
Adesão à definição de caso na vigilância da gripe e outros vírus respiratórios: grupo focal

Integra Vaccine Effectiveness, Burden and Impact Studies (VEBIS) of COVID-19 and Influenza

Ana João Santos*, João Almeida Santos#, Ana Paula Rodrigues#

#Departamento de Epidemiologia | Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge

*RISE - Health, Departamento de Educação e Psicologia | Universidade de Aveiro

Índice

Sumário executivo	1
Executive Summary	3
Enquadramento.....	8
Nota metodológica.....	10
Recrutamento.....	10
Procedimentos	10
Análise de Dados	11
Resultados	11
1. Alargamento da vigilância a outros vírus respiratórios	12
2. Alargamento da vigilância para todo o ano.....	13
3. Definição e seleção de casos: Infecção Respiratória Aguda (IRA) e Síndrome Gripal (SG)	14
4. Desafios na inclusão de crianças (n=6).....	16
5. Questões organizacionais.....	17
6. Procedimentos	19
Notas conclusivas	22
Referências bibliográficas.....	24



Siglas e abreviaturas

Efetividade da vacina (EV)

Infeção Respiratória Aguda (IRA)

Medicina Geral e Familiar (MGF)

Síndrome Gripal (SG)

Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP)

Unidades de Saúde Familiar (USF)

Sumário executivo

O sistema de vigilância da gripe e outras infeções respiratórias em Portugal integra diversas redes, como a Rede Médicos-Sentinela (MS), serviços hospitalares e laboratórios especializados. Este estudo analisou o alargamento da vigilância para incluir outros vírus respiratórios e a transição da definição de caso de Síndrome Gripal (SG) para Infeção Respiratória Aguda (IRA), explorando o impacto na prática clínica dos médicos e nos processos da Rede Sentinela.

Os métodos utilizados incluíram um grupo focal online, com a participação de nove profissionais da Rede Sentinela. A sessão teve a duração de uma hora e 31 minutos e a discussão foi gravada e transcrita para análise de conteúdo, utilizando codificação temática indutiva e dedutiva, permitindo a identificação de categorias e subcategorias relevantes ao tema.

Os resultados da análise de conteúdo temática são apresentados em seis grandes temáticas, parcialmente alinhadas com as perguntas abertas que orientaram a discussão:

1. Alargamento da vigilância a outros vírus respiratórios – Explora as perceções dos profissionais sobre os impactos na prática clínica e os benefícios epidemiológicos associados à inclusão de novos vírus na vigilância.
2. Alargamento da vigilância para todo o ano – Avalia os benefícios e desafios da monitorização contínua, incluindo o impacto da sazonalidade das infeções e dificuldades operacionais.
3. Definição e seleção de casos – Infeção Respiratória Aguda (IRA) vs. Síndrome Gripal (SG) – Analisa a transição da definição de caso, destacando facilidade de adoção, vantagens e dificuldades na aplicação dos critérios.
4. Desafios na inclusão de crianças – Identifica as barreiras técnicas e éticas associadas à colheita de amostras em idades pediátricas.
5. Questões organizacionais – Discute as barreiras estruturais e operacionais na implementação da vigilância, incluindo sobrecarga de trabalho, papel do ponto focal e adesão das equipas.
6. Procedimentos e registos – Aborda as estratégias adotadas pelos profissionais, os desafios na notificação de casos e a variabilidade da codificação nos registos clínicos.

As temáticas com maior consenso foram aquelas relacionadas com os benefícios do alargamento da vigilância (para outros vírus e para todo o ano) e com a clareza da nova definição de caso (IRA). As questões organizacionais e operacionais, por outro lado, refletiram maior variabilidade nas perceções, com soluções e barreiras específicas para cada contexto.

Os resultados mostram perceções positivas sobre o alargamento da vigilância para outros vírus respiratórios, reconhecendo-se benefícios epidemiológicos significativos. A transição para a definição de SG para IRA foi amplamente aceite pelos médicos que a consideraram mais clara e abrangente, permitindo a inclusão de casos mais diversificados. Foram identificados desafios operacionais, incluindo dificuldades na interpretação de critérios como *início súbito dos sintomas* e a inclusão de subgrupos.

O alargamento da vigilância para todo o ano foi visto como vantajoso, mas com ressalvas devido à sazonalidade das infeções e desafios operacionais, como esquecimentos fora do período gripal e sobrecarga de trabalho. A centralização do trabalho em pontos focais mostrou-se essencial para garantir a continuidade e eficácia do sistema.

As dificuldades organizacionais continuam a ser uma barreira crítica, com carga de trabalho elevada, falta de adesão da equipa e necessidade de um ponto focal forte para garantir a continuidade da vigilância. A integração de médicos internos e de elementos da equipa da enfermagem mostrou-se uma estratégia promissora para reduzir o impacto destas barreiras.

Por fim, o estudo destaca a necessidade de reforçar estratégias organizacionais e fornecer suporte contínuo aos profissionais, promovendo a adesão às mudanças e garantindo a qualidade e representatividade dos dados de vigilância.

Executive Summary

Background

The Portuguese influenza and respiratory infection surveillance system encompasses several integrated networks, including the primary care sentinel network (General Practitioners Sentinel Network and Primary Care Units Sentinel Network), specialized laboratories, and intensive care units. This study evaluates the impact of expanding surveillance to include additional respiratory viruses and the changes to increase the sensitivity of the surveillance system from Influenza-like Illness (ILI) to Acute Respiratory Infection (ARI) definitions on the clinical practices of medical professionals and the processes within the primary care sentinel network.

One characteristic of primary care sentinel network is the fact that is based on general practitioners' recruitment. In health research studies through general practitioners' recruitment, sampling bias is recognised, mainly coming from the coverage of the General Practitioners (GP) population and refusal of patients to participate (Ertmann et al., 2020). Nonetheless it may also arise from GP decision to include some patients (Ertmann et al., 2020; Silva Junior et al., 2015). This maybe particular significant when the case definition that has been used for recruitment change to a different and broader case definition (that includes clinician's judgement that the illness is due to an infection).

The present study aimed to explore the perceptions of GP within the primary care sentinel network regarding the change in case definition (from Influenza-like Illness [ILI] to Acute Respiratory Infection [ARI]) in their clinical practice. It sought to understand the impact of these changes on patient recruitment, the challenges faced, and the strategies adopted by professionals to comply with the new guidelines.

Methodology

The study employed a focus group discussion conducted online, involving nine participants. The session lasted for one hour and 31 minutes and was audio recorded. The focus group was transcribed and analyzed using thematic content analysis, with inductive and deductive coding. This approach identified key themes and respective subcategories to understand participants' perceptions and challenges regarding the new surveillance protocols.

