

saúde em números

ABRIL 98

VOLUME 13 N.º 2

SUMÁRIO

- 01 SALMONELAS, TARTARUGAS E... OUTROS ANIMAIS DE ESTIMAÇÃO
- 04 FUMADORES ACTIVOS EM PORTUGAL – EVOLUÇÃO ENTRE 1987 E 95/96
- 06 A TUBERCULOSE NOTIFICADA
- 08 DOENÇAS DE DECLARAÇÃO OBRIGATÓRIA – Casos notificados no 1.º trimestre de 1997 e 1998

SALMONELAS, TARTARUGAS E... OUTROS ANIMAIS DE ESTIMAÇÃO

José Marinho Falcão^(*), Baltazar Nunes^(**)

INTRODUÇÃO

É bem conhecido que o contacto do homem com animais, mesmo de estimação, está associado a um número diversificado de doenças, transmissíveis e não transmissíveis. Desde o início da década de 1950, as tartarugas foram reconhecidas como portadoras assintomáticas de *Salmonella*⁽¹⁾ e na década de 1960 foram identificadas como fonte de infecção em humanos⁽²⁾.

A importância do problema está bem documentada nos Estados Unidos da América⁽³⁾, onde foi estimado que o risco de ter salmonelose associado a tartarugas era elevado, com "odds ratios" variando entre 4,9 e 17,7 e que cerca de 4,2% das famílias tinham esses animais em casa. As tartarugas seriam, assim, responsáveis por cerca de 14% das salmoneloses ocorridas naquele país.

Em Portugal, a preocupação pelos riscos associados a tartarugas de estimação foi muito posterior. De facto, as tartarugas de aquário começaram a ser comercializadas, em Portugal, depois do que nos Estados Unidos e a identificação da ocorrência de salmoneloses a elas associadas foi mais recente. Por exemplo, em Setembro de 1996⁽⁴⁾, um caso de

síndrome febril grave numa criança de 4 anos, foi diagnosticado, no Hospital de D. Estefânia, como uma infecção por *Salmonella urbana*, isolada em hemoculturas e coproculturas. A mesma estirpe foi isolada a partir da água do aquário de uma tartaruga de estimação. Este caso, em que a associação com tartarugas foi bem documentada, despertou justificado interesse e chamou a atenção para o problema, cuja magnitude não estava determinada. Mesmo que quantificada apenas pela estimativa bruta do número de salmoneloses associadas a tartarugas ocorridas em Portugal, a estimativa dessa magnitude tornava necessária a existência de estimativas dos dois parâmetros referidos atrás, (risco relativo/ "odds ratio" e percentagem de famílias que têm tartarugas), para além da taxa de incidência de salmoneloses na população. Em Portugal, não estavam disponíveis estimativas de nenhum destes três parâmetros. Por isso, pretendeu dar-se um contributo para o conhecimento da situação, estimando a percentagem de famílias que têm tartarugas como animais de estimação, através da amostra de famílias portuguesas que participam no projecto ECOS⁽⁵⁾, descrito a seguir.

MATERIAL E MÉTODOS

As estimativas da percentagem de famílias com tartarugas de estimação foram calculadas a partir de

(*) Assistente Graduado de Saúde Pública
(**) Estatista
Observatório Nacional de Saúde, INSA

dados colhidos por entrevistas telefónicas, realizadas a uma amostra de famílias portuguesas, residentes no Continente, que participam no projecto ECOS: "Em Casa Observamos Saúde"⁽⁵⁾. Esta amostra é composta por 1031 famílias com telefone, incluindo cerca de 200 famílias por cada Região de Saúde, seleccionadas, aleatoriamente, das listas de assinantes. Estas famílias disponibilizaram-se para, ao longo do tempo, prestar informação sobre aspectos relacionados com a saúde dos seus membros, através de entrevistas telefónicas estruturadas, permitindo, assim, colher dados com muita celeridade.

Durante os meses de Janeiro e Fevereiro de 1998, foram colhidos dados sobre a existência de animais de estimação em casa, centrando-se a atenção especialmente em tartarugas e em alguns outros animais que, reconhecidamente, estão associados a doenças humanas (cães, gatos, pássaros).

A percentagem de famílias com cada um dos animais de estimação indicados foi estimada, directamente, para cada uma das Regiões de Saúde.

No entanto, as estimativas para o Continente não podem ser calculadas directamente, porque a amostra não é autoponderada, ou seja o número de famílias seleccionadas para cada Região não é proporcional ao número de famílias residentes nessa Região. Por isso, as estimativas para o Continente foram ponderadas, utilizando o seguinte algoritmo de cálculo da estimativa populacional da proporção de famílias que pertencem a uma dada classe C, numa amostragem estratificada em H estratos – as regiões.

Para cada estrato foi calculada:

- a estimativa da proporção de famílias que pertencem à classe C (p_h , com $h = 1, \dots, H$)
- o peso que cada estrato representa na população total, dado por $W_h = N_h/N$, onde N é o total de famílias na população e N_h o total de famílias no estrato h , com $h = 1, \dots, H$.

