

saúde em números

MAIO - 1990

VOL. 5 N.º 2

SUMÁRIO

- 1 SÍNDROMA GRIPAL EM 1989-1990
RESULTADOS DA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA NOS DISTRITOS DE SETÚBAL,
BEJA E ÉVORA
- 2 PROVA DE MANTOUX A 1 UNIDADE
- 3 O SARAMPO "EM NÚMEROS"

SÍNDROMA GRIPAL EM 1989-1990 – RESULTADOS DA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA NOS DISTRITOS DE SETÚBAL, BEJA E ÉVORA

Divisão de Epidemiologia – D. G. Cuidados de Saúde Primários

Agradecimento: a Divisão de Epidemiologia deseja exprimir o seu reconhecimento aos médicos participantes no projecto "Médicos-Sentinela" cujos interesse e esforço tornaram viável o presente relatório.

Em Portugal, a gripe não figura na lista das doenças transmissíveis de notificação obrigatória. Contudo, a sua vigilância epidemiológica tem sido conduzida pelo Centro Nacional da Gripe do Instituto Nacional da Saúde, assumindo, sobretudo, um carácter laboratorial.

O lançamento durante o ano de 1989 do projecto "Médicos-sentinela" ⁽¹⁾ em alguns distritos e a inclusão, a partir de Outubro, do síndrome gripal na lista das doenças e situações em estudo permitem dispor de dados sobre algumas características que esse síndrome assumiu entre Outubro de 1989 e Março de 1990.

Os dados referem-se especialmente aos distritos de Setúbal e de Beja, onde as respectivas redes de "Médicos-sentinela" operaram com

⁽¹⁾ O projecto "Médico-sentinela" visa criar um sistema de informação, de âmbito nacional, vocacionado para estimar taxas de incidência de doenças ou situações para as quais não haja fonte alternativa de dados.

O projecto é conduzido pela Divisão de Epidemiologia da Direcção Geral dos Cuidados de Saúde Primários, em colaboração com a Associação Portuguesa dos Médicos de Clínica Geral e com a participação das Administrações Regionais de Saúde.

"Médicos-sentinela" consiste essencialmente numa rede de médicos da carreira de Clínica Geral que participam voluntariamente no projecto.

Cada médico notifica quinzenalmente para a Div. de Epidemiologia todos os casos das doenças ou situações em estudo, que ocorram em utentes pertencentes à sua lista.

A composição da lista de cada médico, por sexo e ano de nascimento dos utentes, é conhecida e actualizada periodicamente.

A possibilidade, assim criada, de referir casos a uma população em risco, viabiliza a produção de estimativas de taxas de incidência, com as limitações decorrentes da origem dos dados.

Em 1990, as seguintes doenças e situações são objecto de estudo: sarampo, parotidite, enfarte de miocárdio, acidente vascular cerebral e acidente isquémico transitório, sintomas/infecção urinária, síndrome gripal, acidentes e agressões, interrupção voluntária da gravidez e suicídio/tentativa de suicídio.



regularidade desde o início do 2.º semestre de 1989. Embora a rede do distrito de Évora seja de constituição muito recente e não permita qualquer análise de nível distrital, alguns dados correspondentes ao concelho de Redondo merecem também referência.

DISTRITO DE SETÚBAL E BEJA

A região constituída pelos distritos de Setúbal e de Beja esteve sob vigilância através de um grupo de 55 médicos de clínica geral (Setúbal: 45, Beja: 10). Esta rede manteve-se estável desde Outubro de 1989.

O quadro 1 mostra os casos de síndrome gripal notificados a partir de 2 de Outubro, nesses dois distritos.

