

Emergências e urgências de Saúde Pública: falando de DDO e outras, em jeito de *vademecum*

JOANA MARQUES*, MÁRIO FREITAS**

RESUMO

As doenças transmissíveis de declaração obrigatória (DDO) encontram-se consagradas na legislação portuguesa desde 1949. A legislação tem sempre sido clara em atribuir às autoridades de saúde a competência genérica para a vigilância epidemiológica. Tal actividade tornar-se-ia impossível sem a colaboração de todas as entidades para as tarefas definidas para cada sistema de vigilância. A notificação é a primeira medida a ser tomada e a que desencadeia os procedimentos que se afiguram necessários, segundo o estado da arte, para o controlo da infecção. Este controlo epidemiológico destina-se a interromper a cadeia de transmissão da infecção e implica sempre intervenções distintas. Nalguns casos, a actuação da autoridade de saúde constitui uma resposta a uma emergência de saúde pública.

As doenças transmissíveis de declaração obrigatória, vulgarmente designadas por DDO, encontram-se consagradas na legislação portuguesa desde 1949. Com efeito, a Lei 2036, de 9 de Agosto de 1949,¹ prevê como competência da Direcção-Geral da Saúde (DGS) a elaboração da «tabela das doenças contagiosas cuja declaração for obrigatória», atribuindo também à DGS a função de «coligir os dados estatísticos da morbidade e mortalidade» decorrentes dessas doenças. Na mesma Lei, é referido que «os médicos que, no exercício da sua profissão, tenham conhecimento ou suspeita de casos de doença contagiosa, deverão comunicá-lo, no prazo máximo de quarenta e oito horas, ao delegado ou subdelegado de saúde da respectiva área». Na realidade, data de 1949, em Portugal, a génese do que é hoje denominado de vigilância epidemiológica das doenças trans-

missíveis.

Vigilância epidemiológica pode definir-se como uma actividade sistemática e contínua de recolha, armazenamento, análise, interpretação e transmissão de dados que reflectem o estado de saúde de uma população.² Esta actividade, configurando um instrumento fundamental de planeamento e gestão dos recursos da saúde, proporciona os elementos para uma pronta e efectiva actuação sobre factores de risco indutores de doença e contribui para a melhoria dos níveis de saúde das populações. Assim, torna-se clara a necessidade de coerência e homogeneidade dos dados e seu tratamento, de forma a tornar possível uma vigilância epidemiológica bem estruturada, flexível e ágil, indispensável para a protecção e promoção da saúde dos cidadãos, das famílias e das comunidades.

A legislação tem sempre sido clara em atribuir às autoridades de saúde a competência genérica para a vigilância epidemiológica, tal como consta no Decreto-Lei nº 286/99, de 27 de Julho,³ em vigor, e que determina serem os serviços de saúde pública «os serviços do Estado competentes para promover a vigilância epidemiológica e a monitorização da saúde da população». Como facilmente se depreenderá, tal actividade

*Médica, Interna do Internato Complementar de Saúde Pública, UOSP de Braga.

**Médico, assistente da carreira médica de Saúde Pública, UOSP de Braga/Centro Regional de Saúde Pública do Norte; docente da Escola de Ciências da Saúde da Universidade do Minho.

por parte dos serviços de saúde pública tornar-se-ia impossível sem a colaboração de todas as entidades individuais ou colectivas, públicas ou privadas, nas tarefas definidas para cada sistema de vigilância, condição indispensável para garantir o sucesso desta função do sistema de saúde pública.

Relativamente às doenças transmissíveis, encontra-se ainda em vigor a já referida Lei 2036, de 9 de Agosto de 1949¹, que aponta como dever de qualquer médico, em exercício público ou privado,⁵ que se depare com uma doença que seja considerada como de declaração obrigatória, segundo o preestabelecido pela DGS, a sua comunicação à autoridade de saúde da área de residência do doente, independentemente do local onde foi assistido,⁵ no espaço de 48 horas.

