



INSTITUTO NACIONAL DE SAÚDE  
Dr. Ricardo Jorge

# *Médicos-Sentinela*

## *Relatório de Actividades*

**19** *Quase 12 000  
observações em saúde*



# **MÉDICOS-SENTINELA**

Relatório das actividades de 2005

**Quase 12 000 observações em saúde**

**19**

**Lisboa, 2007**

---

Médicos-Sentinela: Onze mil oitocentas e oitenta e sete observações em saúde - relatório das actividades de 2005/ ONSA. Observatório Nacional de Saúde - Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge. Lisboa 2005 - 97 pág. - (Médicos-Sentinela; 19)

Notificação/Grupo etário/Incidência/Síndrome gripal/Diabetes/Acidente Vascular Cerebral/ Enfarte Agudo do Miocárdio/Varicela /Fractura do Colo de Fémur/ Gravidez e ácido fólico/ Dislipidémia/Interrupção Voluntária de Gravidez/Consulta Relacionada com Hipertrofia Benigna da Próstata/Eventos adversos evitáveis/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 pela Coordenadora da Rede Médicos-Sentinela e revisto pelos elementos do Observatório Nacional de Saúde.

---

Cerca de uma centena e meia de médicos de família, fortemente motivados, têm garantido, voluntariamente, desde há mais de 17 anos, a continuidade da rede Médicos-Sentinela e da sua actividade como sistema de informação em saúde.

## ÍNDICE

---

	Pág.
<b>INTRODUÇÃO</b> .....	1
<b>MÉDICOS-SENTINELA EM 2005</b> .....	5
Distribuição geográfica dos Médicos-sentinela .....	5
População sob observação.....	7
População máxima sob observação (PMSO).....	7
População sob observação efectiva (PSOE).....	10
Actualização da composição das listas.....	10
Cálculo da PSOE .....	14
PSOE em 2005 .....	15
<b>DOENÇAS E SITUAÇÕES EM ESTUDO</b> .....	17
<b>RESULTADOS</b> .....	19
Síndrome gripal.....	21
Diabetes .....	29
Acidente Vascular Cerebral.....	31
Enfarte Agudo do Miocárdio.....	33
Varicela.....	35

	Pág.
Fractura do Colo de Fémur .....	37
Gravidez e ácido fólico.....	39
Dislipidémia .....	41
Interrupção Voluntária de Gravidez .....	43
Consulta relacionada com Hipertrofia Benigna da Próstata .....	45
Eventos adversos evitáveis .....	54
Acontecimentos IRIS .....	57
<b>ESTUDOS-SATÉLITE EM 2005 .....</b>	<b>59</b>
<b>PARTICIPAÇÃO EM PROJECTOS NACIONAIS E INTERNACIONAIS .....</b>	<b>61</b>
Sistema de vigilância integrada do síndrome gripal .....	61
EISS – European Influenza Surveillance Scheme.....	62
E-HID Update .....	63
<b>LIMITAÇÕES DOS DADOS.....</b>	<b>65</b>
<b>ESTUDOS-SATÉLITE REALIZADOS .....</b>	<b>69</b>
<b>PUBLICAÇÕES .....</b>	<b>77</b>
<b>ANEXO I .....</b>	<b>87</b>
<b>ANEXO II .....</b>	<b>89</b>



A Rede Médicos-Sentinela (MS) é constituída, exclusivamente, por médicos de Clínica Geral /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 “surto”;
- 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](http://www.onsa.pt).



**DISTRIBUIÇÃO GEOGRÁFICA DOS MÉDICOS-SENTINELA**

Durante o ano de 2005, colaboraram na rede 137 médicos de Clínica Geral, tendo 6 iniciado a sua colaboração e outros 6 cessado 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 2005

<b>Distrito</b>	<b>01.01.05</b>	<b>31.12.05</b>	<b>Distrito</b>	<b>01.01.05</b>	<b>31.12.05</b>
Aveiro	13	12	Lisboa	19	18
Beja	4	4	Portalegre	7	7
Braga	6	6	Porto	30	32
Bragança	3	3	Santarém	5	6
Castelo Branco	4	4	Setúbal	2	2
Coimbra	5	6	Viana do Castelo	3	3
Évora	3	3	Vila Real	5	4
Faro	3	2	Viseu	10	10
Guarda	3	3	R A Madeira	2	2
Leiria	3	3	R A Açores	1	1
			<b>Total</b>	<b>131</b>	<b>131</b>

## MÉDICOS-SENTINELA EM 2005

Assim, em Dezembro de 2005, no território do Continente, o número de médicos participantes era de 131, o que corresponde a 2,2% 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 2005, no Continente.

Distrito	MS	CG	MS/CG %	Distrito	MS	CG	MS/CG %
Aveiro	12	399	3,0	Leiria	3	267	1,1
Beja	4	109	3,7	Lisboa	18	1213	1,5
Braga	6	425	1,4	Portalegre	7	67	10,4
Bragança	3	21	14,3	Porto	32	1084	3,0
Castelo Branco	4	144	2,8	Santarém	6	239	2,5
Coimbra	6	312	1,9	Setúbal	2	387	0,5
Évora	3	108	2,8	Viana do Castelo	3	170	1,8
Faro	2	257	0,8	Vila Real	4	151	2,6
Guarda	3	126	2,4	Viseu	10	249	4,0
Total					128	5728	2,2

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 (PMSO)

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 2005, a **PMSO**, cuja distribuição geográfica está evidenciada no quadro III, atingia 226 529 indivíduos.

Quadro III - População Máxima Sob Observação (PMSO), por Distrito e Região Autónoma, em 2005

<b>Distrito</b>	<b>PMSO</b>	<b>Distrito</b>	<b>PMSO</b>
Aveiro	20 435	Lisboa	32 712
Beja	6 279	Portalegre	14 316
Braga	10 834	Porto	55 948
Bragança	5 117	Santarém	10 113
Castelo Branco	5 842	Setúbal	3 002
Coimbra	8 317	Viana do Castelo	4 665
Évora	4 486	Vila Real	8 148
Faro	5 259	Viseu	15 680
Guarda	4 060	R A Madeira	3 746
Leiria	5 187	R A Açores	2 383
		<b>Total</b>	<b>226 529</b>

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 31.12.05.

<b>Distrito</b>	<b>PMSO/PR %</b>	<b>Distrito</b>	<b>PMSO/PR %</b>
Aveiro	2,8	Lisboa	1,5
Beja	4,0	Portalegre	11,9
Braga	1,3	Porto	3,1
Bragança	3,5	Santarém	2,2
Castelo Branco	2,9	Setúbal	0,4
Coimbra	1,9	Viana Castelo	1,8
Évora	2,6	Vila Real	3,7
Faro	1,3	Viseu	4,0
Guarda	2,3	R A Madeira	1,5
Leiria	1,1	R A Açores	1,0
		<b>Total</b>	<b>2,1</b>

Fonte de população residente: Instituto Nacional de Estatística.

### POPULAÇÃO SOB OBSERVAÇÃO EFECTIVA (PSOE)

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 2005 e para cada médico, a estimativa da composição da respectiva lista, em 30 de Junho desse ano, é dada por:

$$N^m = \frac{N_{31.12.04} + N_{31.12.05}}{2} \quad (2)$$

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 31.12.04.

$N_{31.12.02}$  é o número de indivíduos inscritos em 31.12.05.

Se cada médico procedesse sempre à actualização da sua lista em Dezembro de cada ano, os valores de  $N_m$  poderiam ser usados directamente na fórmula (1) pág.7).

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) pág.11), 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.



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 30.06.05, para um dado médico, será:

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

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:

$$PSOE_t = \sum n_{tm}$$

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 7).

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,

$$PSOE_{ano} = \sum_t PSOE_t / 52$$

A  $PSOE_{ano}$  referente ao ano de 2005, utilizada no cálculo das taxas de incidência anuais, consta do quadro V.

## POPULAÇÃO SOB OBSERVAÇÃO EFECTIVA (PSOE) EM 2005

Quadro V - População sob observação efectiva, por sexo e idade, em 2005

Grupo Etário	Homens	Mulheres	H+M
00-04	2 922	2 759	5 681
05-09	3 152	3 020	6 172
10-14	3 073	2 956	6 029
15-24	7 215	7 011	14 226
25-34	9 155	9 376	18 531
35-44	8 313	8 840	17 153
45-54	7 234	7 670	14 904
55-64	5 659	6 584	12 243
65-74	5 187	6 535	11 722
75e+	3 854	6 076	9 930
Total	55 764	60 827	116 591



---

## DOENÇAS E SITUAÇÕES EM ESTUDO

Durante o ano de 2005, onze doenças ou situações relacionadas com saúde estiveram em estudo (Quadro VI).

Quadro VI – Doenças ou situações em estudo, no ano de 2005.

<b>SÍNDROMA GRIPAL</b>
<b>DIABETES</b>
<b>ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL</b>
<b>ENFARTE AGUDO DO MIOCÁRDIO</b>
<b>VARICELA</b>
<b>FRACTURA DO COLO DE FÉMUR</b>
<b>GRAVIDEZ</b>
<b>DISLIPIDÉMIA</b>
<b>INTERRUPÇÃO VOLUNTÁRIA DA GRAVIDEZ</b>
<b>CONSULTA RELACIONADA COM HIPERTROFIA BENIGNA DA PRÓSTATA</b>
<b>EVENTOS ADVERSOS EVITÁVEIS</b>

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 2005, 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.



