

saúde em números

MAIO — 1992

VOL. 7 N.º 2

SUMÁRIO

9 A TOSSE CONVULSA EM PORTUGAL — SUB OU SOBRENOTIFICADA?

13 GRIPE EM 1990/1991: RESULTADOS DA VIGILÂNCIA CLÍNICA E LABORATORIAL

A TOSSE CONVULSA EM PORTUGAL — SUB OU SOBRENOTIFICADA

*José Augusto Aleixo Dias**

1 — CARACTERÍSTICAS E IMPORTÂNCIA DA DOENÇA

A Tosse Convulsa é uma doença infecciosa aguda, localizada nas vias aéreas superiores e caracterizada por acessos de tosse muito intensos e característicos (quintas), espasmos da glote e consequente inspiração em guincho, cianose e ainda, a emissão de muco viscoso. O agente etiológico é um bacilo gram-negativo aeróbio, a *Bordetella pertussis*, cujo reservatório é o homem.

Trata-se de uma doença com distribuição mundial, mais frequente nas crianças muito jovens, independentemente da sua raça, do clima e local onde residam. O contágio processa-se através das gotículas de muco expelidas pelo doente ou pelo portador (atingido por formas sub-clínicas da doença) ao tossir, espirrar ou falar.

O controlo da Tosse Convulsa não está especificado como meta a atingir no ano 2000 pela Organização Mundial de Saúde (OMS) Região Europeia, embora isso não signifique que se trate de uma doença de baixa prioridade. Efectivamente a OMS estima que a doença seja, ainda hoje, responsável por meio milhão de mortes nos países em desenvolvimento sendo cerca de 100000 casos notificados anualmente na região europeia (1).

Nos países ditos desenvolvidos, com uma boa cobertura vacinal e serviços de atendimento adequados, a morbidade é baixa e a letalidade ronda os 0.5%. Nos restantes estados, não só a incidência é mais elevada, como a letalidade devida fundamentalmente à gravidade da doença, às suas complicações e a limitações dos serviços, pode ser 2 a 4 vezes superior (1).

A pneumonia é a complicação mais vulgar. Contudo, surgem frequentemente hemorragias subconjuntivais, hemoptises e ainda, hérnias inguinais ou umbilicais, na sequência do esforço desencadeado pelo reflexo da tosse. A oxigenação deficiente ou o aumento da pressão arterial durante os ataques de tosse, podem condicionar alterações do sistema nervoso central, tais como: convulsões, coma ou encefalite, de que resultam ocasionalmente lesões permanentes (2).

2 — SITUAÇÃO EM PORTUGAL E NOUTROS PAÍSES

Entre nós e no princípio do século, a taxa de mortalidade atingia os 17.8/10⁵ habitantes no Continente, valor que se situava cinquenta anos mais tarde em 5.6/10⁵ (3). Relativamente à morbidade, de 1950 até 1977 o número de casos notificados decresceu dos 4.5 milhares para as três dezenas, enquanto que

* Divisão de Epidemiologia — Direcção Geral dos Cuidados de Saúde Primários.



os óbitos, acompanhando essa tendência, baixaram das 4.5 centenas para 2 unidades (Fig. 1).

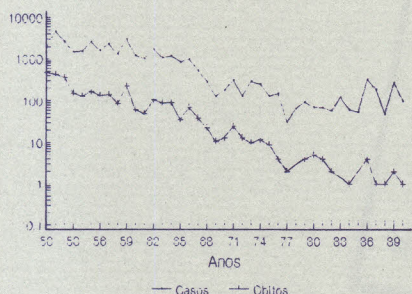


Fig. 1 — Casos e óbitos por Tosse convulsa em Portugal de 1950-1990 (escala semi-logarítmica).

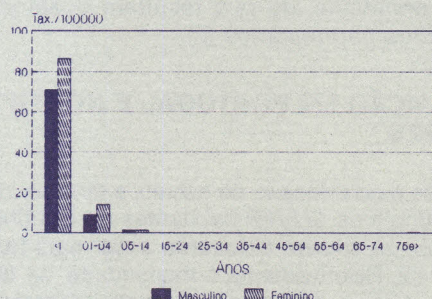
De 1977 para cá, o número de óbitos por esta doença tem sido, felizmente, raro. Contudo, o mesmo não acontece com a morbidade. Efectivamente, se tomarmos como indicador da ocorrência da doença, o número de casos notificados através do boletim de declaração obrigatória (4), podemos constatar a declaração de 326 casos em 1986, 274 em 1989 e 101 casos em 1990.

A taxa de incidência nesse último ano analisado, foi de aproximadamente $1/10^5$, o que nos coloca em paralelo com países como a Finlândia, a Austria, a Holanda ou a Noruega (1). Como se compreende, comparações da incidência da Tosse Convulsa a nível internacional estão fortemente condicionadas pelas limitações inerentes à qualidade da notificação de cada país, existindo inclusivé países europeus onde a doença nem sequer é notificada (Bélgica).

Contudo, apesar da sub-notificação que sabemos existir em relação à generalidade das doenças de declaração obrigatória em Portugal, estamos em crer que essa limitação deverá ser mínima em relação à Tosse Convulsa, podendo até admitir-se que haja nesta doença uma sobrenotificação paradoxal, pelos motivos que passaremos a expor mais adiante.

