



INSTITUTO NACIONAL DE SAÚDE

Dr. Ricardo Jorge

Médicos-Sentinela

Relatório de Actividades

22

O que se fez
em 2008



MÉDICOS-SENTINELA

O que se fez em 2008

22

Lisboa, 2010

FICHA TÉCNICA

Médicos–Sentinela. O que se fez em 2008. Departamento de Epidemiologia. Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge. Lisboa 2010. 112 pág.(Médicos-Sentinela 22).

Morbilidade/ Notificação/ Grupo Etário/ Incidência/ Síndrome Gripal/ Diabetes/ Acidente Vascular Cerebral/ Enfarte Agudo do Miocárdio/ Varicela/ Fractura do Colo de Fémur/ Prescrição de AINES/ Interrupção Voluntária de Gravidez/ Consulta Relacionada com Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica/ Consulta no Domicílio/ Acontecimentos IRIS.

Editor: Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge. Departamento de Epidemiologia (DEP).

Av. Padre Cruz 1649-016 Lisboa - Portugal

Correio electrónico: onsa@insa.min-saude.pt

Telefone: 217 526 404

Fax: 217 526 400

<http://www.insa.pt>

Tiragem: 750 exemplares

Impressão:

ISBN: 978-972-8643-33-1

Depósito legal:

Coordenador da Rede Médicos-Sentinela: Carlos Dias

AGRADECIMENTOS

Aos Médicos-Sentinela inscritos na Rede em 2008:

MÉDICOS PARTICIPANTES	CENTRO DE SAÚDE
Adão Nogueira	Braga
Adriano Borges Monteiro	Azambuja
Adriano de Oliveira Domingues	Águeda
Aldora Saraiva Neves Firmo	Soure
Álvaro Luís Portela Simões	Oliveira do Hospital
Alzira Figueiredo Barata	Norton de Matos
Alzira Florinda Alves Gomes	Rebordosa
Alzira Oliveira Braga Biscaia	Rio Tinto
Amadeu António Pinto Duarte	Lamego
Ana Isabel Franco	Cascais
Ana Maria Conceição Ernesto	Mealhada
Ana Maria Costa Fonseca Ferrão	Cascais
Ana Maria Ferreira	Celorico da Beira
Ana Maria Isidro Monsanto Pereira	Ourique
Ana Maria Meira Macedo Sardinha	Matosinhos

Ana Maria Morais Mateus	Matosinhos
Ana Maria Rodrigues Barros	Dr. Gorjão Henriques
Ana Maria Silva Azenha Pisco	Caldas da Rainha
Ana Paula Jesus Moreira	Barão corvo
Ana Paula Pires Granadeiro	Moita
André Rosa Biscaia	Cascais
Anne Tancrede	Aljezur
Antoni Jimenez Garcia	Odemira
António David Pinto Martinho	Fundão
António João Passão Lopes	Évora
António José Novais Tavares	Mação
António Martins Silva Caio	Fundão
Armando Brito de Sá	Benfica
Arminda Santos Moreira Pires	Senhora da Hora
Arquímínio Simões Eliseu	Évora
Ausenda Zaida Belo Martins	Ponte de Sôr
Camila Manuela Dias Pinto	Santa Maria da Feira
Camilo Monteiro Silva	Santa Maria da Feira
Carlos Manuel Príncipe Ceia	Coruche
Carlos Manuel Silva Martins	S. João
Cecília Garrido Teixeira	Torres Vedras
Cesarina Augusta Santos Silva	Ermesinde

Cristina Maria Silva Chilro	Castelo de Paiva
Cristina Maria Sousa Castela	Tarouca
Cristina Sousa Pereira Pinto	Leça da Palmeira
Dagoberto Marílio Monteiro Moura	Paranhos
Daniela Almeida Moreira	Viseu
Edite Maria Caldas da Silva	Leça da Palmeira
Elisa Maria Bento da Guia	Moimenta da Beira
Elsa Colaço Alcântara Melo	Évora
Emília Maria Teixeira	Leça da Palmeira
Felicidade Maria Malheiro	Paranhos
Fernando Augusto Severino Silva	Viseu
Fernando Ferreira	Arcozelo
Fernando José Santos Almeida	Arcozelo
Fernando Manuel Mesquita Oliveira	Santa Maria da Feira
Fernando Oliveira Rodrigues	Ponte de Sôr
Helena Maria Ferreira Oliveira	Oliveira de Azeméis
Isabel Maria Amaral Almeida Alves	Freixo
Isabel Serpa Branco	Évora
Isabel Taveira Pinto	Ponte de Sôr
Isabela Maria Nogueira dos Santos	Braga
Jaime Brito da Torre	Machico
Jaime Correia de Sousa	Matosinhos

Jesus Perez y Sanchez	Matosinhos
Joana Maria Rafael Pinto Santos	Senhora da hora
Joana Neto de Carvalho	Stº Condestável
João Adélio Trocado Moreira	Avis
João Alberto Alves Carvalho	Fundão
João António Martins Silva Rego	Fafe
João Horácio Soares Medeiros	Santa Marta de Penaguião
João Luís da Silva Pereira	Sacavém
João Manuel Almeida Diniz	Fafe
João Pedro Faria	Cascais
João Ricardo Santos Brito	Graça
João Vaz Ramires	Cascais
Joaquim Baptista da Fonseca	Santa Marta de Penaguião
Joaquim Manuel Ramalho Fitas	Montemor-o-Novo
Jorge Alberto Lorca Ramos	Évora
Jorge Manuel Pereira Cruz	Mirandela
Jorge Maria Silva Viana Sá	Redondo
José António Nunes de Sousa	Feira
José Armando Baptista Pereira	Paredes
José Augusto Rodrigues Simões	Góis
José Francisco Borrega Abreu	Montemor-o-Novo
José Manuel Mendes Nunes	Oeiras

Leonor Ramalho	Venda Nova
Lia Martins Ferreira Cardoso	Viseu
Licínio Laborinho Fialho	Nazaré
Luciara Paiva	Monchique
Luísa Maria Moreira Gomes	Barcelinhos
Madalena Reis Corbafo Araújo	Vila do Porto
Manuel Augusto Santos Coelho	Fundão
Manuel Francisco Godinho	Lagos
Manuel Luciano Correia Silva	Matosinhos
Manuel Veloso	Monchique
Margarida Conceição Reis Lima	Braga
Margarida Guimarães	Castro d'Aire
Margarida Maria Lobão Ferreira	Penalva do Castelo
Maria Alzira Reis Pereira	Chamusca
Maria Cristina de Mira Galvão	Serpa
Maria da Conceição Fraga Costa	Peso da Régua
Maria da Conceição Sousa Balsinha	Cascais
Maria da Graça Araújo Cardoso	Vila Nova de Famalicão
Maria da Luz Amorim	Rio Tinto
Maria de Fátima Gomes Domingos	Sobral de Monte Agraço
Maria de Fátima Nogueira Breia	Montemor-o-Novo
Maria de Fátima Simões Cruz	Stº Condestável

Maria de Lurdes Fernandes	Oeiras
Maria Elvira Pinto Costa Silva	Barão Corvo
Maria Emília Correia Barros	Espinho
Maria Filomena Mina Henriques	Stº António da Serra
Maria Filomena Prata Vieira	Paranhos
Maria Gabriela Sallé Sousa Brito	Lamego
Maria Gracinda Pereira Rodrigues	Ponte de Sôr
Maria Helena Sá Pereira Fernandes	Matosinhos
Maria José Ribas Castro	Matosinhos
Maria José Salgueiro Carmo	Vila Real de Stº António
Maria José Tovar	Águeda
Maria Josefina Marau Gonçalves	Sintra
Maria Luísa Mota Almeida	Barão do Corvo
Maria Luísa Rodrigues Romeiro	Oeiras
Maria Madalena Câmara Pestana	Ajudá
Maria Madalena Primo Cabral	Norton de Matos
Maria Manuel Ruela Silva Cunha	Aveiro
Maria Manuela Moreira Sucena Mira	Águeda
Maria Odete Semedo Oliveira	Mealhada
Maria Otília Graça Vidal	Águeda
Maria Prazeres Rodrigues Silva	Leça da Palmeira
Maria Raquel Fraga Castro	Matosinhos

Maria Rosário Martins	Évora
Maria Teresa Brandão	Olivais
Maria Teresa Castro Laranjeiro	Guimarães
Maria Teresa Ministro Esteves	Viseu
Maria Teresa Vieira Libório	Oeiras
Maria Vitória Altas Amaral	Évora
Marília Jardim Fernandes	S. Roque
Mário Alexandre Pereira Santos	Cascais
Mário Fernando Luz Silva	Chamusca
Marisa Fátima Lemos Carvalho	Santa Maria da Feira
Marta Oliveira Cardoso	Sintra
Miguel Alberto Cruz Melo	Braga
Natália Prego Cancelo	Vila Nova de Famalicão
Olga Ferreira Capela	Santa Maria da Feira
Olga Maria Correia Xavier Rocha	Parede
Pascale Charondiere	Cascais
Paula Sofia Martins Pisco Pereira	Senhora da Hora
Paulo Guilherme Lopes Ascensão	Castro Verde
Paulo José Mendes Goucha Jorge	Seixal
Rogério Aurélio Neves Costa	Évora
Rogério Ramiro Carvalho Sousa	Sabugal
Rosa Maria Antunes Quaresma	Gavião

Rui Afonso Ceradas	Arcozelo
Rui Artur Coutinho Silva Nogueira	Norton de Matos
Rui César Campos Castro	Santarém
Rui Manuel Taborda Gonçalves	Pinhel
Rui Pereira Alves Brás	Castelo de Vide
Sérgio António Sousa Vieira	Carvalhos
Teresa Alexandra Lima Ponte	São Roque do Pico
Teresa Laginha	Coração de Jesus
Tiago Santos Freitas Carneiro	Cascais
Valério Ireneu Santos Rodrigues	Faro
Valério Manuel Neto Capaz	Coruche
Vanda Marina Pires Monteiro	Vila Nova de Famalicão
Vera Gaspar da Costa	Sintra
Vítor Manuel Borges Ramos	Cascais
Vitor Manuel Ferreira	Monchique

Agradece-se, ainda a:

- Administrações Regionais e Sub-Regiões de Saúde;
- Associação Portuguesa dos Médicos de Clínica Geral;
- Equipa do DEP, pela revisão crítica.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	1
MATERIAL E MÉTODOS	5
Médicos-Sentinela em 2008	5
População sob observação	6
População máxima sob observação	7
Actualização da composição das listas	9
LIMITAÇÕES METODOLÓGICAS	15
Representatividade da população sob observação	15
Limitações específicas dos numeradores	15
Limitações de diagnóstico	16
Sub notificação de casos	17
Sobre notificação de casos	18
Limitações específicas dos denominadores	19
RESULTADOS	21
Síndrome gripal	23
Diabetes	35

Acidente Vascular Cerebral	39
Enfarte Agudo do Miocárdio	43
Varicela	47
Fractura do Colo do Fémur	51
Prescrição de AINES (anti-inflamatório não esteroides)	55
Interrupção Voluntária da Gravidez	65
Consulta relacionada com Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica	69
Consulta no Domicílio	81
Acontecimentos IRIS	87
ESTUDOS-SATÉLITE EM 2008	89
PARTICIPAÇÃO EM PROJECTOS NACIONAIS E INTERNACIONAIS	91
Sistema de vigilância integrada clínica e laboratorial da gripe	91
EISS – European Influenza Surveillance Scheme. www.eiss.org	92
Pilot case-control study measuring influenza vaccine effectiveness, in Portugal 2008-2009 (EUROEVA)	93
ESTUDOS-SATÉLITE REALIZADOS	95
PUBLICAÇÕES	101
ANEXO I	109

INTRODUÇÃO

A Rede Médicos-Sentinela (MS) é constituída por médicos de Clínica Geral/Medicina Familiar (CG) cuja actividade profissional é desenvolvida, na sua maioria, em Centros de Saúde do Serviço Nacional de Saúde, começando no entanto a tomar expressão a prática clínica estruturada em Unidades de Saúde Familiares. Com efeito no ano em análise identificaram-se 47 Médicos–Sentinela cuja prática se desenvolvia, dispersa por 22 Unidades de Saúde Familiar.

Os principais objectivos da actividade desta rede são:

- Fazer investigação clínica, epidemiológica e em Serviços de Saúde;
- Estimar as taxas de incidência anuais ou semanais de algumas doenças ou de situações com elas relacionadas que ocorrem na população inscrita nos Médicos-Sentinela;
- Fazer a vigilância epidemiológica de algumas doenças que ocorrem na comunidade, de forma a permitir a identificação precoce de eventuais “surto”;
- Constituir uma base de dados que possibilite, em qualquer momento, a análise epidemiológica aprofundada de doenças com interesse para a saúde pública.

A participação de Clínicos Gerais/Médicos de Família na Rede Médicos-Sentinela é voluntária e concretiza-se através da:

- Notificação contínua, semanal, dos novos casos de doença ocorridos nos utentes inscritos nas listas dos médicos participantes;

- Apresentação de propostas, realização de estudos-satélite e participação em estudos nacionais e internacionais.

A Rede deu os primeiros passos em finais da década de 80, no Distrito de Setúbal, e foi sendo progressivamente alargada a outros distritos, até abranger, em 1992, os 18 Distritos do Continente, em 1996, a Região Autónoma da Madeira e em 1997, a Região Autónoma dos Açores.

Constitui um objectivo fundamental para a coordenação da Rede dos Médicos-Sentinela aumentar o envolvimento dos médicos na actividade da mesma. Para tal, incentiva-se a apresentação de propostas para a realização de estudos-satélite.

Um dos marcos no desenvolvimento da rede é a reunião anual, onde se faz o balanço das actividades passadas e se projecta o futuro próximo.

Nestas reuniões:

- Apresentam-se os resultados preliminares da análise dos dados da notificação contínua e dos estudos satélites do ano anterior e ainda a descrição das outras actividades desenvolvidas no âmbito da rede;
- Os Médicos-Sentinela, ou outros interessados, propõem os novos temas para notificação contínua e novos estudos-satélite. Essas propostas têm sido discutidas em plenário e em grupos de trabalho criados com esse objectivo específico;
- Discutem-se aspectos relacionados com a utilização dos dados e com a estrutura e organização da rede.

É de salientar a abertura destas reuniões à participação externa de eventuais interessados. Assim, tem sido possível contar, frequentemente, com a presença e colaboração de médicos especialistas de várias instituições, bem como de colegas estrangeiros, nomeadamente os coordenadores das redes sentinela do Reino Unido e da Bélgica.

As características metodológicas, as potencialidades e fragilidades da informação obtida através da Rede Médicos-Sentinela constam do presente relatório, de modo a orientar a consulta e interpretação dos resultados.

A informação sobre a Rede Médicos-Sentinela encontra-se disponível na Internet, no endereço www.insa.pt

MATERIAL E MÉTODOS

Médicos-Sentinela em 2008

Em 2008, na globalidade, inscreveram-se na Rede 162 clínicos. A rede iniciou-se no ano em causa com 144 Médicos-Sentinela. Ao longo do ano concretizaram-se 18 novas adesões, não ocorreram desistências, saldou-se assim o ano com 162 Médicos-Sentinela no Continente Na Região Autónoma da Madeira colaboram três MS e na dos Açores, dois.

No quadro I descreve-se a distribuição geográfica dos médicos participantes e a sua evolução ao longo do ano.

Da análise do Quadro I ressalta o ganho efectivo de 18 adesões relativamente ao ano de 2007. Contudo, por vários condicionalismos, este aumento de Médicos-Sentinela, não teve expressão na dimensão da população em observação efectiva. Efectivamente, as expressões de interesse na inscrição na Rede, nem sempre se traduziram numa participação efectiva com casos notificados.

O nº máximo anual de notificações/médico foi de 312.

Quadro I - Número de médicos participantes, por Distrito e Região Autónoma, em Janeiro e em Dezembro de 2008

Distrito	01.01.08	31.12.08	Distrito	01.01.08	31.12.08
Aveiro	11	16	Lisboa	20	30
Beja	4	4	Portalegre	7	7
Braga	11	11	Porto	31	31
Bragança	1	1	Santarém	6	6
Castelo Branco	4	4	Setúbal	1	2
Coimbra	6	6	Viana do Castelo	1	1
Évora	12	12	Vila Real	3	3
Faro	7	7	Viseu	10	10
Guarda	3	3	R A Madeira	2	3
Leiria	3	3	R A Açores	1	2
			Total	144	162

População sob observação

Do ponto de vista metodológico torna-se fundamental definir o conceito de “população sob observação”. Identificam-se dois tipos de “população sob observação” (PSO), que se designam por “população *máxima* sob observação” (PMSO) e “população sob observação *efectiva*” (PSOE). Esta constitui o denominador para o cálculo das taxas de incidência.

População máxima sob observação

A população máxima sob observação (PMSO) obtém-se através do somatório de todos os utentes inscritos nas listas dos médicos participantes na Rede Médicos-Sentinela, independentemente do número de semanas em que estiveram activos. Note-se, que se consideram activos numa dada semana os médicos que, nessa semana, enviarem, pelo menos, uma notificação, ou declararem, expressamente, não terem casos a notificar.

A PMSO pode ser calculada para a totalidade da Rede ou, especificamente, para um distrito ou conjunto de distritos.

O seu cálculo é dado por:

(Fórmula 1)
$$PMSO = \sum_{m=1} N_m$$

Em que

N_m Representa o número de utentes inscritos em cada médico

$\sum_{m=1}$ Representa o somatório de todos os médicos

No final do ano de 2008, a **PMSO** atingiu 274 581 indivíduos, correspondendo a 2,6% da população residente, estimada para Portugal em 31-12-2008 (INE: 10 627 250).

