



INSTITUTO NACIONAL DE SAÚDE
Dr. Ricardo Jorge

Médicos-Sentinela

Relatório de Actividades

18 *Um ano
com saúde mental*



MÉDICOS-SENTINELA

Relatório das actividades de 2004

Um ano com saúde mental

18

Lisboa, 2006

Médicos-Sentinela: Um ano com saúde mental - relatório das actividades de 2004/ ONSA Observatório Nacional de Saúde - Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge. Lisboa 2004 - 97pág. - (Médicos-Sentinela; 18)

Notificação / Grupo etário / Incidência / Síndrome gripal / Diabetes Mellitus/ Acidente Vascular Cerebral/ Enfarte Agudo do Miocárdio/ Varicela /Fractura do colo de fémur/ Episódio Agudo de Lombalgia / Dislipidémia / Interrupção Voluntária de Gravidez/ Consulta Relacionada com Depressão / Prescrição de psicofármacos / Acontecimentos IRIS

Editor: Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge.
Av. Padre Cruz 1649-016 Lisboa - Portugal

Impressão: Litomaior

Tiragem: 750 exemplares

OBSERVATÓRIO NACIONAL DE SAÚDE

**ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA
DOS
MÉDICOS
DE
CLÍNICA GERAL**

SUB-REGIÕES DE SAÚDE

AVEIRO
BEJA
BRAGA
BRAGANÇA
CASTELO BRANCO
COIMBRA
ÉVORA
FARO
GUARDA
LEIRIA
LISBOA
PORTALEGRE
PORTO
SANTARÉM
SETÚBAL
VIANA DO CASTELO
VILA REAL
VISEU
R. A. AÇORES
R. A. MADEIRA

Este relatório foi elaborado por Isabel Marinho Falcão e revisto pelos membros do Observatório Nacional de Saúde.

“Tudo o que fizeres será insignificante, mas é muito importante que o faças”.

Mahatma Gandhi

“Não sei o que possa parecer aos olhos do mundo, mas, aos meus, pareço apenas ter sido como um menino brincando à beira-mar, divertindo-me com o facto de encontrar, de vez em quando, um seixo mais liso ou uma concha mais bonita que o normal, enquanto o grande oceano da verdade permanece completamente por descobrir à minha frente”.

Isaac Newton

	Pág.
INTRODUÇÃO	1
MÉDICOS–SENTINELA EM 2004	5
Caracterização dos médicos sentinela.....	5
Distribuição geográfica	5
População sob observação.....	7
População máxima sob observação.....	7
População sob observação efectiva.....	10
Actualização da composição das listas.....	10
Cálculo da população sob observação efectiva	14
População sob observação efectiva em 2004.....	15
DOENÇAS E SITUAÇÕES EM ESTUDO	17
RESULTADOS	19
Síndrome gripal.....	21
Diabetes	31

	Pág.
Acidente Vascular Cerebral.....	33
Enfarte Agudo do Miocárdio.....	35
Varicela.....	37
Fractura do Colo de Fémur	39
Interrupção Voluntária da Gravidez	41
Dislipidemia	43
Episódio Agudo de Lombalgia.....	45
Prescrição de psicofármacos	47
Consulta relacionada com depressão	53
Acontecimentos IRIS	55
Estudos-satélite realizados em 2004	56
Participação em estudos ou projectos internacionais	57
PROGRAMA DE VIGILÂNCIA INTEGRADA DA SÍNDROMA GRIPAL	58
<i>EISS – EUROPEAN INFLUENZA SURVEILLANCE SCHEME.....</i>	59

LIMITAÇÕES DOS DADOS.....	61
ESTUDOS – SATÉLITE	65
PUBLICAÇÕES.....	73
ANEXO I.....	81
ANEXO II.....	85

A rede Médicos-Sentinela (MS) é constituída, exclusivamente, por Clínicos Gerais/Médicos de Família (CG) cuja actividade profissional é desenvolvida em Centros de Saúde.

OBJECTIVOS DA REDE

Os principais objectivos da actividade desta rede são:

- 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 “surtos”;
- Constituir uma base de dados que possibilite, em qualquer momento, a análise epidemiológica aprofundada de doenças com interesse para a saúde pública.

FORMAS DE PARTICIPAÇÃO

A participação de Clínicos Gerais/Médicos de Família na rede Médicos-Sentinela é estritamente voluntária e dela se destacam duas formas de colaboração:

- notificação contínua, semanal, dos novos casos de doença ocorridos nos utentes inscritos nas listas dos médicos participantes;
- apresentação de propostas e realização de estudos-satélite e participação em estudos nacionais e internacionais.

INTRODUÇÃO

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.

Uma das preocupações fundamentais dos coordenadores de Médicos-Sentinela tem sido a procura sistemática do maior envolvimento dos médicos na actividade da rede. Esse esforço tem-se traduzido, quer na maior regularidade da notificação contínua e dinamismo revelado nas reuniões anuais da rede, quer na apresentação de maior número de propostas para a realização de estudos-satélite.

As características técnicas, dos métodos, das potencialidades e fragilidades da rede Médicos--Sentinela constam do presente relatório, como forma de facilitar a consulta e balizar a interpretação dos resultados.

REUNIÕES ANUAIS DE MÉDICOS-SENTINELA

A necessidade de estabelecer o contacto directo entre os diversos intervenientes da rede Médicos-Sentinela (Médicos, Direcção Geral da Saúde, Administrações Regionais de Saúde e Associação Portuguesa dos Médicos de Clínica Geral) levou a planear, desde 1991, o seu encontro, em reuniões anuais.

A estrutura destas reuniões tem sido constituída por três partes:

- na primeira parte, têm sido apresentados 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;
- na segunda parte, têm sido apresentados, quer por Médicos-Sentinela, quer por outros interessados, as propostas de novos temas para notificação contínua e estudos-satélite. Essas propostas têm sido depois discutidas em plenário e em grupos de trabalho criados com esse objectivo específico;
- a terceira parte tem sido destinada à discussão de 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.

A REDE NA INTERNET

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

CARACTERIZAÇÃO DOS MÉDICOS-SENTINELA

DISTRIBUIÇÃO GEOGRÁFICA

Durante o ano de 2004, colaboraram na rede 176 médicos de Clínica Geral, tendo 13 e 44 respectivamente, iniciado e interrompido a participação em Médicos-Sentinela.

A distribuição dos médicos participantes, por Distrito, encontra-se no quadro I.

Quadro I - Número de médicos participantes, por Distrito e Região Autónoma, em Janeiro e em Dezembro de 2004

Distrito	01.01.04	31.12.04	Distrito	01.01.04	31.12.04
Aveiro	15	13	Lisboa	17	19
Beja	4	4	Portalegre	8	7
Braga	12	6	Porto	34	31
Bragança	3	3	Santarém	8	5
Castelo Branco	5	4	Setúbal	9	2
Coimbra	5	5	Viana do Castelo	5	3
Évora	6	3	Vila Real	6	5
Faro	3	3	Viseu	11	10
Guarda	4	3	R A Madeira	2	2
Leiria	4	3	R A Açores	2	1
Total				163	132

MÉDICOS-SENTINELA EM 2004

Assim, em Dezembro de 2004, no território do Continente, o número de médicos participantes era de 129, o que corresponde a 2,3% do total de Clínicos Gerais a desempenhar funções nos Centros de Saúde do Continente (Quadro II).

Quadro II – Distribuição percentual de médicos de Clínica Geral (CG) que participavam na rede Médicos-Sentinela, por Distrito, em Dezembro de 2004, no Continente.

Distrito	MS	CG	MS/CG %	Distrito	MS	CG	MS/CG %
Aveiro	425	13	3,1	Leiria	262	3	1,1
Beja	99	4	4,0	Lisboa	1227	19	1,5
Braga	444	6	1,4	Portalegre	90	7	7,8
Bragança	18	3	16,7	Porto	946	31	3,3
Castelo Branco	144	4	2,8	Santarém	262	5	1,9
Coimbra	307	5	1,6	Setúbal	381	2	0,5
Évora	95	3	3,2	Viana do Castelo	174	3	1,7
Faro	258	3	1,2	Vila Real	156	5	3,2
Guarda	120	3	2,5	Viseu	251	10	4,0
				Total	5659	129	2,3

Fonte da informação sobre o número de CG: DGS.

POPULAÇÃO SOB OBSERVAÇÃO

A idade e o sexo da população inscrita nas listas dos médicos participantes são conhecidos. A composição dessas listas é actualizada no final de cada ano.

Podem definir-se dois tipos de “população sob observação” (PSO), que se designam por “população *máxima* sob observação” (PMSO) e “população sob observação *efectiva*” (PSOE).

POPULAÇÃO MÁXIMA SOB OBSERVAÇÃO

A população máxima sob observação (PMSO) obtém-se através do somatório de todos os utentes inscritos nas listas de todos os médicos participantes na Rede Médicos-Sentinela (ou dos médicos de um dado distrito ou conjunto de distritos), independentemente do número de semanas em que estiveram activos*.

O seu cálculo é dado por

$$PMSO = \sum_{m=1} N_m \quad (1)$$

em que

N_m representa o número de utentes inscritos em cada médico

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

* Designaram-se activos, numa dada semana, todos os médicos que, nessa semana, enviaram, pelo menos, uma notificação, ou declararam, expressamente, não ter tido casos a notificar.

No final do ano de 2004, a **PMSO** atingia 281239 indivíduos cuja distribuição geográfica está evidenciada no quadro III.

Quadro III - População Máxima Sob Observação (PMSO), por Distrito e Região Autónoma, em 2004

Distrito	PMSO	Distrito	PMSO
Aveiro	24203	Lisboa	35744
Beja	7515	Portalegre	15857
Braga	17936	Porto	63065
Bragança	5111	Santarém	13447
Castelo Branco	6405	Setúbal	16203
Coimbra	6783	Viana do Castelo	7888
Évora	8454	Vila Real	9726
Faro	5195	Viseu	17126
Guarda	6311	R A Madeira	3787
Leiria	6972	R A Açores	3511
		Total	281239

No quadro IV, apresenta-se a proporção de população residente, por Distrito e Região Autónoma, inscrita nas listas dos Médicos-Sentinela.

Quadro IV – Distribuição percentual da população residente (PR) inscrita nas listas dos Médicos-Sentinela (PMSO), por Distrito e Região Autónoma, em 31.12.04.