Por fim, a estimativa populacional da proporção de famílias que pertencem à classe C, foi dada por,

$$p = \sum_{h=1}^H W_h p_h$$

O intervalo de confiança a $(1-\alpha)*100\%$ para esta proporção ponderada é:

$$\left[p \pm z_{1-\alpha/2} \sqrt{\sum_{h=1}^H \frac{W_h^2 p_h (1-p_h)}{n_h}} \right],$$

onde n_h é o número de famílias da amostra que pertencem ao estrato h , e, $z_{1-\alpha/2}$ é o ponto percentual $1-\alpha/2$ da distribuição Normal padrão.

Neste caso, foi escolhido $\alpha=0,05$, e, como factores de ponderação W_h as proporções de famílias do continente que residem em cada uma das 5 regiões (estratos), calculadas a partir dos dados do Censo de 1991: Região Norte: 0,2914; Região Centro: 0,2491; Região de Lisboa e Vale do

Tejo: 0,3638; Região do Alentejo: 0,0565; Região do Algarve: 0,0391.

RESULTADOS

Das famílias inquiridas, 3,3% declararam ter tartarugas em casa, como animal de estimação. Esse valor corresponde a uma percentagem de 3,7%, quando o cálculo é ponderado pelas Regiões (Figura 1).

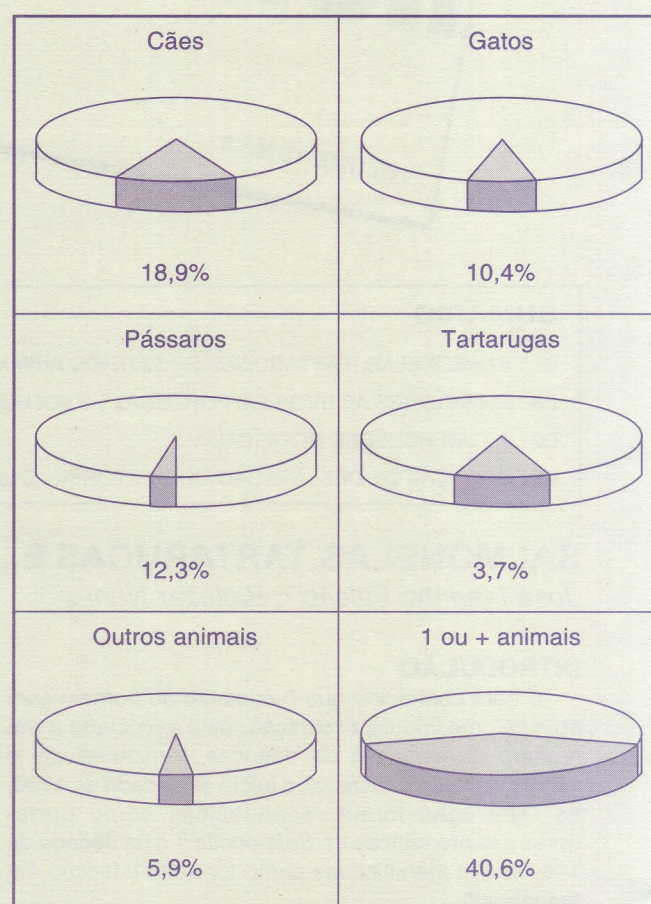


Figura 1 – Percentagens ponderadas*, para o Continente, de famílias que declararam ter animais de estimação em casa (*ponderada por região usando como factores a percentagem de famílias de cada região (Censo de 1991))

A Região de Lisboa e Vale do Tejo teve o valor mais elevado (6,1%), embora não se verificassem diferenças estatisticamente significativas entre as Regiões ($p=0,16$) (Quadro 1).

O cão foi o animal de estimação referido com mais frequência (19,9% das famílias) a que corresponde uma estimativa ponderada para o Continente de 18,9%. A Região do Algarve teve o valor mais elevado, embora as diferenças entre as Regiões não fossem estatisticamente significativas, ao nível convencional ($p=0,10$). As estimativas das percentagens das famílias do Continente com gatos (10,4%) e com pássaros (12,3%) foram da mesma ordem de grandeza no Continente, não se tendo também verificado diferenças significativas entre as Regiões.

Quadro 1 – Percentagem de famílias que declararam ter animais de estimação em casa, por região

Região	Cães	Gatos	Pássaros	Tartarugas	Outros animais	1 ou + animais
Norte (N=202)	21,8 (16,1-27,5)	9,4 (5,4-13,4)	10,4 (6,2-14,6)	2,5 (0,4-4,7)	7,4 (3,8-11,0)	41,3 (34,5-48,1)
Centro (N=203)	15,8 (10,8-20,8)	10,8 (6,5-15,1)	12,8 (8,2-17,4)	2,0 (0,1-3,9)	6,4 (3,0-9,8)	36,5 (29,9-43,1)
Lisboa e Vale Tejo (N=197)	18,3 (12,9-23,7)	11,2 (6,8-15,6)	14,2 (9,3-19,1)	6,1 (2,8-9,4)	5,1 (2,0-8,2)	43,7 (36,8-50,6)
Alentejo (N=214)	18,2 (13,0-23,4)	8,4 (4,7-12,1)	9,8 (5,8-13,8)	2,8 (0,6-5,0)	2,3 (0,3-4,3)	32,0 (25,8-38,3)
Algarve (N=184)	26,1 (19,8-32,5)	10,3 (5,9-14,7)	9,8 (5,5-14,1)	3,3 (0,7-5,9)	3,8 (1,0-6,6)	43,8 (36,6-51,0)
P	0,10	0,89	0,54	0,16	0,13	0,07

(-) intervalo de confiança a 0,95

p – refere-se à comparação entre regiões

Saliente-se ainda que a percentagem de famílias do Continente com pelo menos um animal de estimação foi de 40,6% (estimativa ponderada). As Regiões do Algarve (43,8%) e de Lisboa e Vale do Tejo (43,7%) tiveram as percentagens mais elevadas, enquanto a Região do Alentejo teve a percentagem mais baixa (32,0%). As diferenças entre as Regiões foram quase estatisticamente significativas ao nível convencional ($p=0,07$).