3 — DISTRIBUIÇÃO DA TOSSE CONVULSA, SEGUNDO O SEXO E A IDADE

A Tosse convulsa atinge principalmente as crianças com menos de um ano de idade, grupo onde as taxas específicas segundo o sexo rondam os $70/10^5$ no sexo masculino e $87/10^5$ no sexo feminino (Fig. 2).



Fonte: DGCSF

Fig. 2 — Taxas de morbilidade média por Tosse convulsa, segundo a idade e sexo, em Portugal, no período: 1986-1990.

A potencial gravidade da doença, os grupos etários onde predomina e a exuberância dos seus sintomas, fazem com que poucos sejam os casos que não são vistos pelo médico.

Segundo os dados provenientes das declarações de Tosse Convulsa registados em 1990 pelo Serviço de Informação de Saúde da Direcção Geral dos Cuidados de Saúde Primários (DGCSF), 68.7% dos casos diagnosticados em todo o país foram hospitalizados, sendo a percentagem de internamento nas crianças até ao ano de idade, de 89.7%.

4 — CRITÉRIOS DE CLASSIFICAÇÃO DIAGNÓSTICA

Já quanto aos critérios de diagnóstico utilizados, bem como ao tipo de confirmação efectuada, colocamos maiores reservas. Efectivamente, nos boletins de declaração obrigatória, existe uma alínea destinada a confirmação diagnóstica. Nos casos de 1990 que estamos a analisar, essa confirmação apenas vem referida em 71.7% da globalidade dos casos notificados: sendo de 64.5% nos doentes não internados e de 83.6% nos internados em hospitais.

Por outro lado, os critérios para a confirmação dos casos embora estejam estabelecidos pela OMS (5), raramente vêm explicitados nos boletins, pelo que se torna impossível saber se essa confirmação se baseou exclusivamente no quadro clínico, completado por eventuais elementos laboratoriais inespecíficos de apoio (ex: leucocitose com linfocitose), ou ainda, com o isolamento do agente específico: a *Bordetella pertussis*.

Ou seja, apenas um número restrito dos casos notificados terá reunido as características concretas que permitem confirmar a doença. É de admitir, portanto, que alguns dos casos notificados como Tosse Convulsa, não sejam efectivamente da responsabilidade do agente específico que se pretende declarar, mas de outros agentes que podem desencadear sintomatologia semelhante. Estão entre estes: a *Bordetella para-pertussis* (mais benigna), a *Clamídia*, o *Mycoplasma* e mesmo certos *Adenovirus*.

Numa fase em que a Europa e Portugal procuram eliminar ou controlar as doenças preveníveis pela vacinação, impõem-se, entre outras medidas, a utilização de critérios uniformes no diagnóstico destas doenças.

Nesse sentido e de acordo com as definições normalizadas propostas por comités de peritos da OMS relativos a esta doença (5) e divulgadas pela DGCSF (6), os casos de Tosse Convulsa devem classificar-se em três categorias: **suspeitos**, **prováveis** ou **confirmados**, segundo os seguintes critérios:

Caso suspeito

- história de tosse acentuada e repetida; e
- história de pelo menos um dos seguintes sintomas ou sinais:
 - tosse persistindo por 2 ou mais semanas;
 - acessos de tosse (quintas);
 - tosse emetizante;

Caso provável

- caso "suspeito" e
- pelo menos uma das seguintes situações:

- dados característicos observados no exame objectivo, por profissional de saúde qualificado (em crianças pequenas, a tosse prolongada seguida de apneia e cianose, tosse seguida de inspiração típica — guincho, acesso de tosse acentuada, tosse emetizante, hemorragias subconjuntivais);
- contacto com caso suspeito nas três semanas anteriores (dado que usualmente o período de incubação é de 7-10 dias);
- epidemia de Tosse Convulsa na região;
- leucograma com 15000 ou mais linfocitos/mm³.

Caso confirmado

- caso provável e
- cultura ou imunofluorescência das secreções nasofaríngeas, positivas para a *Bordetella pertussis*.

5 — MEDIDAS PREVENTIVAS

Esta doença, que antes da introdução da vacina no Plano Nacional de Vacinação (até 1965), era responsável, como vimos, por um número muito elevado de mortes, é ainda uma doença potencialmente grave, não só pelas complicações que pode provocar precocemente — pneumonia e/ou encefalite — como pelas sequelas neurológicas que pode condicionar a mais longo prazo.

Apesar de alguns investigadores terem posto em causa a eficácia da vacina, a maioria das autoridades e a OMS recomendam-na, fundamentando essa política (1):

- nos resultados de estudos experimentais efectuados;
- no rápido declínio da morbidade e mortalidade, concomitantemente ao desenvolvimento dos programas vacinais;
- na recorrência da doença em países onde a vacinação foi interrompida (Suécia e Itália), ou naqueles onde as taxas de cobertura baixaram;
- na correlação inversa entre as taxas de ataque de Tosse Convulsa com a proporção de crianças imunizadas, em comunidades afectadas por epidemias;
- nas taxas de ataque mais baixas verificadas em crianças previamente vacinadas, do que em crianças não imunizadas, durante os surtos (7).

Em Portugal a DGSCP recomenda a imunização activa com a vacina tríplice DTP, que é constituída por uma suspensão de bactérias mortas de *Bordetella pertussis*, em combinação com os toxóides tetânico e diftérico (DTP: Difteria, Tétano e Pertussis).