O facto da vigilância epidemiológica das doenças transmissíveis ser uma actividade contínua tem permitido uma constante revisão e actualização das doenças a serem obrigatoriamente declaradas. Actualmente, e desde 1 de Janeiro de 1999, a tabela dessas doenças, constante na Portaria n.º 1071/98, de 31 de Dezembro,⁴ compreende 45 entidades nosológicas, utilizando a nomenclatura e encontrando-se ordenada de acordo com a 10.ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID). A mesma tabela encontra-se no verso do impresso de notificação, cuja forma actual data também de 1999.⁵ Em 2005, a infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (VIH) passa a integrar a lista de DDO, sendo a declaração obrigatória aquando do diagnóstico qualquer que seja o estágio da infecção, e sempre que se verifique mudança de estadiamento ou morte.⁶ Para este efeito, foi aprovada pela Portaria n.º 258/2005, de 16 de Março o modelo da folha de notificação relativa à vigilância epidemiológica da infecção por VIH, a ser endereçado ao Centro de Vigilância Epidemiológica das Doenças Transmis-

síveis.⁶

A declaração da DDO é a primeira medida,⁷ e a que desencadeia a actuação dos serviços de saúde pública, a ser tomada face a um caso duma destas doenças. Embora a declaração deva ocorrer no espaço de 48 horas após o conhecimento, pelo médico, de doença ou óbito^{5,8} devidos a uma doença transmissível de declaração obrigatória, esta não deverá deixar de ocorrer apesar de decorrido esse período de tempo. A consulta do manual «Definição de caso para doenças de declaração obrigatória»,⁹ datado de Março de 1999, permite ao médico que notifica o esclarecimento de dúvidas que naturalmente surgem face a certos quadros clínicos que poderão ser classificados como casos suspeitos, prováveis, ou confirmados, de doença. Independentemente desta classificação, a declaração deve ser efectuada, ou seja, um caso classificado como suspeito deverá ser notificado, não sendo necessária a confirmação anterior à declaração. Este manual integra também a descrição clínica de caso e os critérios laboratoriais de diagnóstico. O médico notificador deverá preencher todos os campos/variáveis do impresso de notificação, à excepção dos que se encontram nas áreas sombreadas, e que se destinam ao delegado de saúde.⁵ Também data de Março de 1999 o manual de instruções de preenchimento do impresso das DDO, destinado a todos os médicos, incluindo os de saúde pública, e que realça que deve ser o médico notificador a preencher o verso da 3.ª via do impresso no que se refere ao destinatário da notificação. Este é sempre o delegado de saúde do concelho de residência do doente, devendo ser inscrita a morada correspondente ao centro de saúde onde aquele se sedia, mesmo que o doente não esteja inscrito nesse centro de saúde. Se o médico que notifica desconhecer qual a área de residência do doente, o impresso deverá ser endereçado para o centro de saúde da área

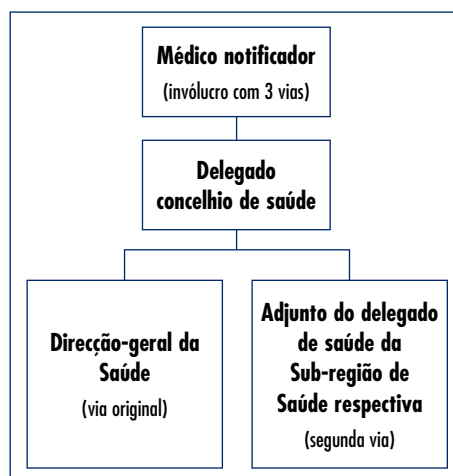


Figura 1. Organograma do circuito das três vias do impresso de notificação das doenças transmissíveis de declaração obrigatória.

Fonte: Circular Informativa n.º 7/DSIA, de 24 de Março de 1999, da Direcção-Geral da Saúde.

do seu local de trabalho. Sempre que surjam dúvidas relativamente ao preenchimento do impresso, que deverá ser o mais completo possível, o médico notificador deve solicitar esclarecimentos ao delegado de saúde da sua zona.⁵ (Figura 1).

A partir do momento em que os serviços de saúde pública tomam conhecimento do caso de doença declarado, prontamente são desencadeados os procedimentos que se afiguram necessários, segundo o estado da arte, para o controlo da doença. Este controlo epidemiológico, consistindo em medidas que visam a interrupção da cadeia de transmissão da infecção, implicam sempre intervenções distintas da autoridade de saúde. O isolamento do indivíduo infectado relativamente à via de transmissão, apenas durante o período de transmissão da doença, é uma das medidas a tomar,⁷ devendo ser prestada atenção aos que possam ser considerados contactos para essa doença. Considera-se contacto numa infecção toda a pessoa ou animal que, por ter estado em associação com um animal ou

pessoa infectada, ou com um ambiente contaminado por um agente infeccioso, tem a oportunidade de adquirir essa infecção.¹⁰ Embora clinicamente existam diferenças entre um doente (infecção com sintomas) e um portador (infecção sem sintomas), as medidas de controlo relativamente aos seus contactos são, de um modo geral, idênticas.⁷ Tal como para os casos de doença infecciosa, também os contactos destes casos poderão estar sujeitos a afastamento temporário de certos locais, o que acontece, por exemplo, em certos casos de doença transmissível de declaração obrigatória que condicionam evicção escolar, de acordo com o Decreto Regulamentar n.º 3/95 de 27 de Janeiro.¹¹

