



INSTITUTO NACIONAL DE SAÚDE

Dr. Ricardo Jorge

Médicos-Sentinela

Relatório de Actividades

23

O que se fez
em 2009



MÉDICOS-SENTINELA

O que se fez em 2009

23

Lisboa, 2011

FICHA TÉCNICA

Médicos–Sentinela. O que se fez em 2009. Departamento de Epidemiologia. Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge. Lisboa 2010. 110 pág.(Médicos-Sentinela 23).

Morbilidade/ Notificação/ Grupo Etário/ Incidência/ Síndrome Gripal/ Diabetes/ Acidente Vascular Cerebral/ Enfarte Agudo do Miocárdio/ Varicela/ Interrupção Voluntária de Gravidez/ Herpes/ Consulta Relacionada com DPCO/ Consulta Relacionada com Ombro Doloroso/ Lesão Auto-Infligida/ Acidente/ Agressão.

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

Av. Padre Cruz 1649-016 Lisboa - Portugal

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

Telefone: 217 526 404

Fax: 217 526 400

<http://www.insa.pt>

Coordenador da Rede Médicos-Sentinela: Carlos Dias

AGRADECIMENTOS

Aos Médicos-Sentinela inscritos na Rede em 2009:

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

Ana Maria Morais Mateus	USF Horizonte/Matosinhos
Ana Maria Rodrigues Barros	Dr. Gorção Henriques
Ana Maria Silva Azenha Pisco	Caldas da Rainha
Ana Paula Jesus Moreira	Barão corvo
Ana Paula Pires Granadeiro	Moita
Anne Tancrede	Aljezur
Antoni Jimenez Garcia	Odemira
António João Passão Lopes	Évora
António José Novais Tavares	Mação
António Martins Silva Caio	Fundão
Armando Brito de Sá	Benfica
Arminda Santos Moreira Pires	Senhora da Hora
Arquimínio Simões Eliseu	USF EBORAE/Évora
Ausenda Zaida Belo Martins	Ponte de Sôr
Camila Manuela Dias Pinto	USF Famílias/ Santa Maria da Feira
Camilo Monteiro Silva	USF Famílias/ Santa Maria da Feira
Carlos Manuel Príncipe Ceia	Coruche
Carlos Manuel Silva Martins	S. João
Cecília Garrido Teixeira	USF Gama/Torres Vedras
Cesarina Augusta Santos Silva	Ermesinde
Cristina Maria Silva Chilro	Castelo de Paiva
Cristina Maria Sousa Castela	Tarouca

Cristina Sousa Pereira Pinto	Leça da Palmeira
Dagoberto Marílio Monteiro Moura	Paranhos
Daniela Almeida Moreira	Viseu
Edite Maria Caldas da Silva	Leça da Palmeira
Elisa Maria Bento da Guia	Moimenta da Beira
Elsa Colaço Alcântara Melo	USF EBORAE/Évora
Emília Maria Teixeira	Leça da Palmeira
Felicidade Maria Malheiro	Paranhos
Fernando Augusto Severino Silva	Viseu
Fernando Ferreira	USF Stº André do Canidelo/V.N. Gaia
Fernando José Santos Almeida	Arcozelo
Fernando Manuel Mesquita Oliveira	USF Famílias/ Santa Maria da Feira
Fernando Oliveira Rodrigues	Ponte de Sôr
Helena Maria Ferreira Oliveira	USF D'As Terras de Lanhoso/Oliveira de Azeméis
Isabel Maria Amaral Almeida Alves	Póvoa de Lanhoso
Isabel Serpa Branco	USF EBORAE/Évora
Isabel Taveira Pinto	Ponte de Sôr
Isabela Maria Nogueira dos Santos	USF + Caranda/Braga
Jaime Brito da Torre	Machico
Jaime Correia de Sousa	USF Horizonte/Matosinhos
Jesus Perez y Sanchez	USF Horizonte/Matosinhos
Joana Maria Rafael Pinto Santos	Senhora da hora

Joana Neto de Carvalho	Stº Condestável
João Adélio Trocado Moreira	Avis
João Alberto Alves Carvalho	Fundão
João António Martins Silva Rego	USF Sentinela/Fafe
João Horácio Soares Medeiros	USF Fénix/Vila Real
João Luís da Silva Pereira	Sacavém
João Manuel Almeida Diniz	USF Novo Cuidar/Fafe
João Pedro Faria	USF Marginal/Cascais
João Ricardo Santos Brito	Graça
João Vaz Ramires	USF Marginal/Cascais
Joaquim Baptista da Fonseca	Santa Marta de Penaguião
Joaquim Manuel Ramalho Fitas	Montemor-o-Novo
Jorge Alberto Lorca Ramos	USF Planície/Évora
Jorge Manuel Pereira Cruz	Mirandela
Jorge Maria Silva Viana Sá	USF EBORAE/Évora
José António Nunes de Sousa	USF Famílias/Santa Maria da Feira
José Armando Baptista Pereira	USF Baltar/Paredes
José Augusto Rodrigues Simões	USF Marquês de Marialva/Cantanhede
José Francisco Borrega Abreu	Montemor-o-Novo
José Manuel Mendes Nunes	Oeiras
Leonor Ramalho	Venda Nova
Lia Martins Ferreira Cardoso	Viseu

Licínio Laborinho Fialho	USF Mar de Saúde/Nazaré
Luciara Paiva	Monchique
Luís Silva	USF Horizonte/Matosinhos
Madalena Reis Corbafo Araújo	Vila do Porto
Manuel Augusto Santos Coelho	Fundão
Manuel Francisco Godinho	Lagos
Manuel Luciano Correia Silva	USF Horizonte/Matosinhos
Manuel Veloso	Monchique
Margarida Conceição Reis Lima	Braga
Margarida Guimarães	Castro d'Aire
Maria Alzira Reis Pereira	Chamusca
Maria Cristina de Mira Galvão	Serpa
Maria da Conceição Fraga Costa	Peso da Régua
Maria da Conceição Sousa Balsinha	USF Marginal/Cascais
Maria da Graça Araújo Cardoso	Vila Nova de Famalicão
Maria da Luz Amorim	Rio Tinto
Maria de Fátima Gomes Domingos	Sobral de Monte Agraço
Maria de Fátima Nogueira Breia	Montemor-o-Novo
Maria de Fátima Simões Cruz	Stº Condestável
Maria de Lurdes Fernandes	Oeiras
Maria Elvira Pinto Costa Silva	Barão Corvo
Maria Emília Correia Barros	Espinho

Maria Filomena Mina Henriques	Stº António da Serra
Maria Filomena Prata Vieira	Paranhos
Maria Gabriela Sallé Sousa Brito	Lamego
Maria Gracinda Pereira Rodrigues	Ponte de Sôr
Maria Helena Sá Pereira Fernandes	USF Horizonte/Matosinhos
Maria José Ribas Castro	USF Horizonte/Matosinhos
Maria José Salgueiro Carmo	Vila Real de Stº António
Maria José Tovar	Águeda
Maria Josefina Marau Gonçalves	Cascais
Maria Luísa Mota Almeida	Barão do Corvo
Maria Luísa Rodrigues Romeiro	Oeiras
Maria Madalena Câmara Pestana	Ajudá
Maria Madalena Primo Cabral	Norton de Matos
Maria Manuel Ruela Silva Cunha	Aveiro
Maria Manuela Moreira Sucena Mira	Águeda
Maria Odete Semedo Oliveira	Mealhada
Maria Otília Graça Vidal	Águeda
Maria Prazeres Rodrigues Silva	Leça da Palmeira
Maria Raquel Fraga Castro	USF Horizonte/Matosinhos
Maria Rosário Martins	USF EBORAE/Évora
Maria Teresa Brandão	Olivais

Maria Teresa Castro Laranjeiro	Guimarães
Maria Teresa Ministro Esteves	USF Grão Vasco/Viseu
Maria Teresa Vieira Libório	USF S. Julião/Oeiras
Maria Vitória Altas Amaral	USF EBORAE/Évora
Marília Jardim Fernandes	S. Roque
Mário Alexandre Pereira Santos	USF Marginal/Cascais
Mário Fernando Luz Silva	Chamusca
Marisa Fátima Lemos Carvalho	USF Famílias/ Santa Maria da Feira
Marta Oliveira Cardoso	Sintra
Miguel Alberto Cruz Melo	Braga
Natália Prego Cancelo	Vila Nova de Famalicão
Olga Ferreira Capela	USF Famílias/ Santa Maria da Feira
Olga Maria Correia Xavier Rocha	USF Emergir/Parede
Pascale Charondiere	USF Marginal/Cascais
Paulo Guilherme Lopes Ascensão	Ourique
Paulo José Mendes Goucha Jorge	Seixal
Rogério Aurélio Neves Costa	USF EBORAE/Évora
Rogério Ramiro Carvalho Sousa	Sabugal
Rosa Maria Antunes Quaresma	Gavião
Rui Afonso Ceradas	USF RRE da Aguda/Arcozelo
Rui Artur Coutinho Silva Nogueira	Norton de Matos
Rui César Campos Castro	Santarém

Rui Manuel Taborda Gonçalves	Pinhel
Rui Pereira Alves Brás	Castelo de Vide
Sérgio António Sousa Vieira	USF Além D'Ouro/Carvalhos
Suzie Ferreira da Silva Leandro	USF Famílias /Santa Maria da Feira
Teresa Alexandra Lima Ponte	São Roque do Pico
Teresa Laginha	Coração de Jesus
Tiago Santos Freitas Carneiro	USF Marginal/Cascais
Valério Ireneu Santos Rodrigues	USF Al Gharb/Faro
Valério Manuel Neto Capaz	USF Vale do Sorraia/Coruche
Vanda Marina Pires Monteiro	Vila Nova de Famalicão
Vera Gaspar da Costa	USF Monte da Lua/Sintra
Vítor Manuel Borges Ramos	USF Marginal/Cascais
Vítor Manuel Ferreira	Monchique

Agradece-se, ainda a:

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

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	1
MATERIAL E MÉTODOS	4
Médicos-Sentinela em 2009	4
População sob observação	5
População máxima sob observação	6
Actualização da composição das listas	8
LIMITAÇÕES METODOLÓGICAS	14
Representatividade da população sob observação	14
Limitações específicas dos numeradores	14
Limitações de diagnóstico	15
Sub notificação de casos	16
Sobre notificação de casos	17
Limitações específicas dos denominadores	18
RESULTADOS	20
Síndrome gripal	22
Diabetes	34
Acidente Vascular Cerebral	37

Enfarte Agudo do Miocárdio	40
Varicela	43
Interrupção Voluntária da Gravidez	46
Herpes	49
Consulta relacionada com Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica	54
Consulta relacionada com o ombro doloroso	66
Lesão auto-infligida	77
Acidentes	79
PARTICIPAÇÃO EM PROJECTOS NACIONAIS E INTERNACIONAIS	93
Sistema de vigilância integrada clínica e laboratorial da gripe	93
I-MOVE “Influenza Monitoring Vaccine Effectiveness in Europe”	94
ESTUDOS-SATÉLITE REALIZADOS	96
PUBLICAÇÕES	102
ANEXO I	109

INTRODUÇÃO

A Rede Médicos-Sentinela (MS) é constituída por médicos de Clínica Geral/Medicina Familiar (CG) cuja actividade profissional é desenvolvida, na sua maioria, em Centros de Saúde do Serviço Nacional de Saúde. No ano em análise identificaram-se 50 Médicos-Sentinela cuja prática se desenvolvia, dispersa por 25 Unidades de Saúde Familiar.

Os principais objectivos da actividade desta rede são:

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

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

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

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

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

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

Nestas reuniões:

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

É de salientar a abertura destas reuniões à participação externa de eventuais interessados. Assim, tem sido possível contar, frequentemente, com a presença e colaboração de médicos especialistas de várias instituições e outras nacionalidades.

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

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

MATERIAL E MÉTODOS**Médicos-Sentinela em 2009**

Em 2009 estiveram inscritos na Rede 158 clínicos, dos quais três da Região Autónoma da Madeira e dois dos Açores.

No quadro I descreve-se a distribuição geográfica dos médicos participantes.

Quadro I - Número de médicos participantes, por NUT II, em Dezembro de 2009

NUT II	31.12.09
Norte	56
Centro	30
Lisboa	27
Alentejo	29
Algarve	7
R. A. Açores	2
R. A. Madeira	3

Note-se que as expressões de interesse de participação por parte da Médicos de Medicina Geral e Familiar, concretizadas pela inscrição na Rede nem sempre se traduziram numa participação efectiva com casos notificados.

População sob observação

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

População máxima sob observação

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

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

O seu cálculo é dado por:

(Fórmula 1)
$$PMSO = \sum_{m=1} N_m$$

Em que

N_m Representa o número de utentes inscritos em cada médico

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

No final do ano de 2009, a **PMSO** atingiu 267860 indivíduos, correspondendo a 2,5% da população residente, estimada para Portugal em 31-12-2009 (INE: 10 637 713).

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

Quadro II - População Máxima sob Observação (PMSO) por NUT II, em 31.12.09

Distrito	PMSO	Distrito	PMSO
Aveiro	28346	Lisboa	49993
Beja	5963	Portalegre	13320
Braga	18719	Porto	51232
Bragança	1572	Santarém	9647
Castelo Branco	4881	Setúbal	3198
Coimbra	9643	Viana do Castelo	-
Évora	21499	Vila Real	5029
Faro	11390	Viseu	15040
Guarda	4849	R A Madeira	4436
Leiria	5483	R A Açores	3620
		Total	267860

Fonte: estimativas da população residente do Instituto Nacional de Estatística

A PMSO é fundamentalmente usada para o cálculo de prevalências.

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

Actualização da composição das listas

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

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

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

Por exemplo, para o ano de 2009 e para cada médico, a estimativa da composição da respectiva lista, em 30 de Junho desse ano, é dada por:

(Fórmula 2)
$$N_{m30.06.08} = \frac{N_{31.12.08} + N_{31.12.09}}{2}$$

Em que:

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

$N_{31.12.06}$ É o número de indivíduos inscritos em 31.12.08.

$N_{31.12.07}$ É o número de indivíduos inscritos em 31.12.09.

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

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

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

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

Consideremos o período de tempo compreendido entre aqueles dois meses:

	2008						2009						2010	
	2			6			1			6			1	3
Meses	2			6		12	13			18			25	27
	I									C				F

Sejam

- C** data de referência (30.06.09)
- I** mês a que a composição inicial da lista se refere
- F** mês a que a actualização da lista se refere

A estimativa da composição da lista em 30.06.09 será obtida pela média ponderada entre o valor da lista em **I** e o novo valor em **F**.

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

Os factores de ponderação (F) serão calculados por:

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

A estimativa da composição da lista em 30.06.09, para um dado médico, será:

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

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

População sob observação efectiva

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

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

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

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

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

em que:

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

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

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

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

A PSOE_{ano} referente ao ano de 2009, utilizada no cálculo das taxas de incidência anuais, consta do quadro III. Neste quadro é ainda apresentada a estrutura etária e distribuição por sexo da população inscrita nas listas dos médicos participantes. O cálculo das PSOE exige também que a composição das listas dos médicos seja actualizada periodicamente.

