo um só portador eliminar mais de 250 000 ovos por dia^(1,2).

O suíno infecta-se pelo consumo directo das fezes, pastagens ou outros alimentos contaminados com ovos⁽¹⁾.

O homem contrai a forma larvar do parasita (cisticercose) ingerindo água ou alimentos contaminados com ovos de *Taenia solium* (heteroinfecção), ou directamente (autoinfecção) por via fecal-oral por deficiente higiene individual ou por peristaltismo inverso⁽²⁾. O aparecimento de sintomas pode ocorrer poucos meses após a infecção, ou até 30 anos após a exposição⁽¹⁾.

As cisticercoses, humana e suína, têm maior expressão em países onde o saneamento básico é

(1) Médica Veterinária

(2) Assistente de Clínica Geral – Divisão de Epidemiologia, DGS

(3) Assessor, Economista – Divisão de Epidemiologia, DGS

deficiente, os animais têm livre acesso às fezes ou onde os esgotos são utilizados na rega dos campos, sem o tratamento necessário para destruir os ovos de *taenia*, permitindo assim o contágio de pessoas e animais.

OBJECTIVOS

Pretendeu-se, com este trabalho, saber da importância da cisticercose humana em Portugal.

METODOLOGIA

Em virtude da cisticercose humana não ser uma doença de declaração obrigatória, utilizaram-se os dados gerados pelos internamentos hospitalares, cedidos pela Divisão de Epidemiologia da Direcção Geral da Saúde.

A base de dados referentes aos internamentos hospitalares permite, para cada alta, a introdução de um diagnóstico principal e seis secundários, através dos códigos da Classificação Internacional de Doenças, 9ª revisão (CID-9).

Seleccionaram-se todos os internamentos em que foi possível identificar o código da CID-9 correspondente à cisticercose (123.1), quer constasse como diagnóstico principal ou secundário. Adicionalmente, contabilizaram-se os internamentos que apresentavam, simultaneamente, diagnósticos de cisticercose e de afecções do SNC (códigos 320.0 a 349.9), excluindo-se as situações em que os dois diagnósticos eram incompatíveis.

Uma vez que a base de dados não contém elementos de identificação, não foi possível excluir internamentos múltiplos de um mesmo caso; pelo mesmo motivo e devido à possibilidade de sobreposição de diagnósticos (até sete para cada internamento), não se pôde quantificar casos ou internamentos de afecções neurológicas, mas apenas número de diagnósticos.

O trabalho abrangeu os anos de 1993 a 1996.

RESULTADOS

De 1993 a 1996, houve, nos hospitais portugueses, 379 internamentos com o diagnóstico de cisticercose, dos quais 236 tinham esta doença como diagnóstico principal. Referentes aos 379 internamentos, encontraram-se 201 diagnósticos de afecções do SNC (figura 1). Estas constituíam o diagnóstico principal em 63 internamentos e eram o 2º diagnóstico em 80 dos 236 em que o diagnóstico principal era a própria cisticercose. Pode-se, assim, afirmar que, em pelo menos 143 (37,7%) internamentos coexistia cisticercose e doença do SNC.

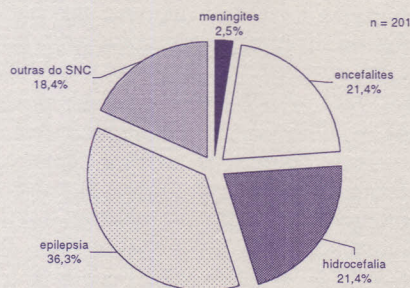


Figura 1 – Distribuição dos diagnósticos das afecções neurológicas associadas ao diagnóstico de cisticercose

A distribuição dos internamentos, por sexo e grupo etário, encontra-se na figura 2, observando-se a sua ausência antes dos 5 anos de idade.

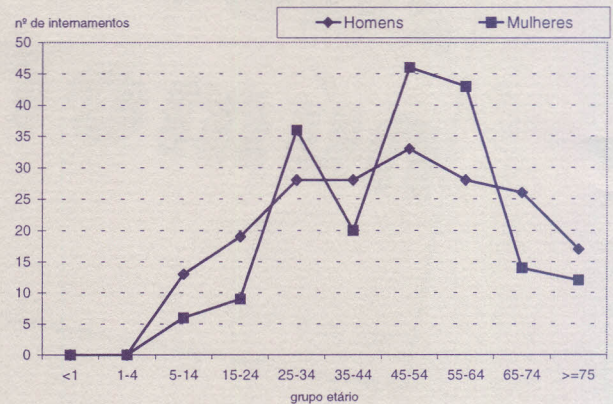


Figura 2 – Número de internamentos por cisticercose, segundo o sexo e grupo etário, de 1993 a 1996

Os hospitais das Regiões de Saúde do Norte e de Lisboa e Vale do Tejo (LVT) registaram, no período considerado (Quadro I), o maior número de internamentos por cisticercose, enquanto que nos hospitais da Região do Alentejo e Algarve apenas se registaram 12 e 3 casos, respectivamente.