Key Findings

Overall, the findings were organized into six key themes, partially aligned with the open-ended questions that guided the discussion.



1. Expansion to Include Other Respiratory Viruses - Describes professionals' perceptions regarding the inclusion of additional respiratory viruses, emphasizing its impact on clinical practice and perceived benefits.
2. Expansion to Year-Round Surveillance – Examines professionals' perspectives on continuous surveillance, including its benefits and operational challenges.
3. Case definition and case selection (ARI vs. ILI) – Explores participants' experiences with adopting the ARI definition compared to ILI, identifying both advantages and difficulties.
4. Challenges in recruiting pediatric cases – Highlights the difficulties and barriers associated with selecting children as cases.
5. Organizational challenges – Discusses the structural and logistical barriers encountered in implementing surveillance and the strategies used to overcome them.
6. Procedures – Details the practices and specific procedures adopted by professionals.

The topics with the greatest consensus were those related to the benefits of expanding surveillance (to include other viruses and year-round monitoring) and the clarity of the new case definition (ARI). Organizational and operational issues, on the other hand, reflected greater variability in perceptions, with context-specific solutions and barriers.

1. Expansion to Include Other Respiratory Viruses

Two subcategories: i) impact on work and ii) epidemiological benefits.

Participants largely agreed that adding other respiratory viruses to surveillance did not alter their workload - they emphasized that as long as all biological data was collected using a single swab, this did not create additional logistical burdens.

- *"The procedure is exactly the same. There were no changes." (P7)*

The inclusion of other viruses was seen beneficial, allowing a better understanding of viral circulation and explaining cases that clinically resemble influenza but are caused by other pathogens.

- *"Including more respiratory viruses seemed very important... we can now see the full picture of respiratory viruses circulating in the country." (P1)*
- *"It has been an added value [...] it allows us to understand what is happening." (P4)*

2. Expansion to Year-Round Surveillance

Three subcategories: i) seasonality of respiratory infections, ii) underdiagnosis, and iii) benefits of continuous monitoring.

The transition to continuous, year-round surveillance was perceived as advantageous for capturing data on atypical seasonality of viruses, such as SARS-CoV-2.

- *"It reminds us that some viruses, like SARS-CoV-2, do not follow typical seasonality." (P6)*

However, some professionals noted the possibility of subdiagnosis due to reduced awareness outside the peak influenza season.

- *"In autumn, we start getting new kits, new protocols, and we are all enthusiastic. But over time, enthusiasm fades." (P1)*
- *"The only possible implication is some underdiagnosis. We might lose some cases because we are not as alert." (P2)*

3. Case definition and case selection (ARI vs. ILI)

Three subcategories: i) User-friendly definition, ii) comparison with ILI: less restrictive criteria, and iii) difficulties.

The ARI definition was well received, as it is simpler and broader, allowing for increased number of patients' inclusion.

- *"It's much easier now—very explicit." (P1)*
- *"Almost all patients with respiratory symptoms meet the case definition." (P7)*

Nevertheless, difficulties in determining symptom onset and cases involving mild or gastrointestinal symptoms, might hinder the *"standardization of recruitment"*.

- *"Sometimes, the acute onset criterion raises doubts." (P3)*

4. Challenges in Recruiting Pediatric Cases

Difficulties in including children in surveillance were mostly related to technical and ethical concerns. Some professionals felt uncomfortable collecting samples from young children, while others questioned whether the discomfort caused by the procedure was justified.

- *"Nurses do not feel comfortable doing swabs on children." (P1)*

- *"We must consider what we in return offer to the child for the discomfort we cause." (P9)*

5. Organizational challenges

Five subcategories: i) importance of the focal point, ii) lack of team adherence, iii) integration of medical residents, iv) collaboration with nursing staff, and v) workload burden.

Lack of team adherence and workload burden were key barriers, with focal points playing a crucial role in ensuring compliance.

- *"I am the focal point—I try to remind colleagues, but often, I just do it myself." (P7)*

Integrating medical residents and collaboration with nursing staff were also highlighted as potential strategies to alleviate workload. The integration of residents also works for the future of the network as some might include their own units when they become General Practitioners.

6. Procedures:

Three categories: i) strategies, ii) excessive information requirements, and iii) clinical records.

Participants described the strategies implemented in their services to facilitate surveillance tasks and manage workflow challenges: such as centralizing sample collection kits, using reminder cards on computers, or delegating tasks to nursing staff.

- *"I created small cards with the case definition criteria and placed them on all computers to help remind colleagues." (P3)*

One of the most frequently cited barriers was the excessive amount of information required in the notification form.

- *"There is a lot of information that is already available in centralized records. It would be a great advantage if some fields could be pre-filled automatically." (P6)*

When reflecting on the data from clinical records as potential source for epidemiological surveillance, professionals agreed on the lack of uniformity in coding within clinical records – this would affect the quality and utility of the clinical records data for surveillance purposes.

- *"Before we rely on data from clinical records, we need to standardize training in coding practices." (P1)*

Final considerations

This study shows the broad consensus among professionals regarding the epidemiological benefits of expanding surveillance to include additional respiratory viruses and extend year-

round monitoring. While for the inclusion of other viruses there is a minimal perceived impact on daily clinical workflows, the year-round surveillance brings challenges due to lack of awareness outside the flu season.

The transition from Influenza-like Illness (ILI) to Acute Respiratory Infection (ARI) as the standard case definition was widely accepted, with participants highlighting its clarity and inclusivity. The less restrictive criteria potentiate the inclusion of a broader range of participants. However, challenges remain in acute onset criterion.

Organizational challenges were strongly emphasized, with participants identifying workload burden, team adherence issues, and the need of a strong focal point as key determinants of surveillance implementation. Focal points were recognized as critical for sustaining participation, acting as coordinators and motivators within their service units. The inclusion of medical residents into surveillance activities emerged as a promising strategy, both for decreasing the workload and for including additional units in the surveillance network.

The successful implementation of expanded surveillance depends not only on clear technical guidelines but also on effective organizational support and adaptive strategies tailored to the specific contexts of these professionals. Ultimately, the continuous adaptation of the surveillance system, in response to operational challenges and professional feedback, will be key to strengthening Portugal's respiratory infection monitoring capacity, ensuring that it remains a robust, representative, and sustainable public health tool.

Enquadramento

Em Portugal, o sistema de vigilância da gripe e outras infeções respiratórias é composto por diferentes redes integradas, entre as quais:

- Rede Médicos-Sentinela (MS) e mais recentemente a Rede de Unidades de Saúde-Sentinela;
- Rede Portuguesa de Laboratórios para o Diagnóstico do Vírus da Gripe;
- Rede Sentinela de Unidades de Cuidados Intensivos (UCI).