Quadro III - População sob observação efectiva, por sexo e idade, em 2009

Grupo Etário	Homens	Mulheres	H+M
0-4	1804	1700	3504
5-9	2012	1882	3894
10-14	1939	1885	3824
15-24	4081	4060	8141
25-34	5728	5848	11576
35-44	5508	5774	11282
45-54	4813	5185	9998
55-64	3983	4427	8410
65-74	3154	3966	7120
≥75	2732	4292	7024
Total	35754	39019	74773

Doenças e situações em estudo

Durante o ano de 2009, estiveram em estudo dez temas relacionados com saúde (Quadro IV). Foi mantida, ainda, a notificação de acontecimentos IRIS: Inesperados, Raros, Inéditos ou Surpreendentes.

Quadro IV – **Doenças ou situações em estudo, no ano de 2009**

Síndrome gripal
Diabetes
Acidente Vascular Cerebral
Enfarte Agudo do Miocárdio
Varicela
Interrupção Voluntária da Gravidez
Herpes
Consulta relacionada com Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica
Consulta relacionada com Ombro Doloroso
Lesão Auto-infligida
Acidente
Agressão

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

LIMITAÇÕES METODOLÓGICAS

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

Representatividade da população sob observação

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

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

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

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

Limitações específicas dos numeradores

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

Limitações de diagnóstico

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

- **Grau de certeza do diagnóstico**

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

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

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

Sub notificação de casos

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

- As alterações ocasionais da incidência de outra doença.

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

- Períodos de inactividade do médico.

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

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

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

Sobre notificação de casos

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

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

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

- Dois médicos-sentinela notificam o mesmo caso.

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

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

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

Limitações específicas dos denominadores

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

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

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

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

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

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



RESULTADOS

Os dados obtidos pela notificação contínua de cada uma das doenças e situações em estudo, em 2009, foram analisados e foram calculadas as taxas de incidência anuais, por sexo e grupo etário. Há, porém, uma exceção: a Síndrome Gripal, cuja vigilância epidemiológica semanal justifica a apresentação de taxas de incidência por semana.

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

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

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

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

Resultados

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

Síndrome gripal

Definição de conceitos

A vigilância da gripe implica a definição de alguns conceitos:

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

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

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

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

Assim:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Definiu-se que:

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

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

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

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

em que:

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

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

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

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

Resultaram daqui as seguintes estimativas:

1- Para as taxas provisórias

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

2- Para as taxas definitivas

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

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

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

Temos, então, para as taxas provisórias:

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

e para as taxas definitivas:

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

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

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

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

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

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

em que

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

As estimativas obtidas para o desvio-padrão foram:

Para as taxas provisórias: $S = 13$

Para as taxas definitivas: $S = 11.3$

Época de Gripe 2009-2010

Os resultados apresentados nos quadros V e VI e na figura 1 referem-se, sucessivamente, às estimativas provisórias das taxas de incidência brutas semanais, tal como foram calculadas ao longo das várias semanas, desde 1 de Outubro de 2009 até 31 de Maio de 2010, e às estimativas definitivas, referentes ao mesmo período de tempo, calculadas após todos os dados estarem disponíveis.

É de salientar que os valores mais elevados das taxas provisórias foram registados nas semanas 46, 47, de 2009, respectivamente taxas de 136,4 e 110,5/10⁵ utentes, enquanto relativamente às taxas definitivas foi na semana 47 de 2009, que se estimou o valor mais alto (133,7/10⁵) (Quadro V e VI).

Quadro V - Estimativas provisórias das taxas de incidência brutas semanais (/10⁵) de Síndrome Gripal, em 2009-2010

Semana	Nº casos	Taxa	Semana	Nº casos	Taxa	Semana	Nº casos	Taxa
2009			2010					
40	8	17,8	01	11	19,6	15	0	-
41	3	6,9	02	5	7,8	16	0	-
42	7	15,6	03	3	6,8	17	0	-
43	9	19,2	04	6	13,5	18	0	-
44	24	53,5	05	2	5,3	19	1	4,1
45	32	63,3	06	6	16,3	20	2	6,1
46	80	136,4	07	6	13,7			
47	71	110,5	08	3	7,3			
48	54	83,6	09	4	8,2			
49	36	81,7	10	2	3,7			
50	38	61,5	11	3	8,1			
51	24	42,5	12	1	2,7			
52	15	42,6	13	1	2,8			
53	11	26,6	14	1	3,3			

Quadro VI - **Estimativas definitivas das taxas de incidência brutas semanais (/10⁵) de Síndrome Gripal, em 2009-2010**

Semana	Nº casos	Taxa	Semana	Nº casos	Taxa	Semana	Nº casos	Taxa
2009			2010					
40	10	15,4	01	22	28,2	15	1	2,3
41	6	10,7	02	8	10,8	16	0	-
42	17	26,5	03	7	10,8	17	0	-
43	13	20,0	04	6	9,5	18	0	-
44	34	50,8	05	3	5,3	19	1	2,4
45	44	64,7	06	6	10,0	20	2	4,76
46	97	119,3	07	6	10,2			
47	105	133,7	08	3	5,2			
48	82	88,6	09	4	6,7			
49	53	93,2	10	3	4,3			
50	48	67,2	11	3	6,8			
51	35	47,5	12	2	3,8			
52	21	45,2	13	1	2,0			
53	15	29,0	14	1	2,3			

Verificou-se que nesta época de 2009-2010, os valores das taxas provisórias e definitivas semanais mantiveram-se acima do limite superior do IC a 95% da área a que corresponde a actividade *basal*, entre as semanas 44 e 50 (Figura 1). Considerou-se, assim, durante a vigilância, um período de actividade gripal epidémica entre a semana 44 e 50, seis semanas, que, posteriormente com toda a informação se veio a confirmar.

Durante toda a época as curvas que representam as taxas de incidência provisórias e definitivas evoluíram de forma semelhante ao longo das semanas, no entanto, durante a vigilância o pico de máxima actividade foi observado na semana 46/2009, no entanto no cálculo das taxas definitivas este máximo foi observado na semana 47/2009.

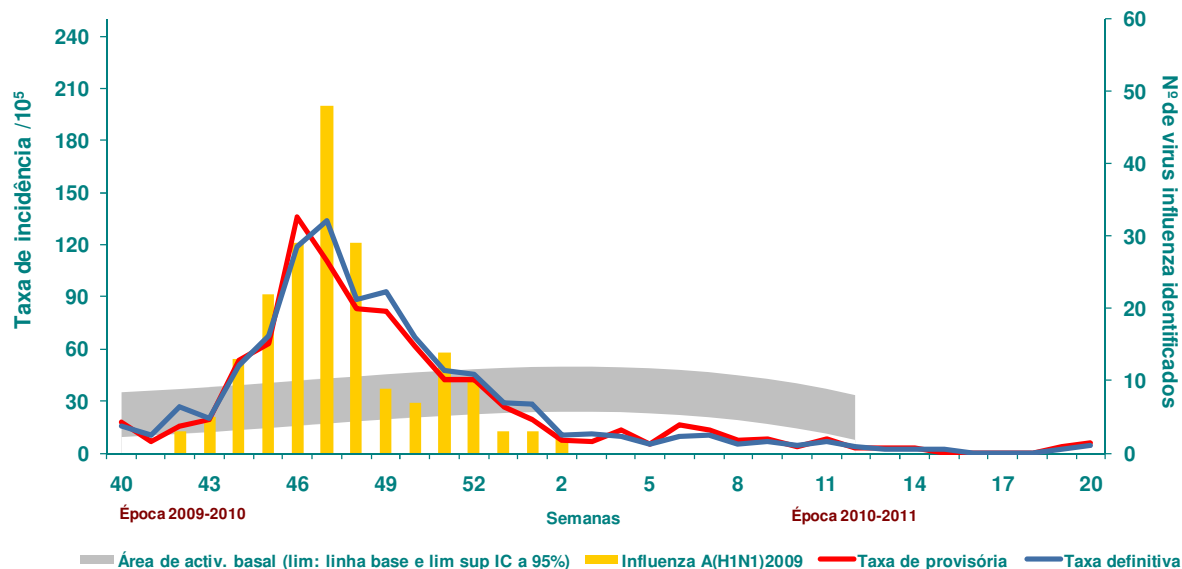


Fig.1-Taxas de incidência ($/10^5$) brutas, semanais, provisórias e definitivas, de síndrome gripal na época gripal de 2009-2010 e número de vírus Influenza identificados durante aquele período de tempo. A área de atividade basal foi definida pela linha de base e pelo limite superior do IC a 95%.

Relativamente ao contributo para o Sistema de Vigilância Integrada, Clínica e Laboratorial, da Gripe, da semana 40 de 2009 à semana 20 de 2010, foram enviadas pelos Médicos-Sentinela, para o Laboratório Nacional de Referência para o Vírus da Gripe, 377 exsudados nasofaríngeos. Dos positivos foram isolados, na sua maioria, vírus Influenza A, do subtipo AH1 (Quadro VII).

Contudo valerá a pena realçar que na semana 17 de 2009 foi detectado o primeiro caso associado ao influenza A(H1) 2009, no contexto da gripe pandémica. Foi decidido então, no âmbito do Programa de Vigilância, que a monitorização se iniciaria na semana 17 de 2009. Assim, relativamente ao período entre a semana 17 e a semana 39, na Rede, foram analisados 45 exsudados nasofaríngeos.

Quadro VII - Vigilância laboratorial da Gripe, em 2009-2010

Semanas 17/2009 a 39/2009					MS	Semanas 40/2009 a 20/2010		
Total ZNF	Negativos	Inf. A (não subtipado)	AH1	Inf. B		Total ZNF	Negativos	Inf. A AH1
45	36	2	1	6		377	184	193

Diabetes

Durante o ano de 2009 foram notificados 427 novos casos de Diabetes *Mellitus*, sendo 217 do sexo masculino (50,8%) e 210 do sexo feminino (49,2%).

Na população utente de **25 e mais anos** obteve-se uma **taxa de incidência de 571,1 por 100000 utentes** deste grupo etário (Quadro VIII). Note-se que não foram registados novos casos em grupos etários mais novos.

Assim sendo, a taxa de incidência para o total da população inscrita, é a mesma do que a observada para aquele grupo etário.

No sexo masculino a incidência da doença atingiu o valor máximo no grupo etário dos 55-64 anos ($1556,6/10^5$) enquanto no sexo feminino, o valor máximo foi atingido no grupo etário dos 65-74 anos ($1361,6/10^5$) (Quadro VIII e Fig. 2).

O caso mais novo registado correspondeu a um indivíduo do sexo masculino de 26 anos. Oito (8) casos foram objecto de hospitalização, dos quais o caso acima referido.

Foram registados 8 casos com internamento hospitalar.

Quadro VIII – Estimativa das taxas de incidência anuais (/10⁵ utentes) de Diabetes, por sexo e grupo etário, em 2009

Grupos Etários	Homens		Mulheres		H+M	
	Nº casos	Taxa	Nº casos	Taxa	Nº casos	Taxa
0-24	*	-	*	-	*	-
25-34	7	122,2	3	**	10	86,4
35-44	20	363,1	20	346,4	40	354,5
45-54	60	1246,6	40	771,5	100	1000,2
55-64	62	1556,6	54	1219,8	116	1379,3
65-74	44	1395,1	54	1361,6	98	1376,4
≥75	24	878,5	39	908,7	63	896,9
Total	217	606,9	210	538,2	427	571,1
≥25	217	837,3	210	712,1	427	770,6

* Sem registo de casos

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

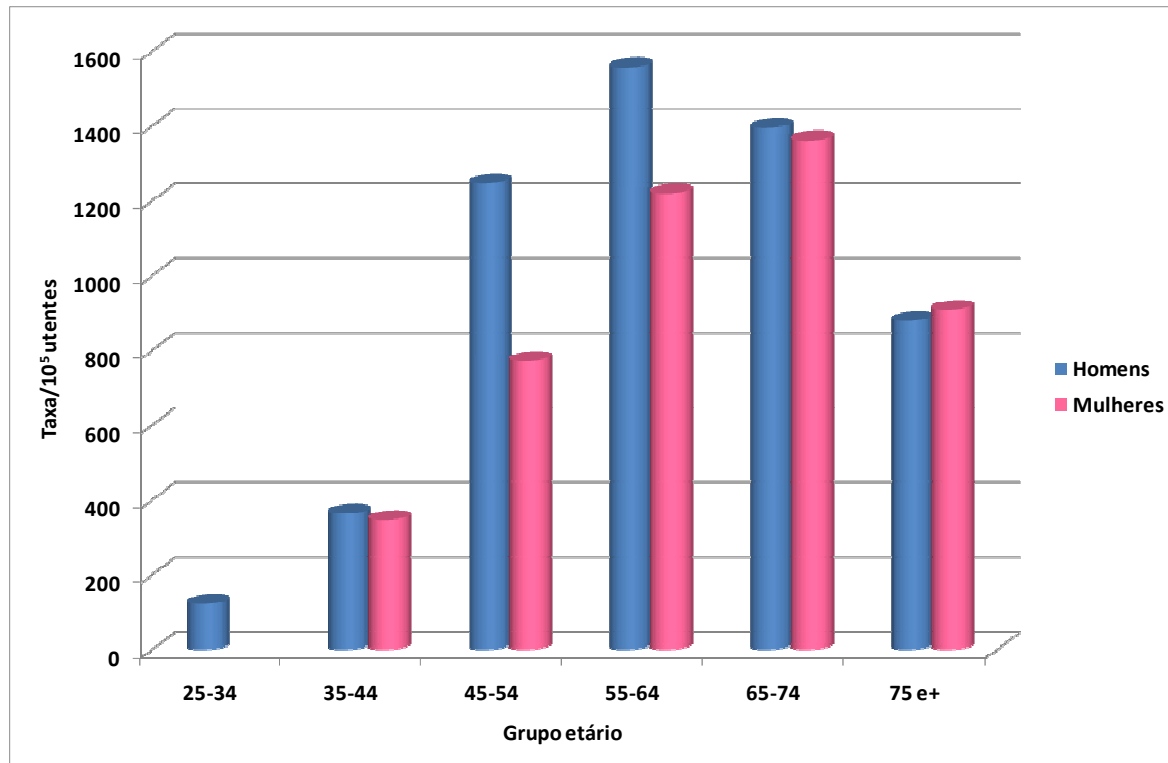


Fig. 2 – Taxas de incidência anuais de diabetes, por sexo e grupo etário, em 2009

Acidente Vascular Cerebral

Durante o ano de 2009 foram notificados 181 novos casos de Acidente Vascular Cerebral (AVC), tendo ocorrido 81 (44,8%) no sexo masculino e 100 (55,2%) no feminino. Foram notificadas cinco ocorrências no grupo etário dos 35-44 anos de idades, três mulheres, respectivamente de 38, 39 e 40 anos e dois homem de 42 anos de idade.