A vacina anti-pertussis é a mais sensível ao calor, sendo o componente mais frágil da DTP. Em condições de manutenção adequadas, a eficácia depois da primovacinação completa, é de 90 a 95% para a Difteria, 95% a 100% para o tétano e de 80 a 85% para a Tosse Convulsa (8).

A vacinação anti-pertussica não confere imunidade completa e permanente. Contudo, mesmo quando isso não acontece, limita ainda assim fortemente, a gravidade da doença e as suas potenciais complicações. Podem ocorrer, embora limitadamente, algumas reacções adversas à vacina, com convulsões, gritos intensos e persistentes e

desmaio. As crianças que manifestem essas reacções, não devem repetir a vacina tríplice, devendo apenas efectuar no calendário previsto a DT (Difteria e Tétano).

Entre nós, a vacina deve administrar-se de acordo com o calendário previsto no Programa Nacional de Vacinação (9) (Quadro I).

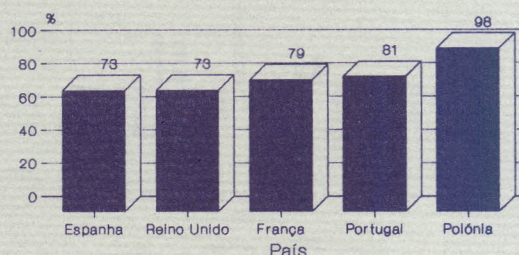
QUADRO I: Calendário de Vacinação contra a Tosse Convulsa

Aos 2 Meses de idade	DTP — Vacina contra a Difteria, Tétano e Tosse convulsa (1.ª dose)
2 Meses depois	DTP — (2.ª dose)
2 Meses depois	DTP — (3.ª dose)
Dos 18 aos 24 Meses	DTP — (1.º reforço)
Dos 5 aos 6 anos	DTP — (2.º reforço)

A cobertura vacinal no nosso País tem vindo a melhorar substancialmente nos últimos anos, rondando actualmente os 93%, valor próximo do julgado adequado para controle da doença (10). Na presença de surtos é de considerar a administração de uma dose de reforço de 0.25 ml de vacina anti-pertussica.

6 — COBERTURA VACINAL A NÍVEL INTERNACIONAL

A posição de Portugal no contexto dos outros países europeus está ilustrada na Figura 3. Os valores mais recentes publicados pela Organização Mundial de Saúde (11), reportam-se a 1988, ano em que entre nós a cobertura ao ano de idade — com as três doses — era de 81%.



Fonte: Organização Mundial de Saúde (11)

Fig. 3 — Percentagem de crianças imunizadas até aos 12 meses de idade, com DTP3 em 1988, nalguns países europeus.

7 — INCIDÊNCIA E COBERTURA VACINAL A NÍVEL DISTRITAL

A nível dos Distritos e Regiões Autónomas, constata-se que a taxa de incidência por Tosse Convulsa, nas crianças até aos 12 meses de idade (idade até à qual as três doses deverão ser administradas), calculada com base na média dos casos ocorridos nos anos de 1986-1990 (4; 12; 13), revela-se mais importante nos distritos de Lisboa, Setúbal, Santarém, Évora e Faro. Efectivamente nestes dis-

tritos, pelos menos 1 em cada 1000 crianças, foram afectadas pela doença (Fig.4). Nos distritos de Bragança, Coimbra e Guarda não foram notificados casos de Tosse Convulsa, no período e idades considerados. Não foi possível trabalhar os dados por Tosse Convulsa da Região Autónoma dos Açores, uma vez que os mesmos não se encontram disponíveis na DGCSPP segundo os respectivos grupos etários.

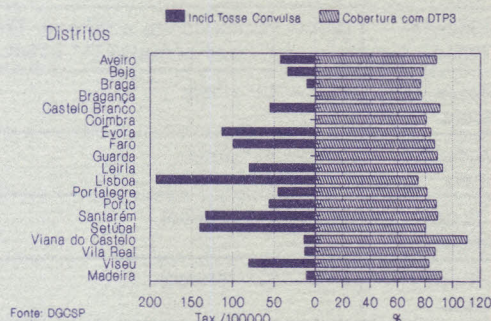


Fig. 4 — Incidência média de Tosse Convulsa e percentagem média de cobertura vacinal por DTP até aos 12 meses de idade, nos Distritos e Região Autónoma da Madeira, no período: 1986-1990

Verifica-se ainda que, a cobertura vacinal média nos 5 anos considerados e na generalidade dos distritos foi superior ou igual aos 80%, em crianças até aos 12 meses de idade. O distrito de Viana do Castelo apresenta taxas de cobertura superiores aos 100%, o que pode dever-se a vários factores, alguns dos quais se abordam na discussão.

A variação percentual média, no período considerado, das taxas de incidência por Tosse Convulsa e de cobertura vacinal por DTP nos distritos e regiões, mostra que Lisboa, Santarém e Setúbal se situam entre aqueles com maior acréscimo de incidência face ao País (Fig.5).