A Rede Médicos-Sentinela e a Rede de Unidades de Saúde-Sentinela são compostas por Médicos de Medicina Geral e Familiar (MGF) e outros profissionais de saúde, que exercem funções em Unidades de Saúde Familiar (USF) ou Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), distribuídas por todo o território do continente e Regiões Autónomas. A participação na Rede é voluntária e, desde a época 2021/2022, inclui a notificação semanal de novos casos de Infeção Respiratória Aguda (IRA) ao Departamento de Epidemiologia do Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (INSA). Essa notificação constitui a componente clínica do sistema, complementada pelo envio de amostras biológicas para análise laboratorial que permite identificar vírus da gripe, SARS-CoV-2 e outros vírus respiratórios por métodos de biologia molecular.

Desde o início da pandemia de COVID-19, em 2020, os sistemas de vigilância da gripe na Europa foram significativamente ajustados para integrar dados sobre o SARS-CoV-2 e outros vírus respiratórios (Bagaria et al., 2022). Estas alterações não ocorreram de forma uniforme em todos os países, variando de acordo com as estratégias de controlo e mitigação implementadas por cada país durante a pandemia (Bagaria et al., 2022).

Tradicionalmente, até à pandemia de COVID-19, a vigilância da gripe usava, para identificação de casos, o **Síndrome Gripal (SG)** que era definido pelo início súbito dos sintomas (menos de 24 horas) e pela presença de, pelo menos, um dos quatro sintomas sistémicos (febre ou febrícula, mal-estar, cefaleia, mialgia) e de um dos três sintomas respiratórios (tosse, dor de garganta, dificuldade respiratória). Para aumentar a sensibilidade do sistema face à COVID-19, foi necessário adotar uma definição mais abrangente para **Infeção Respiratória Aguda (IRA)**, que inclui o início súbito dos sintomas (menos de 24 horas), pelo menos um dos seguintes sintomas respiratórios (tosse, dor de garganta, dificuldade respiratória, corrimento nasal) e o julgamento médico de que a doença se deve a uma infeção (*European Centre for Disease Prevention & World Health Organization, 2022*).

A mudança na definição de caso introduziu desafios operacionais para os profissionais de saúde e afetou a forma como os participantes são recrutados para vigilância. Como resultado, tornou-se essencial avaliar o desempenho dos sistemas adaptados, assim como a adesão à nova definição de caso, para garantir a comparabilidade de dados e a validade dos resultados dos estudos de efetividade das vacinas (EV) contra gripe e COVID-19, realizados com base nos dados recolhidos a partir da vigilância da gripe e de outros vírus respiratórios.

O recrutamento de doentes é um elemento crucial nos estudos de EV, uma vez que pode ser fonte de viés de seleção. Por isso é relevante investigar a adesão à definição de caso recentemente implementada na vigilância da gripe (e consequentemente nos estudos de EV feitos a partir de casos recrutados na vigilância). Por outro lado, compreender o perfil dos pacientes recrutados contribui para melhor interpretar os resultados da vigilância e dos estudos de EV.

Os métodos de investigação qualitativa podem proporcionar uma visão aprofundada sobre as perceções, valores, opiniões e normas comunitárias (Patton, 2002). Uma característica dos sistemas de vigilância sentinela baseados nos cuidados de saúde primários é o facto de serem constituídos por médicos de Medicina Geral e Familiar (MGF), os quais recrutam utentes das suas listas de utentes com problemas de saúde definidos com base em definições de caso usadas na vigilância. Nos estudos de investigação em saúde que envolvem recrutamento por MGF, reconhece-se a existência de viés amostral, frequentemente associado à cobertura da população de médicos e à recusa de pacientes em participar (Ertmann et al., 2020). Contudo, esse viés também pode surgir das decisões dos próprios médicos em incluir determinados pacientes (Ertmann et al., 2020; Silva Junior et al., 2015). Este aspeto torna-se particularmente relevante em situações nas quais os critérios de caso são alargados, e incluem critérios mais subjetivos como o julgamento clínico. Situação que aconteceu na vigilância da gripe e outros vírus respiratórios, a qual passou a usar a definição de caso de infeção respiratória (mais sensível), em vez de síndrome gripal.

O presente estudo teve como objetivo explorar as perceções dos Médicos Sentinela sobre a mudança no critério de seleção de casos (de SG para IRA) na sua prática clínica e enquanto membros da Rede-Sentinela. Procurou-se compreender o impacto destas alterações no recrutamento de doentes, os desafios enfrentados e as estratégias adotadas para cumprir as novas diretrizes. Adicionalmente, o grupo focal pretende validar os resultados obtidos previamente por questionário, aprofundando aspetos como o impacto das alterações nos critérios na rotina dos médicos e identificando potenciais vieses no processo de recrutamento.

Nota metodológica

Recrutamento

Utilizou-se uma amostragem de conveniência intencional para recrutar os participantes, tendo sido convidados a participar todos os profissionais de saúde que trabalham nas redes sentinela em cuidados de saúde primários (Rede Médicos-Sentinela e Rede de Unidades de Saúde-Sentinela). O convite foi enviado por e-mail, incluindo uma explicação sobre os objetivos do grupo e informação sobre os procedimentos, incluindo a sua gravação.

Procedimentos

O grupo focal decorreu em formato online e teve a duração aproximada de duas horas (incluindo dois momentos de paragem: 14 minutos no início devido a questões técnicas e um intervalo de 15 minutos). As sessões foram gravadas em áudio através do Teams. No início da sessão, foi solicitado aos participantes o consentimento para a gravação, que foi registado verbalmente no início da gravação.

A discussão foi conduzida por três moderadores: um moderador externo à rede de médicos sentinela, e dois moderadores da equipa central de investigação da rede. Estes últimos auxiliaram o planeamento da discussão, apresentaram os resultados do questionário e responderam a questões técnicas específicas da rede. Foi desenvolvido um roteiro de discussão do grupo focal (Anexo 1), bem como uma apresentação. Após a apresentação dos objetivos do grupo focal, dos procedimentos e do pedido de consentimento, a discussão foi conduzida seguindo um guião estruturado com quatro perguntas iniciais:

- Questão 1. Considerando o seu trabalho junto com a Rede Sentinela, quais as implicações do alargamento da vigilância a outros vírus respiratórios?
- Questão 2. Quais as implicações do alargamento da vigilância para o ano todo?
- Questão 3. Achou difícil ou fácil adotar a definição de caso de IRA no seu trabalho com a Rede de Médicos-Sentinela? E porquê?
- Questão 4. Alguma vez teve dúvidas sobre uma possível seleção de caso?