### 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 estimativa semanal da 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  $50 \times 10^5$ :

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

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

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

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

**2-** para as taxas definitivas

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

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

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

Temos, então, para as taxas provisórias:

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

e para as taxas definitivas:

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

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

### CÁLCULO DO LIMITE SUPERIOR DO 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:

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

em que  $S$  é a estimativa do desvio-padrão das estimativas das taxas de incidência da gripe, inferiores a  $50 \times 10^5$

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

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 2005-2006

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 2005 até 31 de Março de 2006, 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 (/10<sup>5</sup>) de Síndrome Gripal, em 2005-2006

Semana	Nº casos	Taxa	Semana	Nº casos	Taxa
40	6	11,5	04	16	16,4
41	14	20,6	05	21	18,7
42	6	6,6	06	23	20,0
43	4	5,8	07	35	28,1
44	5	9,0	08	31	26,7
45	10	13,6	09	34	31,4
46	8	10,0	10	18	19,3
47	14	16,3	11	29	24,9
48	7	10,0	12	24	23,0
49	5	9,9	13	19	16,8
50	8	11,9	14	5	4,9
51	9	13,7	15	3	4,5
52	11	15,2	16	10	10,2
01	19	20,8	17	2	3,5
02	19	19,3	18	3	3,6
03	12	12,9	19	3	3,6

Quadro VIII - Estimativas definitivas das taxas de incidência brutas semanais ( $/10^5$ ) de Síndrome Gripal, em 2005-2006

Semana	Nº casos	Taxa	Semana	Nº casos	Taxa
40	16	15,7	04	31	21,9
41	20	16,9	05	38	23,8
42	12	9,9	06	48	31,8
43	9	8,1	07	55	34,8
44	13	13,5	08	42	26,3
45	18	14,0	09	54	37,3
46	18	14,5	10	32	23,3
47	24	21,5	11	38	24,7
48	12	11,5	12	43	28,2
49	13	14,7	13	25	17,5
50	21	18,3	14	7	5,1
51	25	23,3	15	5	5,1
52	33	31,3	16	12	8,8
01	48	32,9	17	5	4,5
02	32	21,9	18	4	3,4
03	34	22,8	19	5	3,9

Verifica-se que esta época se caracterizou por uma actividade gripal baixa que nunca atingiu o limite superior do IC a 95% e que corresponde à área de actividade *basal* (Fig.1).

É de salientar que os valores mais elevados das taxas provisórias e definitivas foram registados na semana 9 de 2006, respectivamente com  $31,4/10^5$  e  $37,3/10^5$  (Quadro VII e VIII).

## SÍNDROMA GRIPAL

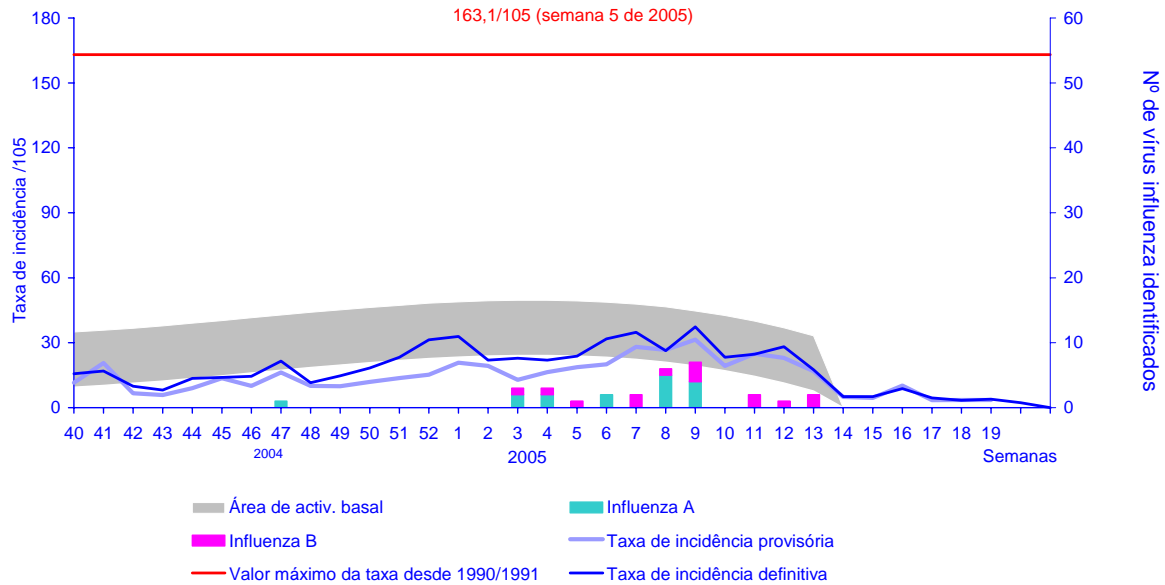


Fig.1-Taxas de incidência ( $/10^5$ ) brutas, semanais, provisórias e definitivas, de síndrome gripal na época gripal de 2005-2006 e número de vírus Influenza identificados durante aquele período de tempo. A área de actividade basal foi definida pela linha de base e pelo limite superior do IC a 95%.

As curvas que representam as taxas de incidência provisórias e definitivas evoluíram de forma semelhante ao longo das semanas, tendo a curva das taxas definitivas atingido valores quase sempre superiores aos das taxas provisórias (Fig.1).

Durante esta época de gripe foram enviadas 164 zaragatoas faríngeas para o Centro Nacional da Gripe das quais 43 (26,2%) foram positivas para o vírus Influenza. Foram identificados 26 (60,5%) vírus Influenza do tipo A e 17 (39,5%) do tipo B, tendo a maior parte deles sido identificada no período em que a taxa se elevou mais.

## DIABETES

Durante o ano de 2005 foram notificados 707 novos casos de Diabetes Mellitus, sendo 357 referentes a homens (50,5%) e 350 a mulheres (49,5%).

No sexo masculino a incidência da doença aumentou progressivamente a partir do grupo etário 15-24 anos até ao grupo 65-74 anos onde atingiu o valor máximo de 1561,6/10<sup>5</sup> e decresceu no grupo etário seguinte; no sexo feminino, o valor máximo da taxa foi atingido no grupo etário 55-64 anos (1336,6/10<sup>5</sup>) (Quadro IX e Fig. 2).

Quadro IX – Estimativa das taxas de incidência anuais (/10<sup>5</sup>) de Diabetes, por sexo e grupo etário, em 2005.

Grupos Etários	Homens		Mulheres		H+M	
	Nº casos	Taxa	Nº casos	Taxa	Nº casos	Taxa
00-04	1	..	0	0	1	..
05-09	0	..	0	0	0	..
10-14	0	..	1	33,8	1	..
15-24	3	41,6	3	42,8	6	42,2
25-34	11	120,2	8	85,3	19	102,5
35-44	50	601,5	32	362,0	82	478,1
45-54	89	1 230,3	69	899,6	158	1 060,1
55-64	80	1 413,7	88	1 336,6	168	1 372,2
65-74	81	1 561,6	87	1 331,3	168	1 433,2
75 e+	42	1 089,8	62	1 020,4	104	1 047,3
Total	357	640,2	350	575,4	707	606,4

.. nº de casos inadequado ao cálculo das taxas

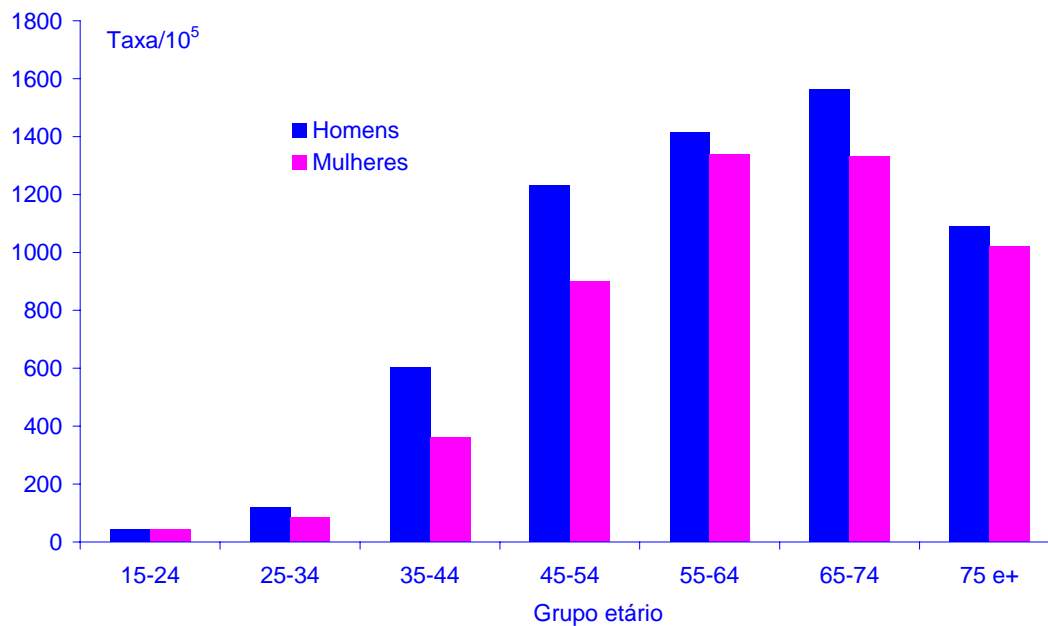


Fig. 2 – Distribuição das taxas de incidência anuais de diabetes, por sexo e grupo etário, em 2005

## ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL

Durante o ano de 2005 foram notificados 293 novos episódios de Acidente Vascular Cerebral (AVC), tendo ocorrido 139 (47,4%) no sexo masculino e 154 (52,6%) no feminino (Quadro X).

Em ambos os sexos a taxa de incidência de AVC aumentou progressivamente em todos os grupos etários tendo atingido o seu valor máximo no grupo etário 75 e mais anos, respectivamente com 1688,8/10<sup>5</sup> no sexo masculino e 1596,6/10<sup>5</sup> no feminino.

Quadro X – Estimativa das taxas de incidência anuais (/10<sup>5</sup>) de AVC, por sexo e grupo etário em 2005.