Foi possível estudar a distribuição das percentagens de famílias que declararam ter tartarugas como animais de estimação por várias das suas características (Quadro 2).

Quadro 2 – Percentagem de famílias que declararam ter tartarugas de estimação, por várias das suas características

	%	% ponderada*	Int. conf. 0,95
Famílias			
com crianças < 5 anos (113)	7,1	9,4	2,0-16,8
sem crianças < 5 anos (862)	2,8	3,2	1,8-4,6
Grau de escolaridade**			
4ª classe ou menos (292)	0,7	1,2	0,0-2,8
> 4ª classe e < 12º ano (439)	3,6	5,2	2,5-7,9
12º ano ou mais (263)	5,3	3,9	1,2-6,5
Densidade de ocupação (pessoas/assoadhada)			
< 0,5 (194)	1,0	0,9	0,0-2,6
0,5-0,99 (403)	2,7	3,3	1,1-5,5
1-1,49 (330)	5,5	5,7	2,7-8,7
1,5-1,99 (41)	4,9	8,4	0,0-21,3
2 ou mais (32)	–	–	–
Tipo de habitação			
Andar/apartamento (464)	2,3	3,0	0,6-5,3
Moradia (533)	4,5	4,5	2,4-6,6
Local de habitação			
Isolado (20)	–	–	–
Lugar (52)	1,9	3,6	0,0-10,3
Aldeia (148)	2,7	4,1	0,0-8,7
Vila (203)	2,5	2,4	0,0-4,9
Cidade (564)	3,9	4,0	2,0-5,9

* ponderada por região, usando como factores a percentagem de famílias de cada região (Censo de 1991). ** mais elevado de entre os membros da família.

(-) número de famílias na categoria

É interessante verificar que a presença de tartarugas foi mais frequente nas famílias com crianças de menos de 5 anos de idade (9,4%). Por outro lado, as famílias citadinas (4,0%) e as que residem em moradias ou equivalente (4,5%) tiveram percentagens mais elevadas do que as restantes. A percentagem foi também mais elevada nas famílias em que a densidade de ocupação se situou entre 1 e 1,9 pessoas por assoalhada ($1-1,49=5,7\%$; $1,5-1,99=8,4\%$), sendo menor para densidades de ocupação inferiores àqueles valores. Saliente-se que a percentagem de tartarugas foi inferior (1,2%) nas famílias cujos membros tinham 4 anos de escolaridade ou menos do que nas famílias com níveis de escolaridade mais elevados.

DISCUSSÃO

De acordo com os dados colhidos, a percentagem de famílias portuguesas, residentes no Continente, que possuem tartarugas como animais de estimação foi de 3,7%. Apesar de as diferenças entre as cinco Regiões de Saúde do Continente não se terem revelado estatisticamente significativas, os dados sugerem a existência de uma percentagem mais elevada na Região de Lisboa e Vale do Tejo (6,1%).

A percentagem de famílias com tartarugas foi mais elevada nas que tinham crianças com menos de 5 anos (9,4%), precisamente o grupo etário em que as consequências de uma salmonelose podem ser mais graves.

Saliente-se ainda que uma elevada percentagens de famílias do Continente (40,6%) declararam ter pelo menos um animal de estimação em casa, sendo o cão o que mais frequentemente foi indicado.

As estimativas apresentadas devem ser interpretadas tendo em consideração uma limitação base da amostra de famílias de ECOS: a amostra foi seleccionada aleatoriamente do conjunto de famílias com telefone. Não pode, em rigor, ser considerada uma amostra representativa da população do Continente, já que as famílias sem telefone tiveram uma probabilidade nula de serem seleccionadas. Certamente que essas famílias diferem das que têm telefone em múltiplos aspectos, nomeadamente na classe social, no nível de instrução e no rendimento. Contudo, face à percentagem muito elevada de famílias portuguesas que têm telefone, é de admitir que as estimativas apresentadas não tenham vizes importantes.

O conhecimento da percentagem de famílias com tartarugas não permite, por si só, estimar a magnitude do problema das salmoneloses associadas a tartarugas. Para isso, falta conhecer a razão de possibilidades ("odds-ratio") de ter a doença quando existem tartarugas na família e a taxa de incidência de salmoneloses na população geral. Nenhum destes dois parâmetros está disponível em Portugal.