Após um intervalo, seguiu-se uma apresentação dos resultados por um moderador da equipa central da rede de médicos sentinela do questionário. Após a apresentação destacaram-se dois resultados: i) diferenças na proporção de síndromes gripais/infeções respiratórias agudas notificados pela rede e obtidos a partir dos registos clínicos para as unidades participantes na Rede Sentinela e ii) 19 % dos casos selecionados para os estudos de EV na época 2022/23 não

preenchiam a definição de IRA, que é a definição usada para o recrutamento dos doentes. Foi pedido aos participantes do grupo focal apoio na explicação desses resultados.

Análise de Dados

As entrevistas gravadas foram transcritas na totalidade, primeiro recorrendo à transcrição automática disponibilizada pelo TEAMS e posteriormente validando todo o conteúdo através da gravação áudio. Os participantes foram identificados por códigos para preservar a confidencialidade. A gravação será eliminada definitivamente pela equipa central da rede sentinela após a finalização da análise de dados e relatório.

Foi realizada uma análise de conteúdo temática, utilizando codificação indutiva e dedutiva. Categorias pré-estabelecidas foram desenvolvidas baseadas nas quatro questões abertas do guião de discussão. Em cada uma destas categorias foram depois desenvolvidas duas ou mais subcategorias de acordo com a análise dos materiais narrativos. Durante a análise, outros temas emergentes foram identificados e incluídos em categorias e subcategorias respetivas. A primeira fase envolveu a identificação e codificação de segmentos nas categorias definidas *à priori*. Na segunda fase, as categorias foram revistas identificando-se subcategorias específicas. No final todas as categorias e subcategorias foram revistas e refinadas, individualmente e comparando umas com as outras, eliminando-se ou subdividindo categorias, conforme necessário.

Resultados

O grupo focal decorreu durante uma hora e 31 minutos e incluiu 9 participantes, oito médicos de Medicina Geral e Familiar (MGF) e um médico do serviço de urgência hospitalar, ponto focal de uma Unidade de Saúde Sentinela.

Os resultados da análise de conteúdo temática são apresentados em seis grandes temáticas, parcialmente alinhadas com as perguntas abertas que moderaram a discussão:

1. Alargamento da vigilância a outros vírus respiratórios: descreve as perceções dos profissionais sobre o alargamento da vigilância a outros vírus respiratórios, com ênfase nas implicações na prática profissional e nos benefícios percebidos.
2. Alargamento da vigilância para todo o ano: analisa o posicionamento dos profissionais sobre a vigilância contínua ao longo do ano, incluindo benefícios, mas também desafios operacionais.



3. Definição e seleção de casos - Infeção Respiratória Aguda (IRA) e Síndrome Gripal (SG): inclui a perceção dos participantes sobre a utilização da definição de caso IRA em oposição à definição de SG, identificando pontos positivos e negativos.
4. Desafios na inclusão de crianças: reflete as dificuldades e barreiras associadas à inclusão das crianças na monitorização da rede de vigilância.
5. Questões organizacionais: discute barreiras organizacionais para a implementação da vigilância e as estratégias utilizadas para facilitar a operacionalização.
6. Procedimentos: detalha as práticas e os procedimentos específicos implementados pelos profissionais, destacando os desafios.

As temáticas com maior consenso foram aquelas relacionadas com os benefícios do alargamento da vigilância (para outros vírus e para todo o ano) e à clareza da nova definição de caso (IRA). As questões organizacionais e operacionais, por outro lado, refletiram maior variabilidade nas perceções, com soluções e barreiras específicas para cada contexto. Para cada temática apresentam-se o número de segmentos incluídos nas categorias e subcategorias (*n*).

1. Alargamento da vigilância a outros vírus respiratórios

Os dados foram organizados em duas subcategorias: i) sem implicação no trabalho e ii) benefícios epidemiológicos. O tema revela um equilíbrio entre perceções de neutralidade em relação ao impacto no trabalho e reconhecimento de vantagens associadas ao alargamento da vigilância a outros vírus respiratórios.

▪ 1.1. Sem implicação no trabalho (n=6)

A inclusão de outros vírus respiratórios não alterou, nem aumentou o trabalho, uma vez que o procedimento se mantém numa única colheita. O consenso é que, desde que a colheita seja realizada na mesma zaragatoa, o alargamento não trouxe alterações significativas na rotina ou na logística.

- "Eu concordo, não tenho problema nenhum." (P3)
- "O procedimento é exatamente o mesmo. Não houve nenhuma alteração." (P7)

▪ 1.2. Benefícios epidemiológicos (n=9)

A inclusão de outros vírus respiratórios é vista como uma oportunidade para compreender melhor o contexto epidémico dos vírus respiratórios, incluindo casos que se apresentam clinicamente como gripe, mas que são causados por outros agentes – relatam-se situações em

que os diagnósticos clínicos não correspondiam aos resultados laboratoriais, destacando a importância de alargar a vigilância para outros vírus.

- "Incluir mais vírus respiratórios pareceu-me muito importante... conseguimos ver o panorama dos vírus respiratórios em circulação no país." (P1)
- "é uma vantagem realmente haver monitorização de outro tipo de vírus que possam realmente estar implicados no mesmo quadro que possa simular uma gripe" (P2)
- "tem sido também uma mais-valia, porque nós temos a valência de internamento [...] e permite-nos perceber o que é que se anda a passar" (P4)

2. Alargamento da vigilância para todo o ano

Os dados foram organizados em três subcategorias: i) sazonalidade das infeções respiratórias; ii) subdiagnóstico e iii) benefícios da monitorização contínua. Os resultados indicam concordância sobre os benefícios do alargamento da vigilância ao longo do ano, como a possibilidade de obter dados consistentes e contínuos. Apesar disso, o grupo reconheceu que existem desafios operacionais, como sazonalidade das infeções, sobrecarga de trabalho em períodos específicos e dificuldades de adaptação em períodos de menor incidência, sobretudo por esquecimento e alteração da rotina.

▪ 2.1. Sazonalidade das infeções respiratórias (n=9)

Muitos profissionais apontaram para a sazonalidade das infeções respiratórias como podendo ter impacto na vigilância, na sua maioria indicando que a vigilância se pode tornar mais difícil fora da época de gripe, há um risco maior de casos passarem despercebidos devido à menor mecanização do procedimento e à menor atenção aos sintomas respiratórios. Além disso, a disponibilidade para a realização de colheitas também pode ser menor fora da época gripal.

- "Ali na altura do outono começam a surgir os novos kits, vem um novo protocolo, isso tudo e eu começo a relembrar o pessoal, está tudo muito entusiasmado. Depois vai, o entusiasmo vai morrendo" (P1)
- "O procedimento já não é tão mecânico, tão mecanizado como é quando é no Inverno." (P8)
- "começa o período de férias e a disponibilidade das pessoas também diminui muito" (P9)

▪ 2.2. Subdiagnóstico (n=14)

Adicionalmente a sazonalidade tem um impacto grande no esquecimento dos profissionais e das equipas dos serviços. O esquecimento de selecionar casos fora da época sazonal pode levar a subdiagnósticos, sendo que os profissionais sentem a necessidade de estar em alerta e de lembrar a equipa durante todo o ano. Alguns profissionais admitiram que sua colaboração pode até ser limitada fora das épocas tradicionais, devido ao esquecimento.