Distrito	PMSO/PR %	Distrito	PMSO/PR %
Aveiro	3,3	Lisboa	1,6
Beja	4,8	Portalegre	13,0
Braga	2,1	Porto	3,5
Bragança	3,5	Santarém	2,9
Castelo Branco	3,1	Setúbal	2,0
Coimbra	1,5	Viana Castelo	3,1
Évora	4,9	Vila Real	4,4
Faro	1,3	Viseu	4,3
Guarda	3,6	R A Madeira	1,6
Leiria	1,5	R A Açores	1,5
		Total	2,7

Fonte de população residente: Instituto Nacional de Estatística.

POPULAÇÃO SOB OBSERVAÇÃO EFECTIVA

A população máxima sob observação não deve ser utilizada como denominador das taxas de incidência na maior parte das situações. De facto, há, todas as semanas, um certo número de médicos que não está em actividade, por motivos diversos (doença, férias, formação, etc.).

Por isso, a **PSOE** (população sob observação efectiva) 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.

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

O cálculo das PSOE exige que a composição das listas dos médicos seja actualizada periodicamente.

ACTUALIZAÇÃO DA COMPOSIÇÃO DAS LISTAS

A composição das listas de utentes sofre alterações frequentes. É, por isso, necessário, que cada médico proceda à sua actualização, no final de cada ano.

As PSOE devem ser calculadas a partir da estimativa da composição da lista, a meio do ano em causa (30 de Junho), já que se pretende calcular taxas de incidência anuais.

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

Por exemplo, para o ano de 2003 e para cada médico, a estimativa da composição da respectiva lista, em 30 de Junho desse ano, é dada por:

$$N^m = \frac{N_{31.12.01} + N_{31.12.02}}{2} \quad (2)$$

em que:

N^m é a estimativa do número de indivíduos inscritos num médico, a meio do ano.

$N_{31.12.01}$ é o número de indivíduos inscritos em 31.12.03.

$N_{31.12.02}$ é o número de indivíduos inscritos em 31.12.04.

Se cada médico procedesse sempre à actualização da sua lista em Dezembro de cada ano, os valores de $N_{31.12.01}$ e $N_{31.12.02}$ poderiam ser usados directamente na fórmula (1).

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.

MÉDICOS-SENTINELA EM 2004

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

CÁLCULO DA ESTIMATIVA DA COMPOSIÇÃO DA LISTA DE UM MÉDICO, EM 30.06.04

Neste exemplo, o médico enviou, pela primeira vez, a composição da sua lista de utentes em Fevereiro de 2003 e procedeu à sua actualização em Março de 2005.

Consideremos o período de tempo compreendido entre aqueles dois meses:

	2003						2004						2005						
meses		2			6						1							1	3
		2			6					12	13							25	27
		I																	F

Sejam

- C** - a data de referência (30.06.04)
- I** - o mês a que a composição inicial da lista se refere
- F** - o mês a que a actualização da lista se refere

A estimativa da composição da lista em 30.06.04 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 : $F_I = (F-C)/(F-I)$	$F_I = (27-18)/(27-2)=9/25$
para F: $F_F = (C-I)/(F-I)$	$F_F = (18-2)/(27-2)=16/25$

A estimativa da composição da lista em 30.06.04, para um dado médico, será:

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

O valor de N_m , calculado desta forma, pode ser directamente utilizado na fórmula (1) (pág. 7).

CÁLCULO DA PSOE

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

$$PSOE_t = \sum n_{tm} \quad (4)$$

em que

n_{tm} é o número de utentes inscritos na lista do médico m , que esteve *activo* na semana t (ver definição de *activo* na página 6).

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,

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

A $PSOE_{ano}$ referente ao ano de 2004, utilizada no cálculo das taxas de incidência anuais, consta do quadro V.

POPULAÇÃO SOB OBSERVAÇÃO EFECTIVA EM 2004

Quadro V - População sob observação efectiva, por sexo e idade, em 2004

Grupo Etário	Homens	Mulheres	H+M
00-04	3745	3528	7273
05-09	3293	3186	6479
10-14	3460	3265	6725
15-24	8046	8014	16060
25-34	9730	10081	19811
35-44	8836	9434	18270
45-54	7564	8013	15577
55-64	5868	6912	12780
65-74	5430	6867	12297
75e+	3612	5825	9437
Total	59584	65125	124709

DOENÇAS E SITUAÇÕES EM ESTUDO

Durante o ano de 2004, onze doenças ou situações relacionadas com saúde estiveram em estudo (Quadro VI).

Quadro VI – Doenças ou situações em estudo, no ano de 2004.

SÍNDROMA GRIPAL
DIABETES
ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL
ENFARTE AGUDO DO MIOCÁRDIO
VARICELA
FRACTURA DO COLO DE FÉMUR
INTERRUPÇÃO VOLUNTÁRIA DA GRAVIDEZ
DISLIPIDÉMIA
EPISÓDIO AGUDO DE LOMBALGIA
PRESCRIÇÃO DE PSICOFÁRMACOS*
CONSULTA RELACIONADA COM DEPRESSÃO**

* - de 1 de Janeiro a 31 de Março

** - de 1 de Abril a 31 de Dezembro

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

Os resultados obtidos pela notificação contínua, de cada uma das doenças e situações em estudo, em 2004, serão apresentados, neste relatório, através das taxas de incidência, por sexo e grupo etário. Há, porém, uma exceção: o Síndrome Gripal, cuja vigilância epidemiológica semanal justifica a apresentação de taxas de incidência por semana.

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 através de outras publicações para além da reunião anual.

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

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

SÍNDROMA GRIPAL

Os resultados apresentados nos quadros VII e VIII e 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 2004 até 31 de Março de 2005, e às estimativas definitivas, referentes ao mesmo período de tempo, calculadas após todos os dados estarem disponíveis.

Quadro VII - Estimativas provisórias das taxas de incidência brutas semanais (/10⁵) de Síndrome Gripal, em 2004-2005

Semana	Nº casos	Taxa	Semana	Nº casos	Taxa
40	1	2,2	03	156	122,3
41	0	0	04	117	98,8
42	8	10,3	05	166	163,1
43	12	16,3	06	112	101,4
44	8	18,2	07	79	67,3
45	9	11,3	08	50	50,2
46	6	8,1	09	49	44,8
47	15	15,3	10	31	34,7
48	7	10,9	11	27	27,8
49	3	7	12	8	11
50	9	15,9	13	11	15,4
51	6	10,8	14	11	11,5
52	16	40,3	15	5	5,1
53	14	26,1	16	4	5,5
01	31	40,1	17	1	1,2
02	93	85,4	18	3	3,2

SÍNDROMA GRIPAL

Quadro VIII - Estimativas definitivas das taxas de incidência brutas semanais (/10⁵) de Síndrome Gripal, em 2004-2005

Semana	Nº casos	Taxa	Semana	Nº casos	Taxa
40	6	5,5	03	323	201,2
41	5	5,3	04	246	162,5
42	13	11,8	05	311	209,7
43	13	12,6	06	217	148,8
44	29	27,8	07	191	128,2
45	16	13,9	08	107	74,9
46	23	19,1	09	109	77,4
47	24	17,6	10	71	56,3
48	16	15,6	11	51	36,5
49	13	12,3	12	22	19,1
50	27	28,1	13	19	16,5
51	19	16,5	14	17	13,0
52	47	50,6	15	8	6,4
53	61	73,8	16	8	6,3
01	100	71,6	17	7	6,0
02	223	149,3	18	5	3,9

ÉPOCA DE GRIPE

Para maior facilidade de compreensão será designado por *época de gripe* o período de tempo de aproximadamente 24 semanas que decorre entre o início de Outubro de um determinado ano (semana 40ª) e o final de Março do ano seguinte (semana 13ª).

ACTIVIDADE GRIPAL

Designou-se por *actividade gripal* o grau de intensidade da ocorrência da doença, medido pela respectiva taxa de incidência.

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 foi considerada *baixa* sempre que o valor mais elevado da taxa de incidência foi inferior ou igual a $50/10^5$ utentes; *moderada* sempre que aquele valor foi superior a 50 e inferior a $120/10^5$; e *alta* se foi superior ou igual a $120/10^5$ utentes.

A partir da época 2003-2004 foi calculada a linha de base 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).

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).

SÍNDROMA GRIPAL

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.

Definiu-se que:

t_{ik} é a estimativa da taxa de incidência, provisória ou definitiva, de gripe, obtida na época 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 :

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

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

e em que

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

Obteve-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:

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

Resultaram daqui as seguintes estimativas:

1- para as taxas provisórias

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

2- para as taxas definitivas

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

SÍNDROMA GRIPAL

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, correspondentes às 26 semanas que vão da 40ª à 13ª semana da época de gripe em estudo.

CÁLCULO DO LIMITE SUPERIOR O INTERVALO DE CONFIANÇA A 95%

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 2004-2005

Verificou-se que as curvas que representam as taxas de incidência provisórias e definitivas evoluíram de forma semelhante ao longo das semanas, tendo tido, no entanto, a curva das taxas definitivas sempre valores superiores (Fig.1).

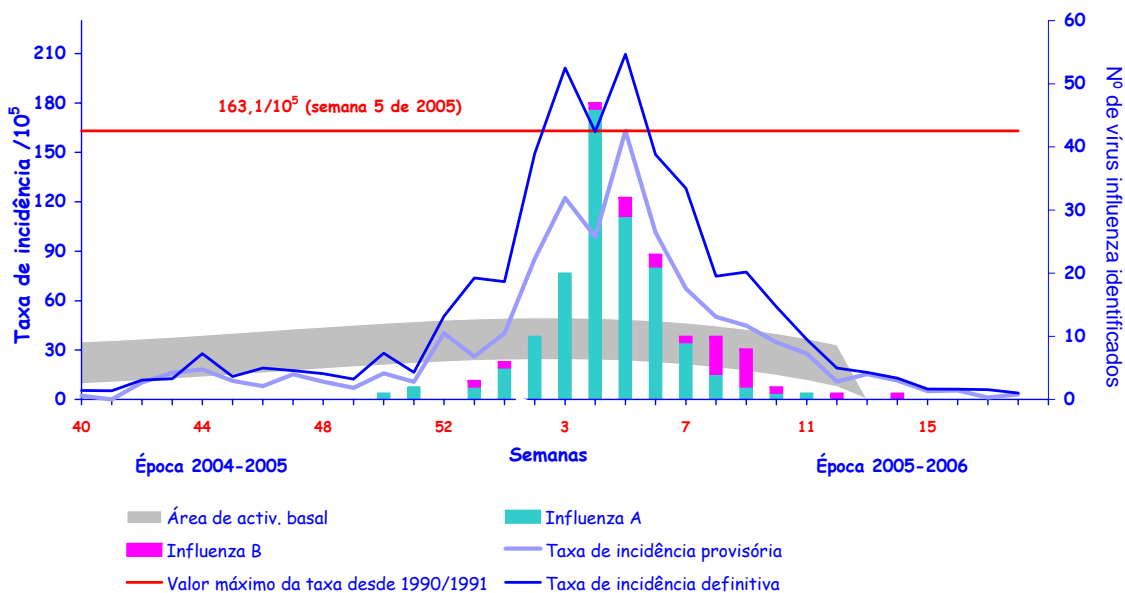


Fig.1-Taxas de incidência ($/10^5$) brutas, semanais, provisórias e definitivas, de síndrome gripal na época gripal 2004-2005 e número de vírus Influenza identificados durante aquele período de tempo. A área de actividade basal foi definida pela linha de base e pelo limite superior do IC a 95%.