Nestas circunstâncias a única apreciação que pode ser realçada é o facto de a percentagem estimada para o Continente (3,7%) não ser muito diferente da percentagem relatada para os Estados Unidos da América em 1972 (4,2%)⁽³⁾ na época em que a situação se revestia de apreciável importância para aquele país. Claramente, essa pequena diferença, mesmo que real, não permite assegurar que o problema é irrelevante em Portugal.

Para avaliar fundamentalmente a magnitude do problema justifica-se, certamente, realizar estudos que permitam estimar os dois parâmetros desconhecidos, indicados atrás.

REFERÊNCIAS

(1) Boycott JA, Taylor J, Douglas HS: *Salmonella* in tortoises. J Pathol Bacteriol 65: 401-411, 1953 +

- (2) Hersey E, Mason DV: *Salmonella* report nº 10, Atlanta, CDC, January 1963
- (3) Lamm SH, Taylor A Jr, Gangarosa EJ et al: Turtle-associated salmonellosis: 1. An estimation of the magnitude of the problem in the United States, 1970-1971. Am J Epidemiol 95: 511-517, 1972.
- (4) Leça-Pereira A, Cabrita S. – Salmonelose associada a tartaruga doméstica – 1º caso clínico descrito em Portugal – comunicação pessoal
- (5) ECOS: "Em Casa Observamos Saúde" – Observatório Nacional de Saúde, Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge – documento interno.
- (6) Cochran, W. G. : Sampling Techniques, John Wiley and Sons inc., 1963

FUMADORES ACTIVOS EM PORTUGAL – EVOLUÇÃO ENTRE 1987 E 95/96

JC Marinho Falcão^(*), Teresa Contreiras^(*)

INTRODUÇÃO

Em Portugal, o estudo dos hábitos tabágicos da população portuguesa tem sido realizado com regularidade por vários autores e instituições, sobretudo desde a década de 70. Muitos desses estudos incidiram sobre grupos populacionais especiais, como adolescentes⁽¹⁾, estudantes⁽²⁾ e profissionais de saúde^(3,4).

O estudo do consumo de tabaco, em amostras probabilísticas da população portuguesa, foi iniciado, pelo Centro de Estudos de Cardiologia Preventiva do Instituto Nacional de Saúde, a solicitação do Conselho de Prevenção do Tabagismo^(5,6). As estimativas, então produzidas, tiveram âmbito nacional, mas a dimensão das amostras utilizadas tornaram pouco precisas as estimativas desagregadas por sexo, grupo etário e região administrativa.

A partir de 1983, o Inquérito Nacional de Saúde (INS) passou a colher dados sobre consumo de tabaco. Em 1983, 1985 e 1989 o INS cobriu uma amostra da população da Área Metropolitana de Lisboa (AML) e em 1987 a amostra abrangiu a totalidade do Continente.

Uma das vantagens do INS consiste na grande dimensão das suas amostras (mais de 40 000 pessoas no INS 87) o que permite produzir estimativas desagregadas por sexo, grupo etário, região e variáveis sociais^(6,7,8).

Com base nos dados desses quatro anos foi possível estudar a evolução da proporção de fumadores por grupo etário e sexo, na AML⁽⁹⁾. Esse estudo permitiu confirmar que a proporção de fumadores era muito superior no sexo masculino do que no sexo feminino, em todos os grupos etários. O achado mais relevante consistiu, porém, no facto de a

proporção de fumadores ter baixado regularmente, nesse período de tempo, em todos os grupos etários do sexo masculino, enquanto no sexo feminino se desenhava uma tendência crescente nos grupos etários 25-44 e 45-64 anos e decrescente no grupo etário mais baixo (15-24 anos).

Foram recentemente publicados os resultados do Inquérito Nacional de Saúde realizado entre Abril de 1995 e Março de 1996⁽¹⁰⁾, realizado numa amostra representativa do Continente. Surge assim a oportunidade de verificar se as tendências encontradas durante a década de 80 na AML, estão presentes, também, na totalidade da população do Continente, comparando os resultados das duas amostras continentais de 1987 e de 1995/1996.

MÉTODOS

O INS é um inquérito conduzido desde 1983 pelo ex-Departamento de Estudos e Planeamento da Saúde e colhe dados de amostras probabilísticas da população. Os dados são colhidos por entrevistas domiciliárias realizadas a todos os residentes em unidades de alojamento incluídas na amostra seleccionada⁽⁸⁾.

Em 1987 e em 1995 o INS colheu dados sobre o consumo de tabaco em amostras da população do Continente. A análise, cujos resultados se descrevem a seguir foi, assim, feita comparando as proporções de fumadores activos (fumam pelo menos 1 cigarro por dia) estimadas em 1987 e em 1995/1996. Dada a grande dimensão das amostras é possível, agora, fazer a comparação em grupos etários decenais.