Grupos Etários	Homens		Mulheres		H+M	
	Nº casos	Taxa	Nº casos	Taxa	Nº casos	Taxa
00-34	1	..	0	..	1	..
35-44	6	67,9	2	21,2	8	43,8
45-54	10	132,2	6	74,9	16	102,7
55-64	19	323,8	12	173,6	31	242,6
65-74	42	773,5	41	597,1	83	675,0
75 e+	61	1 688,8	93	1 596,6	154	1 631,9
Total	139	233,3	154	236,5	293	234,9

.. nº de casos inadequado ao cálculo das taxas

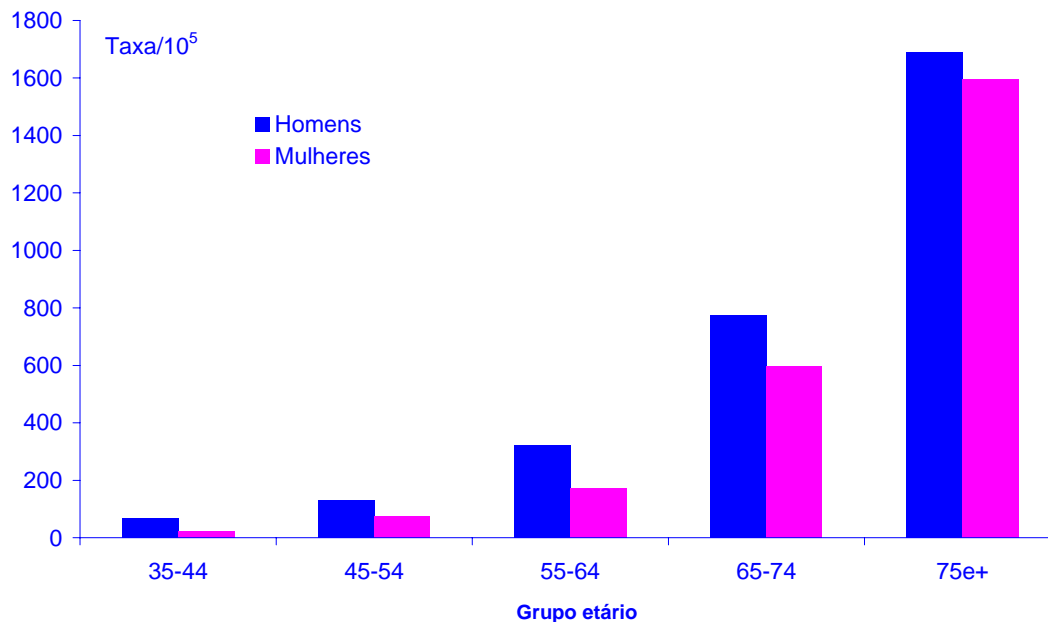


Fig. 3 – Distribuição das taxas de incidência anuais de AVC, por sexo e grupo etário, em 2005

## ENFARTE AGUDO DO MIOCÁRDIO

Durante o ano de 2005 foram notificados 110 novos casos de enfarte agudo do miocárdio, tendo ocorrido 75 (68,2%) no sexo masculino e 35 (31,8%) no feminino (Quadro XI).

Em ambos os sexos o valor máximo da taxa foi registado no grupo etário 75 e+ anos, sendo 700,6/10<sup>5</sup> no sexo masculino e 312,7/10<sup>5</sup> no feminino (Quadro XI).

Quadro XI – Estimativa das taxas de incidência anuais (/10<sup>5</sup>) de Enfarte Agudo do Miocárdio, por sexo e grupo etário em 2005.

Grupos Etários	Homens		Mulheres		H+M	
	Nº casos	Taxa	Nº casos	Taxa	Nº casos	Taxa
00-34	0	..	0	..	0	..
35-44	2	..	0	..	2	..
45-54	14	193,5	1	13,0	15	100,6
55-64	13	229,7	4	60,8	17	138,9
65-74	19	366,3	11	168,3	30	255,9
75 e+	27	700,6	19	312,7	46	463,2
Total	75	134,5	35	57,5	110	94,3

.. nº de casos inadequado ao cálculo das taxas

## ENFARTE AGUDO DO MIOCÁRDIO

---

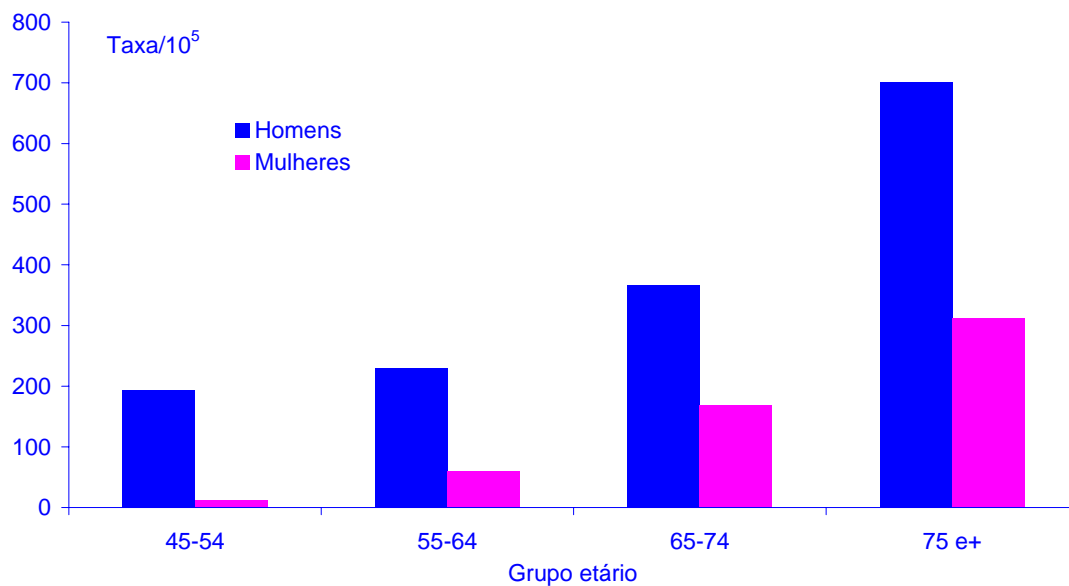


Fig. 4 – Distribuição das taxas de incidência anuais de Enfarte Agudo do Miocárdio, por sexo e grupo etário, em 2005

## VARICELA

Durante o ano de 2005 foram notificados 476 casos de varicela, tendo ocorrido 243 (51,1%) no sexo masculino e 233 (48,9%) no feminino.

No conjunto dos dois sexos os valores mais elevados da taxa registaram-se nos grupos etário 00-04 e 05-09 anos, respectivamente de 4449,0/10<sup>5</sup> no sexo masculino e 4095,7/10<sup>5</sup> no feminino.

Quadro XII - Estimativa das taxas de incidência anuais (/10<sup>5</sup>) de Varicela, por sexo e grupo etário, em 2005

Grupo etário	Homens		Mulheres		Homens+Mulheres	
	Nº casos	Taxa	Nº casos	Taxa	Nº casos	Taxa
00-04	130	4 449,0	113	4 095,7	243	4 277,4
05-09	67	2 125,6	68	2 251,7	135	2 187,3
10-14	22	715,9	24	811,9	46	763,0
15-24	7	97,0	14	199,7	21	147,6
25-34	8	87,4	10	106,7	18	97,1
35-44	7	84,2	3	33,9	10	58,3
45-54	1	..	1	..	2	..
55-64	0	..	0	..	0	..
65-74	1	..	0	..	1	..
75 e+	0	..	0	..	0	..
Total	243	435,8	233	383,1	476	408,3

.. nº de casos inadequado ao cálculo das taxas

## VARICELA

---

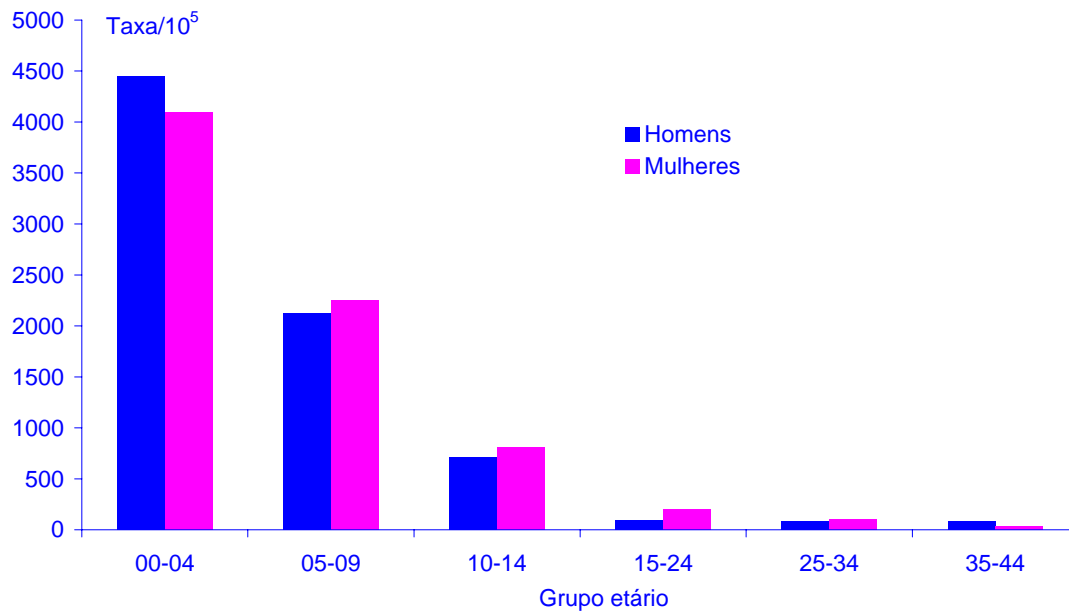


Fig. 5 - Distribuição das taxas de incidência anuais de varicela por sexo e grupo etário, em 2005

## FRACTURA DO COLO DE FÉMUR

Durante o ano de 2005 foram notificados 65 novos casos de fratura do colo de fémur, tendo ocorrido 11 (16,9%) no sexo masculino e 54 (83,1%) no feminino.