É de salientar que a taxa provisória atingiu o valor mais elevado, desde 1990 ($163,1/10^5$).

A taxa de incidência definitiva aumentou progressivamente a partir da semana 51, até ao valor de $201,2/10^5$ na semana 03, decresceu para $162,5/10^5$ na semana seguinte e atingiu o valor máximo de $209,7/10^5$ na semana 05. A partir daí decresceu progressivamente até atingir valores próximos da linha de base.

Verificou-se que no período da semana 01 até à semana 11, os valores das taxas definitivas se situaram sempre acima da curva do limite superior de confiança a 95%.

Durante esta época de gripe foram enviadas 376 zaragatoas faríngeas para o Centro Nacional da Gripe das quais 197 (52,4%) foram positivas para o vírus Influenza, tendo sido identificados 170 (86,3%) vírus Influenza do tipo A e 27 (13,7%) do tipo B.

DIABETES

Durante o ano de 2004 foram notificados 606 novos casos de Diabetes Mellitus, sendo 313 referentes a homens (51,7%) e 293 a mulheres (48,3%).

No sexo masculino a incidência da doença aumentou progressivamente a partir do grupo etário 15-24 anos até ao grupo 55-64 anos onde atingiu o valor máximo de 1499,7/10⁵ e decresceu nos grupos etários seguintes; no sexo feminino, o valor máximo da taxa foi atingido no grupo etário 65-74 anos (1077,6/10⁵) (Quadro IX e Fig. 2).

Quadro IX – Estimativa das taxas de incidência anuais (/10⁵) de Diabetes, por sexo e grupo etário, em 2004.

Grupos Etários	Homens		Mulheres		H+M	
	Nº casos	Taxa	Nº casos	Taxa	Nº casos	Taxa
00-04	0	0	1	28,3	1	13,7
05-09	0	0	1	31,4	1	15,4
10-14	3	86,7	0	0,0	3	44,6
15-24	4	49,7	5	62,4	9	56,0
25-34	8	82,2	4	39,7	12	60,6
35-44	38	430,1	27	286,2	65	355,8
45-54	76	1004,8	67	836,1	143	918,0
55-64	88	1499,7	65	940,4	153	1197,2
65-74	62	1141,8	74	1077,6	136	1106,0
75 e+	34	941,3	49	841,2	83	879,5
Total	313	525,3	293	449,9	606	485,9

DIABETES

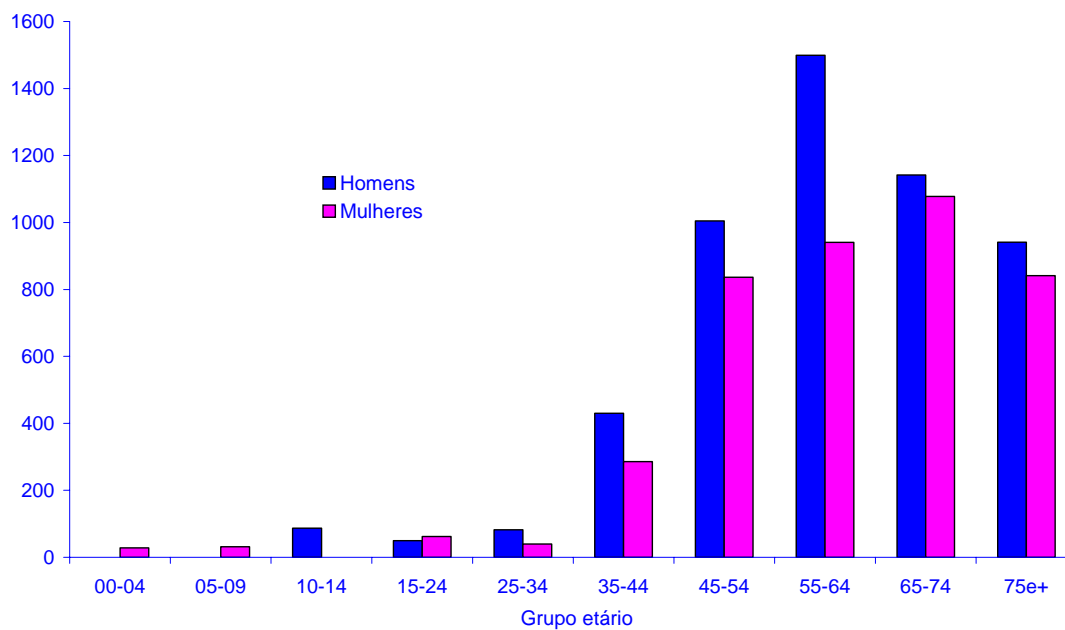


Fig.2 – Distribuição das taxas de incidência anuais de diabetes, por sexo e grupo etário, em 2004

ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL

Durante o ano de 2004 foram notificados 210 novos episódios de Acidente Vascular Cerebral (AVC, tendo ocorrido 111 (52,9%) no sexo masculino e 99 (47,1%) no feminino (Quadro x).

Em ambos os sexos a taxa de incidência de AVC aumentou progressivamente a partir do grupo etário 35-44 anos tendo atingido o seu valor máximo no grupo etário 75 e mais anos, respectivamente com 1107,4/10⁵ no sexo masculino e 1064,4/10⁵ no feminino.

Quadro X – Estimativa das taxas de incidência anuais (/10⁵) de AVC, por sexo e grupo etário em 2004.

Grupos Etários	Homens		Mulheres		H+M	
	Nº casos	Taxa	Nº casos	Taxa	Nº casos	Taxa
00-34	0	0	0	0	0	0
35-44	1	11,3	1	10,6	2	10,9
45-54	18	238	0	0	18	115,6
55-64	17	289,7	7	101,3	24	187,8
65-74	35	644,6	29	422,3	64	520,5
75 e+	40	1107,4	62	1064,4	102	1080,9
Total	111	186,3	99	152	210	168,4

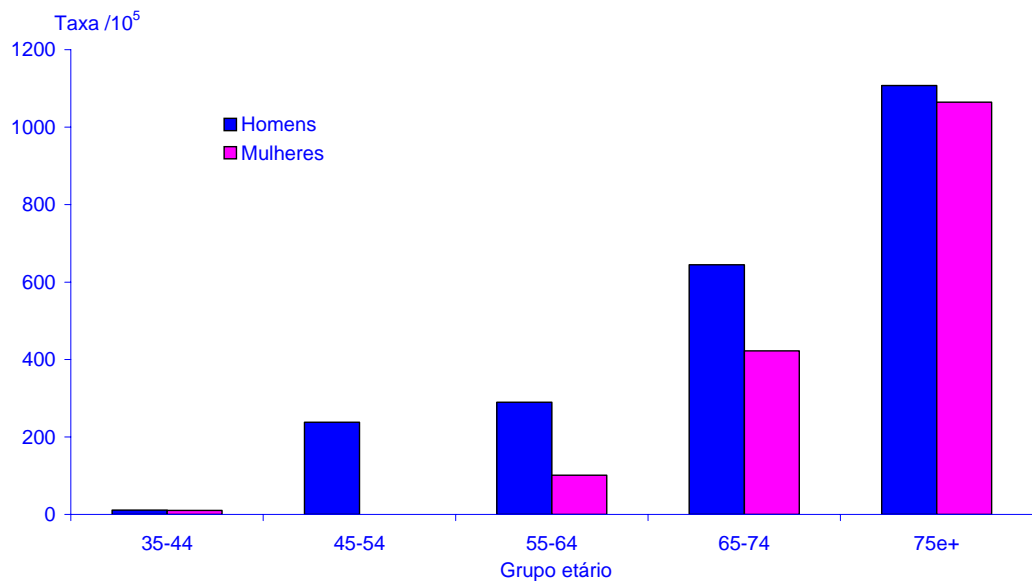


Fig.3 – Distribuição das taxas de incidência anuais de AVC, por sexo e grupo etário, em 2004

ENFARTE AGUDO DO MIOCÁRDIO

Durante o ano de 2004 foram notificados 114 novos casos de enfarte agudo do miocárdio, tendo ocorrido 77 (67,5%) no sexo masculino e 37 (32,5%) no feminino (Quadro XI).

No sexo masculino o valor máximo da taxa foi registado no grupo etário 65-74 anos (515,7/10⁵); no sexo feminino verificou-se um aumento progressivo da taxa desde o grupo etário 35-44 anos até ao grupo 75 e mais anos onde se registou o valor máximo de 274,7/10⁵ (Quadro XI).

Quadro XI – Estimativa das taxas de incidência anuais (/10⁵) de Enfarte Agudo do Miocárdio, por sexo e grupo etário em 2004.