Quadro I – Distribuição dos internamentos com diagnóstico de cisticercose humana, segundo a região de saúde do internamento, 1993-1996

Região	1993	1994	1995	1996	Total	
					Nº	%
Norte	35	37	33	40	145	38,3
Centro	24	18	26	14	82	21,6
LVT	41	34	32	30	137	36,1
Alentejo	0	3	4	5	12	3,2
Algarve	0	0	1	2	3	0,8
Total	100	92	96	91	379	100,0

Aos 379 internamentos registados, correspondeu um total de 5527 dias de internamento, com uma demora média (DM) de internamento de 14,6 dias, variando entre 15,6 em 1994, e 13,5 em 1996. Aos 236 internamentos, com diagnóstico principal de cisticercose, correspondeu um total de 2931 dias de internamento, com as demoras médias mais longas repartidas entre as regiões do Centro e de LVT (Quadro II).

Quadro II – Demora média de internamento (dias) em episódios hospitalares com o diagnóstico principal de cisticercose, segundo a região de saúde, 1993-1996

Região	1993	1994	1995	1996	Total
Norte	9,6	11,5	11,0	7,5	9,7
Centro	18,5	12,8	12,5	11,8	14,0
LVT	14,3	12,2	16,2	17,9	14,8
Alentejo	-	2,3	5,5	1,0	3,2
Algarve	-	-	12,0	4,0	8,0
Total	13,3	11,6	13,2	11,0	12,4

DISCUSSÃO

A cisticercose mereceu sempre maior atenção veterinária do que médica, por significar perdas económicas nas indústrias de abate e salsicharia e também por ser de difícil diagnóstico no homem.

Conhecida no meio rural por "graíinha", a cisticercose é, desde há vários anos, considerada de expressão veterinária pouco significativa, em virtude das mudanças drásticas na indústria de produção suína, onde um bom nível de higiene não possibilita a manutenção do ciclo de vida do parasita.

No entanto, há a considerar a possibilidade da existência do ciclo, em locais de criação caseira, com insuficiente saneamento básico e com abates domiciliários.

Analisando o quadro I, constata-se, com alguma surpresa, que o número de internamentos em que se pode identificar o diagnóstico de cisticercose humana (379 em quatro anos) é muito superior ao que se poderia supor, uma vez que, nos Boletins da Organização Internacional de Epizootias (OIE), a cisticercose na espécie suína vem referida como inexistente ou de fraca expressão em Portugal. Sendo o porco o animal sentinela, por excelência, para esta parasitose, lícito seria esperar que a cisticercose humana também não tivesse expressão.

Ressalve-se, no entanto, que os internamentos são uma medida grosseira do número de casos, uma vez que um mesmo caso pode originar múltiplos internamentos. Por outro lado, nem todos os casos de cisticercose serão internados, o que de alguma forma pode compensar a sobreavaliação inicial.

Verifica-se, contudo, que não só o número de internamentos hospitalares, com o diagnóstico de cisticercose, é considerável, como o número de dias de internamento não é negligenciável, ainda que se considerem, apenas, os internamentos com diagnóstico principal de cisticercose.

O diagnóstico de cisticercose, em Portugal, é, geralmente, efectuado por imagiologia ou técnicas serológicas ou por ambas e a forma que mais vezes motiva o internamento hospitalar, pela gravidade da situação, é a neurocisticercose^(3,8). De facto, encontrou-se um número apreciável de diagnósticos de afecções do SNC associadas ao diagnóstico de cisticercose, mas há que considerar que não foi possível saber a quantos casos de internamento correspondem os 201 diagnósticos de afecções neurológicas (uma vez que um mesmo caso pode ter até 6 diagnósticos secundários) e que nem todas as afecções neurológicas diagnosticadas terão a cisticercose como causa. Assim, apenas se pode especular que uma grande parte das afecções neurológicas encontradas podem ter, como causa, a cisticercose. Esta doença também origina outras afecções fora do grupo das doenças do SNC, mas igualmente graves, como certas afecções cerebrovasculares ou mentais, e que não foram pesquisadas neste estudo.