QUADRO I

CASOS DE SÍNDROMA GRIPAL NOTIFICADOS NOS DISTRITOS DE SETÚBAL E BEJA, DE OUTUBRO DE 1989 A MARÇO DE 1990, POR SEMANA DA OCORRÊNCIA

Semana terminada em...	N.º de casos			Semana terminada em...	N.º de casos		
	Setúbal	Beja	Total		Setúbal	Beja	Total
9/10	17	0	17	1/1	43	24	67
16/10	21	4	25	8/1	54	30	84
23/10	12	0	12	15/1	72	65	137
30/10	8	1	9	22/1	64	24	88
6/11	7	2	9	29/1	41	18	59
13/11	22	9	31	5/2	28	16	44
20/11	27	5	32	12/2	32	6	38
27/11	30	4	34	19/2	22	6	28
4/12	16	6	22	26/2	13	6	19
11/12	28	10	38	5/3	25	5	30
18/12	49	26	75	12/3	14	8	22
25/12	45	13	58	19/3	14	4	18
				26/3	2	1	3
				31/3	5	1	6

Verifica-se que, nos dois distritos tomados em conjunto, se registou um aumento progressivo do número de casos a partir, sobretudo, do início de Dezembro de 1989.

Tal aumento prosseguiu no decurso das semanas seguintes, atingindo o valor mais elevado na semana de 9 a 15 de Janeiro (Fig. 1).

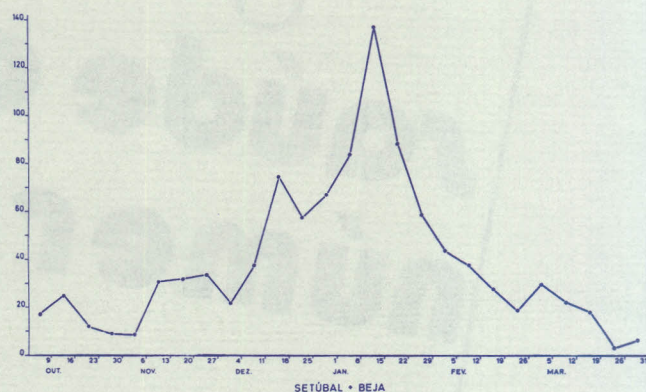


Fig. 1: Número de casos de síndrome gripal notificados, por semana da ocorrência

A partir dessa semana o número de casos diminuiu progressivamente, assumindo já uma expressão pouco importante durante os meses de Fevereiro e de Março. A partir do final de Março a notificação de casos foi quase nula.

A observação das fig. 2 e 3 permite constatar que a distribuição semanal dos casos de síndrome gripal notificados é muito semelhante nos dois distritos estudados.

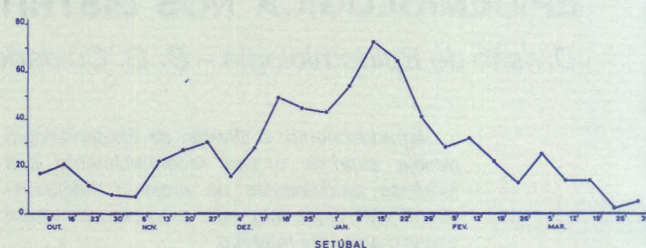


Fig. 2: Número de casos de síndrome gripal notificados, por semana da ocorrência

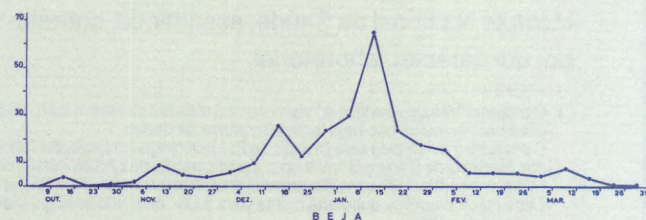


Fig. 3: Número de casos de síndrome gripal notificados, por semana da ocorrência

Saliente-se ainda que, em ambos os distritos, o maior número de casos notificados ocorreu na semana de 9 a 15 de Janeiro.

CONCELHO DE REDONDO (ÉVORA)

No concelho de Redondo foi possível identificar, a partir da semana terminada em 11 de Dezembro, um aumento muito intenso do número de casos de síndrome gripal notificados (fig. 4). O número máximo de casos ocorreu na semana de 12 a 18 de Dezembro, decrescendo muito rapidamente a partir daí.