No quadro II descreve-se a distribuição geográfica da PMSO por Distritos e Regiões Autónomas assim como a percentagem que representa na estimativa da população residente utilizada.

Quadro II - **População Máxima sob Observação (PMSO) e respectiva proporção na população residente (2008), por Distrito e Região Autónoma, em 31.12.08**

Distrito	PMSO	PMSO/PR %	Distrito	PMSO	PMSO/PR %
Aveiro	26314	3,6	Lisboa	52054	2,3
Beja	5986	3,9	Portalegre	13320	11,4
Braga	18859	10,7	Porto	53310	2,9
Bragança	1572	1,1	Santarém	9995	2,1
Castelo Branco	6388	3,2	Setúbal	3182	0,4
Coimbra	9620	7,1	Viana do Castelo	1625	0,6
Évora	20880	12,4	Vila Real	4984	2,3
Faro	11390	2,6	Viseu	16548	4,2
Guarda	4626	2,7	R A Madeira	4927	2,0
Leiria	5428	1,1	R A Açores	3573	1,4
Total			274581	2,6	

Fonte: estimativas da população residente do Instituto Nacional de Estatística

A PMSO é fundamentalmente usada para o cálculo de prevalências.

Uma vez que as listas de utentes sofrem alterações ao longo do tempo resultantes da entrada de novos médicos e da saída de outros, é necessário proceder à actualização da sua composição.

Actualização da composição das listas

A composição das listas de utentes sofre alterações frequentes pelo que se torna necessário proceder à sua actualização, no final de cada ano.

Por outro lado, é importante estimar a composição da lista a meio do ano em causa (30 de Junho), de forma a permitir alguns cálculos.

Em condições ideais, essa estimativa obtém-se pela média aritmética do número de utentes inscritos em 31 de Dezembro do ano em análise e do ano anterior.

Por exemplo, para o ano de 2008 e para cada médico, a estimativa da composição da respectiva lista, em 30 de Junho desse ano, é dada por:

(Fórmula 2)
$$N_{m30.06.07} = \frac{N_{31.12.07} + N_{31.12.08}}{2}$$

Em que:

$N_{m30.06.07}$ É a estimativa do número de indivíduos inscritos num médico, a meio do ano.

$N_{31.12.06}$ É o número de indivíduos inscritos em 31.12.07.

$N_{31.12.07}$ É o número de indivíduos inscritos em 31.12.08.

No entanto, a actualização da lista de alguns médicos é feita, por vezes, com atraso. Por isso, a estimativa da composição para o meio do ano não pode ser obtida pela média *simples* calculada pela fórmula 2, mas por uma média *ponderada* entre a última composição conhecida (N_{inic}) e a actualização (N_{final}).

No seu cálculo, os valores destas duas listas são afectados por um factor inversamente proporcional ao tempo que separa o dia 30 de Junho do ano em causa, das datas a que aquelas listas se referem.

Para melhor compreensão do processo de cálculo, utilizemos o seguinte exemplo:

Um médico-sentinela enviou, pela primeira vez, a composição da sua lista de utentes em Fevereiro de 2007 e procedeu à sua actualização em Março de 2009.

Consideremos o período de tempo compreendido entre aqueles dois meses:

	2007						2008						2009		
	2			6			1			6				1	3
Meses	2			6		12	13			18				25	27
	I									C					F

Sejam

- C** data de referência (30.06.08)
- I** mês a que a composição inicial da lista se refere
- F** mês a que a actualização da lista se refere

A estimativa da composição da lista em 30.06.08 será obtida pela média ponderada entre o valor da lista em **I** e o novo valor em **F**.

O factor de ponderação que afecta cada uma das listas é inversamente proporcional ao grau de afastamento temporal de I e F em relação a C medido em meses. Assim, quanto menor for esse afastamento, mais elevado será o factor de ponderação utilizado.

Os factores de ponderação (F) serão calculados por:

	no exemplo atrás citado:
para I $\Rightarrow F_I = (F-C)/(F-I)$	$F_I = (27-18)/(27-2)=9/25$
para F $\Rightarrow F_F = (C-I)/(F-I)$	$F_F = (18-2)/(27-2)=16/25$

A estimativa da composição da lista em 30.06.07, para um dado médico, será:

(Fórmula 3)
$$N_m = N_{inic}(F_I) + N_{final}(F_F)$$

Outro aspecto a considerar na definição de denominadores para o cálculo das taxas diz respeito ao número de médicos que não está em actividade, por motivos diversos (doença, férias, formação, etc.). Torna-se, pois, fundamental, criar um novo conceito de população em observação, a “população sob observação efectiva” (PSOE).

População sob observação efectiva

A população sob observação **efectiva** (PSOE) de cada período de tempo varia com o número de médicos que estão em actividade nesse período (semana, total do ano) e é sempre inferior à “população máxima sob observação”.

A PSOE de uma dada semana obtém-se pelo somatório das listas de utentes dos médicos *activos* nessa semana, isto é, que nesse período, enviaram, pelo menos, uma notificação, ou declararem, expressamente, não terem casos a notificar.

A PSOE de um dado ano é a média dos valores das PSOE das 52 semanas do ano.

Numa dada semana t , a população total sob observação **efectiva** é calculada por:

$$(Fórmula 4) \quad PSOE_t = \sum_{m=1}^M N_m I_{tm}$$

em que:

N_m é o número de utentes inscritos na lista do médico m .

I_{tm} é uma variável que toma o valor 1 se o médico m esteve activo na semana t e 0 caso contrário.

Para um dado *ano*, a população sob observação, utilizada como denominador das taxas de incidência, representa o valor médio das PSOE nas 52 semanas do ano, ou seja:

$$(Fórmula 5) \quad PSOE_{ano} = \sum_t PSOE_t / 52$$

A PSOE_{ano} referente ao ano de 2008, utilizada no cálculo das taxas de incidência anuais, consta do quadro III. Neste quadro é ainda apresentada a estrutura etária e distribuição por sexo da população inscrita nas listas dos médicos participantes. O cálculo das PSOE exige também que a composição das listas dos médicos seja actualizada periodicamente.

Quadro III - População sob observação efectiva, por sexo e idade, em 2008

Grupo Etário	Homens	Mulheres	H+M
0-4	1568	1440	3008
5-9	1690	1567	3257
10-14	1567	1549	3116
15-24	3577	3440	7017
25-34	4849	4921	9770
35-44	4506	4753	9259
45-54	4000	4370	8370
55-64	3337	3791	7128
65-74	2719	3479	6198
≥75	2291	3655	5946
Total	30104	32965	63069

Doenças e situações em estudo

Durante o ano de 2008, estiveram em estudo dez temas relacionados com saúde (Quadro IV). Foi mantida, ainda, a notificação de acontecimentos IRIS: Inesperados, Raros, Inéditos ou Surpreendentes.

Quadro IV – **Doenças ou situações em estudo, no ano de 2008**

Síndrome gripal
Diabetes
Acidente Vascular Cerebral
Enfarte Agudo do Miocárdio
Varicela
Fractura do Colo de Fémur
Prescrição de Anti-inflamatórios não Esteróides
Interrupção Voluntária da Gravidez
Consulta relacionada com Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica
Consulta no Domicílio

No Anexo I pode ser consultado o instrumento de notação utilizado para a recolha de dados.

LIMITAÇÕES METODOLÓGICAS

As limitações gerais dos dados e das estimativas geradas por Médicos-Sentinela estão associadas a 3 aspectos principais:

Representatividade da população sob observação

A amostra de médicos, assim como a população sob observação que lhe corresponde, não foi seleccionada aleatoriamente.

A decisão de optar por uma amostra de conveniência, constituída por médicos que participam voluntariamente, visou possibilitar uma elevada notificação de casos e promover uma boa qualidade geral da informação.

Certos grupos profissionais (funcionários públicos, empregados bancários, *etc.*) poderão estar sub representados, uma vez que, pertencendo a subsistemas de saúde, recorrerão menos aos centros de saúde.

A sub representação atinge, também, certamente, os estratos economicamente mais elevados.

Limitações específicas dos numeradores

Os numeradores estão, potencialmente, afectados por imprecisões de diagnóstico e deficiências ou erros que se traduzem em sub notificação ou em sobre notificação de casos.

Limitações de diagnóstico

Os erros e imprecisões do diagnóstico estão associados ao grau de certeza do diagnóstico e à uniformidade dos critérios utilizados:

- **Grau de certeza do diagnóstico**

Em Clínica Geral, muitos diagnósticos não podem, nem necessitam de ser confirmados. Os dados estão, pois, limitados por erro ou imprecisão dos diagnósticos. Essas limitações são, provavelmente, muito mais acentuadas nalgumas doenças (em regra, os casos de gripe não podem ser confirmados laboratorialmente) do que noutras (os acidentes vasculares cerebrais são, muitas vezes, diagnosticáveis facilmente, apenas com critérios clínicos). Não há forma, no âmbito de Médicos-Sentinela, de intervir sobre esta limitação.

- **Falta de uniformidade dos critérios de diagnóstico**

Os critérios de diagnóstico de cada doença variam, certamente, entre os médicos participantes, de acordo com a sua formação, a sua experiência profissional, etc. A uniformização desses critérios, apesar de desejável, só pode ser promovida de modo muito parcial, neste sistema. Utilizam-se, para isso, algumas variáveis auxiliares, específicas de cada doença (ver, por exemplo, síndrome gripal), que visam permitir diferentes formas de agregação dos sintomas. Não parece realista pretender uniformizar os critérios clínicos de diagnóstico correntemente utilizados por cada médico.

Sub notificação de casos

Parte dos casos verificados em utentes dos Médicos-Sentinela pode não ser identificada por eles, por causas várias, originando uma sub notificação que pode ser influenciada por factores muito distintos e com diferente susceptibilidade à correcção por meios específicos de Médicos-Sentinela:

- As alterações ocasionais da incidência de outra doença.

A variação das estimativas de incidência de uma dada doença pode ser apenas resultado da alteração da incidência de uma outra. Assim, por exemplo, a procura de cuidados por indivíduos com diarreia aguda pode diminuir, apenas, por saturação das consultas com casos de gripe.

- Períodos de inactividade do médico.

O médico-sentinela pode notificar casos que não diagnosticou pessoalmente mas que identificou *a posteriori*, através de informações adequadas. Apesar disso, a probabilidade de identificação de casos que ocorreram durante os seus períodos de inactividade está diminuída.

Os períodos de inactividade ocorrem regularmente, por férias, mas podem também ocorrer por doença ou formação curricular dos médicos.

Esta limitação pode ser corrigida, parcialmente, através de ajustamentos apropriados, feitos nos denominadores, na fase de análise dos dados.

Sobre notificação de casos

A sobre notificação de casos tem uma importância muito menor do que a sub notificação descrita atrás. No entanto, deve ser considerada em três circunstâncias, quando:

- Um médico notifica duas ou mais vezes o mesmo caso, por lapso.

O reconhecimento das situações em que houve notificação múltipla dum mesmo caso tem sido assegurado através da identificação de casos com igual “número de processo clínico”, “idade”, “sexo”, “escolaridade”, “situação profissional”, etc.

- Dois médicos-sentinela notificam o mesmo caso.

É uma eventualidade que pode ocorrer, se o mesmo utente estiver presente, simultaneamente, nas listas de dois médicos-sentinela e a sua doença/situação for identificada por ambos. Esta situação, que se supõe muito rara, não pode ser identificada no processamento.

- Um médico notifica casos ocorridos em utentes não pertencentes à sua lista.

Admite-se que este erro ocorra, mas a sua frequência não está estimada, pois não ele não é identificável no processamento.

Limitações específicas dos denominadores

As limitações dos denominadores estão especialmente associadas às modificações não identificadas da composição das listas ao longo do tempo.

Estas modificações ocorrem continuamente e exigem actualização periódica da população sob observação (idealmente, de ano a ano).

Admite-se que, apesar disso, haja imperfeições na identificação dos utentes que deixaram de estar ao cuidado de cada médico. De facto, mudanças de residência, falecimentos e outras alterações podem não ser adequadamente registadas.

Por outro lado, um certo número de utentes inscritos na lista de cada médico não o procura quando necessita de cuidados. Estes utentes, “inactivos” não estão, de facto, sob observação e deveriam ser retirados do denominador.

Assim, a população sob observação terá, provavelmente, tendência para ser progressivamente sobrestimada e as taxas de incidência subestimadas.

Por outro lado, comparações feitas mostraram que os indivíduos com 75 e mais anos estão ligeiramente sobre representados na amostra de PSOE; e que a PSOE não é representativa da população portuguesa em termos geográficos.



RESULTADOS

Os dados obtidos pela notificação contínua de cada uma das doenças e situações em estudo, em 2008, foram analisados e foram calculadas as taxas de incidência anuais, por sexo e grupo etário. Há, porém, uma exceção: a Síndrome Gripal, cuja vigilância epidemiológica semanal justifica a apresentação de taxas de incidência por semana.

Por outro lado, o estudo de algumas situações só se justifica em determinadas idades, pelo que nesses casos só foram calculadas as taxas para os segmentos da população mais susceptíveis.

Não se calcularam taxas das doenças ou situações em estudo quando a frequência absoluta nas classes das variáveis de desagregação foi de 5 ou menos casos.

É possível e desejável explorar, mais amplamente, os restantes dados colhidos sobre cada uma das doenças e situações, pelo que a totalidade dos dados foi posta à disposição dos médicos participantes e vários grupos estão envolvidos nessa tarefa. A divulgação dos resultados dessas análises será feita, para além da reunião anual da Rede, através de outras publicações.

Julga-se que, muitas das estimativas de incidência constantes deste relatório, poderão contribuir para o conhecimento da epidemiologia das doenças a que dizem respeito. Certamente que algumas serão mesmo as únicas estimativas de incidência, de base populacional, que se publicam em Portugal.

Resultados

É, contudo, recomendável que o leitor interprete os resultados à luz das suas limitações gerais, descritas no capítulo LIMITAÇÕES METODOLÓGICAS.

Síndrome gripal

Definição de conceitos

A vigilância da gripe implica a definição de alguns conceitos:

- **Caso de Síndrome Gripal** – Todo o caso diagnosticado pelo médico, com base nas manifestações clínicas, que apresentem 6 ou mais dos seguintes itens: início súbito (<12h); tosse; calafrios; febre; debilidade/prostração; mialgias/dores generalizadas; inflamação da mucosa nasal e faríngea, sem sinais respiratórios relevantes; contacto com doente com gripe.
- **Caso de Gripe** – Todo o caso notificado no qual tenha sido detectado vírus influenza em exsudado nasofaríngeo por cultura viral e/ou RT-nested PCR em multiplex.
- **Época de Gripe** – Definida como o período de tempo de aproximadamente 33 semanas que decorre entre o início de Outubro de um determinado ano (semana 40^a) e meados de Maio do ano seguinte (semana 20^a).
- **Linha de base e respectivo limite superior do intervalo de confiança a 95%** - Designada também por **área de actividade basal**, constitui o intervalo de valores da taxa de incidência correspondente a uma circulação esporádica de vírus *influenza*. Permite definir períodos epidémicos, comparar as epidemias anuais em função da sua intensidade e duração e determinar o impacto dessas epidemias na comunidade.

Até 2002-2003, foram utilizados, como referência para classificar a actividade gripal, os valores atingidos em 1989, em Portugal, durante uma epidemia de gripe, em que o pico máximo de incidência foi $390/10^5$ utentes. Desta forma, a actividade gripal era considerada *baixa* sempre que o valor mais elevado da taxa de incidência era inferior ou igual a $50/10^5$ utentes; *moderada* sempre que aquele valor era superior a 50 e inferior a $120/10^5$; e *alta* se superior ou igual a $120/10^5$ utentes.

A partir da época 2003-2004 foi calculada a **linha de base**, correspondendo às médias semanais das taxas de incidência inferiores a $50/10^5$, e o respectivo limite superior de confiança a 95%, quer para as taxas provisórias quer para as definitivas, com o objectivo de permitir a comparação entre os respectivos valores nas várias semanas e facilitar a interpretação dos resultados (Fig.1). Adoptado este parâmetro de referência para a actividade gripal, definiu-se, então, um critério classificativo da mesma que adiante se descreve.

- **Actividade gripal** – Definida pelo grau de intensidade da ocorrência da doença, medido pela estimativa semanal da taxa de incidência de síndrome gripal e do seu posicionamento relativo à área de actividade basal, e pelo nº de vírus circulantes detectados.

Assim:

Actividade gripal ausente - Definida por valores de taxa de incidência inferiores à linha de base e ausência de casos positivos para o vírus influenza;

Actividade gripal baixa/espórádica – Definida por valores de taxa de incidência situados na à área de actividade basal e com casos esporádicos (3 ou menos) positivos para vírus influenza;

Actividade gripal moderada – Definida por valores de taxa de incidência acima do limite superior do intervalo de confiança a 95% da linha de base até uma taxa da ordem dos $120/10^5$ utentes, associados à identificação de casos positivos (4 ou mais) para vírus influenza;

Actividade gripal elevada – Definida por valores de taxa de incidência acima $120/10^5$ utentes associados à identificação de casos positivos (4 ou mais) para vírus influenza;

Actividade gripal epidémica - Definida por valores de taxa de incidência acima da área basal, tendencialmente crescentes pelo menos durante 2 semanas, associados à identificação de casos positivos (4 ou mais) para vírus influenza.