Grupos Etários	Homens		Mulheres		H+M	
	Nº casos	Taxa	Nº casos	Taxa	Nº casos	Taxa
00-24	0	0	0	0	0	0
25-34	2	20,6	0	0	2	10,1
35-44	7	79,2	2	21,2	9	49,3
45-54	17	224,7	3	37,4	20	128,4
55-64	10	170,4	5	72,3	15	117,4
65-74	28	515,7	11	160,2	39	317,2
75 e+	13	359,9	16	274,7	29	307,3
Total	77	129,2	37	56,8	114	91,4

ENFARTE AGUDO DO MIOCÁRDIO

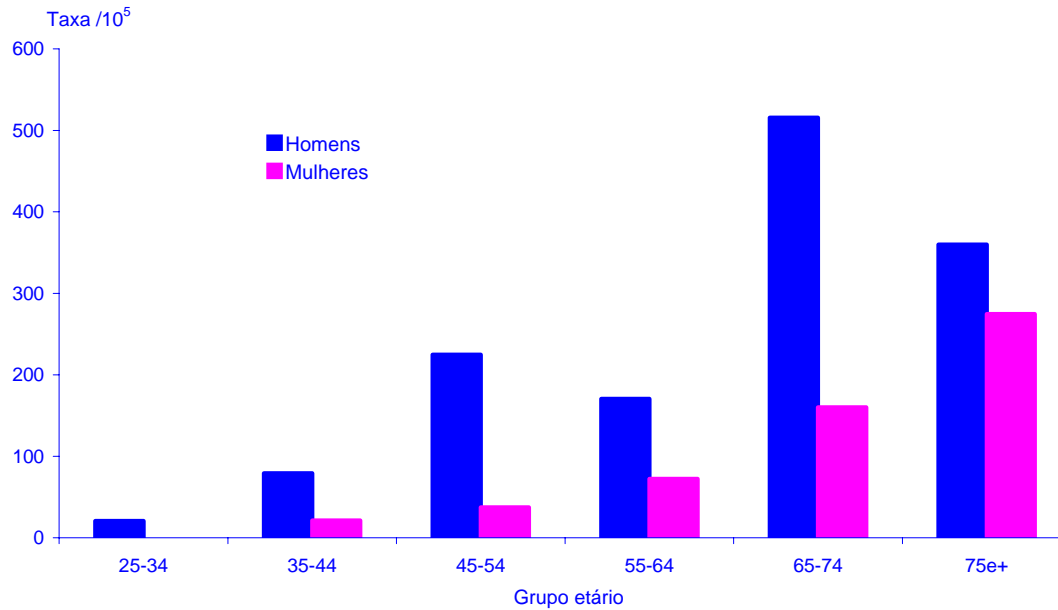


Fig.4 –

Distribuição das taxas de incidência anuais de Enfarte Agudo do Miocárdio, por sexo e grupo etário, em 2004

VARICELA

Durante o ano de 2004 foram notificados 735 novos casos de varicela, tendo ocorrido 392 (53,3%) no sexo masculino e 343 (46,7%) no feminino.

Em ambos os sexos os valores mais elevados da taxa registaram-se nos grupos etário 00-04 e 05-09 anos, respectivamente de 5393,9/10⁵ no sexo masculino e 4620,2/10⁵ no feminino.

Quadro XII - Estimativa das taxas de incidência anuais (/10⁵) de Varicela, por sexo e grupo etário, em 2004

Grupo etário	Homens		Mulheres		Homens+Mulheres	
	Nº casos	Taxa	Nº casos	Taxa	Nº casos	Taxa
00-04	202	5393,9	163	4620,2	365	5018,6
05-09	112	3401,2	110	3452,6	222	3426,5
10-14	36	1040,5	21	643,2	57	847,6
15-24	13	161,6	20	249,6	33	205,5
25-34	17	174,7	16	158,7	33	166,6
35-44	10	113,2	11	116,6	21	114,9
45-54	1	13,2	1	12,5	2	12,8
55-64	0	0,0	1	14,5	1	7,8
65-74	1	18,4	0	0,0	1	8,1
75 e+	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Total	392	657,9	343	526,7	735	589,4

VARICELA

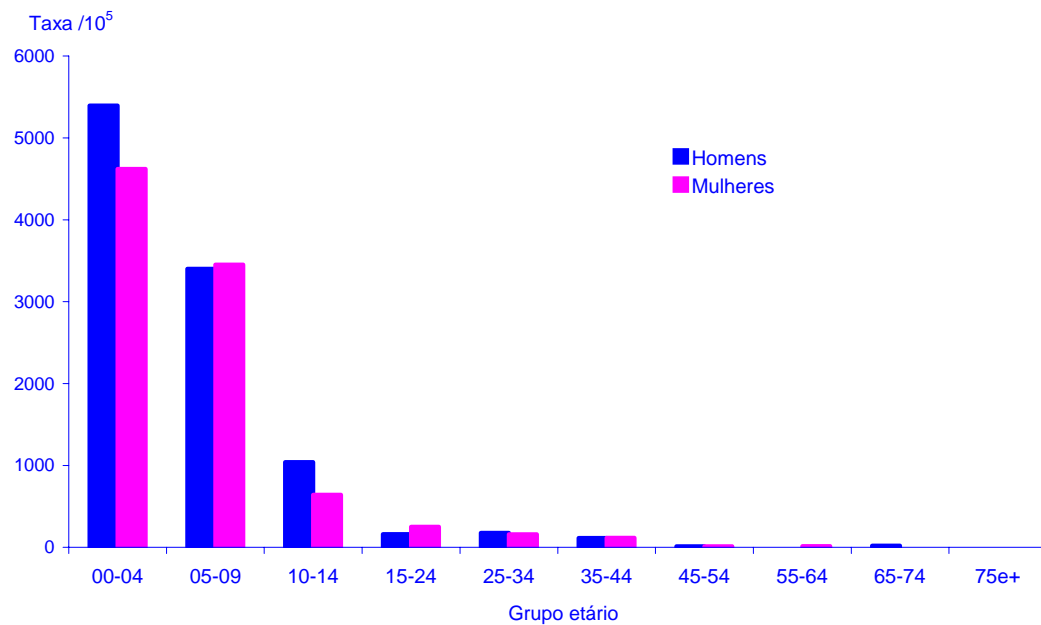


Fig.5 - Distribuição das taxas de incidência anuais de varicela por sexo e grupo etário, em 2004

FRACTURA DO COLO DE FÉMUR

Durante o ano de 2004 foram notificados 82 novos casos de fractura do colo de fémur, tendo ocorrido 18 (22,0%) no sexo masculino e 64 (78,0%) no feminino.

Em ambos os sexos a taxa de incidência foi mais elevada no grupo etário 75 e mais anos, tendo sido de 387,6/10⁵ e 858,4/10⁵ respectivamente, para o sexo masculino e feminino. Considerando todas as idades, a taxa registada no sexo feminino foi 3.25 vezes superior à do sexo masculino (Quadro XII).

Quadro XII - Estimativa das taxas de incidência anuais (/10⁵) de Fractura do Colo de Fémur, por sexo e grupo etário, em 2004

Grupo etário	Homens		Mulheres		Homens+Mulheres	
	Nº casos	Taxa/10 ⁵	Nº casos	Taxa/10 ⁵	Nº casos	Taxa/10 ⁵
00-54	0	0	0	0	0	0
55-64	2	34,1	3	43,4	5	39,1
65-74	2	36,8	11	160,2	13	105,7
75 e+	14	387,6	50	858,4	64	678,2
Total	18	30,2	64	98,3	82	65,8

FRACTURA DO COLO DE FÉMUR

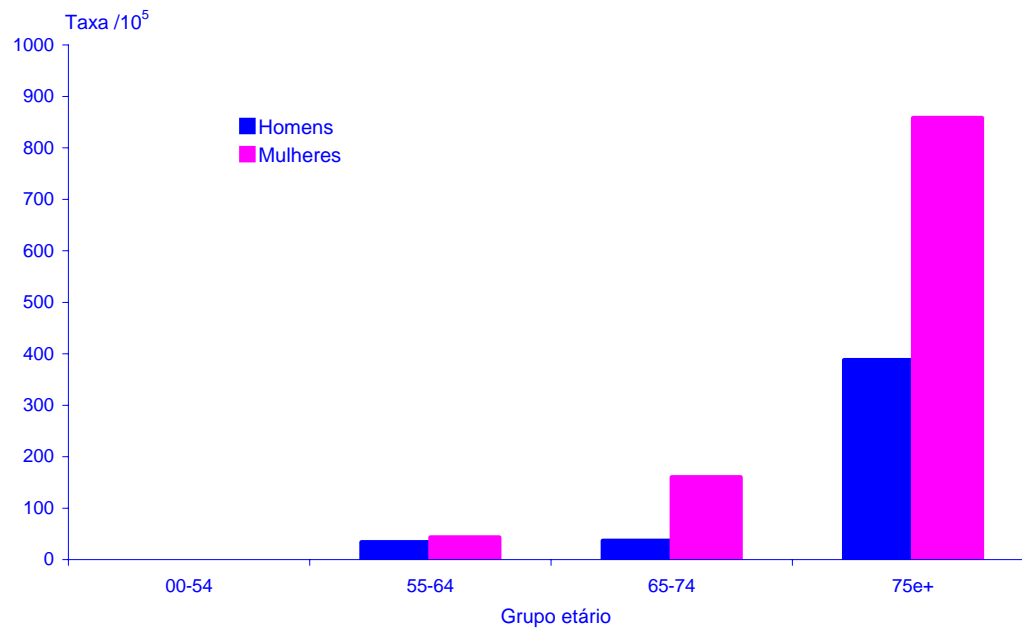


Fig.6 - Distribuição das taxas de incidência anuais de Fractura do colo de fêmur, por sexo e grupo etário, em 2004

INTERRUPÇÃO VOLUNTÁRIA DA GRAVIDEZ

Durante o ano de 2004 foram notificados 43 novos casos de interrupção voluntária de gravidez. A taxa de incidência mais elevada (190,8/10⁵) foi registrada no grupo etário 25-34 anos.

Quadro XIII - Taxa de incidência (10⁵) de Interrupção Voluntária de Gravidez, por grupo etário, em 2004

Grupo etário	Mulheres	
	Nº de casos	taxa /10 ⁵
15-24	13	129,0
25-34	18	190,8
35-44	12	149,8
15-44	43	156,2

INTERRUPÇÃO VOLUNTÁRIA DA GRAVIDEZ

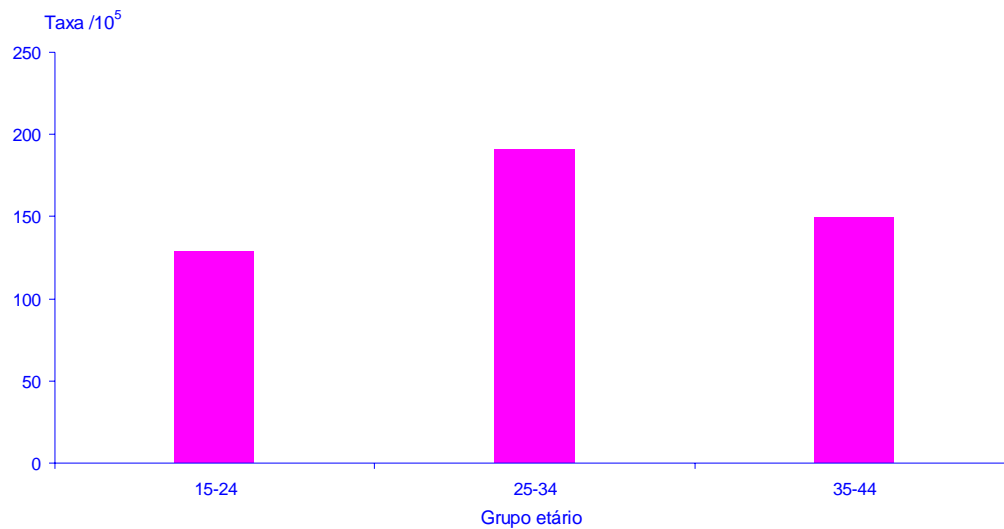


Fig.7 - Distribuição das taxas de incidência anuais de Interrupção Voluntária da Gravidez, por grupo etário, em 2004

DISLIPIDÉMIA

Durante o ano de 2004 foram notificados 2228 novos casos de dislipidémia, tendo ocorrido 971 (43,6%) no sexo masculino e 1257 (56,4%) no feminino.