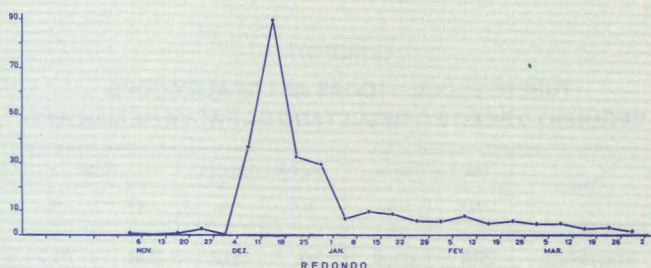


Fig. 4: Número de casos de síndrome gripal notificados, por semana da ocorrência

Dois médicos do Centro de Saúde do Redondo (Dr. Jorge Sá e Dr. Glórias Ferreira) estiveram na origem destas notificações. A vigilância estreita que mantiveram, neste período, sobre os casos ocorridos nos utentes da sua lista sugere fortemente que se tratou de um surto apreciavelmente intenso, que quase se extinguiu no prazo de 3 semanas.

Discussão

Os dados agora apresentados devem ser interpretados tendo em conta várias limitações.

A sua relativa originalidade e a preocupação que, no corrente ano, foi suscitada pela doença justificam, porém, que eles sejam publicados.

Os leitores deverão, assim, ter em consideração essas limitações das quais se julga apropriado salientar:

1. O diagnóstico foi feito apenas com base em critérios clínicos, caracterizando-se, necessariamente, por pouca uniformidade;
2. Muitos casos de gripe/síndrome gripal não chegaram ao conhecimento dos clínicos gerais participantes: há, seguramente, uma elevada sub-notificação de casos;
3. Dado o pouco tempo de operação do projecto, não é ainda possível utilizar um denominador satisfatório que permita estimar taxas de incidência semanais, em vez de simples número de casos;
4. Pela mesma razão, não se dispõe ainda de "linhas de base" de número de casos referentes a cada uma das semanas do ano: os aumentos identificados só podem, por isso, ser interpretados através de comparação com as semanas precedentes e não com as semanas correspondentes de anos anteriores.

Apesar das limitações descritas, os dados sugerem que:

1. Existiu um aumento apreciável do número de casos de síndrome gripal, na região que inclui os distritos de Setúbal e de Beja;
2. Aparentemente, o número de casos começou a aumentar claramente a partir do mês de Dezembro de 1989, atingiu o seu máximo na semana de 9 a 15 de Janeiro de 1990 e deixou de ter expressão relevante a partir do mês de Março.
3. A verdadeira intensidade do surto de gripe/síndrome gripal não pode ser determinada com os dados actualmente disponíveis, mesmo nos dois distritos estudados: o facto de o número de casos notificados não ser excessivamente elevado apenas sugere, sob reserva, que o surto não terá assumido intensidade excepcional.

PROVA DE MANTOUX A 1 UNIDADE

Helena Pinto*

Alexandre Gomes**

A. Leal Gonsalves***

Introdução

A frequente solicitação de provas de Mantoux com o propósito de afirmar, ou negar, a existência de tuberculose activa, justificaria, por si só, uma investigação e divulgação entre nós de um estudo da relação doença com a positividade ou não desse exame.

Igualmente vários estudos da prova de Mantoux em indivíduos sem confirmação da doença, mas tidos como tal, levaram-nos a estudar apenas o grupo de casos de tuberculose confirmada pela visualização de Bacilo Álcool Ácido Resistente, excluindo inclusivamente os diagnosticados por exame anatomo-patológico.

Este estudo, com estes requisitos não existia em Portugal. Com ele seria possível valorizar a prova de Mantoux dando-lhe o lugar correcto na hierarquia dos exames de diagnóstico da tuberculose, utilizando a dose de 1 unidade que é a praticada no ambulatório do S.N.S.