Por outro lado, registaram-se 123 internamentos em que o diagnóstico de cisticercose aparece isolado, não permitindo a identificação do tipo de manifestações provocado pela doença, que no entanto, se presumem suficientemente importantes para motivar internamento.

A doença tem maior expressão a partir dos 25 anos, ocorrendo, o maior número de internamentos, entre os 45 e 64 anos, o que está de acordo com o curso normal da cisticercose. Os dois sexos foram igualmente atingidos, ainda que com distribuições etárias ligeiramente diferentes. A curva de distribuição etária dos internamentos das mulheres cresce mais tardiamente na vida, mas apresenta picos notáveis entre os 45-64 anos, apresentando igualmente um entalhe no grupo 35-44 anos, dificilmente explicável.

De notar que se registaram 19 internamentos em crianças com menos de 14 anos de idade, o que indica infestações recentes. Pensa-se ser este um dos dados mais importantes a considerar, dado que indica que o ciclo parasitário está, possivelmente, activo em Portugal, ou que há portadores de *Taenia solium* que constituem fontes de infecção, sendo necessário tomar algumas medidas.

Constatou-se, ainda, que a prevalência da cisticercose parece aumentar do sul para o norte do país, uma vez que são os hospitais do norte (à excepção dos de LVT) os que registaram maior número de internamentos, ainda que, como se disse antes, os internamentos sejam uma medida grosseira do número de casos e o internamento num hospital de uma dada região não implique, obrigatoriamente, a origem regional do caso. Poderá ser essa, aliás, a explicação para o grande número de internamentos em hospitais de LVT, para onde tenderão, eventualmente, a ser encaminhados, os casos mais graves de outras regiões.

Considerando o número de internamentos como uma medida aproximada do número de casos, estes resultados confirmam a hipótese de persistirem, em algumas aldeias, as condições necessárias à manutenção do ciclo do parasita^(4,5). Outra hipótese a ser considerada é a importação de cisticercoses e tenioses humanas, de países onde são endémicas, constituindo depois o portador, em Portugal, um foco endémico, sobretudo se residir em locais sem saneamento básico, não esquecendo, ainda, a possibilidade de uma parte dos internamentos se referir a pessoas oriundas desses países (p.ex. imigrantes).

De uma forma ou outra, será importante, para a vigilância epidemiológica desta parasitose, a reintrodução dum sistema de registo, a nível dos matadouros, que possibilite a identificação dos locais de criação de animais com o diagnóstico de cisticercose.

A cisticercose humana é uma parasitose que está a ressurgir em vários países desenvolvidos^(9,10) e, considerando a gravidade de algumas situações^(3,8) e o número de internamentos encontrado, pensa-se que será de todo o interesse, que na próxima revisão da pauta de Doenças de Declaração Obrigatória, se venha a introduzir a Cisticercose e as Tenioses, para que se possa ter uma medida mais exacta da situação.

Propõe-se que, de futuro, se dê seguimento a todos os casos humanos, com estudos epidemiológicos de modo a localizar a fonte de infecção e possibilitar a tomada de medidas para a interrupção dos ciclos existentes no País.

BIBLIOGRAFIA

1. Gemmel M; Matyas Z; Pawlowsky Z et al. Guidelines for Surveillance prevention and Control of Taeniasis/Cysticercosis. WHO VPH/83.49
2. Beaver PC; Junger RC. Clinical Parasitology. 9TH Edition 1984:556-62
3. Correia JB; Rodrigues AC; Machado E; et al. Neurocisticercose A propósito de um caso clínico. Revista Portuguesa de Doenças Infecciosas. 1995; 18. N.º 3,4:230-34
4. Monteiro L. Neurocisticercose no Norte de Portugal. Dissertação de Doutoramento. Universidade do Porto (ICBAS/HGSA). Porto 1995
5. Monteiro L. Neurocisticercose. Uma parasitose (ainda) endémica no Norte de Portugal. Revista Portuguesa de Doenças Infecciosas, 1993 ano 16 No1: 11-16
6. Monteiro L; Coelho T; Stocker A. La neurocisticercose, une parasitose frequente au Portugal. 138 cas diagnostiques par scanographie cerebrale. La presse Medicale, 1987: 16:19
7. Morgado C; Gomes LB; De Campos J. Neurocisticercose. Analise imagiologica de 35 casos. Acta Med Port, 1994: 7:269-75
8. Pedro E; Onofre J; Fonseca H; Valente P; Groz Dias P. Neurocisticercose. A propósito de 3 casos clínicos. Rev. Port. Pediat, 1991. 22:258-262.
9. Kruskal BA; Moths L; Teele DW. Neurocysticercosis in a child with no story of travel outside the Continental United States. Clinical Infectious Diseases. 1993. 16: 2, 290-292.
10. Lortholary C; Lortholary O; Lapierre J. Cerebral cysticercosis epidemiology in France. Medicine et Maladies Infectieuses, 1990. 20: 2, 115-116.