Considerando todas as idades, a taxa registada no sexo feminino foi 5.9 vezes superior à do sexo masculino. Em ambos os sexos a taxa de incidência foi mais elevada no grupo etário 75 e mais anos, tendo sido de 155,7/10<sup>5</sup> e 707,7/10<sup>5</sup> respectivamente, para o sexo masculino e feminino. (Quadro XIII).

Quadro XIII - Estimativa das taxas de incidência anuais (/10<sup>5</sup>) de Fractura do Colo de Fémur, por sexo e grupo etário, em 2005

Grupo etário	Homens		Mulheres		Homens+Mulheres	
	Nº casos	Taxa/10 <sup>5</sup>	Nº casos	Taxa/10 <sup>5</sup>	Nº casos	Taxa/10 <sup>5</sup>
00-34	0	..	0	..	0	..
35-44	0	..	1	..	1	..
45-54	0	..	0	..	0	..
55-64	0	..	0	..	0	..
65-74	5	96,4	10	153,0	15	128,0
75 e+	6	155,7	43	707,7	49	493,5
Total	11	19,7	54	88,8	65	55,8

.. nº de casos inadequado ao cálculo das taxas

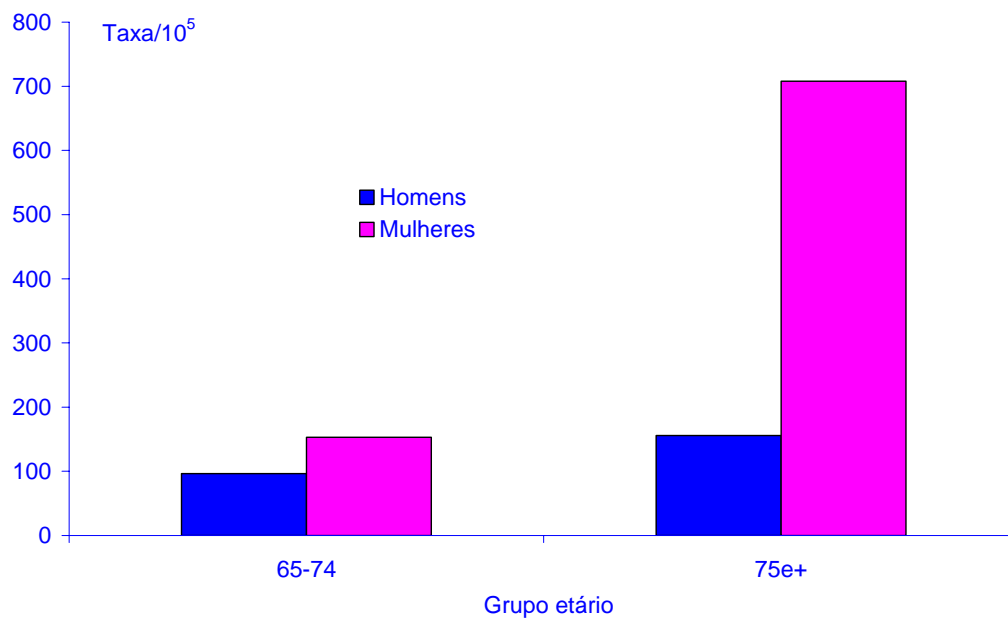


Fig. 6 - Distribuição das taxas de incidência anuais de Fractura do Colo de Fémur, por sexo e grupo etário, em 2005

## GRAVIDEZ E ÁCIDO FÓLICO

Foram notificados 1157 casos de gravidez em curso durante o ano de 2005, cuja distribuição por grupo etário que se encontra no Quadro XIV.

Quadro XIV – Distribuição dos casos de gravidez por grupo etário, em 2005

Grupo etário	Gravidezes	%
<20	81	7,0
20-29	627	54,2
30-39	1054	36,9
40-49	22	1,9
Total	1157	100,0

Verificou-se que 91,1% das gravidezes ocorreram em mulheres com idades compreendidas ente os 20 e os 39 anos, tendo 54,2% entre 20 e 29 anos e 36,9% entre 30 e 39.

Quadro XV – Distribuição dos casos de gravidez segundo o início da toma de ácido fólico, em 2005

Grupo etário	Gravidezes	%
Antes de engravidarem	216	18,7
Só depois de engravidarem	721	62,3
Não tomaram	220	19,0
Total	1157	100,0

## GRAVIDEZ E ÁCIDO FÓLICO

---

Verificou-se que apenas 216 (18,7%) mulheres tomaram AF antes da gravidez; que 721 (62,3%) mulheres iniciaram a toma só depois de saberem que estavam grávidas; e que 220 (19%) não tomaram AF

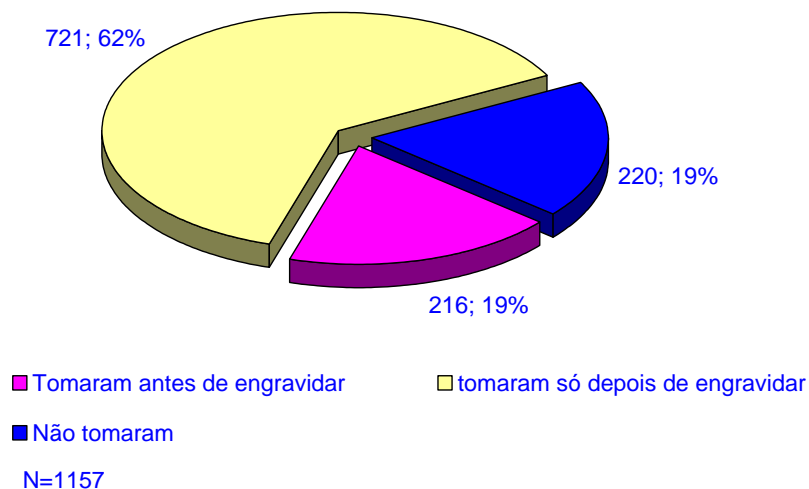


Fig. 7 - Distribuição dos casos de gravidez segundo o início da toma de ácido fólico, em 2005

Em 213 das 216 mulheres grávidas que tomaram AF antes de engravidarem foi possível saber durante quanto tempo as mulheres tomaram ácido fólico. Assim, verificou-se que 93 (43,7% de 213) tomaram AF durante pelo menos 90 dias antes da gravidez, conforme as recomendações actuais existentes; e 120 (56,3%), apesar de terem tomado AF antes da gravidez, iniciaram essa toma menos de 90 dias antes.

Em resumo, das gravidezes notificadas, apenas 93 (8%) das mulheres tomaram AF segundo as recomendações actuais, como prevenção de malformações do tubo neural.

## DISLIPIDÉMIA

Durante o ano de 2005 foram notificados 2348 novos casos de dislipidémia, tendo ocorrido 1142 (48,6%) no sexo masculino e 1206 (51,4%) no feminino.

Os critérios utilizados para definir dislipidémia foram: colesterol total  $\geq 190$ mg/dl ou triglicéridos  $\geq 150$ mg/dl.

No quadro XVI pode ver-se a distribuição das estimativas de incidência de dislipidémia por sexo e grupo etário, em 2005.

No sexo masculino a taxa de incidência aumentou progressivamente até ao grupo etário 45-54 anos, decresceu no grupo etário seguinte e voltou a aumentar no grupo 65-74 anos onde atingiu o valor máximo de  $3913,6/10^5$ . No grupo etário 75e+ verificou-se um novo decréscimo.

Quadro XVI - Taxa de incidência ( $10^5$ ) de Dislipidémia, por sexo e grupo etário, em 2005

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	1	..	2	..	3	..
10-14	2	..	4	..	6	..
15-24	21	291,1	53	756,0	74	520,2
25-34	156	1704,0	119	1269,2	275	1484,0
35-44	244	2935,2	177	2002,3	421	2454,4
45-54	277	3829,1	281	3663,6	558	3744,0
55-64	193	3410,5	242	3675,6	435	3553,1
65-74	203	3913,6	222	3397,1	425	3625,7
75 e+	45	1167,6	106	1744,6	151	1520,6
Total	1142	2047,9	1206	1982,7	2348	2013,9

.. nº de casos inadequado ao cálculo das taxas

No sexo feminino verificou-se um aumento progressivo da taxa até aos 55-64 anos onde foi atingido o valor máximo de 3675,6/10<sup>5</sup> seguido dum decréscimo nos grupos etários seguintes (Quadro XVI).