Relativamente ao afastamento temporário da frequência escolar e demais actividades desenvolvidas nos estabelecimentos de ensino, não são só os discentes que se encontram sujeitos ao mesmo quando acometidos por uma DDO. Também o pessoal docente e não docente, quando coabitantes ou contactos de indivíduos atingidos por algumas doenças transmissíveis, está obrigado a evicção escolar¹¹ (Quadro).

Nalguns casos de controlo epidemiológico, a actuação da autoridade de saúde constitui uma resposta a uma emergência de saúde pública. Tal ocorre na presença de certas infecções que, pela sua possível gravidade clínica, pela fácil forma de transmissão, pelo elevado risco de contágio, ou pelo elevado número de indivíduos que podem ser infectados, obrigam à intervenção imediata dos serviços de saúde pública. Um destes casos é, por exemplo, um diagnóstico de meningite bacteriana numa criança ou adulto que frequentemente um estabelecimento de ensino.

Face a uma declaração urgente, seja ela realizada por telefone ou fax, à autoridade de saúde de um diagnóstico de meningite bacteriana num indivíduo que frequente um estabelecimento de

QUADRO

PRAZOS DE EVICÇÃO ESCOLAR APLICÁVEIS FACE A DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS DE DECLARAÇÃO OBRIGATÓRIA

DDO	PRAZO DE EVICÇÃO ESCOLAR	
	Discentes	Docentes e não docentes coabitantes ou contactos de indivíduos com DDO
Difteria	Até 2 análises negativas de exsudado nasal e faríngeo com 24h de intervalo e após 24h de suspensão do antibiótico	7 dias ou até 2 análises negativas de exsudado nasal e faríngeo com 24h de intervalo
Escarlatina	Após 24h do início da antibioterapia adequada mediante apresentação de declaração médica comprovativa da mesma	Não se aplica
Febres tifóide e paratífóide	Pelo menos 4 semanas após o início da doença e até à apresentação de 3 análises de fezes negativas com 24h de intervalo, após 48h de suspensão do antibiótico	Não se aplica
Hepatite A	Pelo menos 7 dias ou até ao desaparecimento da icterícia	Não se aplica
Hepatite B	Até à cura clínica quando curso agudo ou na presença de dermatose exsudativa ou hemorragias quando curso crónico	Não se aplica
Impétigo	Até à cura clínica	Não se aplica
Infecções meningocócicas	Até à cura clínica	Até apresentação de declaração médica comprovativa do início da quimioprofilaxia adequada
Parotidite epidémica	Pelo menos 9 dias após o surgimento da tumefacção glandular	Não se aplica
Poliomielite	Até ausência de vírus nas fezes	Até ausência de vírus nas fezes em indivíduos incorrectamente vacinados
Rubéola	Pelo menos 7 dias após o início do exantema	Não se aplica
Sarampo	Pelo menos 4 dias após o início do exantema	Não se aplica
Tinha	Até cura clínica ou apresentação de declaração médica comprovativa de terapêutica adequada ou ausência de risco de contágio, conforme a localização	Não se aplica
Tosse convulsa	5 dias após o início de antibioterapia ou, se ausência de terapêutica, 21 dias após o início dos acessos paroxísticos de tosse	Pelo menos 5 dias após início de antibioterapia profiláctica em indivíduos com idades inferiores a 7 anos e incorrectamente vacinados
Tuberculose pulmonar	Até apresentação de declaração médica comprovativa de ausência de risco de contágio passada com base no exame bacteriológico	Não se aplica
Varicela	5 dias após o início do exantema	Não se aplica

ensino, o delegado de saúde desloca-se imediatamente ao local para prontamente tomar as medidas necessárias,

de controlo. As meningites meningocócica e a *Haemophilus influenzae* tipo b (Hib), sendo as meningites bacterianas

mais frequentes e sendo doenças de declaração obrigatória, devem ser notificadas assim que o médico as diagnostique ou delas suspeite, não necessitando, para isso, de utilizar nesse momento o modelo adequado e que está recomendado para todas as DDO.¹²