Em ambos os sexos a taxa de incidência aumentou progressivamente até ao grupo etário 55-64 anos onde atingiu o valor máximo, respectivamente de 3152,7/10⁵ e 4239,0/10⁵ para o sexo masculino e feminino. Saliente-se que, a partir dos 45 anos a taxa nas mulheres foi sempre superior à dos homens.

Quadro XIV - Taxa de incidência (10⁵) de Dislipidémia, por sexo e grupo etário, em 2004

Grupo etário	Homens		Mulheres		H+M	
	Nº de casos	taxa /10 ⁵	Nº de casos	taxa /10 ⁵	Nº de casos	taxa /10 ⁵
00-09	0	0	0	0	0	0
10-14	3	86,7	0	0	3	44,6
15-24	12	149,1	39	486,6	51	317,6
25-34	116	1192,2	100	992,0	216	1090,3
35-44	243	2750,1	171	1812,6	414	2266,0
45-54	231	3053,9	272	3394,5	503	3229,1
55-64	185	3152,7	293	4239,0	478	3740,2
65-74	142	2615,1	268	3902,7	410	3334,1
75 e+	39	1079,7	114	1957,1	153	1621,3
Total	971	1629,6	1257	1930,1	2228	1786,6

DISLIPIDÉMIA

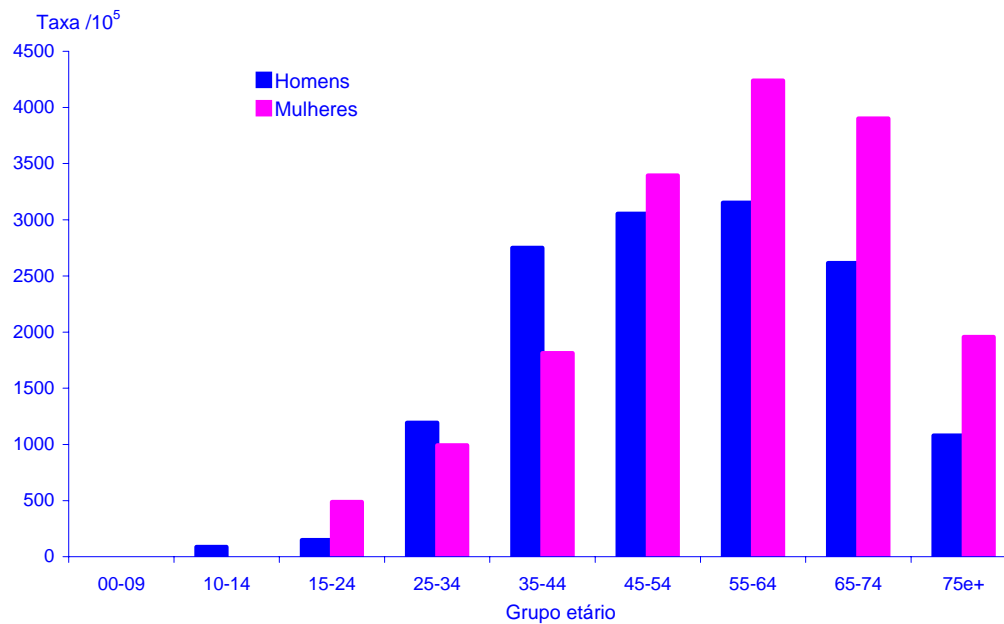


Fig. 8 - Distribuição das taxas de incidência anuais de Dislipidemia, por sexo e grupo etário, em 2004

EPISÓDIO AGUDO DE LOMBALGIA

Durante o ano de 2004 foram notificados 2267 novos episódios de lombalgia, tendo 862 (38,0%) ocorrido em homens e 1405 (62,0%) em mulheres.

No sexo masculino a taxa aumentou progressivamente até ao grupo etário 45-54 anos onde atingiu o valor máximo de 2749,9/10⁵ e decresceu nos grupos etários seguintes; no sexo feminino o valor máximo da taxa registou-se no grupo 55-64 anos.

Repare-se que, a partir dos 45 anos de idade, a taxa de incidência estimada para as mulheres foi sempre superior à dos homens.

Quadro XV - Taxa de incidência (10⁵) Episódio Agudo de Lombalgia por sexo e grupo etário, em 2004

Grupo etário	Homens		Mulheres		H+M	
	Nº de casos	taxa /10 ⁵	Nº de casos	taxa /10 ⁵	Nº de casos	taxa /10 ⁵
00-04	0	0	0	0	0	0
05-09	0	0	4	125,5	4	61,7
10-14	1	28,9	3	91,9	4	59,5
15-24	49	609,0	59	736,2	108	672,5
25-34	114	1171,6	131	1299,5	245	1236,7
35-44	129	1459,9	278	2946,8	407	2227,7
45-54	208	2749,9	275	3431,9	483	3100,7
55-64	135	2300,6	278	4022,0	413	3231,6
65-74	147	2707,2	249	3626,0	396	3220,3
75 e+	79	2187,2	128	2197,4	207	2193,5
Total	862	1446,7	1405	2157,4	2267	1817,8

EPISÓDIO AGUDO DE LOMBALGIA

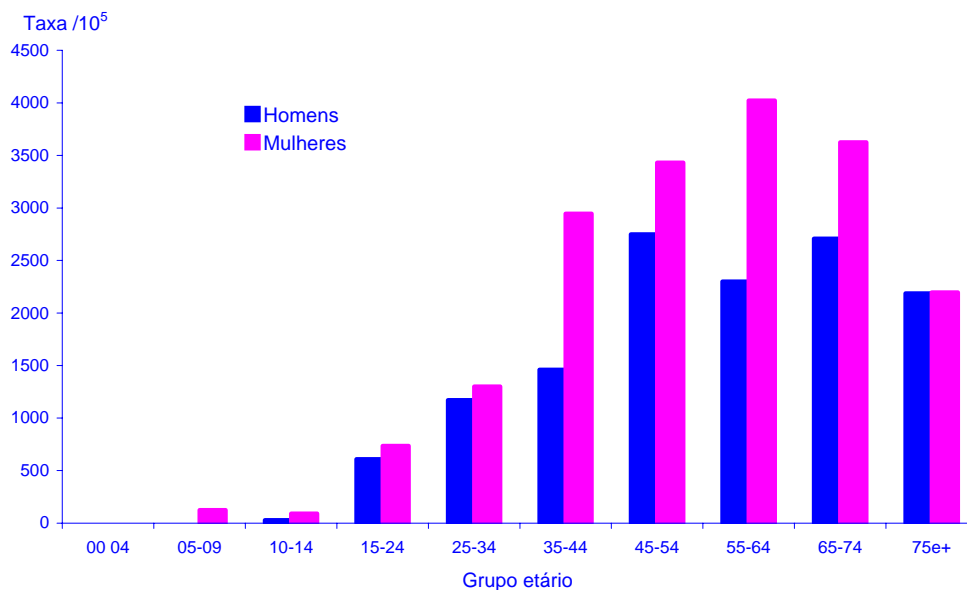


Fig.9 - Distribuição das taxas de incidência anuais de Episódio agudo de Lombalgia, por sexo e grupo etário, em 2004

PRESCRIÇÃO DE PSICOFÁRMACOS

Durante o ano de 2004 foram notificadas 8043 consultas em que houve prescrição de, pelo menos, um psicofármaco, tendo 1963 (24,4%) sido a homens e 6080 (75,6) a mulheres.

No sexo masculino o número de consultas em que houve prescrição de, pelo menos 1 psicofármaco/10⁵ aumentou progressivamente em todos os grupos etários e atingiu o valor máximo de 7976,7/10⁵ no grupo etário 75 e mais anos. No sexo feminino também se verificou um aumento progressivo do nº de consultas/10⁵ até ao valor máximo de 18109,6/10⁵, no grupo etário 65-74 anos, verificando-se um decréscimo no grupo etário seguinte.

Quadro XVI - Número de consultas em que houve prescrição de, pelo menos 1 psicofármaco/10⁵ utentes, por sexo e grupo etário, de 1de Janeiro a 31 de Março de 2004

Grupo etário	Homens	Mulheres	H+M
00-14	145,4	96,4	121,6
15-24	549,0	1575,2	1061,0
25-34	1444,8	3775,8	2630,0
35-44	1970,0	6792,3	4453,6
45-54	3958,9	10858,7	7497,8
55-64	6181,0	16283,3	11626,6
65-74	7128,3	18109,6	13214,1
75 e +	7976,7	16111,0	12990,0
Total	2964,0	8403,2	5803,8

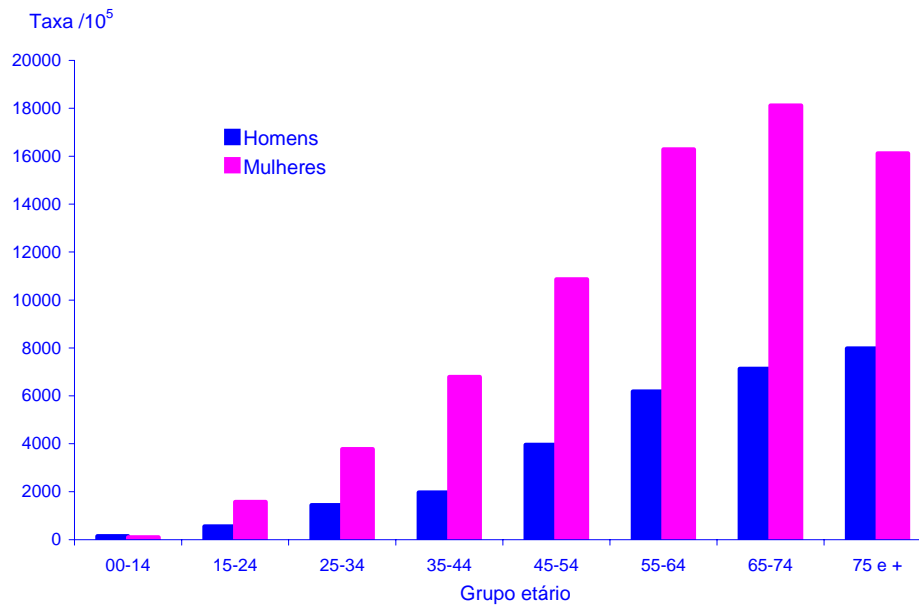


Fig.10 - Distribuição do número de consultas em que houve prescrição de, pelo menos, um psicofármaco/10⁵ utentes, por sexo e grupo etário, de 1 de Janeiro a 31 de Março de 2004.