Por outro lado, o estudo poderia ser comparado com os existentes noutros países, com a reserva para as doses utilizadas e dos grupos escolhidos. É o caso de um estudo Belga que utiliza 10 unidades de tuberculina aplicada em casos confirmados bacteriologicamente.

Material e Métodos

A Extensão do Centro de Saúde dos Olivais (antigo Dispensário dos Olivais), ocupa-se da tuberculose e doenças pulmonares dos residentes em 14 freguesias⁽¹⁾, abrangendo cerca de 300 000 habitantes.

A todo o utente que se apresenta para uma consulta inicial com queixas principalmente respiratórias, entre outros exames de diagnóstico, é realizada uma prova de Mantoux a 1 unidade, com tuberculina PPD com

Tween 80, produzido pelo Serum Institute of Copenhagen (laboratório de referência da OMS).

A aplicação e a leitura da Prova de Mantoux foi realizada pela mesma equipa de enfermagem, sendo considerado como Mantoux Negativo a existência de uma pápula inferior a 10mm às 96 horas.

Revistos os processos clínicos de 1985 a 1988 inclusivé, em 339 casos de tuberculose confirmada por visualização de BAAR, existia notação do resultado da Prova de Mantoux. Foram estes os casos incluídos no inquérito.

Resultados

Dos 339 casos, 238 eram do sexo masculino e 101 do sexo feminino, o que corresponde à relação habitual em tuberculose (2,4/1).

QUADRO I
TUBERCULOSE – TODAS AS LOCALIZAÇÕES
SEGUNDO O SEXO E O RESULTADO DA PROVA DE MANTOUX

Sexo	Mantoux Positivo		Mantoux Negativo		Total	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%
Masculino	208	61,4	30	8,8	238	70,2
Feminino	87	25,7	14	4,1	101	29,8
Total	295	87,0	44	13,0	339	100,0

Verifica-se no Quadro I que a positividade da prova de Mantoux é maior no sexo masculino e que a negatividade nos dois sexos (13,0%), é elevada, se recordarmos que todos os casos eram portadores de BAAR.

Na Tuberculose Pulmonar, Quadro II, mantêm-se as mesmas relações, sendo de realçar que a percentagem de Mantoux negativo não é inferior à percentagem encontrada (13,0%, 13,1%) para a Tuberculose – Todas as localizações.

* Interna de Pneumologia – Hospital Egas Moniz.

** Assistente de Pneumologia – Hospital de St.ª Marta.

*** Chefe de Serviço de Pneumologia – Extensão do Centro de Saúde dos Olivais.

⁽¹⁾ Marvila, Olivais, S. João de Deus, Alto do Pina, Alvalade, Arroios, Prior Velho, Bobadela, Camarate, Moscavide, Sacavém, S. João da Talha, Sta.ª Iria da Azóia e Unhos.

QUADRO II
TUBERCULOSE PULMONAR – SEGUNDO O SEXO
E A PROVA DE MANTOUX

Sexo	Mantoux Positivo		Mantoux Negativo		Total	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%
Masculino	204	62,2	29	8,8	233	71,0
Feminino	81	24,7	14	4,3	95	29,0
Total	285	86,9	43	13,1	328	100,0

Na análise segundo os grupos etários, Quadro III, verifica-se que na faixa dos 0 aos 4 anos não existe qualquer caso, o que é lógico, dado ser extremamente raro identificar bacilos nestas idades e o protocolo impedia uma visualização.

