



INSTITUTO NACIONAL DE SAÚDE

Dr. Ricardo Jorge

Médicos-Sentinela

Relatório de Actividades

20

*O que se fez
em 2006*



MÉDICOS-SENTINELA

O que se fez em 2006

20

Lisboa, 2008

FICHA TÉCNICA

Médicos–Sentinela. O que se fez em 2006. Departamento de Epidemiologia. Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge. Lisboa 2008. 100 pág.(Médicos-Sentinela 20).

Morbilidade/Notificação/ Grupo etário/ Incidência/ Síndrome gripal/ Diabetes/ Acidente Vascular Cerebral/ Enfarte Agudo do Miocárdio/ Varicela/ Fractura do Colo de Fémur/ Interrupção Voluntária de Gravidez/ Consulta Relacionada com Hipertrofia Benigna da Próstata/ Referência ou necessidade de referenciar/ Acontecimentos IRIS.

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

Av. Padre Cruz 1649-016 Lisboa - Portugal

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

Telefone: 217 526 404

Fax: 217 526 499

<http://www.insa.pt>

Tiragem: 750 exemplares

Impressão: Riográfica - Tip. Santos & Marques, Lda. – Rio Maior

ISBN: 978-972-8643-33-1

Depósito legal: 122033/98

Coordenador da Rede Médicos-Sentinela: José Carlos Marinho Falcão

AGRADECIMENTOS

Aos Médicos-Sentinela que participaram na Rede em 2006:

MÉDICOS PARTICIPANTES	CENTRO DE SAÚDE
ADÃO NOGUEIRA	BRAGA
ADRIANO BORGES MONTEIRO	AZAMBUJA
ADRIANO DE OLIVEIRA DOMINGUES	ÁGUEDA
ALDORA SARAIVA NEVES FIRMO	SOURE
ÁLVARO LUIS PORTELA SIMÕES	OLIVEIRA DO HOSPITAL
ALZIRA FIGUEIREDO BARATA	NORTON DE MATOS
ALZIRA FLORINDA ALVES GOMES	REBORDOSA
ALZIRA OLIVEIRA BRAGA BISCAIA	RIO TINTO
AMADEU ANTÓNIO PINTO DUARTE	LAMEGO
ANA MARIA CONCEIÇÃO ERNESTO	MEALHADA
ANA MARIA COSTA SÁ MARQUES PIRES	PONTE DE LIMA
ANA MARIA FERREIRA	CELORICO DA BEIRA
ANA MARIA ISIDRO MONSANTO PEREIRA	OURIQUE
ANA MARIA MEIRA MACEDO SARDINHA	MATOSINHOS
ANA MARIA MORAIS MATEUS	MATOSINHOS
ANA MARIA RODRIGUES BARROS	DR. GORJÃO HENRIQUES
ANA MARIA SILVA AZENHA PISCO	CALDAS DA RAINHA
ANA PAULA JESUS MOREIRA	BARÃO CORVO

ANA PAULA PIRES GRANADEIRO	MOITA
ANNE TANCREDE	ALJEZUR
ANTONI JIMENEZ GARCIA	ODEMIRA
ANTÓNIO AURÉLIO REBELO FIGUEIREDO	AGUAS SANTAS
ANTÓNIO DAVID PINTO MARTINHO	FUNDÃO
ANTÓNIO JOÃO PASSÃO LOPES	ÉVORA
ANTÓNIO JOSÉ DA SILVA VALENTE	BRAGANÇA
ANTÓNIO JOSÉ NOVAIS TAVARES	MAÇÃO
ANTÓNIO MARTINS SILVA CAIO	FUNDÃO
ARMANDO BRITO DE SÁ	BENFICA
ARMINDA SANTOS MOREIRA PIRES	SENHORA DA HORA
AUSENDA ZAIDA BELO MARTINS	PONTE DE SÔR
CARLOS MANUEL PRÍNCIPE CEIA	CORUCHE
CARLOS MANUEL SILVA MARTINS	S. JOÃO
CECÍLIA GARRIDO TEIXEIRA	TORRES VEDRAS
CESARINA AUGUSTA SANTOS SILVA	ERMESINDE
CRISTINA MARIA SOUSA CASTELA	TAROUCA
CRISTINA MARIA SILVA CHILRO	CASTELO DE PAIVA
CRISTINA SOUSA PEREIRA PINTO	LEÇA DA PALMEIRA
DAGOBERTO MARÍLIO MONTEIRO MOURA	PARANHOS
DANIEL JOSÉ MARQUES FURTADO SILVA	ALDOAR
EDITE MARIA CALDAS DA SILVA	LEÇA DA PALMEIRA

ELISA MARIA BENTO DA GUIA	MOIMENTA DA BEIRA
EMÍLIA MARIA TEIXEIRA	LEÇA DA PALMEIRA
FELICIDADE MARIA MALHEIRO	PARANHOS
FELISBELA BASTOS MAGALHÃES DINIS	FAFE
FERNANDO AUGUSTO SEVERINO SILVA	WISEU
FERNANDO FERREIRA	ARCOZELO
FERNANDO JOSÉ SANTOS ALMEIDA	ARCOZELO
FERNANDO OLIVEIRA RODRIGUES	PONTE DE SÔR
GRAÇA MARIA BARRETO MARTINS	WISEU
ISABEL MARIA AMARAL ALMEIDA ALVES	FREIXO
ISABEL TAVEIRA PINTO	PONTE DE SÔR
JAIME BRITO DA TORRE	BARREIRO
JAIME CORREIA DE SOUSA	MATOSINHOS
JESUS PEREZ Y SANCHEZ	MATOSINHOS
JOANA MARIA RAFAEL PINTO SANTOS	SENHORA DA HORA
JOANA NETO DE CARVALHO	STº CONDESTÁVEL
JOÃO ALBERTO ALVES CARVALHO	FUNDÃO
JOÃO ANTÓNIO MARTIN SILVA REGO	FAFE
JOÃO HORÁCIO SOARES MEDEIROS	SANTA MARTA DE PENAGUIÃO
JOÃO LUÍS DA SILVA PEREIRA	SACAVÉM
JOÃO MANUEL ALMEIDA DINIZ	FAFE
JOÃO ADÉLIO TROCADO MOREIRA	AVIS

JOÃO RICARDO SANTOS BRITO	GRAÇA
JOAQUIM BAPTISTA DA FONSECA	SANTA MARTA DE PENAGUIÃO
JOAQUIM MANUEL RAMALHO FITAS	MONTEMOR-O-NOVO
JORGE ALBERTO LORCA RAMOS	ÉVORA
JORGE MANUEL PEREIRA CRUZ	MIRANDELA
JORGE MARIA SILVA VIANA SÁ	REDONDO
JOSÉ ANTÓNIO NUNES DE SOUSA	FEIRA
JOSÉ ARMANDO BAPTISTA PEREIRA	PAREDES
JOSÉ AUGUSTO RODRIGUES SIMÕES	GÓIS
JOSÉ FRANCISCO BORREGA ABREU	MONTEMOR-O-NOVO
JOSÉ MANUEL MENDES NUNES	OEIRAS
LEONOR RAMALHO	VENDA NOVA
LIA MARTINS FERREIRA CARDOSO	UISEU
LICÍNIO LABORINHO FIALHO	NAZARÉ
LÚCIA MARIA FERREIRA	SEVER DO VOUGA
LUCIARA PAIVA	MONCHIQUE
LUIS FILIPE GOMES	MONCHIQUE
LUÍSA MARIA MOREIRA GOMES	BARCELINHOS
MADALENA REIS CORBAFO ARAÚJO	VILA DO PORTO
MANUEL AUGUSTO SANTOS COELHO	FUNDÃO
MANUEL FRANCISCO GODINHO	LAGOS
MANUEL LUCIANO CORREIA SILVA	MATOSINHOS

MANUEL VELOSO	MONCHIQUE
MARGARIDA CONCEIÇÃO REIS LIMA	BRAGA
MARGARIDA GUIMARÃES	CASTRO DAIRE
MARGARIDA MARIA LOBÃO FERREIRA	PENALVA DO CASTELO
MARIA ALZIRA REIS PEREIRA	CHAMUSCA
MARIA CRISTINA DE MIRA GALVÃO	SERPA
MARIA DA CONCEIÇÃO FRAGA COSTA	PESO DA RÉGUA
MARIA DA GRAÇA ARAÚJO CARDOSO	VILA NOVA DE FAMALICÃO
MARIA DA LUZ LOUREIRO 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 ANTONIO DA SERRA
MARIA FILOMENA PRATA VIEIRA	PARANHOS
MARIA GABRIELA SALLÉ SOUSA BRITO	LAMEGO
MARIA GRACINDA PEREIRA RODRIGUES	PONTE DE SÔR
MARIA HELENA SÁ PEREIRA FERNANDES	MATOSINHOS
MARIA JOSÉ RIBAS CASTRO	MATOSINHOS
MARIA JOSÉ SALGUEIRO CARMO	VILA REAL DE STº ANTÓNIO

MARIA JOSÉ TOVAR	ÁGUEDA
MARIA JOSEFINA MARAU GONÇALVES	SINTRA
MARIA LUISA MOTA ALMEIDA	BARÃO DO CORVO
MARIA LUISA RODRIGUES ROMEIRO	OEIRAS
MARIA MADALENA CÂMARA PESTANA	AJUDA
MARIA MADALENA PRIMO CABRAL	NORTON DE MATOS
MARIA MANUEL RUELA SILVA CUNHA	AVEIRO
MARIA MANUELA MOREIRA SUCENA MIRA	ÁGUEDA
MARIA ODETE SEMEDO OLIVEIRA	MEALHADA
MARIA OTÍLIA GRAÇA VIDAL	ÁGUEDA
MARIA PRAZERES RODRIGUES SILVA	LEÇA DA PALMEIRA
MARIA RAQUEL FRAGA CASTRO	MATOSINHOS
MARIA TERESA BRANDÃO	VALPAÇOS
MARIA TERESA CASTRO LARANJEIRO	GUIMARÃES
MARIA TERESA MINISTRO ESTEVES	WISEU
MARIA TERESA VIEIRA LIBÓRIO	OEIRAS
MARÍLIA JARDIM FERNANDES	S. ROQUE
MÁRIO FERNANDO LUZ SILVA	CHAMUSCA
MIGUEL ALBERTO CRUZ MELO	BRAGA
NANTÍLIA AUGUSTA ALMEIDA BARBOSA	AVEIRO
NATÁLIA PREGO CANCELO	VILA NOVA DE FAMALICÃO
OLGA MARIA CORREIA XAVIER ROCHA	PAREDE