- "a única possível implicação será algum subdiagnóstico, porque nós, realmente, pode nos passar, podemos perder um bocadinho aquele sentido de oportunidade." (P2)
- "acho que é mesmo uma questão de lembrar os colegas que também é possível fazer fora da época sazonal"(P5)
- "Traz desafios em termos de implementação e temos que ser um bocadinho mais incisivos com nós mesmos e com os colegas." (P6)

▪ 2.3. Benefícios da monitorização contínua (n=9)

A monitorização anual é vista como vantajosa para identificar vírus com sazonalidades atípicas, como o SARS-CoV-2, e manter a prontidão para casos isolados fora do inverno. Um profissional sugere que até pode ser mais fácil recolher amostras em períodos de menor afluência (como o verão).

- "acho que em termos até mais fácil nessa altura [fora da época sazonal], porque há menos afluência, menos procura por esses motivos e, portanto, até até devemos mais facilmente ponderar em fazer realmente a colheita e pedir." (P5)
- "Acho que tem potencialmente um efeito secundário engraçado, que é lembrar também os colegas que, alguns dos vírus respiratórios, nomeadamente o SARS COV, tem uma sazonalidade atípica" (P6)
- "Eu acho que é benéfico haver alargamento a todo o ano." (P7)

3. Definição e seleção de casos: Infecção Respiratória Aguda (IRA) e Síndrome Gripal (SG)

Os dados foram organizados em três subcategorias: i) facilidade na adoção; ii) comparação com SG: critérios menos restritos e iii) dificuldades pontuais. Os participantes indicaram uma

aceitação amplamente positiva da nova definição de caso IRA, destacando a sua simplicidade e abrangência como melhorias em relação à definição de SG. No entanto, desafios pontuais surgem na recolha de informações e decisão de selecionar casos, especificamente o *início súbito dos sintomas*. No geral, a definição foi vista como uma ferramenta eficaz para alargar a vigilância e facilitar o trabalho clínico no contexto da vigilância.

▪ **3.1. Facilidade na adoção: aplicação facilitada (n=14)**

A maioria dos participantes considerou a definição de caso simplificada, abrangente e de fácil aplicação, não manifestando dificuldade na seleção de casos a partir desta definição. Os participantes destacaram que a nova definição promoveu uma aplicação mais prática e eficiente.

- "agora é mais fácil. Muito mais explícito." (P1)
- "acho que está que está bem, que se aceita, se percebe bem, não tem problema nenhum, aí não tem problema" (P6)
- "Acho que é fácil até. É uma *checklist* que está com está completa e não tenho nada a acrescentar, está tudo bem." (P8)

▪ **3.2. Comparação com SG: critérios menos restritos (n=6)**

Muitos participantes mencionaram que a nova definição é menos restritiva do que a definição de SG, facilitando a seleção de um maior número de doentes. A exclusão de critérios como febre permitiu que mais pacientes fossem incluídos na vigilância, o que foi amplamente percebido como uma vantagem.

- "eu penso que há uns anos era um bocadinho mais complicado, tinha que ter mais parâmetros e tínhamos que ter mais atenção." (P1)
- "Incluía, por exemplo, a febre, que deixou de fazer parte da definição, e isso permite que haja muito mais doentes." (P7)
- "Pronto, quase todos os doentes que têm algum sintoma respiratório caem na definição de caso" (P7)

▪ **3.3. Dificuldades pontuais: início súbito e sintomas gastrointestinais (n=16)**

A principal dificuldade relatada, realçada como sendo algo pontual, foi determinar se os sintomas começaram dentro do período de 24 ou 48 horas, especialmente quando os pacientes não fornecem informações claras. Alguns participantes destacaram que este critério (início súbito dos sintomas até 24 horas) permite interpretações subjetivas, o que pode prejudicar a

uniformidade da seleção. Os participantes também destacam a dificuldade em distinguir casos em que os sintomas evoluem gradualmente ao longo de várias horas ou dias, especialmente quando os sintomas iniciais são inespecíficos ou mais ligeiros, mas que se podem tornar mais evidentes posteriormente. Além disso, foi mencionada a influência de fatores individuais, como exacerbações de patologias crónicas e sintomas gastrointestinais.

O juízo clínico tem um papel crucial na aplicação do critério de início súbito, mas os participantes referem que, em alguns casos, podem acabar por ajustar a interpretação para se adequar aos critérios estabelecidos. Esta variabilidade pode gerar um certo grau de subjetividade no recrutamento, o que levanta questões sobre a “*uniformização*” da aplicação da definição de caso.

- “Às vezes o início súbito pode suscitar dúvidas.” (P3)
- “A única altura em que pode haver dúvida é quando se sobrepõem os sintomas gastrointestinais.” (P5)
- “É mais porque às vezes temos sintomas mais frouxos que que se iniciaram 72, 48 horas antes e depois naquelas 24 horas antes é que fica mais florido. É na mesma um início agudo, mas nem sempre é nas 24 horas antes” (P9)

4. Desafios na inclusão de crianças (n=6)

Os participantes, na sua maioria não consideram existir diferenças na facilidade ou dificuldade de seleção de casos entre diferentes grupos populacionais, exceto nas idades pediátricas. Muitos profissionais mencionam que, apesar da experiência adquirida durante a pandemia de COVID-19, há uma menor tendência para realizar colheitas em crianças. As razões para esta maior dificuldade incluem aspetos técnicos e éticos.

A dificuldade mais frequentemente referida relaciona-se com a execução da técnica de colheita em crianças pequenas, dado que estas tendem a ser menos colaborantes. Além das dificuldades técnicas, os participantes também mencionam questões éticas associadas à recolha de amostras pediátricas. Reflete-se sobre o impacto do procedimento na criança e a ausência de benefícios diretos para os participantes mais novos. A decisão de incluir ou não uma criança na vigilância parece, por vezes, estar dependente da perceção do profissional sobre o desconforto que o procedimento pode causar.