Uma vez que o período de incubação da meningite meningocócica oscila entre 1 e 10 dias, não ultrapassando, em geral, os 4 dias,¹² medidas de quimioprofilaxia devem ser tomadas relativamente aos indivíduos que sejam considerados contactos íntimos do doente e que tenham com ele privado durante os 10 dias que antecederam o início da sintomatologia e hospitalização. O conceito de contacto íntimo encontra-se definido¹² e varia consoante a idade do doente, o que se deve à forma de transmissão desta infecção. Em qualquer caso, e perante situações de risco especial, esta definição pode ampliar-se, de acordo com avaliação específica levada a cabo pela autoridade de saúde, a partir das características da população afectada.¹² Também o facto de se tratar de um caso esporádico ou de um *cluster* determina os indivíduos a serem considerados contactos íntimos e a efectuarem quimioprofilaxia. Esta administra-se, preferencialmente, nas primeiras 24 horas que se seguem à hospitalização do doente, sendo o fármaco de eleição a rifampicina. Como fármacos alternativos apontam-se a ciprofloxacina e o ceftriaxone, sendo este último o indicado na grávida. Outra medida de controlo a ser instituída é a vigilância clínica dos contactos íntimos do caso, que nos 10 dias que se seguem à hospitalização do doente, em caso de febre ou sintomas suspeitos ou compatíveis com meningite meningocócica, devem ser rapidamente submetidos a uma avaliação médica.¹² A legislação em vigor relativa à evicção escolar deverá ser cumprida,¹² tal como anteriormente referido.

As medidas de controlo face a uma

declaração urgente de um caso de meningite a Hib englobam também a quimioprofilaxia e a vigilância clínica dos contactos, considerando-se os domiciliários e os ocorridos numa instituição infantil. Todos os contactos com idade inferior a 6 anos que apresentem febre, estando ou não imunizados contra o Hib, devem ser submetidos a avaliação médica. A rifampicina é o fármaco indicado para proceder à quimioprofilaxia dos contactos, a iniciar o mais precocemente possível, não estando nas grávidas indicada a profilaxia. Se no domicílio do doente viver alguma criança com idade inferior a 12 meses, vacinada ou não, a todos os contactos domiciliários deve ser prescrita rifampicina. Se se tratar dum coabitante com idade inferior a 48 meses e não vacinado correctamente, também está indicada a profilaxia a todos os contactos domiciliários. Relativamente aos contactos em instituições infantis, e embora exista controvérsia relativa à administração de quimioprofilaxia quando só ocorreu um caso de doença, esta está indicada para todos os contactos quando existem na instituição crianças com menos de 2 anos e o contacto é superior a 25 horas por semana. Quando ocorrem dois ou mais casos de doença invasiva por Hib em alunos da mesma instituição, num prazo de 60 dias, deverá administrar-se rifampicina a todas as crianças e aos funcionários encarregues da sua supervisão.¹²

Outra emergência em saúde pública são as toxinfecções alimentares. Considera-se toxinfecção alimentar qualquer doença de natureza infecciosa ou tóxica causada (ou que se presume ter sido causada) pelo consumo de géneros alimentícios ou de água, sendo as toxinfecções alimentares colectivas (TAC) as situações em que dois ou mais indivíduos são afectados e em que a origem é comum, exceptuando-se os casos de botulismo ou de envenenamento químico, em que um caso único já constitui