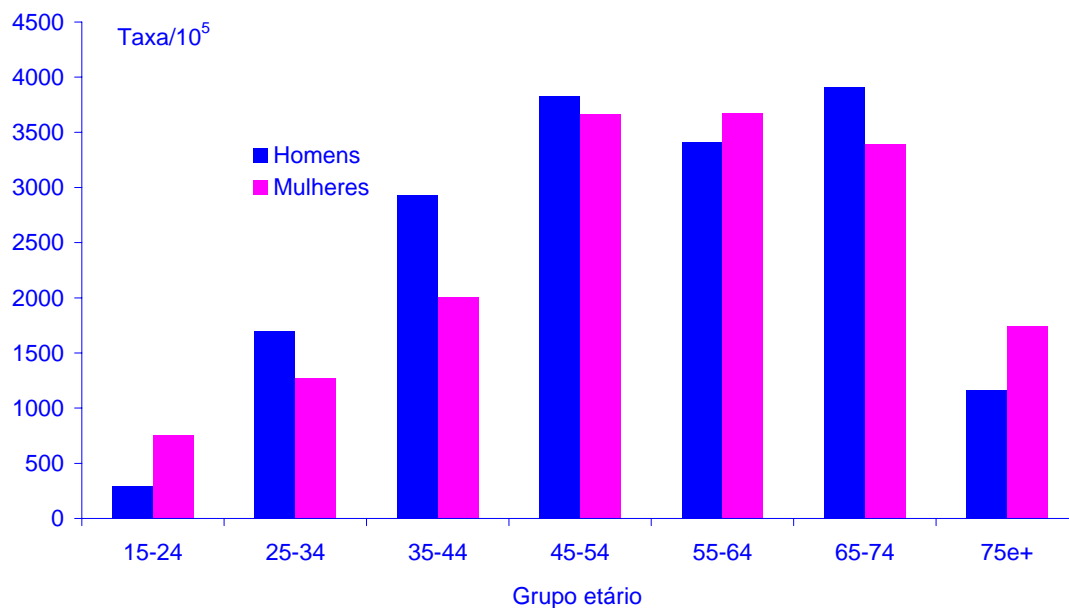


Fig. 8 - Distribuição das estimativas das taxas de incidência anuais de Dislipidemia, por sexo e grupo etário, em 2005

## INTERRUPÇÃO VOLUNTÁRIA DA GRAVIDEZ

Durante o ano de 2005 foram notificados 44 novos casos de Interrupção Voluntária de Gravidez (IVG). A taxa de incidência mais elevada ( $213,3/10^5$ ) foi registada no grupo etário 25-34 anos (Quadro XVII).

Quadro XVII - Taxa de incidência ( $10^5$ ) de Interrupção Voluntária de Gravidez, por grupo etário, em 2005

<b>Grupo etário</b>	<b>IVG</b>	<b>%</b>	<b>Taxa /<math>10^5</math></b>
<25	13	29,5	185,4
25-34	20	45,5	213,3
35-44	10	22,7	113,1
45e+	1	..	..
15-44	44	100,0	133,8

.. nº de casos inadequado ao cálculo das taxas

## INTERRUPÇÃO VOLUNTÁRIA DA GRAVIDEZ

---

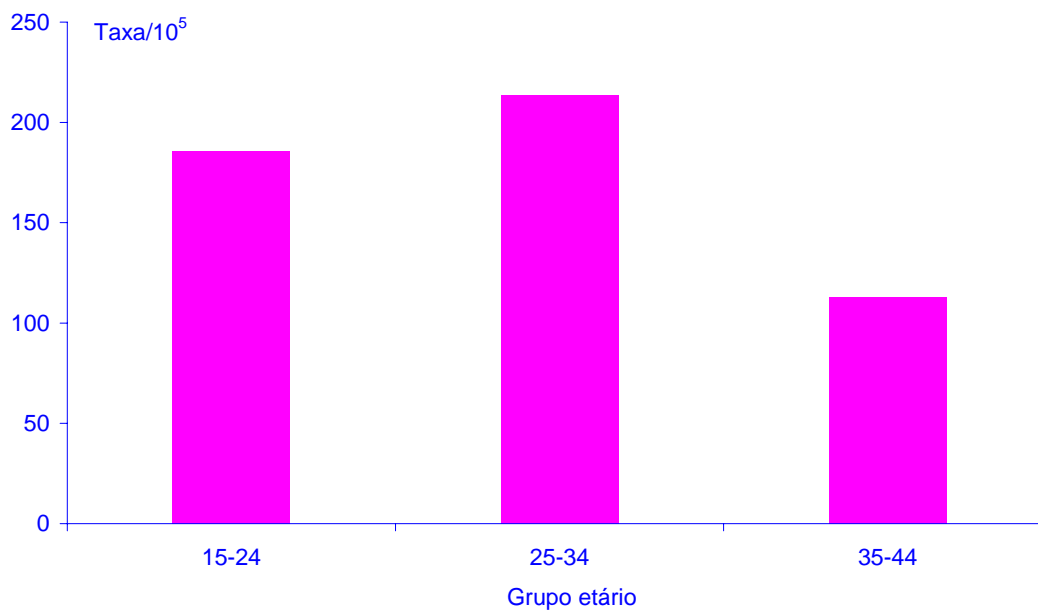


Fig. 9 - Distribuição das taxas de incidência anuais de Interrupção Voluntária da Gravidez, por grupo etário, em 2005

## CONSULTA RELACIONADA COM HIPERTROFIA BENIGNA DA PRÓSTATA

Durante o ano de 2005 foram notificadas 3876 consultas relacionadas com Hipertrofia Benigna da Próstata (HBP).

No quadro XVIII pode ver-se a distribuição dessas consultas por sexo e grupo etário.

Quadro XVIII - Distribuição das consultas relacionadas com HBP/10<sup>5</sup>, por sexo e grupo etário, em 2005

Grupo etário	Consultas	Taxa/10 <sup>5</sup>
15-24	1	..
25-34	2	..
35-44	51	613,5
45-54	306	4 230,0
55-64	800	14 136,8
65-74	1 621	31 251,2
75 e+	1 095	28 412,0
Total	3 876	6 950,7

.. nº de casos inadequado ao cálculo das taxas

Verificou-se que o número de consultas/10<sup>5</sup> utentes aumentou progressivamente até aos 65-74 anos onde atingiu o valor máximo de 31251,2/10<sup>5</sup> e decresceu no grupo etário seguinte.

A idade mínima notificada foi 20 anos.

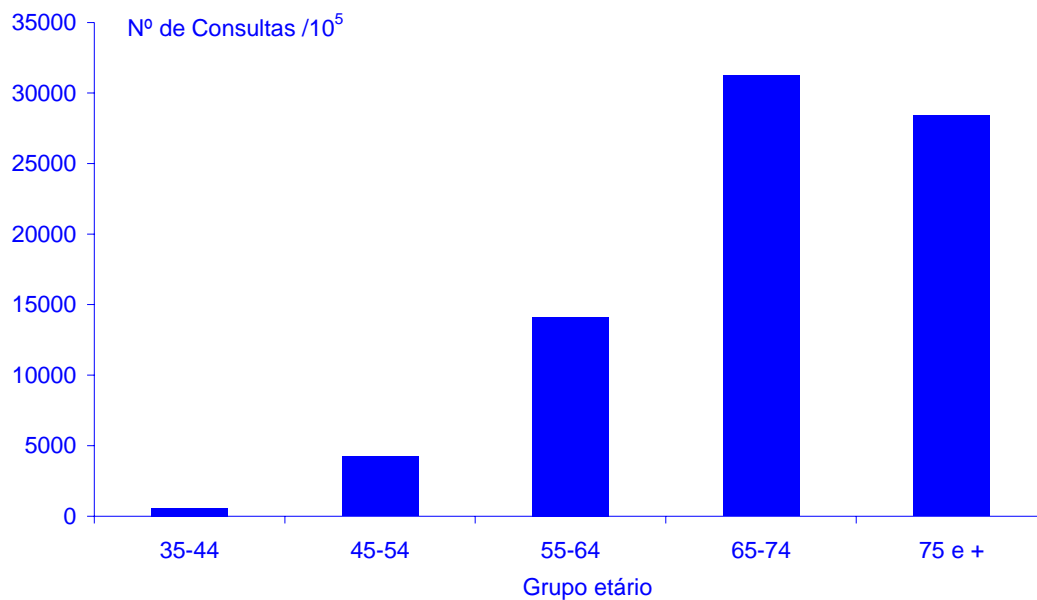


Fig. 10 - Distribuição das consultas relacionadas com HBP/10<sup>5</sup>, por sexo e grupo etário, em 2005

## CONSULTA RELACIONADA COM HIPERTROFIA BENIGNA DA PRÓSTATA

No quadro XIX pode ver-se a distribuição das consultas notificadas segundo o diagnóstico de caso novo\*, caso conhecido\*\* ou caso suspeito\*\*\*, por grupo etário e por 10<sup>5</sup> utentes.

Verificou-se que o nº de consultas foi mais elevado nos casos conhecidos de HBP (já diagnosticados anteriormente) (5462,3/10<sup>5</sup>) seguindo-se-lhe os casos suspeitos (640,2/10<sup>5</sup>), e depois os novos casos de HBP (599,0/10<sup>5</sup>) (Quadro XIX).

Quadro XIX - Distribuição das consultas relacionadas com HBP(/10<sup>5</sup>), notificadas em 2005 por “casos novos”, “casos conhecidos” e por “casos suspeitos”\*, segundo o grupo etário.

Grupo etário	Casos novos*		Casos conhecidos**		Casos suspeitos***		Total	
	N	Nº/10 <sup>5</sup>	N	Nº/10 <sup>5</sup>	N	Nº/10 <sup>5</sup>	N	Nº/10 <sup>5</sup>
00-14	0	..	0	..	0	..	0	..
15-24	0	..	1	..	0	..	1	..
25-34	1	..	0	..	1	..	2	..
35-44	8	96,2	13	156,4	22	264,6	43	517,3
45-54	66	912,4	127	1755,6	88	1216,5	281	3884,4
55-64	103	1820,1	567	10019,4	101	1784,8	771	13624,3
65-74	112	2159,2	1346	25949,5	111	2140,0	1569	30248,7
75 e +	44	1141,7	992	25739,5	34	882,2	1070	27763,4
Total	334	599,0	3046	5462,3	357	640,2	3737	6701,5

\*Casos *novos* de HBP: foram considerados os novos diagnósticos de HBP referidos pelos MS como tendo sido feitos em 2006. Não foi perguntado ao médico qual o método utilizado para a confirmação do diagnóstico.

\*\*Casos *conhecidos*: foram incluídos nesta categoria todos os casos de HBP diagnosticados anteriormente.