QUADRO III

DISTRIBUIÇÃO DA TUBERCULOSE (TODAS AS LOCALIZAÇÕES)
SEGUNDO OS GRUPOS ETÁRIOS E A PROVA DE MANTOUX

Grupo etário	0-4		5-24		25-44		45-64		65+		Total	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%
Mantoux Negativo	0	—	10	10,5	14	9,7	16	19,8	4	22,3	44	13,0
Mantoux Positivo	0	—	85	89,5	131	90,3	65	80,2	14	77,7	295	87,0
Total	0	—	95	100,0	145	100,0	81	100,0	18	100,0	339	100,0

Procurando a percentagem, dos casos Mantoux positivo ou negativo, em relação ao total dos casos de cada faixa etária (Fig. 1), é de admitir que existe um aumento dos Mantoux negativos à medida que a faixa etária considerada é mais velha, reconhecendo embora, que os indivíduos de mais anos de idade, constituem um número escasso.

Esta tendência de “quanto mais velhos mais negativos”, evidencia-se melhor, se juntarmos as faixas dos 5 aos 44 anos e as dos 45 aos 65 e mais anos.

Então teríamos, no primeiro caso (5 a 44 anos) 10% de negativos, no segundo caso (45 a 65 e mais anos) 20% de negativos à prova de Mantoux.

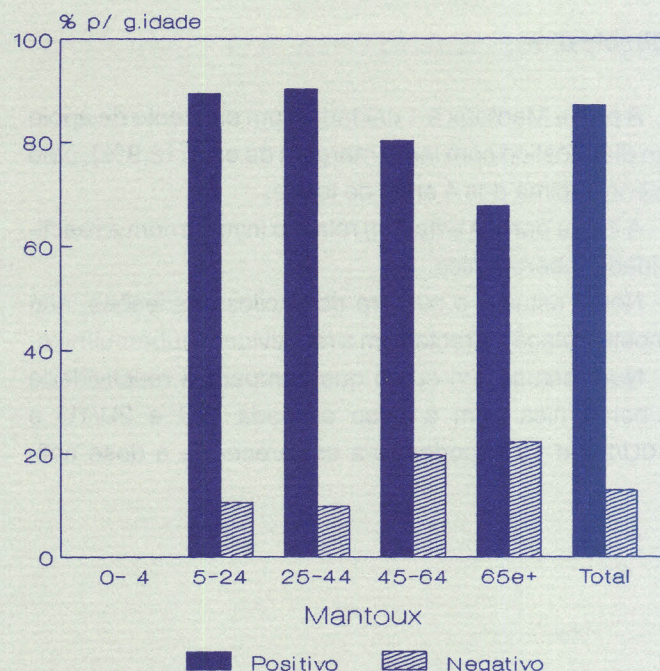


Fig. 1: Tuberculose (todas as localizações) distribuição segundo o grupo etário e prova de Mantoux.

Procurando relacionar, Quadro IV, a reactividade tuberculínica com o modo como os BAAR foram visualizados encontra-se uma percentagem nitidamente baixa de Mantoux Positivo no grupo de microscopia negativa em cultura positiva.

QUADRO IV
DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS DE TUBERCULOSE
DE TODAS AS LOCALIZAÇÕES
SEGUNDO A PROVA DE MANTOUX
E A VISUALIZAÇÃO DOS BAAR

Sexo	Mantoux Positivo		Mantoux Negativo		Total	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%
M ⁺ C ⁺	118	40,0	17	38,6	135	39,8
M ⁺ C ⁻	122	41,4	17	38,6	139	41,0
M ⁻ C ⁺	55	18,6	10	22,8	65	19,2
Total	295	100,0	44	100,0	339	100,0

M⁺ – Microscopia positiva
M⁻ – Microscopia negativa

C⁺ – cultura positiva
C⁻ – cultura negativa

Este facto, a confirmar por inquéritos posteriores, opõe-se ao conceito de que o aumento de imunidade levaria a dificuldades na multiplicação dos BAAR.

Conclusões

A prova Mantoux a 1 unidade é um elemento de apoio ao diagnóstico com larga margem de erro (12,9%), pelo menos acima dos 4 anos de idade.

A idade parece estar em relação inversa com a reactividade tuberculínica.

Neste estudo, o número de bacilos nas lesões, não mostra relação directa com a reactividade tuberculínica.