PAULA SOFIA MARTINS PISCO PEREIRA	SENHORA DA HORA
PAULO GUILHERME LOPES ASCENSÃO	CASTRO VERDE
PAULO JOSÉ MENDES GOUCHA JORGE	SANTARÉM
RITA DE FÁTIMA MENDES PINHEIRO	FREIXO
ROGÉRIO RAMIRO CARVALHO SOUSA	SABUGAL
ROSA MARIA ANTUNES QUARESMA	GAVIÃO
RUI AFONSO CERADAS	ARCOZELO
RUI ARTUR COUTINHO SILVA NOGUEIRA	NORTON DE MATOS
RUI CÉSAR CAMPOS CASTRO	SANTARÉM
RUI MANUEL NOGUEIRA SOUSA SANTOS	BEJA
RUI MANUEL TABORDA GONÇALVES	PINHEL
RUI MANUEL TAVARES AMARAL	VINHAIS
RUI PEREIRA ALVES BRÁS	CASTELO DE VIDE
SÉRGIO ANTÓNIO SOUSA VIEIRA	CARVALHOS
TERESA LAGINHA	CORAÇÃO DE JESUS
VALÉRIO MANUEL NETO CAPAZ	CORUCHE
VANDA MARINA PIRES MONTEIRO	VILA NOVA DE FAMALICÃO
VITOR MANUEL BORGES RAMOS	CASCAIS
VITOR MANUEL FERREIRA	MONCHIQUE

Agradece-se, ainda a:

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

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	1
MATERIAL E MÉTODOS	5
Médicos-Sentinela em 2006	5
Caracterização geográfica da Rede	6
População sob observação	6
População máxima sob observação	7
Atualização da composição das listas	9
Doenças e situações em estudo	14
LIMITAÇÕES METODOLÓGICAS	15
Representatividade da população sob observação	15
Limitações específicas dos numeradores	15
Limitações de diagnóstico	16
Sub notificação de casos	17
Sobre notificação de casos	18
Limitações específicas dos denominadores	19
RESULTADOS	21
Síndrome gripal	23

Diabetes	35
Acidente Vascular Cerebral	39
Enfarte Agudo do Miocárdio	43
Varicela	47
Fractura do Colo do Fémur	51
Interrupção Voluntária da Gravidez	55
Consulta relacionada com Hipertrofia Benigna da Próstata	57
Referenciação ou necessidade de referenciar	69
Acontecimentos IRIS	77
ESTUDOS-SATÉLITE EM 2006	79
PARTICIPAÇÃO EM PROJECTOS NACIONAIS E INTERNACIONAIS	81
Sistema de vigilância integrada clínica e laboratorial da gripe	81
EISS – European Influenza Surveillance Scheme. www.eiss.org	82
Projecto E-HID UPDATE (European-Health Indicator Database)	83
ESTUDOS-SATÉLITE REALIZADOS	85
PUBLICAÇÕES	91
ANEXO I	99

INTRODUÇÃO

A Rede Médicos-Sentinela (MS) é constituída por médicos de Clínica Geral/Medicina Familiar (CG) cuja actividade profissional é desenvolvida em Centros de Saúde do Serviço Nacional de Saúde.

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, bem como de colegas estrangeiros, nomeadamente os coordenadores das redes sentinela do Reino Unido e da Bélgica.

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

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

MATERIAL E MÉTODOS

Médicos-Sentinela em 2006

Em 2006, colaboraram na rede 139 médicos de Clínica Geral. Ocorreram 8 adesões relativamente ao ano de 2005.

No Continente a participação correspondeu a **2,4%** do total de Clínicos Gerais a desempenhar funções nos Centros de Saúde do Continente (Quadro I).

Quadro I – Distribuição percentual de médicos de MGF (MGF) que participaram na rede Médicos-Sentinela, no Continente, por Distrito, em 31.12.2006

Distrito	MS	MGF*	MS/MGF %	Distrito	MS	MGF*	MS/MGF %
Aveiro	12	421	2,9	Leiria	3	266	1,1
Beja	4	102	3,9	Lisboa	18	1158	1,6
Braga	10	435	2,3	Portalegre	7	20	35,0
Bragança	1	96	1,0	Porto	32	960	3,3
Castelo Branco	4	141	2,8	Santarém	7	245	2,9
Coimbra	6	313	1,9	Setúbal	2	408	0,5
Évora	6	105	5,7	Viana do Castelo	1	185	0,5
Faro	7	232	3,0	Vila Real	3	158	1,9
Guarda	3	125	2,4	Viseu	10	249	4,0
Total					136	5619	2,4

*Fonte: DGS/DSEES (informação colhida do inquérito anual do INE aos Centros de Saúde)

Caracterização geográfica da Rede

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

Quadro II - **Número de médicos participantes, por Distrito e Região Autónoma, em Janeiro e em Dezembro de 2006**

Distrito	01.01.06	31.12.06	Distrito	01.01.06	31.12.06
Aveiro	12	12	Lisboa	18	18
Beja	5	4	Portalegre	7	7
Braga	6	10	Porto	32	32
Bragança	3	1	Santarém	6	7
Castelo Branco	4	4	Setúbal	2	2
Coimbra	6	6	Viana do Castelo	3	1
Évora	3	6	Vila Real	4	3
Faro	5	7	Viseu	10	10
Guarda	3	3	R A Madeira	2	2
Leiria	3	3	R A Açores	1	1
			Total	135	139

População sob observação

Na prossecução dos objectivos atrás explicitados 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 2006, a **PMSO** atingiu 239185 indivíduos, correspondendo a 2,3% da população residente em Portugal (estimativa da população de 2006).

No quadro III 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 III - População Máxima Sob Observação (PMSO) e respectiva proporção na população residente (2006), por Distrito e Região Autónoma, em 31.12.06

Distrito	PMSO	PMSO/PR %	Distrito	PMSO	PMSO/PR %
Aveiro	19613	2,7	Lisboa	30011	1,3
Beja	7490	4,9	Portalegre	14397	12,0
Braga	19512	2,3	Porto	55948	3,1
Bragança	5143	3,6	Santarém	11588	2,5
Castelo Branco	6388	3,2	Setúbal	3013	0,4
Coimbra	9558	2,2	Viana do Castelo	4665	1,9
Évora	8717	5,1	Vila Real	6775	3,1
Faro	10372	2,5	Viseu	16127	4,1
Guarda	4294	2,5	R A Madeira	3416	1,4
Leiria	5339	1,1	R A Açores	2383	1,0
Total			239185		
			2,3		

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 2006 e para cada médico, a estimativa da composição da respectiva lista, em 30 de Junho desse ano, é dada por:

(Fórmula 2)
$$N_{m30.06.06} = \frac{N_{31.12.05} + N_{31.12.06}}{2}$$

Em que:

$N_{m30.06.06}$ É a estimativa do número de indivíduos inscritos num médico, a meio do ano.

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

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

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 2005 e procedeu à sua actualização em Março de 2007.

Consideremos o período de tempo compreendido entre aqueles dois meses:

	2005												2006												2007		
	2				6								1					6						1		3	
Meses	2				6					12	13							18						25		27	
	I																	C								F	

Sejam

- C** data de referência (30.06.06)
- 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 30.06.06 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 30.06.06, para um dado médico, será:

$$N_m = \frac{N_{inic}(F_I) + N_{final}(F_F)}{2}$$

(Fórmula 3)

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:

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

(Fórmula 4)

em que:

n_{tm} é o número de utentes inscritos na lista do médico m , que esteve *activo* na semana t

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

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

(Fórmula 5)

A PSOE_{ano} referente ao ano de 2006, utilizada no cálculo das taxas de incidência anuais, consta do quadro IV. 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 IV - **População sob observação efectiva, por sexo e idade, em 2006**

Grupo Etário	Homens	Mulheres	H+M
00-04	3154	2984	6138
05-09	3507	3356	6863
10-14	3389	3278	6667
15-24	7784	7514	15298
25-34	9975	10323	20298
35-44	9362	9809	19171
45-54	8201	8704	16905
55-64	6497	7391	13888
65-74	5562	7079	12641
≥75	4417	6830	11247
Total	61848	67268	129116

Doenças e situações em estudo

Durante o ano de 2006, estiveram em estudo nove temas relacionados com saúde (Quadro V). Foi mantida, ainda, a notificação de acontecimentos IRIS: Inesperados, Raros, Inéditos ou Surpreendentes.

Quadro V – **Doenças ou situações em estudo, no ano de 2006**

Síndrome gripal
Diabetes
Acidente vascular cerebral
Enfarte agudo do miocárdio
Varicela
Fractura do colo de fémur
Referência ou necessidade de referenciar
Consulta relacionada com Hipertrofia benigna da próstata
Interrupção voluntária da gravidez

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 2006, 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 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.

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 24 semanas que decorre entre o início de Outubro de um determinado ano (semana 40^a) e o final de Março do ano seguinte (semana 13^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 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.