\*\*\*Casos *suspeitos*: foram incluídos nesta categoria todos os casos em estudo, cujo diagnóstico não estava ainda confirmado, e também os pedidos de esclarecimento, de aconselhamento, de atestados, declarações, desde que tivessem motivado a consulta etc.

.. nº de casos inadequado ao cálculo das taxas

## CONSULTA RELACIONADA COM HIPERTROFIA BENIGNA DA PRÓSTATA

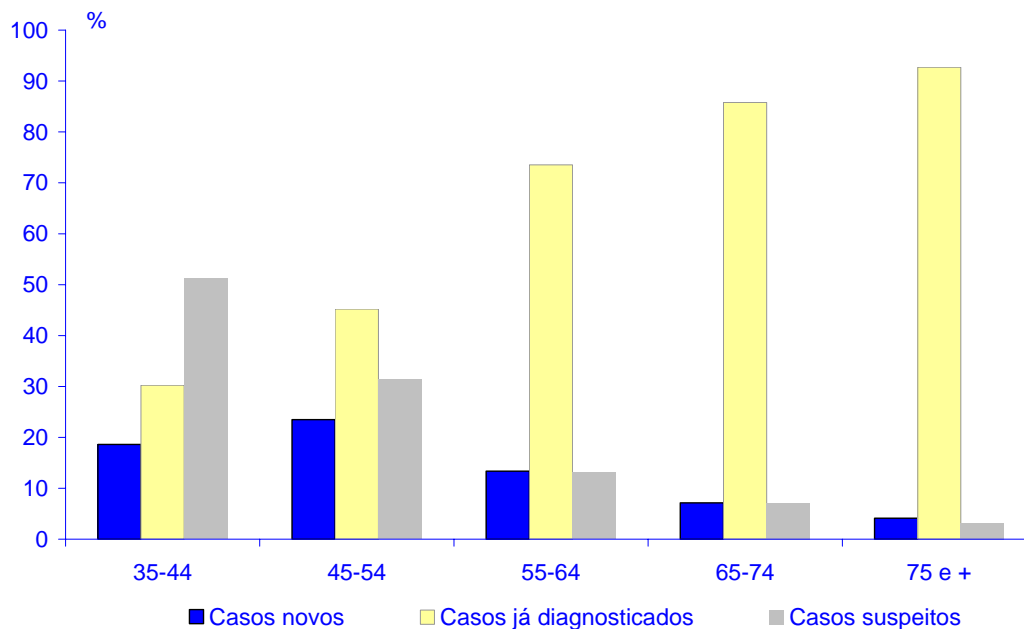


Fig. 11 - Distribuição das consultas relacionadas com HBP(/10<sup>5</sup>), notificadas em 2005 por “casos novos”, “casos conhecidos” e por “casos suspeitos”\*, segundo o grupo etário.

O grupo etário em que as consultas foram mais frequentes foi o de 65-74 anos (30248,7/10<sup>5</sup>), considerando as 3 situações, separadamente ou em conjunto.

## CONSULTA RELACIONADA COM HIPERTROFIA BENIGNA DA PRÓSTATA

A percentagem mais elevada de consultas foi feita aos utentes com diagnóstico conhecido de HBP (81,5%) seguindo-se-lhe o grupo dos casos suspeitos (9,6%) e finalmente o grupo dos casos novos (8,9%) (Quadro XX).

Quadro XX - Distribuição percentual das consultas relacionadas com HBP, notificadas em 2005 por casos novos, casos conhecido" e por casos suspeitos\*, segundo o grupo etário.

Grupo etário	Casos novos		Casos conhecidos		Casos suspeitos	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
15-24	0	..	1	..	0	..
25-34	1	..	0	..	1	..
35-44	8	18,6	13	30,2	22	51,2
45-54	66	23,5	127	45,2	88	31,3
55-64	103	13,4	567	73,5	101	13,1
65-74	112	7,1	1346	85,8	111	7,1
75 e +	44	4,1	992	92,7	34	3,2
Total	334	8,9	3046	81,5	357	9,6

\*caso *suspeito*: utente em estudo cujo diagnóstico não está confirmado, ou que pediu esclarecimento, aconselhamento, atestados, declaração, etc.

\*\*casos *novos* de HBP: novos diagnósticos de HBP feitos em 2006. Não foi perguntado ao médico qual o método utilizado para a confirmação do diagnóstico.

.. nº de casos inadequado ao cálculo da percentagem

Pode ver-se que nos grupos etários mais elevados a percentagem de consultas relacionadas com HBP feita a utentes com o diagnóstico já conhecido foi aumentando progressivamente, tendo atingido o valor máximo no grupo 75 e+ anos (92,7%).

## CONSULTA RELACIONADA COM HIPERTROFIA BENIGNA DA PRÓSTATA

---

No grupo etário 45-54 anos o maior número de consultas relacionadas com HBP foi feito a casos suspeitos (51,2%); e as consultas em que se registaram os novos diagnósticos ocorreram, com maior frequência, no grupo etário 45-54 anos (23,5%).

Verificou-se que o motivo mais frequente de consulta foi a renovação de medicação (51,5% dos casos) (Quadro XXI e Fig. 10).

Quadro XXI - Distribuição das consultas relacionadas com HBP, segundo o motivo de consulta (um ou mais), em 2005.

Motivo de consulta*	N	%
Início ou alteração do padrão de sintomas	411	10,6
Renovação de medicação	1997	51,5
Consulta de seguimento	1437	37,1
Receio de ter patologia prostática	401	10,3
Outros (outras doenças, motivos administrativos e rastreio de patologia prostática)	135	3,5

\*os motivos de consulta não são mutuamente exclusivos

## CONSULTA RELACIONADA COM HIPERTROFIA BENIGNA DA PRÓSTATA

---

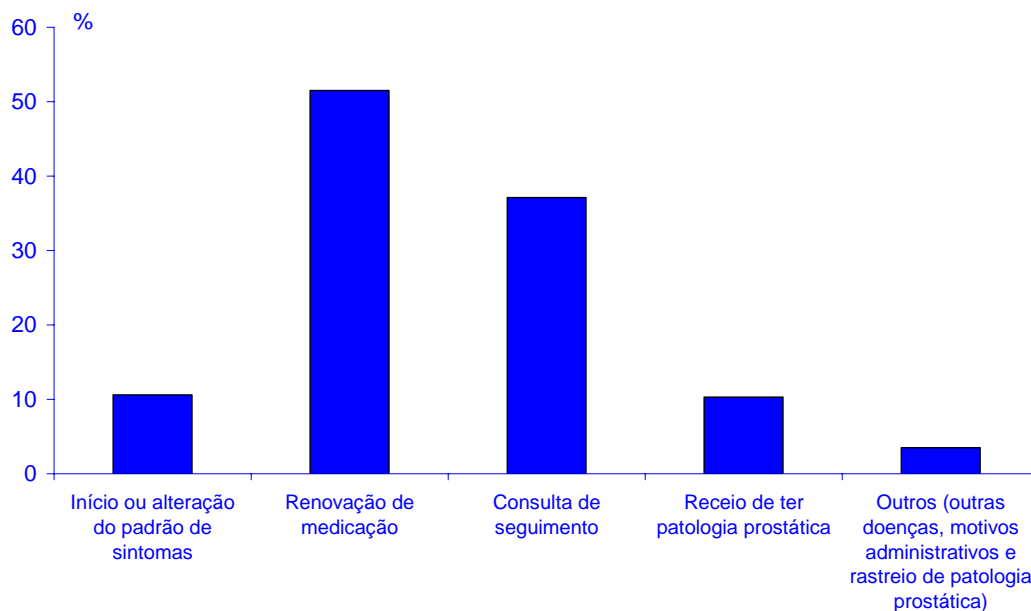


Fig. 12 - Distribuição das consultas relacionadas com HBP, segundo o motivo de consulta (um ou mais), em 2005.

Das 3876 consultas relacionadas com HBP, foram prescritos medicamentos em 2755 (71,1%).

O número e % de consultas em que foram receitados medicamentos para a próstata encontra-se, por ordem decrescente, no quadro XXII.

## CONSULTA RELACIONADA COM HIPERTROFIA BENIGNA DA PRÓSTATA

---

A tamsulosina foi o medicamento prescrito com mais frequência (37,3%) nas consultas relacionadas com HBP em que houve prescrição de medicamentos (Quadro XXII) (Fig. 13).

Quadro XXII – Distribuição dos medicamentos prescritos por número e % de consultas relacionadas com HBP, em 2005.

Medicamento prescrito	Nº de consultas em que o medicamento foi prescrito	Nº de consultas em que o medicamento foi prescrito/ total de consultas em que houve prescrição
Tamsulosina	1028	37,3
Alfuzozina	629	22,8
Finasteride	576	20,9
Dutasteride	375	13,6
Serenoa repens	291	10,6
Terazosina	111	4,0
Doxazosina	44	1,6
Pygeum africanum	10	0,4

Em cada consulta foram prescritos 1 ou mais medicamento

Não foram prescritos medicamentos em 1121 consultas (28,9%)

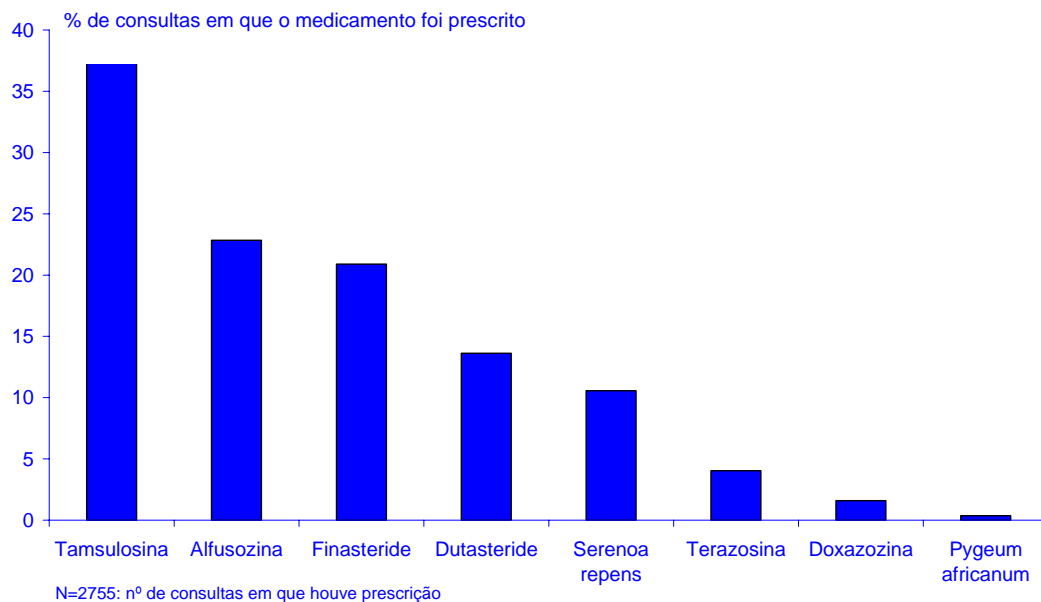


Fig. 13 – Distribuição dos medicamentos prescritos (um ou mais) segundo a percentagem (por ordem decrescente) de consultas relacionadas com HBP em que foi feita a prescrição, em 2005.