- "as enfermeiras não, não fazem mesmo colheita a crianças não se sentem à vontade." (P1)
- " normalmente a colheita em mais pequenos que isso não costumo fazer. Nem sequer peço, não me sinto segura para fazer. Eles mexem-se muito e às vezes, a contenção no colo dos pais não é suficiente. Sou eu que faço." (P8)
- "põe-se o problema ético e isso também afeta as recolhas nas crianças, que é o que é que a gente tem que oferecer àquela criança pelo incómodo que causamos?" (P9)

5. Questões organizacionais

Os dados sobre as questões organizacionais foram compilados em cinco subcategorias: i) importância do ponto focal; ii) falta de adesão da equipa; iii) integração de médicos internos; iv) cooperação com enfermagem e v) sobrecarga de trabalho. Apresentam-se barreiras organizacionais para a implementação da vigilância, como a falta de adesão da equipa e a sobrecarga de trabalho, sendo o ponto focal e a sua coordenação essencial. Em algumas unidades, o sucesso passa também por promover o envolvimento da equipa de enfermagem e dos médicos internos.

▪ 5.1. Falta de adesão da equipa (n=9)

Muitos participantes mencionaram dificuldades em integrar ativamente outros profissionais nos procedimentos da vigilância, como a recolha de amostras e preenchimento de notificações. Um dos participantes assinalou a rotatividade dos profissionais contratados, que compromete a continuidade do trabalho e a consistência nos procedimentos.

- "Acaba-se por perder um bocadinho, porque aqui nós temos muitos médicos que são contratados. E acaba por se perder muito com isso" (P4)
- "Mas, mas não é um trabalho que esteja alargado de forma transversal aos outros colegas da USF" (P7)
- "não consigo, não consigo que eles colaborem." (P9)

▪ 5.2. Sobrecarga de trabalho (n=4)

A carga elevada de consultas e tarefas diárias impede que os profissionais priorizem tarefas adicionais como preenchimento dos questionários.



- "Nós estamos sempre muito assoberbados de consultas [...] porque isto implica mais tempo na consulta." (P1)
- "os colegas estão muito assoberbados de trabalho" (P3)
- "claro que há dias em que, eu tenho impressão que há dias com muito, muito movimento deixo passar e não posso fazer notificação. Porque há dias maus." (P3)

▪ 5.3. Importância do ponto focal (n=9)

Muitos participantes mencionaram que o papel do ponto focal é essencial para se manter a colaboração com a Rede, grande parte assumindo um papel de líder e coordenador ou até de único elemento responsável por todo o procedimento.

- "eu tomo um bocadinho conta da situação para ver a, para ver mais participação neste, nesta forma, centralizando só num lado" (P1)
- "tenho tentado estimular, e, quando não conseguir estimular, vou eu lá dar orientações de preenchimento" (P4)
- "eu sou médica sentinela e assumo eu e tenho feito eu isso." (P7)

▪ 5.4. Integração de médicos internos (n=6)

Os médicos internos foram mencionados como potenciais colaboradores para reduzir a sobrecarga nas tarefas, quer de recolha das amostras, quer do registo das notificações, mas a participação é variável. Os médicos internos podem adicionalmente tornar-se posteriormente colaboradores com a rede já como especialistas, sendo essa uma vantagem adicional da sua integração nos procedimentos da vigilância numa fase precoce da sua formação.

- "nem todos os médicos depois têm internos e muitas das vezes evitam fazer a colheita, porque depois sabem que vão ter que perder muito tempo a preencher a ficha." (P5)
- "a não ser os médicos internos que, que me sucederam, todos eles acabaram por entrar na rede e agora alguns até já fazem nas suas unidades também a colaboração com o INSA" (P7)
- "eu já sou descendente, portanto já sou interna, fui interna de um colega que fazia a colheita e foi assim que comecei eu também." (P8)

▪ 5.5. **Cooperação com enfermagem** (n=3)

A boa relação entre médicos e enfermeiros foi destacada, por três participantes, como um fator facilitador.

- "Na maior parte das vezes são as senhoras enfermeiras que fazem a colheita." (P1)
- "Como existe uma boa relação com enfermagem, às vezes a enfermagem dá um toquezito e vai-se fazendo." (P4)
- "fala com enfermeiro para fazer a colheita, pronto" (P5)

6. Procedimentos

As práticas e os procedimentos específicos implementados pelos profissionais foram organizados em três categorias: i) estratégias; ii) excesso de informações exigidas e iii) registos clínicos. Os participantes descrevem as estratégias que foram implementando nos seus serviços, enquanto descrevem as dificuldades acrescidas pela informação pedida na folha de notificação, o que aumenta o tempo do procedimento. Adicionalmente, em comparação com os registos clínicos, como possível fonte de dados para a vigilância, os participantes referem que nos registos clínicos há falta de uniformização na codificação do motivo da consulta de acordo com a Classificação Internacional de Cuidados de Saúde Primários – 2ª edição (ICPC2).

▪ 6.1. **Estratégias** (n=10)

Os participantes mencionaram algumas estratégias específicas para melhorar a colheita, como criar lembretes visuais (e.g., cartões nos computadores); centralização dos kits de colheita e a delegação de tarefas. Contudo, estas nem sempre são aplicadas consistentemente.

- "chegamos a um outro consenso, portanto temos a zona dos kits centralizadas. Quem faz a definição, a adesão do doente, quem escolhe o doente a maior parte das vezes é o médico que o vê no gabinete e depois preenche o boletim e pede às senhoras enfermeiras para fazerem a colheita" (P1)
- "Preparei uns cartõezinhos com a definição de caso e coleí nos computadores de todos os colegas." (P3)
- "O que nós fizemos aqui, nós colocamos os kits na sala de tratamentos e depois cada médico, pronto, que seleciona o caso, pronto, pede o consentimento ao utente, faz o preenchimento da ficha e fala com enfermeiro para fazer a colheita, pronto." (P5)

▪ 6.2. Excesso de informações exigidas (n=7)

Os questionários necessários para as notificações são considerados longos e desmotivadores. Muitos consideram que as informações são excessivas, especialmente dados já disponíveis em sistemas centralizados. Algumas propostas incluem a automatização de campos com dados já disponíveis (e.g., vacinação) e a pré-preenchimento de informações no sistema.

- "eu acho que de facto há muita informação que está já disponível no registo centralizado do doente, nomeadamente a vacinação e talvez fosse uma mais-valia [...] tentar que houvesse um pré preenchimento com informação que já existe" (P6)
- "Às vezes custa mais é ter de ir à história dos utentes para preencher as coisinhas como deve ser, do que a fazer o preenchimento de checklist." (P4)
- "Os dados são realmente solicitados, são realmente muitos. Tanto que eu depois recebo e-mails a solicitar os dados que faltam" (P8)

▪ 6.3. Registos clínicos (n=9)

Esta categoria abrange as dificuldades relacionadas com a codificação dos casos suspeitos de gripe e outras infeções respiratórias nos registos clínicos (ICPC2). Um dos principais problemas identificados é a perceção errada de que o código R80 (Gripe) exige uma confirmação laboratorial, quando, na realidade, pode ser atribuído apenas com base nos sintomas clínicos. Como consequência, muitos médicos optam por códigos alternativos, até porque há uma tendência de os médicos registarem apenas os sintomas (exemplo: tosse, febre) em vez de codificarem a suspeita diagnóstica. Na opinião de alguns participantes, esta prática pode resultar na subnotificação de casos suspeitos de gripe. Os participantes referem ainda a falta de formação no âmbito dos diferentes sistemas de registos clínicos. Há necessidade de treino e formação contínua para uniformizar os registos clínicos e melhorar a codificação para que a sua informação possa ser utilizada na vigilância epidemiológica.