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:

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

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

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

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

Resultaram daqui as seguintes estimativas:

1- Para as taxas provisórias

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

2- Para as taxas definitivas

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

em que R_{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 2006-2007

Os resultados apresentados nos quadros VI e VII 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 2006 até 31 de Março de 2007, 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 e definitivas foram registados na semana 6 de 2007, respectivamente com $104,9/10^5$ e $122,9/10^5$ (Quadro VI e VII).

Quadro VI - Estimativas provisórias das taxas de incidência brutas semanais (/10⁵) de Síndrome Gripal, em 2006-2007

Semana	Nº casos	Taxa	Semana	Nº casos	Taxa
<u>2006</u>					
40	3	4,8	04	83	89,3
41	4	5,2	05	106	97,4
42	5	6,1	06	111	104,9
43	5	6,4	07	62	65,8
44	2	2,4	08	35	37,9
45	9	11,3	09	19	17,8
46	3	3,3	10	14	14,2
47	6	7,7	11	11	11,2
48	5	8,0	12	1	1,2
49	2	4,0	13	3	3,5
50	5	7,5	14	1	1,3
51	3	5,8	15	1	1,2
52	6	12,9	16	1	1,1
<u>2007</u>					
01	31	42,1	17	1	1,5
02	15	16,8	18	4	5,3
03	54	55,6	19	1	1,3

Quadro VIII - Estimativas definitivas das taxas de incidência brutas semanais (/10⁵) de Síndrome Gripal, em 2006-2007

Semana	Nº casos	Taxa	Semana	Nº casos	Taxa
<u>2006</u>					
40	7	7,5	4	155	120,1
41	8	7,5	5	182	121,7
42	10	8,3	6	169	122,4
43	12	9,4	7	111	78,1
44	4	3,7	8	67	49,7
45	16	13,1	9	27	19,1
46	8	6,4	10	21	16,4
47	12	9,4	11	12	8,9
48	12	11,7	12	02	1,9
49	7	8,3	13	07	6,0
50	11	10,3	14	02	1,9
51	51	11,7	15	04	3,6
52	22	29,4	16	03	2,4
<u>2007</u>					
01	51	42,4	17	01	0,9
02	45	31,7	18	07	6,6
03	102	74,9	19	04	3,5

Verificou-se que nesta época de 2006-2007, entre as semanas 3 e 8, os valores das taxas provisórias e definitivas semanais se mantiveram acima do limite superior do intervalo de confiança 95% da área a que corresponde a actividade *basal* (Figura 1).

Considerando as taxas definitivas, verificou-se que a actividade gripal se tornou superior ao limite superior da área de actividade basal um pouco mais cedo, na segunda semana e assim se manteve, até ligeiramente depois da oitava semana, apresentando uma actividade máxima no final de Janeiro (semana 4), princípio de Fevereiro (semanas 5 e 6) (Figura 1).

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

Relativamente ao contributo para o Sistema de Vigilância Integrada, Clínica e Laboratorial, da Gripe, nesta época, foram enviadas pelos Médicos-Sentinela, para o Centro Nacional da Gripe, 201 zangaratoas faríngeas, das quais 79 (39,3%) foram positivas para o vírus Influenza, sendo 78 para do tipo A e 1 do tipo B.

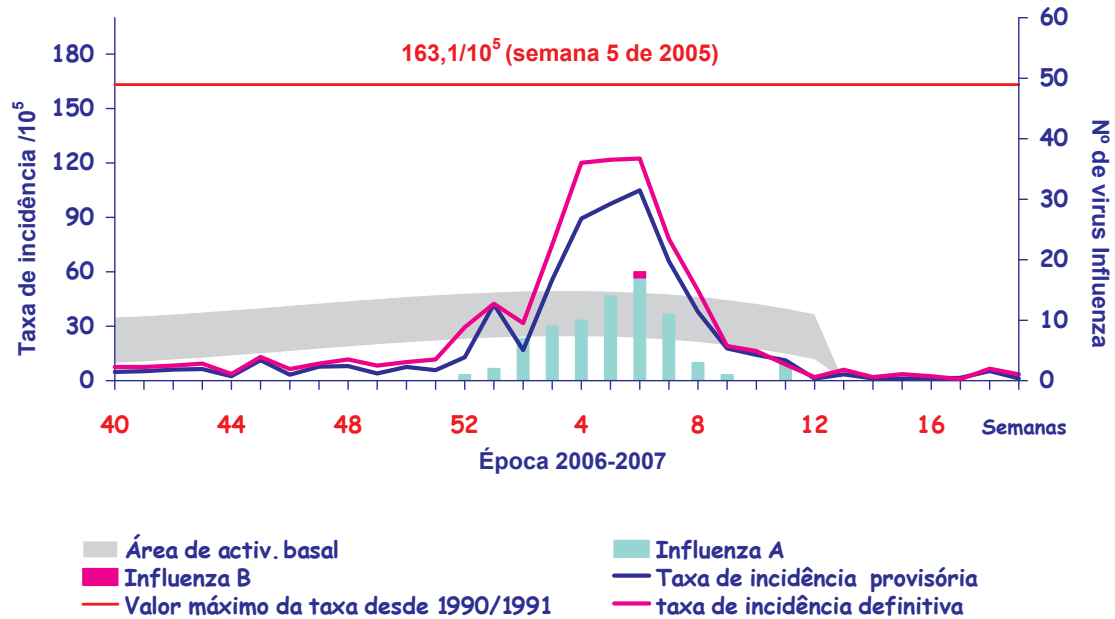


Fig.1-Taxas de incidência ($/10^5$) brutas, semanais, provisórias e definitivas, de síndrome gripal na época *gripal* de 2006-2007 e número de vírus Influenza identificados durante aquele período de tempo. A área de actividade basal foi definida pela linha de base e pelo limite superior do IC a 95%.

Diabetes

Durante o ano de 2006 foram notificados 595 novos casos de Diabetes *Mellitus*, sendo 296 referentes a homens (49,7%) e 299 a mulheres (50,3%).

Na população utente de **25 e mais anos** obteve-se uma **taxa de incidência de 627,7 por 100000 utentes** daquele grupo etário (Quadro VIII).

Considerando o total da população inscrita, estimou-se uma **taxa de incidência de 460,8 por 100000 utentes**.

No sexo masculino a incidência da doença atingiu o valor máximo no grupo etário dos 65-74 anos ($1384,4/10^5$) enquanto que no sexo feminino, o valor máximo foi atingido no grupo etário 55-64 anos ($1217,7/10^5$) (Quadro VIII e fig. 2).

Quadro VIII – Estimativa das taxas de incidência anuais (/10⁵) de Diabetes, por sexo e grupo etário, em 2006

Grupos Etários	Homens		Mulheres		H+M	
	Nº casos	Taxa	Nº casos	Taxa	Nº casos	Taxa
0-9	*	-	*	-	*	-
10-14	1	**	*	-	1	**
15-24	1	**	2	**	3	**
25-34	4	**	5	**	9	44,3
35-44	34	363,2	17	173,3	51	266,0
45-54	64	780,4	50	574,4	114	674,4
55-64	80	1231,3	90	1217,7	170	1224,1
65-74	75	1348,4	76	1073,6	151	1194,5
≥75	37	837,7	59	863,8	96	853,6
Total	296	478,6	299	444,5	595	460,8
≥25	294	668,0	297	592,4	591	627,7

* sem registo de casos

** nº de casos inadequado ao cálculo das taxas

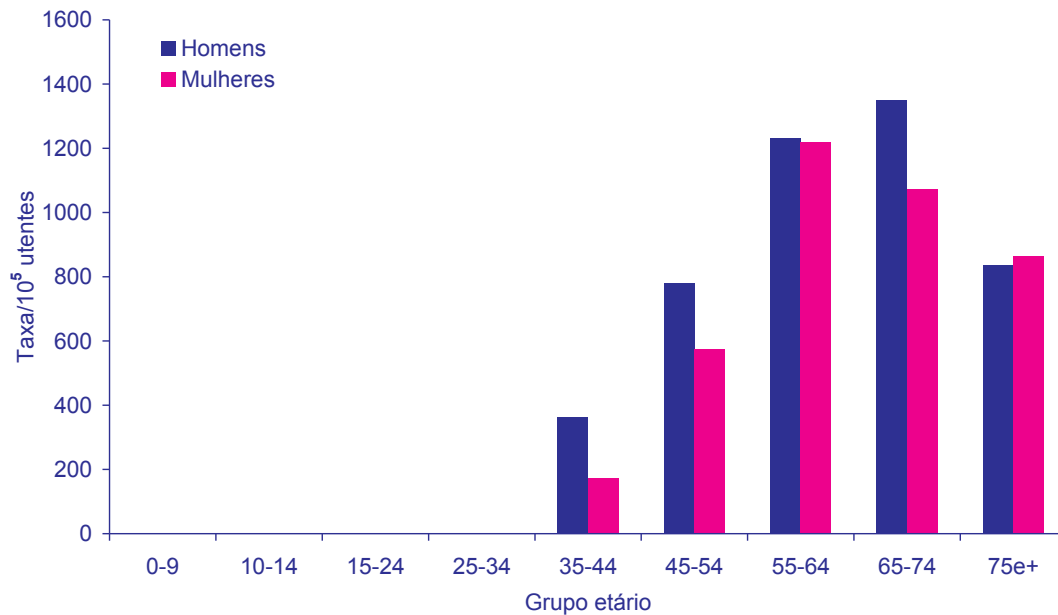


Fig. 2 – Taxas de incidência anuais de diabetes, por sexo e grupo etário, em 2006

Acidente Vascular Cerebral

Durante o ano de 2006 foram notificados 281 novos episódios de Acidente Vascular Cerebral (AVC), tendo ocorrido 152 (54,1%) no sexo masculino e 129 (45,9%) no feminino.

Na população utente de **25 e mais anos** obteve-se uma **taxa de incidência de 298,5 por 100000 utentes** daquele grupo etário (Quadro IX).