EuroSurveillance – Boletim Epidemiológico Europeu

Conteúdo dos números de Junho, Julho, Agosto/Setembro e Outubro de 1997

• Volume 2 número 6, Junho de 1997

- Legionelose associada a viagens, em turistas europeus, em Espanha
- Legionelose associada a viagens, em turistas europeus, em Espanha - comentário do grupo coordenador do EWGLI
- Surto de legionelose em dois grupos de turistas em viagem por parques de campismo de França e Espanha, Junho de 1996

• Volume 2 número 7, Julho de 1997

- Desenvolvimento de uma rede electrónica europeia para doenças transmissíveis: o programa IDA-HSSCD
- Novas tendências das hepatites virais agudas encontradas por clínicos gerais na Bélgica
- Seis anos de vigilância de hepatites A e B em clínica geral, França
- Surto de sarampo em adultos no noroeste da Grécia

• Volume 2 número 8/9, Agosto/Setembro de 1997

- A difteria dos anos 90 - será que temos todas as respostas?
- Porque razão os adultos contraem difteria?

- Casos notificados de difteria na União Europeia
- Modificações na imunidade anti-diférica específica para a idade, na Polónia, nos últimos 40 anos
- Relatório de um caso de difteria adquirida em laboratório
- Eurosurveillance Weekly em linha

• Volume 2 número 10, Outubro de 1997

- Modificações recentes nas infecções meningocócicas na Europa
- Evolução epidemiológica das infecções meningocócicas em Espanha, 1989-1997
- A epidemiologia das infecções meningocócicas em Inglaterra e Gales, 1996 e 1997
- Tendências das infecções meningocócicas do serogrupo C na República da Irlanda
- As infecções meningocócicas na Escócia, 1995 a 1997
- Casos de Neisseria meningitidis na Grécia
- Vigilância das infecções meningocócicas em França, 1990-1997
- Novos factos epidemiológicos das infecções meningocócicas na Bélgica

Eurosurveillance Weekly Bulletin – Boletim Epidemiológico Europeu Semanal

Mantem-se, na Internet (www.eurosurv.org), a edição semanal do *Eurosurveillance*, cujo objectivo é a divulgação rápida de notícias sobre Doenças Transmissíveis. Dada a inacessibilidade, da maior parte dos profissionais de saúde, à Internet, a Direcção-Geral da Saúde, Divisão de Epidemiologia (DEP), procurou fazer a disseminação do boletim através das Regiões de Saúde. No entanto, cientes de que este processo é certamente pouco eficaz, por moroso e falível, os editores nacionais do boletim

(DEP), agradecem toda a informação de retorno que os destinatários últimos desta publicação possam prestar, de forma a que se possa identificar e corrigir os eventuais problemas.

Divisão de Epidemiologia
Direcção-Geral da Saúde
Alameda D. Afonso Henriques, nº45, 7º
1056 LISBOA CODEX

BARREIRAS E INCENTIVOS À VIGILÂNCIA PRÉ-NATAL

Identificação das barreiras – resultados parcelares

Beatriz Calado⁽¹⁾, Lurdes Silva⁽²⁾, Delfim Guerreiro⁽³⁾

INTRODUÇÃO

Uma correcta vigilância pré-natal, com consultas regulares e de acordo com um protocolo cuidadoso e metódico, permite a detecção precoce de factores de risco, a adequação da resposta e a consequente diminuição da morbilidade e mortalidade materna e fetal.

O estudo "Necessidades não satisfeitas em Saúde Materna e Planeamento Familiar"⁽¹⁾ efectuado pela Direcção-Geral da Saúde (1990-1991) em 5 Distritos, apontou para valores de gravidezes não vigiadas que variavam entre 3% (Beja) e 7% (Bragança).

Poucos países da União Europeia têm dados publicados sobre a utilização de cuidados pré-natais. Os dados disponíveis⁽²⁾ sugerem que, em alguns países, a proporção de grávidas sem vigilância pré-natal (0 consultas) ultrapassa 1%. A proporção de gravidezes com início tardio de vigilância também varia muito de um país para outro e as razões, que explicam estas diferenças não são bem conhecidas.