RESULTADOS

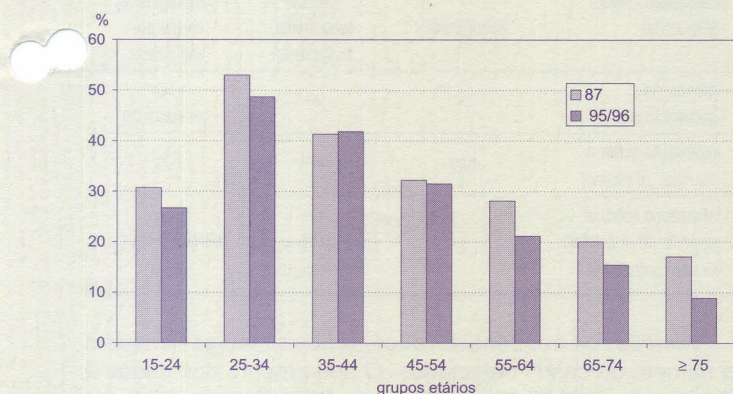
A proporção de fumadores foi nitidamente mais elevada no sexo masculino do que no sexo feminino, em todos os grupos etários (Quadro I).

(*) Instituto Nacional de Saúde, Centro de Epidemiologia e Bioestatística

Quadro I – Percentagem de fumadores activos, por sexo e grupo etário, na população do Continente

Grupo etário	Homens				Mulheres			
	1987		95/96		1987		95/96	
	%	(nº)	%	(nº)	%	(nº)	%	(nº)
15-24	30,7	(1035)	26,7	(1017)	10,3	(318)	10,3	(373)
25-34	53,0	(1207)	48,7	(1355)	12,3	(286)	17,4	(488)
35-44	41,3	(950)	41,8	(1280)	6,3	(168)	11,1	(383)
45-54	32,2	(813)	31,5	(977)	2,4	(70)	4,0	(139)
55-64	28,1	(694)	21,2	(653)	1,0	(29)	1,1	(41)
65-74	20,1	(356)	15,5	(410)	0,5	(11)	0,5	(18)
75 e+	17,5	(170)	8,9	(134)	0,2	(4)	0,5	(12)
Total	33,3	(5225)	29,2	(5826)	5,0	(886)	6,5	(1454)

Fonte: Inquérito Nacional de Saúde 1987 e 1995/1996



Analisando os dados por grupos etários decenais e por sexos, salienta-se um decréscimo, entre 1987 e 1995/96, da proporção de fumadores activos no sexo masculino, em todos os grupos etários, excepto nos homens de 35-44 anos (Figura 1).

Este decréscimo é mais acentuado nos homens com idades superiores a 55 anos, com o valor máximo de diferença (8,6%) acima dos 75 anos.

Em relação às mulheres, a proporção de fumadoras activas aumentou, de um modo global, em cerca de 1,5%, de 1987 para 1995/96 (Figura 1). Os grupos etários dos 15-24 anos e acima dos 55 anos mantiveram valores semelhantes, tendo-se verificado a diferença mais elevada no grupo de mulheres com idade entre os 25 e 44 anos.

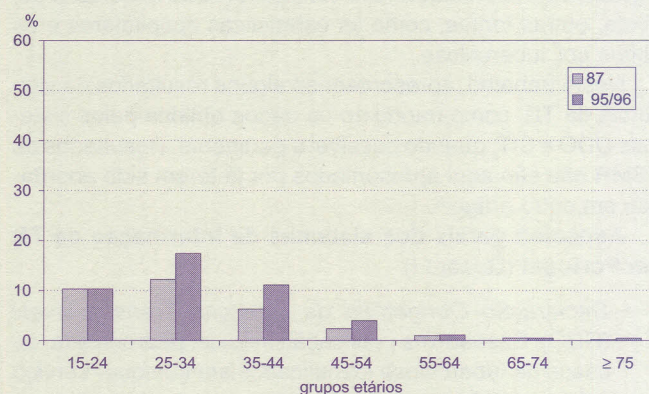


Figura 1 – Percentagem de fumadores activos, homens e mulheres, na população do continente, INS87 e INS95/96

DISCUSSÃO

Os dados obtidos através do Inquérito Nacional de Saúde nos anos de 1987 e 1995/96 permitem comparar a proporção de fumadores entre os grupos etários e os sexos e seguir a sua evolução. Em relação aos hábitos tabágicos da população do Continente, apontam, os valores obtidos, para a tendência de decréscimo na população masculina, já verificada em análises efectuadas para a população da Área Metropolitana de Lisboa⁽⁹⁾.

Em relação aos hábitos tabágicos da população feminina, as proporções de fumadoras no grupo dos 15-24 anos mantiveram-se estáveis, não se tendo verificado a tendência de decréscimo do estudo da Área Metropolitana de Lisboa⁽⁹⁾. Pelo contrário, nos grupos 25-34 e 35-44, registaram-se aumentos importantes da proporção de fumadores, de acordo com o que tinha sido encontrado no mesmo estudo.

Apesar destes aumentos, Portugal mantém baixas taxas de prevalência de tabagismo na população adulta quando comparado com outros países da Europa, à custa da baixa prevalência do tabagismo nas mulheres, característica dos países do sul da Europa e dos países de forte tradição religiosa⁽¹¹⁾.