Considerando o total da população inscrita, estimou-se uma **taxa de incidência de 217,6 casos por 100000 utentes**.

Em ambos os sexos a taxa de incidência de AVC aumentou progressivamente em todos os grupos etários tendo atingido o seu valor máximo no grupo etário 75 e mais anos, respectivamente com $1516,9/10^5$ no sexo masculino e $1171,3/10^5$ no feminino (Quadro IX e Fig. 3).

Quadro IX – Estimativa das taxas de incidência anuais (/10⁵) de AVC, por sexo e grupo etário em 2006

Grupos Etários	Homens		Mulheres		H+M	
	Nº casos	Taxa	Nº casos	Taxa	Nº casos	Taxa
0-24	*	-	*	-	*	-
25-34	1	**	*	-	1	**
35-44	5	**	*	-	5	**
45-54	13	158,5	8	91,9	21	124,2
55-64	22	338,6	10	135,3	32	230,4
65-74	44	791,1	31	437,9	75	593,3
≥75	67	1516,9	80	1171,3	147	1307,0
Total	152	245,8	129	191,8	281	217,6
≥25	152	345,3	129	257,3	281	298,5

* sem registo de casos

** nº de casos inadequado ao cálculo das taxas

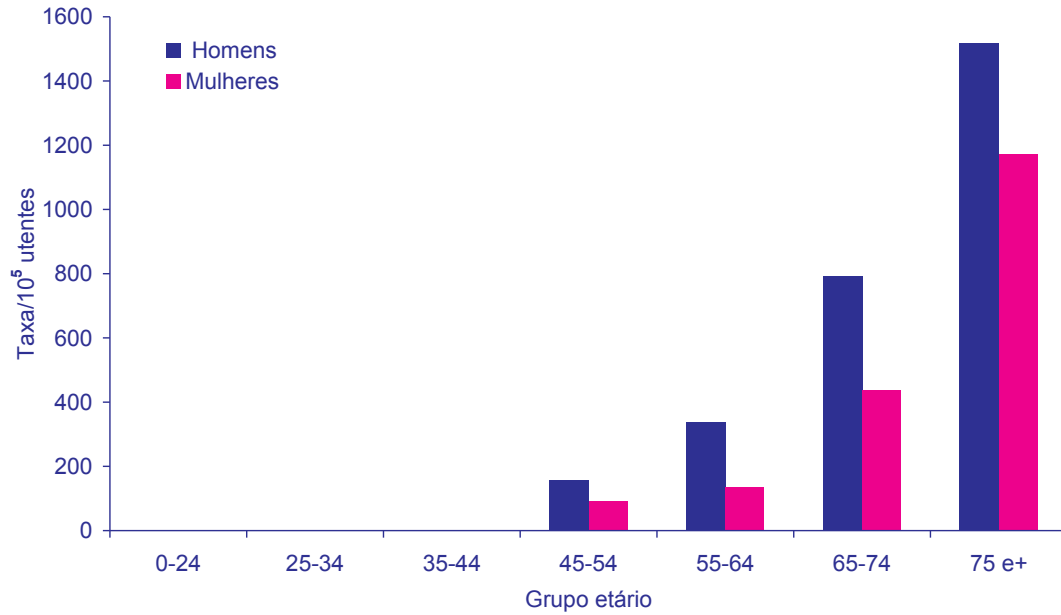


Fig. 3 – Taxas de incidência anuais de AVC, por sexo e grupo etário, em 2006

Enfarte Agudo do Miocárdio

Durante o ano de 2006 foram notificados 110 novos casos de enfarte agudo do miocárdio, tendo ocorrido 73 (66,4%) no sexo masculino e 37 (33,6%) no feminino.

Na população de **25 e mais anos** obteve-se uma **taxa de incidência de 116,8 por 100000 utentes** daquele grupo etário (Quadro X).

Considerando o total da população inscrita, estimou-se uma **taxa de incidência de 85,2 casos por 100000 utentes**.

A taxa estimada para o sexo masculino foi o dobro da calculada para as mulheres. Em ambos os sexos o valor máximo da taxa foi registado no grupo etário 75 e+ anos, sendo $611,3/10^5$ no sexo masculino e $263,5/10^5$ no feminino (Quadro X e Fig. 4).

Quadro X – Estimativa das taxas de incidência anuais (/10⁵) de Enfarte Agudo do Miocárdio, por sexo e grupo etário em 2006

Grupos Etários	Homens		Mulheres		H+M	
	Nº casos	Taxa	Nº casos	Taxa	Nº casos	Taxa
0-24	*	-	*	-	*	-
25-34	2	**	0	0	2	**
35-44	2	**	1	**	3	**
45-54	13	158,5	1	**	14	82,8
55-64	13	200,1	4	**	17	122,4
65-74	16	287,7	13	183,6	29	229,4
≥75	27	611,3	18	263,5	45	400,1
Total	73	118,0	37	55,0	110	85,2
≥25	73	165,9	37	73,8	110	116,8

* sem registo de casos

** nº de casos inadequado ao cálculo das taxas

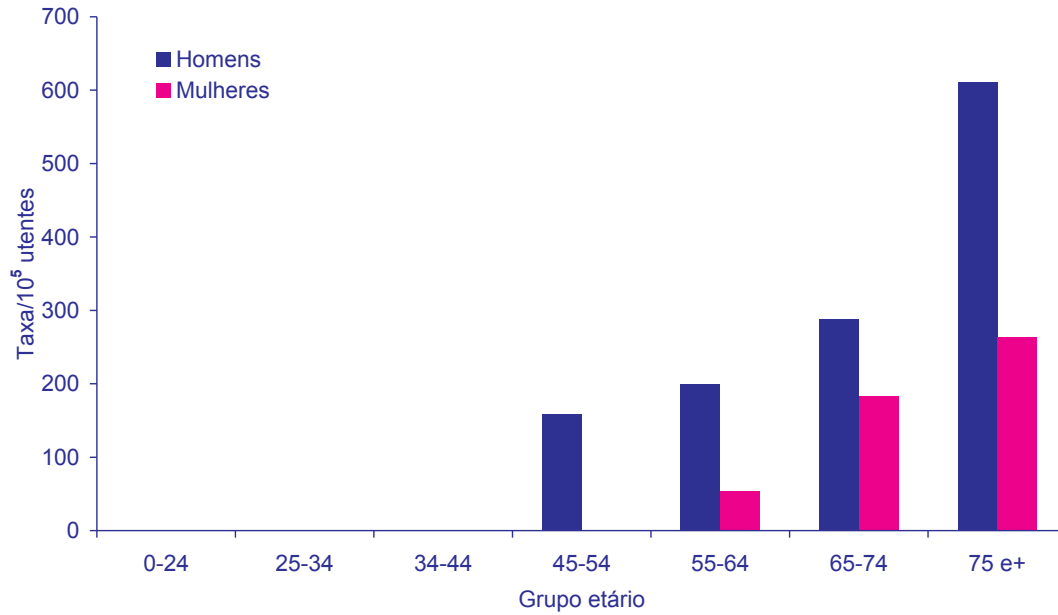


Fig. 4 – Taxas de incidência anuais de Enfarte Agudo do Miocárdio, por sexo e grupo etário, em 2006

Varicela

Durante o ano de 2006 foram notificados 367 casos de varicela, tendo ocorrido 182 (49,6%) no sexo masculino e 185 (50,4%) no feminino.

Na população dos **0-14 anos de idade** obteve-se uma **taxa de incidência de 1688,0 por 100000 utentes** daquele grupo etário (Quadro XI).

Considerando o total da população inscrita, estimou-se uma **taxa de incidência de 284,2 casos por 100000 utentes**.

No conjunto dos dois sexos os valores mais elevados da taxa registaram-se nos grupos etário 0-4 e 5-9 anos, respectivamente de $3372,4/10^5$ e $1457,1/10^5$ (Quadro XI e Fig. 5).

Quadro XI - Estimativa das taxas de incidência anuais (/10⁵) de Varicela, por sexo e grupo etário, em 2006

Grupo etário	Homens		Mulheres		Homens+Mulheres	
	Nº casos	Taxa	Nº casos	Taxa	Nº casos	Taxa
0-4	103	3265,7	104	3485,3	207	3372,4
5-9	54	1539,8	46	1370,7	100	1457,1
10-14	8	236,1	17	518,6	25	375,0
15-24	6	77,1	11	146,4	17	111,1
25-34	4	**	4	**	8	39,4
35-44	6	64,1	3	**	9	46,9
45-64	*	-	*	-	*	-
65-74	1	**	*	-	1	**
≥75	*	-	*	-	*	-
Total	182	294,3	185	275,0	367	284,2
0-14	165	1641,8	167	1736,3	332	1688,0