Com o objectivo de conhecer a utilização de cuidados pré-natais e identificar as barreiras e incentivos existentes ao acesso a estes cuidados, entre 1994 e 1996, foi desenvolvido um estudo, a nível da Comunidade Europeia, coordenado pela Universidade Livre de Bruxelas (Prof. Pierre Buekens), denominado "Barreiras e Incentivos à Vigilância Pré-Natal" (LACE), em que Portugal participou, juntamente com os outros 14 países membros.

Os elementos aqui publicados são dados parcelares, recolhidos num dos hospitais participantes, o Hospital São Francisco Xavier (HSFX) em Lisboa, e referem-se às "barreiras" à vigilância pré-natal.

OBJECTIVOS

- Avaliar a proporção de grávidas sem vigilância pré-natal, com início tardio da vigilância ou com menos de 3 consultas (vigilância inadequada).
- Identificar os factores associados à vigilância inadequada.
- Identificar as barreiras à vigilância pré-natal (económicas, culturais e de acessibilidade aos cuidados de saúde).

MATERIAL E MÉTODOS

Foi feito um estudo comparativo sobre uma amostra aleatória de 400 puérperas, constituindo 53% do universo de puérperas internadas no Serviço de Obstetrícia do HSFX, entre 1 de Março e 23 de Maio de 1996.

(1) Consultora de Ginecologia-Obstetrícia – Chefe da Divisão de Saúde Materna, Infantil e dos Adolescentes, DGS

(2) Médica do Internato Complementar de Ginecologia-Obstetrícia – Hospital S. Francisco Xavier

(3) Consultor de Ginecologia-Obstetrícia – Hospital S. Francisco Xavier

De acordo com o LACE, para que houvesse *vigilância inadequada* (VInad) bastava verificar-se uma das seguintes condições:

- nenhuma consulta pré-natal – **sem vigilância**
- uma ou duas consultas – **menos de 3 consultas**
- 1ª consulta às 16 ou mais semanas de gestação – **vigilância tardia**.

Considerou-se, assim, como tendo *vigilância adequada* (VAd), as gravidezes que cumpriram, simultaneamente, duas condições: início da vigilância antes das 16 semanas de gravidez e um mínimo de 3 consultas.

As 400 puérperas seleccionadas foram inquiridas no sentido de as definir em dois grupos: **1)** as que tinham tido uma *vigilância inadequada* e **2)** como grupo de controlo, as que tinham tido uma *vigilância adequada*. Para cada mulher com VInad, foi escolhido um 'controlo', puérpera com VAd, identificada imediatamente a seguir a cada uma das mulheres com vigilância inadequada.

Estes dois grupos foram comparados em relação a determinadas variáveis sociodemográficas: idade, escolaridade, estado civil e nacionalidade; em relação à paridade e, ainda, em relação ao peso do recém-nascido. Para o efeito, foi aplicado, aos dois grupos, um questionário, por entrevista. As mulheres com vigilância inadequada foram, ainda, inquiridas quanto aos motivos dessa inadequação, segundo um questionário padrão (LACE).

Fez-se a análise descritiva dos resultados e a comparação dos dois grupos utilizando o teste de χ^2 (e teste exacto de Fisher, quando necessário) para um intervalo de confiança de 95%. Para os cálculos estatísticos, utilizou-se a aplicação informática EPINFO 6.

RESULTADOS

De entre as 400 puérperas, encontraram-se 59 (14,8%) com uma vigilância pré-natal inadequada (VInad), tendo-se seleccionado, pelo método proposto, outras 59 com vigilância adequada (VAd).

A distribuição das mulheres com VInad, segundo os parâmetros de VInad, ilustram-se na figura 1.

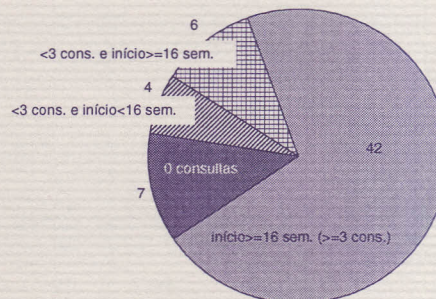


Figura 1 – Distribuição das mulheres com VInad, segundo os parâmetros da vigilância inadequada

A distribuição das mulheres com VInad e com VAd, segundo o grupo etário, pode ser observada no quadro I.