Na população utente de **35 e mais anos** obteve-se uma **taxa de incidência de 412,9 por 100000 utentes** deste grupo etário (Quadro IX).

Considerando o total da população inscrita, estimou-se uma **taxa de incidência de 242,1 casos por 100000 utentes** (Quadro IX).

Em ambos os sexos a taxa de incidência de AVC aumentou progressivamente em todos os grupos etários tendo atingido o seu valor máximo no grupo etário dos 75 e mais anos, respectivamente com $1573,9/10^5$ no sexo masculino e $1398,0/10^5$ no feminino (Quadro IX e Fig. 3).

Dos casos reportados, foram registados 14 óbitos, 9 homens e 5 mulheres. O caso letal mais novo registado foi um indivíduo do sexo masculino de 61 anos de idade.

Foram registados 142 casos com internamento hospitalar.

Quadro IX – Estimativa das taxas de incidência anuais ($/10^5$) de AVC, por sexo e grupo etário em 2009

Grupos Etários	Homens		Mulheres		H+M	
	Nº casos	Taxa	Nº casos	Taxa	Nº casos	Taxa
0-34	*	-	*	-	*	-
35-44	2	**	3	**	5	**
45-54	2	-	8	154,3	10	100,0
55-64	11	276,2	9	203,3	20	237,8
65-74	23	729,3	20	504,3	43	603,9
≥75	43	1573,9	60	1398,0	103	1466,4
Total	81	226,5	100	256,3	181	242,1
≥35	81	401,2	100	422,9	181	412,9

* Sem registo de casos

** Nº de casos inadequado ao cálculo das taxas

Resultados - Acidente Vascular Cerebral

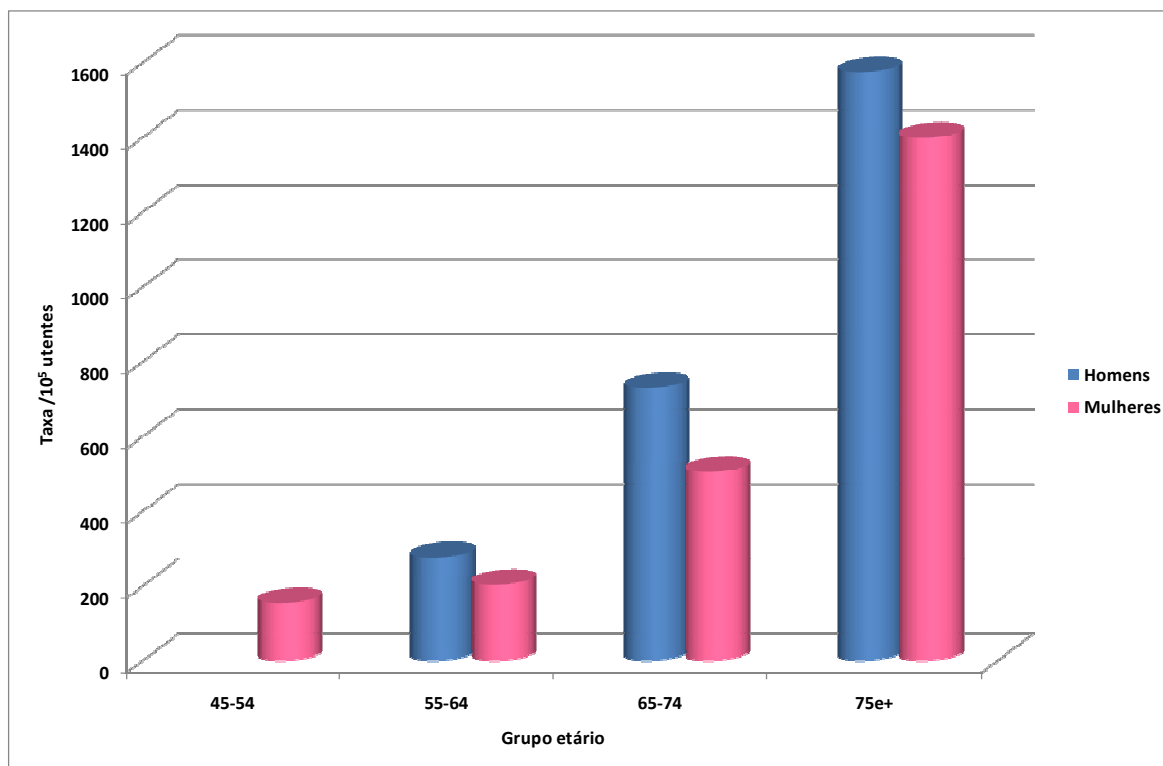


Fig. 3 – Taxas de incidência anuais de AVC, por sexo e grupo etário, em 2009

Enfarte Agudo do Miocárdio

Durante o ano de 2009 foram notificados 96 novos casos de enfarte agudo do miocárdio, tendo ocorrido 64 (66,7%) no sexo masculino e 32 (33,3%) no feminino.

Foram notificados dois casos com menos de 45 anos de idade, 2 homens de 35 e 40 anos. Foi notificada apenas uma ocorrência do sexo feminino no grupo etário dos 45-54, precisamente numa doente de 49 anos de idade.

Na população de **45 e mais anos** obteve-se uma **taxa de incidência de 288,8 por 100000 utentes** deste grupo etário (Quadro X).

Considerando o total da população inscrita, estimou-se uma **taxa de incidência de 128,4 casos por 100000 utentes**. (Quadro X)

A taxa estimada para o sexo masculino atingiu o valor máximo no grupo etário dos 75 e + anos ($549,0/10^5$), assim como nas mulheres, com uma taxa de $372,8/10^5$ (Quadro X e Fig. 4).

Verificaram-se 14 óbitos do sexo masculino, dois dos quais em indivíduos com menos de 50 anos, e 2 do sexo feminino.

Em 76 casos foi registado internamento hospitalar.

Quadro X – Estimativa das taxas de incidência anuais (/10⁵ utentes) de Enfarte Agudo do Miocárdio, por sexo e grupo etário em 2009

Grupos Etários	Homens		Mulheres		H+M	
	Nº casos	Taxa	Nº casos	Taxa	Nº casos	Taxa
0-34	*	-	*	-	*	-
35-44	2	**	*	-	2	**
45-54	14	290,9	1	**	15	150,0
55-64	16	401,7	7	158,1	23	273,5
65-74	17	539,0	8	201,7	25	351,1
≥75	15	549,0	16	372,8	31	441,3
Total	64	179,0	32	82,0	96	128,4
≥45	62	422,3	32	179,1	94	288,8

* Sem registo de casos

** Nº de casos inadequado ao cálculo das taxas

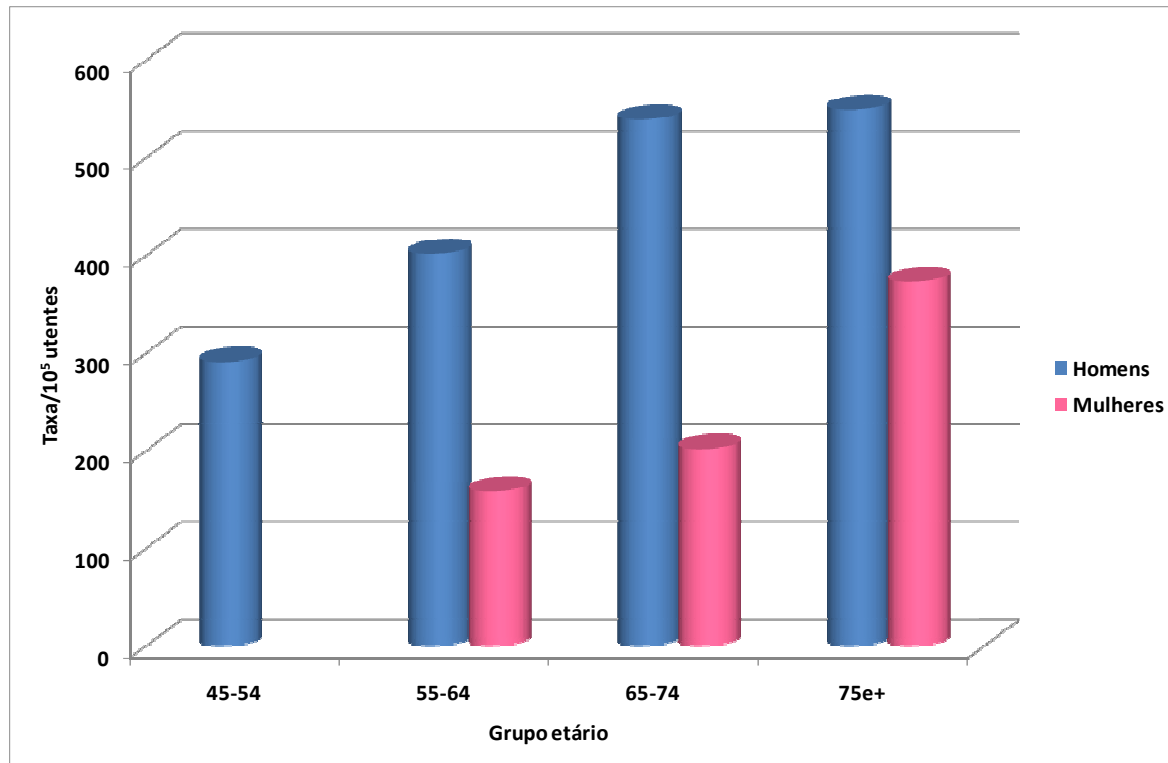


Fig. 4 – Taxas de incidência anuais de Enfarte Agudo do Miocárdio, por sexo e grupo etário, em 2009

Varicela

Durante o ano de 2009 foram notificados 310 casos de varicela, tendo ocorrido 162 (52,3%) no sexo masculino e 148 (47,7%) no feminino.

Na população dos **0-14 anos de idade** obteve-se uma **taxa de incidência de 2512,9 por 100000 utentes** deste grupo etário (Quadro XI).

Considerando o total da população inscrita, estimou-se uma **taxa de incidência de 414,6 casos por 100000 utentes** (Quadro XI).

No conjunto dos dois sexos o valor mais elevado da taxa registou-se no grupo etário 0-4 anos, nomeadamente, $5194,1/10^5$ (Quadro XI e Fig. 5).

Observaram-se 17 casos em indivíduos ≥ 25 anos de idade.

Registaram-se dois internamentos, uma criança de 2 anos, outra de 3 anos.

Doze (12) casos ocorreram em crianças vacinadas.

Quadro XI - Estimativa das taxas de incidência anuais (/10⁵ utentes) de Varicela, por sexo e grupo etário, em 2009

Grupo etário	Homens		Mulheres		Homens+Mulheres	
	Nº casos	Taxa	Nº casos	Taxa	Nº casos	Taxa
0-4	94	5210,6	88	5176,5	182	5194,1
5-9	46	2286,3	37	1966,0	83	2131,5
10-14	8	412,6	9	477,5	17	444,6
15-24	5	**	6	147,8	11	135,1
25-34	2	**	7	119,7	9	77,7
35-44	6	108,9	1	**	7	62,0
45-54	1	**	*	-	1	**
≥55	*	-	*	-	*	-
Total	162	453,1	148	379,3	310	414,6
0-14	148	2571,7	134	2451,1	282	2512,9

* Sem registo de casos

** Nº de casos inadequado ao cálculo das taxas

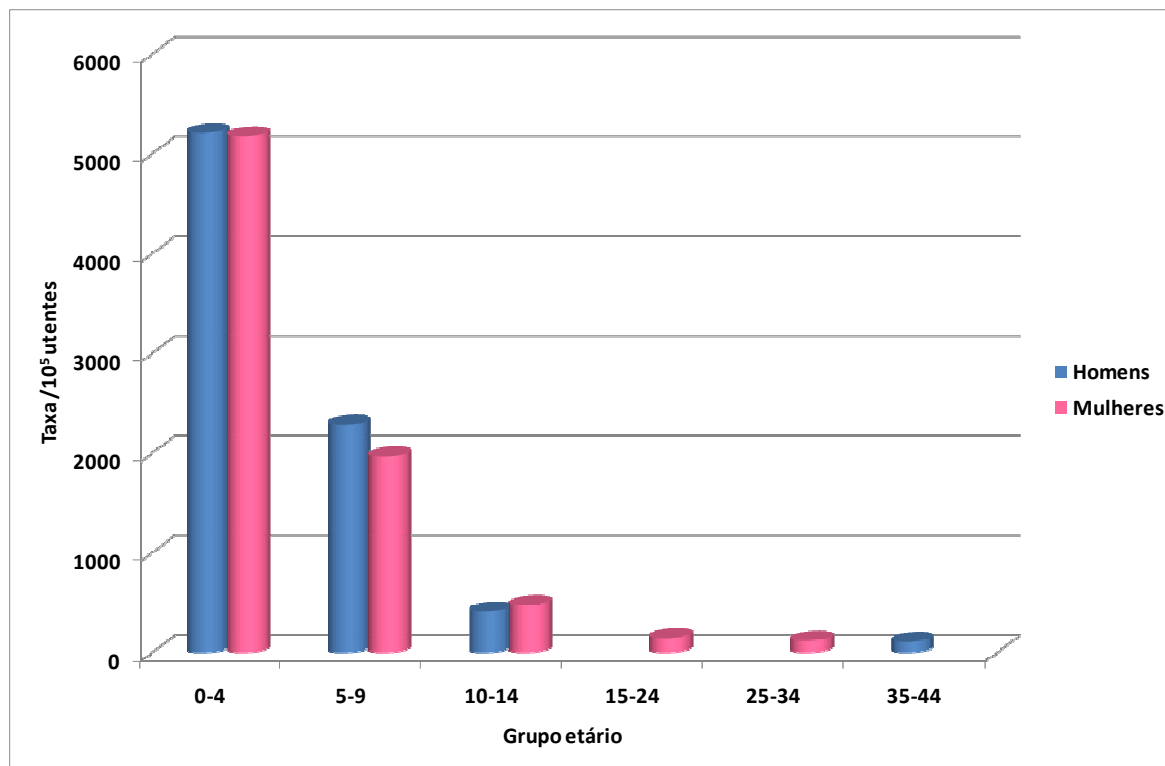


Fig. 5 - Taxas de incidência anuais de Varicela por sexo e grupo etário, em 2009

Interrupção Voluntária da Gravidez

Durante o ano de 2009 foram notificados 75 casos de Interrupção Voluntária de Gravidez (IVG).

Foram notificadas duas ocorrências em adolescentes de 14 ano.

Estimou-se uma **taxa de incidência de 329,6 casos por 100000 utentes, na população feminina de 10-54 anos de idade** (Quadro XII).

Na população utente <25 anos, obteve-se uma **taxa de incidência de 420,5/10⁵**(Quadro XII).