Parâmetro de referência da actividade gripal: cálculo da linha de base e do respectivo limite superior do intervalo de confiança a 95%

Para o cálculo da linha de base e do respectivo limite superior do intervalo de confiança a 95% foram utilizadas as estimativas das taxas de incidência semanais no período compreendido entre as *épocas de gripe* 1990-1991 (90/91) e 2002-2003 (02/03).

Para excluir do cálculo as semanas com valores da taxa iguais ou superiores a $50/10^5$ foi utilizada a função indicatriz $I(t_{ik})$.

O método que a seguir se descreve foi utilizado, de forma idêntica, para as taxas provisórias e para as definitivas.

As semanas foram indexadas de 1 a 26, ($k=1,2, \dots,26$), indicando sequencialmente as semanas da época de gripe (à data, semana 40 de um ano à semana 13 do novo ano).

Definiu-se que:

t_{ik} é a estimativa da taxa de incidência, provisória ou definitiva, de gripe, obtida na época de gripe i ($i = 90/91, \dots, 02/03$), para a semana $k=1, 2, \dots, 26$.

Calculou-se, depois, para cada semana k , a média das taxas t_{ik} inferiores a 50×10^5 :

$$b_k^* = \sum_{i=90/91}^{02/03} \frac{t_{ik}}{N_k} I(t_{ik}) \quad \text{em que } k=1, \dots, 26$$

$$I(t_{ik}) = \begin{cases} 1 & \text{se } t_{ik} < 50 \times 10^5 \\ 0 & \text{se } t_{ik} \geq 50 \times 10^5 \end{cases}$$

em que:

$$N_k = \sum_{i=90/91}^{02/03} I(t_{ik})$$

Oteve-se, desta forma, uma série de valores b_1^*, \dots, b_{26}^* que corresponde à linha de base das taxas de incidência semanais da gripe, provisórias ou definitivas, para o período compreendido entre a 40ª semana e a 13ª semana da época de gripe em estudo.

A linha de base resultante é irregular. Com o objectivo de a “alisar” utilizou-se um modelo padrão para o respectivo comportamento ao longo destas semanas, ajustando o seguinte modelo polinomial cúbico:

$b_k^* = \beta_0 + \beta_1 k + \beta_2 k^2 + \beta_3 k^3 + \varepsilon_k$ em que $k=1, \dots, 26$ e ε_k é o erro aleatório

Resultaram daqui as seguintes estimativas:

1- Para as taxas provisórias

$$b_k^* = 8.87 + 0.52k + 0.1k^2 - 0.005k^3 + \varepsilon_k, \text{ sendo } R_{\text{ajustado}}^2 = 0.828$$

2- Para as taxas definitivas

$$b_k^* = 19.83 - 1.31k + 0.267k^2 - 0.0088k^3 + \varepsilon_k, \text{ sendo } R_{\text{ajustado}}^2 = 0.80$$

em que R_{ajustado}^2 é a proporção de variação das taxas explicada pelo modelo.

Passaremos então a designar a linha de base resultante da aplicação do modelo por b_k .

Temos, então, para as taxas provisórias:

$$b_k^* = 8.87 + 0.52k + 0.1k^2 - 0.005k^3, \text{ sendo } k=1, \dots, 26$$

e para as taxas definitivas:

$$b_k^* = 19.83 - 1.31k + 0.267k^2 - 0.0088k^3, \text{ sendo } k=1, \dots, 26$$

Obtivemos, assim, em cada uma das situações (taxas provisórias ou definitivas) uma nova série de valores, b_1^*, \dots, b_{26}^* correspondente às 26 semanas que vão da 40^a à 13^a semana da época de gripe em estudo.

A estimativa do limite superior do intervalo de confiança a 95%, para esta linha de base, foi obtida da seguinte forma:

$$b_{k\text{Sup}(95)} = b_k + 1.96 \times S \quad \text{em que } k=1,2,\dots,26$$

Em que: S é a estimativa do desvio-padrão das estimativas das taxas de incidência da gripe, inferiores a 50×10^5

$$S = \sqrt{\sum_{i=90/91}^{02/03} \sum_{k=33}^{14} \frac{(t_{ik} - \bar{t})^2}{K} I(t_{ik})}$$

em que

$$K = \sum_{k=33}^{14} K_i \quad \text{e} \quad \bar{t} = \sum_{i=90/91}^{02/03} \sum_{k=33}^{14} \frac{t_{ik}}{K} I(t_{ik})$$

As estimativas obtidas para o desvio-padrão foram:

Para as taxas provisórias: $S = 13$

Para as taxas definitivas: $S = 11.3$

Época de Gripe 2008-2009

Os resultados apresentados nos quadros V e VI e na figura 1 referem-se, sucessivamente, às estimativas provisórias das taxas de incidência brutas semanais, tal como foram calculadas ao longo das várias semanas, desde 1 de Outubro de 2008 até 31 de Maio de 2009, e às estimativas definitivas, referentes ao mesmo período de tempo, calculadas após todos os dados estarem disponíveis.

É de salientar que os valores mais elevados das taxas provisórias foram registados nas semanas 51, 52, de 2008 e semana 1, de 2009, respectivamente taxas de 113,4, 142,3 e 149,2/10⁵ utentes, enquanto relativamente às taxas definitivas foi na 1^a semana de 2009, que se estimou o valor mais alto (199,5/10⁵) (Quadro V e VI).

Quadro V - Estimativas provisórias das taxas de incidência brutas semanais (/10⁵) de Síndrome Gripal, em 2008-2009

Semana	Nº casos	Taxa	Semana	Nº casos	Taxa	Semana	Nº casos	Taxa
2008			2009					
40	4	12,4	01	69	140,2	14	1	1,7
41	7	16,1	02	67	78,2	15	2	3,1
42	6	15,3	03	54	65,5	16	2	3,6
43	3	7,4	04	42	50,9	17	1	1,6
44	5	10,9	05	23	31,5	18	3	5,8
45	11	24,2	06	21	22,4	19	4	6,8
46	12	28,3	07	10	12,6	20	4	6,4
47	5	15,1	08	7	9,7			
48	11	25,1	09	12	18,8			
49	15	45,3	10	5	7,4			
50	33	80,9	11	4	6,7			
51	44	113,4	12	5	8,2			
52	60	142,3	13	7	10,7			

Quadro VI - Estimativas definitivas das taxas de incidência brutas semanais (/10⁵) de Síndrome Gripal, em 2008-2009

Semana	Nº casos	Taxa	Semana	Nº casos	Taxa	Semana	Nº casos	Taxa
2008			2009					
40	7	12,3	01	129	199,5	14	3	4,0
41	8	14,1	02	103	95,5	15	2	2,6
42	7	13,3	03	83	68,4	16	4	5,3
43	5	9,7	04	54	46,8	17	5	5,8
44	8	13,8	05	35	34,8	18	7	9,7
45	13	23,4	06	34	28,7	19	6	8,1
46	18	34,5	07	15	15,1	20	5	6,4
47	13	27,1	08	14	14,5			
48	14	23,4	09	19	22,8			
49	19	41,3	10	8	9,4			
50	40	80,9	11	6	7,0			
51	75	133,1	12	10	12,1			
52	85	147,6	13	11	13,3			

Verificou-se que nesta época de 2008-2009, os valores das taxas provisórias e definitivas semanais mantiveram-se acima do limite superior do IC a 95% da área a que corresponde a actividade *basal*, respectivamente, entre as semanas 49 e 4, e as semanas 50 e 3 (Figura 1). Considerou-se, assim, durante a vigilância, um período de actividade gripal epidémica entre a semana 49 e 4, que, posteriormente, com toda a informação, se verificou ter ocorrido apenas durante seis semanas, entre a semana 50 e a semana 3.

Durante toda a época as curvas que representam as taxas de incidência provisórias e definitivas evoluíram de forma semelhante ao longo das semanas.

Relativamente ao contributo para o Sistema de Vigilância Integrada, Clínica e Laboratorial, da Gripe, nesta época, foram enviadas pelos Médicos-Sentinela, para o Centro Nacional da Gripe, 320 exsudados nasofaríngeos. Dos positivos foram isolados, na sua maioria, vírus Influenza A, do subtipo AH3.

MS	Total ZNF	Negativos	Inf. A (não subtipado)	AH1	AH3	Inf. B
	320	165	29	22	97	7

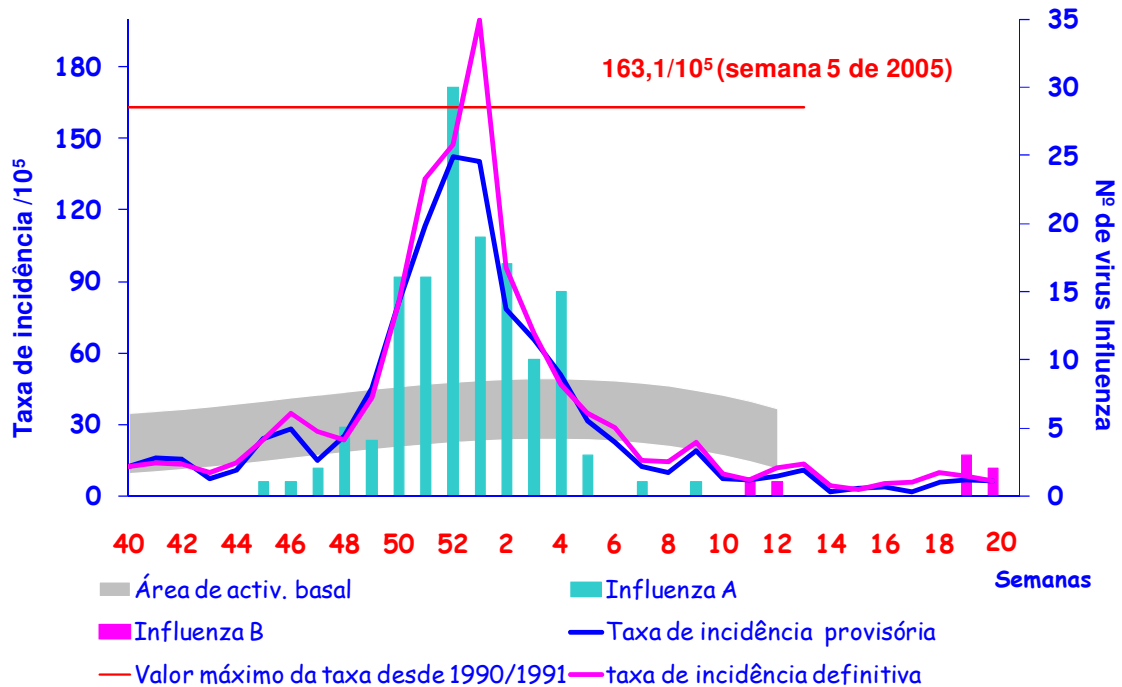


Fig.1-Taxas de incidência ($/10^5$) brutas, semanais, provisórias e definitivas, de síndroma gripal na época gripal de 2008-2009 e número de vírus Influenza identificados durante aquele período de tempo. A área de actividade basal foi definida pela linha de base e pelo limite superior do IC a 95%.

Diabetes

Durante o ano de 2008 foram notificados 367 novos casos de Diabetes *Mellitus*, sendo 193 do sexo masculino (52,6%) e 174 do sexo feminino (47,4%).

Na população utente de **25 e mais anos** obteve-se uma **taxa de incidência de 782,1 por 100000 utentes** deste grupo etário (Quadro VII).

Considerando o total da população inscrita, estimou-se uma **taxa de incidência de 581,9 por 100000 utentes**.

No sexo masculino a incidência da doença atingiu o valor máximo no grupo etário dos 65-74 anos ($1691,8/10^5$) enquanto no sexo feminino, o valor máximo foi atingido no grupo etário ≥ 75 anos ($1231,2/10^5$) (Quadro VII e Fig. 2).

Foram registados dois casos no grupo etário dos 15-24 anos, dois homens respectivamente, com 20 e 22 anos de idade.

Quadro VII – Estimativa das taxas de incidência anuais (/10⁵ utentes) de Diabetes, por sexo e grupo etário, em 2007

Grupos Etários	Homens		Mulheres		H+M	
	Nº casos	Taxa	Nº casos	Taxa	Nº casos	Taxa
0-4	*	-	*	-	*	-
5-9	*	-	*	-	*	-
10-14	*	-	*	-	*	-
15-24	2	**	*	-	2	**
25-34	6	123,7	1	**	7	71,6
35-44	19	421,7	8	168,3	27	291,6
45-54	44	1100,0	32	732,3	76	908,0
55-64	52	1558,3	46	1213,4	98	1374,9
65-74	46	1691,8	42	1207,2	88	1419,8
≥75	24	1047,6	45	1231,2	69	1160,4
Total	193	641,1	174	527,8	367	581,9
≥25	191	880,1	174	696,9	365	782,1

* Sem registo de casos

** N^o de casos inadequado ao cálculo das taxas

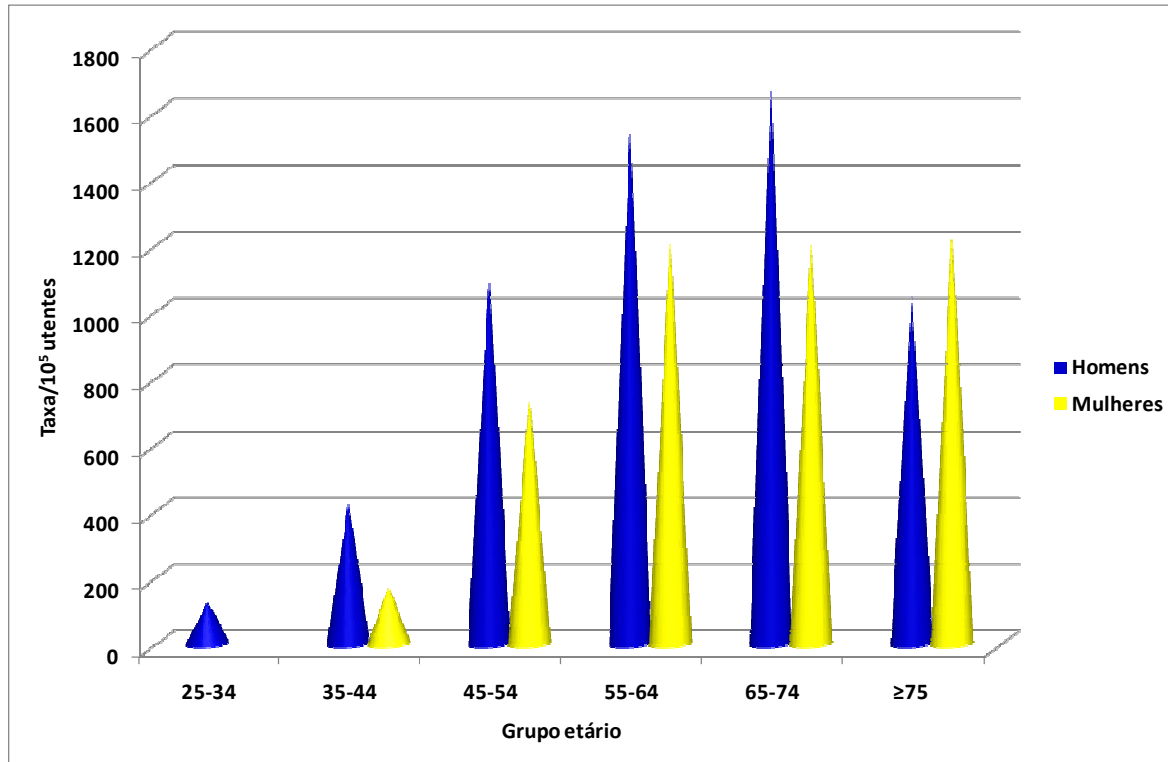


Fig. 2 – Taxas de incidência anuais de diabetes, por sexo e grupo etário, em 2008

Acidente Vascular Cerebral

Durante o ano de 2008 foram notificados 218 novos casos de Acidente Vascular Cerebral (AVC), tendo ocorrido 120 (55,0%) no sexo masculino e 98 (45,0%) no feminino. Foram notificadas duas ocorrências no grupo etário dos 35-44 anos de idades, uma mulher de 42 anos e um homem de 41 anos de idade.

Na população utente de **35 e mais anos** obteve-se uma **taxa de incidência de 590,8 por 100000 utentes** deste grupo etário (Quadro VIII).

Considerando o total da população inscrita, estimou-se uma **taxa de incidência de 345,7casos por 100000 utentes**.

Em ambos os sexos a taxa de incidência de AVC aumentou progressivamente em todos os grupos etários tendo atingido o seu valor máximo no grupo etário dos 75 e mais anos, respectivamente com 2357,0/10⁵ no sexo masculino e 1942,5/10⁵ no feminino (Quadro VIII e Fig. 3).

Dos casos reportados, foram registados 17 óbitos, 9 homens e 8 mulheres. O caso mais novo registado foi no indivíduo do sexo masculino de 62 anos de idade.