Quadro I – Distribuição das mulheres com VInad e VAd, segundo o grupo etário

Grupo etário	VInadequada		VAdequada	
	Nº	%	Nº	%
<20	11	18,7	1	1,7
20-34	34	57,6	51	86,4
≥35	14	23,7	7	11,9
Total	59	100,0	59	100,0

Analisando comparativamente os dois grupos, em relação à idade, verificou-se existir uma diferença estatisticamente significativa ($\chi^2=14,07$; 2gl; $p=0,0008$), mais acentuada quando se agregam as duas classes extremas ($\chi^2=10,77$; 1gl; $p=0,0005$).

Considerando os níveis de escolaridade (Quadro II), os dois grupos também se revelaram significativamente diferentes ($\chi^2 = 25,3$; 3gl; $p<0,0001$), tornando-se, essa diferença, ainda maior ($\chi^2 = 21,4$; 1gl; $p<0,00001$), quando se consideram apenas dois níveis de escolaridade (Quadro III).

Quadro II – Distribuição das mulheres com VInad e VAd, segundo a escolaridade (4 níveis)

Escolaridade	VInadequada		VAdequada	
	Nº	%	Nº	%
Nenhuma/Primária	41	69,5	15	25,4
Secundário	12	20,3	19	32,2
Técnico	1	1,7	4	6,8
Superior	5	8,5	21	35,6
Total	59	100,0	59	100,0

Quadro III – Distribuição das mulheres com VInad e VAd, segundo a escolaridade (2 níveis)

Escolaridade	VInadequada		VAdequada	
	Nº	%	Nº	%
Nenhuma/Primária	41	69,5	15	25,4
Sec.+Tecn.+Sup.	18	30,5	44	74,6
Total	59	100,0	59	100,0

De entre as 17 puérperas *sem vigilância* ou com *menos de 3 consultas* (Figura 1) encontrou-se, apenas, uma com escolaridade de nível secundário; das restantes 42, 13 tinham o ensino primário e 3 não tinham nenhuma escolaridade.

Na comparação dos dois grupos, VInad e VAd, em relação ao estado civil, consideraram-se apenas as situações de 'casada' e 'não casada' (Quadro IV), revelando-se, de novo, uma diferença estatística altamente significativa ($\chi^2=20,69$; 1gl; $p<0,00001$).

Quadro IV - Distribuição das mulheres com VInad e VAd, segundo o estado civil

Estado civil	VInadequada		VAdequada	
	Nº	%	Nº	%
Casada	24	40,7	49	83,1
Não casada	35	59,3	10	16,9
Total	59	100,0	59	100,0

Em relação à paridade, considerada em apenas duas classes, a diferença entre o grupo das VInad e VAd (Quadro V), ainda que estatisticamente significativa, foi menos evidente ($p=0,013$ (Fisher)).

Não houve diferenças estatisticamente significativas, entre os dois grupos de mulheres, em relação à nacionalidade e em relação ao peso do recém-nascido (Quadros VI e VII). No entanto, as 7 mulheres com gravidezes *sem vigilância*, eram todas portuguesas e das 10 com *menos de 3 consultas*, apenas 3 eram de países africanos.

Quadro V – Distribuição das mulheres com VInad e VAd, segundo o número de filhos (paridade)

Paridade (nº filhos)	VInadequada		VAdequada	
	Nº	%	Nº	%
0-3	52	88,1	59	100,0
≥4	7	11,9	0	0,0
Total	59	100,0	59	100,0

Quadro VI – Distribuição das mulheres com VInad e VAd, segundo a nacionalidade

Nacionalidade	VInadequada		VAdequada	
	Nº	%	Nº	%
Portuguesa	46	78,0	54	91,5
Países africanos	13	22,0	5	8,5
Total	59	100,0	59	100,0

Quadro VII – Distribuição das mulheres com VInad e VAd, segundo o peso do recém-nascido

Peso (g) recém nascido	VInadequada		VAdequada	
	Nº	%	Nº	%
< 2500	6	10,2	3	5,1
≥ 2500	53	89,8	56	94,9
Total	59	100,0	59	100,0

O único bebé, em quem se identificou patologia, pertencia ao grupo das puérperas com *vigilância inadequada (menos de 3 consultas, 21 anos, 2º filho, africana)*.