A taxa de incidência mais elevada (566,5/10⁵) foi registada no grupo etário 15-24 anos de idade (Quadro XII e Fig. 6).

Das IVG notificadas, 48 efectuaram-se num hospital público, 15 num hospital privado, 7 num centro de saúde, 1 teve a intervenção de um médico fora do hospital ou centro de saúde, 1 foi realizada por “curiosa” e 3 pela própria mulher

Dezoito casos de IVG implicaram internamento hospitalar, 12 com a interrupção realizada no hospital público, 2 no hospital privado, 1 no centro de saúde, 2 realizados pela própria e o realizado por curiosa.

Quadro XII – Distribuição percentual dos casos e estimativa da taxa de incidência anual (/10⁵utentes) de Interrupção Voluntária de Gravidez, por grupo etário, em 2009

Grupo etário	Nº IVG	%	Taxa /10⁵
10-14	2	2,7	**
15-24	23	30,7	566,5
25-34	27	36,0	461,7
35-44	22	29,3	381,0
45-54	1	1,3	**
Total (10-54)	75	100,0	329,6
<25	25	33,3	420,5

** Nº de casos inadequado ao cálculo das taxas

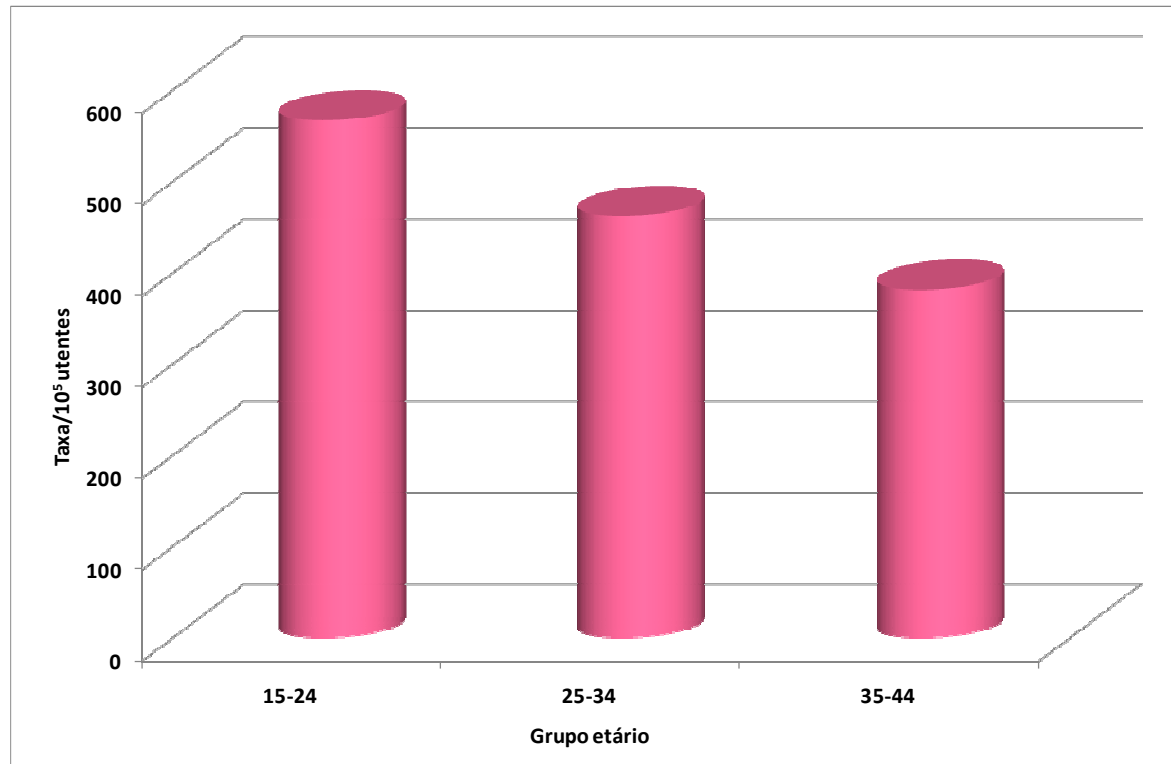


Fig. 6 - Taxas de incidência anuais de Interrupção Voluntária da Gravidez, por grupo etário, em 2009

Herpes

Durante o ano de 2009 foram notificados 214 casos de Herpes, correspondendo quase metade a herpes genital (41.6%). Em oito casos foram registados duas localizações para a infecção herpética (Quadro XIII)

Quadro XIII – **Percentagem de casos de herpes, segundo o diagnóstico em 2009**

Diagnóstico	% (n=214)
Estomatite herpética	1,9 (4)
Herpes labial	4,7 (10)
Herpes genital	41,6 (89)
Herpes oftálmico	5,1 (11)
Herpes Zoster intercostal	23,4 (50)
Herpes Zoster outra localização	27,1 (58)

*8 casos apresentaram duas localizações de infecção herpética

n: nº de registos válidos

(): numerador da percentagem

A distribuição por sexo, revelou que 54 casos ocorreram no sexo masculino (25,2%) e 160 no sexo feminino (74,8%).

Considerando o total da população inscrita, estimou-se uma **taxa de incidência de herpes (todas as localizações) de 286,2 casos por 100000 utentes** (Quadro XIV).

No sexo masculino a incidência da doença atingiu o valor máximo no grupo etário dos 65-74 anos (348,8/10⁵) enquanto no sexo feminino, o valor máximo foi atingido no grupo etário dos 55-64 anos 677,7/10⁵) (Quadro XIV e Fig. 7).

Das consultas realizadas, 197 envolveram prescrição medicamentosa (92,1%), nomeadamente, 283 medicamentos prescritos.

No Quadro XV listam-se os medicamentos prescritos, de acordo com a classificação ATC.

Da análise da prescrição medicamentosa registada constatou-se que 75,1% dos casos medicados tomaram antivíricos de uso sistémico e 44,2% utilizou medicamentos antivirais de uso tópico).

Quadro XIV– Estimativa das taxas de incidência anuais ($/10^5$ utentes) de Herpes (todas as localizações)*, por sexo e grupo etário, em 2009

Grupos Etários	Homens		Mulheres		H+M	
	Nº casos	Taxa	Nº casos	Taxa	Nº casos	Taxa
0-4	1	**	1	**	2	**
5-9	2	**	2	**	4	**
10-14	1	**	2	**	3	**
15-24	7	171,5	12	295,6	19	233,4
25-34	1	**	22	376,2	23	198,7
35-44	7	127,1	22	381,0	29	257,0
45-54	8	166,2	29	559,3	37	370,1
55-64	8	200,9	30	677,7	38	451,8
65-74	11	348,8	23	579,9	34	477,5
≥75	8	292,8	17	396,1	25	355,9
Total	54	151,0	160	410,1	214	286,2

*[inclui: estomatite herpética, herpes oftálmico, herpes labial, herpes genital, herpes zoster intercostal. herpes zoster com outra localização]

** Nº de casos inadequado ao cálculo das taxas

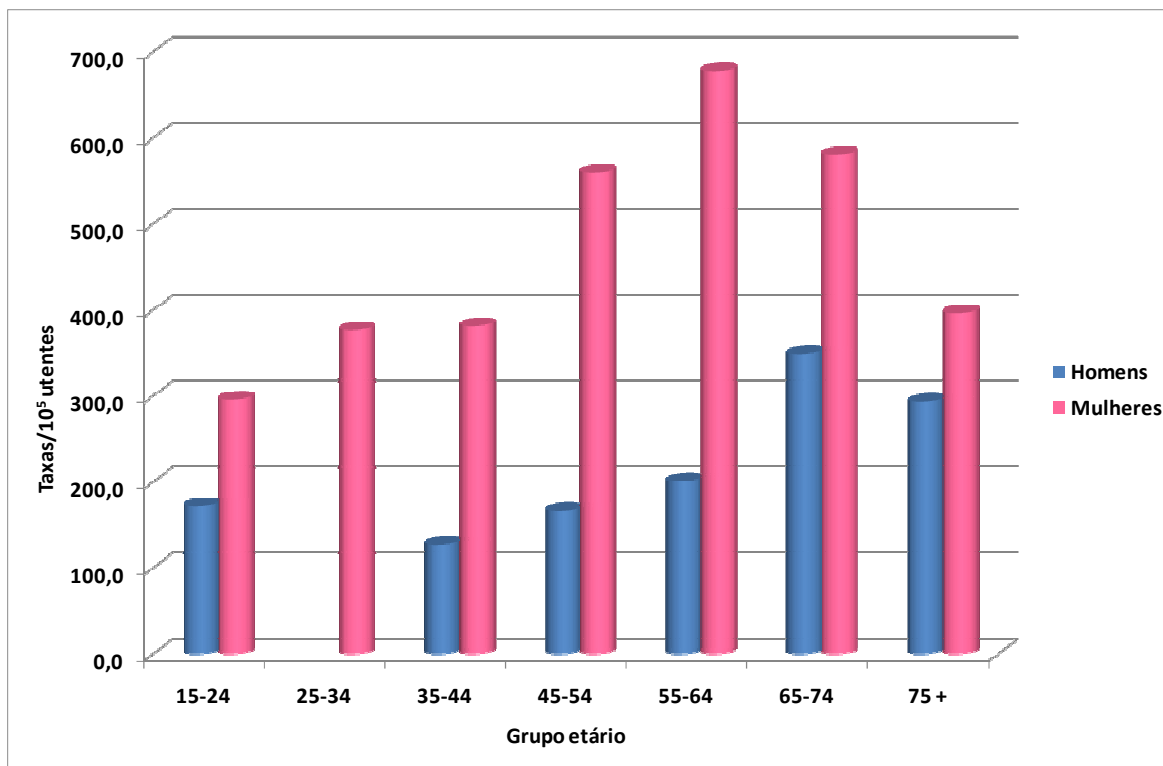


Fig. 7 – Taxas de incidência anuais de Herpes (todas as localizações)*, por sexo e grupo etário, em 2009

*[inclui: estomatite herpética, herpes oftálmico, herpes labial, herpes genital, herpes zoster intercostal. herpes zoster com outra localização]

Quadro XV – Prescrições relacionadas com Herpes, por tipo de medicamentos (classificação ATC), em 2009

Medicamentos (ATC)	Nº Prescrições	% (n=197)
Medicamentos usados em dermatologia (D)		
<i>Antifúngicos de uso tópico (D01A)</i>	1	-
<i>Antipruriginosos, incluindo anti-histamínicos, anestésicos, etc. (D04A)</i>	1	-
<i>Outros anti-infecciosos de uso tópico (D06B)</i>		
Antivíricos (D06B B)	87	44,2
<i>Anti-sépticos e desinfectantes (D08A) e Anti-infecciosos de uso tópico oral (A01A B)</i>	8	-
Anti-infecciosos gerais para uso sistémico (J)		
<i>Antituberculosos (J04A)</i>		
Antibióticos (J04A B)	2	-
<i>Antivíricos de uso sistémico que actuam directamente sobre o vírus (J05A)</i>	148	75,1
<i>Anti-inflamatórios e anti-reumáticos não esteróides (M01A)</i>		
Derivados do ácido propiónico (M01A E)	1	-
Coxibs-Inibidores Selectivos da COX2 (M01A H)	1	-
Analgésicos (N02)		
Opiáceos (N02A)	3	
Outros analgésicos e antipiréticos (N02B)	25	
Psicoléticos (N05)		
Ansiolíticos (N05B)	2	-
Medicamentos usados em oftalmologia (S01)		
Antivíricos (S01A D)	4	-

Consulta relacionada com Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

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

- *Casos novos*: foram considerados os novos diagnósticos de DPOC referidos pelos MS em 2009. Não foi perguntado ao médico qual o método utilizado para a confirmação do diagnóstico.
- *Casos conhecidos*: foram incluídos nesta categoria todos os casos de DPOC diagnosticados anteriormente.
- *Casos sem diagnóstico*: foram incluídos nesta categoria todos os casos em estudo, cujo diagnóstico não estava ainda confirmado, e também os pedidos de esclarecimento, de aconselhamento, de atestados, declarações, etc., desde que tivessem motivado a consulta.

Durante o ano de 2009 foram notificadas 842 consultas relacionadas com Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC).

O motivo mais invocado para a realização das consultas foi a *renovação de medicação* (64,7%); 29,3% correspondeu a *consultas de seguimento XVI*).

Quadro XVI – Percentagem de consultas relacionadas com DPOC, segundo o motivo, em 2009

Motivo de consulta*	%(n=842)
Início de sintomas	4,3 (36)
Alteração do padrão dos sintomas	3,9 (33)
Exacerbação	13,5 (114)
Renovação de medicação	64,7 (545)
Consulta de seguimento	29,3 (247)
Outro (aconselhamento, esclarecimento, motivos administrativos)	4,0 (34)

*os motivos de consulta não são mutuamente exclusivos

n: nº de registos válidos

(): numerador da percentagem

Estimou-se um **número de consultas anual relacionado com DPCO de 1126,1 consultas por 100000 utentes.**

Verificou-se que a estimativa do número de consultas/10⁵ utentes aumentou progressivamente até aos 75 e + anos onde atingiu o valor máximo de 5523,9,0/10⁵. Este padrão mantém-se quando se estimam as taxas para cada um dos sexos. Contudo, a partir dos 55 anos verificou-se um predomínio nítido de consultas no sexo masculino (Quadro XVII e Fig. 8).

Foi a partir dos 45 anos que as notificações se tornaram mais frequentes. Assim, na população de **45 e mais anos** obteve-se uma **estimativa de 2516,0 por 100000 utentes** deste grupo etário (Quadro XVII).