REFERÊNCIAS

- (1) Granate, MC – Hábitos tabágicos em adolescentes do sexo feminino (nota prévia) – J. Soc.Cien. Méd. Lisboa, 1973, 136(8): 523-50
- (2) Goulão, JM et al – Inquérito aos hábitos tabágicos em jovens escolares do ensino secundário – Coimbra Médica, 1981, 2,3:129
- (3) Medeiros JS et al – Inquérito aos hábitos tabágicos dos médicos do Hospital da Universidade de Coimbra. Coimbra Médica 1982 3,3: 255
- (4) Medeiros JS et al – Tabagismo entre os elementos de enfermagem do Hospital de Coimbra. Coimbra Médica 1982, 3,5:341
- (5) Magalhães E, et al – Hábitos tabágicos da população portuguesa. Prevenção do Tabagismo 1985/1986, 4
- (6) Magalhães E, et al – Inquérito às atitudes da população portuguesa face ao tabagismo e a medidas legislativas em amostra representativa. Prevenção do Tabagismo 1987, 5
- (7) Departamento de Estudos e Planeamento da Saúde – Inquérito Nacional de Saúde 1987, vol. 1
- (8) Departamento de Estudos e Planeamento da Saúde – Inquérito Nacional de Saúde 1987, vol. 2 Metodologia
- (9) Falcão JM – Os fumadores continuam a diminuir em Portugal: diferenças da evolução entre os sexos. Saúde em Números 8;5:37-38
- (10) Departamento de Estudos e Planeamento da Saúde – Inquérito Nacional de Saúde 1995/1996 – Continente – Dados Gerais
- (11) OMS. Profiles on tobacco in the European Region of the World Health Organization. Março 1996.

A TUBERCULOSE NOTIFICADA

A Fonseca Antunes^(*), Graça Lima^(**)

INTRODUÇÃO

Tem sido muito debatida a dificuldade de monitorizar a fiabilidade dos sistemas de informação da tuberculose (TB), constituindo uma das grandes preocupações dos centros de vigilância, dada a multiplicidade de fontes de informação e as diferentes taxas de detecção de casos, calculadas nos diversos países. A documentação sobre o assunto é escassa e revela disparidades importantes^(1,2).

Em Portugal, existem três fontes principais de informação sobre tuberculose: o sistema de declaração obrigatória de doenças transmissíveis (DDO); o sistema de informação intrínseco do programa da tuberculose (SIT) e o sistema de vigilância da tuberculose multirresistente (TBMR). Utilizam-se, ainda, outras fontes, como as estatísticas hospitalares e os óbitos por tuberculose.

Neste trabalho, apresentam-se alguns resultados da vigilância da TB, comparando-se os dados obtidos pelos sistemas DDO e SIT, quando possível e pertinente. Resultados da TBMR não são aqui apresentados por já terem sido abordados em outro artigo⁽³⁾.

Aspectos gerais dos sistemas de informação da TB em Portugal (Quadro I)

- **Declaração Obrigatória de Doenças Transmissíveis (DDO):** Baseado na notificação médica, padronizada, de casos de tuberculose identificados em qualquer serviço médico, público ou privado, e inclui, apenas, a tuberculose pulmonar, a respiratória não pulmonar, a meningea e do sistema nervoso central e a tuberculose disseminada. Estas formas correspondem a cerca de 80% dos casos de tuberculose. A notificação não individualiza os casos novos e retratamentos.
- **Sistema Intrínseco do Programa da Tuberculose (SIT):** Tem por base a notificação médica feita nos serviços prestadores de cuidados específicos – Centros de Diagnóstico Pneumológico, (CDP) – que tem a responsabilidade da luta antituberculosa, através do diagnóstico, tratamento e promoção da contenção da infecção no meio. São incluídas todas as formas de tuberculose, individualizando-se casos novos e retratamentos.
- **Sistema de Vigilância Epidemiológica da Tuberculose Multirresistente (TBMR):** Incluído no SARA (Sistema de Alerta e Resposta Apropriada), tem por base a notificação laboratorial, pelos laboratórios que fazem testes de sensibilidade aos antibióticos antituberculosos, de todos os casos de multirresistência. Cada caso notificado origina um inquérito clínico e epidemiológico em tempo útil.

Quadro I – Principais características dos sistemas de informação da TB

	DDO	SIT	TBMR
periodicidade da notificação	diária	trimestral	diária
origem da notificação	médico (qualquer serviço)	médico (CDP)	laboratório
formas de TB e detecção máxima possível	respiratórias e do SNC 80% dos casos	todas 100% dos casos	apenas TBMR
informação clínico-laboratorial	+	++++ (clínica, laboratorial, tratamento)	+++ (laboratorial e clínica por inquérito)
informação epidemiológica	++	++	++++ por inquérito
informação sobre o resultado (outcome)	não	sim	não
informação sobre a resposta do dispositivo de luta contra a TB	–	+++ (planos de acção sub-regionais)	++++ (alerta e resposta rápida)

Medidas de frequência: Todos os três sistemas fornecem o número de casos detectados. O apuramento dos dados é diário para a TBMR, trimestral para o SIT no que se refere ao número de casos novos e retratamentos, e anual para outros indicadores como as incidências específicas e índices de execução.

Indicadores de monitorização: A definição dos indicadores de monitorização enquadra-se nas linhas gerais da estratégia nacional para o controlo da tuberculose⁽⁴⁾, visando o acompanhamento da execução dos planos de acção sub-regionais.

À excepção da avaliação das curas, que se faz por análise de coortes anuais, todos os indicadores são calculados trimestralmente: prevalência de casos em 'toma observada directamente' (TOD), prevalência de TOD em casos de TBMR, taxa de notificação de casos de TBMR, focos de infecção identificados e intervencionados.