## EVENTOS ADVERSOS EVITÁVEIS

---

Durante o ano de 2005 foi estudado o tema Eventos Adversos Evitáveis (EAE) relacionados com os serviços de saúde.

Foi definido como EAE qualquer acontecimento inesperado e indesejável, ocorrido com os utentes das listas de MS, que tenha resultado do contacto com serviços de saúde e não directamente da doença ou do estado do doente.

Durante o ano de 2005 foram notificados, por apenas 28 médicos, 201 casos de Eventos Adversos Evitáveis (EAE).

Informação recolhida durante o ano sobre as dificuldades de identificação dos casos de EAE e a respectiva notificação bem como o facto de apenas 28 médicos terem notificado EAE levaram-nos a pensar que este não foi um assunto *bem aceite* para estudo, pela maioria dos MS, tendo, por isso, gerado uma sub-notificação maior do que é habitual. Por esta razão a interpretação dos dados deve ser particularmente cuidadosa.

No quadro XXIII apresenta-se distribuição do número de EAE notificados por MS, em 2005.

Quadro XXIII – Distribuição do número de EAE notificados por MS, em 2005

Nº de EAV	Nº de MS que notificaram
< 7	22
> 6 e < 13	4
>12 e < 51	0
> 50	2
Total	28

O facto de apenas 2 MS terem notificado 61,2% dos EAE pode enviezar fortemente os resultados por reflectir apenas o padrão de EAE identificados por esses MS, e não o padrão geral da Rede.

No quadro XXIV pode ver-se a percentagem de EAE notificados, por grupo etário, em 2005.

Verificou-se que a percentagem de EAE notificados foi mais elevada no grupo etário 65-74 anos, em ambos os sexos.

Quadro XXIV – Distribuição percentual dos EAE, por grupo etário, segundo o sexo, em 2005

Grupo etário	Homens	%	Mulheres	%	H+M	%
00-04	6	7,7	0	0	6	3,0
05-09	2	2,6	1	0,8	3	1,5
10-14	0	0,0	2	1,6	2	1,0
15-24	2	2,6	11	8,9	13	6,5
25-34	6	7,7	12	9,8	18	9,0
35-44	4	5,1	17	13,8	21	10,4
45-54	14	17,9	21	17,1	35	17,4
55-64	9	11,5	14	11,4	23	11,4
65-74	22	28,2	23	18,7	45	22,4
75 e +	13	16,7	22	17,9	35	17,4
Total	78	100,0	123	100,0	201	10,0

O tipo de EAE notificado mais frequentemente foi “no tratamento ou cuidados de saúde prestados pelo médico”, em 24,4% dos casos, seguido de perto por EAE na “medicação e nas receitas” (23,9%).

Quadro XXV- Distribuição percentual dos tipos de EAE notificados

Tipo de EAE	Nº de EAE	%
No tratamento ou cuidados de saúde prestados pelo médico (não inclui erros de diagnóstico nem erros de medicação ou com receituário)	49	24,4
Na medicação e nas receitas	48	23,9
Nos procedimentos administrativos	35	17,4
Nos meios complementares de diagnóstico	24	11,9
Na referenciação	15	7,5
Nos registos clínicos	13	6,5
Na relação com o doente	6	3,0
No diagnóstico médico	5	2,5
No tratamento ou cuidados de saúde prestados pela enfermagem	3	1,5
Acidente, dentro das instalações de saúde, envolvendo o utente	3	1,5
Total	201	100,0

Verificou-se que o “agente” mais frequentemente responsável pelo EAE foi o médico (152 casos; 75,6%). O administrativo foi o 2º agente mais frequente (18 casos; 9,0%).

Em relação ao local onde o EAE ocorreu, verificou-se que 135 (67,2%) ocorreram no centro de saúde e 19,9% (40) no hospital.

Verificou-se que 146 EAE (72,6% do total) originaram danos de algum tipo, sendo 29,5% físicos, 42,5% materiais e 54,8% psicológicos, coexistindo estes 3 tipos em apenas 5 casos.

## **ACONTECIMENTOS IRIS**

---

Durante o ano de 2005, 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.



Durante o ano de 2005 foi realizada a 1ª observação de um estudo de *follow up* de 3 anos, intitulado:

### **Prevalência da diabetes e incidência das respectivas complicações numa coorte de diabéticos portugueses**

Os objectivos deste estudo são:

1. Estimar a taxa de prevalência de diabetes na população sob observação
2. Estimar a taxa de prevalência de complicações no “ano zero”
3. Estimar taxas de incidência de complicações
4. Fazer o *follow up* da coorte de diabético durante 3 anos.

Foram recolhidos dados referentes a 4583 diabéticos.



---

## PARTICIPAÇÃO EM PROJECTOS NACIONAIS E INTERNACIONAIS

---

### SISTEMA DE VIGILÂNCIA INTEGRADA CLÍNICA E LABORATORIAL DA SÍNDROMA GRIPAL

Desde 1990 que a Rede Médicos-Sentinela está envolvida na vigilância epidemiológica, semanal, da 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](http://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](http://www.eiss.org), de forma a permitir, juntamente com a informação enviada por mais de 20 países, a descrição da actividade gripal na Europa, e ainda, a identificação precoce de eventuais surtos de gripe nos países participantes.

### EISS - EUROPEAN INFLUENZA SURVEILLANCE SCHEME – [www.eiss.org](http://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](http://www.eiss.org).

PROJECTO E-HID UPDATE (E-HEALTH INDICATOR DATABASE)

Iniciado em Fevereiro de 2004 e finalizado em 2007, este projecto, financiado pela DGSANCO, foi coordenado por Douglas Fleming, Director do RCGP Research Unit de Birmingham.

Contou com a participação de vários países e teve os seguintes objectivos:

- Obtenção de dados originados pelos registos médicos electrónicos em cuidados primários, e a respectiva interpretação sobre os seguintes 4 indicadores:
  - Incidência de diabetes
  - Prevalência de diabetes
  - "Carga" da doença mental
  - Prevalência da doença isquémica cardíaca.
- Demonstrar a continuidade do processo fornecendo dados referentes a 2 períodos de 12 meses cada.
- Identificar e divulgar a informação aos grupos profissionais adequados sobre as vantagens da optimização dos registos médicos electrónicos nos consultórios de forma a permitirem a obtenção de dados de incidência e de prevalência.



### 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.

#### ● AS ALTERAÇÕES OCASIONAIS DA INCIDÊNCIA DE OUTRA DOENÇA

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

#### ● PERÍODOS DE INACTIVIDADE DO MÉDICO

O médico-sentinela pode notificar casos que não diagnosticou pessoalmente mas que identificou *a posteriori*, através de informações adequadas. Apesar disso, a probabilidade de identificação de casos que ocorreram durante os seus períodos de inactividade está diminuída. Os períodos de inactividade ocorrem regularmente, por férias, mas podem também ocorrer por doença ou formação curricular dos médicos.

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

### 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 ESPECÍFICAS DOS DENOMINADORES

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

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

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

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

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

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

### 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.

### ● **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 insulino-dependente. Arquivos de Medicina 1996;10 Supl 4:23-26.

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

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

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

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

- **PREVALÊNCIA DA EPILEPSIA**

Publicado em:

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

---

- **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](http://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](http://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](http://www.onsa.pt), em fontes de informação, Médicos-Sentinela.

## 1998

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

### 1999

- **ALEITAMENTO MATERNO** (não publicado)  
Alguma informação sobre os resultados deste estudo pode ser consultada no endereço: [www.onsa.pt](http://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***  
Publicado em:
  - Ana Paula Martins *et al.* Regimes terapêuticos para a úlcera péptica e o *helicobacter pylori* nos utentes da Rede Médicos-Sentinela. Rev Port Clin Geral 2005; 21:431-44.

**2003**

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

**2005**

- **PREVALÊNCIA DA DIABETES E INCIDÊNCIA DAS RESPECTIVAS COMPLICAÇÕES NUMA COORTE DE DIABÉTICOS PORTUGUESES**
- **DIAGNÓSTICO DA FEBRE ESCARO–NODULAR E DE OUTRAS *RICKETTSIOSES*** (2ª ano) (não publicado)

## ESTUDOS – SATÉLITE REALIZADOS

---

**2006**

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

**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.

### 1995

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

### 1996

- Catarino J, Falcão IM, Dias JA. Menopausa Cirúrgica em Utentes de Centros de Saúde: Avaliação da eficácia da terapêutica substitutiva com estrogénios. Saúde em Números 1996;11(4):25-29.
- Catarino J. Interrupção Voluntária da Gravidez em Portugal, 1991-1995 - Estimativas de incidência na rede Médicos-Sentinela. Saúde em Números 1996;11(4):30-32.
- Dias C, Nogueira P, Sá JV *et al.* Trigliceridemia em doentes com Diabetes Mellitus não insulínica. Arquivos de Medicina 1996;10 Supl 4:23-26.