um surto. O sistema de notificação em vigor (DDO), não prevê a notificação de surtos mas tão só a notificação de casos individuais, referindo-se apenas a existência de casos associados, quando tal ocorre. Qualquer clínico que, no exercício da sua actividade, tenha conhecimento de uma TAC, deve dar conhecimento da mesma à autoridade de saúde, sem prejuízo da notificação dos casos através do sistema de DDO, quando aplicável. A TAC será comunicada através de telefone por quem diagnostica os casos. Para esse contacto telefónico poderá ser utilizada a metodologia adoptada, a nível de cada Sub-Região de Saúde, relativamente à comunicação de um caso de meningite meningocócica. Como só a presença simultânea do agente nos alimentos e em produtos biológicos dos doentes permite estabelecer uma relação de causalidade, é fundamental analisar produtos biológicos de alguns dos doentes envolvidos no surto, sendo o pedido de exames da responsabilidade dos médicos que assistem os doentes, apenas competindo à autoridade de saúde fazê-lo em ocasiões excepcionais. A colheita de amostras de produtos biológicos como vômito e fezes – ou a utilização de zaraçatoas anais, quando o doente é uma criança pequena ou quando não é possível a obtenção de amostras fecais, deverá sempre ser efectuada antes da instituição de terapêutica antibiótica, devendo estas amostras ser analisadas nos laboratórios dos hospitais ou do Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge em Lisboa e no Porto.¹³ As condições a observar na colheita das amostras, bem como a informação a fornecer ao laboratório encarregue da análise das mesmas, encontram-se contempladas na Circular Normativa n.º 14/DT, de 9 de Outubro de 2001, da DGS.¹³ A comunicação precoce de TAC permite à autoridade de saúde desenvolver a investigação epidemiológica necessária, de forma a actuar em tempo útil para

que seja possível o controlo da situação. Para que tais medidas sejam possíveis, os factores determinantes devem ser apurados, permitindo não só um melhor conhecimento da epidemiologia das TAC, como a prevenção de surtos futuros.¹³ A investigação epidemiológica de uma doença, ou seja, o conjunto de procedimentos através dos quais é possível obter informação adicional sobre a mesma, é, no caso das TAC, um trabalho interinstitucional, devendo ser privilegiados os contactos entre vários profissionais, nomeadamente os clínicos. A autoridade de saúde, sendo a responsável pela investigação, deverá confirmar o diagnóstico de TAC; proceder ao inquérito epidemiológico; identificar os alimentos suspeitos; requisitar a realização de exames laboratoriais aos alimentos suspeitos; estudar a distribuição dos casos no tempo, no espaço, e nos indivíduos; investigar a etiologia; identificar a fonte de contaminação, avaliando os pontos críticos da cadeia alimentar; recomendar ou tomar medidas de prevenção e controlo; e elaborar um relatório final.¹⁴

Também os casos de alergia atribuídos à processionária ou lagarta do pinheiro têm constituído emergências de saúde pública, verificando-se um elevado número de casos ocorridos em estabelecimentos de ensino, causando perturbação nestes e obrigando os serviços de saúde, particularmente os de urgência, a um grande esforço na prestação adequada de cuidados aos doentes. A *Thaumetopoea pityocampa* Schiff é o principal insecto desfolhador de pinheiros e cedros em Portugal e o seu nome de processionária resulta do facto de constituir longas procissões de lagartas que se dirigem das árvores para o solo, local onde crisalidam. As alterações climáticas recentemente verificadas proporcionaram um aumento do número de situações relacionados com a lagarta do pinheiro. Estas lagartas libertam milhares de pêlos contendo uma proteí-

na, a taumatopóina, que pode causar reacções alérgicas, de gravidade variável, no homem e animais e que habitualmente se manifestam clinicamente sob a forma de urticária, olho vermelho e edema periorbitário, e dificuldade respiratória. Em ambiente urbano, este insecto impõe uma vigilância constante e combate urgente e atempado, o que consiste numa série de medidas de controlo que impedem a sua proliferação. Estas medidas compreendem o impedimento da reprodução das lagartas (a efectuar entre Junho e Setembro); a utilização de insecticidas nos primeiros estádios de desenvolvimento das lagartas (a efectuar entre Setembro e meados de Novembro); a destruição de ninhos (a efectuar até finais de Dezembro); e a destruição das lagartas na altura das procissões (a efectuar de Janeiro a Abril, conforme as regiões do País e as condições do clima), e devem ser tomadas sempre que haja suspeita de lagarta de processionária. Nas escolas e outros locais onde estejam presentes crianças deverá impedir-se o seu acesso à zona das árvores atacadas, sobretudo na altura em que as lagartas descem da árvore. Numa situação em ambiente escolar que envolva uma ou mais crianças acometidas de reacção alérgica à processionária, o professor responsável deverá encaminhar os casos para os serviços de urgência e deverá ser ele a alertar a autoridade de saúde, de forma a que esta possa intervir no possível controlo das lagartas no local, o que dependerá da altura do ano em que a situação se verifique. Cabe ao médico assistente destes casos a avaliação e instituição da terapêutica adequada. Os sintomas são habitualmente transitórios e desaparecem em menos de 24 horas, embora reacções anafilácticas possam ocorrer. Convém sempre referir que as peças de roupa deverão ser lavadas a uma temperatura igual ou superior a 60º, uma vez que a taumatopóina só é desnaturada a partir des-

ta temperatura.