- "Antes de partirmos para a recolha de dados pela codificação e os registos clínicos que os médicos fazem, teríamos que apostar numa uniformização da formação dada em registos clínicos" (P1)
- "E isso tem mesmo a ver com a, com a ausência da codificação da situação, mesmo quando suspeitamos dela porque ainda não temos a confirmação, pronto. E a maior parte das pessoas realmente põe o R74. E não põe, não coloca nem COVID nem gripe mesmo suspeitando." (P5)



- "acredito que muitos dos meus colegas façam é OR 74, não é? Quando têm dúvida põem o R74 e já está, não é? Nós estamos cá mais alerta porque temos uma ajuda extra que é este questionário que nós preenchemos" (P7).

Notas conclusivas

Os participantes concordaram amplamente que o alargamento da vigilância para incluir outros vírus respiratórios é vantajoso, especialmente pelos benefícios epidemiológicos, como a geração de dados mais abrangentes e úteis para monitorização. Alguns participantes destacaram que, apesar de alterações logísticas serem mínimas, os benefícios em termos de dados e informações são significativos. Há também um compromisso geral para o alargamento da vigilância a todo o ano, ainda que tal exija implementação de algumas estratégias facilitadoras desse processo. A maioria dos profissionais demonstrou uma postura favorável ao alargamento da vigilância. Contudo, apontam desafios operacionais, como o esquecimento fora da época sazonal e as dificuldades logísticas durante períodos de férias. Reconhece-se a necessidade de reforçar e criar lembretes para os próprios e para as equipas para garantir a adesão contínua e eficaz.

O estudo destaca que a transição da definição de caso de SG para IRA na prática dos Médicos Sentinela não teve grande impacto em termos logísticos. A mudança, reconhecida por sua clareza e maior abrangência, permitiu a inclusão de casos mais diversificados. No entanto, os desafios na adaptação, como a interpretação do critério *início súbito de sintomas* e a inclusão de subgrupos como crianças, revelaram potenciais vieses de recrutamento. Particularmente os participantes referem a potencial falta de uniformização na aplicação do critério *início súbito de sintomas*, que é influenciado por práticas individuais e pela própria descrição feita pelos pacientes.

A adaptação à nova definição foi facilitada por estratégias locais, como protocolos internos e materiais de apoio (*post-its* nos computadores) que lembram aos médicos os critérios atualizados da definição de IRA. Contudo, barreiras organizacionais, como carga de trabalho elevada e falta de adesão da equipa, continuam a ser fatores que comprometem o trabalho. Esses desafios demonstram que a operacionalização das mudanças depende tanto de orientações técnicas claras quanto do suporte organizacional e colaboração entre profissionais. Apesar dessas dificuldades, os participantes apresentaram soluções criativas, incluindo centralização de kits de colheita, delegação de tarefas e protocolos adaptados às realidades locais. Essa diversidade de abordagens reflete a flexibilidade e criatividade dos profissionais na superação de barreiras organizacionais e logísticas. Referem que seria útil a utilização da informação previamente registada no processo individual do doente (por ex. pré-preenchimento do questionário de notificação, que consideram extenso), no entanto, reconhecem que a utilização exclusiva dos registos médicos eletrónicos para a vigilância epidemiológica é ainda

problemática devido ao modo não uniforme como são registados e codificados os episódios de doenças e os diagnósticos clínicos.

A centralização do trabalho em pontos focais foi identificada como essencial para a continuidade e eficácia da vigilância. Esses profissionais assumem a responsabilidade de motivar as equipas e garantir a execução das atividades, muitas vezes adaptando-se às condições locais e assumindo tarefas adicionais para assegurar o funcionamento do sistema. O comprometimento dos pontos focais é, frequentemente, a força motriz por trás da colaboração entre as unidades e serviços, compensando as limitações organizacionais e de recursos.

O envolvimento de outros atores, como a equipa de enfermagem, também foi destacado como uma forma de otimizar as atividades, contribuindo para a eficiência da vigilância. Por sua vez, os médicos internos desempenham um papel igualmente relevante, colaborando na vigilância durante sua formação e, posteriormente, tornando-se colaboradores diretos da Rede nas suas unidades enquanto médicos especialistas de MGF. Esse ciclo de formação e integração contínua garante a renovação e expansão das atividades da Rede Sentinela, fortalecendo sua sustentabilidade a longo prazo.

Por fim, o estudo reforça que a operacionalização das mudanças na Rede-Sentinela depende de suporte organizacional, colaboração entre profissionais e adaptação local. A adaptação contínua às mudanças fortalece a capacidade da Rede-Sentinela de monitorizar tendências de saúde pública com qualidade, consistência e representatividade, apesar dos desafios identificados.

Referências bibliográficas

- Bagaria, J., Jansen, T., Marques, D. F. P., Hooiveld, M., McMenamín, J., De Lusignan, S., Vilcu, A. M., Meijer, A., Rodrigues, A. P., Brytting, M., Mazagatos, C., Cogdale, J., Van Der Werf, S., Dijkstra, F., Guiomar, R., Enkirch, T., Valenciano, M., Kissling, E., Domegan, L., ... McKenna, A. (2022). Rapidly adapting primary care sentinel surveillance across seven countries in Europe for COVID-19 in the first half of 2020: Strengths, challenges, and lessons learned. *Eurosurveillance*, 27(26). <https://doi.org/10.2807/1560-7917.ES.2022.27.26.2100864>
- Ertmann, R. K., Nicolaisdottir, D. R., Kragstrup, J., Siersma, V., Overbeck, G., Wilson, P., & Lutterodt, M. C. (2020). Selection bias in general practice research: analysis in a cohort of pregnant Danish women. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 38(4), 464–472. <https://doi.org/10.1080/02813432.2020.1847827>
- European Centre for Disease Prevention, & World Health Organization. (2022). *Operational considerations for respiratory virus surveillance in Europe - July 2022*. http://www.who.int/about/licensing/copyright_form/en/
- Patton, M. Q. (2002). *Qualitative research: evaluation methods*. Sage Publications.
- Silva Junior, S. H. A. da, Santos, S. M., Coeli, C. M., & Carvalho, M. S. (2015). Avaliação do viés de participação em estudos de coorte: Uma revisão sistemática e metarregressão. In *Cadernos de Saude Publica* (Vol. 31, Issue 11, pp. 2259–2274). Fundacao Oswaldo Cruz. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00133814>