Quadro VIII – Estimativa das taxas de incidência anuais (/10⁵) de AVC, por sexo e grupo etário em 2008

Grupos Etários	Homens		Mulheres		H+M	
	Nº casos	Taxa	Nº casos	Taxa	Nº casos	Taxa
0-34	*	-	*	-	*	-
35-44	1	**	1	**	2	**
45-54	6	150,0	2	**	8	95,6
55-64	25	749,2	5	131,9	30	420,9
65-74	54	1250,5	19	546,1	53	855,1
≥75	55	2357,0	71	1942,5	125	2102,3
Total	120	398,6	98	297,3	218	345,7
≥35	120	712,0	98	488,8	218	590,8

* Sem registo de casos

** Nº de casos inadequado ao cálculo das taxas

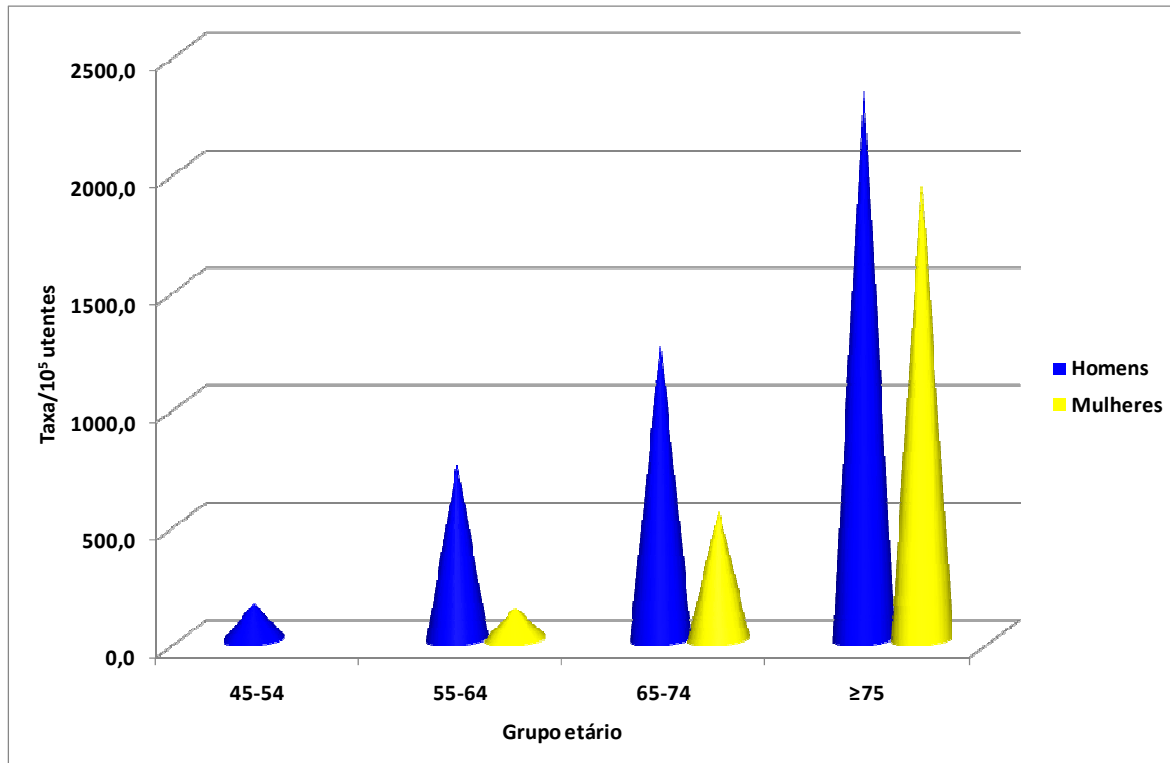


Fig. 3 – Taxas de incidência anuais de AVC, por sexo e grupo etário, em 2008



Enfarte Agudo do Miocárdio

Durante o ano de 2008 foram notificados 73 novos casos de enfarte agudo do miocárdio, tendo ocorrido 50 (68,5%) no sexo masculino e 23 (31,5%) no feminino.

Não foram notificados casos com menos de 45 anos de idade. Foi notificada apenas uma ocorrência do sexo feminino no grupo etário dos 45-54, precisamente numa doente de 47 anos de idade. Mas, também no grupo etário seguinte, apenas ocorreram dois casos do sexo feminino.

Na população de **45 e mais anos** obteve-se uma **taxa de incidência de 180,9 por 100000 utentes** deste grupo etário (Quadro IX).

Considerando o total da população inscrita, estimou-se uma **taxa de incidência de 115,7 casos por 100000 utentes**.

A taxa estimada para o sexo masculino atingiu o valor máximo no grupo etário dos 65-74 anos ($514,9/10^5$), enquanto nas mulheres esse valor foi registado no grupo etário 75 e + anos, com uma taxa de $301,0/10^5$ (Quadro IX e Fig. 4).

Em 13 casos, a ocorrência foi causa de morte, nomeadamente, verificaram-se 11 óbitos do sexo masculino e 2 do sexo feminino. Três dos óbitos do sexo masculino ocorreram em indivíduos do grupo etário dos 45-54 anos de idade.

Quadro IX – Estimativa das taxas de incidência anuais (/10⁵ utentes) de Enfarte Agudo do Miocárdio, por sexo e grupo etário em 2008

Grupos Etários	Homens		Mulheres		H+M	
	Nº casos	Taxa	Nº casos	Taxa	Nº casos	Taxa
0-24	*	-	*	-	*	-
25-34	*	-	*	-	*	-
35-44	*	-	*	-	*	-
45-54	9	225,0	1	**	10	119,5
55-64	17	509,4	2	**	19	266,6
65-74	14	514,9	9	258,7	23	371,1
≥75	10	436,5	11	301,0	21	353,2
Total	50	166,1	23	69,8	73	115,7
≥45	50	405,0	23	326,9	73	180,9

* Sem registo de casos

** Nº de casos inadequado ao cálculo das taxas

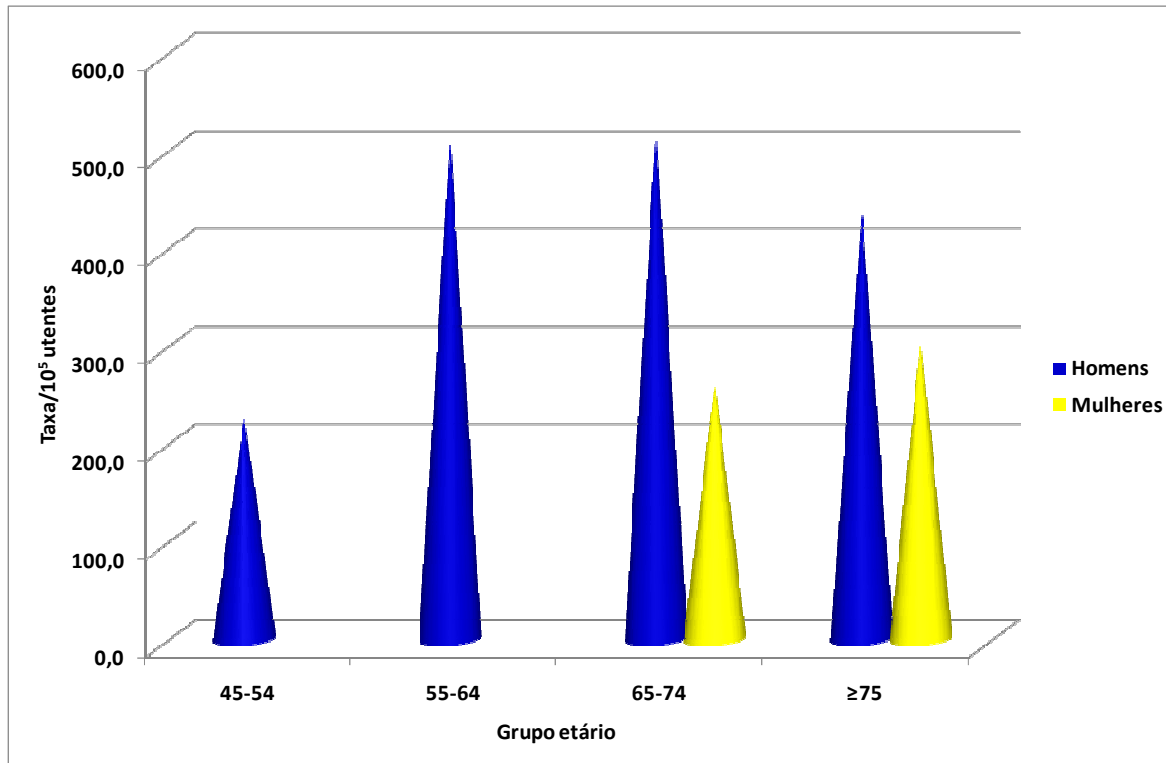


Fig. 4 – Taxas de incidência anuais de Enfarte Agudo do Miocárdio, por sexo e grupo etário, em 2008



Varicela

Durante o ano de 2008 foram notificados 251 casos de varicela, tendo ocorrido 123 (49,0%) no sexo masculino e 128 (51,0%) no feminino.

Na população dos **0-14 anos de idade** obteve-se uma **taxa de incidência de 2409,1 por 100000 utentes** deste grupo etário (Quadro X).

Considerando o total da população inscrita, estimou-se uma **taxa de incidência de 398,0 casos por 100000 utentes**.

No conjunto dos dois sexos o valor mais elevado da taxa registou-se no grupo etário 0-4 anos, nomeadamente, $4122,3/10^5$ (Quadro X e Fig. 5).

Observaram-se 4 casos no grupo de 45-54 anos, tendo sido um homem de 54 anos, o caso com mais idade registado.

Quadro X - Estimativa das taxas de incidência anuais (/10⁵ utentes) de Varicela, por sexo e grupo etário, em 2008

Grupo etário	Homens		Mulheres		Homens+Mulheres	
	Nº casos	Taxa	Nº casos	Taxa	Nº casos	Taxa
0-4	69	4400,5	55	3819,4	124	4122,3
5-9	34	2011,8	48	3063,2	82	2517,7
10-14	6	382,9	14	903,8	20	641,8
15-24	4	**	5	**	9	128,3
25-34	5	**	5	**	10	102,4
35-44	2	**	*	-	2	**
45-54	3	**	1	**	4	**
≥55	*	-	*	-	*	-
Total	123	408,6	128	388,3	251	398,0
0-14	109	2259,1	117	2568,0	226	2409,1

* Sem registo de casos

** Nº de casos inadequado ao cálculo das taxas

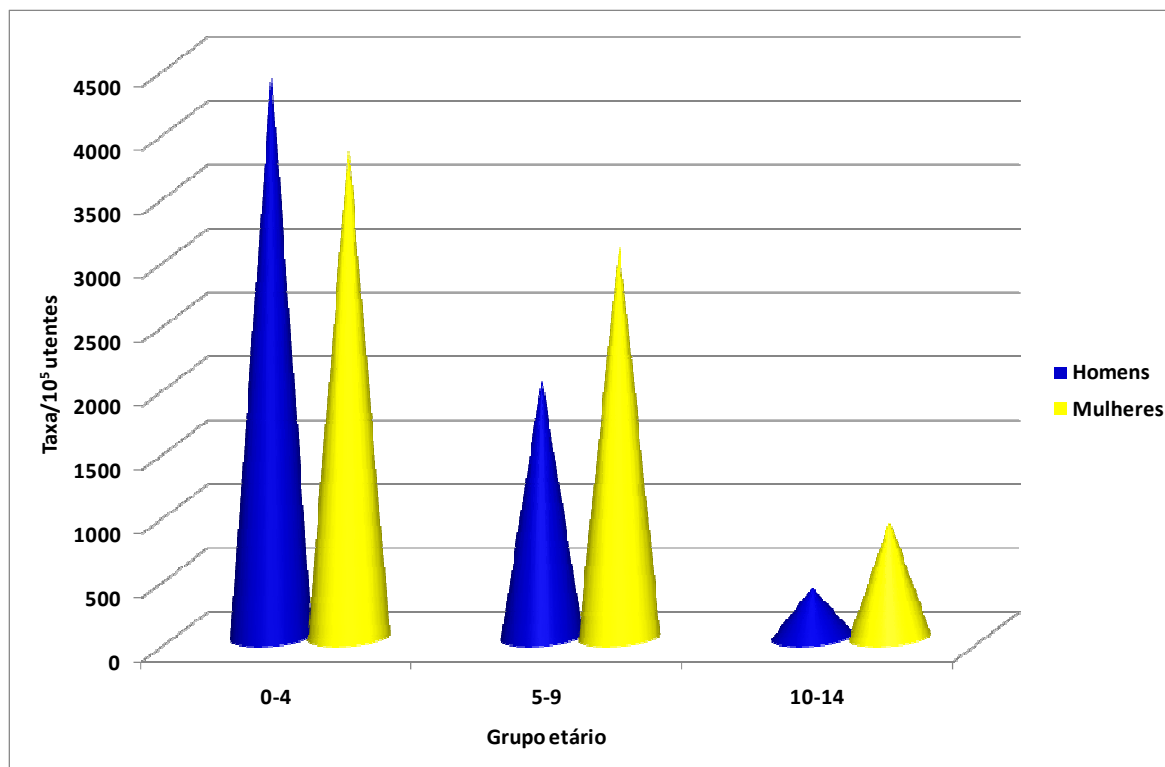


Fig. 5 - Taxas de incidência anuais de Varicela por sexo e grupo etário, em 2008



Fractura do Colo do Fémur

Durante o ano de 2008 foram notificados 60 novos casos de fractura do colo de fémur, tendo ocorrido 16 (26,7%) no sexo masculino e 44 (73,3%) no feminino.

Na população utente do **sexo feminino**, de **55 e mais anos de idade**, obteve-se uma **taxa de incidência de 393,6 por 100000 utentes** neste grupo etário e sexo (Quadro XI). No sexo masculino as taxas foram apreciavelmente mais baixas.

Considerando o total da população inscrita, estimou-se uma **taxa de incidência de 95,1 casos por 100000 utentes**.

Em ambos os sexos a taxa de incidência foi mais elevada no grupo etário 75 e mais anos, tendo sido de $523,8/10^5$ e $902,9/10^5$ respectivamente, para o sexo masculino e feminino (Quadro XI e Fig. 6).

Quadro XI - Estimativa das taxas de incidência anuais (/10⁵ utentes) de Fractura do Colo do Fémur, por sexo e grupo etário, em 2008

Grupo etário	Homens		Mulheres		Homens+Mulheres	
	Nº casos	Taxa/10 ⁵	Nº casos	Taxa/10 ⁵	Nº casos	Taxa/10 ⁵
0-34	*	-	*	-	*	-
35-44	*	-	1	**	1	**
45-54	*	-	*	-	*	-
55-64	2	**	1	**	3	**
65-74	2	**	9	258,7	11	177,5
≥75	12	523,8	33	902,9	45	756,8
Total	16	53,1	44	133,5	60	95,1
≥55		191,7	43	393,6	59	306,1

* Sem registo de casos

** Nº de casos inadequado ao cálculo das taxas

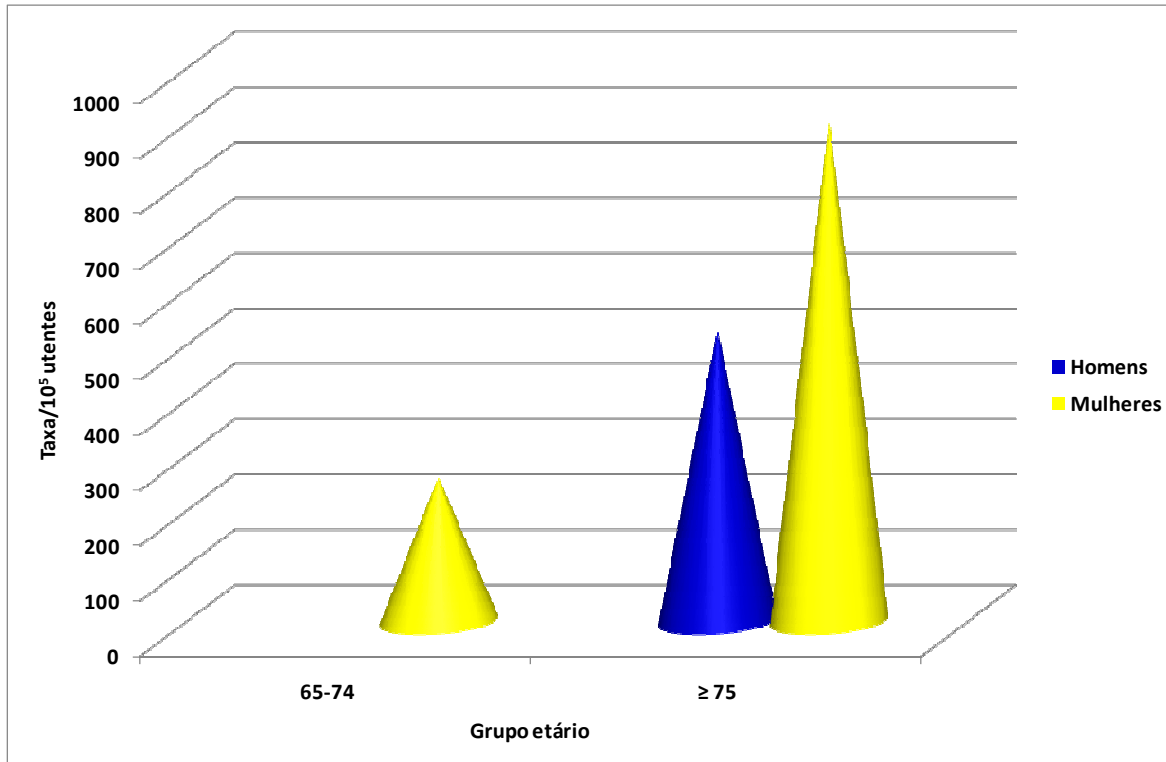


Fig. 6 - Taxas de incidência anuais de Fractura do Colo do Fémur, por sexo e grupo etário, em 2008



Prescrição de AINES (anti-inflamatório não esteroides)

Cada médico participante foi solicitado a notificar todos os AINES que prescreveu a indivíduos pertencentes à sua lista de utentes. Destes, eram elegíveis para notificação não só os AINES prescritos por iniciativa do próprio médico, mas também os que foram prescritos por solicitação de outro médico ou mesmo do próprio utente. Constituíram critério de exclusão, prescrições de AINES feitas para situações músculo-esqueléticas, ex. “osteo-artroses”, *etc.*)

Os AINES prescritos foram codificados de acordo com a Classificação Fármaco terapêutica

Para cada AINE prescrito foi notificada a doença, sintomatologia ou situação que motivou a prescrição, tendo sido determinada de acordo com o melhor conhecimento do médico à data da notificação. A doença ou motivo da prescrição indicado na notificação inicial não foi sujeito a confirmação posterior. Este parâmetro foi codificado de acordo com a International Classification of Primary Care – 2ª edição.