Num estudo em curso que compara a reactividade tuberculínica com a dose aplicada (1U e 2U/1U e 10U/2U e 10U) poder-se-á esclarecer se a dose apli-

cada é significativa para um diagnóstico de apoio, assim como se difere nos casos de tuberculose e nos casos não doentes.

Os resultados poderão igualmente ser confrontados com os estudos laboratoriais que indicam a existência de duas populações linfocitárias diferentes no mesmo indivíduo: linfócitos reactivos e linfócitos imunes.

Agradecimento

Este inquérito só foi possível com o apoio da Prof.^a Amélia Leitão e a sua equipa.

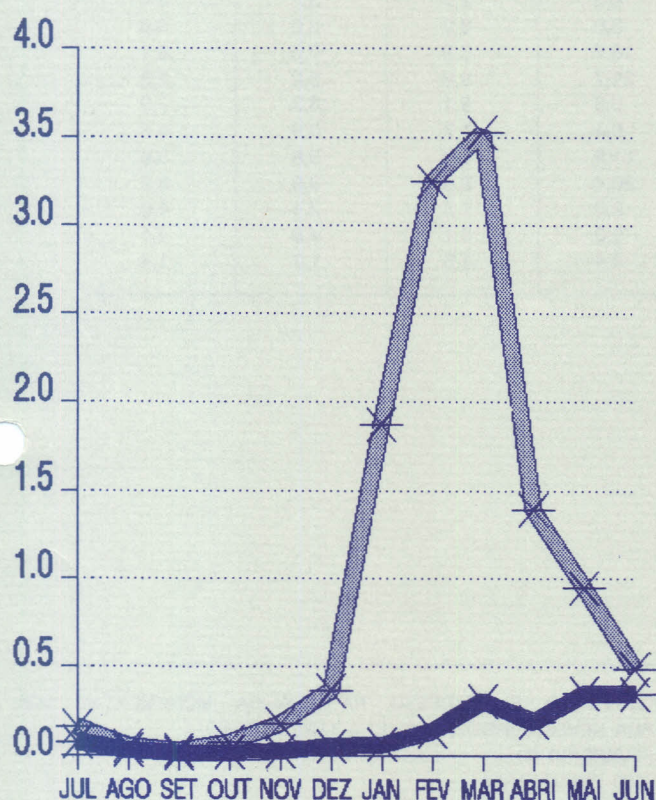
O SARAMPO "EM NÚMEROS"

Teresa Amaral Martins(*)

Tendo em conta o número de casos de sarampo notificados através do modelo 05901 em uso, entre finais de 1988 e até quase meio do ano de 1989, pode-se afirmar que houve uma ocorrência anormal de casos da referida doença, na quase totalidade dos distritos do continente.

Com o fim de melhor estudar a situação e retirar algumas conclusões, procurou-se reunir a informação disponível no período de um ano, compreendendo o intervalo de tempo em que se verificou o fenómeno, e noutro período igual, imediatamente anterior.

Esta compilação de dados possibilitou a elaboração do gráfico seguinte que permite assim comparar o número de casos de sarampo notificados entre Julho de 1987 e Junho de 1988 e entre Julho de 1988 e Junho de 1989.



Nos intervalos de tempo considerados, a amplitude de variação entre o valor mais alto registado no primeiro e o verificado no segundo foi cerca de 3100 casos,

tendo o pico deste último período sido registado exactamente na época do ano em que normalmente ocorrem mais casos — início da Primavera.

Para uma análise mais detalhada, optou-se pelo cálculo de taxas de incidência por mil habitantes, no período em que se registou o aumento, tendo-se utilizado como base para o cálculo a estimativa da população residente em 31 de Dezembro de 1988⁽¹⁾. Para o efeito foram ainda seleccionadas as idades: <1 ano, 1 ano e os grupos etários 2-4, 5-9 e 10-14.