* sem registo de casos

** nº de casos inadequado ao cálculo das taxas

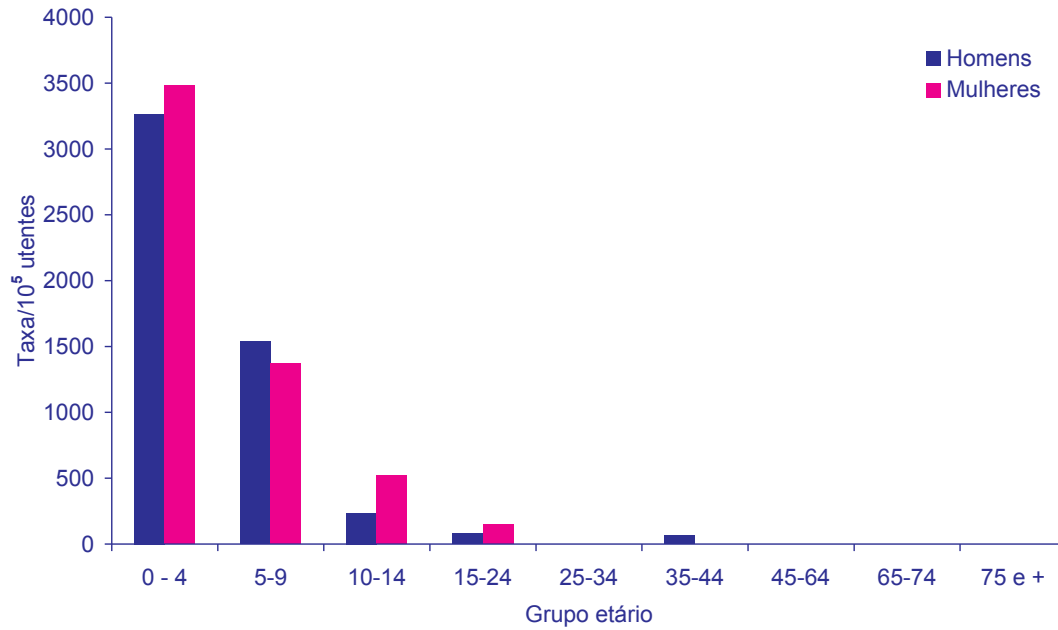


Fig. 5 - Taxas de incidência anuais de Varicela por sexo e grupo etário, em 2006

Fractura do Colo do Fémur

Durante o ano de 2006 foram notificados 64 novos casos de fractura do colo de fémur, tendo ocorrido 13 (20,3%) no sexo masculino e 51 (79,7%) no feminino.

Na população utente do **sexo feminino**, de **45 e mais anos de idade**, obteve-se uma **taxa de incidência de 170,0 por 100000 utentes** daquele grupo etário e sexo (Quadro XII). No sexo masculino as taxas foram apreciavelmente mais baixas.

Considerando o total da população inscrita, estimou-se uma **taxa de incidência de 49,6 casos por 100000 utentes**.

Considerando todas as idades, a taxa registada no sexo feminino foi cerca de 3,5 vezes superior à do sexo masculino. Em ambos os sexos a taxa de incidência foi mais elevada no grupo etário 75 e mais anos, tendo sido de 249,0/10⁵ e 585,7/10⁵ respectivamente, para o sexo masculino e feminino. (Quadro XII e Fig. 6).

Quadro XII - Estimativa das taxas de incidência anuais (/10⁵) de Fractura do Colo do Fémur, por sexo e grupo etário, em 2006

Grupo etário	Homens		Mulheres		Homens+Mulheres	
	Nº casos	Taxa/10 ⁵	Nº casos	Taxa/10 ⁵	Nº casos	Taxa/10 ⁵
0-44	*	-	*	-	*	-
45-64	*	-	1	**	1	**
65-74	2	**	10	141,3	12	94,9
≥75	11	249,0	40	585,7	51	453,5
Total	13	21,0	51	75,8	64	49,6
≥45	13	52,7	51	170,0	64	117,0

* sem registo de casos

** nº de casos inadequado ao cálculo das taxas

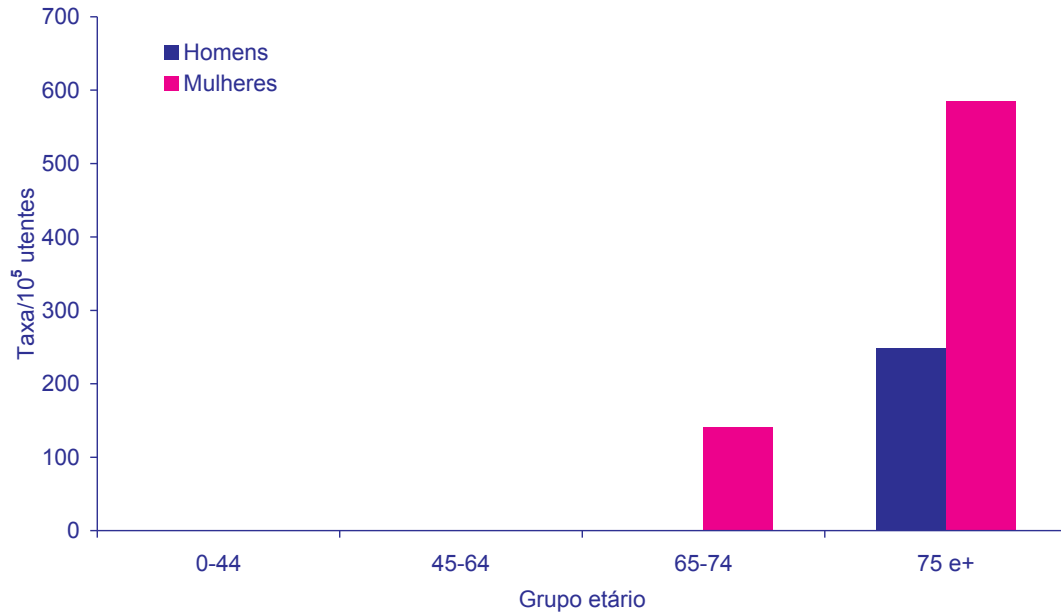


Fig. 6 - Taxas de incidência anuais de Fractura do Colo do Fémur, por sexo e grupo etário, em 2006

Interrupção Voluntária da Gravidez

Durante o ano de 2006 foram notificados 37 casos de Interrupção Voluntária de Gravidez (IVG).

Estimou-se uma **taxa de incidência de 101,8 casos por 100000 utentes, na população feminina de 15-54 anos de idade.**

A taxa de incidência mais elevada ($164,7/10^5$) foi registada no grupo etário 25-34 anos, logo seguida na do grupo de mulheres com idades compreendidas entre os 15 e 24 anos de idade (Quadro XIII e Fig. 7).

Quadro XIII – **Distribuição percentual dos casos e estimativa da taxa de incidência anual ($/10^5$) de Interrupção Voluntária de Gravidez, por grupo etário, em 2006**

Grupo etário	Nº IVG	%	Taxa / 10^5
15-24	11	29,7	146,4
25-34	17	46,0	164,7
35-44	8	21,6	81,6
45-54	1	2,7	**
Total	37	100,0	101,8

* nº de casos inadequado ao cálculo das taxas

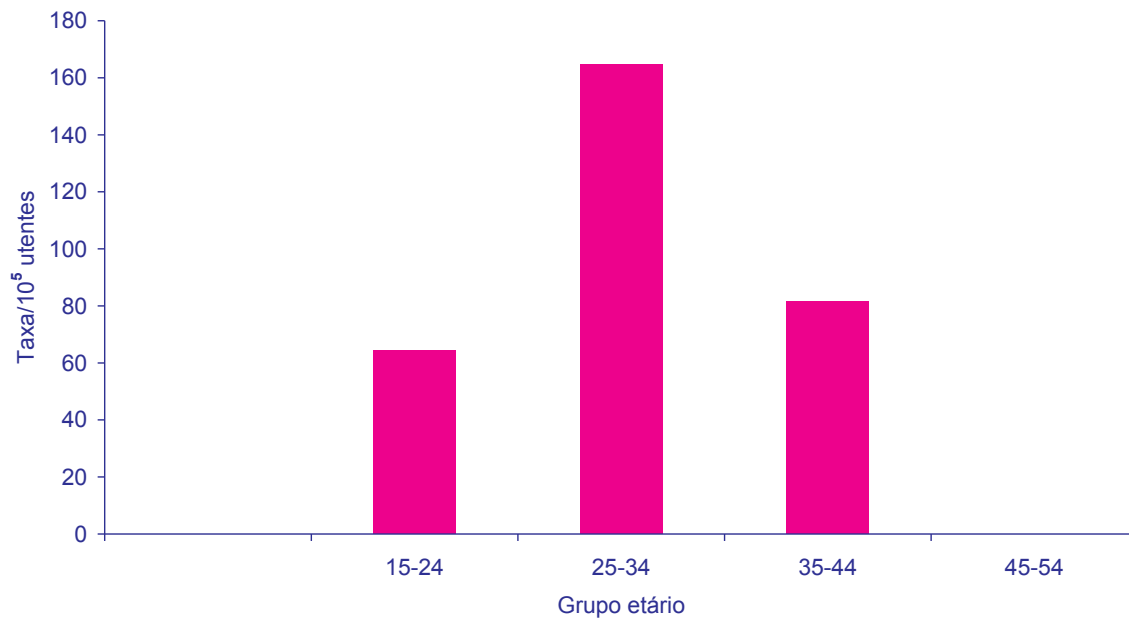


Fig. 7 - Taxas de incidência anuais de Interrupção Voluntária da Gravidez, por grupo etário, nas mulheres de 15-54 anos de idade, em 2006

Consulta relacionada com Hipertrofia Benigna da Próstata

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

- *Casos novos*: foram considerados os novos diagnósticos de HBP referidos pelos MS em 2006. Não foi perguntado ao médico qual o método utilizado para a confirmação do diagnóstico.
- *Casos conhecidos*: foram incluídos nesta categoria todos os casos de HBP diagnosticados anteriormente.
- *Casos suspeitos*: foram incluídos nesta categoria todos os casos em estudo, cujo diagnóstico não estava ainda confirmado, e também os pedidos de esclarecimento, de aconselhamento, de atestados, declarações, desde que tivessem motivado a consulta etc.

Durante o ano de 2006 foram notificadas 4147 consultas relacionadas com Hipertrofia Benigna da Próstata (HBP).

Em 4094 notificações foi assinalada a classificação do *caso*.

O motivo mais invocado para a realização das consultas foi a *renovação de medicação* (59,9%) logo seguido do *seguimento* (33,8%) (Quadro XIV).