Os diagnósticos que motivaram a prescrição de psicofármacos foram, por ordem decrescente: ansiedade (2556,6/10⁵); depressão (1675,5/10⁵); perturbações do sono (1348,7/10⁵); e demência e outras psicoses (433,0/10⁵) (Quadro XVII).

O diagnóstico “ansiedade” foi mais frequente nos utentes com idade entre os 65 e os 74 anos, em ambos os sexos. Foi cerca de 3 vezes mais frequente nas mulheres do que nos homens e, em todos os grupos etários a partir dos 25 anos de idade, foi significativamente mais frequente nas mulheres do que nos homens (Quadro XVII).

O diagnóstico “depressão” foi mais frequente no utentes do grupo etário 55-64 anos e cerca de 4,2 vezes mais frequente nas mulheres do que nos homens. Verificou-se ser significativamente mais frequente nas mulheres do que nos homens, em todos os grupos etários a partir dos 15 anos de idade (Quadro XVII).

O diagnóstico “perturbações do sono” foi cerca de 3,1 vezes mais frequente nas mulheres do que nos homens e significativamente mais frequente nas mulheres do que nos homens, em todos os grupos etários a partir dos 15 anos de idade. Verificou-se que, em ambos os sexos, aumentou progressivamente com a idade (Quadro XVII).

A frequência do diagnóstico “demência e outras psicoses” foi semelhante para os dois sexos, considerando todas as idades, e significativamente mais frequente nas mulheres com 75 e+anos (Quadro XVII).

PRESCRIÇÃO DE PSICOFÁRMACOS

Quadro XVII - Número de utentes/10⁵ com prescrição de psicofármacos, segundo a idade, sexo e diagnóstico(s) referidos

Grupo etário	Perturbações do Sono				Ansiedade				Depressão				Demência e outras psicoses			
	Homens	<i>p</i>	Mulheres	H+M	Homens	<i>p</i>	Mulheres	H+M	Homens	<i>p</i>	Mulheres	H+M	Homens	<i>p</i>	Mulheres	H+M
00-14	36,3 (4)	ns	28,9 (3)	32,7 (7)	9,1 (1)	ns	0,0 (0)	4,7 (1)	9,1 (1)	ns	38,6 (4)	23,4 (5)	90,9 (10)	ns	28,9 (3)	60,8 (13)
15-24	280,1 (25)	0,0004	618,8 (55)	449,1 (80)	0,0 (0)	<0,0001	157,2 (14)	78,6 (14)	179,3 (16)	<0,0001	652,6 (58)	415,4 (74)	145,6 (13)	ns	191,3 (17)	168,4 (30)
25-34	605,9 (65)	<0,0001	1541,0 (171)	1081,3 (236)	149,1 (16)	<0,0001	423,5 (47)	288,7 (63)	522,0 (56)	<0,0001	1829,3 (203)	1186,7 (259)	270,3 (29)	ns	225,3 (25)	247,4 (54)
35-44	687,5 (67)	<0,0001	2879,2 (298)	1816,3 (365)	277,7 (27)	<0,0001	879,3 (91)	587,2 (118)	502,8 (49)	<0,0001	3072,5 (318)	1826,2 (367)	492,5 (48)	ns	299,5 (31)	393,1 (79)
45-54	1614,6 (135)	<0,0001	5213,5 (459)	3460,5 (594)	586,1 (49)	<0,0001	2112,7 (186)	1369,1 (235)	1016,6 (85)	<0,0001	4259,4 (375)	2679,9 (460)	777,4 (65)	ns	533,8 (47)	652,5 (112)
55-64	2992,3 (198)	<0,0001	7715,2 (597)	5538,1 (795)	1450,8 (96)	<0,0001	3786,5 (293)	2709,9 (389)	1269,5 (84)	<0,0001	5130,5 (397)	3350,7 (481)	544,1 (36)	ns	723,7 (56)	640,9 (92)
65-74	3290,0 (210)	<0,0001	8267,2 (656)	6048,3 (866)	2021,0 (129)	<0,0001	5305,6 (421)	3841,3 (550)	1143,7 (73)	<0,0001	4473,9 (355)	2989,2 (428)	595,3 (38)	ns	730,9 (58)	670,5 (96)
75 e +	3069,7 (137)	<0,0001	6458,4 (463)	5158,2 (600)	2352,7 (105)	<0,0001	5495,9 (394)	4289,9 (499)	1165,1 (52)	<0,0001	2734,0 (196)	2132,0 (248)	761,8 (34)	0,0067	1255,4 (90)	1066,0 (124)
Total	1269,8 (841)	<0,0001	3734,5 (2702)	2556,6 (3543)	638,7 (423)	<0,0001	1998,5 (1446)	1348,7 (1869)	628,1 (416)	<0,0001	2634,3 (1906)	1675,5 (2322)	412,2 (273)	ns	452,0 (327)	433,0 (600)

A prescrição dos psicofármacos (/10⁵), considerada segundo grupos ou sub-grupos fármaco-terapêuticos foi persistentemente mais frequente no sexo feminino do que no masculino, designadamente: antipsicóticos (NO5A) (1,5 vez mais); ansiolíticos (NO5B)-2,8 vezes mais; ansiolíticos derivados da benzodiazepina (NO5BA) - 2,8 vezes; hipnóticos e sedativos derivados da benzodiazepina (NO5CD) - 3,1 vezes mais; e antidepressivos (NO6A) - 4 vezes mais.

Quadro XVIII - *Ranking* dos grupos e sub-grupos fármaco-terapêuticos prescritos: distribuição percentual e por 10⁵ (ordem decrescente)

Psicofármacos prescritos, por grupo e sub-grupo fármaco-terapêutico	% de utentes (nº de casos)	Nº de utentes/10 ⁵
Psicolépticos (NO5)	86,6 (5733)	4136,9
Derivados da benzodiazepina (NO5BA+NO5CD)	79,9 (5289)	3816,5
Ansiolíticos (NO5B)	69,8 (4622)	3335,2
Ansiolíticos derivados da benzodiazepina (NO5BA)	69,1 (4576)	3302,0
Antidepressivos (NO6A)	32,8 (2174)	1568,8
Hipnóticos e sedativos derivados da benzodiazepina (NO5CD)	10,8 (713)	514,5

A cada utente pode ter sido prescrito mais de um psicofármaco de cada grupo.
(...) nº de casos

PRESCRIÇÃO DE PSICOFÁRMACOS

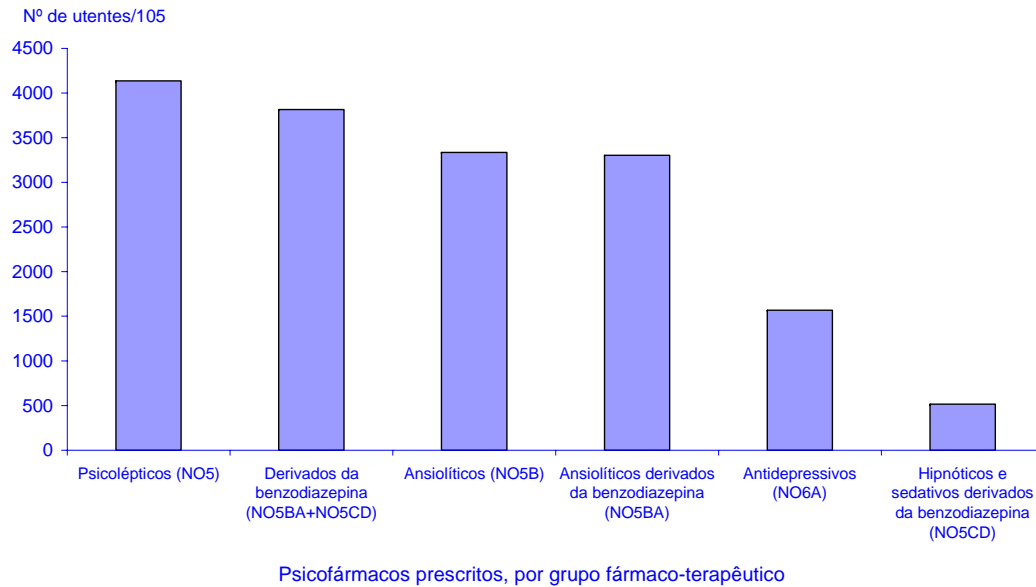


Fig. 11- *Ranking* dos grupos e sub-grupos fármaco-terapêuticos prescritos por 10⁵

CONSULTA RELACIONADA COM DEPRESSÃO

Durante o ano de 2004 foram notificadas 6196 consultas, que correspondem a 5355,2/10⁵ utentes, das quais 1020 (16,5%) foram feitas a utentes do sexo masculino e 5176 (83,5%) a utentes do sexo feminino.