Na sua totalidade **foram prescritos 1221 AINES**, dos quais 444 no sexo masculino e 777 no sexo feminino (Fig. 7). A média de idades da prescrição foi de 38 anos de idade e a mediana situou-se nos 37 anos de idade. Na figura 8 descreve-se a distribuição percentual por grupo etário. O grupo etário dos 35-64 anos apresentou a maior percentagem de prescrição (38,9%). O grupo etário dos 0-14 apresentou uma percentagem de prescrição de 18,4%, ligeiramente superior à percentagem de prescrição no grupo dos 65 e mais anos (Fig. 8).

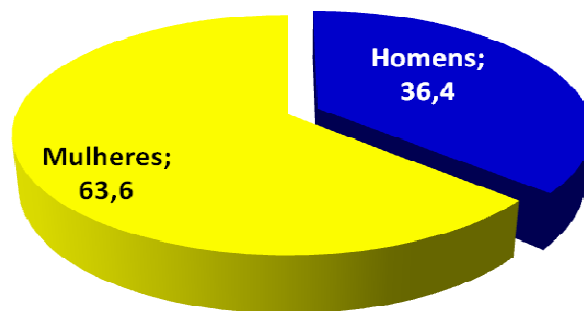


Fig. 7 – Distribuição percentual da prescrição de AINEs, por sexo, em 2008

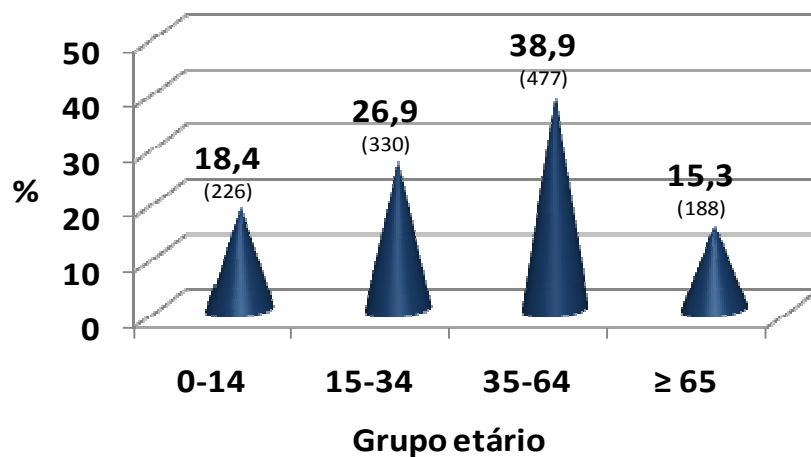


Fig. 8 – Distribuição percentual da prescrição de AINEs, por grupo etário, em 2008

A estimativa do nº de AINEs prescritos/100000 pessoas foi de 1936,0.

Constatou-se que foi no grupo dos 0-14 anos que esta estimativa teve maior expressão (2409,1/10⁵), assim como no sexo feminino (Quadro XII e Fig. 9).

Quadro XII - **Estimativa do número de prescrições anuais (/10⁵ utentes) de AINEs, por sexo e grupo etário, em 2008**

Grupo etário	Homens		Mulheres		Homens+Mulheres	
	Nº casos	Taxa/10 ⁵	Nº casos	Taxa/10 ⁵	Nº casos	Taxa/10 ⁵
0-14	104	2155,4	122	2677,8	226	2409,1
15-34	108	1281,7	222	2655,2	330	1965,8
35-64	160	1351,0	317	2454,7	477	1926,7
≥65	72	1437,1	116	1626,0	188	1548,1
Total	444	1474,9	777	2357,0	1221	1936,0

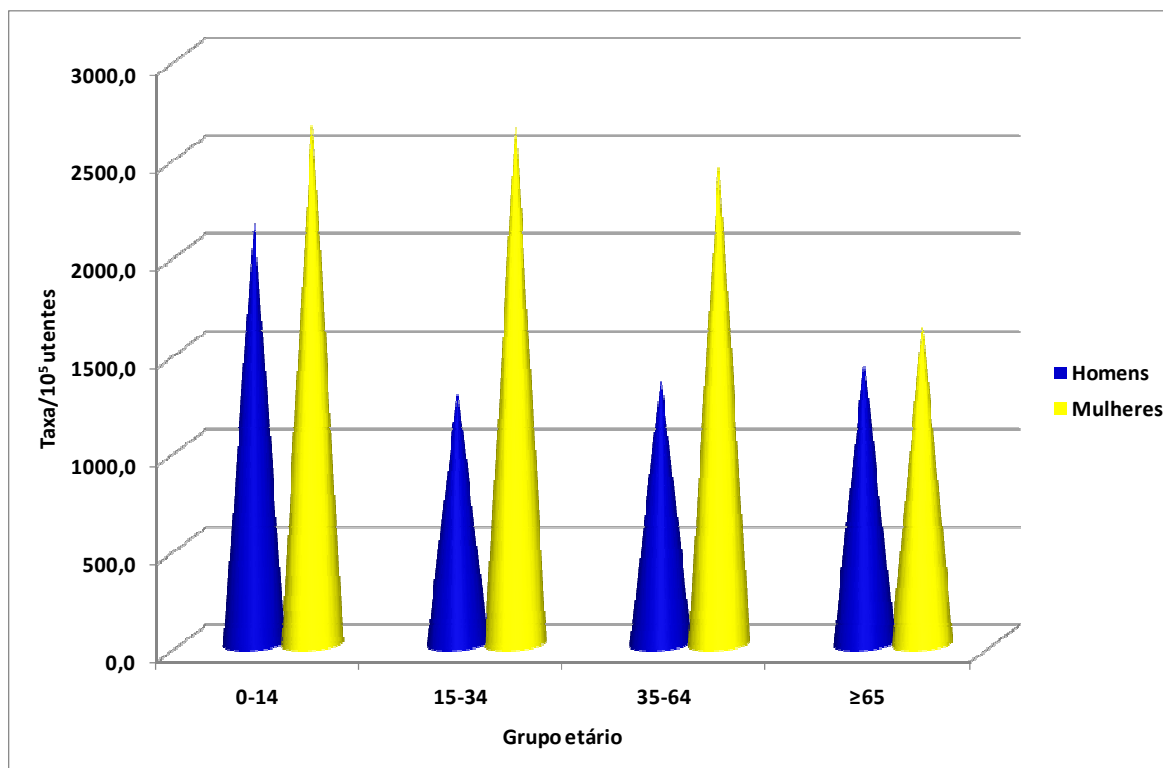


Fig. 9 - Estimativa do número de prescrições anuais (/10³ utentes) de AINEs, por sexo e grupo etário, em 2008

Mais de metade das prescrições disseram respeito a *Derivados do Ácido Propiônico* (62,8%), dos quais 92,0% correspondeu ao *Ibuprofeno*. O segundo grupo mais prescrito correspondeu ao dos *Derivados Sulfanilamídicos*, traduzido na prescrição de *Nimesulida* (Quadro XIII e Quadro XIV).

Quadro XIII – Percentagem de prescrições de AINEs, segundo a classificação Farmaco-terapêutica, em 2008

AINEs Classificação Fármaco-terapêutica	N^o prescrições	% (n=1221)
Derivados do Ácido Propiônico (<i>Ibuprofeno, Naproxeno, Dexibuprofeno, Fenbufeno</i>)	767	62,8
Derivados Sulfanilamídicos (<i>Nimesulida</i>)	304	24,9
Derivados do Ácido Acético e substâncias derivadas (<i>Aceclofenac, Diclofenac, Diclofenac+Misoprostol</i>)	118	9,7
Derivados do Indol e do Indeno (<i>Acemetacina, Etodolac, Indometacina, Proglumetacina</i>)	16	1,3
Oxicans (<i>Meloxicam, Lornoxicam, Piroxicam</i>)	11	0,9
Inibidores Selectivos da COX2 (<i>Celecoxib, Etoricoxib</i>)	5	0,4

Quadro XIV – Número de prescrições de AINEs, segundo o princípio activo, em 2008

Ordem	AINEs Princípio activo	Nº prescrições
1	Ibuprofeno	706
2	Nimesulida	304
3	Diclofenac	54
4	Aceclofenac	50
5	Naproxeno	31
6	Dexibuprofeno	28
7	Diclofenac+ Misoprostol	14
8	Etodolac	8
9	Meloxicam	6
10	Indometacina	5
11	Etoricoxib	3
11	Piroxicam	3
12	Acemetacina	2
12	Celocoxib	2
12	Fenbufeno	2
12	Lornoxicam	2
13	Proflumetacina	1

A análise dos aparelhos ou órgãos envolvidos nas situações de doença que levaram à prescrição de AINEs revelou que na sua maioria foram doenças do aparelho respiratório, representando 52,9% das prescrições (Quadro XV).

Quadro XV – Distribuição percentual de prescrições de AINEs, por aparelho ou órgão envolvido no episódio de doença, em 2008

Capítulos ICPC-2	Nº prescrições	% (n=1221)
Aparelho Respiratório	646	52,9
Pele	152	12,4
Aparelho Digestivo	115	9,4
Ouvidos	100	8,2
Geral e Inespecífico	59	4,8
Sistema Nervoso	44	3,6
Aparelho Genital Feminino (incluindo mama)	27	2,2
Endócrino, Metabólico e Nutricional	20	1,6
Aparelho Urinário	20	1,6
Aparelho Circulatório	16	1,3
Sangue, órgãos hematopoiéticos e linfático (baço, medula óssea)	11	0,9
Aparelho Genital Masculino	7	0,6
Olhos	4	0,3

A prescrição do AINE para o episódio de doença em causa correspondeu, na sua maioria (93,9%) a uma primeira prescrição (Quadro XVI).

Quadro XVI – Distribuição percentual de prescrições de AINES, por história terapêutica com AINES, no episódio de doença em causa, em 2008

	% (n=1219)
Primeira prescrição de AINES	93,9 (1146)
Renovação de receituário	4,9 (60)
Prescrição com alteração do AINES primeiramente receitado	0,7 (9)

n: nº de registos válidos
(): numerador da percentagem
0,5% sem informação

Cerca de dois terços da prescrição de AINES coube ao próprio médico (75,6%) (Quadro XVII).

Quadro XVII – Distribuição percentual de prescrições de AINEs, por iniciativa da prescrição, em 2008

	% (n=11217)
Próprio médico	75,6 (917)
De outro colega	23,1 (280)
De outra pessoa	1,3 (16)

n: nº de registos válidos
(): numerador da percentagem
0,7% sem informação



Interrupção Voluntária da Gravidez

Durante o ano de 2008 foram notificados 63 casos de Interrupção Voluntária de Gravidez (IVG).

Foi notificada uma ocorrência numa adolescente de 14 anos, o que correspondeu ao caso reportado com menor idade.

Estimou-se uma **taxa de incidência de 331,0 casos por 100000 utentes, na população feminina de 10-54 anos de idade.**

Na população utente <25 anos, obteve-se uma **taxa de incidência de 260,8/10⁵.**

A taxa de incidência mais elevada (494,2/10⁵) foi registada no grupo etário 15-24 anos, logo seguida na do grupo de mulheres com idades compreendidas entre os 25 e 34 anos de idade (Quadro XVIII e Fig. 10).

Das IVG notificadas, 50 efectuaram-se num hospital público, 4 num hospital privado, 5 num centro de saúde e 3 tiveram a intervenção de um profissional de saúde (médico ou enfermeiro) fora do hospital ou centro de saúde,

Cinco casos de IVG implicaram internamento hospitalar, todos com a interrupção realizada no hospital público.

Quadro XVIII – Distribuição percentual dos casos e estimativa da taxa de incidência anual (/10⁵utentes) de Interrupção Voluntária de Gravidez, por grupo etário, em 2008

Grupo etário	Nº IVG	%	Taxa /10⁵
10-14	1	1,6	**
15-24	17	27,0	494,2
25-34	24	38,1	487,7
35-44	20	31,7	420,8
45-54	1	1,6	**
Total (10-54)	63	100,0	331,0
<25	18	28,6	360,8

** N^o de casos inadequado ao cálculo das taxas

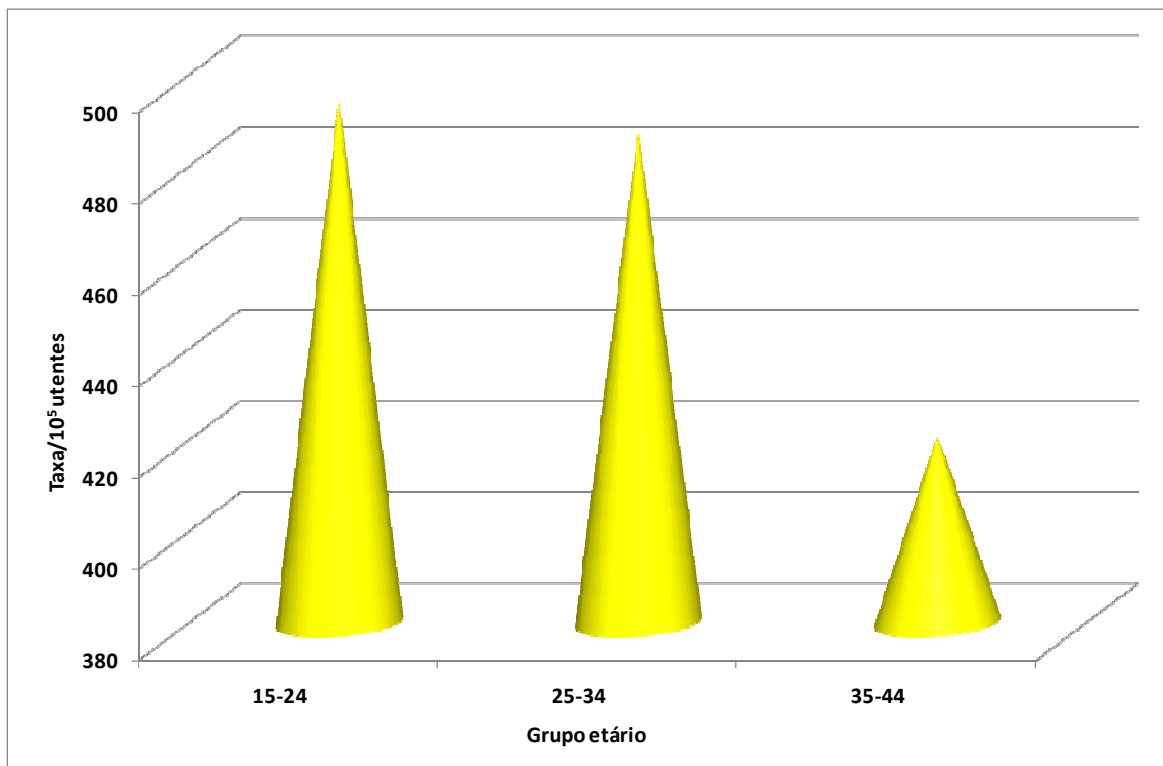


Fig. 10 - Taxas de incidência anuais de Interrupção Voluntária da Gravidez, por grupo etário, nas mulheres de 15-44 anos de idade, em 2008

Consulta relacionada com Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

Na notificação deste item classificaram-se os casos segundo o seguinte critério:

- *Casos novos*: foram considerados os novos diagnósticos de DPOC referidos pelos MS em 2008. Não foi perguntado ao médico qual o método utilizado para a confirmação do diagnóstico.
- *Casos conhecidos*: foram incluídos nesta categoria todos os casos de DPOC diagnosticados anteriormente.
- *Casos sem diagnóstico*: foram incluídos nesta categoria todos os casos em estudo, cujo diagnóstico não estava ainda confirmado, e também os pedidos de esclarecimento, de aconselhamento, de atestados, declarações, *etc.*, desde que tivessem motivado a consulta.

Durante o ano de 2008 foram notificadas 838 consultas relacionadas com Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC).

O motivo mais invocado para a realização das consultas foi a *renovação de medicação* (67,7%) logo seguido do *seguimento* (30,3%) (Quadro XIX).

Quadro XIX – Percentagem de consultas relacionadas com DPOC, segundo o motivo, em 2008

Motivo de consulta*	% (n=838)
Início de sintomas	2,7 (23)
Alteração do padrão dos sintomas	3,9 (33)
Exacerbação	14,6 (122)
Renovação de medicação	67,7 (567)
Consulta de seguimento	30,3 (254)
Outro (aconselhamento, esclarecimento, motivos administrativos)	3,5 (29)

*os motivos de consulta não são mutuamente exclusivos

n: n^o de registos válidos

(): numerador da percentagem

Estimou-se um **número de consultas anual relacionado com DPCO de 1328,7 consultas por 100000 utentes.**

Verificou-se que a estimativa do número de consultas/10⁵ utentes aumentou progressivamente até aos 75 e + anos onde atingiu o valor máximo de 6004,0/10⁵. Este padrão mantém-se quando se estimam as taxas para cada um dos sexos. Contudo, a partir dos 55 anos verificou-se um predomínio nítido de consultas no sexo masculino (Quadro XX e Fig. 11).