Quadro XVII – Estimativa do número anual de consultas (/10⁵utentes) relacionadas com DPCO, por sexo e grupo etário em 2009

Grupos Etários	Homens		Mulheres		H+M	
	Nº casos	Taxa	Nº casos	Taxa	Nº casos	Taxa
0-4	1	**	*	-	1	**
5-9	2	**	*	-	2	**
10-14	*	-	*	-	*	-
15-24	*	-	3	**	3	**
25-34	3	**	3	**	6	51,8
35-44	2	**	9	155,9	11	97,5
45-54	13	270,1	31	597,9	44	440,1
55-64	116	2912,4	38	858,4	154	1831,2
65-74	158	5009,5	75	1891,1	233	3272,5
≥75	228	8345,5	160	3727,9	388	5523,9
Total	523	1462,8	319	817,6	842	1126,1
≥45	515	3507,7	304	1701,2	819	2516,0

* Sem registo de casos

** Nº de casos inadequado ao cálculo das taxas

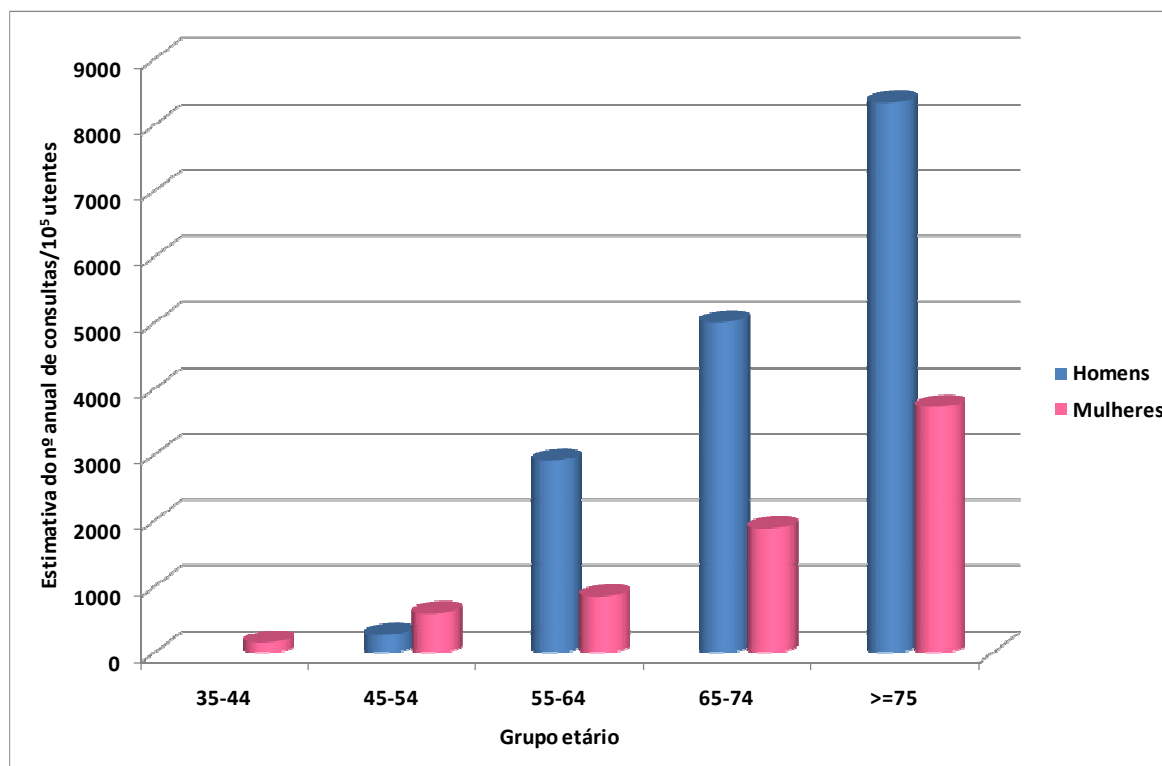


Fig. 8 – Estimativa do número anual de consultas relacionadas com DPOC, por sexo e grupo etário, em 2008

Em 833 notificações foi assinalada a classificação do *caso* relativamente ao diagnóstico. Assim, 63 consultas foram de casos novos (7,6%), 767 de casos conhecidos (92,1%) e 3 de casos sem diagnóstico (0,4%).

Quando se analisou a distribuição das diferentes consultas por grupo etário, verificou-se que foi a partir do grupo etário 35-44 anos que se registaram consultas a casos novos e que estas ocorreram, com maior frequência, nos utentes de 65-74 anos de idade (33,3%) (Quadro XVIII).

Com base no número de consultas de casos novos, estimou-se uma **taxa de incidência anual de Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica de 84,3 por 100000 utentes.**

A taxa estimada para o sexo masculino e feminino foi, respectivamente, de $106,3/10^5$ e de $64,1/10^5$, tendo atingido o valor máximo, respectivamente, no grupo etário dos 65-74 anos (homens: $443,9/10^5$) e no grupo dos ≥ 75 anos (mulheres: $186,4/10^5$) (Quadro XIX e Fig. 9).

Dos casos reportados, foi registado 1 óbito e 24 hospitalizações.

Quadro XVIII - Distribuição percentual das consultas, relacionadas com DPOC, de casos novos e casos conhecidos, nº de consultas de casos sem diagnóstico e estimativa do número anual de casos novos ($/10^5$) de DPOC, por grupo etário, em 2009

Grupo etário	Casos novos			Casos conhecidos		Casos sem diagnóstico	
	Nº	%	Consultas/ 10^5	Nº	%	Nº	%
0-4	*	-	-	1	0,1	*	-
5-9	*	-	-	2	0,3	*	-
10-14	*	-	-	*	-	*	-
15-24	*	-	-	3	0,4	*	-
25-34	*	-	-	6	0,8	*	-
35-44	1	1,6	**	10	1,3	*	-
45-54	10	15,9	100,0	33	4,3	1	-
55-64	16	25,4	190,2	138	18,0	*	-
65-74	21	33,3	294,9	206	26,9	2	-
≥75	15	23,8	213,6	368	48,0	*	-
Total	63	100,0	84,3	767	100,0	3	-

* Sem registo de casos

** Nº de casos inadequado ao cálculo das taxas

Quadro XIX - Estimativa do número anual de consultas de casos novos (/10⁵utentes) relacionada com DPOC, por sexo e grupo etário, em 2009

Grupo etário	Homens		Mulheres		Homens+Mulheres	
	Nº casos	Taxa/10 ⁵	Nº casos	Taxa/10 ⁵	Nº casos	Taxa/10 ⁵
0-24	*	-	*	-	*	-
25-34	*	-	*	-	*	-
35-44	*	-	1	**	1	**
45-54	4	**	6	115,7	10	100,0
55-64	13	326,4	3		16	190,2
65-74	14	443,9	7	176,5	21	294,9
≥75	7	256,2	8	186,4	15	213,6
Total	38	106,3	25	64,1	43	84,3

* Sem registo de casos

** Nº de casos inadequado ao cálculo das taxas

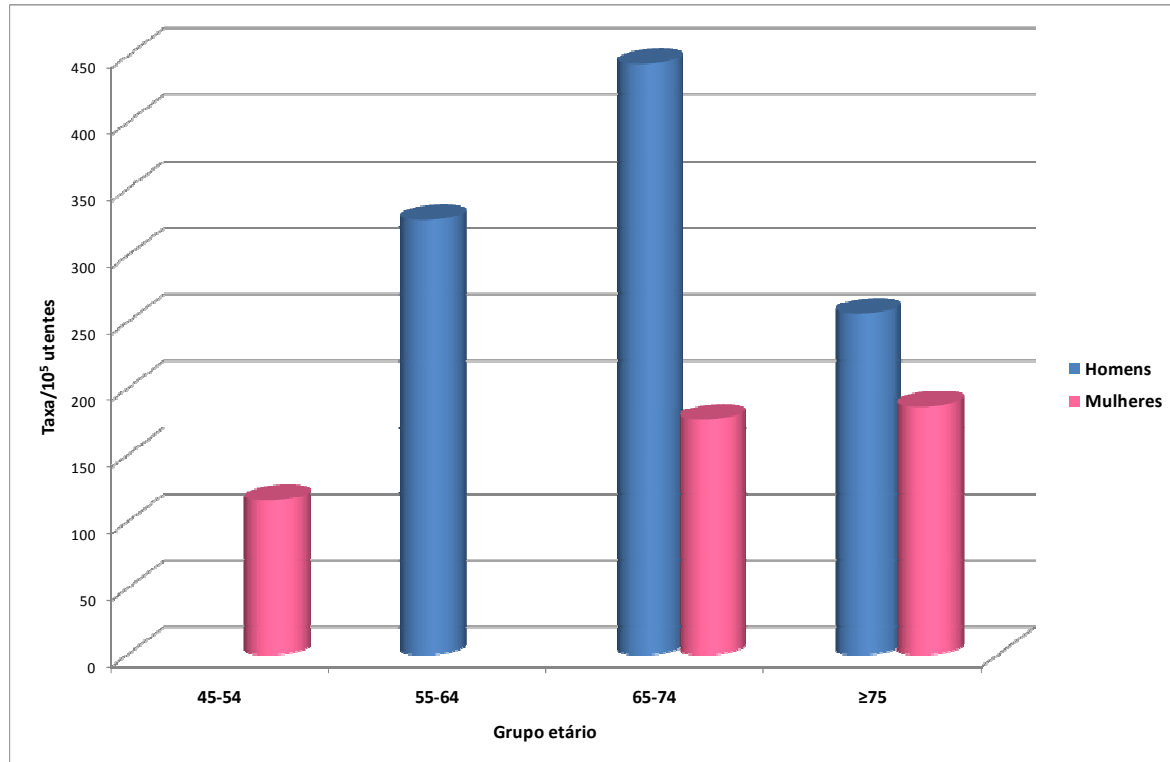


Fig. 9 - Taxas de incidência anuais (casos novos) de Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica, por sexo e grupo etário, em 2009

Das consultas realizadas, 715 envolveram prescrição medicamentosa (85,0%).

Em 70 consultas (8,3%) foi regista terapêutica de suporte com administração de oxigénio. Destas, 43 tiveram a oxigenoterapia como única intervenção, nas outras 27, o oxigénio foi administrado em simultâneo com medicamentos.

Da análise das 715 consultas com prescrição medicamentosa registada constatou-se que o esquema terapêutico mais utilizado foi o da monoterapia, correspondendo a 49,1% das consultas (Quadro XX).

Quadro XX – Esquema terapêutico medicamentoso utilizado nas consultas relacionadas com DPCO, em 2008

Esquema terapêutico	Nº de consultas (n=715)	%
Monoterapia	351	49,1
Associações medicamentosas		
2 Medicamentos	229	32,0
3 Medicamentos	106	14,8
4 Medicamentos	23	3,2
5 Medicamentos	6	0,8

No Quadro XXI listam-se os medicamentos prescritos, de acordo com a classificação ATC, e analisa-se a proporção com que o foram relativamente ao total de prescrições (1249). Constatou-se pertencerem ao grupo dos **anticolinérgicos** (28,0%) logo seguido dos **agonistas β 2 adrenérgicos selectivos** (19,5%), ambos para inalação, os medicamentos mais prescritos.

Quadro XXI – Percentagem de prescrições relacionadas com DPOC, por tipo de medicamentos (classificação ATC), em 2009

Medicamentos (ATC)	Nº Prescrições*	% (n=1249)
Antiasmáticos (R03)		
Adrenérgicos para inalação (R03A)		
Agonistas β2 adrenérgicos selectivos (R03AC)	243	19,5
Agonistas adrenérgicos associados a outros asmáticos (R03AK)	215	17,2
Outros antiasmáticos de inalação (R03B)		
Glucocorticóides (R03BA)	134	10,7
Anticolinérgicos (R03BB)	350	28,0
Adrenérgicos de uso sistémico (R03C)		
Agonistas β2 adrenérgicos selectivos (R03CC)	23	1,8
Outros antiasmáticos de uso sistémico (R03D)		
Xantinas (R03DA)	144	11,5
Antagonista do receptor leucotrieno (R03DC)	49	3,9
Expectorantes (R05C)		
Mucolíticos (R05CB)	30	2,4
Vacinas (J07)		
Vacina pneumocócica (J07AL)	10	
Outras vacinas bacterianas (J07AX)	1	
Vacina da Influenza (J07BB)	19	
Anti-histamínicos de uso sistémico (R06A)		
Outros anti-histamínicos de uso sistémico (R06AX)	12	1,0
Corticosteróides para uso sistémico (H02A)		
Glucocorticóides (H02AB)	19	1,5

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

Consulta relacionada com o ombro doloroso

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

- *Casos novos*: os casos em que pela primeira vez aparece a queixa de ombro doloroso.
- *Casos conhecidos*: foram incluídos nesta categoria todos os casos de ombro doloroso diagnosticados anteriormente.
- *Casos sem diagnóstico*: foram incluídos nesta categoria todos os casos em estudo, cujo diagnóstico não estava ainda confirmado, e também os pedidos de esclarecimento, de aconselhamento, de atestados, declarações, *etc.*, desde que tivessem motivado a consulta.

Durante o ano de 2009 foram notificadas 1074 consultas relacionadas com Ombro Doloroso (OD).

O motivo mais invocado para a realização das consultas foi devido ao início de sintomas (42,2%).Quadro XXII).

Quadro XXII – Percentagem de consultas relacionadas com Ombro Doloroso, segundo o motivo, em 2009

Motivo de consulta*	%(n=1071)
Início de sintomas	42,2 (452)
Alteração do padrão dos sintomas	4,4 (47)
Exacerbação	25,1 (269)
Renovação de medicação	3,8 (41)
Consulta de seguimento	26,2 (281)
Outro (aconselhamento, esclarecimento, motivos administrativos)	10,1 (108)

*os motivos de consulta não são mutuamente exclusivos

n: nº de registos válidos

(): numerador da percentagem

Estimou-se um **número de consultas anual relacionado com OD de 1436,3 consultas por 100000 utentes.**

Verificou-se que a estimativa do número de consultas/10⁵ utentes aumentou progressivamente até aos 55-64 anos onde atingiu o valor máximo de 3674,2/10⁵. Este padrão mantém-se para o feminino com pico neste grupo etário de 5014,7/10⁵. Constatou-se ainda que as estimativas são sempre mais elevadas no sexo feminino, em todos os grupos etários (Quadro XXIII e Fig. 10).

Foi a partir dos 35 anos que as notificações se tornaram mais frequentes. Assim, na população de **35 e mais anos** obteve-se uma **estimativa de 2311,0 por 100000 utentes** deste grupo etário (Quadro XXIII).

Foram registados 7 casos com internamento hospitalar.