- Divisão de Epidemiologia e Bioestatística da Direcção Geral da Saúde. A passo firme. Médicos-Sentinela (8). Lisboa: Direcção Geral da Saúde, 1996.
- Falcão JM, Gouveia MF, Rosa AV, Sá JV, Valente MF. Epidemiologia da diabetes: Parte I – Prevalência da doença e de alguns factores de risco numa coorte de diabéticos portugueses, 1993. Revista Portuguesa de Clínica Geral 1996;13: 213-28.
- Falcão JM, Gouveia MF, Rosa AV, Sá JV, Valente MF. Epidemiologia da diabetes: Parte II – Parâmetros bioquímicos, consumo de tabaco e de 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 nº7/8: 156-163.

### 2004

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

### 2005

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

**2006**

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

**2007**

- Observatório Nacional de Saúde. Um ano com saúde mental, Médicos-Sentinela 18. Relatório anual de 2004. Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, 2007.
- Falcão I, Monsanto A, Nunes B, Marau J, Falcão JM. Prescrição de psicofármacos em Medicina Geral e Familiar: um estudo na Rede Médicos-Sentinela. Rev Port Clin Geral 2007;23:17-30.
- Observatório Nacional de Saúde. Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge. Prescrição de psicofármacos em Medicina Geral e Familiar: um estudo na Rede Médicos-Sentinela. Relatório. Lisboa, ONSA, Março de 2007.
- Falcão I, Silva M. Gravidez e ácido fólico: um estudo na Rede Médicos-Sentinela! Observações. ONSA 2007, 34.





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 2005

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

## ANEXO II

---

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 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 SILVA AZENHA PISCO	CALDAS DA RAINHA
ANA PAULA JESUS MOREIRA	BARÃO CORVO
ANA PAULA PIRES GRANADEIRO	MOITA
ANTÓNIO AURÉLIO REBELO FIGUEIREDO	AGUAS SANTAS
ANTÓNIO DAVID PINTO MARTINHO	FUNDÃO
ANTÓNIO JOÃO PASSÃO LOPES	ÉVORA
ANTÓNIO JOSÉ DA SILVA VALENTE	BRAGANÇA
ANTÓNIO JOSÉ NOVAIS TAVARES	MAÇÃO
ANTÓNIO MARTINS SILVA CAIO	FUNDÃO
ARMANDO BRITO DE SÁ	BENFICA
ARMINDA SANTOS MOREIRA PIRES	SENHORA DA HORA
AUSENDA ZAIDA BELO MARTINS	PONTE DE SÔR
CARLOS MANUEL PRÍNCIPE CEIA	CORUCHE
CARLOS MANUEL SILVA MARTINS	S. JOÃO

CECÍLIA GARRIDO TEIXEIRA	TORRES VEDRAS
CESARINA AUGUSTA SANTOS SILVA	ERMESINDE
CRISTINA MARIA SOUSA CASTELA	TAROUCA
CRISTINA MARIA SILVA CHILRO	CASTELO DE PAIVA
CRISTINA SOUSA PEREIRA PINTO	LEÇA DA PALMEIRA
DAGOBERTO MARÍLIO MONTEIRO MOURA	PARANHOS
DANIEL JOSÉ MARQUES FURTADO SILVA	ALDOAR
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
FERNANDO AUGUSTO SEVERINO SILVA	VISEU
FERNANDO FERREIRA	ARCOZELO
FERNANDO JOSÉ SANTOS ALMEIDA	ARCOZELO
FERNANDO OLIVEIRA RODRIGUES	PONTE DE SÔR

GRAÇA MARIA BARRETO MARTINS	UISEU
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 MARTIN SILVA REGO	FAFE
JOÃO HORÁCIO SOARES MEDEIROS	SANTA MARTA DE PENAGUIÃO
JOÃO LUÍS DA SILVA PEREIRA	SACAVÉM
JOÃO MANUEL ALMEIDA DINIZ	FAFE
JOÃO ADÉLIO TROCADO MOREIRA	AVIS
JOÃO RICARDO SANTOS BRITO	GRAÇA
JOAQUIM BAPTISTA DA FONSECA	SANTA MARTA DE PENAGUIÃO

JOAQUIM MANUEL RAMALHO FITAS	MONTEMOR-O-NOVO
JORGE MANUEL PEREIRA CRUZ	MIRANDELA
JORGE MARIA SILVA VIANA SÁ	REDONDO
JOSÉ ANTÓNIO NUNES DE SOUSA	FEIRA
JOSÉ ARMANDO BAPTISTA PEREIRA	PAREDES
JOSÉ AUGUSTO RODRIGUES SIMÕES	GÓIS
JOSÉ MANUEL MENDES NUNES	OEIRAS
LEONOR RAMALHO	VENDA NOVA
LIA MARTINS FERREIRA CARDOSO	UISEU
LICÍNIO LABORINHO FIALHO	NAZARÉ
LÚCIA MARIA FERREIRA	SEVER DO VOUGA
LUÍSA MARIA MOREIRA GOMES	BARCELINHOS
MADALENA REIS CORBAFO ARAÚJO	VILA DO PORTO
MANUEL AUGUSTO SANTOS COELHO	FUNDÃO
MANUEL FRANCISCO GODINHO	LAGOS
MANUEL LUCIANO CORREIA SILVA	MATOSINHOS

MARGARIDA CONCEIÇÃO REIS LIMA	BRAGA
MARGARIDA GUIMARÃES	CASTRO DAIRE
MARGARIDA MARIA LOBÃO FERREIRA	PENALVA DO CASTELO
MARIA CRISTINA DE MIRA GALVÃO	SERPA
MARIA DA CONCEIÇÃO FRAGA COSTA	PESO DA RÉGUA
MARIA DA LUZ LOUREIRO AMORIM	RIO TINTO
MARIA DE FÁTIMA GOMES DOMINGOS	SOBRAL DE MONTE AGRAÇO
MARIA DE LURDES FERNANDES	OEIRAS
MARIA ELVIRA PINTO COSTA SILVA	BARÃO CORVO
MARIA EMÍLIA CORREIA BARROS	ESPINHO
MARIA DE FÁTIMA SIMÕES CRUZ	STº CONDESTÁVEL
MARIA FILOMENA MINA HENRIQUES	STº ANTONIO DA SERRA
MARIA FILOMENA PRATA VIEIRA	PARANHOS
MARIA GABRIELA SALLÉ SOUSA BRITO	LAMEGO
MARIA GRACINDA PEREIRA RODRIGUES	PONTE DE SÔR
MARIA HELENA SÁ PEREIRA FERNANDES	MATOSINHOS

MARIA JOSÉ RIBAS CASTRO	MATOSINHOS
MARIA JOSÉ SALGUEIRO CARMO	VILA REAL DE STº ANTÓNIO
MARIA JOSÉ TOVAR	ÁGUEDA
MARIA JOSEFINA MARAU GONÇALVES	SINTRA
MARIA LUISA MOTA ALMEIDA	BARÃO DO CORVO
MARIA LUISA RODRIGUES ROMEIRO	OEIRAS
MARIA MADALENA CÂMARA PESTANA	AJUDA
MARIA MADALENA PRIMO CABRAL	NORTON DE MATOS
MARIA MANUEL RUELA SILVA CUNHA	AVEIRO
MARIA MANUELA MOREIRA SUCENA MIRA	ÁGUEDA
MARIA MARGARIDA NUNES CASTANHEIRA	OEIRAS
MARIA ODETE SEMEDO OLIVEIRA	MEALHADA
MARIA OTÍLIA GRAÇA VIDAL	ÁGUEDA
MARIA PRAZERES RODRIGUES SILVA	LEÇA DA PALMEIRA
MARIA RAQUEL FRAGA CASTRO	MATOSINHOS
MARIA TERESA MINISTRO ESTEVES	UISEU

MARIA TERESA BRANDÃO	VALPAÇOS
MARIA TERESA VIEIRA LIBÓRIO	OEIRAS
MARÍLIA JARDIM FERNANDES	S. ROQUE
MÁRIO FERNANDO LUZ SILVA	CHAMUSCA
MIGUEL ALBERTO CRUZ MELO	BRAGA
NANTÍLIA AUGUSTA ALMEIDA BARBOSA	AVEIRO
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 ANTUNES QUARESMA	GAVIÃO
RUI AFONSO CERADAS	ARCOZELO
RUI ARTUR COUTINHO SILVA NOGUEIRA	NORTON DE MATOS
RUI CÉSAR CAMPOS CASTRO	SANTARÉM

RUI MANUEL NOGUEIRA SOUSA SANTOS	BEJA
RUI MANUEL TABORDA GONÇALVES	PINHEL
RUI MANUEL TAVARES AMARAL	VINHAIS
RUI PEREIRA ALVES BRÁS	CASTELO DE VIDE
SÉRGIO ANTÓNIO SOUSA VIEIRA	CARVALHOS
TERESA LAGINHA	CORAÇÃO DE JESUS
VALÉRIO MANUEL NETO CAPAZ	CORUCHE
VITOR MANUEL BORGES RAMOS	CASCAIS



Ministério da Saúde

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

**Médicos Sentinela:**

**19 - Quase 12 000 observações em saúde  
Relatório de Actividades 2005  
Lisboa: 2007**

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

Tiragem: 750 exemplares  
ISBN: 978-972-8643-31-7  
Depósito Legal: 122033/98