Em 833 notificações foi assinalada a classificação do *caso* relativamente ao diagnóstico. Assim, 43 consultas foram de casos novos (5,2%), 785 de casos conhecidos (94,2%) e 5 de casos sem diagnóstico (0,6%).

Quando se analisou a distribuição das diferentes consultas por grupo etário, verificou-se que foi a partir do grupo etário 25-34 anos que se registaram consultas a casos novos e que estas ocorreram, com maior frequência, nos homens de 65-74 anos de idade (39,5%) (Quadro XXI).

Com base no número de consultas de casos novos, estimou-se uma **taxa de incidência anual de Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica de 68,2 por 100000 utentes.**

A taxa estimada para o sexo masculino e feminino foi, respectivamente, de 89,7/10⁵ e de 48,5/10⁵, tendo atingido o valor máximo, respectivamente, no grupo etário dos 65-74 anos (homens: 478,1/10⁵) e no grupo dos ≥75 anos (mulheres: 191,5/10⁵) (Quadro XXII e Fig. 12).

Quadro XX – Estimativa do número anual de consultas (/10⁵utentes) relacionadas com DPCO, por sexo e grupo etário em 2008

Grupos Etários	Homens		Mulheres		H+M	
	Nº casos	Taxa	Nº casos	Taxa	Nº casos	Taxa
0-4	*	-	*	-	*	-
5-9	*	-	*	-	*	-
10-14		-	1	**	1	**
15-24	1	**		-	1	**
25-34	2	**	5	**	7	71,6
35-44	5	**	6	126,2	11	118,8
45-54	17	425,0	28	640,7	45	537,6
55-64	110	3296,4	39	1028,8	149	2090,3
65-74	185	6804,0	82	2357,0	267	4307,8
≥75	213	9297,3	144	3939,8	357	6004,0
Total	533	1770,5	305	925,2	838	1328,7

* Sem registo de casos

** Nº de casos inadequado ao cálculo das taxas

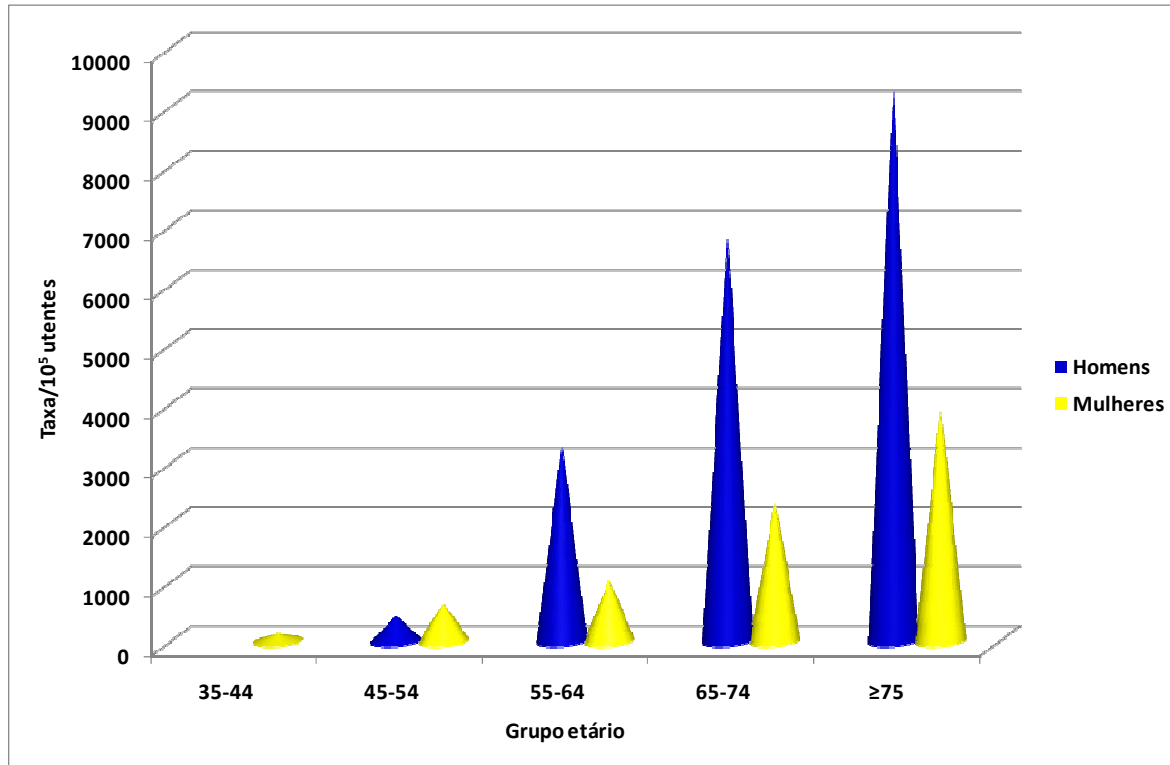


Fig. 11 – Estimativa do número anual de consultas relacionadas com DPCO, por sexo e grupo etário, em 2008

Quadro XXI - Distribuição percentual das consultas de casos novos, casos conhecidos e casos sem diagnóstico, relacionadas com DPOC e estimativa do número anual de casos novos (/10⁵) de DPOC, por grupo etário, em 2008

Grupo etário	Casos novos			Casos conhecidos		Casos sem diagnóstico	
	Nº	%	Consultas/10 ⁵	Nº	%	Nº	%
0-4	*	-	-	*	-	*	-
5-9	*	-	-	*	-	*	-
10-14	*	-	-	1	0,1	*	-
15-24	*	-	-	1	0,1	*	-
25-34	2	4,7	**	5	0,6	*	-
35-44	2	4,7	**	9	1,2	*	-
45-54	5	11,6	**	40	5,1	*	-
55-64	6	13,9	84,2	140	17,8	3	60,0
65-74	17	39,5	274,3	250	31,9	*	-
≥75	11	25,6	185,0	339	43,2	2	40,0
Total	43	100,0	68,2	785	100,0	5	100,0

* Sem registo de casos

** Nº de casos inadequado ao cálculo das taxas

Quadro XXII - Estimativa do número anual de consultas de casos novos (/10⁵utentes) relacionada com DPOC, por sexo e grupo etário, em 2008

Grupo etário	Homens		Mulheres		Homens+Mulheres	
	Nº casos	Taxa/10 ⁵	Nº casos	Taxa/10 ⁵	Nº casos	Taxa/10 ⁵
0-24	*	-	*	-	*	-
25-34	1	**	1	**	2	**
35-44		**	2	**	2	**
45-54	4	**	1	**	5	**
55-64	5	**	1	**	6	84,2
65-74	13	478,1	4	**	17	274,3
≥75	4	**	7	191,5	11	185,0
Total	27	89,7	16	48,5	43	68,2

* Sem registo de casos

** N° de casos inadequado ao cálculo das taxas

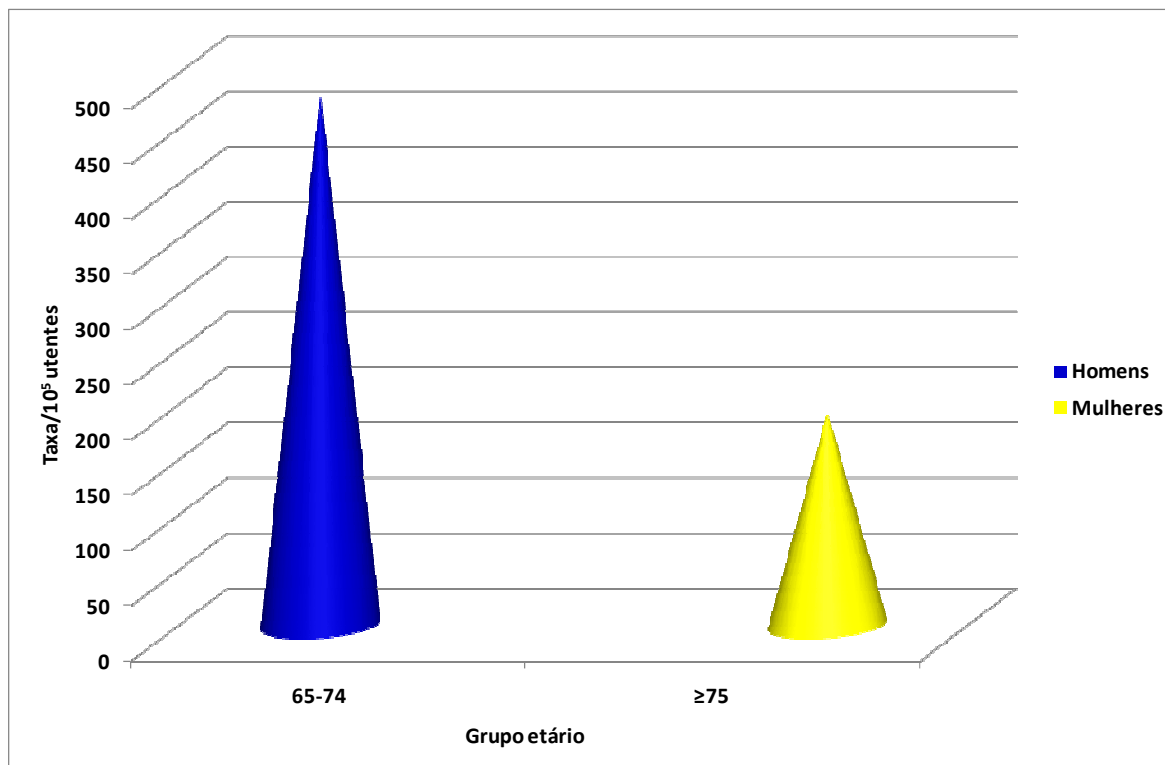


Fig. 12 - Taxas de incidência anuais (casos novos) de Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica, por sexo e grupo etário, em 2008

Das consultas realizadas em que o médico registou a decisão clínica, constatou-se que a maioria envolveu a prescrição medicamentosa (90,9%) (Quadro XXIII).

Quadro XXIII – Percentagem de consultas relacionadas com DPOC, segundo a decisão médica, em 2007

Decisão médica *	% (n=838)
Aconselhou/esclareceu o doente	21,6 (181)
Referenciou o utente	3,8 (32)
Medicou o utente	90,9 (762)

*: os tipos de decisão médica não são mutuamente exclusivos
n: nº de registos válidos
(): numerador da percentagem

Verificou-se, assim, que ocorreu prescrição medicamentosa em 90,9% das consultas. Em 2 consultas não houve registo do tipo de prescrição.

Da análise das 760 consultas com prescrição registada constatou-se que o esquema terapêutico mais utilizado foi o da monoterapia, correspondendo a 50 % das consultas (Quadro XXIV).

Quadro XXIV – **Esquema terapêutico utilizado nas consultas relacionadas com DPCO, em 2008**

Esquema terapêutico*	Nº de consultas	%
Monoterapia	376	49,5
Associações medicamentosas		
2 Medicamentos	210	27,6
3 Medicamentos	111	14,6
4 Medicamentos	50	6,6
5 Medicamentos	13	1,7

* Inclui oxigenoterapia

No Quadro XXV listam-se os medicamentos prescritos, de acordo com a classificação ATC, e analisa-se a proporção com que o foram relativamente ao total de prescrições (1395). Constatou-se pertencerem aos grupos dos anticolinérgicos (26,0%) e dos adrenérgicos (34,1%), ambos para inalação, os medicamentos mais prescritos.

Quadro XXV – Percentagem de prescrições relacionadas com DPOC, por tipo de medicamentos (classificação ATC) e oxigenoterapia, em 2008

Oxigenoterapia e Medicamentos (ATC)	Nº Prescrições*	% (n=1130)
Oxigénio	109	7,8
<i>Adrenérgicos para inalação (R03A)</i>		
Agonistas selectivos dos adrenoreceptores β (R03AC)	265	19,0
Adrenérgicos e outros medicamentos para doenças obstrutivas das vias aéreas (R03AK)	211	15,1
<i>Outros medicamentos para inalação nas doenças obstrutivas das vias aéreas (R03B)</i>		
Glucocorticóides (R03BA)	123	8,8
Anticolinérgicos (R03BB)	363	26,0
<i>Adrenérgicos para uso sistémico (R03C)</i>		
Agonistas selectivos dos adrenoreceptores β (R03CC)	15	1,1
<i>Outros medicamentos de uso sistémico nas doenças obstrutivas das vias aéreas (R03D)</i>		
Xantinas (R03DA)	171	12,3
Antagonista do receptor leucotrieno (R03DC)	26	1,9
Mucolíticos (R05CB)	65	4,7
<i>Vacinas (J07)</i>		
Vacina pneumocócica (J07AL)	3	0,2
Vacina da Influenza (J07BB)	18	1,3
Anti-histamínicos para uso sistémico (R06A)	4	0,3
<i>Corticosteróides para uso sistémico, simples (H02A)</i>		
Glucocorticóides (H02AB)	21	1,5

*Numa mesma consulta, pode ter ocorrido mais do que uma prescrição dentro da mesma categoria,



Consulta no Domicílio

Um utente do SNS tem direito a assistência médica no domicílio sempre que o seu médico de medicina geral e familiar determine essa necessidade. Com o envelhecimento da população poder-se-á especular sobre um aumento da procura deste tipo de cuidados.

Durante o ano de 2008 foi estudada a prática dos Médicos-Sentinela relativamente à realização de consultas domiciliárias.

Foram notificados 1862 consultas no domicílio, dos quais 615 (33,0%) do sexo masculino e 11247 (67,0%) no sexo feminino.

Estimou-se um **número de consultas domiciliárias anual de 2952,3 consultas por 100000 utentes.**

Para o conjunto dos dois sexos foi no grupo etário dos 75 e anos que se verificou o grande aumento de consultas domiciliárias, nomeadamente $24924,3/10^5$ (Quadro XXVI e Fig. 13).

Quadro XXVI – Estimativa do número de consultas domiciliárias (/10⁵), por sexo e grupo etário, em 2008

Grupo etário	Homens		Mulheres		Homens+Mulheres	
	Nº cons.	Consultas/10 ⁵	Nº cons.	Consultas/10 ⁵	Nº cons.	Consultas/10 ⁵
0-4	*	-	1	**	1	**
5-9	*	-	*	-	*	-
10-14	1	**	*	-	1	**
15-24	1	**	3	**	4	**
25-34	1	**	1	**	2	**
35-44	5	**	5	**	10	108,0
45-54	8	200,0	21	480,5	29	346,5
55-64	51	1528,3	26	685,8	77	1080,2
65-74	123	4523,7	133	3822,9	256	4130,4
≥75	425	18550,9	1057	28919,3	1482	24924,3
Total	615	2042,9	1247	3782,8	1862	2952,3

* Sem registo de casos

** N° de casos inadequado ao cálculo das taxas

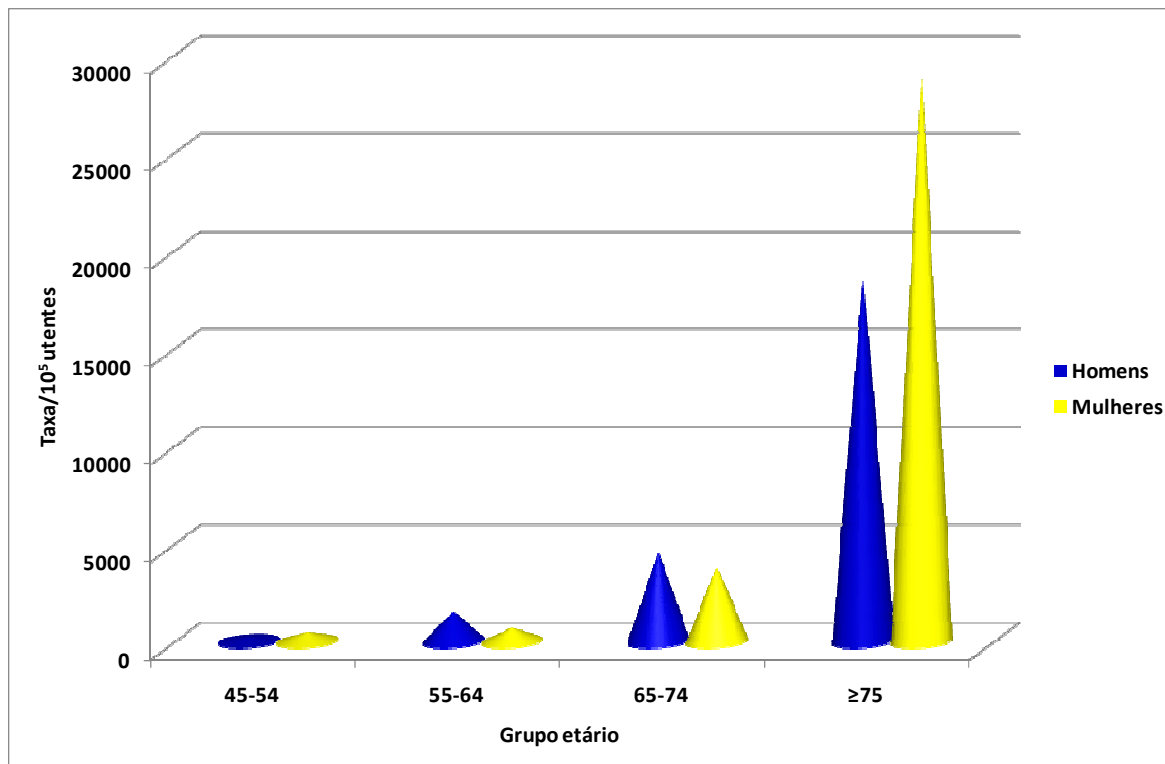


Fig. 13 – Estimativa do número anual de consultas no domicílio, por sexo e grupo etário, em 2008

Relativamente à iniciativa da consulta, foi familiar/cuidador (44,3%) logo seguido do médico (37,6%), que em maior percentagem desencadeou a consulta (Quadro XXVII).