Os motivos apresentados, pelas mulheres, para *vigilância inadequada*, foram os seguintes:

Motivos	Nº
1. Não sabia que estava grávida	24 (40,7%)
2. Não tinha tempo	8
3. Não pensei que valesse a pena	5
4. Não tinha problemas de saúde	4
5. Sabia como proceder	3
6. Falta de médico no Centro de Saúde	3
7. Vivía em outro país	2
8. Não tinha a certeza de querer o bebé	1
9. A gravidez era escondida	1
10. Não sabia que devia ir	1
11. Local da consulta é distante (6 km)	1
12. Dificuldade c/ quem deixar outra criança	1
13. Medo de problemas legais	1
14. Barreiras culturais	1
15. Falta de vaga para a primeira consulta	1
16. Reclusão	1
17. Intervenção cirúrgica	1

DISCUSSÃO

Embora a percentagem de grávidas *sem vigilância* (1,8%) seja inferior aos valores encontrados (2,7%), em 3 outros hospitais portugueses participantes no mesmo estudo (Bragança, Famalicão e S.João no Porto), continua a ser superior às verificadas em 13 outros países participantes da UE (0,0 a 0,9%), com excepção da Grécia (2,1%). Também a percentagem de grávidas com *menos de três consultas* (HSFX 2,5%) é inferior aos outros valores obtidos em Portugal (4,8%), mas superior à dos 7 países da UE que forneceram dados referentes a esta variável (<1.0%), com excepção da Grécia (6.0%).

Por razões de metodologia não é possível a comparação entre os valores obtidos para o início de vigilância ≥ 16 semanas, apesar de o LACE definir o que considera *vigilância tardia*.

Os factores de risco obstétrico – idades extremas e paridade elevada – associaram-se de modo estatisticamente significativo com a deficiente vigilância pré-natal.

Também houve associação significativa, da vigilância inadequada, com o baixo nível de escolaridade. De facto, os grupos de *sem vigilância* e com *menos de 3 consultas*, estiveram, quase na totalidade, representados por mulheres com baixo nível de escolaridade.

Em relação ao estado civil, é sabido que cada vez são mais numerosas as situações de coabitação entre não casados, que neste estudo ficaram incluídas na classe 'não casada'. De qualquer forma, e em princípio, isso tanto pode acontecer entre as mulheres com VInad como com VAd. No entanto, a proporção de casadas no grupo com VAd (83%) foi maior do que no grupo com VInad (41%), sendo a diferença estatisticamente significativa.

Embora o comportamento da variável nacionalidade não tenha sido significativamente diferente nos dois grupos de puérperas (VInad e VAd), é de salientar que o grupo *sem vigilância* foi, totalmente, constituído por portuguesas e que no grupo com *menos de 3 consultas* só 3/10 o não eram.

Em relação ao peso dos recém-nascidos não houve diferenças significativas entre os dois grupos de puérperas. No entanto, o único bebé com patologia era filho de uma puérpera com *menos de 3 consultas*.

Quanto aos motivos apresentados para a vigilância inadequada, salientamos:

- 24 (41%) mulheres referiram *não saber que estava grávida*; destas, 22 pertenciam ao grupo com início da vigilância às 16 ou mais semanas. Se adicionarmos a estas 24 puérperas, aquelas que apresentaram os motivos 3, 4, 5, 8, 9 e 10, constatamos que 66% das mulheres teve vigilância pré-natal inadequada, fundamentalmente, por deficiente informação/educação na área da saúde reprodutiva e que

se manifestou através de gravidezes não desejadas (8 e 9), do reconhecimento tardio dos sinais fisiológicos de gravidez (1) e da ignorância acerca da necessidade de cuidados pré-natais (3, 4, 5 e 10).

- O motivo *não tinha tempo* foi referido por 8 (13,5%) das mulheres. Se por um lado, este motivo pode esconder algum laxismo, pode representar, também, a dificuldade sentida pelas mulheres que têm empregos precários, contratos a prazo ou outras situações, onde o cumprimento da lei de protecção da maternidade pode não estar garantido.
- As barreiras, criadas pelos Serviços de Saúde, estiveram presentes em 8,5% dos motivos apresentados (6,11 e 15), sendo a falta de médicos o mais referido.

CONCLUSÃO

O perfil das mulheres com vigilância pré-natal inadequada, encontrado neste estudo, é sobreponível ao referido em estudos semelhantes⁽¹⁾. A dimensão do fenómeno continua, no entanto, a ser muito elevada, sobretudo quando comparada à de outros países da UE⁽²⁾.