Quadro XIV – Percentagem de consultas relacionadas com HBP, segundo o motivo, em 2006

Motivo de consulta*	% (n=4144)
Início ou alteração do padrão de sintomas	10,3 (428)
Renovação de medicação	59,9 (2483)
Consulta de seguimento	33,8 (1399)
Receio de ter patologia prostática	5,7 (237)
Outro (outras doenças, motivos administrativos e rastreio de patologia prostática)	98,3 (4074)

*os motivos de consulta não são mutuamente exclusivos

n: nº de registos válidos

(): numerador da percentagem

Estimou-se uma **taxa de 6705,1 consultas por 100000 utentes.**

Verificou-se que o número de consultas/10⁵ utentes aumentou progressivamente até aos 75 e + anos onde atingiu o valor máximo de 31356,1/10⁵ (Quadro XV e Fig. 8).

Houve 2 registos de consultas em homens de 24 anos.

Quadro XV - **Estimativa do número de consultas anual (/10⁵) relacionado com HBP, por grupo etário, em 2006**

Grupo etário	Nº consultas	Consultas/10⁵
0-14	*	**
15-24	2	**
25-34	20	200,5
35-44	44	470,0
45-54	249	3036,2
55-64	808	12436,5
65-74	1639	29467,8
≥75	1385	31356,1
Total	4147	6705,1
≥15	4147	8006,1

* sem registo de casos

** nº de casos inadequado ao cálculo das taxas

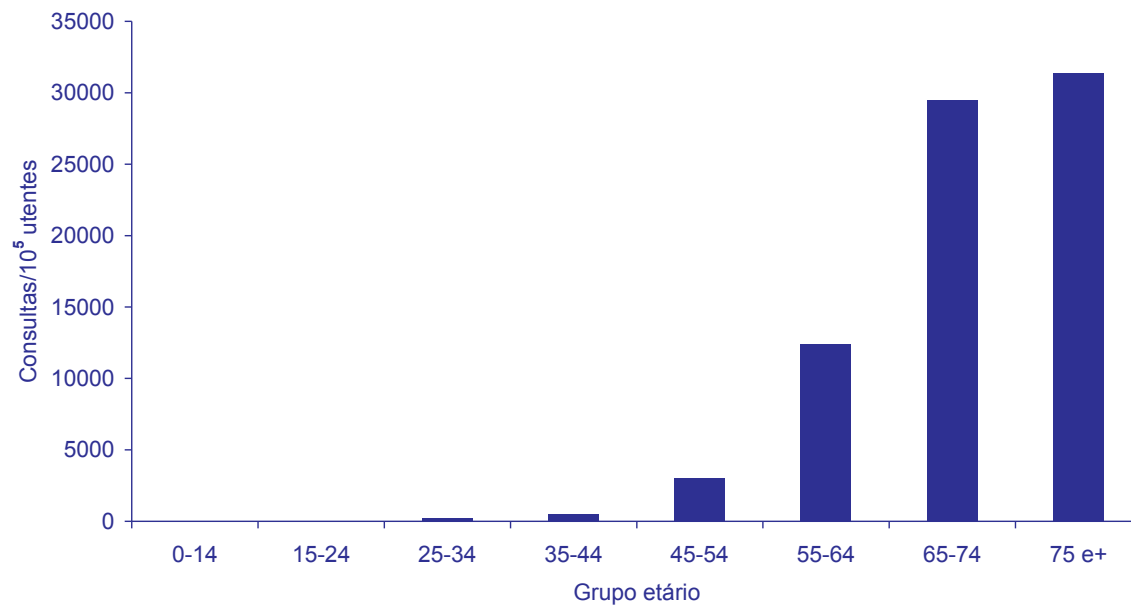


Fig. 8 – Número de consultas relacionadas com Hipertrofia Benigna da Próstata, por grupo etário, em 2006

Quando se analisou a distribuição das consultas segundo a classificação de *caso novo*, *caso conhecido* ou *caso sem diagnóstico confirmado*, verificou-se que os *casos conhecidos* de HBP (já diagnosticados anteriormente) constituíram a maior percentagem de consultas (84%), enquanto que os *casos novos* e *casos sem diagnóstico*, representaram, cada um cerca de 8,0% das consultas. Até aos 45 anos de idade a maioria das consultas foi de *casos sem diagnóstico*, a partir daquela idade, em todos os grupos etários, as percentagens mais elevadas foram para consultas a *casos conhecidos* (Quadro XVI e Fig. 9).

Quando se analisou a distribuição das diferentes consultas por grupo etário, verificou-se que as consultas em que se registaram novos diagnósticos ocorreram, com maior frequência, nos homens de 65-74 anos de idade (31,6%) (Quadro XVII).

Com efeito, foi neste grupo etário que se evidenciou um pico na taxa de incidência ($1851,9/10^5$) (Quadro XVII).

Estimou-se para os utentes de **35 e mais anos** uma **taxa de $957,7/10^5$** daquele grupo etário.

Para o total da população utente do sexo masculino, estimou-se uma **taxa de incidência de 527,1 casos por 100000 utentes** (Quadro XVII e Fig. 10).

Quadro XVI - **Distribuição percentual das consultas relacionadas com HBP, notificadas em 2006, por casos novos, casos conhecidos e casos sem diagnóstico, em cada grupo etário**

Grupo etário	Casos novos	Casos conhecidos	Casos sem diagnóstico confirmado	Total de casos
	%	%	%	Nº
0-14	-	-	-	*
15-24	-	-	100,0	2
25-34	-	5,0	95,0	20
35-44	18,2	18,2	63,6	44
45-54	24,8	40,7	34,6	246
55-64	12,3	77,3	10,4	799
65-74	6,4	88,8	4,9	1622
≥75	4,1	93,4	2,5	1361
Todas idades	8,0	84,0	8,1	4094

* sem registo de casos

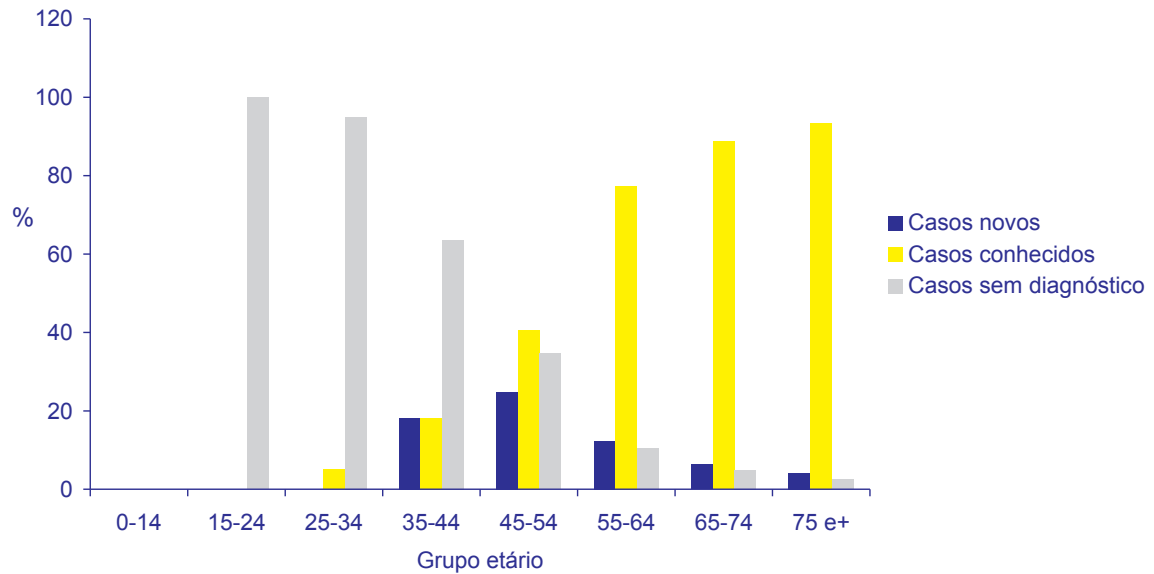


Fig. 9 – Distribuição percentual das consultas relacionadas com HBP, notificadas em 2006 por casos novos, casos conhecidos e por casos suspeitos, em cada o grupo etário.

Quadro XVII - Distribuição percentual das consultas de casos novos, casos conhecidos e casos sem diagnóstico, relacionadas com HBP, por grupo etário, notificadas em 2006 e estimativa da taxa de incidência anual ($/10^5$) de HBP, por grupo etário, em 2006

Grupo etário	Casos novos			Casos conhecidos		Casos sem diagnóstico	
	Nº	%	Taxa/ 10^5	Nº	%	Nº	%
0-14	*	-	-	*	-	*	-
15-24	*	-	-	*	-	2	0,6
25-34	*	-	-	1	0,0	19	5,8
35-44	8	2,5	85,5	8	0,2	28	8,5
45-54	61	18,7	743,8	100	2,9	85	25,8
55-64	98	30,1	1508,4	618	18,0	83	25,2
65-74	103	31,6	1851,9	1440	41,9	79	23,9
≥75	56	17,2	1267,8	1271	37,0	34	10,3
Total	326	100,0	527,1	3438	100,0	330	100,0
≥35	326		957,7				

* sem registo de casos

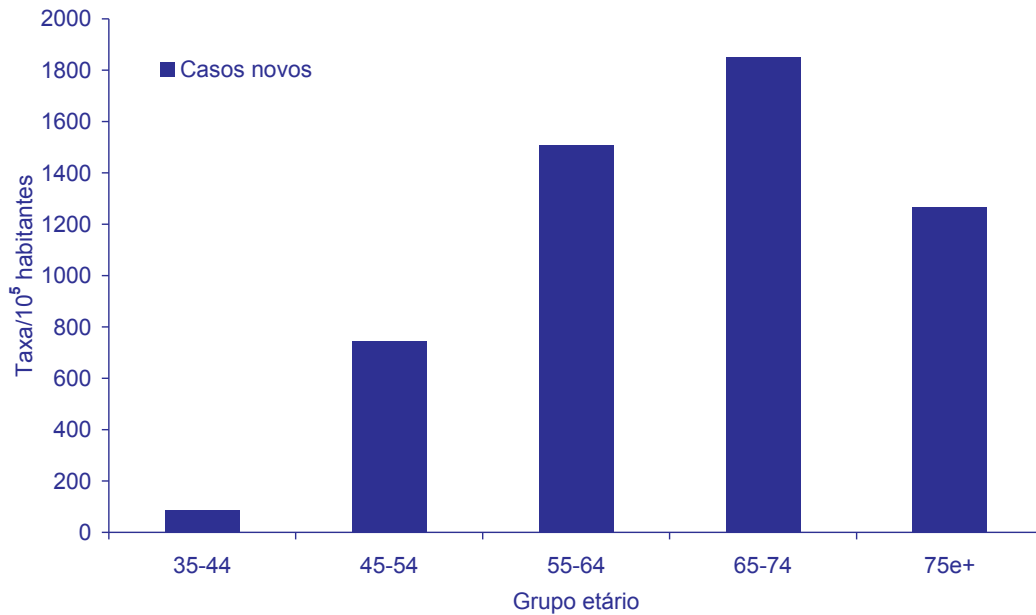


Fig. 10 - Taxas de incidência anuais de Hipertrofia Benigna da Próstata, por grupo etário, nos homens de 35 e mais anos de idade, em 2006

Das consultas realizadas em que o médico registou a decisão clínica, constatou-se que a maioria envolveu a prescrição medicamentosa (76,7%) (Quadro XVIII).