Quadro XXIII – Estimativa do número anual de consultas (/10⁵utentes) relacionadas com Ombro Doloroso, por sexo e grupo etário em 2009

Grupos Etários	Homens		Mulheres		H+M	
	Nº casos	Taxa	Nº casos	Taxa	Nº casos	Taxa
0-4	*	-	*	-	*	-
5-9	*	-	1	**	1	**
10-14	*	-	2	**	2	**
15-24	5	-	9	221,7	14	172,0
25-34	16	279,3	28	478,8	44	380,1
35-44	30	544,7	75	1298,9	105	930,7
45-54	55	1142,7	175	3375,1	230	2300,5
55-64	87	2184,3	222	5014,7	309	3674,2
65-74	69	2187,7	142	3580,4	211	2963,5
≥75	35	1281,1	123	2865,8	158	2249,4
Total	297	830,7	777	1991,3	1074	1436,3
≥35	276	1367,0	737	3117,1	1013	2311,0

* Sem registo de casos

** Nº de casos inadequado ao cálculo das taxas

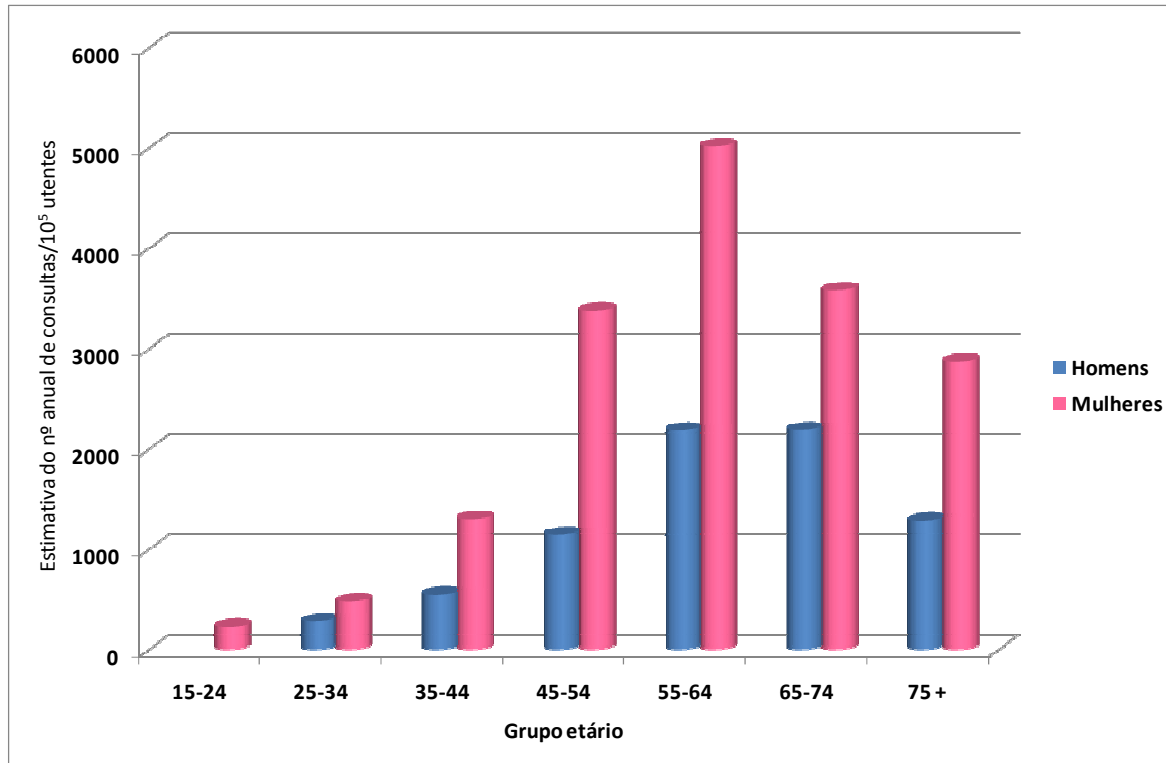


Fig. 10 – Estimativa do número anual de consultas relacionadas com Ombro Doloroso, por sexo e grupo etário, em 2009

Em 1070 notificações foi assinalada a classificação do caso relativamente ao diagnóstico. Assim, 499 consultas foram de casos novos (7,6%), 529 de casos conhecidos (92,1%) e 42 de casos sem diagnóstico (0,4%).

Quando se analisou a distribuição das diferentes consultas por grupo etário, verificou-se que as consultas para todas as categorias de casos apresentaram a maior frequência, no grupo dos indivíduos de 65-74 anos de idade (Quadro XXIV).

Com base no número de consultas de casos novos, estimou-se uma **taxa de incidência anual de patologia com Ombro Doloroso de 667,4 por 100000 utentes** (Quadro XXIV).

A taxa estimada para o sexo masculino e feminino foi, respectivamente, de $422,3/10^5$ e de $891,9/10^5$, tendo atingido o valor máximo, respectivamente, no grupo etário dos 65-74 anos, tanto para os homens ($1104,7/10^5$) como para as mulheres ($2010,4/10^5$) (Quadro XXV e Fig. 11).

Quadro XXIV - Distribuição percentual das consultas, relacionadas com Ombro Doloroso, de casos novos, casos conhecidos e casos sem diagnóstico e estimativa do número anual de casos novos (/10⁵) de OD, por grupo etário, em 2009

Grupo etário	Casos novos			Casos conhecidos		Casos sem diagnóstico	
	Nº	%	Consultas/10 ⁵	Nº	%	Nº	%
0-4	*	-	-	*	-	*	-
5-9	1	0,2	**	*	-	*	-
10-14	2	0,4	**	*	-	*	-
15-24	13	2,6	159,7	1	0,2	*	-
25-34	30	6,0	259,2	11	2,1	3	7,1
35-44	62	12,4	549,5	35	6,6	8	19,0
45-54	109	21,8	1090,2	117	22,1	3	7,1
55-64	133	26,7	1581,5	160	30,2	14	33,3
65-74	79	15,8	1109,6	123	23,3	8	19,0
≥75	70	14,0	996,6	82	15,5	6	14,3
Total	499	100,0	667,4	529	100,0	42	100,0

* Sem registo de casos

** Nº de casos inadequado ao cálculo das taxas

Quadro XXV - Estimativa do número anual de consultas de casos novos (/10⁵utentes) relacionada com Ombro Doloroso, por sexo e grupo etário, em 2009

Grupo etário	Homens		Mulheres		Homens+Mulheres	
	Nº casos	Taxa/10 ⁵	Nº casos	Taxa/10 ⁵	Nº casos	Taxa/10 ⁵
0-4	*	-	*	-	*	-
5-9			1	**	1	**
10-14			2	**	2	**
15-24	5	**	8	197,0	13	159,7
25-34	9	157,1	21	359,1	30	259,2
35-44	22	399,4	40	692,8	62	549,5
45-54	26	540,2	83	1600,8	109	1090,2
55-64	44	1104,7	89	2010,4	133	1581,5
65-74	27	856,1	52	1311,1	79	1109,6
≥75	18	658,9	52	1211,6	70	996,6
Total	151	422,3	348	891,9	499	667,4

* Sem registo de casos

** Nº de casos inadequado ao cálculo das taxas

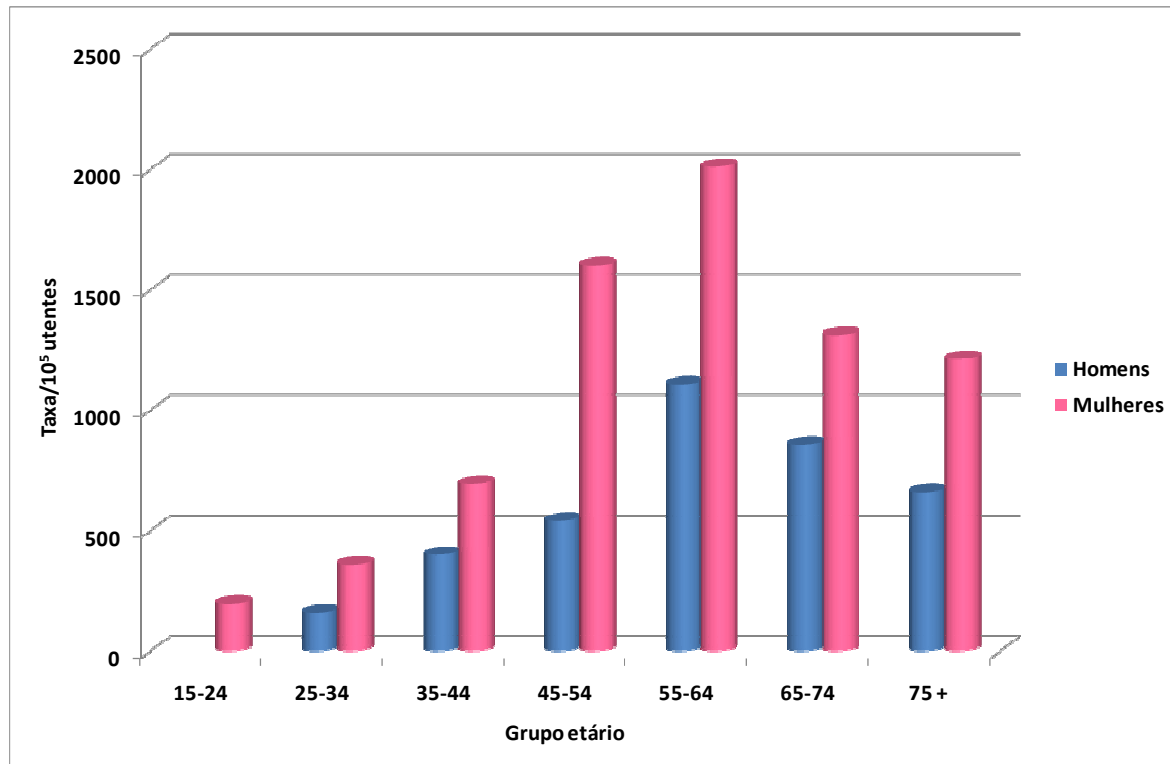


Fig. 11 - Taxas de incidência anuais (casos novos) de consultas relacionadas com Ombro Doloroso, por sexo e grupo etário, em 2009

Em 259 consultas não houve não houve registo de prescrição medicamentosa.

Da análise das 815 consultas com prescrição medicamentosa registada constatou-se que o esquema terapêutico mais utilizado foi o da monoterapia, correspondendo a 78,5% das consultas (Quadro XXVI).

Quadro XXVI – **Esquema terapêutico medicamentoso utilizado nas consultas relacionadas com Ombro Doloroso, em 2009**

Esquema terapêutico	Nº de consultas (n=815)	%
Monoterapia	640	78,5
Associações medicamentosas		
2 Medicamentos	158	19,4
3 Medicamentos	17	2,1

No Quadro XXVII listam-se os medicamentos prescritos, de acordo com a classificação ATC, e analisa-se a proporção com que o foram relativamente ao total de prescrições (1074). Constatou-se pertencerem ao grupo dos **derivados do ácido acético e da acetamida** (27,0%), os medicamentos mais prescritos.

Quadro XXVII – Percentagem de prescrições relacionadas com Ombro doloroso, por tipo de medicamentos (classificação ATC), em 2009

Medicamentos (ATC)	Nº Prescrições*	% (n=1007)
Anti-inflamatórios e anti-reumáticos não esteróides (M01A)	61	6,1
Derivados do ácido acético e da acetamida (M01A B)	272	27,0
Oxicans (M01A C)	80	7,9
Derivados do ácido propiónico (M01A E)	147	14,6
Coxibs-Inibidores Selectivos da COX2 (M01A H)	106	10,5
Outros anti-inflamatórios e anti-reumáticos não esteróides (M01A X)	52	5,2
Medicamentos tópicos para a dor muscular e articular (M02A)		
Anti-inflamatórios não esteróides de uso tópico (M01A A)	2	0,2
Relaxantes musculares de acção central (M03B)	22	2,2
Analgésicos (N02)		
Opiáceos (N02A)	47	4,7
Outros analgésicos e antipiréticos (N02B)	180	17,9
Corticosteróides para uso sistémico (H02A)		
Mineralcorticóides (H02A A)	6	0,6
Glucocorticóides (H02A B)	32	3,2

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

Lesão auto-infligida

No ano de 2009 foram notificadas 26 ocorrências de lesões auto-infligidas o que corresponde na população utente de 15 e mais anos a uma **taxa de incidência de 40,9 por 100000 utentes** deste grupo etário. Considerando o total da população inscrita, estimou-se uma **taxa de incidência de 34,8 casos por 100000 utentes** (Quadro XXVIII).

No sexo masculino registaram-se 14 casos (53,8%) e no sexo feminino, 12 (46,2%).

Foi no grupo etário dos 25-34 anos aquele em que se verificou maior número absoluto de casos notificados. Contudo a estimativa da taxa de incidência teve o seu valor mais elevado no grupo etário dos 15-24 anos (73,7/10⁵).

O mecanismo de lesão mais frequentemente utilizado foi o da *intoxicação/envenenamento*, em 11 casos, logo seguido de *corte/pefuração*, em 7 casos.

Dez casos tiveram internamento hospitalar.

Cinco ocorrências foram letais.

Quadro XXVIII– Estimativa das taxas de incidência anuais (/10⁵ utentes) de Lesões auto-infligidas, por sexo e grupo etário, em 2009

Grupos Etários	Homens		Mulheres		H+M	
	Nº casos	Taxa	Nº casos	Taxa	Nº casos	Taxa
0-14	*	-	*	-	*	-
15-24	4	**	2	**	6	73,7
25-34	3	**	5	**	8	69,1
35-44	2	**	3	**	5	**
45-54	1	**	1	**	2	**
55-64	*	-	*	-	*	-
65-74	1	**	*	-	1	**
≥75	3	**	1	**	4	**
Total	14	39,2	12	30,8	26	34,8
≥15	14	46,7	12	35,8	26	40,9

* Sem registo de casos

** N° de casos inadequado ao cálculo das taxas

Acidentes

Foram notificadas 1548 ocorrências, dez das quais sem informação sobre o tipo de acidente.

Na sua maioria, os acidentes notificados foram acidentes domésticos e de lazer (62,2%) (QuadroXXIX).

Quadro XXIX – **Distribuição (%) de Acidentes, segundo o tipo, em 2009**

Tipo de Acidente *	% (n=1538)
Acidentes domésticos e de lazer (ADL)	62,2 (956)
Acidentes de trabalho (AT)	13,5 (207)
Acidentes de viação (AV)	11,5 (177)
Acidentes de desporto	3,7 (57)
Acidentes escolares	3,1 (48)
Outros	6,0 (93)

n: nº de registos válidos

(): numerador da percentagem

Focando a análise nos resultados relativos aos três tipos de acidentes mais frequentes constatou-se:

Acidentes Domésticos e de Lazer (ADL)

Durante o ano de 2009 foram notificados 956 casos de ADL, tendo ocorrido 356 (37,2%) no sexo masculino e 600 (62,8%) no feminino.

A estimativa do **número de acidentes foi de 1278,5 por 100000 utentes** (Quadro XXX).

Em ambos os sexos as estimativas atingiram o seu valor máximo no grupo etário dos 75 e mais anos, respectivamente, $2562,2/10^5$ no sexo masculino e $4683,1/10^5$ no feminino (Quadro XXX e Fig. 12).

Dos casos reportados, foram registados 7 óbitos, 5 homens e 2 mulheres. Quatro casos letais ocorreram em crianças com menos de 10 anos de idade.

Foram registados 87 casos com internamento hospitalar.