Resultados do tratamento: Apenas o SIT fornece informação, originada nos CDPs, sobre os resultados do tratamento. São constituídos coortes anuais de casos bacilíferos, que são avaliados com base em: curas com baciloscopia confirmadamente negativa antes do fim do tratamento, curas com tratamento completo mas sem confirmação baciloscópica, abandonos da terapêutica, óbitos durante o tratamento, insucessos terapêuticos, transferidos e casos pendentes. A definição destes critérios foi adaptada das recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS)⁽⁵⁾.

RESULTADOS

Uma vez que apenas o SIT individualiza os casos novos dos retratamentos, calculou-se a taxa de incidência (por

(*) Assistente Graduado de Pneumologia, Núcleo de Tuberculose e Doenças Respiratórias
(**) Assistente de Clínica Geral, Divisão de Epidemiologia
Direcção-Geral de Saúde

100 000 habitantes) através da informação fornecida por este sistema (Quadro II).

Quadro II – Taxa de incidência (/100 000 hab) de casos novos de tuberculose (todas as formas), 1993-1997

	1993	1994	1995	1996	1997
incidência	49,6	51,1	49,8	46,9	45,3

No quadro III, comparam-se o número de casos notificados através dos sistemas DDO e SIT, ressaltando-se que enquanto o primeiro apenas abrange algumas formas da doença, o segundo inclui todas.

Quadro III – Casos de tuberculose (novos e retratamentos) notificados pelos sistemas DDO e SIT e relação DDO/SIT, 1993-1997

	1993	1994	1995	1996	1997
DDO	3647	3714	3818	3235	3666
SIT	5447	5619	5577	5248	5112
DDO/SIT	0,67	0,66	0,68	0,62	0,72

A proporção de casos em retratamento, que apenas é fornecido pelo SIT, encontra-se no quadro IV.

Quadro IV – Proporção de casos de tuberculose em retratamento, 1993-1997

	1993	1994	1995	1996	1997
% retratamento	11,5	11,4	13,4	12,7	13,8

O SIT fornece, desde 1994, o número de casos de tuberculose associados à SIDA (Quadro V). Também em 1994, iniciou-se a avaliação dos resultados do tratamento através do acompanhamento de cortes de bacilíferos (por exame directo da expectoração), verificando-se uma proporção de curas de 80,8% em 1994, 75,6% em 1995 e 74,2% em 1996 (casos de tuberculose pulmonar).

Quadro V – Proporção de casos de tuberculose associados à SIDA, 1994-1997

	1994	1995	1996	1997
% SIDA	6,1	6,7	8,2	8,5

O quadro VI apresenta os resultados da notificação de tuberculose, pelos sistemas DDO e SIT, referente ao 1º trimestre de 1998.

COMENTÁRIOS

Até 1997, verifica-se um défice considerável de notificações pelo sistema DDO⁽⁶⁾ em comparação com os registos dos CDPs (SIT) (Quadro III), como se pode observar através da relação DDO/SIT, cujos valores desejáveis de devem situar entre 0,8 e 1, uma vez que o sistema DDO não inclui todas as formas de tuberculose. No 1º trimestre de 1998, a relação DDO/SIT está dentro daqueles limites, mas a disparidade entre as várias sub-regiões é notória.

Quadro VI – Casos novos e retratamentos de tuberculose*, por sub-região de saúde, 1º trimestre de 1998

	SIT				DDO N+R	DDO/SIT
	N+R	N	R			
			n.º	%		
PORTUGAL	1273	1118	155	12,2	1093	0,86
Aveiro	98	86	12	12,2	69	0,70
Beja	13	13	0	0,0	17	1,31
Braga	98	94	4	4,1	71	0,72
Bragança	7	6	1	14,3	24	3,43
Castelo Branco	11	9	2	18,2	15	1,36
Coimbra	32	30	2	6,3	38	1,19
Évora	6	5	1	16,7	7	1,17
Faro	114	85	29	25,4	61	0,54
Guarda	15	14	1	6,7	13	0,87
Leiria	51	46	5	9,8	30	0,59
Lisboa	242	206	36	14,9	331	1,37
Portalegre	7	5	2	28,6	6	0,86
Porto	354	320	34	9,6	228	0,64
Santarém	27	24	3	11,1	20	0,74
Setúbal	112	99	13	11,6	97	0,87
Viana do Castelo	37	33	4	10,8	19	0,51
Vila Real	27	24	3	11,1	27	1,00
Viseu	22	19	3	13,6	20	0,91

*Dados provisórios. N – casos novos; R – retratamento

De facto, Faro, Leiria, Porto e Viana do Castelo apresentam um franco défice de notificação pelo sistema DDO e, o que é motivo de alerta, Beja, Castelo Branco, Lisboa e especialmente Bragança mostram um excesso de notificações DDO em comparação com os registos dos CDPs.

As razões para este facto devem ser averiguadas, pois identificando-se eventuais dificuldades, por parte dos CDPs, em captar os casos, estas poderão ser passíveis de correcção, mediante acções orientadas.