ANEXO 1



Roteiro Focus Grupo Rede de Médicos Sentinela

INTRODUÇÃO

1. Apresentação dos elementos da equipa e participantes

Pedir que todos se apresentem, acrescentando há quanto tempo participam na Rede

2. Objetivo

Objetivo da discussão: discutir o processo de seleção de casos de Infeção Respiratória Aguda (IRA) e Síndrome Gripal (SG). Para isso, desejamos:

- 1. Ouvir diretamente os Médicos de Medicina Geral e Familiar (MGF) sobre suas experiências práticas e os desafios que enfrentam ao identificar e selecionar esses casos no dia a dia clínico.*
- 2. Apresentar e refletir em conjunto sobre os resultados obtidos em questionários, analisando pontos de convergência e possíveis divergências nas respostas.*

A contribuição de cada participante é essencial para enriquecer - pretendemos ouvir opiniões e insights de acordo com a experiência de cada um

3. Procedimento

1. Explicar o procedimento de forma geral, incluindo a duração da sessão, a estrutura e os procedimentos (ou regras gerais).

Duração da sessão: 90 minutos.

Estrutura – *divisão em dois momentos com um intervalo para coffee-break, consistindo no início de uma discussão geral e posteriormente pela apresentação de alguns resultados do questionário.*

Gravação e consentimentos – *a discussão vai ser gravada apenas para garantir que não se perde a informação. Toda a informação é confidencial e nunca vai ser transmitida a terceiros interligada com identificação pessoal. Poderão ser usadas pequenas citações "" para exemplificar um aspeto específico sobre o tema.*

Pedir que reportem verbalmente ou registem no chat o consentimento informado para a gravação.

2. Apresentar as regras gerais

Explicar que se tratando de um ambiente virtual há algumas regras que podem ajudar a manter a clareza na comunicação:

- **Respeito de todas as opiniões** – *o objetivo desta discussão em grupo é ouvir opiniões de acordo com a experiência de cada um, pelo que esta experiência pode ser diferente. Pedimos que respeitem todas as opiniões, mesmo que não concordem.*

- **Respeito pelo tempo** – ainda que outros tópicos muito interessantes possam surgir durante esta discussão, o moderador procurará sempre guiar a discussão para os objetivos da sessão - garantindo que todos possam contribuir de forma significativa e tentando respeitar o tempo de todos, começando e terminando a sessão no horário combinado. Se houver disponibilidade, tentaremos abordar temas fora do objetivo do focus grupos no final.
- **Câmara Ligada (Se Possível)** - pedimos que mantenham as vossas câmaras ligadas para facilitar a interação e garantir uma melhor comunicação visual. No entanto, entendemos se houver limitações técnicas ou pessoais.
- **Microfone Silenciado Quando Não Estiver a Falar** – parte da discussão vai ser guiada em formato ronda, pedindo a todos que contribuam, um de cada vez. Nesses momentos pedimos que mantenham o microfone desligado enquanto os outros participantes falam. Em momentos de conversa mais fluida poderá ser necessário manterem os microfones ligados, mas pedimos sempre que tentem não interromper os restantes elementos.
- **Utilizar a função levantar a mão** – Nestes momentos de ronda, poderá sempre utilizar a função de levantar a mão para podermos passar à sua intervenção.
- **Utilização do chat** – Utilize o chat sempre que quiser acrescentar alguma ideia, intervir ou também se estiver a experimentar problemas técnicos.

DISCUSSÃO ABERTA

Na discussão aberta o moderador irá colocar questões abertas sobre as definições

IRA e SG.

	INFEÇÃO RESPIRATÓRIA AGUDA	SÍNDROME GRIPAL
Início súbito	√	√
Sintomas respiratórios	√	√
Tosse	√	√
Dor de garganta ou inflamação da mucosa nasal ou faríngea	√	√
Dificuldade respiratória	√	Dor de garganta √
Sintoma sistémico		√
Febre ou febrícula		√
Mal-estar, debilidade, prostração		√
Cefaleia		√
Mialgias ou dores generalizadas		√
Julgamento clínico de que se trata de uma infeção	√	

Agora que entendemos o objetivo geral da nossa discussão, gostaríamos de ouvir sobre suas experiências diretas e opiniões sobre a utilização da definição de caso Infeção Respiratória Aguda e Síndrome Gripal.

Questão 1. Considerando o seu trabalho junto com a Rede Sentinela, quais as implicações do alargamento da vigilância a outros vírus respiratórios?

Questão 2. Quais as implicações do alargamento da vigilância para o ano todo?

Questão 3. Achou difícil ou fácil adotar a definição de caso de IRA no seu trabalho com a Rede de Médicos-Sentinela? E porquê?

Questão 4. Alguma vez teve dúvidas sobre uma possível seleção de caso?

Coffee break - +/- 10 minutos

APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DE RESULTADOS

Apresentação curta dos objetivos do questionário e alguns resultados de implementação

Questões específicas – vamos agora apresentar algumas questões específicas relativamente aos resultados do questionário, que gostaríamos de discutir com todos

Para cada resultado apresentar uma questão específica. No slide apresentar já as possibilidades, mas não surgirem logo (animação).

RESULTADO/QUESTÃO 1

RESULTADO: Na Rede de Médicos-Sentinela a proporção de casos Síndrome gripal/infeções respiratórias agudas é de 73 % e nos registos clínicos de 5 %.

QUESTÃO: Qual é a vossa opinião para esta diferença de proporções?

Possibilidades:

Médicos com uma seleção mais específica?

Exclusão de algumas infeções respiratórias agudas (por exemplo, as amigdalites), considerando critério de julgamento clínico?

RESULTADO/QUESTÃO 2

RESULTADO: Cerca de 19% dos casos selecionados não preenchem a a definição de casos de infeção respiratória aguda (início agudo de sintomas + 1 sintoma respiratório + impressão clínica de ser uma infeção). Dos quais apenas 2% correspondem à falta de início súbito e a maioria corresponde a crianças e adultos jovens

QUESTÃO: Consideram existir diferenças na utilização da definição de IRA em diferentes grupos da população?

Possibilidades:

Será uma questão de definição de início súbito (tempo entre primeiro sintoma e doente se deslocar até consulta)?

Será uma consequência da inclusão da vigilância a outros vírus respiratórios?

ENCERRAMENTO

Resumo da Discussão: Recapitular os principais pontos discutidos.

Próximos Passos: Informar como os dados serão usados e próximos passos.

Agradecimento: Valorizar a participação de todos.