Quadro XIX – Nº de consultas relacionadas com depressão/10⁵ utentes, por sexo e grupo etário, em 2004

Grupo etário	Homens		Mulheres		H+M	
	Nº de consultas	Nº de consultas /10 ⁵	Nº de consultas	Nº de consultas /10 ⁵	Nº de consultas	Nº de consultas /10 ⁵
00-09	0	0	2	31,8	2	15,5
10-14	2	62,1	8	248,3	10	159,6
15-24	64	854,0	268	3576,2	332	2222,1
25-34	124	1369,9	753	8318,6	877	4750,3
35-44	178	2164,1	1069	12997,0	1247	7323,2
45-54	172	2450,8	978	13935,6	1150	7948,6
55-64	196	3623,6	972	17970,0	1168	9908,4
65-74	158	3190,6	734	14822,3	892	7926,8
75e+	126	3852,0	392	11984,1	518	6027,5
Total	1020	1846,2	5176	9368,7	6196	5355,2

CONSULTA RELACIONADA COM DEPRESSÃO

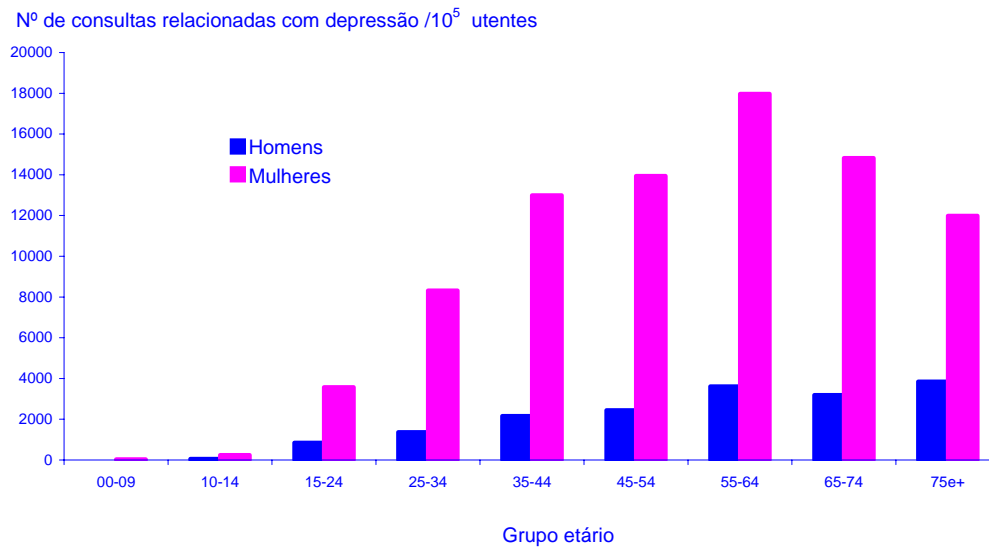


Fig.12 -
Número de consultas relacionada com depressão (10⁵), por sexo e grupo etário, em 2004

ACONTECIMENTOS IRIS

Durante o ano de 2004, 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 REALIZADOS EM 2004

Durante o ano de 2004 foram ainda realizados os seguintes estudos:

- Fibrilhação auricular e risco de tromboembolismo (continuação)
- Diagnóstico de Febre Escaro-Nodular e de outras *ricketsioses* (continuação).
Os resultados deste estudo não serão divulgados devido à escassez de casos notificados.

IESS-EUROPEAN INFLUENZA SURVEILLANCE SCHEME

Ver pág.62

HEALTH INFORMATION FROM PRIMARY CARE

Projecto coordenado pelo *NIVEL, Netherlands Institute for Health Services Research*, cujo objectivo principal foi estabelecer a exequibilidade do fornecimento de informação epidemiológica sobre indicadores de saúde, nomeadamente a adequação dos cuidados primários como fonte de informação epidemiológica e a validade e comparabilidade dessa informação com a de outros países, com base na informação gerada por redes sentinela.

Este projecto decorreu de meados de 2002 a Março de 2004.

O *Health Information from Primary Care* foi implementado na sequência do estudo "*Health monitoring in sentinel practices networks*" em que a Rede Médicos-Sentinela também esteve envolvida e cujo objectivo principal era a recolha, através das redes sentinela de vários países da UE, informação que fosse comparável nesses diferentes países envolvidos.

PROGRAMA DE VIGILÂNCIA INTEGRADA, CLÍNICA E LABORATORIAL, DO SÍNDROMA GRIPAL

PROGRAMA DE VIGILÂNCIA INTEGRADA CLÍNICA E LABORATORIAL DO SÍNDROMA GRIPAL

Desde 1990 que a Rede Médicos-Sentinela está envolvida na vigilância epidemiológica, semanal, do síndrome gripal, 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 doença, 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. 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 zangaratoas 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

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 écran do EISS, no site www.eiss.org.

LIMITAÇÕES GERAIS DOS DADOS

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) estão, obviamente, sub-representados, uma vez que pertencendo a sub-sistemas de saúde, recorrem menos aos centros de saúde.

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

LIMITAÇÕES ESPECÍFICAS DOS NUMERADORES

Os numeradores estão, potencialmente, afectados por deficiências ou erros, que se traduzem em subnotificação ou em sobrenotificação de casos.

SUBNOTIFICAÇÃO DE CASOS

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

LIMITAÇÕES DOS DADOS

● 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 INATIVIDADE 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 inatividade está diminuída.

Os períodos de inatividade 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.

SOBRENOTIFICAÇÃO DE CASOS

A sobrenotificação de casos tem uma importância muito menor do que a subnotificação 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 assegurada 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.

ERROS E IMPRECIÇÕES DO 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.

LIMITAÇÕES DOS DADOS

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, se tal fosse possível.

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

ESTUDOS – SATÉLITE REALIZADOS PELA REDE

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.

ESTUDOS – SATÉLITE REALIZADOS PELA REDE

● **NCIDÊNCIA 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 insulínica. 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 TIROIDEIA** (não publicado)

ESTUDOS – SATÉLITE REALIZADOS PELA REDE

● 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 ALCOOL (não publicado)

● PREVALÊNCIA DE BRONQUITE CRÓNICA E ASMA (não publicado)

- **ESTUDO DAS RAZÕES DETERMINANTES DE INTERRUÇÃO 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

ESTUDOS – SATÉLITE REALIZADOS PELA REDE

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** (não publicado)

2001

- **ESTUDO SOBRE A PERCENTAGEM DE INDIVÍDUOS COM HEPATITE B QUE SE TORNARAM PORTADORES CRÓNICOS DE ANTIGÉNIO HBS** (não publicado)

2002

- **COMPLICAÇÕES E CUSTOS SOCIAIS DA VARICELA** (não publicado)
- **REGIMES TERAPÊUTICOS PARA A ÚLCERA PÉPTICA E O *HELICOBACTER PYLORI*** (em fase de publicação)

2003

- **PRECISÃO DO DIAGNÓSTICO DOS NOVOS CASOS DE ASMA NOTIFICADOS PELOS MÉDICOS SENTINELA DE 2000 A 2004** (não publicado)
- **FIBRILHAÇÃO AURICULAR E RISCO DE TROMBOEMBOLISMO** (em fase de publicação)
- **DIAGNÓSTICO DA FEBRE ESCARO–NODULAR E DE OUTRAS *RICKETTSIOSES***

2004

- **FIBRILHAÇÃO AURICULAR E RISCO DE TROMBOEMBOLISMO**
- **DIAGNÓSTICO DA FEBRE ESCARO–NODULAR E DE OUTRAS *RICKETTSIOSES*** (2ª ano)

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.

PUBLICAÇÕES

- 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.

PUBLICAÇÕES

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.* Trigliceridémia em doentes com Diabetes Mellitus não insulino-dependente. 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 alcool 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.

PUBLICAÇÕES

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 données nationales de morbidité d'EISS pour la surveillance de la grippe:un index simple. Eurosurveillance. Vol 8 n°7/8: 156-163.

PUBLICAÇÕES

2004

- Fleming DM, Schellevis FG, Van Casteren V. The prevalence of known diabetes in eight european countries. *European journal of public health* 2004;14:10-14.
- Centro Nacional da Gripe, ONSA. Gripe em Portugal 2003/2004. Relatório Anual. Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, 2004.
- 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, 2004.

Acontecimentos IRIS

Inesperados, Raros, Inéditos ou Surpreendentes

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 2004

INSTITUTO NACIONAL DE SAÚDE
DR. RICARDO JORGE
OBSERVATÓRIO NACIONAL DE SAÚDE
TEL: 21 7526488

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

MÉDICOS PARTICIPANTES	CENTRO DE SAÚDE
ADRIANO BORGES MONTEIRO	AZAMBUJA
ADRIANO DE OLIVEIRA DOMINGUES	ÁGUEDA
ALDORA SARAIVA NEVES FIRMO	SOURE
ÁLVARO LUIS 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 CRISTINA MEIRELES PEREIRA	AVEIRO
ANA CRISTINA PINTO MAGALHÃES	LOULÉ
ANA MARGARIDA AGUIAR LEVY	SINTRA
ANA MARIA CONCEIÇÃO ERNESTO	MEALHADA

ANA MARIA COSTA SÁ MARQUES PIRES	PONTE DE LIMA
ANA MARIA FERREIRA	CELORICO DA BEIRA
ANA MARIA ISIDRO MONSANTO PEREIRA	OURIQUE
ANA MARIA MEIRA MACEDO SARDINHA	MATOSINHOS
ANA MARIA RODRIGUES BARROS	DR. GORJÃO HENRIQUES
ANA MARIA ROSAS VIEIRA	AMARANTE
ANA MARIA SILVA AZENHA PISCO	CALDAS DA RAINHA
ANA PAULA JESUS MOREIRA	BARÃO CORVO
ANA PAULA PIRES GRANADEIRO	MOITA
ANABELA SANTANA MIRANDA DE LIMA	GRAÇA
ANTÓNIO AURÉLIO REBELO FIGUEIREDO	AGUAS SANTAS
ANTÓNIO DAVID PINTO MARTINHO	FUNDÃO
ANTÓNIO DINIS MACHADO DA SILVA	VILA VERDE
ANTÓNIO JOÃO PASSÃO LOPES	ÉVORA

ANTÓNIO JOSÉ DA SILVA VALENTE	BRAGANÇA
ANTÓNIO JOSÉ NOVAIS TAVARES	MAÇÃO
ANTÓNIO LUÍS GLÓRIAS FERREIRA	REDONDO
ANTÓNIO MARTINS SILVA CAIO	FUNDÃO
ANTÓNIO PEDRO GARRIDO CAETANO	ALVITO
ANTÓNIO VALÉRIO ROSA	MOITA
ARISTEU DOMINGOS LEITÃO	GUIMARÃES
ARMANDO BRITO DE SÁ	BENFICA
ARMINDA SANTOS MOREIRA PIRES	SENHORA DA HORA
AUSENDA ZAIDA BELO MARTINS	PONTE DE SÔR
CARLOS ALBERTO SANTOS REIS	SINES
CARLOS MANUEL PRÍNCIPE CEIA	CORUCHE
CECÍLIA GARRIDO TEIXEIRA	TORRES VEDRAS
CESARINA AUGUSTA SANTOS SILVA	ERMESINDE
CRISTINA MARIA SILVA CHILRO	CASTELO DE PAIVA