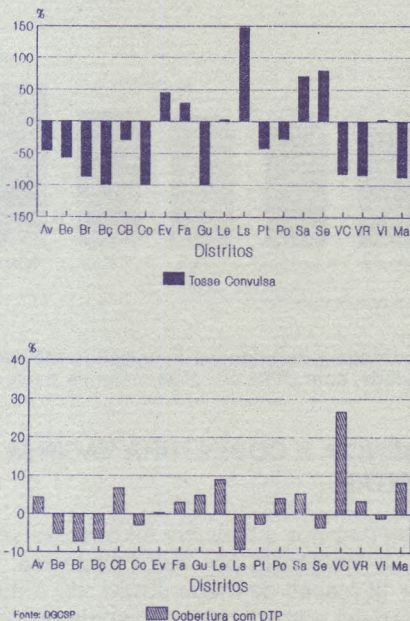


Fig. 5 — Variação percentual média da incidência de T.Convulsa e da cobertura vacinal em crianças até aos 12 meses de idade, a nível distrital, no período: 1986-90.

Por outro lado, o distrito de Viana do Castelo destaca-se dos restantes pela sua melhor cobertura relativa, apresentando Lisboa a variação negativa mais importante.

Desta análise ressalta ainda que os distritos de Viana do Castelo, Guarda, Vila Real, Aveiro, Porto, Castelo Branco e a Madeira têm uma cobertura vacinal acima da média do País, a que corresponde uma diminuição das taxas de incidência por Tosse Convulsa. Viseu, Setúbal e Lisboa têm incidências acima do País, nomeadamente os dois últimos distritos, a que corresponde percentagens de cobertura vacinal mais baixas do que em Portugal.

Coimbra, Bragança, Beja e Portalegre, apesar de possuírem coberturas vacinais por DTP abaixo do País, não apresentam, apesar de tudo, incidências de Tosse Convulsa mais elevadas que Portugal. Por último, os distritos de Leiria, Faro, Évora e Santarém, apesar de apresentarem variações da cobertura vacinal acima da média do País, têm também incidências superiores.

Convém realçar ainda, que a análise de regressão entre os valores da cobertura vacinal por DTP a nível distrital, tomados como variável independente, e os valores atingidos pelas taxas de incidência distritais, tomados como variável dependente, apontam para um coeficiente de correlação $r = -0.24$ que não se revela estatisticamente significativo ($p > 0.05$). Resulta portanto, que a cobertura vacinal por DTP aos 12 meses não pode explicar mais do que 6% do comportamento da taxa de incidência por Tosse Convulsa a nível distrital ($r^2 = 5.76$).

Outros factores estarão por certo envolvidos, entre os quais, a qualidade da informação, a susceptibilidade individual e a eficácia da vacina, uma vez que não é muito plausível que variáveis como o grau de patogenicidade do agente, o meio físico, etc..., sejam tão diferentes de distrito para distrito.

8 — DISCUSSÃO E RECOMENDAÇÕES

Se é certo que nem sempre os casos de doenças de declaração obrigatória (como a Tosse Convulsa) são notificados, estamos em crer que esta doença, cuja gravidade exige frequentemente o internamento ou vigilância hospitalar, não deverá ser, apesar de tudo, muito sub-notificada.

A cobertura vacinal por DTP, mormente a que se reporta à administração das três doses iniciais, e que deverá estar cumprida até ao primeiro ano de vida das crianças, tem subido favoravelmente nos últimos anos.

Contudo, e apesar da grande maioria das vacinas cujas unidades são contabilizadas ser administrada nos Centros de Saúde dos distritos referentes a cada ARS, pode acontecer que uma parte seja aplicada a crianças que, não residindo naquele distrito, aí permaneçam algum tempo (ex: emigrantes) ou aí tenham recentemente fixado residência. Este facto pode, como se compreende, fazer aumentar artificialmente a percentagem de crianças supostamente cobertas.

Por outro lado, ainda, se alguns lotes da vacina não puderem ser utilizados em virtude das limitações impostas por prazos de validade ou circunstâncias de armazenamento e, como tal, tiverem que ser substituídos, isso poderá inflacionar artificialmente a referida cobertura, se esta se basear nos lotes gastos.

Outra das razões apontadas como justificação para o facto de algumas regiões, apesar das elevadas taxas de cobertura vacinal apresentadas, terem apesar de tudo uma taxa de incidência importante, seria o facto de algumas crianças não efectuarem os 2.º e 3.º reforços nas datas previstas. Na análise que efectuámos, contudo, verificam-se certas incongruências mesmo a nível do primeiro ano de vida.

Para melhoria da qualidade da informação sobre a morbilidade desta doença em Portugal, não basta portanto apelar à sua notificação, mas antes solicitar aos colegas o preenchimento adequado do boletim de declaração. A informação nele contida deverá ser tão completa quanto possível, esclarecendo sempre se a doença foi ou não confirmada e com base em que critérios. Cabe aos serviços o desenvolvimento do estudo epidemiológico posterior com base nos elementos fornecidos, sempre que isso se justifique.

Mantenhamos os profissionais de saúde e a população informada e sensibilizada para a necessidade de cumprimento atempado do Programa Nacional de Vacinação, nomeadamente em relação à DTP. Assim, e face à cobertura vacinal que se anuncia, é de crer que a Tosse Convulsa seja mais uma das doenças que podemos controlar até ao ano 2000 — não percamos a oportunidade!