Uma vez que o período de maior sensibilidade fetal, a organogénese, ocorre entre os dias 17 e 56 após a fecundação, o facto das mulheres não reconhecerem a sua gravidez nas primeiras semanas, pode colocar em sério risco os seus fetos. Nesse sentido e face aos motivos apresentados, para a deficiente utilização dos cuidados pré-natais, será necessário:

- > incrementar estratégias de informação/educação na área da saúde reprodutiva, em particular, junto das populações de mais baixo índice sócio-económico.
- > implementar o aconselhamento pré-concepcional, sublinhando a importância do planeamento das gravidezes e do início precoce da vigilância pré-natal.
- > concertar os modelos organizativos de prestação de cuidados de saúde com as necessidades das mulheres, em particular, das mulheres trabalhadoras.

BIBLIOGRAFIA

- (1) DGCS. Necessidades não satisfeitas em Saúde Materna e Planeamento Familiar - relatório de estudo 1990/91. DGCS. 1992.
- (2) European Commission. Barriers and Incentives to Pre-natal Care in Europe – Final Report. European Commission. 1997.

DOENÇAS DE DECLARAÇÃO OBRIGATÓRIA*

Casos notificados no 3.º trimestre de 1996 e 1997**

PORTUGAL (excepto Açores)***

DOENÇAS	Código OMS CID - 9	CASOS DECLARADOS 3.º Trimestre		CASOS ACUMULADOS 3.º Trimestre		MEDIANA 1994-1996		ÍNDICE EPIDÉMICO(i) 1997	
		1997	1996	1997	1996	3.º Trim.	Acum.	3.º Trim.	Acum.
Doenças infecciosas intestinais									
febres tifóide e paratifóide	002	81	96	221	246	100	248	0,81	0,89
outras salmoneloses	003	62	38	127	82	52	157	1,19	0,81
shigelose	004	1	0	4	2	6	10	0,17	0,40
amebíasee	006	3	0	6	1	1	3	3,00	2,00
Tuberculose									
pulmonar e aparelho respiratório	011-012	928	722	2946	2664	807	2361	1,15	1,25
meníngea e do SNC	013	8	10	32	35	10	35	0,80	0,91
miliar	018	29	18	59	63	18	47	1,61	1,26
Zoonoses por bactérias									
brucelose	023	176	190	727	727	202	815	0,87	0,89
Outras doenças bacterianas									
tosse convulsa	033	5	5	8	15	6	14	0,83	0,57
escarlatina	034.1	121	102	718	694	70	340	1,73	2,11
infecções meningocócicas	036	8	10	40	40	10	44	0,80	0,91
meningite meningocócica	036.0	21	22	87	97	22	97	0,95	0,90
tétano (exclui tétano neonatal)	037	5	6	15	15	9	23	0,56	0,65
Doenças por vírus com exantema									
sarampo	055	20	17	108	87	66	175	0,30	0,62
rubéola (exclui rubéola congénita)	056	43	85	229	240	75	240	0,57	0,95
Outras doenças por vírus									
hepatite por vírus A	070.0-070.1	70	71	223	291	71	291	0,99	0,77
hepatite por vírus B	070.2-070.3	117	125	491	608	218	769	0,54	0,64
hepatite por vírus C		80	61	335	289	91	303	0,88	1,11
hepatite p/ outros vírus especific.	070.4-070.5	3	5	10	14	3	12	1,00	0,83
hepatite p/vírus não especific.	070.6-070.9	6	3	26	14	9	36	0,67	0,72
parotidite epidémica	072	3210	2166	17481	8147	427	1584	7,52	11,04
Rickettsioses e outras doenças transmitidas por artrópodes									
rickettsioses	080-083	18	16	31	29	17	34	1,06	0,91
febre escaro-nodular	082.1	647	781	780	913	590	715	1,10	1,09
malária (casos importados)	084	16	16	54	67	22	67	0,73	0,81
leishmaníase	085	5	7	11	14	4	14	1,25	0,79
Sífilis e outras doenças venéreas									
sífilis precoce sintomática	091	25	26	115	78	26	81	0,96	1,42
sífilis precoce latente	092	18	17	62	64	17	64	1,06	0,97
infecções gonocócicas	098	10	16	47	54	16	54	0,63	0,87
cancro mole	099.0	2	0	5	0	1	1	2,00	5,00
Outras doenças provocadas p/ espiroqueta									
leptospirose	100	6	6	23	18	6	20	1,00	1,15
Helminthíases									
hidatidose	122	5	17	28	37	8	23	0,63	1,22

* apenas se indicam as doenças relativamente às quais houve casos notificados no 3.º trimestre de 1997.

** os dados relativos a 1997 são provisórios a 24 Out 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: ≤ 0,75 - baixo; 0,76 - 1,24 - normal; ≥ 1,25 - alto.

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
DEZEMBRO/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