CRISTINA SOUSA CASTELA	TAROUCA
CRISTINA SOUSA PEREIRA PINTO	LEÇA DA PALMEIRA
DAGOBERTO MARÍLIO MONTEIRO MOURA	PARANHOS
DANIEL JOSÉ MARQUES FURTADO SILVA	ALDOAR
DEOLINDA MARIA SILVA DINIZ	ALMADA
EDITE MARIA CALDAS DA SILVA	LEÇA DA PALMEIRA
ELISA MARIA BENTO DA GUIA	MOIMENTA DA BEIRA
EMÍLIA MARIA TEIXEIRA	LEÇA DA PALMEIRA
FELICIDADE MARIA MALHEIRO	PARANHOS
FELISBELA BASTOS MAGALHÃES DINIS	FAFE
FERNANDA MARIA PINHO TAVARES	VILA DO CONDE
FERNANDO AUGUSTO SEVERINO SILVA	VISEU
FERNANDO FERREIRA	ARCOZELO
FERNANDO JOSÉ SANTOS ALMEIDA	ARCOZELO

FERNANDO OLIVEIRA RODRIGUES	PONTE DE SÔR
FRANCISCO MANUEL PÁSCOA	COVA DA PIEDADE
GRAÇA MARIA BARRETO MARTINS	VISEU
HELENA MARIA DA SILVA FERREIRA	MEALHADA
ISABEL CRISTINA MARTINS AZEVEDO	HORTA
ISABEL MARIA AMARAL ALMEIDA ALVES	FREIXO
ISABEL TAVEIRA PINTO	PONTE DE SÔR
JAIME BRITO DA TORRE	BARREIRO
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 ALBERTO ALVES CARVALHO	FUNDÃO
JOÃO ANTÓNIO DUARTE SOUSA CUNHA	MONFORTE
JOÃO ANTÓNIO INÁCIO CONCEIÇÃO	TOMAR

JOÃO ANTÓNIO MARTIN SILVA REGO	FAFE
JOÃO HORÁCIO SOARES MEDEIROS	SANTA MARTA DE PENAGUIÃO
JOÃO LUÍS DA SILVA PEREIRA	SACAVÉM
JOÃO MANUEL ALMEIDA DINIZ	FAFE
JOÃO MARINHO TROCADO MOREIRA	AVIS
JOÃO RICARDO SANTOS BRITO	GRAÇA
JOAQUIM BAPTISTA DA FONSECA	SANTA MARTA DE PENAGUIÃO
JOAQUIM MANUEL RAMALHO FITAS	MONTEMOR-O-NOVO
JORGE ALBERTO LORGA RAMOS	PORTEL
JORGE MANUEL MONTEIRO DE ALMEIDA	PESO DA RÉGUA
JORGE MANUEL PEREIRA CRUZ	MIRANDELA
JORGE MARIA SILVA VIANA SÁ	REDONDO
JOSÉ ANTÓNIO NUNES DE SOUSA	FEIRA
JOSÉ ARMANDO BAPTISTA PEREIRA	PAREDES

JOSÉ AUGUSTO GONÇALVES MACEDO	GUIMARÃES
JOSÉ AUGUSTO MANTEIGA RUIVO	ALCANENA
JOSÉ AUGUSTO RODRIGUES SIMÕES	GÓIS
JOSÉ MANUEL MENDES NUNES	OEIRAS
JOSÉ PEDRO VERDELHO ALVES	BOTICAS
LEONOR RAMALHO	VENDA NOVA
LIA MARTINS FERREIRA CARDOSO	UISEU
LICÍNIO LABORINHO FIALHO	NAZARÉ
LÚCIA MARIA FERREIRA	SEVER DO VOUGA
LUCINDA ROSARIA SILVEIRO	SEIXAL
LUÍSA MARIA MOREIRA GOMES	BARCELINHOS
MADALENA REIS CORBAFO ARAÚJO	HORTA
MANUEL AUGUSTO SANTOS COELHO	FUNDÃO
MANUEL DOS SANTOS SOARES	CARNAXIDE
MANUEL FILIPE FREIRE ANDRADE	VILA VERDE

MANUEL FRANCISCO GODINHO	LAGOS
MANUEL LUCIANO CORREIA SILVA	MATOSINHOS
MARGARIDA CONCEIÇÃO REIS LIMA	BRAGA I
MARGARIDA GUIMARÃES	CASTRO DAIRE
MARGARIDA MARIA LOBÃO FERREIRA	PENALVA DO CASTELO
MARIA ADELINA MOREIRA GUEDES	LOUSADA
MARIA AUGUSTA ALMEIDA PEREIRA	TERRAS DO BOURO
MARIA CRISTINA DE MIRA GALVÃO	SERPA
MARIA DA CONCEIÇÃO FRAGA COSTA	PESO DA RÉGUA
MARIA DE FÁTIMA GLÓRIAS FERREIRA	ALANDROAL
MARIA DE FÁTIMA GOMES DOMINGOS	SOBRAL DE MONTE AGRAÇO
MARIA DE FÁTIMA SOUSA DA SILVA	AMARANTE
MARIA DE LURDES FERNANDES	OEIRAS
MARIA ELVIRA PINTO COSTA SILVA	BARÃO CORVO

MARIA EMÍLIA CORREIA BARROS	ESPINHO
MARIA FÁTIMA CRUZ BEIROLA	STº CONDESTÁVEL
MARIA FILOMENA MINA HENRIQUES	STº ANTONIO DA SERRA MACHICO
MARIA FILOMENA PRATA VIEIRA	PARANHOS
MARIA GABRIELA SALLÉ SOUSA BRITO	LAMEGO
MARIA GRAÇA CARVALHAL FEIO	MATOSINHOS
MARIA GRACINDA PEREIRA RODRIGUES	PONTE DE SÔR
MARIA HELENA SÁ PEREIRA FERNANDES	MATOSINHOS
MARIA ISABEL VENÂNCIO MORAIS	PONTE DE LIMA
MARIA JOSÉ BRITO VALÉRIO ROSA	BARREIRO
MARIA JOSÉ RIBAS CASTRO	MATOSINHOS
MARIA JOSÉ SALGUEIRO CARMO	CASTRO MARIM
MARIA JOSÉ TOVAR	ÁGUEDA
MARIA JOSEFINA MARAU GONÇALVES	SINTRA
MARIA LUISA RODRIGUES ROMEIRO	OEIRAS

MARIA LURDES NERY COSTA FERREIRA	WISEU
MARIA MADALENA CÂMARA PESTANA	AJUDA
MARIA MADALENA PRIMO CABRAL	NORTON DE MATOS
MARIA MANUEL MARQUES AÇAFRÃO	DR. ARNALDO SAMPAIO
MARIA MANUEL RUELA SILVA CUNHA	AVEIRO
MARIA MANUELA ALVES FONTOURA	PARANHOS
MARIA MANUELA MOREIRA SUCENA MIRA	ÁGUEDA
MARIA MARGARIDA CASTRO LEITE	GRÂNDOLA
MARIA MARGARIDA NUNES CASTANHEIRA	OEIRAS
MARIA ODETE SEMEDO OLIVEIRA	MEALHADA
MARIA OTÍLIA GRAÇA VIDAL	ÁGUEDA
MARIA PALMIRA FERNANDES CARNEIRO	VILA VERDE
MARIA PAULA FERNANDES	PONTINHA
MARIA PAULA RODRIGUES FERREIRA	TORRES VEDRAS

MARIA PRAZERES RODRIGUES SILVA	LEÇA DA PALMEIRA
MARIA RAQUEL FRAGA CASTRO	MATOSINHOS
MARIA TERESA MINISTRO ESTEVES	VISEU
MARIA TERESA VIEIRA LIBÓRIO	OEIRAS
MARÍLIA JARDIM FERNANDES	SANTA CRUZ
MARÍLIA JOSÉ PEREIRA DIOGO	OVAR
MARÍLIA SILVESTRE CARVALHO	GRAÇA
MÁRIO FERNANDO LUZ SILVA	CHAMUSCA
MIGUEL ALBERTO CRUZ MELO	BRAGA I
NANTÍLIA AUGUSTA ALMEIDA BARBOSA	AVEIRO
NELSON ENCARNAÇÃO CALADO	SEIXAL
OLGA MARIA CORREIA XAVIER ROCHA	PAREDE
PAULA SOFIA MARTINS PISCO PEREIRA	SENHORA DA HORA
PAULO GUILHERME LOPES ASCENSÃO	CASTRO VERDE
PAULO JOSÉ MENDES GOUCHA JORGE	SANTARÉM

RITA DE FÁTIMA MENDES PINHEIRO	FREIXO
ROGÉRIO RAMIRO CARVALHO SOUSA	SABUGAL
ROSA MARIA AMORIM DOS REIS	VILA DO CONDE
ROSA MARIA ANTUNES QUARESMA	GAVIÃO
ROSA MARIA FERREIRA CASTRO GOMES	FREIXO
RUI AFONSO CERADAS	ARCOZELO
RUI CÉSAR CAMPOS CASTRO	SANTARÉM
RUI MANUEL CAMPOS TEIXEIRA	PINHEL
RUI MANUEL FARIA SILVA NETO	LOUSADA
RUI MANUEL NOGUEIRA SOUSA SANTOS	BEJA
RUI MANUEL TABORDA GONÇALVES	PINHEL
RUI MANUEL TAVARES AMARAL	VINHAIS
RUI MARQUES RODRIGUES SANTOS	MONDIM DE BASTO
RUI PEREIRA ALVES BRÁS	CASTELO DE VIDE

SÉRGIO ANTÓNIO SOUSA VIEIRA

TERMAS DE S. VICENTE

TERESA LAGINHA

CORAÇÃO DE JESUS

TERESA MARIA CAMPOS ÂNGELO MENDES

SERTÃ

VALÉRIO MANUEL NETO CAPAZ

CORUCHE

ZAIDA AGUIAR SÁ AZEREDO

CARVALHOSA



Ministério da Saúde

Instituto Nacional de Saúde Dr Ricardo Jorge (INSA)
Observatório Nacional de Saúde (ONSA).
Portugal.

Médicos Sentinela:

18 - Um ano com saúde mental
Relatório de Actividades 2004
Lisboa: 2006

Propriedade: ONSA – Observatório Nacional
de Saúde
Av. Padre Cruz, 1649-016 Lisboa. Portugal

Tiragem: 750 exemplares
ISBN: 978-972-8643-29-4
Depósito Legal: 122033/98