9 — REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 — World Health Organization — “Pertussis control in the european region”; Fourth european meeting of national programme managers on the expanded programme on immunization”; 1991;
- 2 — Benenson, AS — “El control de las enfermedades transmisibles en el hombre”; Organización Panamericana de La Salud; 1983; 13.ª edición: 390-394;
- 3 — Soares, C; Motta, LC — “Evolução das taxas de mortalidade e de morbilidade, de algumas doenças infecto-contagiosas, em Portugal: 1902-1952”; Separata do Boletim dos Serviços de Saúde Pública; Direcção Geral de Saúde; 1954; Quadro III, Pág.258.
- 4 — Serviço de Informação de Saúde — “Doenças de Declaração Obrigatória: 1986-1990”; DGCS; 1991;
- 5 — World Health Organization — “Fourth meeting of the European Advisory Group on the Expanded Programme on Immunization, Paris; 1990; Doc EUR/ICP/EPI/ 002: 6 — Carvalho, MCA — “Doenças evitáveis pela vacinação: critérios da Organização Mundial de Saúde, para definição de casos”; DGCS; 1991; 5-6
- 7 — Mortimer, EA — “Pertussis and pertussis vaccine in the industrialized world”; Tokai J.Exp.Clin.Med; 1988, 13; Supple.: 93-96;
- 8 — Direcção Geral dos Cuidados de Saúde Primários — “Vacinas do Programa Nacional De Vacinação (PNV) — estabilidade e eficácia; Circular Normativa, 4/DTP; 1991: 4-6;
- 9 — Direcção Geral dos Cuidados de Saúde Primários — “Normas de Vacinação do Programa Nacional de Vacinação”; Circular Normativa, 10/DTP; 1990;
- 10 — Lecour, H — “As Doenças infecciosas em Portugal na década de 80”; Arquivos do Instituto Nacional De Saúde; 1988, 13: 5-12;
- 11 — World Health Organization — “Expanded Programme on Immunization”; 1991; P: 6.
- 12 — Instituto Nacional de Estatística — “Estatísticas demográficas” — vários anos;
- 13 — Instituto Nacional De Estatística — “Estatística da Saúde” — vários anos.

AGRADECIMENTO

Agradece-se a colaboração e os comentários críticos de:

- Prof.ª Dr.ª Amélia Esparteiro Leitão — DGCS
Dr.ª Teresa Amaral Martins — DGSC
Dr.ª Maria Celsa Afonso de Carvalho — DGCS
Dr. Mário Cordeiro — DGSC
Prof.ª Dr.ª Heloísa Santos — HSM

GRUPE EM 1990 / 1991: RESULTADOS DA VIGILÂNCIA CLÍNICA E LABORATORIAL

M.ª Virgínia Figueiredo ¹, Helena Rebelo de Andrade ¹, M.ª Teresa Paixão ², José Marinho Falcão ³, Laura Ayres ¹, Adelino Gonçalves ⁴, Aldora Firmo ⁴, António Valente ⁴, João Carvalho ⁴, José Machado ⁴, Nantília Barbosa ⁴, Miguel Melo ⁴, Rui Sousa ⁴

É com o maior pesar que registamos o falecimento da Prof.ª Laura Ayres, em Janeiro de 1992. Como Directora do Centro Nacional da Gripe, apoiou fortemente este projecto de Vigilância da Gripe e ainda participou na elaboração do presente relatório.

INTRODUÇÃO

Os programas de vigilância epidemiológica de doenças transmissíveis, têm como principal finalidade a monitorização da doença e a sua prevenção, accionando mecanismos de intervenção dos serviços de saúde (1, 2).

A Gripe constitui ainda um importante problema de Saúde Pública a nível mundial, sendo objecto de programas de vigilância nacionais e internacionais, que compreendem fundamentalmente duas componentes, uma laboratorial e outra clínica. A vigilância laboratorial incide

1. Centro Nacional da Gripe — INSA
2. Centro de Vigilância Epidemiológica das Doenças Transmissíveis — INSA
3. Divisão de Epidemiologia — DGCS
4. Rede “Médicos-Sentinelas”

essencialmente no diagnóstico virológico da doença, com a subsequente investigação das estirpes em circulação na comunidade.

Os sistemas de vigilância epidemiológica da Gripe implementados em diversos países, são condicionados por factores tão diversos como a organização dos serviços de saúde, o sistema de registo dos dados de morbidade e mortalidade, e o grau de cooperação entre as Autoridades de Saúde.

Em Portugal, a vigilância da Gripe iniciou-se em 1950 com a criação do Centro Nacional da Gripe (CNG), e desde 1953 que o Centro vem prestado colaboração efectiva à Organização Mundial de Saúde, procurando estudar as estirpes em circulação em cada época e procedendo a estudos sero-epidemiológicos. A Gripe não consta da lista das Doenças de Declaração Obrigatória da Direcção Geral dos Cuidados de Saúde Primários (DGCS), pelo que exige a recolha de informação dispersa por vários serviços de saúde, para a sua vigilância epidemiológica.

O Centro Nacional da Gripe, a Divisão de Epidemiologia da Direcção Geral dos Cuidados de Saúde Primário (DGCS), a rede dos Médicos-Sentinela de Portugal e o Centro de Vigilância Epidemiológica das Doenças Transmissíveis do Instituto Nacional de Saúde, iniciaram em 1990 um programa de cooperação para aperfeiçoar os programas de vigilância da Gripe já em vigor, tentando cobrir todo o território continental.