Não existe uma publicação que reúna as orientações relativas à actuação ideal a ter perante cada DDO,⁷ existindo apenas algumas orientações técnicas da DGS relativas a certas doenças infecciosas. Porém, e tal como referido anteriormente, cada caso de doença notificada é um caso, e deve ser tratado, na actividade que é a vigilância epidemiológica das doenças transmissíveis de declaração obrigatória, segundo o estado da arte, pelo médico de Saúde Pública.

Torna-se claro que a actuação dos serviços de saúde pública, no âmbito da prevenção e controlo das doenças transmissíveis, só é possível através do conhecimento do padrão epidemiológico destas doenças, o que apenas é exequível se delas tiver conhecimento na comunidade, pelo que se reveste de extrema importância a sua declaração. Só desta forma poderão os serviços de saúde pública agir em conformidade com as suas atribuições, salvaguardando a saúde da comunidade através de medidas que visam a prevenção da doença e a promoção da saúde de todos os cidadãos.

Resta salientar a importância, muitas vezes olvidada por ambas as partes, duma eficiente articulação entre os médicos de Medicina Geral e Familiar e os médicos de Saúde Pública que, e apesar da sua aparente proximidade no seio dos cuidados de saúde primários, se encontram muitas vezes afastados no que concerne às respectivas tarefas, complementares, a desempenhar no âmbito da vigilância epidemiológica das doenças transmissíveis, esquecendo também, dessa forma, o objectivo último, e comum, que é a saúde das populações.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Lei nº 2036, de 9 de Agosto de 1949,

da Presidência da República. «Diário do Governo - I Série», p. 559-60.

2. Erme MA, Quade TC. Epidemiologic surveillance. In: Breslow L, Goldstein B, Green LW, Keck CW, Last JM, McGuinnis M, editors. Encyclopedia of Public Health. USA: Macmillan Reference; 2002. Disponível em: URL: <http://health.enotes.com/public-health-encyclopedia/epidemiologic-surveillance> [acedido em 18/03/2007].

3. Decreto-Lei nº 286/99, de 27 de Julho. «Diário da República - 1ª série A», p. 4690.

4. Portaria nº 1071/98, de 31 de Dezembro. «Diário da República - 1ª série B», p. 7381.

5. Circular Informativa nº 7/DSIA, de 24 de Março de 1999. Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde.

6. Portaria nº 258/2005, de 16 de Março. «Diário da República - 1ª série B», p. 2343.

7. Pina A. Portal de Saúde Pública. Manual de controlo de doenças infecciosas - Actuação preventiva perante um caso clínico. [edição online] 1998. Disponível em: URL: <http://www.saudepublica.web.pt/04-PrevencaoDoenca/DTDOmanual/manual.htm> [acedido em 18/03/2007].

8. Norma de Serviço nº 11/86/DTP/IS, de 18 de Dezembro de 1986. Ministério da Saúde. Direcção-Geral dos Cuidados de

Saúde Primários.

9. Circular Normativa nº 3/DSIA, de 30 de Março de 1999. Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde.

10. Last J. A Dictionary of Epidemiology. 2nd ed. New York: Oxford University Press; 1988.

11. Decreto Regulamentar nº 3/95, de 27 de Janeiro. «Diário da República - 1ª série B», p. 500.

12. Sistema de Alerta e Resposta Apropriada. Divisão das doenças transmissíveis. Meningites - Normas de procedimento. 2ª ed. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde; 1999.

13. Circular Normativa nº 14/DT, de 9 de Outubro de 2001. Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde.

14. Circular Informativa nº 22/DT, de 9 de Outubro de 2001. Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde.

Endereço para correspondência:

UOSP de Braga

Largo 12 de Dezembro, 5

4705-259 Braga.

E-mail: freitasmario@gmail.com

ABSTRACT

The infectious communicable diseases have been considered in the Portuguese legislation since 1949. Legislation has always been clear in attributing health authorities the generic competence for epidemiologic surveillance. Such activities would be impossible without the collaboration of all the entities for the tasks defined for each surveillance system. The notification is the first measure to be taken and that sets up the procedures considered necessary to control the infection according to the state of the art. This epidemiologic control aims at breaking the chain of transmission of infection and always implies different interventions. In some cases, the measures of the health authority are an answer to a public health emergency.