Quadro XXVII – Percentagem de consultas domiciliárias segundo a iniciativa, em 2008

Iniciativa de consulta	% (n=1861)
Utente	14,0 (260)
Médico	37,6 (700)
Familiar/Cuidador	44,3 (824)
Enfermeiro	3,8 (71)
Outro	0,3 (6)

n: nº de registos válidos
(): numerador da percentagem

O motivo mais invocado para a realização da consulta domiciliária foi o da doença crónica (73,4%) (Quadro XXVIII).

Quadro XXVIII – Percentagem de consultas domiciliárias segundo o motivo de consulta, em 2008

Motivo de consulta	% (n=1862)
Doença aguda	34,8 (648)
Doença crónica	73,4 (1366)
Problema psicológico/psiquiátrico	6,9 (128)
Problema social	5,2 (96)
Problema laboral	0,1 (2)

*: Os motivos de consulta não são mutuamente exclusivos

n: Nº de registos válidos

(): Numerador da percentagem

Das notificações em que houve registo de informação relacionada com a referência (1841), retira-se que em 82 consultas domiciliárias (4,5%) o médico referenciou o doente.

No Quadro XXIX explicitam-se as especialidades de referência.

O serviço de urgência absorveu 37,8% das situações referenciadas. A segunda especialidade mais referenciada foi a Medicina Física e de Reabilitação (13,4%). Note-se que a categoria «Outras» traduz a pulverização de um reduzido número de doentes referenciados para um conjunto apreciável de especialidades, que na sua globalidade representam 31,7,4% dos casos referenciados.

Quadro XXIX - Distribuição das consultas domiciliárias em que houve lugar a referência por especialidade médico-cirúrgica, em 2008

Especialidade de referência	% (N=82)
Serviço de urgência	37,8 (31)
Medicina Física e de Reabilitação	13,4 (11)
Cirurgia Geral	11,0 (9)
Oftalmologia	6,1 (5)
Outras	31,7 (26)

n: Nº de registos válidos

(): Numerador da percentagem

Acontecimentos IRIS

Durante o ano de 2008, nenhum dos “Acontecimentos IRIS” (Inesperados, Raros, Inéditos ou Surpreendentes) notificados se configurou como um risco para a saúde pública, pelo que não serão descritos neste relatório.

ESTUDOS-SATÉLITE EM 2008

- **Perfil de prescrição dos inibidores da bomba de prótons na rede Médicos- Sentinela**

Objectivos: Caracterizar o perfil de prescrição dos IBP na rede MS.



PARTICIPAÇÃO EM PROJECTOS NACIONAIS E INTERNACIONAIS

Sistema de vigilância integrada clínica e laboratorial da gripe

Desde 1990 que a Rede Médicos-Sentinela está envolvida na vigilância epidemiológica, semanal, da gripe, em colaboração com o Centro Nacional da Gripe (até 1999, na Direcção Geral da Saúde e, a partir daí, no Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge).

Este programa, que se inicia no princípio de Setembro e termina em Maio do ano seguinte, integra uma componente clínica e uma componente laboratorial.

A vigilância clínica concretiza-se através da notificação dos novos casos de síndrome gripal, identificados segundo critérios exclusivamente clínicos, ocorridos nas listas de utentes dos médicos participantes. Os dados assim recolhidos permitem estimar as taxas de incidência de síndrome gripal, conforme descrito atrás. A vigilância clínica ocorre, semanalmente, durante todo o ano.

A vigilância laboratorial concretiza-se através da identificação dos vírus isolados ou detectados em amostras de sangue e/ou zaragatoas faríngeas recolhidas nos utentes identificados como tendo síndrome gripal. Decorre de Setembro a Maio do ano seguinte.

Semanalmente, à 5ª feira, é elaborado um Boletim de Vigilância Epidemiológica da Síndrome Gripal que pode ser consultado no site do Observatório Nacional de Saúde, no endereço www.onsa.pt.

Parte da informação, obtida através deste programa é enviada, semanalmente, para o programa *EISS - European Influenza Surveillance Scheme*, através do endereço www.eiss.org, de forma a permitir, juntamente com a informação enviada por mais de 20 países, a descrição da actividade gripal na Europa, e ainda, a identificação precoce de eventuais surtos de gripe nos países participantes.

EISS – European Influenza Surveillance Scheme. www.eiss.org

O EISS - European Influenza Surveillance Scheme é um programa que colige e disponibiliza os dados clínicos e virológicos sobre gripe, enviados por mais de 20 países europeus.

É, assim, possível trocar informação e descrever a actividade gripal na Europa e ainda dispor de um sistema de alerta que pode identificar precocemente surtos de gripe.

Trata-se da continuação do projecto ENS/CARE Telematics, que teve início em 1992, com a colaboração de alguns países, entre os quais Portugal.

No EISS, coordenado pelo NIVEL National Institute for Health Services Research, colaboram redes sentinela, laboratórios de referência de vários países e centros nacionais de vigilância de doenças transmissíveis de vários países.

Estão habitualmente disponíveis os dados dos seguintes países: Alemanha, Bélgica, Dinamarca, Eslováquia, Eslovénia, Espanha, França, Holanda, Irlanda, Itália, Noruega, Polónia, Portugal, Reino Unido, República Checa, Roménia, Suécia e Suíça.

Os dados provisórios da síndrome gripal, recolhidos através do programa de vigilância integrada clínica e laboratorial realizado no âmbito da rede Médicos-Sentinela são introduzidos, semanalmente, nos ecrãs do EISS, no site www.eiss.org.

Pilot case-control study measuring influenza vaccine effectiveness, in Portugal 2008-2009 (EUROEVA)

Estudo para o projecto “Monitoring Influenza vaccine effectiveness during influenza seasons and pandemics in the European Union”, conduzido em Portugal no âmbito de um protocolo celebrado entre EpiConcept SARL, Paris and Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, Lisboa, assinado em 6 de October 2008.

O estudo foi realizado com o objectivo de testar a adequação de um estudo de caso-controlo para medir a eficácia da vacina antigripal no Outono-Inverno 2008-2009, em indivíduos de 65 e mais anos de idade, utilizando vários grupos de controlo.



ESTUDOS-SATÉLITE REALIZADOS

1989

- **A SÍNDROMA GRIPAL EM 1989-1990**

Publicado em:

Pereira AM, Granadeiro AP, Páscoa FC *et al.* A síndrome gripal em 1989-1990. Médicos-Sentinela (1). Lisboa: Direcção Geral dos Cuidados de Saúde Primários, 1991.

Divisão de Epidemiologia - Direcção Geral dos Cuidados de Saúde Primários. Síndrome gripal em 1989-1990 – Resultados da vigilância epidemiológica nos Distritos de Setúbal, Beja e Évora. *Saúde em Números* 1990; 5 (2): 1-3.

- **UTILIZAÇÃO DE EXAMES LABORATORIAIS DE SANGUE, EM CLÍNICA GERAL**

Publicado em:

Moreira VV, Carvalho A, Reis C *et al.* Utilização de exames laboratoriais de sangue em Clínica Geral. *Revista Portuguesa de Clínica Geral* 1990;7(1):6-13.

1990

- **UTILIZAÇÃO DE EXAMES COMPLEMENTARES DE DIAGNÓSTICO, EM CLÍNICA GERAL**

Publicado em:

Miranda AM, Afonso CM, Ascensão PL *et al.* Requisição de exames complementares de diagnóstico em Clínica Geral - parte I: exames radiológicos e electrocardiogramas. *Revista Portuguesa de Clínica Geral* 1992;9(2):45-54.

Miranda A, Afonso CM, Ascensão PL *et al.* Requisição de exames complementares de diagnóstico em Clínica Geral - parte II: exames laboratoriais. *Revista Portuguesa de Clínica Geral* 1992;9(3):88-96.

1992

- **CONSULTAS DE CLÍNICA GERAL PARA PROCEDIMENTOS ADMINISTRATIVOS**

Publicado em:

Pisco A, Pisco L, Dias A *et al.* Consultas de Clínica Geral para procedimentos administrativos. *Saúde em Números* 1992;7(4):29-31.

- **INCIDÊNCIA DE DOENÇAS DE TRANSMISSÃO SEXUAL**

Publicado em:

Pereira F. Doenças transmitidas por via sexual - qual a sua incidência?. *Saúde em Números* 1992;7(5):36.

Pereira FC, Louro M, Inácio MR *et al.* Doenças transmitidas por via sexual. Uma estimativa de incidência. *Revista Portuguesa de Clínica Geral* 1994;11(3):170-175.

- **DOENÇA DE PARKINSON**

Publicado em:

Dias JAA, Felgueiras MM, Sanchez JP, Gonçalves JM, Falcão JM, Pimenta ZP. A prevalência da Doença de Parkinson em Portugal - Estimativas populacionais a partir de uma rede de Médicos Sentinela. Lisboa: Direcção Geral dos Cuidados de Saúde Primários; 1992.

1993

- **UTILIZAÇÃO DE EXAMES DE IMAGIOLOGIA EM CLÍNICA GERAL** (não publicado)

- **REGISTO COMUNITÁRIO / HOSPITALAR DE AVC E AIT**

Publicado em:

Ferro JM, Falcão I, Rodrigues G *et al.* Diagnosis of Transient Ischemic Attack by the Nonneurologist - A validation study. *Stroke* 1996;27(12):2225-2229.

- **EPIDEMIOLOGIA DA DIABETES - PREVALÊNCIA E INCIDÊNCIA DAS SUAS COMPLICAÇÕES NUMA COORTE DE DIABÉTICOS PORTUGUESES - I fase**

Publicado em:

Divisão de Epidemiologia e Bioestatística da Direcção Geral da Saúde. Epidemiologia da diabetes: prevalência e incidência das suas complicações numa coorte de diabéticos portugueses: fase I - estudo transversal 1993. Médicos-Sentinela (5). Lisboa: Direcção Geral da Saúde, 1994.

Dias CM, Nogueira P, Rosa AV *et al.* Colesterol total e colesterol das lipoproteínas de alta densidade em doentes com DMNID. *Acta Médica Portuguesa* 1995;8:619-628.

Dias CM, Nogueira P, Sá JV *et al.* Trigliceridémia em doentes com Diabetes Mellitus não insulino-dependente. *Arquivos de Medicina* 1996;10 Supl 4:23-26.

Falcão JM, Gouveia MF, Rosa AV, Sá JV, Valente MF. Epidemiologia da diabetes: Parte I – Prevalência da doença e de alguns factores de risco numa coorte de diabéticos portugueses, 1993. *Revista Portuguesa de Clínica Geral* 1996; 13: 213-28.

Falcão JM, Gouveia MF, Rosa AV, Sá JV, Valente MF. Epidemiologia da diabetes: Parte II – Parâmetros bioquímicos, consumo de tabaco e de álcool e prevalência de “complicações” numa coorte de diabéticos portugueses, 1993. *Revista Portuguesa de Clínica Geral* 1996; 13: 268-82.

- **PREVALÊNCIA DE POSITIVIDADE PARA VIH** (não publicado)

- **PREVALÊNCIA DA PERSISTÊNCIA DE AGHBS** (não publicado)

- **PREVALÊNCIA DA EPILEPSIA**

Publicado em:

Monsanto A, Dias JA, Sanchez JP, Simões AJ, Felgueiras MM, Sousa R. Prevalência de Epilepsia em Portugal. Estimativa populacional e perfis terapêuticos a partir da rede Médicos-Sentinela, 1993. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde, 1997.

1994

● **CONSULTAS EM QUE O TEMA HIV/SIDA FOI ABORDADO EM CLÍNICA GERAL**

Publicado em:

Falcão IM, Lima G, Dias JA. A clínica geral e o tema HIV/SIDA. *Saúde em Números* 1997;12(2):9-12.

● **REGISTO COMUNITÁRIO/HOSPITALAR DE AVC E AIT (conclusão do estudo)**

Publicado em:

Ferro JM, Falcão I, Rodrigues G *et al.* Diagnosis of Transient Ischemic Attack by the Nonneurologist - A validation study. *Stroke* 1996; 27(12):2225-2229.

Rodrigues G, Falcão I, Ferro JM. Diagnóstico de acidente isquémico transitório por clínicos gerais: validação na rede Médicos - Sentinela. *Revista Portuguesa de Clínica Geral* 1997;14:368-375.

● **EPIDEMIOLOGIA DA DIABETES - PREVALÊNCIA E INCIDÊNCIA DAS SUAS COMPLICAÇÕES NUMA COORTE DE DIABÉTICOS PORTUGUESES - II fase**

● **PREVALÊNCIA DE PATOLOGIA DA TIRÓIDE (não publicado)**

● **PREVALÊNCIA DE NEOPLASIA MALIGNA DA MAMA FEMININA**

Publicado em:

Falcão IM. Tumor Maligno da Mama Feminina: Quantos casos conhecemos? - Estimativa de prevalência na população inscrita em Médicos-Sentinela. *Saúde em Números* 1995;10 (2):13-15.

● **PREVALÊNCIA DA TOXICODEPENDÊNCIA (não publicado)**

1995

● **Prevalência de menopausa cirúrgica - I FASE**

Publicado em:

Catarino J, Falcão IM, Dias JA. Menopausa Cirúrgica em Utentes de Centros de Saúde: Avaliação da eficácia da terapêutica substitutiva com estrogénios. *Saúde em Números* 1996;11(4):25-29.

● **PREVALÊNCIA DA HIPERTROFIA BENIGNA DA PRÓSTATA (não publicado)**

● **EPIDEMIOLOGIA DA DIABETES - PREVALÊNCIA E INCIDÊNCIA DAS SUAS COMPLICAÇÕES NUMA COORTE DE DIABÉTICOS PORTUGUESES - II fase**

1996

● **PREVALÊNCIA DE MENOPAUSA CIRÚRGICA - II fase (não publicado)**

● **EPIDEMIOLOGIA DA DIABETES - PREVALÊNCIA E INCIDÊNCIA DAS SUAS COMPLICAÇÕES NUMA COORTE DE DIABÉTICOS PORTUGUESES - II fase (continuação)**

● **PREVALÊNCIA DO ABUSO CRÓNICO DO ÁLCOOL (não publicado)**

- **PREVALÊNCIA DE BRONQUITE CRÔNICA E ASMA** (não publicado)
- **ESTUDO DAS RAZÕES DETERMINANTES DE INTERRUPTÃO VOLUNTÁRIA DA GRAVIDEZ** (não publicado).
Alguns resultados deste estudo podem ser consultados no endereço: www.onsa.pt, em Fontes de informação/Médicos-Sentinela.

1997

- **TENTATIVA DE SUICÍDIO** (não publicado)
Alguns resultados deste estudo podem ser consultados no endereço: www.onsa.pt, em Fontes de informação/Médicos-Sentinela.
- **MORBILIDADE DOS AVC** (não publicado)
Alguns resultados deste estudo podem ser consultados no endereço: www.onsa.pt, em Fontes de informação/Médicos-Sentinela.

1998

- **CONTACTOS NÃO PROGRAMADOS - CARACTERIZAÇÃO DA PROCURA DO MÉDICO DE FAMÍLIA** (não publicado)
- **PERFIL TERAPÊUTICO DA HIPERTENSÃO EM CLÍNICA GERAL**
Publicado em:
Ana Paula Martins *et al.* Perfil terapêutico da Hipertensão na Rede Médicos-Sentinela. *Rev Port Clin Geral* 2001; 17:359-372

1999

- **ALEITAMENTO MATERNO** (não publicado)
Alguma informação sobre os resultados deste estudo pode ser consultada no endereço: www.onsa.pt, em Fontes de informação/Médicos-Sentinela.
- **INCONTINÊNCIA URINÁRIA** (não publicado)
- **ETIOLOGIA DAS DIARREIAS AGUDAS** (não publicado)

2000

- **ETIOLOGIA DAS DIARREIAS AGUDAS** (continuação do estudo) (não publicado)
- **CASOS DE VARICELA QUE NÃO CHEGAM AO CONHECIMENTO DO MÉDICO DE FAMÍLIA**
Publicado em:
Fleming DM Schellevis SG, Falcao IM, Alonso TV, Padilla ML. The incidence of chickenpox in the community. Lessons for disease surveillance in sentinel practice networks. *European Journal of Epidemiology* 2002; 17:1023-1027.

2001

- **ESTUDO SOBRE A PERCENTAGEM DE INDIVÍDUOS COM HEPATITE B QUE SE TORNARAM PORTADORES CRÔNICOS DE ANTIGÊNIO Hbs** (não publicado)

2002

- **COMPLICAÇÕES E CUSTOS SOCIAIS DA VARICELA** (não publicado)
- **REGIMES TERAPÊUTICOS PARA A ÚLCERA PÉPTICA E O *Helicobacter pylori***
Publicado em:
Ana Paula Martins *et al.* Regimes terapêuticos para a úlcera péptica e o *helicobacter pylori* nos utentes da Rede Médicos-Sentinela. *Rev Port Clin Geral* 2005; 21:431-44.