A vigilância laboratorial a cargo do Centro Nacional da Gripe tem como componentes principais, o isolamento e o estudo das estirpes de vírus da Gripe em circulação na comunidade e estudos sero-epidemiológicos de determinados grupos populacionais.

A vigilância da síndrome gripal com base em informação clínica, consiste na participação semanal à Divisão de Epidemiologia da DGCS, de todos os casos de síndrome gripal diagnosticados pelos "Médicos-Sentinela", médicos da carreira de Clínica Geral distribuídos por todo o país. A recolha de dados clínicos e elementos demográficos permite estimar taxas de incidência.

Na época de 1990-1991, a confirmação laboratorial dos casos, a cargo do Centro Nacional da Gripe, foi associada à vigilância clínica da síndrome gripal.

MATERIAL E MÉTODOS

O programa teve início em 1 de Outubro de 1990, e prolongou-se até Maio de 1991.

Foi constituído por duas componentes principais: a vigilância clínica e a vigilância laboratorial, que se descrevem em seguida.

VIGILÂNCIA CLÍNICA

ORIGEM DOS DADOS

Os dados utilizados para a vigilância clínica da síndrome gripal foram colhidos através do projecto "Médicos-Sentinela".

Este projecto é conduzido pela Divisão de Epidemiologia (DE) da Direcção Geral dos Cuidados de Saúde Primários, com a participação da Associação Portuguesa dos Médicos de Clínica Geral e das Administrações Regionais de Saúde (3).

"Médicos-Sentinela" consiste essencialmente numa rede de cerca de 270 médicos da carreira de Clínica Geral, distri-

buidos pelo território do Continente, que participam no projecto a título voluntário.

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

Semanalmente, à sexta-feira, cada médico notifica directamente para a Divisão de Epidemiologia todos os casos das doenças ou situações em estudo que ocorram em utentes pertencentes à sua lista.

É assim possível referir os casos a uma população determinada e estimar taxas de incidência.

DEFINIÇÃO DOS CASOS DE SÍNDROMA GRIPAL

Os médicos notificaram todos os casos que correspondiam ao seu conceito pessoal de "síndrome gripal". Adicionalmente, foram solicitados para assinalar quais os sintomas e sinais presentes no doente. Para tal, o instrumento de notação incluiu a seguinte lista de sintomas e sinais adoptados pela Classificação Internacional de Problemas de Saúde em Cuidados Primários — CIPS — 2. Definida (4): início súbito (< 24 horas), tosse, calafrios, febre, debilidade/prostração, mialgias/dores generalizadas, inflamação da mucosa nasal e faríngea, sem outros sinais respiratórios relevantes e contacto com doentes de gripe.

ESTIMATIVAS DE INCIDÊNCIA

Apresentam-se duas estimativas semanais da taxa bruta de incidência: uma provisória, preparada todas as semanas com os dados preliminares disponíveis à 5.ª feira; outra definitiva, que inclui todos os dados chegados à Divisão de Epidemiologia.

VIGILÂNCIA LABORATORIAL

A componente laboratorial da vigilância da gripe durante a época de 1990-91, funcionou como um estudo piloto, não abrangendo ainda todos os distritos do país.

De acordo com o protocolo elaborado, alguns casos da síndrome gripal observados pelos "Médicos-Sentinela", dos distritos de Braga, Beja, Vila-Real, Bragança, Aveiro, Portalegre e Setúbal participantes no estudo, foram sujeitos a confirmação laboratorial.

Os produtos necessários para o diagnóstico laboratorial encontram-se indicados no Quadro 1 (5, 6).

QUADRO 1 — Diagnóstico laboratorial da síndrome gripal

ISOLAMENTO DE VÍRUS	EXAME SEROLÓGICO
Lavado faríngeo ou zaragatoa faríngea colhidos em meio de transporte no 2.º ou 3.º dia após o início da doença	1.º soro — fase aguda da doença 2.º soro — fase de convalescência da doença

Aos doentes com síndrome gripal, que se apresentavam na consulta do "médico-sentinela" participante no estudo, durante a fase aguda da doença (2.º ou 3.º dia após o início dos sintomas), colheu-se um lavado faríngeo e uma amostra de sangue, assim como se procedeu à recolha de dados clínicos e epidemiológicos. As colheitas realizaram-se de segunda a quarta-feira, para permitir a chegada das

amostras ao laboratório, em tempo útil. Os doentes a quem foi colhida uma primeira amostra de sangue, foram convocados ao Centro, duas a três semanas depois, para colheita de segunda amostra. Os produtos a analisar para isolamento de vírus e diagnóstico serológico, foram enviados ao Centro Nacional da Gripe por correio rápido.

ISOLAMENTO DE VÍRUS

Para o isolamento dos vírus da gripe, efectuou-se a inoculação dos produtos em células MDCK e em ovos embrionados de galinha "Leghorn".

A eficácia do isolamento de vírus é fortemente afectada não só pelo tempo que medeia entre os primeiros sinais de doença e a colheita de amostras ao doente, como também pelo tempo decorrido entre a colheita de produtos e a sua inoculação em tecidos vivos susceptíveis.