Quadro XXX – Estimativa do número anual de acidentes domésticos e de lazer (ADL) (/10⁵utentes), por sexo e grupo etário em 2009

Grupos Etários	Homens		Mulheres		H+M	
	Nº casos	Taxa	Nº casos	Taxa	Nº casos	Taxa
0-4	26	1441,2	13	764,7	39	1113,0
5-9	22	1093,4	8	425,1	30	770,4
10-14	15	773,6	19	1008,0	34	889,1
15-24	30	735,1	26	640,4	56	687,9
25-34	27	471,4	27	461,7	54	466,5
35-44	30	544,7	51	883,3	81	718,0
45-54	36	748,0	60	1157,2	96	960,2
55-64	49	1230,2	82	1852,3	131	1557,7
65-74	51	1617,0	113	2849,2	164	2303,4
≥75	70	2562,2	201	4683,1	271	3858,2
Total	356	995,7	600	1537,7	956	1278,5

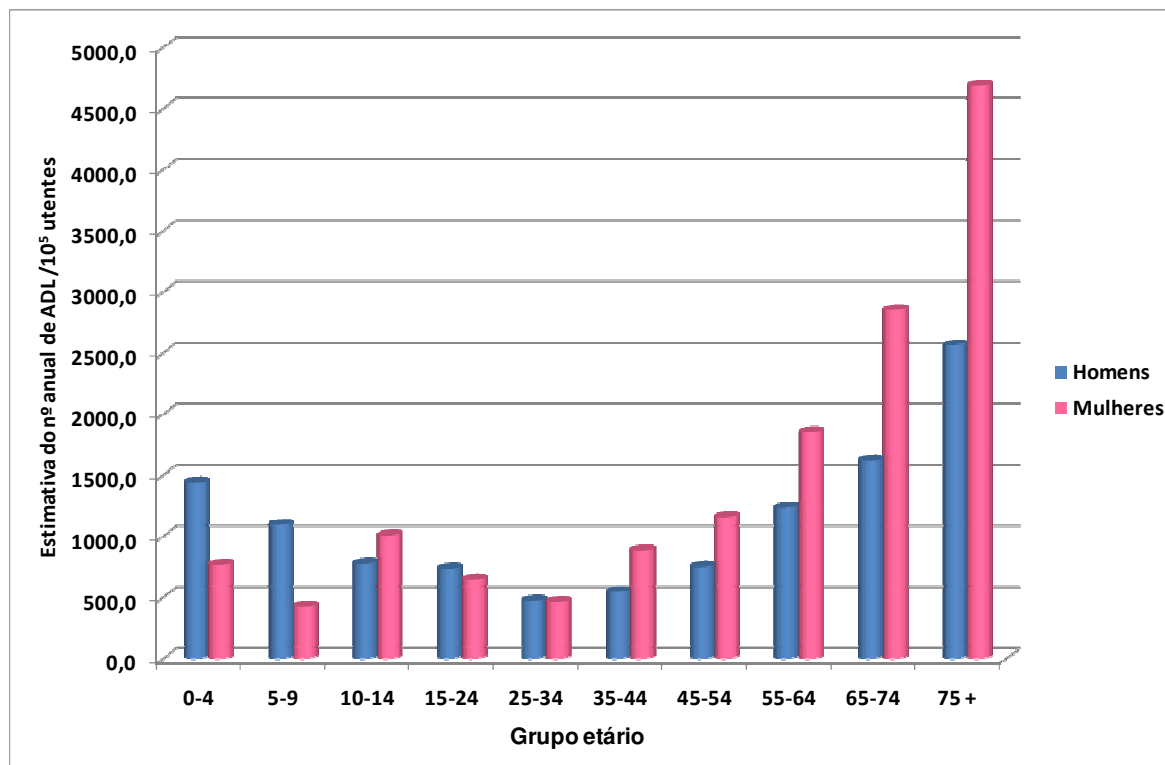


Fig. 12 – Estimativa do número anual de acidentes domésticos e de lazer, por sexo e grupo etário, em 2009

Acidentes de Trabalho (AT)

Durante o ano de 2009 foram notificados 207 casos de AT, tendo ocorrido 142 (68,6%) no sexo masculino e 65 (31,4%) no feminino.

Dois acidentes ocorreram com indivíduos do sexo masculino, de 13 anos e 16 anos. Dois sinistrados tinham 75 e mais anos, respectivamente 76 e 79 anos de idade.

Em rigor a estimativa deveria ser calculada com base na população de 16 e mais anos, limite legal á iniciação laboral, contudo, por limitações metodológicas foi considerada a população de 16 e mais anos.

Assim, considerada a população dos 15-74 anos, a estimativa do **número de acidentes de trabalho foi de 360,9 por 100000 utentes** deste grupo etário (Quadro XXXI).

A estimativa atingiu nos homens o seu valor máximo no grupo etário dos 35-44 anos, respectivamente, 689,9/10⁵. O pico no sexo feminino verificou-se no grupo etário dos 45-54, com uma estimativa de 289,3/10⁵ Quadro XXXIe Fig. 13).

Dos casos reportados, foram registados 2 óbitos.

Foram registados 14 acidentes com internamento hospitalar.

Quadro XXXI – Estimativa do número anual de acidentes de trabalho (AT) (/10⁵utentes), por sexo e grupo etário em 2009

Grupos Etários	Homens		Mulheres		H+M	
	Nº casos	Taxa	Nº casos	Taxa	Nº casos	Taxa
0-9	*	-	*	-	*	-
10-14	1	**	*	-	1	**
15-24	22	539,1	3	**	25	307,1
25-34	27	471,4	16	273,6	43	371,5
35-44	38	689,9	14	242,5	52	460,9
45-54	26	540,2	15	289,3	41	410,1
55-64	18	451,9	10	225,9	28	332,9
65-74	9	285,4	6	151,3	15	210,7
≥75	1	**	1	**	2	**
Total	142	397,2	65	166,6	207	276,8
15-74	140	513,4	64	218,7	204	360,9

* Sem registo de casos

** Nº de casos inadequado ao cálculo das taxas

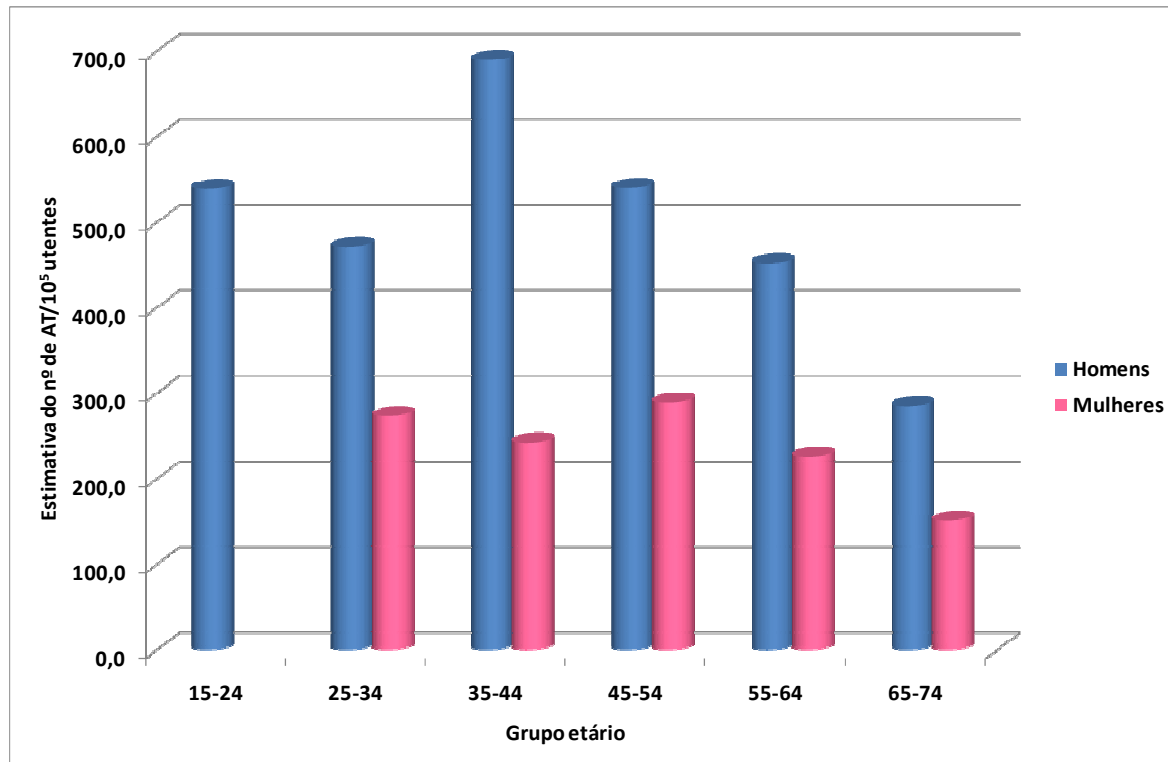


Fig. 13 – Estimativa do número anual de acidentes de trabalho, por sexo e grupo etário, em 2009

Acidentes de Viação (AV)

Durante o ano de 2009 foram notificados 177 casos de AV, tendo ocorrido 101 (57,1%) no sexo masculino e 76 (42,9%) no feminino.

A estimativa do **número de acidentes foi de 237,7 por 100000 utentes** (Quadro XXXII).

No sexo masculino a incidência mais elevada ocorreu no grupo etário do 15-24 anos, com uma estimativa de 588,1/10⁵. No sexo feminino a estimativa mais elevada de números de acidentes verificou-se no grupo etário dos 45-54 anos (Quadro XXXII e Fig. 14).

Dos casos reportados, foram registados 2 óbitos.

Foram registados 28 acidentes com internamento hospitalar.

Quadro XXXII – Estimativa do número anual de acidentes de viação (AV) (/10⁵utentes), por sexo e grupo etário em 2009

Grupos Etários	Homens		Mulheres		H+M	
	Nº casos	Taxa	Nº casos	Taxa	Nº casos	Taxa
0-4	*	-	*	-	*	-
5-9	5	**	2	**	7	179,8
10-14	2	**	2	**	4	**
15-24	24	588,1	11	270,9	35	429,9
25-34	15	261,9	9	153,9	24	207,3
35-44	11	199,7	8	138,6	19	168,4
45-54	16	332,4	19	366,4	35	350,1
55-64	11	276,2	10	225,9	21	249,7
65-74	7	221,9	8	201,7	15	210,7
≥75	10	366,0	7	163,1	17	242,0
Total	101	282,5	76	194,8	177	236,7

* Sem registo de casos

** Nº de casos inadequado ao cálculo das taxas

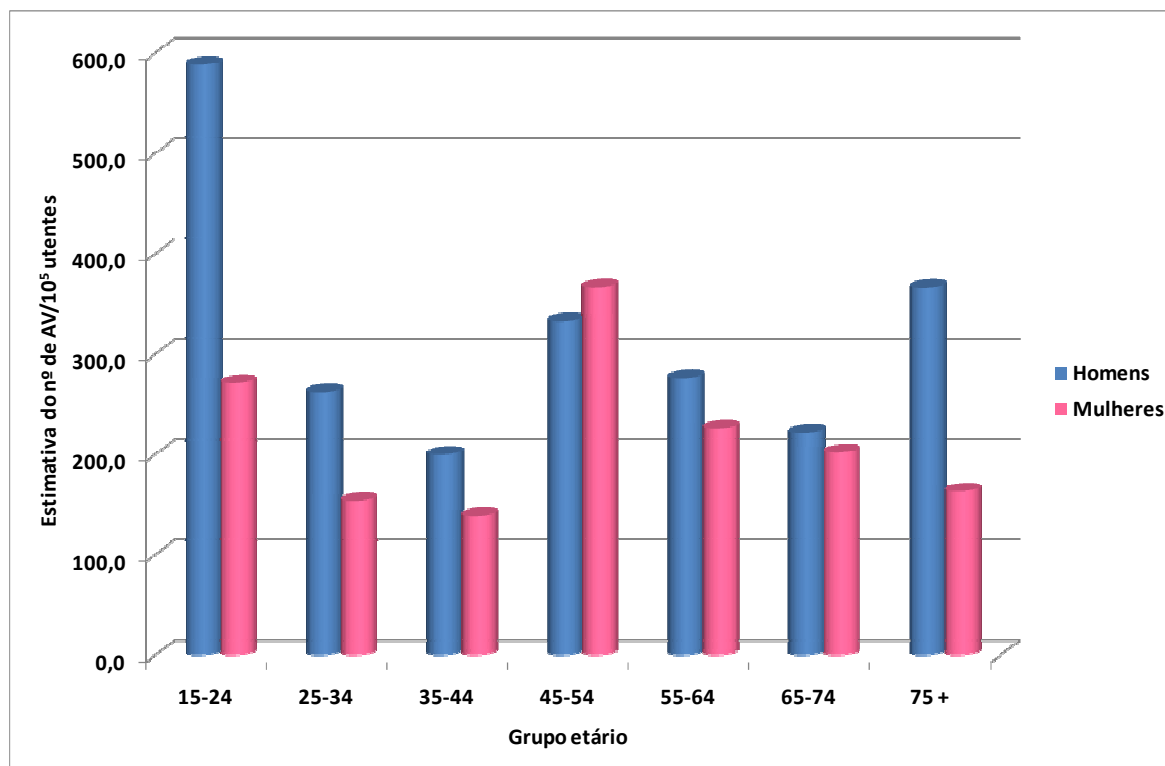


Fig. 14 – Estimativa do número anual de acidentes de viação, por sexo e grupo etário, em 2009

Agressão

Foram notificados 67 casos de agressão, 35 (52,2%) no sexo masculino e 32 (47,8%) no feminino.

A estimativa do **número de agressões foi de 89,6 por 100000 utentes** (Quadro XXXIII).

O maior número de casos foi registado nos homens de 15-24 anos (Quadro XXXIII e Fig. 15).

Da notificação pode-se ainda concluir: 5 agressões foram relacionadas com o ambiente escolar; 4 passaram-se em meio laboral; 22 com o ambiente doméstico.

Foram registados 8 casos com internamento hospitalar.