2003

- **PRECISÃO DO DIAGNÓSTICO DOS NOVOS CASOS DE ASMA NOTIFICADOS PELOS MÉDICOS-SENTINELA DE 2000 A 2005** (não publicado)
- **Fibrilhação auricular e risco de tromboembolismo**
Publicado em:
Paulo Ascensão. Fibrilhação auricular e prevenção do tromboembolismo - estudo numa população de utentes de centros de saúde. *Rev Port Clin Geral* 2006; 22:13-24.
- **DIAGNÓSTICO DA FEBRE ESCARO-NODULAR E DE OUTRAS *Rickettsioses*** (não publicado)

2005

- **PREVALÊNCIA DA DIABETES E INCIDÊNCIA DAS RESPECTIVAS COMPLICAÇÕES NUMA COORTE DE DIABÉTICOS PORTUGUESES**

- **DIAGNÓSTICO DA FEBRE ESCARO–NODULAR E DE OUTRAS *Rickettsioses* (2ª ano) (não publicado)**

2006

- **PREVALÊNCIA DA DIABETES E INCIDÊNCIA DAS RESPECTIVAS COMPLICAÇÕES NUMA COORTE DE DIABÉTICOS PORTUGUESES (2ª FASE)**

2007

- **TGV – Tabaco e gravidez**
- **PREVALÊNCIA DA DIABETES E INCIDÊNCIA DAS RESPECTIVAS COMPLICAÇÕES NUMA COORTE DE DIABÉTICOS PORTUGUESES (3ª FASE)**

PUBLICAÇÕES

1990

- Moreira VV, Carvalho A, Reis C et al. Utilização de exames laboratoriais de sangue em Clínica Geral. *Revista Portuguesa de Clínica Geral* 1990;7(1):6-13.
- Falcão JM. Médicos-Sentinela - 9 passos em frente. *Saúde em Números* 1990;5(3):17-21.
- Divisão de Epidemiologia - D.G. Cuidados de Saúde Primários. Síndrome gripal em 1989-1990 – Resultados da vigilância epidemiológica nos Distritos de Setúbal, Beja e Évora. *Saúde em números* 1990;5(2):1-3.

1991

- Pereira AM, Granadeiro AP, Páscoa FC et al. *A síndrome gripal em 1989-1990*. Médicos-Sentinela (1). Lisboa: Direcção Geral dos Cuidados de Saúde Primários, 1991.
- Sanches JP, Campos F. Acidente isquémico transitório: incidência em 1990. Projecto Médicos-Sentinela. *Revista Portuguesa de Clínica Geral* 1991;8(12):353-356.
- Divisão de Epidemiologia da Direcção Geral dos Cuidados de Saúde Primários. Síndrome Gripal em 1989-1990: resultados da vigilância epidemiológica nos Distritos de Setúbal, Beja e Évora. *Saúde em Números* 1990;5(2):1-3.

1992

- Miranda AM, Afonso CM, Ascensão PL et al. Requisição de exames complementares de diagnóstico em Clínica Geral - parte I: exames radiológicos e electrocardiogramas. *Revista Portuguesa de Clínica Geral* 1992;9(2):45-54.
- Silva DF. Acidentes Vasculares Cerebrais notificados em Portugal em 1990 pelos Médicos-Sentinela. *Revista Portuguesa de Clínica Geral* 1992;9(3):81-87.
- Miranda A, Afonso CM, Ascensão PL et al. Requisição de exames complementares de diagnóstico em Clínica Geral - parte II: exames laboratoriais. *Revista Portuguesa de Clínica Geral* 1992;9(3):88-96.

- Ascensão P, Monsanto A. Enfarte do miocárdio: dados epidemiológicos de 1990. *Revista Portuguesa de Clínica Geral* 1992;9(4):112-115.
- Figueiredo MV, Andrade HL, Paixão MT *et al.* Gripe em 1990/1991: resultados da vigilância clínica e laboratorial. *Saúde em Números* 1992;7(2):13-26.
- Pereira F. Doenças transmitidas por via sexual - qual a sua incidência?. *Saúde em Números* 1992;7(5):36.
- Divisão de Epidemiologia da Direcção Geral de Cuidados de Saúde Primários. *Um novo olhar sobre a saúde*. Médicos-Sentinela (2). Lisboa: DGCSP, 1992.
- Pisco A, Pisco L, Dias A *et al.* Consultas de Clínica Geral para procedimentos administrativos. *Saúde em Números* 1992;7(4):29-31.
- Casteren V, Leurquin P. Eurosentinel: Development of an International Sentinel Network of general practitioners. *Methods of Information in Medicine* 1992;31(2):147-152.
- Dias JAA, Felgueiras MM, Sanchez JP, Gonçalves JM, Falcão JM, Pimenta ZP. *A prevalência da Doença de Parkinson em Portugal - Estimativas populacionais a partir de uma rede de Médicos Sentinela*. Lisboa: DGCSP, 1992.

1993

- Dias JA, Pimenta ZP. Acidentes em recintos desportivos - estimativas da incidência a partir de uma rede de Médicos-Sentinela. *Saúde em Números* 1993;8(2):9-12.
- Andrade HR, Figueiredo MV, Oliveira MJ *et al.* A gripe nas épocas de 1991-1992 e 1992-1993 - Resultados da vigilância epidemiológica. *Saúde em Números* 1993;8(3):17-21.
- Divisão de Epidemiologia e Bioestatística da Direcção Geral da Saúde. *Um quinto de milhão sob observação*. Médicos-Sentinela (4). Lisboa: DGS, 1993.
- Dias JAA, Felgueiras MM, Sanchez JP *et al.* Doença de Parkinson em Portugal - estimativas de prevalência a partir de uma rede de Médicos Sentinela. *Revista Portuguesa de Neurologia* 1993; 2(1):19-30.

1994

- Falcão IM. Varicela: Estimativas de incidência nos utentes inscritos em Médicos-Sentinela. *Acta Médica Portuguesa* 1994;7:281- 284.
- Falcão IM, Paixão MT. Diarreia aguda em Portugal - 1992. *Saúde em Números* 1994;9(1):1-5.

-
- Tovar MJ, Mira MM, Domingues AO. Acidentes no ano de 1992 - Estimativas de incidência na rede de Médicos-Sentinela. *Saúde em Números* 1994;9(3):17-20.
 - Pereira FC, Louro M, Inácio MR et al. Doenças transmitidas por via sexual. Uma estimativa de incidência. *Revista Portuguesa de Clínica Geral* 1994;11(3):170-175.
 - Divisão de Epidemiologia e Bioestatística da Direcção Geral da Saúde. *Epidemiologia da diabetes: prevalência e incidência das suas complicações numa coorte de diabéticos portugueses: fase I - estudo transversal 1993*. Médicos-Sentinela (5). Lisboa: Direcção Geral da Saúde, 1994.
 - Divisão de Epidemiologia e Bioestatística da Direcção Geral da Saúde *Dezoito passos em frente*. Médicos-Sentinela (6). Lisboa: Direcção Geral da Saúde, 1994.
 - Dias JAA, Felgueiras MM, Sanchez JP et al. The prevalence of Parkinson's disease in Portugal - A population approach. *European Journal of Epidemiology* 1994;10:1-5.

1995

- Feliciano J. Epidemiologia da Diabetes em Portugal - Estimativa de incidência no triénio 1992/94. *Saúde em Números* 1995;10(2):9-12.
- Falcão IM. Tumor Maligno da Mama Feminina: Quantos casos conhecemos? - Estimativa de prevalência na população inscrita em Médicos-Sentinela. *Saúde em Números* 1995;10(2):13-15.
- Andrade HR, Falcão IM, Paixão MT et al. Programa de Vigilância da Gripe em Portugal - Resultados do período 1990-1994. *Revista Portuguesa de Doenças Infecciosas* 1995; Ano18 (3/4):195-200.
- Divisão de Epidemiologia e Bioestatística da Direcção Geral da Saúde. *Cinco anos depois*. Médicos-Sentinela (7). Lisboa: Direcção Geral da Saúde, 1995.
- Dias CM, Nogueira P, Rosa AV et al. Colesterol total e colesterol das lipoproteínas de alta densidade em doentes com DMNID. *Acta Médica Portuguesa* 1995;8:619-628.
- Van Casteren V, Van Renterghem H, Szecsenyi J. *Data collection on patterns of demands for HIV-testing and other HIV/AIDS-related consultations in general practice. Surveillance by sentinel networks in various european countries*. Annex to final report. September 1995 DG V Project "EUROPE AGAINST AIDS".

1996

- Catarino J, Falcão IM, Dias JA. Menopausa Cirúrgica em Utentes de Centros de Saúde: Avaliação da eficácia da terapêutica substitutiva com estrogénios. *Saúde em Números* 1996;11(4):25-29.
- Catarino J. Interrupção Voluntária da Gravidez em Portugal, 1991-1995 - Estimativas de incidência na rede Médicos-Sentinela. *Saúde em Números* 1996;11(4):30-32.

- Dias C, Nogueira P, Sá JV et al. Trigliceridemia em doentes com Diabetes Mellitus não insulínica. *Arquivos de Medicina* 1996;10 Supl 4:23-26.
- Divisão de Epidemiologia e Bioestatística da Direcção Geral da Saúde. *A passo firme*. Médicos-Sentinela (8). Lisboa: Direcção Geral da Saúde, 1996.
- Falcão JM, Gouveia MF, Rosa AV, Sá JV, Valente MF. Epidemiologia da diabetes: Parte I – Prevalência da doença e de alguns factores de risco numa coorte de diabéticos portugueses, 1993. *Revista Portuguesa de Clínica Geral* 1996;13: 213-28.
- Falcão JM, Gouveia MF, Rosa AV, Sá JV, Valente MF. Epidemiologia da diabetes: Parte II – Parâmetros bioquímicos, consumo de tabaco e de álcool e prevalência de “complicações” numa coorte de diabéticos portugueses, 1993. *Revista Portuguesa de Clínica Geral* 1996;13:213-28.
- Ferro JM, Falcão IM, Rodrigues G et al. Diagnosis of Transient Ischemic Attack by the Nonneurologist - A validation study. *Stroke* 1996;27(12):2225-2229.
- Paixão MT, Falcão IM, Andrade MH. Resultados da vigilância epidemiológica da gripe de 1990-1995. *Pathos* 1996;12(9):38-45.

1997

- Dias JAA, Lima MG, Henriques MFM. Acidentes isquémicos transitórios – estimativas de incidência, características de apresentação e valor prognóstico. *Revista Portuguesa de Saúde Pública* 1997;15(3):11-20
- Falcão IM, Lima MG, Dias JA. A clínica geral e o tema HIV/SIDA. *Saúde em Números* 1997;12(2):9-12
- Monsanto A, Dias JA, Sanchez JP, Simões AJ, Felgueiras MM, Sousa R. *Prevalência de Epilepsia em Portugal. Estimativa populacional e perfis terapêuticos a partir da rede Médicos-Sentinela*, 1993. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde, 1997
- Rodrigues G, Falcão IM, Ferro JM. Diagnóstico de acidente isquémico transitório por clínicos gerais: validação na rede Médicos - Sentinela. *Revista Portuguesa de Clínica Geral* 1997;14:368-375

1998

- Falcão IM, Andrade HR, Santos AS et al. Programme for the surveillance of influenza in Portugal: results of the period 1990-1996. *Journal of epidemiology and community health* 1998;52 (Suppl 1):39S-42S

- Dias CM, Falcão IM, Falcão JM. Epidemiologia da interrupção voluntária da gravidez em Portugal Continental (1993-1997). *Observações ONSA* 1999, 4

1999

- Costa MCF. Hepatite B e C: estudo de incidência 1995-1997. *Revista Portuguesa de Saúde Pública* 1999;17(2):47-54

2000

- Simões JAR. Incidência de queixas de Disfunção Sexual na população da rede Médicos-Sentinela no ano de 1998. *Acta Urológica Portuguesa* 2000, 17; 2: 57-61
- Simões JAR. Incidência da amigdalite aguda em crianças dos 0 aos 14 anos. *Saúde infantil* 2000; 22/3:5-15.

2001

- Manuguerra JC, Mosnier A, Paget JW au nom du programme *EISS (European Influenza Surveillance Scheme)*. Surveillance de la grippe dans les pays membres du réseau européen EISS d'octobre 2000 à avril 2001. *Eurosurveillance* 2001, vol 6, nº 9

2002

- Martins AP *et al.* Perfil terapêutico da Hipertensão na Rede Médicos-Sentinela. *Rev Port Clin Geral* 2001; 17:359-372
- Falcão IM, Nogueira PJ, Pimenta ZP. Incidência anual da diabetes mellitus em Portugal - resultados da rede Médicos-Sentinela, de 1992 a 1999. *Rev Port Clin Geral* 2001; 17:447-457.
- Fleming DM Schellevis SG, Falcao IM, Alonso TV, Padilla ML. The incidence of chickenpox in the community. Lessons for disease surveillance in sentinel practice networks. *European Journal of Epidemiology* 2002; 17:1023-1027.
- Simões JA, Falcão IM, Dias CM. Incidência de amigdalite aguda na população sob observação pela Rede Médicos-Sentinela no ano de 1998. *Rev Port Clin Geral* 2002;18:99-108.
- Falcão JM *et al.* *Prescrição de antibacterianos em Clínica Geral: um estudo na Rede Médicos-Sentinela*. Relatório. Observatório Nacional de Saúde do Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, 2002.

2003

- Ascensão PL, Nogueira PJ. Vigilância epidemiológica da ocorrência de enfarte agudo do miocárdio numa população de utentes de centros de saúde. *Rev Port Clin Geral* 2003;19:239-46.
- Falcão IM. A pouca gripe do Inverno passado! *Observações ONSA* 2003, 19.
- Falcão JM *et al.* Prescrição de antibacterianos em Clínica Geral: Um estudo na Rede Médicos-Sentinela. *Rev Port Clin Geral* 2003; 19: 315-29.
- Eurosurveillance. Harmonisation des donnés nationales de morbidité d'EISS pour la surveillance de la grippe:un index simple. *Eurosurveillance*. Vol 8 nº7/8: 156-163.

2004

- CNG e ONSA. Actividade gripal no Inverno de 2003/2004. *Observações ONSA* 2004, 22.
- CNG e ONSA. Precisão do diagnóstico dos novos casos de asma notificados pelos Médicos-Sentinela. *Observações ONSA* 2004, 22.
- Simões, JA. Utente pede ajuda para alterar situação ou comportamento de dependência. *Observações ONSA* 2004, 23.

2005

- Falcão I. Ainda sobre a gripe...já quase a desaparecer! *Observações*. ONSA, 2005, 26.
- Simões JÁ, Falcão I. A cruz de quem tem dor nas cruces! *Observações*. ONSA, 2005, 26.
- Fleming DM, Schellevis FG, Van Casteren V. The prevalence of known diabetes in eight european countries. *European Journal of Public Health* 2005;14:10-14.
- Centro Nacional da Gripe, ONSA. *Gripe em Portugal 2003/2005*. Relatório Anual. Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, 2005.
- Observatório Nacional de Saúde. *O que deu nas vistas em 2002*, Médicos-Sentinela 16. Relatório anual de 2002. Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, 2005.
- Observatório Nacional de Saúde. *O ano dos gestos*, Médicos-Sentinela 17. Relatório anual de 2003. Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, 2005.

2006

- Ascensão P, Fibrilhação auricular e prevenção do tromboembolismo - estudo numa população de utentes de centros de saúde. *Rev Port Clin Geral* 2006; 22:13-24.
- Falcão I, Silva M. Dislipidémia: uma abordagem pela Rede Médicos-Sentinela *Observações*. ONSA 2006, 30.
- Falcão I.M Andrade HR. A gripe em 2005-2006: tão falada e receada, mas afinal tão ligeira! *Observações*. ONSA 2006, 31.

2007

- Falcão I. Observatório Nacional de Saúde. Médicos-Sentinela. Relatório de actividades de 2004. Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, 2007.
- Falcão I, Monsanto A, Nunes B, Marau J, Falcão JM. Prescrição de psicofármacos em Medicina Geral e Familiar: um estudo na Rede Médicos-Sentinela. Relatório interno. ONSA, 2007

2008

- Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge. Departamento de Epidemiologia. Médicos-Sentinela. 20 - O que se fez em 2006. Relatório de actividades de 2006. Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, 2008.
- Falcão IM, Pinto C, Santos J, Fernandes ML, Ramalho L, Paixão E, Falcão JM. Estudo da Prevalência da diabetes e das suas complicações numa coorte de diabéticos portugueses: um estudo na Rede Médicos-Seninela. *Rev. Port. Clín. Geral* 2008; 24(5):679-92.
- Nunes B, Falcão JM, Sardinha A, Ribas MJ. Consultas domiciliárias em Clínica Geral: resultados preliminares de um estudo da Rede Médicos-Sentinela, em 2007. *Observações*. DEP 2008, 38



Acontecimentos IRIS

Inesperados, **R**aros, **I**néditos ou **S**urpreendentes

MÉDICO: Código [] [] [] [] [] []

DATA DO PREENCHIMENTO __/__/__

UTENTE*: Idade [] [] []

Sexo Masc [] Fem []

CARACTERÍSTICAS DO ACONTECIMENTO IRIS:

Data de ocorrência __/__/__

Descrição (Indique, quando aplicável):

1. se é uma doença, um síndrome, um sintoma ou vários(quais?), ou descreva o tipo de lesões encontradas;
2. a localização;
3. a causa, se conhecida ou suspeitada;
4. circunstâncias da ocorrência

*Se se tratar de um acontecimento IRIS colectivo, não preencha o item referente ao utente.

Atenção: notifique os acontecimentos IRIS de que tiver conhecimento, mesmo que tenham ocorrido em utentes que não façam parte da sua lista.

MÉDICOS SENTINELA 2008

INSTITUTO NACIONAL DE SAÚDE
DR. RICARDO JORGE
OBSERVATÓRIO NACIONAL DE SAÚDE

ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DOS MÉDICOS DE CLÍNICA GERAL

MÉDICOS-SENTINELA
Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge
Observatório Nacional de Saúde
Av. Padre Cruz
1649-016 LISBOA