Quadro XVIII – **Percentagem de consultas relacionadas com HBP, segundo a decisão médica, em 2006**

Decisão médica*	% (n=4052)
Aconselhou/esclareceu o doente	20,6 (834)
Referenciou o utente	3,6 (146)
Medicou o utente	76,7 (3107)
Iniciou/continuou procedimentos para diagnóstico	19,8 (802)

*: os tipos de decisão médica não são mutuamente exclusivos

n: nº de registos válidos

(): numerador da percentagem

Verificou-se, assim, que ocorreu prescrição medicamentosa em 74,9% (3107) das consultas. No Quadro XIX listam-se os medicamentos prescritos e analisa-se a frequência com que o foram relativamente ao total de consultas em que ocorreu acto de prescrição em que os médicos registaram o medicamento (2067).

Quadro XIX – Percentagem de consultas relacionadas com HBP em que ocorreu prescrição medicamentosa segundo o princípio activo, em 2006

Princípio activo	Nº consultas	% (n=2067)
Tansulosina	1260	61,0
Alfuzozina	650	31,4
Finasterida	572	27,7
Dutasterida	528	25,5
Serenoa repens	267	12,9
Doxazosina	103	5,0
Terazosina	86	4,2
Pygeum africanum (associação)	16	0,8
Mepartricina	1	0,0

*as prescrições não são mutuamente exclusivas

Referenciação ou necessidade de referenciar

Numa perspectiva de continuidade de cuidados e de articulação intersectorial, este último, conceito velho mas sempre actual, o acto de referenciar reveste-se de especial importância.

Durante o ano de 2006 foi estudada a necessidade e o acto de referenciar.

Assim, foi identificada a especialidade médico-cirúrgica para a qual o doente necessitou de ser referenciado, o motivo e tipo de estabelecimento de saúde, por último, o motivo da não referência em caso de necessidade.

Foram notificados 12875 casos susceptíveis de necessitar de uma consulta de referenciação, dos quais 4971 (38,6%) do sexo masculino e 7904 (61,4%) no sexo feminino. Desses casos, 167 não chegaram a ser referenciados.

Estimou-se uma **taxa de 9971,7 casos a referenciar por 100000 utentes**.

Para o conjunto dos dois sexos foi o grupo etário dos 65-74 anos que apresentou a maior taxa de doentes a referenciar, nomeadamente $18534,9/10^5$ (Quadro XX e Fig. 11).

Quadro XX – Número de doentes com necessidade de referenciação (/10⁵), por sexo e grupo etário, em 2006

Grupo etário	Homens		Mulheres		Homens+Mulheres	
	Nº casos	Casos/10 ⁵	Nº casos	Casos/10 ⁵	Nº casos	Casos/10 ⁵
0-4	205	6499,7	151	5060,3	356	5799,9
5-9	296	8440,3	251	7479,1	547	7970,3
10-14	208	6137,5	208	6345,3	416	6239,7
15-24	341	4380,8	535	7120,0	876	5726,2
25-34	355	3558,9	819	7933,7	1174	5783,8
35-44	463	4945,5	1077	10979,7	1540	8033,0
45-54	672	8194,1	1305	14993,1	1977	11694,8
55-64	891	13714,0	1266	17128,9	2157	15531,4
65-74	994	17871,3	1349	19056,4	2343	18534,9
≥75	546	12361,3	943	13806,7	1489	13239,1
Total	4971	8037,4	7904	11750,0	12875	9971,7

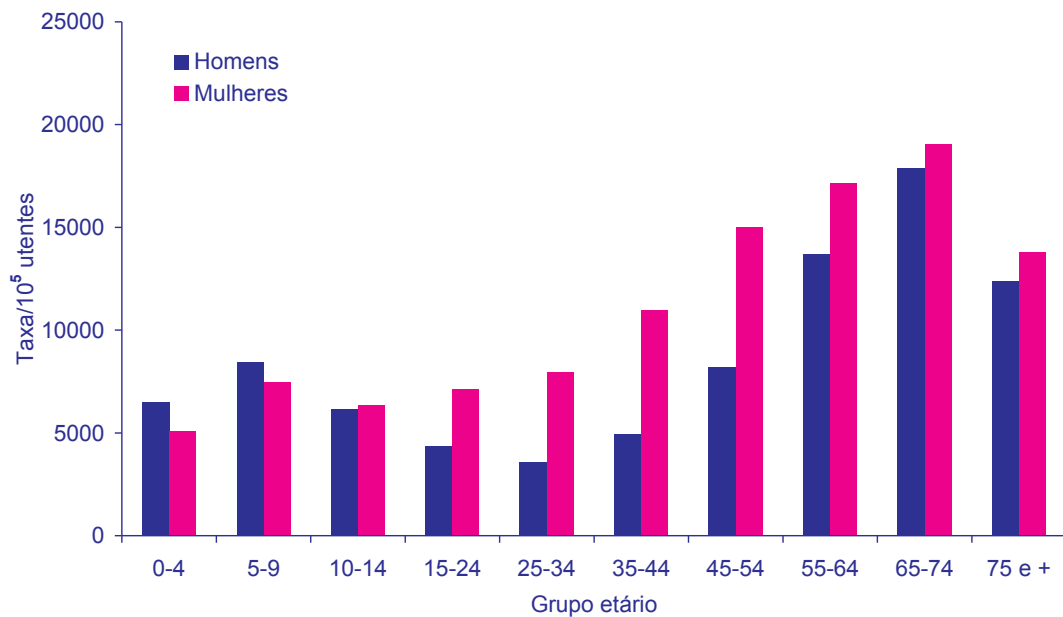


Fig. 11 – Taxas anuais de doentes para referenciação, por sexo e grupo etário, em 2006

Relativamente ao motivo invocado pelo médico para referenciação, a «orientação ou intervenção terapêutica» foi o objectivo mais citado, respectivamente, em 76,3% das referenciações (Quadro XXI).

Quadro XXI – Percentagem de doentes com necessidade de referenciação segundo o motivo da referenciação, em 2006

Motivo de referenciação*	% (n=12807)
Intervenção ou orientação terapêutica	76,3 (9766)
Esclarecimento do diagnóstico	34,9 (4467)
Outro	4,7 (597)

*os motivos de referenciação não são mutuamente exclusivos

n: nº de registos válidos

(): numerador da percentagem

Das notificações sobre o tema referenciação, 11 não explicitavam a especialidade médico-cirúrgica. Analisaram-se, assim, 12864 registos com explicitação da consulta a referenciar (Quadro XXII).

A especialidade oftalmológica absorveu 16,8% das situações a referenciar, logo seguida da cirurgia. Note-se que a categoria «outra» traduz a pulverização de um reduzido número de doentes referenciáveis para um conjunto apreciável de especialidade, que na sua globalidade representam 12,3% dos casos.

Os resultados até agora apresentados incidiram sobre todas as situações em que a decisão médica apontava para a necessidade de referenciar. A variável a seguir analisada traduz a “concretização” da referenciação, objectivada pelo envio do doente para uma consulta de referência de um determinado estabelecimento de saúde (12362 casos referenciados).

Assim, a maioria das referenciações foram feitas para um estabelecimento hospital, ou outro, do SNS (72,3%) (Quadro XXIII).

Quadro XXII - Distribuição dos doentes com necessidade de referenciação por especialidade médico-cirúrgica, em 2006

Especialidade de referenciação	N	%
Oftalmologia	2165	16,8
Especialidades cirúrgicas	1982	15,4
Medicina Física e de Reabilitação	1230	9,6
Ortopedia	1172	9,1
Dermatologia	857	6,7
Ginecologia / Obstetrícia / Infertilidade	795	6,2
ORL	795	6,2
Psiquiatria, Psicologia e Saúde Mental	480	3,7
Urologia	475	3,7
Estomatologia, Medicina Dentária e Higiene Oral	450	3,5
Cardiologia	362	2,8
Gastroenterologia	258	2,0
Neurologia	256	2,0
Outra	1587	12,3
Total	12864	100.0

Quadro XXIII - **Distribuição dos doentes referenciados pelo tipo de estabelecimento de saúde de referência, em 2006**

Destino de referência	N	%
Hospital ou outro serviço do SNS na área de residência	8933	72,3
Hospital ou serviço do SNS fora da área de residência	1620	13,1
Serviço de saúde privado	1681	13,6
Outro	110	0,9
Ignorado pelo médico	18	0,1
Total	12362	100,0

Em 167 notificações relativas à necessidade de referenciar, esta não se concretizou.