Quadro XXXIII – Estimativa do número anual de agressões (/10⁵utentes), por sexo e grupo etário em 2009

Grupos Etários	Homens		Mulheres		H+M	
	Nº casos	Taxa	Nº casos	Taxa	Nº casos	Taxa
0-4	1	**	2	**	3	**
5-9	1	**	2	**	3	**
10-14	3	**	1	**	4	**
15-24	8	196,0	4	**	12	147,4
25-34	11	192,0	8	136,8	19	164,1
35-44	4	**	6	103,9	10	88,6
45-54	*	-	6	115,7	6	60,0
55-64	3	**	1	**	4	**
65-74	4	**	1	**	5	**
≥75	*	-	1	**	1	**
Total	35	97,9	32	82,0	67	89,6

* Sem registo de casos

** Nº de casos inadequado ao cálculo das taxas

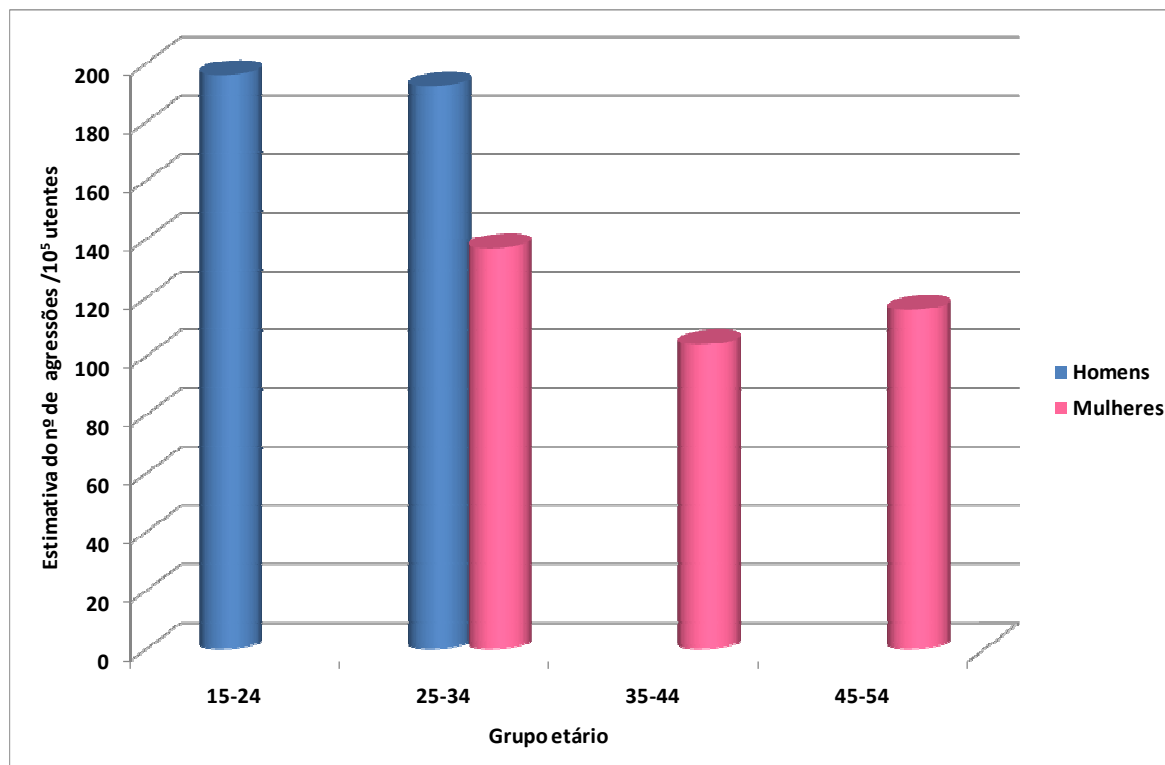


Fig. 15 – Estimativa do número anual de agressões, por sexo e grupo etário, em 2009



PARTICIPAÇÃO EM PROJECTOS NACIONAIS E INTERNACIONAIS

Sistema de vigilância integrada clínica e laboratorial da gripe

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

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

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

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

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

Parte da informação, obtida através deste programa é enviada, semanalmente à 4ª feira, para o sistema TESSy - *The European Surveillance System*, gerido pelo ECDC – Centro Europeu para a Prevenção e Controlo de Doenças, de forma a permitir, juntamente com a informação enviada por mais de 20 países da rede EISN – European Influenza Surveillance Network, a descrição da actividade gripal na Europa, e ainda, a identificação precoce de eventuais surtos de gripe nos países participantes.

I-MOVE “Influenza Monitoring Vaccine Effectiveness in Europe”

Desde 2008 o Instituto Nacional de Saúde Dr Ricardo Jorge, I.P. (INSA) participa através dos Departamentos de Epidemiologia e de Doenças Infecciosas no projecto europeu “Monitoring influenza vaccine effectiveness during influenza seasons and pandemics in the European Union” (I-MOVE), financiado pelo European Centre for Prevention and Disease Control (ECDC) e cujo consórcio é gerido pela empresa EPICONCEPT.

Em 2008-2009 o principal objectivo do estudo foi testar a adequação de um delineamento caso-controlo para estudar a efectividade da vacina nos indivíduos com 65 ou mais anos¹. Envolveu para além de Portugal, Espanha, Dinamarca, Hungria e Roménia.

Durante a época 2009-2010, dado o contexto pandémico, acrescentou-se um novo objectivo: estimar a efectividade da vacina pandémica na população geral (todos os grupos etários). Portugal participou mais uma vez neste projecto, através da Rede Médicos-Sentinela, com a Espanha, França, Irlanda, Itália, Roménia e Hungria.

ESTUDOS-SATÉLITE REALIZADOS

1989

- **A SÍNDROMA GRIPAL EM 1989-1990**

Publicado em:

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

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

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

Publicado em:

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

1990

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

Publicado em:

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

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

1992

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

Publicado em:

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

- **INCIDÊNCIA DE DOENÇAS DE TRANSMISSÃO SEXUAL**

Publicado em:

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

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

- **DOENÇA DE PARKINSON**

Publicado em:

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

1993

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

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

Publicado em:

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

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

Publicado em:

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

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

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

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

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

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

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

- **PREVALÊNCIA DA EPILEPSIA**

Publicado em:

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

1994

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

Publicado em:

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

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

Publicado em:

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

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

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

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

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

Publicado em:

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

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

1995

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

Publicado em:

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

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

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

1996

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

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

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

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

1997

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

1998

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

1999

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

2000

- **ETIOLOGIA DAS DIARREIAS AGUDAS** (continuação do estudo) (não publicado)
- **CASOS DE VARICELA QUE NÃO CHEGAM AO CONHECIMENTO DO MÉDICO DE FAMÍLIA**

Publicado em:

Fleming DM Schellevis SG, Falcao IM, Alonso TV, Padilla ML. The incidence of chickenpox in the community. Lessons for disease surveillance in sentinel practice networks. *European Journal of Epidemiology* 2002; 17:1023-1027.

2001

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

2002

- **COMPLICAÇÕES E CUSTOS SOCIAIS DA VARICELA** (não publicado)
- **REGIMES TERAPÊUTICOS PARA A ÚLCERA PÉPTICA E O *Helicobacter pylori***

Publicado em:

Ana Paula Martins *et al.* Regimes terapêuticos para a úlcera péptica e o *helicobacter pylori* nos utentes da Rede Médicos-Sentinela. *Rev Port Clin Geral* 2005; 21:431-44.

2003

- **PRECISÃO DO DIAGNÓSTICO DOS NOVOS CASOS DE ASMA NOTIFICADOS PELOS MÉDICOS-SENTINELA DE 2000 A 2005** (não publicado)

- **Fibrilhação auricular e risco de tromboembolismo**

Publicado em:

Paulo Ascensão. Fibrilhação auricular e prevenção do tromboembolismo - estudo numa população de utentes de centros de saúde. *Rev Port Clin Geral* 2006; 22:13-24.

- **DIAGNÓSTICO DA FEBRE ESCARO-NODULAR E DE OUTRAS *Rickettsioses*** (não publicado)

2005

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

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

2006

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

2007

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

2008

- **TGV – Tabaco e gravidez (2ª fase)**
- **EUROEVA 2008-2009: EFECTIVIDADE DA VACINA ANTIGRI PAL SAZONAL E PANDÉMICA NA EUROPA – estudo piloto**

PUBLICAÇÕES**1990**

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

1991

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

1992

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

- Ascensão P, Monsanto A. Enfarte do miocárdio: dados epidemiológicos de 1990. *Revista Portuguesa de Clínica Geral* 1992;9(4):112-115.
- Figueiredo MV, Andrade HL, Paixão MT *et al.* Gripe em 1990/1991: resultados da vigilância clínica e laboratorial. *Saúde em Números* 1992;7(2):13-26.
- Pereira F. Doenças transmitidas por via sexual - qual a sua incidência?. *Saúde em Números* 1992;7(5):36.
- Divisão de Epidemiologia da Direcção Geral de Cuidados de Saúde Primários. *Um novo olhar sobre a saúde*. Médicos-Sentinela (2). Lisboa: DGCS, 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: DGCS, 1992.

1993

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

1994

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

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

1995

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

1996

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

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

1997

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

1998

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

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

1999

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

2000

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

2001

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

2002

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

2003

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

2004

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

2005

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

2006

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

2007

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

2008

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

2009

- Falcão J, Nunes B, Rebelo de Andrade H, Barreto M, Gonçalves P, Santos L, Batista I. Pilot case-control study measuring influenza vaccine effectiveness, in Portugal 2008-2009. Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge. Lisboa 2009.
- Kissling E, Valenciano M, Falcao J, Larrauri A, Widgren K, Pitigoi D, Oroszi B, Nunes B, Savulescu C, Mazick A, Lupulescu E, Ciancio B, Moren A. "I-MOVE" towards monitoring seasonal and pandemic influenza vaccine effectiveness: lessons learnt from a pilot multi-centric case-control study in Europe, 2008-9. *Eurosurveillance*, Volume 14, Issue 44, 05 November 2009

ANEXO I

Instrumento de notação – 2009

<p>MÉDICO [] [] [] [] [] []</p> <p>Data do preenchimento.....[] [] []/[] [] []/2009</p> <p>Se não efectuou registos na semana de [] [] [] [] a [] [] [] [] [] [] indique o motivo: _____</p> <p>INFORMAÇÃO RELATIVA AO UTENTE</p> <p>NOP [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []</p> <p>Idade [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] anos</p> <p>Sexo..... [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] M F</p> <p>Foi causa de morte do utente? Sim [] Ignora [] (Quando aplicável à doença/situação)</p> <p>Foi hospitalizado? Sim [] Não [] Ignora [] (Quando aplicável à doença/situação)</p> <p>INFORMAÇÃO GERAL SOBRE O PROBLEMA</p> <p>Data da ocorrência [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] (É a data de início dos sinais ou sintomas para Síndrome Gripal, AVC, Enfarte, Varicela; para o Diabetes é a data do diagnóstico; para o IVG é a data em que foi feita a IVG; para a Consulta relacionada com DPOC e OMBRO DOLOROSO é a data da consulta; para a Agressão, a Lesão Auto-Infligida ou o Acidente é a data do evento)</p>	<p>DIABETES <input type="checkbox"/></p> <p>ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL <input type="checkbox"/></p> <p>ENFARTE AGUDO DO MIOCÁRDIO <input type="checkbox"/></p> <p>VARICELA <input type="checkbox"/></p> <p>Estava vacinado(a) contra a varicela? <table style="display: inline-table; border: none;"><tr><td>S</td><td>N</td><td>I</td></tr><tr><td>1</td><td>2</td><td>9</td></tr></table></p> <p>INTERRUPÇÃO VOLUNTÁRIA DA GRAVIDEZ <input type="checkbox"/></p> <p>Indique o local/agente onde foi iniciada a IVG:</p> <p>Em hospital público..... 1</p> <p>Em hospital privado..... 2</p> <p>No Centro de Saúde..... 3</p> <p>Médico fora do hospital ou CS..... 4</p> <p>Enfermeiro fora do hospital ou CS..... 5</p> <p>Leigo/curiosa..... 6</p> <p>A própria..... 7</p> <p>Ignora..... 9</p>	S	N	I	1	2	9	<p>CONSULTA RELACIONADA COM:</p> <p>DPOC <input type="checkbox"/> OMBRO DOLOROSO <input type="checkbox"/></p> <p>Qual foi o motivo desta consulta? (assinale uma ou mais opções)</p> <p>Início de sintomas..... 1</p> <p>Alteração do padrão de sintomas..... 2</p> <p>Exacerbação..... 3</p> <p>Renovação de medicação..... 4</p> <p>Consulta de seguimento..... 5</p> <p>Outros (aconselhamento, esclarecimento, pedido de atestado/declaração)..... 6</p> <p>Em relação ao diagnóstico indique se é: (assinale apenas 1 opção)</p> <p>Caso novo (só pode ser notificado 1 vez)..... 1</p> <p>Caso conhecido..... 2</p> <p>Caso sem diagnóstico (caso em estudo, esclarecimento/acoeslhamento, etc)..... 3</p> <p>Indique os medicamentos que prescreveu (para esta situação) _____</p> <p>LESÃO AUTO-INFLIGIDA (suicídio e tentativa de suicídio e outras) <input type="checkbox"/></p> <p>Mecanismo..... _____</p> <p>Lesão..... _____</p> <p>ACIDENTE <input type="checkbox"/> AGRESSÃO <input type="checkbox"/></p> <p>(assinale uma ou mais opções)</p> <p>Viação..... 1</p> <p>Trabalho..... 2</p> <p>Doméstico e de lazer..... 3</p> <p>Escolar..... 4</p> <p>Desporto..... 5</p> <p>Outro tipo..... 6</p> <p>Ignora..... 9</p> <p>Mecanismo..... _____</p> <p>Lesão..... _____</p>																																						
S	N	I																																												
1	2	9																																												
<p>SINDROMA GRIPAL <input type="checkbox"/></p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">S</td> <td style="text-align: center;">N</td> <td style="text-align: center;">I</td> </tr> <tr> <td>Início súbito (<12h).....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">9</td> </tr> <tr> <td>Tosse.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">9</td> </tr> <tr> <td>Calafrios.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">9</td> </tr> <tr> <td>Febre.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">9</td> </tr> <tr> <td>Debilidade, prostração.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">9</td> </tr> <tr> <td>Mialgias, dores generalizadas.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">9</td> </tr> <tr> <td>Inflamação da mucosa nasal e faríngea, sem sinais respiratórios relevantes.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">9</td> </tr> <tr> <td>Contacto com doente de gripe.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">9</td> </tr> <tr> <td>Foi enviado exsudado nasofaríngeo?.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">9</td> </tr> <tr> <td>Este utente foi vacinado contra a gripe?.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">9</td> </tr> </table>		S	N	I	Início súbito (<12h).....	1	2	9	Tosse.....	1	2	9	Calafrios.....	1	2	9	Febre.....	1	2	9	Debilidade, prostração.....	1	2	9	Mialgias, dores generalizadas.....	1	2	9	Inflamação da mucosa nasal e faríngea, sem sinais respiratórios relevantes.....	1	2	9	Contacto com doente de gripe.....	1	2	9	Foi enviado exsudado nasofaríngeo?.....	1	2	9	Este utente foi vacinado contra a gripe?.....	1	2	9	<p>HERPES <input type="checkbox"/></p> <p>Em relação ao diagnóstico indique se é:</p> <p>Estomatite herpética..... 1</p> <p>Oftálmico..... 2</p> <p>Labial..... 3</p> <p>Genital..... 4</p> <p>Zoster intercostal..... 5</p> <p>Zoster outra localização..... 6</p> <p>Ignora..... 9</p> <p>Qual foi a medicação prescrita para este episódio? (nome comercial ou químico)..... _____</p>	
	S	N	I																																											
Início súbito (<12h).....	1	2	9																																											
Tosse.....	1	2	9																																											
Calafrios.....	1	2	9																																											
Febre.....	1	2	9																																											
Debilidade, prostração.....	1	2	9																																											
Mialgias, dores generalizadas.....	1	2	9																																											
Inflamação da mucosa nasal e faríngea, sem sinais respiratórios relevantes.....	1	2	9																																											
Contacto com doente de gripe.....	1	2	9																																											
Foi enviado exsudado nasofaríngeo?.....	1	2	9																																											
Este utente foi vacinado contra a gripe?.....	1	2	9																																											

MÉDICOS SENTINELA 2009

MÉDICOS-SENTINELA
Departamento de Epidemiologia
Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge
Avenida Padre Cruz
1649-016 Lisboa

INSTITUTO NACIONAL DE SAÚDE
DR. RICARDO JORGE

DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGIA

ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA
DOS MÉDICOS DE CLÍNICA GERAL