Tal como outros países, Portugal mantém várias fontes de informação sobre tuberculose, o que é justificável pela sua complementaridade. Embora o sistema DDO forneça menos informação que o SIT, continua a ser uma importante fonte, porque para além de ser a única de carácter obrigatório, abrange todos os serviços médicos. Seria importante, no entanto, perceber até que ponto estas duas fontes de informação se sobrepõem, mas não existe, ainda, a possibilidade de fazer a correspondência nominal dos casos, passo essencial no sentido dum melhor controlo da doença, tendo-se feito neste artigo, apenas, a comparação do número de notificações fornecidas pelos dois sistemas.

BIBLIOGRAFIA

- (1) Devine, MJ; Aston, R. Communicable Disease Report CDR Review, 1995 Aug 18; 5 (9): R 137-40.
- (2) Roderick, PJ; Connelly, JB. The problems of monitoring tuberculosis in an innercity health district: integrated information is required. Public-Health. May; 106(3): 193-201.
- (3) Antunes, AF; Garcia, AC. Programa de vigilância epidemiológica de tuberculose multirresistente. Saúde em Números, 13(1), 1998, p. 3-5
- (4) DGS. Saúde em Portugal, uma estratégia para o virar do século 1998-2002; Orientações para 1998.
- (5) WHO/TB/91.163.
- (6) DGS. Doenças de Declaração Obrigatória, 1992/1996. 1998. Direcção Geral da Saúde.

DOENÇAS DE DECLARAÇÃO OBRIGATÓRIA*
Casos notificados no 1.º trimestre de 1997 e 1998**
PORTUGAL (excepto Açores)***

DOENÇAS	Código OMS	CASOS DECLARADOS 1.º Trimestre		CASOS ACUMULADOS 1.º Trimestre		MEDIANA 1995-1997		ÍNDICE EPIDÊMICO(i) 1998	
	CID – 9	1998	1997	1998	1997	1.º Trim.	Acum.	1.º Trim.	Acum.
Doenças infecciosas intestinais									
febres tifóide e paratifóide	002	42	51	42	51	60	60	0,70	0,70
outras salmoneloses	003	52	23	52	23	19	19	2,74	2,74
shigelose	004	2	1	2	1	1	1	2,00	2,00
Tuberculose									
pulmonar e aparelho respiratório	011-012	1000	982	1000	982	738	738	1,36	1,36
meníngea e do SNC	013	16	13	16	13	11	11	1,45	1,45
miliar	018	21	13	21	13	16	16	1,31	1,31
Zoonoses por bactérias									
carbúnculo	022	1	0	1	0	1	1	1,00	1,00
brucelose	023	156	255	156	255	255	255	0,61	0,61
Outras doenças bacterianas									
tosse convulsa	033	2	2	2	2	1	1	2,00	2,00
escarlatina	034.1	230	226	230	226	226	226	1,02	1,02
infecções meningocócicas	036	18	22	18	22	22	22	0,82	0,82
meningite meningocócica	036.0	56	37	56	37	43	43	1,30	1,30
tétano (exclui tétano neonatal)	037	1	5	1	5	5	5	0,20	0,20
Doenças por vírus com exantema									
sarampo	055	22	43	22	43	41	41	0,54	0,54
rubéola (exclui rubéola congénita)	056	27	87	27	87	45	45	0,60	0,60
Outras doenças por vírus									
hepatite por vírus A	070.0-070.1	97	60	97	60	76	76	1,28	1,28
hepatite por vírus B	070.2-070.3	142	174	142	174	242	242	0,59	0,59
hepatite por vírus C		143	111	143	111	111	111	1,29	1,29
hepatite p/outras vírus especif.	070.4-070.5	6	3	6	3	5	5	1,20	1,20
hepatite p/vírus não especif.	070.6-070.9	4	11	4	11	11	11	0,36	0,36
parotidite epidémica	072	1097	6704	1097	6704	1749	1749	0,63	0,63
tracoma	076	1	0	1	0	0	0	(ii)	(ii)
Rickettsioses e outras doenças transmitidas por artrópodes									
rickettsioses	080-083	1	3	1	3	8	8	0,13	0,13
febre escaro-nodular	082.1	31	32	31	32	32	32	0,97	0,97
malária (casos importados)	084	30	24	30	24	24	24	1,25	1,25
leishmaníase	085	6	3	6	3	3	3	2,00	2,00
Sífilis e outras doenças venéreas									
sífilis precoce sintomática	091	25	41	25	41	32	32	0,78	0,78
sífilis precoce latente	092	15	19	15	19	19	19	0,79	0,79
infecções gonocócicas	098	12	20	12	20	16	16	0,75	0,75
cancro mole	099.0	1	1	1	1	0	0	(ii)	(ii)
Outras doenças provocadas p/ espiroqueta									
leptospirose	100	23	13	23	13	8	8	2,88	2,88
Helmintíases									
hidatidose	122	9	14	9	14	8	8	1,13	1,13
Infecções do período perinatal									
rubéola congénita	771.0	1	0	1	0	0	0	(ii)	(ii)

* apenas se indicam as doenças relativamente às quais houve casos notificados no 1.º trimestre de 1998.

** dados provisórios a 15 de Abril de 1998.

*** 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.

(ii) Não aplicável (mediana do triénio anterior com valor nulo)

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
SETEMBRO/98
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