DIAGNÓSTICO SEROLÓGICO

A técnica utilizada no diagnóstico serológico foi a reacção de fixação do complemento (R.F.C.), por ser uma reacção em que com facilidade se pode utilizar um elevado número de antígenos, com custos reduzidos. Este tipo de anticorpos é detectável ao fim da 1.ª semana após o início dos sintomas, e atinge o seu nível máximo ao fim de 2 a 3 semanas.

Considera-se um soro convalescente positivo para determinado antígeno, aquele que apresente seroconversão em relação ao soro da fase aguda, ou que possua um título de anticorpos pelo menos quatro vezes superior ao título do soro da fase aguda.

RESULTADOS

VIGILÂNCIA CLÍNICA

Os resultados apresentados a seguir respeitam sucessivamente às estimativas provisórias das taxas brutas semanais de incidência, tal como foram calculadas ao longo das várias semanas desde 1 de Outubro de 1990 e às estimativas definitivas, calculadas após todos os dados estarem disponíveis.

A taxa de incidência bruta semanal provisória situou-se em níveis relativamente baixos entre 1 de Outubro de 1990 e o final de Janeiro de 1991, embora com uma ligeira tendência crescente (Quadro 2)

A partir do início de Fevereiro houve um aumento mais nítido dos valores da taxa, que atingiu o seu máximo (78.6 / 10⁵) na semana iniciada em 11.3.91.

QUADRO 2 — Estimativas provisórias das taxas brutas, semanais, de incidência de "síndrome gripal" no período de 1.10.90 a 5.5.91 (/ 10⁵ hab.)

SEMANA	TAXA	SEMANA	TAXA
1990		1991	
40 (01.10 —)*	21.9	1 (31.12 —)	26.0
41 (08.10 —)	35.8	2 (07.01 —)	33.0
42 (15.10 —)	41.6	3 (14.01 —)	39.4
43 (22.10 —)	38.9	4 (21.01 —)	38.9
44 (29.10 —)	24.0	5 (28.01 —)	49.8
45 (05.11 —)	50.2	6 (04.02 —)	60.9
46 (12.11 —)	49.3	7 (11.02 —)	44.5
47 (19.11 —)	48.8	8 (18.02 —)	65.6
48 (26.11 —)	35.9	9 (25.02 —)	70.4
49 (03.12 —)	34.5	10 (04.03 —)	76.5
50 (10.12 —)	36.4	11 (11.03 —)	78.6
51 (17.12 —)	44.3	12 (18.03 —)	69.6
52 (24.12 —)	34.6	13 (25.03 —)	29.8

* semanas iniciadas em

As taxas de incidência definitivas têm valores que são inferiores aos das taxas provisórias, em quase todas as semanas.

Saliente-se que os valores definitivos corrigem várias irregularidades apresentadas pela curva das taxas provisórias.

QUADRO 3 — Estimativas definitivas das taxas brutas, semanais, de incidência de "síndrome gripal" no período de 1.10.90 a 31.3.91 (/ 10⁵ hab.)

SEMANA	TAXA	SEMANA	TAXA
1990		1991	
40	14.1 (56)	1	27.6 (184)
41	23.5 (118)	2	24.1 (172)
42	25.9 (124)	3	29.4 (209)
43	23.0 (111)	4	27.7 (204)
44	25.8 (117)	5	33.5 (251)
45	30.7 (164)	6	36.7 (272)
46	30.2 (163)	7	44.8 (332)
47	31.3 (175)	8	46.9 (362)
48	29.5 (169)	9	50.2 (393)
49	27.0 (150)	10	54.1 (412)
50	26.5 (158)	11	51.7 (366)
51	19.6 (107)	12	37.4 (291)
52	27.6 (99)	13	23.8 (161)

entre parêntesis: número de casos

MÉDICOS SENTINELA SÍNDROMA GRIPAL 1.10.90 a 31.3.91

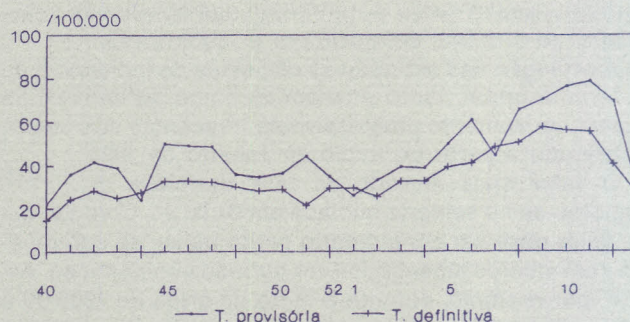


Fig. 1 — Comparação entre as taxas de incidência provisória e definitiva

VIGILÂNCIA LABORATORIAL

O Centro Nacional da Gripe recebeu produtos correspondentes a 23 casos de síndrome gripal, provenientes dos distritos de Aveiro, Beja, Braga, Bragança e Setúbal, entre os meses de Novembro a Fevereiro. Não foram recebidos produtos dos distritos de Vila Real e Portalegre.

Nos 12 casos (52%) em que se recebeu um segundo soro, correspondente à fase de convalescença, foram pesquisados por reacção de fixação do complemento, além de anticorpos para os vírus da gripe A e gripe B, anticorpos para os vírus parainfluenza 1 e 3, e adenovírus.

Dos pares de soros analisados em simultâneo, detectaram-se 3 casos positivos (25%), dos quais só um caso foi compatível com infecção por gripe B (8.3%), outro por parainfluenza 3, e um caso por adenovírus (Quadro 4).