Do quadro aqui apresentado, infere-se que:

- A taxa de incidência calculada para o continente apresenta o valor mais elevado para as crianças de 1 ano, imediatamente seguidas das menores de 1 ano.
- Valores ainda relevantes ocorrem nos grupos etários 2-4, 5-9 e 10-14.

Tentando analisar as mesmas taxas a nível de distrito, constata-se que a conclusão tirada para o continente, é ainda válida, com excepção dos distritos de Aveiro, Beja, Guarda, Porto, Viana do Castelo, onde a taxa de incidência é mais elevada nos menores de 1 ano.

Com valores acima do valor calculado para o continente e, tendo agora presente apenas as idades < 1 e 1, destacam-se por ordem crescente da taxa:

- Para os menores de 1 ano: Évora, Coimbra, Leiria, Castelo Branco, Setúbal, Lisboa e Beja.
- Para as crianças de 1 ano: Santarém, Évora, Coimbra, Leiria, Beja, Castelo Branco, Setúbal e Lisboa.

Verifica-se ainda que nos distritos de Beja, Castelo Branco, Évora, Leiria e Setúbal a taxa de incidência é alta em todas as idades consideradas.

(*) Divisão de Estatística — DGCS.

(1) Fonte INE — Centro de Estudos Demográficos.

Convém no entanto realçar que esta análise foi feita com base nos casos notificados e que a notificação de casos de doenças transmissíveis de declaração obrigatória, em Portugal como em muitos outros países, deve ser sempre analisada com a devida precaução. É assim provável que a comparação das taxas de incidência entre os diversos distritos, não traduza exactamente a

realidade, na medida em que, como se sabe, existe sempre um factor preponderante: a maior ou menor motivação entre os profissionais de saúde para a notificação. Crê-se no entanto que o alerta levantado entre os referidos profissionais para o aumento do número de casos de sarampo, proporcionou uma boa adesão à notificação.

TAXA DE INCIDÊNCIA DO SARAMPO

(/1000 hab.)

DISTRITOS	< 1 Ano	1 Ano	2-4 Anos	5-9 Anos	10-14 Anos
Continente	11,3	11,5	4,5	4,3	4,1
Aveiro	7,2	6,9	1,8	2,1	1,9
Beja	23,4	18,5	9,1	12,6	11,9
Braga	5,6	6,9	1,5	1,6	1,0
Bragança	3,0	3,1	2,0	1,4	2,2
Castelo Branco	17,0	18,6	14,1	8,2	7,1
Coimbra	13,3	14,0	3,4	8,8	7,1
Évora	11,9	12,4	7,1	13,7	11,0
Faro	4,6	6,2	2,7	3,1	4,4
Guarda	8,0	3,0	3,2	3,0	3,6
Leiria	16,0	16,7	5,9	7,0	8,1
Lisboa	21,3	21,7	8,6	5,2	2,3
Portalegre	5,6	6,8	5,1	8,3	7,0
Porto	5,7	5,4	1,7	0,9	0,5
Santarém	9,9	11,9	3,9	5,6	5,6
Setúbal	19,5	20,4	9,8	8,9	6,2
Viana do Castelo	6,4	2,9	1,3	2,4	4,0
Vila Real	3,5	9,3	3,1	4,8	4,1
Viseu	3,6	4,4	1,3	1,7	1,4

DIRECÇÃO-GERAL DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS
SERVIÇO DE INFORMAÇÃO DE SAÚDE

Alameda D. Afonso Henriques, 45
1056 LISBOA Codex

Tel. 352 45 15
Telex: 64237

COMPOSTO E IMPRESSO NA GRÁFICA MONUMENTAL, LDA.
RUA NEVES FERREIRA, 13, 1.º - 1100 LISBOA
FEVEREIRO 90

2000 EXEMPLARES
DEPÓSITO LEGAL 33.517/90
ISSN 0871-0813

Autorizada a reprodução total ou parcial de figuras e texto sem autorização prévia, desde que sejam referidas a fonte e o autor