A justificação para tal facto que, em maior percentagem, foi invocada pelo médico referente ao tempo de espera (59,3%) logo seguida da recusa por parte do doente (30,5%) (Quadro XXIV).

Quadro XXIV – **Percentagem de doentes com necessidade de referenciação, não referenciados, segundo o motivo, em 2006**

Motivo de <u>não</u> referenciação*	%(n=167)
«É muito demorado»	59,3 (99)
«O utente não quis ir»	30,5 (51)
«É muito longe»	12,6 (21)
«Tem custo elevado»	9,6 (16)
Outro motivo	9,6 (16)

*os motivos de «não referenciação» não são mutuamente exclusivos

n: nº de registos válidos

(.): numerador da percentagem

Acontecimentos IRIS

Durante o ano de 2006, nenhum dos “Acontecimentos IRIS” (Inesperados, Raros, Inéditos ou Surpreendentes) notificados se configurou como um risco para a saúde pública, pelo que não serão descritos neste relatório.

ESTUDOS-SATÉLITE EM 2006

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

Durante o ano de 2006 foi realizada a 1ª observação de um estudo de *follow up* de 3 anos cujos objectivos são:

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

Foram recolhidos dados referentes a 4583 diabéticos.

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

PARTICIPAÇÃO EM PROJECTOS NACIONAIS E INTERNACIONAIS

Sistema de vigilância integrada clínica e laboratorial da gripe

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Projecto E-HID UPDATE (European-Health Indicator Database)

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

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

- Obtenção de dados originados pelos registos médicos electrónicos em cuidados primários, e a respectiva interpretação sobre os seguintes 4 indicadores:

Incidência de diabetes

Prevalência de diabetes

"Carga" da doença mental

Prevalência da doença isquémica cardíaca.

- Demonstrar a continuidade do processo fornecendo dados referentes a 2 períodos de 12 meses cada.
- Identificar e divulgar a informação aos grupos profissionais adequados sobre as vantagens da optimização dos registos médicos electrónicos nos consultórios de forma a permitirem a obtenção de dados de incidência e de prevalência.

ESTUDOS-SATÉLITE REALIZADOS

Desde o início da Rede realizaram-se os seguintes estudos-satélite:

1989

- **A SÍNDROMA GRIPAL EM 1989-1990**

Publicado em:

Pereira AM, Granadeiro AP, Páscoa FC *et al.* A síndrome gripal em 1989-1990. Médicos-Sentinelas (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.* Trigliceridemia em doentes com Diabetes Mellitus não insulino-dependente. *Arquivos de Medicina* 1996;10 Supl 4:23-26.

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

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

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

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

- **PREVALÊNCIA DA EPILEPSIA**

Publicado em:

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

1994

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

Publicado em:

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

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

Publicado em:

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

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

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

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

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

Publicado em:

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

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

1995

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

Publicado em:

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

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

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

1996

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

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

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

- **PREVALÊNCIA DE BRONQUITE CRÔNICA E ASMA** (não publicado)
- **ESTUDO DAS RAZÕES DETERMINANTES DE INTERRUPÇÃO 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)

PUBLICAÇÕES**1990**

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

1991

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

1992

- Miranda AM, Afonso CM, Ascensão PL et al. Requisição de exames complementares de diagnóstico em Clínica Geral - parte I: exames radiológicos e electrocardiogramas. *Revista Portuguesa de Clínica Geral* 1992;9(2):45-54.
- Silva DF. Acidentes Vasculares Cerebrais notificados em Portugal em 1990 pelos Médicos-Sentinela. *Revista Portuguesa de Clínica Geral* 1992;9(3):81-87.
- Miranda A, Afonso CM, Ascensão PL et al. Requisição de exames complementares de diagnóstico em Clínica Geral - parte II: exames laboratoriais. *Revista Portuguesa de Clínica Geral* 1992;9(3):88-96.
- Ascensão P, Monsanto A. Enfarte do miocárdio: dados epidemiológicos de 1990. *Revista Portuguesa de Clínica Geral* 1992;9(4):112-115.
- Figueiredo MV, Andrade HL, Paixão MT et al. Gripe em 1990/1991: resultados da vigilância clínica e laboratorial. *Saúde em Números* 1992;7(2):13-26.

- Pereira F. Doenças transmitidas por via sexual - qual a sua incidência?. *Saúde em Números* 1992;7(5):36.
- Divisão de Epidemiologia da Direcção Geral de Cuidados de Saúde Primários. *Um novo olhar sobre a saúde*. Médicos-Sentinela (2). Lisboa: DGCSP, 1992.
- Pisco A, Pisco L, Dias A *et al.* Consultas de Clínica Geral para procedimentos administrativos. *Saúde em Números* 1992;7(4):29-31.
- Casteren V, Leurquin P. Eurosentinel: Development of an International Sentinel Network of general practitioners. *Methods of Information in Medicine* 1992;31(2):147-152.
- Dias JAA, Felgueiras MM, Sanchez JP, Gonçalves JM, Falcão JM, Pimenta ZP. *A prevalência da Doença de Parkinson em Portugal - Estimativas populacionais a partir de uma rede de Médicos Sentinela*. Lisboa: DGCSP, 1992.

1993

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

1994

- Falcão IM. Varicela: Estimativas de incidência nos utentes inscritos em Médicos-Sentinela. *Acta Médica Portuguesa* 1994;7:281- 284.
- Falcão IM, Paixão MT. Diarreia aguda em Portugal - 1992. *Saúde em Números* 1994;9(1):1-5.
- Tovar MJ, Mira MM, Domingues AO. Acidentes no ano de 1992 - Estimativas de incidência na rede de Médicos-Sentinela. *Saúde em Números* 1994;9(3):17-20.
- Pereira FC, Louro M, Inácio MR *et al.* Doenças transmitidas por via sexual. Uma estimativa de incidência. *Revista Portuguesa de Clínica Geral* 1994;11(3):170-175.

- Divisão de Epidemiologia e Bioestatística da Direcção Geral da Saúde. *Epidemiologia da diabetes: prevalência e incidência das suas complicações numa coorte de diabéticos portugueses: fase I - estudo transversal 1993*. Médicos-Sentinela (5). Lisboa: Direcção Geral da Saúde, 1994.
- Divisão de Epidemiologia e Bioestatística da Direcção Geral da Saúde *Dezoito passos em frente*. Médicos-Sentinela (6). Lisboa: Direcção Geral da Saúde, 1994.
- Dias JAA, Felgueiras MM, Sanchez JP *et al*. The prevalence of Parkinson's disease in Portugal - A population approach. *European Journal of Epidemiology* 1994;10:1-5.

1995

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

1996

- Catarino J, Falcão IM, Dias JA. Menopausa Cirúrgica em Utentes de Centros de Saúde: Avaliação da eficácia da terapêutica substitutiva com estrogénios. *Saúde em Números* 1996;11(4):25-29.
- Catarino J. Interrupção Voluntária da Gravidez em Portugal, 1991-1995 - Estimativas de incidência na rede Médicos-Sentinela. *Saúde em Números* 1996;11(4):30-32.
- Dias C, Nogueira P, Sá JV *et al*. Trigliceridémia em doentes com Diabetes Mellitus não insulino-dependente. *Arquivos de Medicina* 1996;10 Supl 4:23-26.
- Divisão de Epidemiologia e Bioestatística da Direcção Geral da Saúde. *A passo firme*. Médicos-Sentinela (8). Lisboa: Direcção Geral da Saúde, 1996.

- Falcão JM, Gouveia MF, Rosa AV, Sá JV, Valente MF. Epidemiologia da diabetes: Parte I – Prevalência da doença e de alguns factores de risco numa coorte de diabéticos portugueses, 1993. *Revista Portuguesa de Clínica Geral* 1996;13: 213-28.
- Falcão JM, Gouveia MF, Rosa AV, Sá JV, Valente MF. Epidemiologia da diabetes: Parte II – Parâmetros bioquímicos, consumo de tabaco e de 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 données nationales de morbidité d'EISS pour la surveillance de la grippe: un index simple. *Eurosurveillance*. Vol 8 n°7/8: 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.

Acontecimentos IRIS	
Inesperados, Raros, Inéditos ou Surpreendentes	
MÉDICO: Código	____
DATA DO PREENCHIMENTO	___ / ___ / ___
UTENTE*: Idade	____
Sexo	Masc <input type="checkbox"/> Fem <input type="checkbox"/>
CARACTERÍSTICAS DO ACONTECIMENTO IRIS:	
Data de ocorrência	___ / ___ / ___
Descrição (Indique, quando aplicável):	
1. se é uma doença, um síndrome, um sintoma ou vários (quais?), ou descreva o tipo de lesões encontradas;	
2. a localização;	
3. a causa, se conhecida ou suspeitada;	
4. circunstâncias da ocorrência	
_____ _____ _____ _____ _____	
* Se se tratar de um acontecimento IRIS colectivo, não preencha o item referente ao utente.	
Atenção: notifique os acontecimentos IRIS de que tiver conhecimento, mesmo que tenham ocorrido em utentes que não façam parte da sua lista.	

MÉDICOS SENTINELA 2006

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

**ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA
DOS MÉDICOS DE CLÍNICA GERAL**

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



Ministério da Saúde

Instituto Nacional de Saúde Dr Ricardo Jorge (INSA)
Departamento de Epidemiologia (DEP)
Portugal

Médicos Sentinela:
20 - O que se fez em 2006
Relatório de Actividades 2006
Lisboa: 2008

Propriedade: DEP - Departamento de Epidemiologia
Av. Padre Cruz, 1649-016 Lisboa
Portugal

Tiragem: 750 exemplares
ISBN: 978-972-8643-33-1
Depósito Legal: 122033/98