QUADRO 4 — Diagnóstico serológico*: resultados positivos**

Referência Laborat.	Soro	Influenza		PF1	PF3	Adeno
		A	B			
VA/90	1º	< 5	≤ 5	≤ 5	< 5	< 5
	2º	< 5	5	5	20	< 5
VL/90	1º	20	1º	< 5	< 5	5
	2º	20	1º	< 5	< 5	≥ 80
VL/91	1º	5	≤ 5	≤ 5	≤ 5	< 5
	2º	5	80	≤ 5	≤ 5	< 5

* por reacção de fixação do complemento

** Os restantes 9 casos foram negativos para os vírus indicados

Dos 23 lavados faríngeos inoculados em ovos embrionados de galinha e em células MDCK, não houve qualquer resultado positivo.

3. DISCUSSÃO

Neste primeiro ano de colaboração entre o projecto "Médicos-Sentinela" / Centro Nacional da Gripe, foi possível associar à vigilância clínica uma componente laboratorial. O estudo efectuado abrangeu apenas alguns distritos, uma vez que um dos objectivos a concretizar nesta primeira fase, era a verificação da operacionalidade do sistema (envio de material para colheitas, possibilidade de colheita de duas amostras de sangue e de um lavado faríngeo, assim como o transporte nas condições desejáveis, do material colhido para o laboratório).

A evolução das estimativas das taxas de incidência da síndrome gripal, tanto provisórias como definitivas, indicam um aumento progressivo da frequência dos casos, sobretudo a partir do início de Janeiro de 1991.

O valor mais elevado da taxa definitiva ($54.1 / 10^5$) registou-se na semana iniciada em 04.03.91. Contudo esse valor deve ser considerado muito baixo, se comparado com valores alcançados em períodos epidémicos. Assim, por exemplo, durante o surto de gripe de 1989-90 a taxa de incidência semanal atingiu valores quase 30 vezes mais elevados — $1597.6 / 10^5$ (3).

Nestas condições, os valores estimados da taxa de incidência da síndrome gripal em 1990-91, em Portugal, sugerem fortemente que se tratou de um ano com baixa incidência de gripe. Esta indicação é corroborada pelos dados da vigilância clínica realizada em vários países europeus, pelo projecto "Eurosentinel" (7).

Nos 52% de casos em que, pela presença de um segundo soro, foi possível efectuar um diagnóstico serológico, obteve-se um caso confirmado de gripe. Foi possível confirmarem-se infecções por outros vírus, em dois dos casos estudados.

A colaboração entre o projecto "Médicos-Sentinela" e o Centro Nacional da Gripe, é importante por permitir a validação dos resultados obtidos na vigilância clínica; para o CNG, o material colhido constitui uma valiosa contribuição para a identificação das estirpes em circulação em cada época, objectivo que se insere nas suas funções como único centro de referência do País.

Da concretização do programa, pode concluir-se que a vigilância da gripe na comunidade beneficia da utilização de várias origens de dados, duas das quais foram utilizadas de forma articulada em 1990-91. Afigura-se possível e desejável manter esta forma de vigilância durante os próximos anos, alargando-a a mais distritos e, assim que possível, integrando outras fontes de dados.

AGRADECIMENTOS

O Centro Nacional da Gripe agradece a todos quantos permitiram que este trabalho pudesse ser concretizado, e à Quimifar Lda. pelo seu apoio na utilização do "Express Mail Service".

REFERÊNCIAS

1. Costagliola D, Flahault A et al. A Routine Tool for the Detection and Assessment of Epidemics of Influenza-like syndromes in France. *Am J Public Health*, 1991, 81 (11): 97-99.
2. Marine M M, Mcgowan J E, Thomas J E. Influenza Detection: A Prospective Comparison of Surveillance Methods and Analysis of Isolates. *Am J Epidemiol*, 1976, 104 (3): 248-255.
3. Falcão, JM. "Médicos-Sentinela": 9 passos em frente. *Saúde em Números*, 1990 5; 3: 17-21.
4. Classificação Internacional de Problemas de Saúde, em Cuidados Primários — Associação Portuguesa dos Médicos de Clínica Geral — 1.ª edição em português.
5. Viral respiratory diseases. Report of WHO Scientific Groups. Tech. Rep. Series 642. WHO 1980.
6. Advances in Laboratory Techniques for Influenza Diagnosis. Immunology Series n.º 6. Procedural Guide CDC 1975.
7. Van Casteren V, Leurquin P. Eurosentinel: Concert Action on Sentinel Health Information Systems with General Practitioners: final report 1991.

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

Alameda D. Afonso Henriques, 45
1056 LISBOA Codex

Tel. 352 45 15
Fax: 57 14 55

COMPOSIÇÃO E IMPRESSÃO:

PENTAEDRO, PULICIDADE E ARTES GRÁFICAS, LDA.
PTA. DA REPÚBLICA, LOJA B, PÓVOA STO. ADRIÃO — 2675 ODIVELAS
ABRIL/92
2000 EXEMPLARES
DEPÓSITO LEGAL 54430/92
ISSN 0871-0813

As opiniões expressas pelos autores são da sua exclusiva responsabilidade e não reflectem necessariamente os pontos de vista da D.G.C.S.P.

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